

# PLAN

<b>I. RAPPEL METHODOLOGIQUE</b>	p.2
<b>II. DEFINITION DU CHAMP DE L'ENQUÊTE</b>	p.2
<b>III. NOMBRE DE REPONSES OBTENUES</b>	p.3
<b>SYNTHESE DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES</b>	
<b>I. NATURE DE L'ETABLISSEMENT</b>	p.5
<b>II. PERSONNEL</b>	
<b>A. Qualification des médecins responsables</b>	p.6
<b>B. Equipe médicale</b>	p.7
<b>III. MOYENS MATERIELS</b>	p.9
<b>IV. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX</b>	
<b>A. Nombre de patients suivis</b>	p.10
<b>B. Modalités de prise en charge</b>	p.13
<b>B.1. Modes de recrutement</b>	p.14
<b>B.2. Modes de fonctionnement des équipes</b>	
<b>B.2.a. Pluridisciplinarité</b>	p.15
<b>B.2.b. Types d'activité</b>	p.17
<b>B.3. Moyens thérapeutiques</b>	p.19
<b>V. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES</b>	
<b>A. NATURE DE L'ETABLISSEMENT</b>	p.22
<b>B. PERSONNEL</b>	p.23
<b>B.1. Qualification des médecins responsables</b>	
<b>B.2. Equipe médicale</b>	
<b>C. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES</b>	
<b>C.1. Nombre de patients suivis</b>	p.25
<b>C.2. Modes de fonctionnement des équipes</b>	p.26
<b>C.2.a. Pluridisciplinarité</b>	
<b>C.2.b. Types d'activité</b>	
<b>C.3. Moyens thérapeutiques</b>	p.27
<b>CONCLUSION</b>	p.28

Depuis plusieurs années les pouvoirs publics ont cherché à promouvoir le développement, au-delà des techniques médicales curatives de plus en plus sophistiquées et performantes, d'une prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé, y compris en fin de vie.

Ces orientations ont conduit le ministère de la santé à promouvoir et de nombreux professionnels, à intégrer dans les soins la prise en charge de la douleur des patients, envisagée non plus comme une fatalité ou un symptôme, mais en tant que telle. Leur action s'est appuyée sur le développement des connaissances scientifiques, qui permettent à l'heure actuelle et dans la quasi totalité des cas de réduire dans des proportions considérables la douleur des malades et des opérés.

En ce qui concerne les malades en phase terminale, pour lesquels le soulagement des douleurs physiques et psychologiques constitue un élément fondamental de la prise en charge, les Ministres chargés de la Santé et des Affaires Sociales avaient confié au Dr Delbecq le soin de réaliser une étude de la situation en 1992. Ce rapport, publié à la Documentation Française, dresse, six ans après la parution d'une circulaire organisant cette prise en charge, un état des lieux des unités de soins palliatifs (USP), et formule de nombreuses propositions destinées à améliorer et à développer l'accompagnement des patients en fin de vie sur l'ensemble du territoire français (*cf liste des USP publiée par le dr Delbecq en annexe 1*).

Pour autant la lutte contre la douleur ne se limite pas aux malades en phase terminale, et la douleur chronique ou la douleur aiguë, en phase post-opératoire par exemple, constituent également des champs d'intervention tout aussi importants.

En 1994 le Ministre délégué à la Santé a donc décidé de concentrer son action en priorité sur la prise en charge des douleurs chroniques. Un groupe de travail piloté par la Direction Générale de la Santé a été chargé de rédiger un rapport sur "les unités de traitement spécialisées dans la lutte contre la douleur chronique". Ce rapport, définissant des standards reconnus internationalement, a servi de base à la circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 "relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques". A l'occasion de la parution de cette circulaire, qui définit des critères organisationnels\* de prise en charge de la douleur chronique, le Ministre de la Santé a souhaité pouvoir disposer d'une information exhaustive sur l'activité, les structures et les équipes intervenant dans ce domaine.

Une enquête nationale a donc été conduite en ce sens par la Direction générale de la Santé de février à mai 1994, dont les résultats vous sont présentés ici.

*\*remarque : ces critères sont: une prise en charge pluridisciplinaire par au moins trois médecins de spécialité différente, présence d'au moins un psychiatre et/ou un psychologue, une évaluation thérapeutique, une prise en charge médicopsychologique et un suivi à long terme, la pratique de moyens thérapeutiques diversifiés.*

## I. RAPPEL METHODOLOGIQUE

Un questionnaire (cf annexe 10), destiné à recenser les établissements de santé publics ou privés, au sein desquels une prise en charge de la douleur chronique avait été structurée avant la parution de la circulaire, lui était annexé. Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) étaient chargées d'en assurer la diffusion auprès de l'ensemble des établissements relevant de leur compétence, de regrouper les réponses, puis de les renvoyer à la Direction Générale de la Santé.

Ces questionnaires ont été remplis par les établissements eux-mêmes, les réponses n'ont ainsi qu'un caractère déclaratif.

## II. DEFINITION DU CHAMP DE L'ENQUÊTE

L'objectif du questionnaire était de recenser les structures de prise en charge des douleurs chroniques rebelles.

C'est la première fois qu'un bilan de l'existant dans le domaine de la lutte contre la douleur est réalisé en France. Les réponses apportées à l'enquête vont bien au-delà de la seule douleur chronique rebelle. Un tel débordement, compte-tenu de son importance, est manifestement l'expression d'une sensibilité nouvelle et toute particulière des établissements à l'égard de cette activité.

Ces réponses ont de fait entraîné une extension de l'analyse vers un bilan de l'activité de prise en charge de la douleur, qu'elle qu'en soit l'origine, en France.

L'analyse présentée a pris le parti d'intégrer au delà des réponses ciblées douleurs chroniques, l'ensemble des informations apportées par les établissements de santé sur l'activité de soulagement de la douleur. L'activité ainsi décrite peut être pratiquée dans le cadre de projets d'établissements ou sur la base d'initiatives personnelles, elle n'est pas forcément très structurée. Au sein de cette activité, on peut discerner une attention particulière à la douleur post-opératoire, à la douleur en fin de vie ou au soulagement de la douleur dans le cadre de la prise en charge globale de certaines pathologies (comme le cancer...).

**Le bilan présenté doit être utilisé avec précautions, en raison de son caractère non exhaustif quant à la prise en charge de la douleur.**

En effet il est probable que certains établissements qui pratiquent peut-être une prise en charge de la douleur au quotidien (par exemple centres de rééducation fonctionnelle ou établissements de long séjour...), ont répondu négativement au questionnaire, en raison d'une non structuration interne en centre ou consultation de la douleur chronique.

Notamment les équipes qui pratiquent des soins palliatifs et dont le rôle dans la prise en charge des douleurs en fin de vie et dans la diffusion de ces pratiques est important, n'apparaissent pas toutes dans les résultats de l'enquête. Parmi les réponses positives, 14% des établissements déclarent que la prise en charge est effectuée dans le cadre ou en liaison avec une Unité de Soins Palliatifs (USP). Le bilan exhaustif de l'activité de lutte contre la douleur reste donc à faire, il conduirait à la réalisation d'une nouvelle enquête ciblée différemment.

**Néanmoins cette enquête permet, au-delà de la situation particulière des douleurs chroniques, de disposer pour la première fois d'une image, sous les réserves précédemment exprimées, relativement fidèle de la lutte contre la douleur en France à l'intérieur des établissements de santé.**

### III. NOMBRE DE REPONSES OBTENUES

Pour l'ensemble des établissements interrogés, il était demandé de retourner le questionnaire ou au moins la première page en cas d'inexistence d'une prise en charge organisée dans l'établissement.

Le Ministère de la Santé a ainsi reçu en retour 1340 questionnaires, dont 333 positifs et 1007 négatifs. Parmi les questionnaires "positifs", seuls 270 ont été pris en compte.

Les questionnaires éliminés l'ont été en raison du caractère incomplet et/ou incohérent des réponses (notamment lorsque les réponses ne permettaient pas de discerner une activité spécifique de lutte contre la douleur dans l'activité d'ensemble de l'établissement). Par ailleurs les réponses relevant d'une déclaration d'intention ou du stade du projet n'ont également pas été prises en compte.

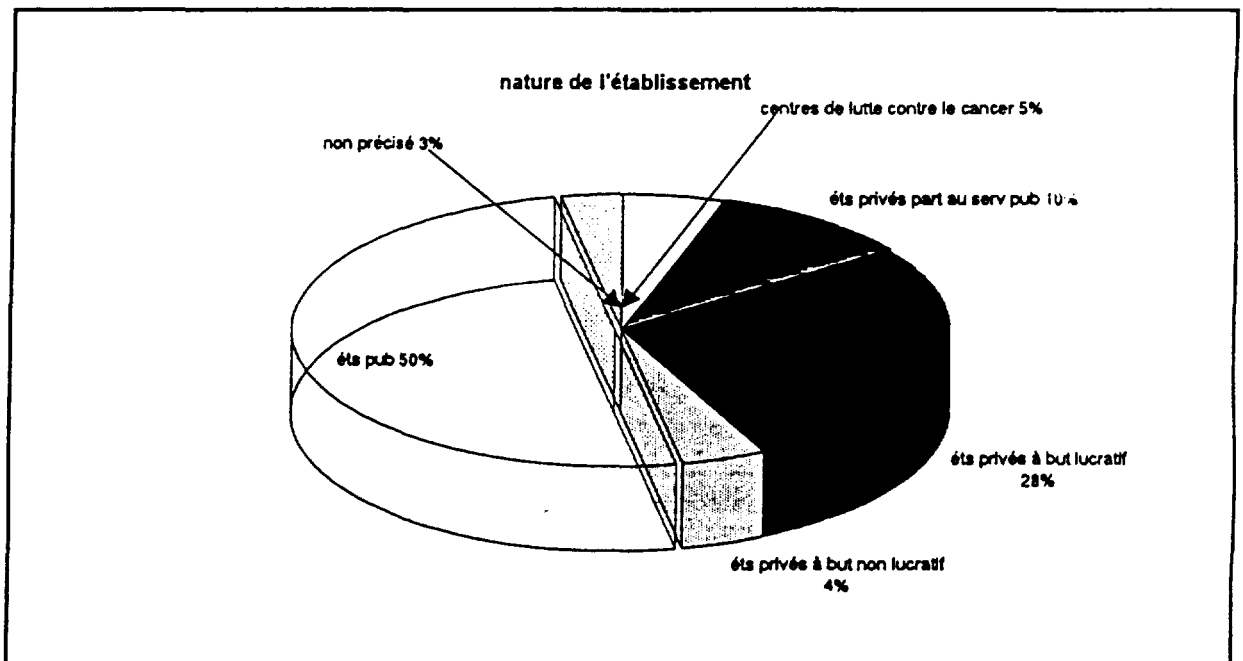
Un tableau annexé permet de visualiser par département les taux de réponses (*cf annexe 2, cartes de répartition géographiques des réponses*).

Ces taux de réponses sont très variables, compte-tenu du caractère déclaratif de ce recensement. Il faut relever notamment que les établissements de la Bourgogne et de la Corse n'ont fait parvenir à la DGS que des questionnaires non exploitables ou négatifs. Ces deux régions apparaissent donc en creux dans la prise en charge de la douleur en France, de même que l'Allier qui n'a pas fait parvenir à la DGS les questionnaires positifs. Par ailleurs les réponses des établissements localisés en Basse-Normandie et en Haute-Normandie ont été regroupées sous la rubrique Normandie.

# SYNTHESE DES REPNSES AUX QUESTIONNAIRES

## I. NATURE DE L'ETABLISSEMENT

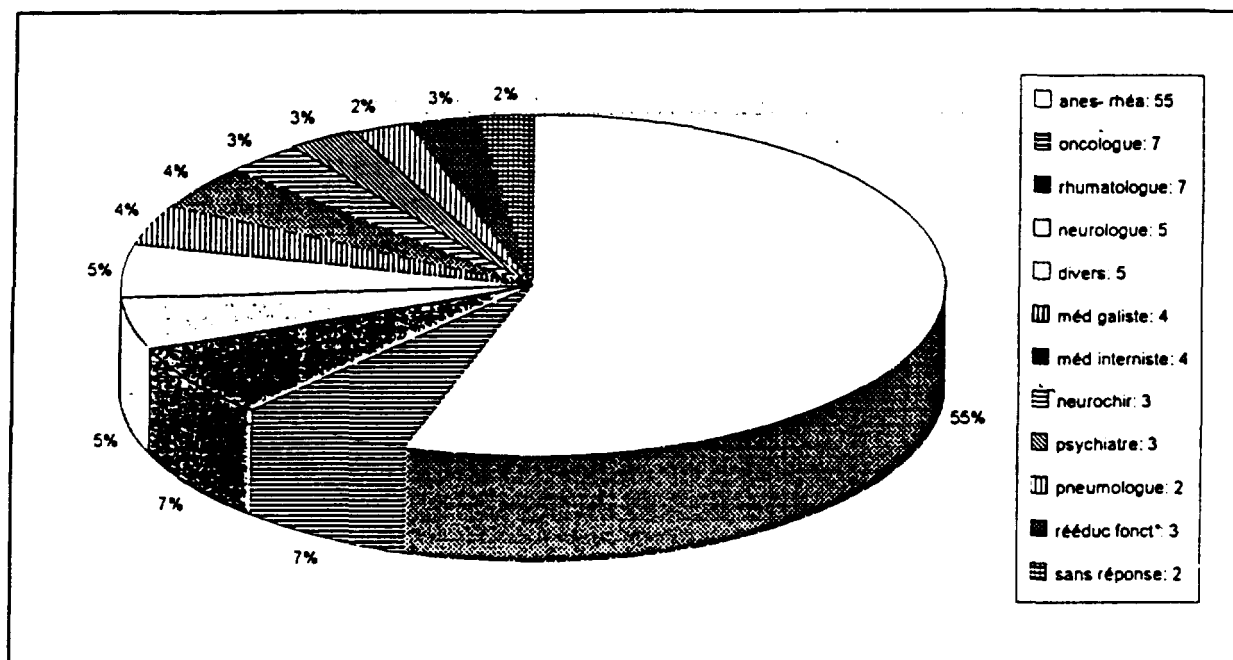
Sur l'ensemble des établissements ayant répondu au questionnaire, on peut noter la forte proportion d'établissements publics ayant une activité de prise en charge de la douleur.



## II. PERSONNEL

### A. Qualifications des médecins responsables:

Au sein des 270 établissements pris en compte, dans 55,6 % des cas le médecin responsable de la lutte contre la douleur est un anesthésiste réanimateur.



La figure précédente décrit la répartition en fonction des spécialités médicales sur la France.

Un tableau annexé (*annexe 3 : "qualification des médecins responsables"*) permet d'appréhender régionalement les qualifications des médecins à l'origine de cette démarche.

On peut relever certaines disparités, avec une présence beaucoup plus importante de rhumatologues en Ile-de-France, Bretagne, Limousin, Auvergne et dans les Dom-Tom (variant de 10% à 33%). Par ailleurs les médecins généralistes sont plus représentés en Rhône-Alpes et dans le Nord-Pas-de-Calais.

## B. Equipe médicale:

L'exploitation, sur la base de 262 réponses, des questions relatives à l'équipe médicale impliquée dans cette prise en charge permet de relever également de fortes disparités régionales.

Il faut noter que le parti a été pris de ne pas différencier sur la base des équivalents temps plein (ETP), les médecins déclarant intervenir dans cette prise en charge. En effet la qualité des réponses à cette question ne permet pas de déterminer avec certitude le temps effectivement consacré à la prise en charge de la douleur par chacun.

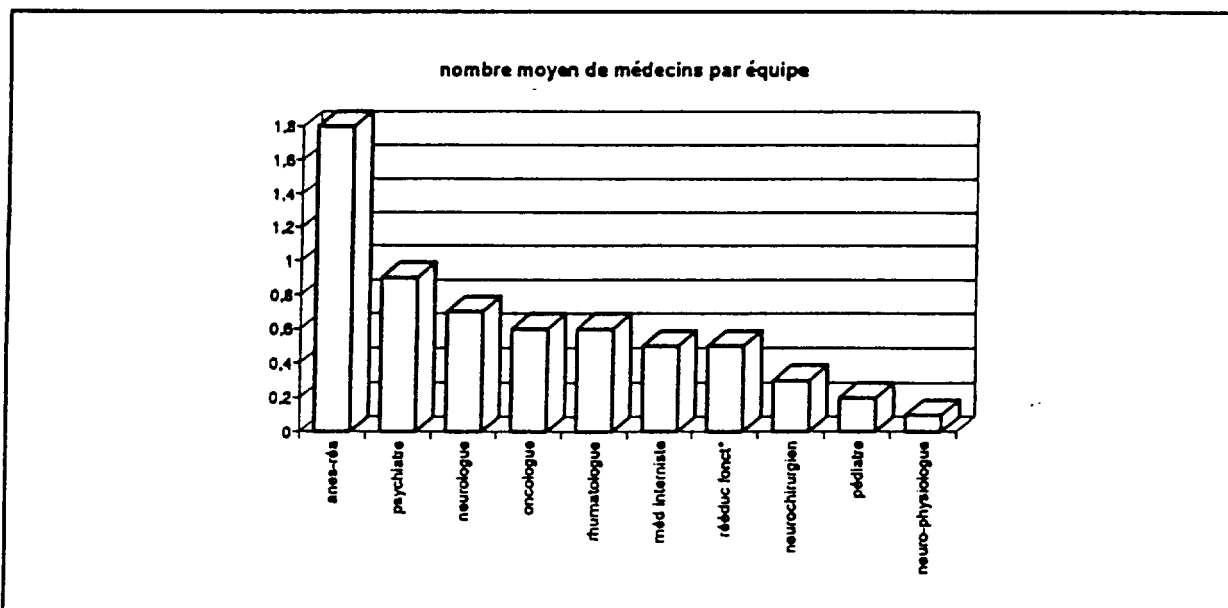
Lorsque l'information relative au temps effectivement consacré à la prise en charge de la douleur est exploitable, il apparait que peu de praticiens consacrent la totalité de leur activité à la lutte contre la douleur.

L'organisation des équipes se constitue majoritairement autour d'un pôle de médecins sensibilisés à cette activité (dont le nombre est variable de 1 à plus de 10), intervenant en sus de leur activité principale ou au mieux à mi-temps et constitués en réseaux plus ou moins formalisés.

L'intérêt des réponses réside surtout dans la possibilité d'apprécier ainsi la pluridisciplinarité de cette prise en charge.

Comme pour le médecin coordonnateur, on relève une proportion importante d'anesthésistes-réanimateurs au sein des équipes.

La composition moyenne des équipes sur la France est la suivante:





Le graphique précédent décrit la composition de l'équipe en nombre de médecins, et non le temps d'activité réellement consacré par chacun à cette prise en charge.

Une analyse plus détaillée fait apparaître que 43 établissements n'ont aucun anesthésiste-réanimateur dans leur équipe.

Il est intéressant également de noter la grande variabilité du nombre d'oncologues impliqués dans cette prise en charge (0,2 en Alsace et 1 en Poitou-Charente ou en Midi-Pyrénées).

On relève aussi la proportion extrêmement faible de pédiatres impliqués dans la prise en charge de la douleur: dans 8 régions aucun pédiatre ne se déclare participant à une telle prise en charge et la moyenne nationale est de 0,16% pédiatre par établissement déclarant avoir une activité dans ce domaine.

Le nombre de psychiatre et de psychologue au sein de ces équipes montre bien que la prise en charge psychologique est très variable régionalement, alors que la circulaire relative à la prise en charge des douleurs chroniques insiste sur la nécessité de leur présence dans ce cadre.

On peut également noter une variabilité du taux de présence des psychologues selon la nature juridique de l'établissement: si en moyenne 30% des structures disposent d'un ou de plusieurs psychologues, elles ne sont que 15,7% lorsqu'elles sont rattachées à des établissements privés à but lucratif et 27,2% lorsqu'il s'agit d'établissements privés à but non lucratif, contre 36,9% dans les établissements publics.

*Les tableaux présentés en annexe 4 permettent de visualiser ces différences régionales selon la qualification des médecins, ainsi que les régions dont le nombre de médecin par qualification est supérieur (+) ou inférieur (-) de 25% à la moyenne nationale.*

### III. MOYENS MATERIELS

Le questionnaire prévoyait un certain nombre d'items destinés à analyser les moyens en locaux et en possibilités d'hospitalisation des structures de prise en charge de la douleur chronique.

La très grande majorité des réponses est inexploitable de par la confusion entre les moyens propres aux structures et les moyens existants au sein de l'établissement.

La seule tendance qui semble pouvoir être dégagée est celle de l'inexistence en général de moyens propres, mais de possibilités d'accès plus ou moins formalisées à ces moyens.

Cette situation est logique compte-tenu de l'absence de reconnaissance administrative de cette activité et de ces structures à l'intérieur des établissements. Par ailleurs il faut rapprocher ce fait de l'importance relative des réponses décrivant une activité de lutte contre la douleur non individualisée et non une prise en charge structurée de la douleur chronique.

## IV. La prise en charge des patients douloureux:

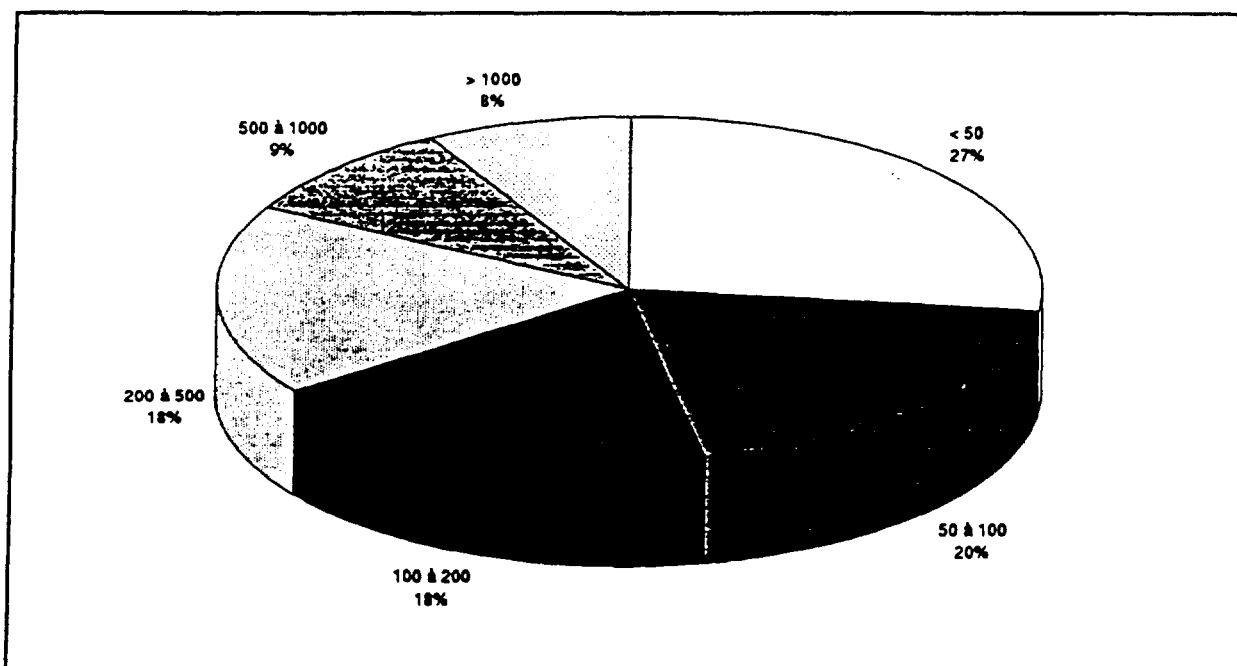
### A. Le nombre de patients suivis:

Le nombre de patients suivis annuellement pour une prise en charge dans les 191 établissements ayant répondu à cette question est proche de 100.000, dont un tiers environ de nouveaux patients dans l'année.

Le nombre de patients suivis annuellement par les établissements s'élève en moyenne à 500, avec de très fortes disparités régionales, notamment en Auvergne où les 6 établissements ayant répondu suivent en moyenne 56 patients. A l'opposé en Alsace, les 10 établissements ayant répondu suivent en moyenne 1712 patients.

*Le tableau situé en annexe 5a présente la répartition des patients par région.*

La figure ci-dessous montre une grande variabilité du nombre de patients suivis par établissements.



Il faut noter que près de la moitié des établissements voient moins de 100 patients par an, ce qui montre bien les limites de la prise en charge de la douleur en France.

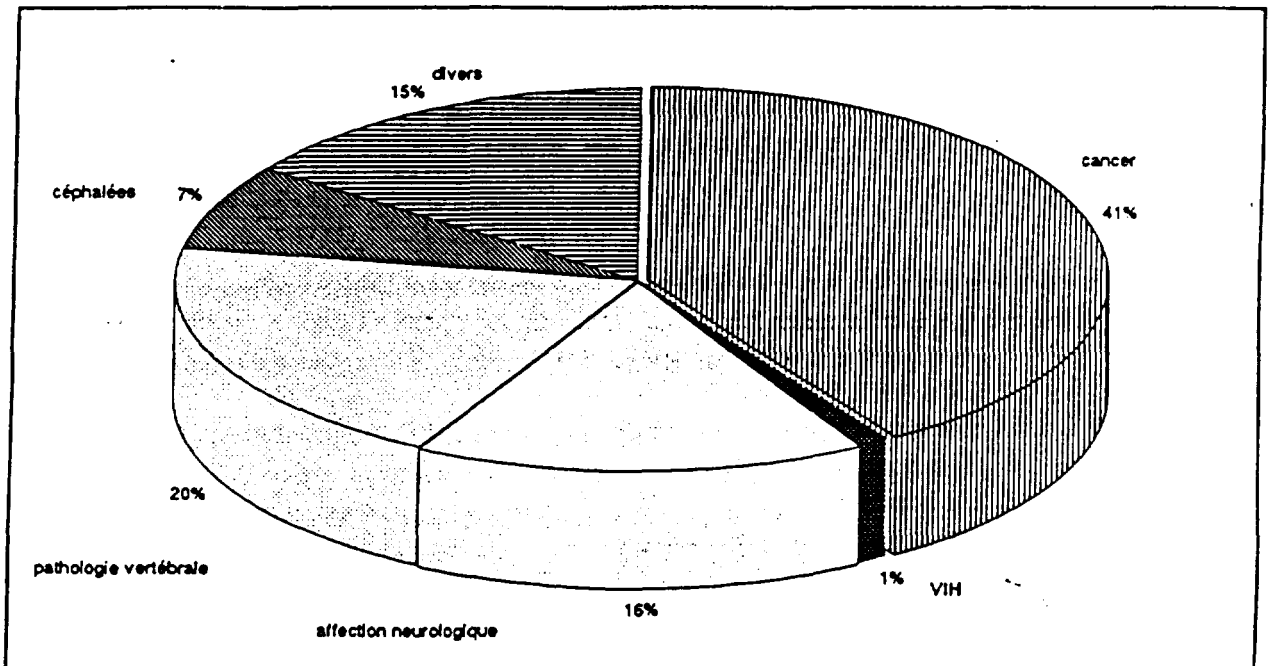
Il faut noter que parmi les malades pris en charge, le nombre d'enfants de moins de 16 ans est partout très faible: seuls 1293 enfants sont suivis dans les 129 établissements ayant répondu à cette question.

Le tableau suivant permet de visualiser les différences régionales:

	moyenne enf/ éta	nbre tot enfants	nbre éta
Alsace	2	16	7
Aquitaine	0,5	2	4
Auvergne	0	0	3
Bretagne	3	24	7
Bourgogne			
Centre	0	0	4
Ch-Ardenes	1	3	2
Corse			
Franche-Comté	0	0	5
Ile-de-France	11	286	25
Lang-Roussil	1	17	11
Limousin	0	0	2
Lorraine	0	0	7
Midi-Pyrénées	1	10	6
Normandie	0	0	5
Nord-P-Calais	3	11	3
Pays-de-loire	64	258	4
Picardie	0,1	1	7
Poitou-Charentes	15	15	1
PACA	56	560	10
Rh-Alpes	7	90	13
DOM	0	0	3
FRANCE	10	1293	129

Ce tableau illustre bien le faible développement résultant d'une prise en compte récente de la douleur chez l'enfant et la difficulté de diffusion auprès des praticiens de l'information quant aux techniques d'évaluation et de prise en charge de la douleur à cet âge et notamment chez le tout petit.

Dans les établissements recensés, la répartition de l'ensemble des patients selon la pathologie à l'origine de la douleur s'établit comme suit :



Ces données moyennes masquent des disparités importantes selon les établissements et les consultations, selon l'origine de la clientèle, interne ou externe, et en fonction des orientations de l'équipe médicale.

*Les tableaux présentés en annexe 5b permettent de visualiser la répartition régionale par pathologie.*

## B. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

La circulaire de 1994 a défini un certain nombre de critères d'organisation interne des équipes et de type d'activité proposés dans toute structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Ces critères sont:

- une prise en charge pluridisciplinaire par au moins trois médecins de spécialité différente;
- la présence au sein de l'équipe d'un psychiatre ou d'un psychologue;
- une évaluation et une orientation thérapeutique des patients;
- une prise en charge médico-psychologique et un suivi à long terme;
- la pratique de moyens thérapeutiques diversifiés.

Il est possible de dresser la liste des établissements déclarant satisfaire à ces critères, et qui sera détaillée plus loin (cf infra V. la prise en charge des patients douloureux chroniques).

Il est néanmoins tout à fait intéressant d'analyser, au-delà de la situation particulière des douleurs chroniques, et en fonction des critères pré-définis qui devraient se retrouver quel que soit le type de douleur prise en charge, les réponses apportées par l'ensemble des établissements retenus dans l'exploitation des réponses à l'enquête.

### B.1. Modes de recrutement:

Dans 82% des cas, les établissements interrogés déclarent prendre en charge les patients douloureux exclusivement lorsque ceux-ci leur sont adressés après un premier avis médical.

On peut rapprocher ces chiffres des déclarations des établissements concernant le type de consultation interne ou externe pratiquées. En effet, 83% d'entre eux déclarent pratiquer des consultations internes, ce qui met en évidence le rôle d'équipe "ressource" pour les autres services.

Le tableau suivant permet de visualiser la répartition régionale des consultations internes organisées dans les établissements:

	oui %	non %	sans rép %
Alsace	100		
Aquitaine	82		18
Auvergne	67		33
Bretagne	79	16	5
Bourgogne	nrp	nrp	nrp
Centre	89	11	
Ch-Ardenne	83		17
Corse	nrp	nrp	nrp
Fr-Comté	75	25	
Ile-de-France	88	4	8
Lang-Roussil	80	15	5
Limousin	67		33
Lorraine	92	7	
Midi-Pyrénées	80	15	5
Normandie	80		20
Nord-Pas-de-Calais	65	21	14
Pays-de-Loire	82		18
Picardie	80	10	10
Poitou-Charentes	67	33	
PACA	76	5	19
Rh-Alpes	95	5	
DOM	100		
<b>FRANCE</b>	<b>82</b>	<b>18</b>	<b>8,9</b>

## B.2. Mode de fonctionnement des équipes:

### B.2.a - Pluridisciplinarité:

La pluridisciplinarité est un élément fondamental de la prise en charge de la douleur, reconnue par tous les professionnels. Elle peut se pratiquer sous deux formes, par des consultations spécialisées pluridisciplinaires ou par des réunions pluridisciplinaires de synthèse.

En moyenne 56% des établissements déclarent avoir mis en place des consultations spécialisées pluridisciplinaires.

On peut relever à cet égard des variabilités régionales, notamment en Auvergne où 83% des établissements ont déclaré n'avoir pas mis en place de telles consultations. Par contre en Rhône-Alpes, et en Languedoc-Roussillon, 70% des établissements déclarent ce type d'activité.

Par ailleurs 63 % des établissements en moyenne déclarent pratiquer des réunions pluridisciplinaires de synthèse, avec une fréquence plus élevée dans le Nord-pas-de-Calais (86%).

Les établissements qui déclarent n'avoir mis en place ni consultation pluridisciplinaire ni réunions de synthèse représentent environ 25% des établissements ayant répondu à l'enquête.

L'activité de lutte contre la douleur dans ces établissements reflète essentiellement l'engagement dans ce domaine d'un seul médecin. Par ailleurs, il est sans doute plus difficile d'organiser des consultations pluridisciplinaires qui exigent des moyens matériels et entraînent des contraintes de disponibilité, notamment au sein des établissements privés.

La pluridisciplinarité est cependant indispensable dans ce domaine, quelle que soit la forme qu'elle revêt.



Le tableau suivant permet de mesurer par région la mise en place de cette pluridisciplinarité:

	Consultation	spécialisée	pluridisci- -plinaire	Réunions	Pluridisci- -plinaires	de Synthèse
	sans rép %	oui %	non %	sans rép %	oui %	non %
Alsace		50	50	10	60	30
Aquitaine	27	63	9	9	63	27
Auvergne		16	83	16	50	33
Bretagne	10	52	36	15	57	26
Bourgogne	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp
Centre		55	44		66	33
Ch-Ardenes		50	50	16	50	33
Corse	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp
Franche-Comté		50	50	12	62	25
Ile-de-France	13	55	30	13	63	23
Lang-Roussillon	5	70	25	5	75	20
Limousin	33	33	33		66	33
Lorraine		53	46		41	53
Midi-Pyrénées	6	66	26		73	26
Normandie	20	50	30		60	40
Nord-pas-de-Calais	14	64	21	7	85	7
Pays-de-Loire	18	54	27	18	54	27
Picardie	20	20	60	10	30	60
Poitou-Charentes		100			66	33
PACA	24	57	19	19	66	14
Rhône-Alpes	13	69	17		69	30
DOM		33	66	66	33	
FRANCE	11	56	32	9	63	28

## B.2.b - Types d'activité:

### \* EVALUATION

La douleur reste un phénomène complexe encore difficile à définir. Son évaluation est donc un préalable indispensable avant toute prise en charge. Une absence d'évaluation va à l'encontre d'une bonne prise en charge.

95% des établissements déclarent pratiquer une évaluation et une orientation thérapeutique.

Il faut relever que en Picardie 3 établissement sur 10, en Bretagne 1 établissement sur 19 et en Champagne-Ardenne 1 établissement sur 6, n'ont pas répondu ou ont répondu négativement à cette question. Ces déclarations ne permettent pas de considérer que la prise en charge de la douleur dans ces établissements se fait dans de bonnes conditions.

Par contre seuls 45% des établissements déclarent pratiquer une évaluation psychométrique.

Il faut noter que ce type d'évaluation est sans doute plus spécifique aux douleurs chroniques rebelles. Ce faible pourcentage est donc explicable en partie par l'extension du champ de l'analyse.

*Les tableaux présentés en annexe 6 permettent de visualiser les taux de réponses par région.*

### \* PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE ET SUIVI A LONG TERME

64,4% des établissements déclarent pratiquer une prise en charge médico-psychologique et un suivi à long terme de leurs patients.

Pour les 25% ayant répondu négativement à cette question, une des explications pourrait être la variabilité de la durée du suivi selon le type de douleur majoritairement traité et la variabilité de la notion de long terme.

Par exemple en Auvergne, seuls 33,3% des établissements donnent une réponse positive à cette question, et notamment l'USP du CHU de Clermont-Ferrand, en raison de la durée moyenne de prise en charge des malades dans ce cadre (environ 3 semaines).

En Poitou-Charentes où on retrouve le même pourcentage de réponse positive, l'explication pourrait être en partie due au rattachement de l'équipe au service des urgences du CH de la Rochelle.

#### **\* ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE**

Le questionnaire ne permet pas une analyse fine du contenu et des destinataires de l'enseignement.

Environ la moitié des établissements déclarent avoir une activité d'enseignement.

Ce pourcentage n'est que de 22,2% lorsque le responsable de l'équipe est un praticien libéral.

On peut relever une nette différence en région PACA où 71,5% des établissements déclarent avoir une activité d'enseignement. Dans cette région, quasiment tous les établissements privés déclarent avoir une telle pratique, sans doute dans le cadre de la formation continue.

Plus de la moitié des établissements ne déclare aucune activité de recherche. Mais ces réponses doivent être nuancées en fonction du taux de non réponse à cette question très élevé (18%).

On peut noter que, malgré la non reconnaissance d'une mission de recherche aux établissements privés, 17% environ d'entre eux déclarent avoir une telle activité. On peut formuler l'hypothèse qu'il s'agirait dans ce cadre plus particulièrement de recherche clinique et d'élaboration de protocoles de prescription. On peut également noter que certains établissements ont signalé une pratique d'évaluation de leur activité.

*Les tableaux présentés en annexe 7 permettent de détailler régionalement les taux de réponses à ces deux questions.*

### B.3. MOYENS THERAPEUTIQUES:

Les thérapeutiques prescrites aux patients douloureux sont d'une grande diversité. *Les tableaux présentés en annexe 8 permettent de visualiser les taux de réponse régionaux.*

#### B.3.a - Traitements médicamenteux:

La prescription des traitements médicamenteux est une pratique courante pour 98 % des établissements.

Le pourcentage plus faible dans le Nord-pas-de-Calais s'explique sans doute par une réponse négative sur cette question d'un centre de rééducation fonctionnelle. Cette réponse est cohérente avec ce type de prise en charge, mais traduit peut-être aussi un manque de formation à l'utilisation des antalgiques.

#### B.3.b - Traitements chirurgicaux:

Parmi ceux-ci, les traitements anesthésiologiques, blocs anesthésiques et implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie, sont pratiqués respectivement par 82% et 68% des établissements.

Les différences dans les taux de réponses positives peuvent s'expliquer par la modernisation des techniques et du matériel, la difficulté de diffusion de ces connaissances nouvelles et le coût de ces matériels.

Par contre, parmi ces traitements, l'interruption neurochirurgicale des voies anatomiques est statistiquement peu pratiquée: 71% de réponses négatives, sans doute en raison de la technicité et de la spécificité des intervenants nécessaires, et de la faible disponibilité des spécialistes correspondants.

#### B.3.c - Autres traitements:

Parmi les autres traitements, on peut relever que 78% des établissements déclarent avoir recours à la kinésithérapie, 63% à la psychothérapie, contre 29% à l'analgésie acupuncturale.

On peut noter également que 76% des établissements, sans variation régionale significative, déclarent utiliser des appareils de neurostimulation transcutanée, technique qui, dans le cadre de ses indications, contribue à améliorer la qualité de vie des patients grâce à une utilisation possible en ambulatoire.

## V. La prise en charge des patients douloureux chroniques :

Le recensement de ces structures constituait l'objectif premier de l'enquête.

Les critères retenus pour considérer que les établissements ayant répondu pratiquent une activité de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont ceux définis par la circulaire soit :

- une prise en charge pluridisciplinaire, au travers de réunions pluridisciplinaires de synthèses, et/ou de consultations spécialisées;
- la présence d'au moins trois médecins de spécialité différente;
- la présence au sein de l'équipe d'un psychiatre et/ou d'un psychologue;
- la pratique d'une évaluation et d'une orientation thérapeutique des patients;
- la pratique d'une prise en charge médico-psychologique et d'un suivi à long terme;
- la pratique de moyens thérapeutiques diversifiés\*.

83 établissements déclarent répondre à l'ensemble des critères, et ont été retenus après avis des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Il faut préciser que certaines DDASS n'ont pas donné leur avis quant aux déclarations des établissements (C... , Morbihan, Tarn, Var, Vaucluse, Territoire de Belfort, Seine-st-Denis).

Par ailleurs l'activité de l'Hôpital H. Dunant à Paris a été transférée récemment à la Fondation Rotschild où existait déjà une activité de prise en charge de la douleur moins structurée. Le parti a été pris de laisser apparaître les deux établissements côte à côte même si la fondation Rotschild, avant le transfert, de par son activité propre ne répond pas aux critères de la circulaire.

La répartition géographique de ces établissements est assez variable, ainsi que le montre les cartes régionales et départementales ci-dessous.

On peut remarquer que l'Auvergne, la Corse et les Départements d'Outre-Mer ne disposent d'aucune structure répondant aux critères de la circulaire.

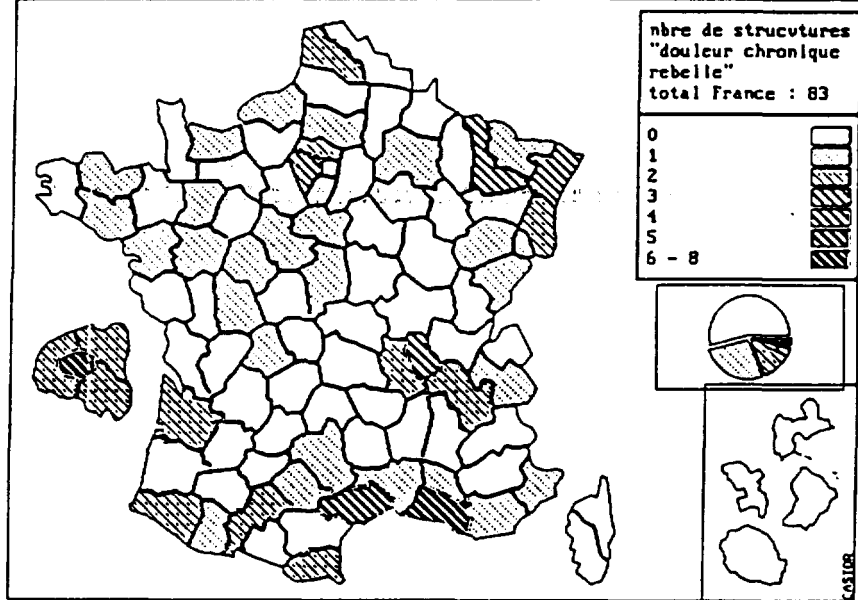
On note également une proportion beaucoup plus importante de structures en Ile-de-France, Rhône-Alpes, P.A.C.A. et Languedoc-Roussillon, ce qui peut s'expliquer en partie par la répartition démographique régionale.

En ce qui concerne la répartition départementale, il est intéressant de remarquer que plus de la moitié des départements ne disposent d'aucune structure répondant aux critères de la circulaire et que 27% ne disposent que d'une structure de ce type.

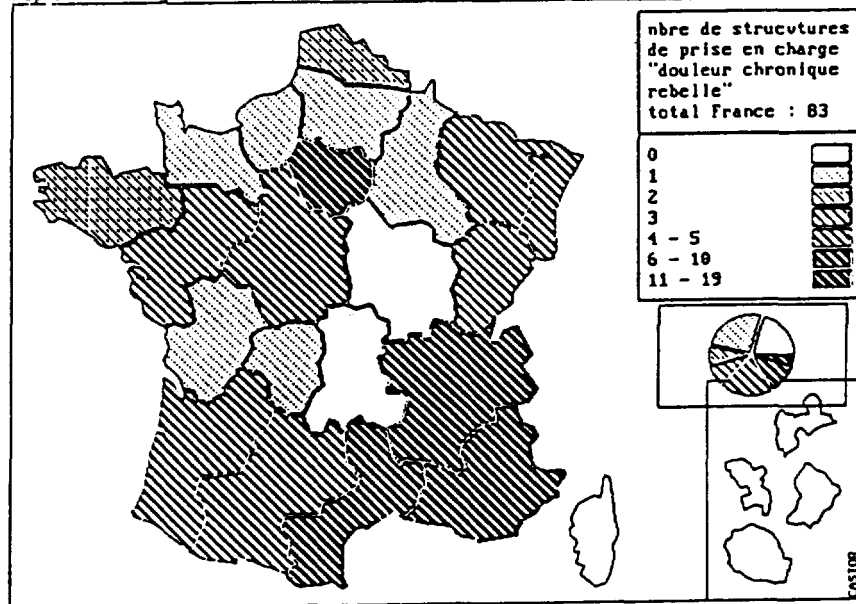
\*remarque: on entend par diversification, la pratique outre des moyens apportés par la pharmacologie analgésique conventionnelle, celle de techniques chirurgicales (blocs anesthésiques et/ou interruption neurochirurgicale des voies anatomiques et/ou implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie), ainsi que celle d'au moins un autre moyen thérapeutique (acupuncture et/ou kinésithérapie et/ou stimulation transcutanée et/ou psychothérapie...)

La documentation Française : La Prise en charge de la douleur dans les établissements de santé en France

Répartition départementale des struct de prise en charge de la douleur chronique



Répartition Régionale des structures de prise en charge de la douleur chronique





## A. La nature des établissements:

Sur les 83 établissements retenus, 54% d'entre eux sont des établissements publics.

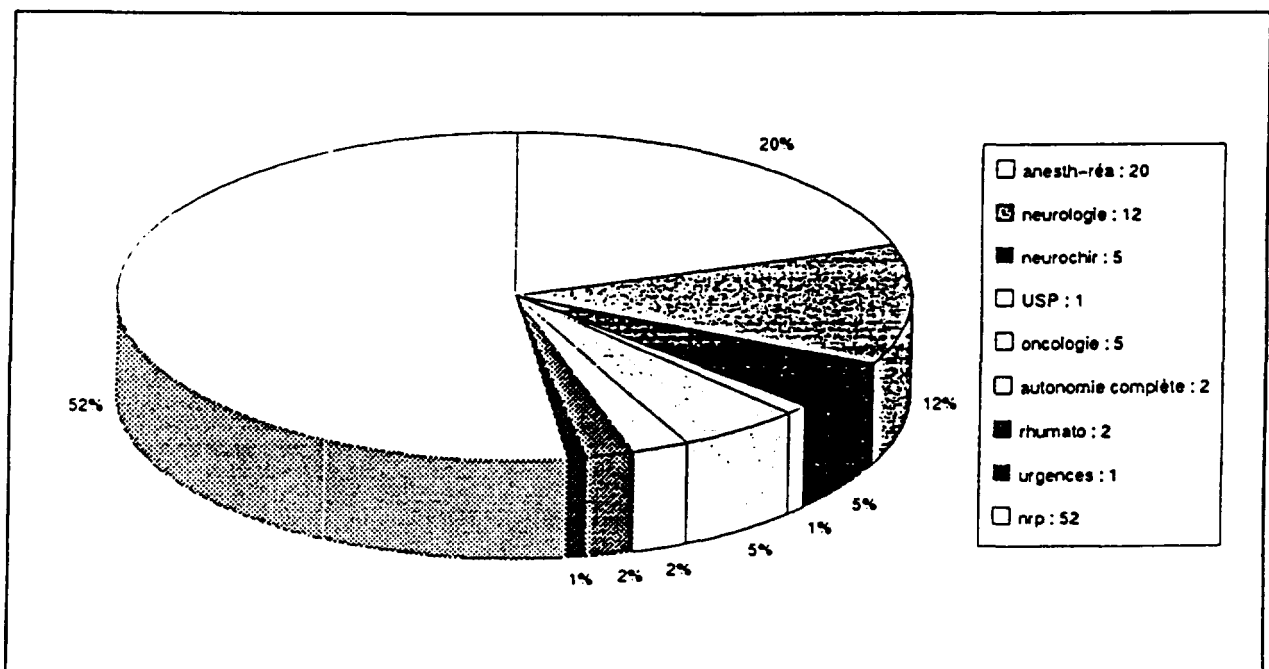
La répartition des structures selon la nature juridique de l'établissement est comparable à celle des données issues de l'exploitation élargie de l'enquête ( voir figure page 5).

En ce qui concerne la dénomination des structures :

- 33% d'entre elles se déclarent comme des "consultations de la douleur",
- 21% comme des "centres de traitement de la douleur",
- 13% comme des "unités d'évaluation et de traitement de la douleur" (dont deux sont organisées en département hospitalier),

Il est intéressant de noter que 33% des établissements n'ont pas nominativement individualisé ces structures, ce qui pose un problème de lisibilité de l'activité à l'égard de l'extérieur.

Le service de rattachement déclaré par ces structures est plus variable qu'on ne pouvait s'y attendre, avec une proportion relativement faible du rattachement à un service d'anesthésie-réanimation. Il faut toutefois modérer ces remarques en raison du nombre très élevé de non réponses à cet item (52%).



## B. PERSONNEL:

### B.1. Qualification des médecins responsables :

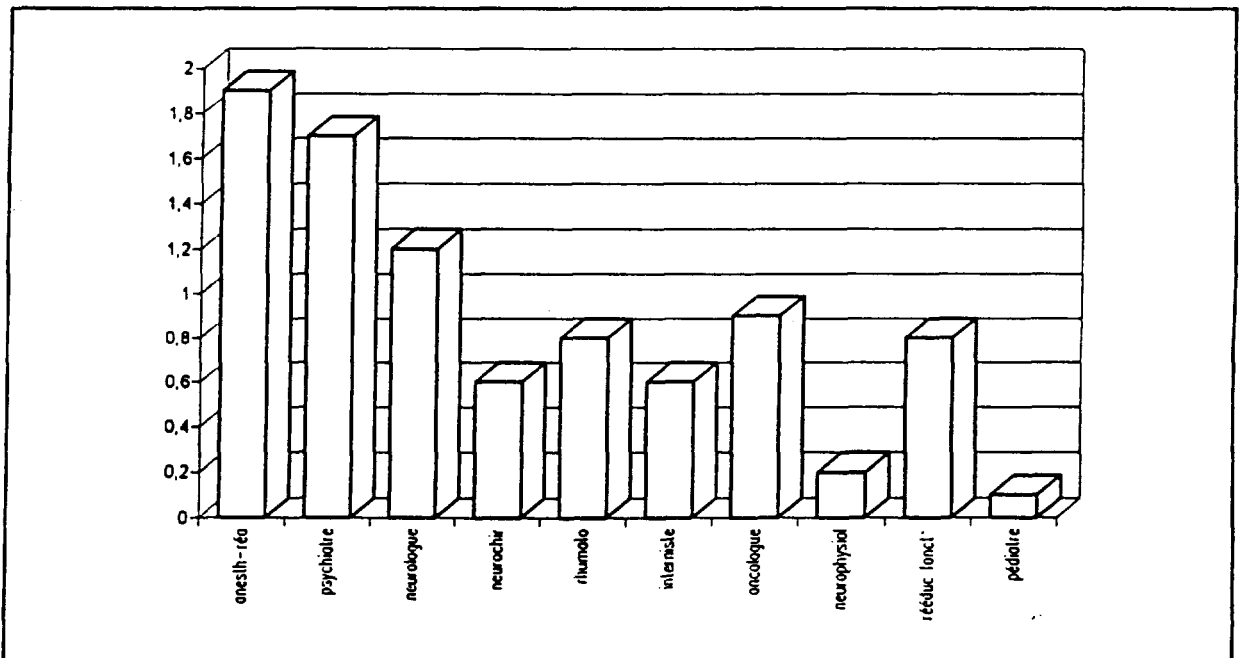
La répartition des médecins responsables de ces structures en fonction de leur qualification est superposable à celle retrouvée dans l'enquête élargie, avec également une proportion importante d'anesthésistes-réanimateurs (cf figure page 6).

### B.2. Equipe médicale :

Par rapport aux données issues de l'enquête élargie, on note une présence plus importante, au sein des équipes, des psychiatres, des neurologues, des oncologues et des rhumatologues.

Cette répartition correspond à la spécificité de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (DCR).

Le tableau suivant permet de visualiser la composition moyenne des équipes DCR sur la France:



Les psychiatres sont deux fois plus représentés que dans l'enquête élargie, les neurologues et les oncologues représentent 33% de plus que dans l'enquête élargie et les rhumatologues 20% de plus.



Il faut noter néanmoins la variabilité du nombre moyen de médecins par équipes, toute spécialité confondue: la composition moyenne sur la France est de 9 médecins par équipe, mais masque des disparités régionales importantes (4 médecins en moyenne en Lorraine contre 11 dans le Limousin).

Ces données reprennent le nombre de médecins sans tenir compte du temps de travail effectivement consacré à l'activité de prise en charge de la DCR.

Comme pour les psychiatres, et pour les mêmes raisons, on note un nombre plus élevé de psychologues au sein des équipes, 60%, contre 30% dans l'enquête élargie.

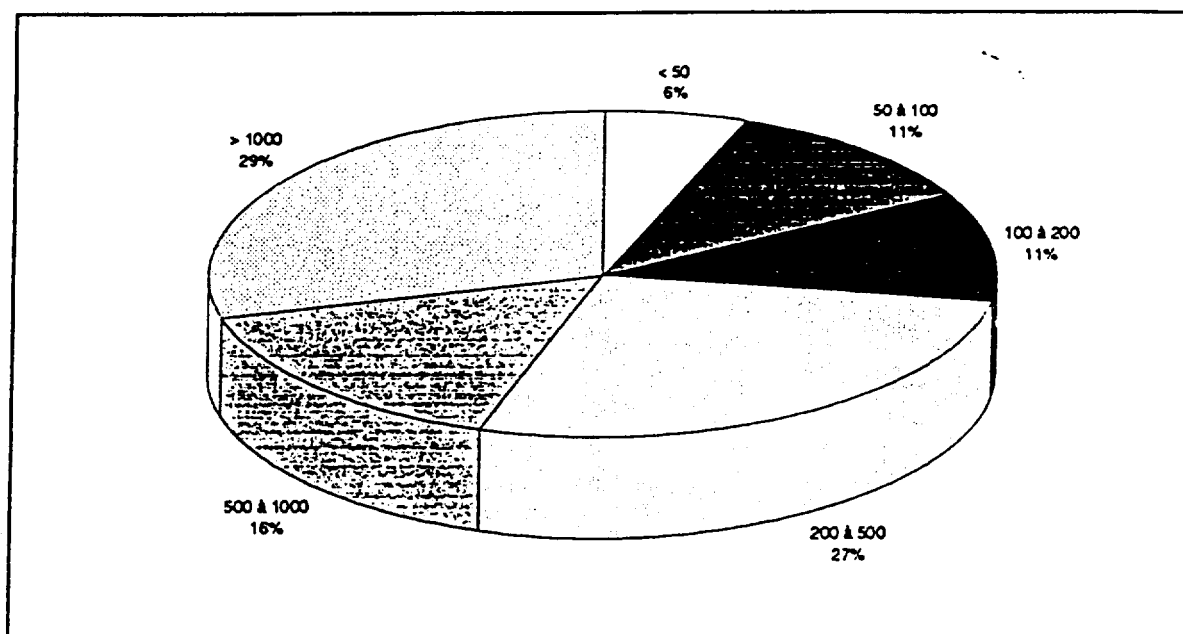
## C. La prise en charge des patients douloureux chroniques:

### C.1. Les patients suivis:

D'après les chiffres déclarés par les 83 établissements, représentant 31% du nombre d'établissements pris en compte dans l'enquête, ils prennent en charge 49% du total de patients issu de l'enquête élargie: les 83 structures déclarent suivre environ 47.000 patients.

En moyenne les établissements déclarent suivre annuellement 560 patients contre 500 dans l'enquête élargie.

Il faut noter une grande variabilité régionale avec 36 et 40 patients suivis en moyenne en Limousin et en Picardie dans chaque établissement, contre 2000 en Alsace.



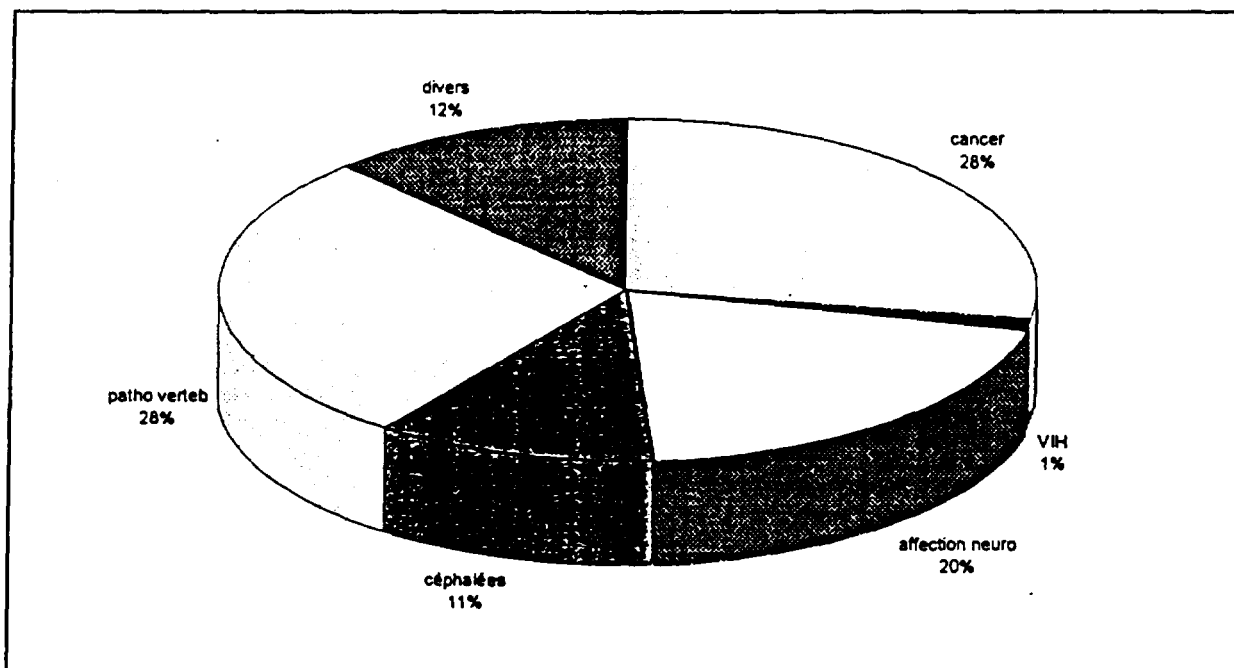
Par rapport à l'enquête élargie (cf figure page 10), 72% des structures de prise en charge de la DCR voient plus de 200 patients par an, alors que dans l'enquête élargie seuls 35% des établissements voient plus de 200 malades par an.

La figure précédente décrit la répartition moyenne des patients par établissement.

La répartition des patients selon les pathologies prises en charge semble plus équilibrée que dans l'enquête élargie (cf figure page 12).

On peut remarquer en particulier les pourcentages plus importants de céphalées et de pathologies vertébrales prises en charge dans les structures de lutte contre la DCR, et le pourcentage moindre de cancers.

Il existe toutefois de grandes disparités régionales: ainsi en Champagnes-Ardennes, les seuls patients suivis sont des cancéreux, contre 5% dans les Pays-de-Loire. Par ailleurs 40% des établissements déclarent ne pas suivre de patients atteints de sida.



## **C.2. Le mode de fonctionnement des équipes:** *(cf annexe 9 comparative avec l'enquête élargie)*

### **C.2.a. Pluridisciplinarité:**

Il s'agit d'un des critères d'exclusion pour les structures de prise en charge de la DCR.

**88% des établissements déclarent avoir mis en place des consultations pluridisciplinaires spécialisées.**

Ce chiffre n'était que de 56 % dans l'enquête élargie.

**95% des établissements déclarent pratiquer des réunions de synthèse pluridisciplinaires.**

Dans l'enquête élargie, seuls 63% des établissements déclaraient avoir mis en place ces réunions.

En tout état de cause, tous les établissements retenus comme pratiquant une prise en charge de la DCR déclarent pratiquer au moins l'un ou l'autre.

### **C.2.b. Types d'activité:**

#### **\*Evaluation:**

La pratique d'une évaluation et d'une orientation thérapeutique des patients est un des critères demandé par la circulaire pour la prise en charge de la DCR.

**Il faut noter que 66 % des établissements déclarent pratiquer une évaluation psychométrique.**

Ce chiffre est à rapprocher de la moyenne de 45 % issue de l'enquête élargie sur cette question, ainsi que de la présence plus importante de psychologues et de psychiatres au sein des équipes DCR.

#### **\* Prise en charge médico-psychologique et suivi à long terme:**

Il s'agit aussi d'un critère défini par la circulaire sur la DCR. Tous les établissements pratiquent ce type de prise en charge alors que dans l'enquête élargie, seuls 64% des établissements déclaraient cette pratique.

### \* Enseignement et Recherche:

77 % des établissements déclarent avoir une activité d'enseignement.

Il faut noter que 16 % des structures prenant en charge la DCR ne déclare aucune activité d'enseignement.

Dans les données issues de l'enquête élargie, 50% des établissements déclaraient une activité d'enseignement.

44 % des établissements déclarent avoir une activité de recherche. 47% déclarent n'en avoir aucune.

Ainsi l'activité de recherche est plus importante dans ces établissements que la moyenne issue de l'enquête élargie où seuls 25% des établissements déclarent mener des recherches.

### C.3. Moyens thérapeutiques:

\* Les équipes prescrivent toutes des traitements médicamenteux.

\* En ce qui concerne les traitements chirurgicaux:

98 % des équipes utilisent des blocs anesthésiques, 90 % pratiquent l'implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie (contre 68 % dans l'enquête élargie), et 29 % pratiquent des interruptions neurochirurgicales des voies anatomiques (contre 16 % dans l'enquête élargie).

\* En ce qui concerne les autres moyens thérapeutiques:

Il faut relever que les équipes pratiquant la DCR proposent en moyenne des moyens plus diversifiés que dans l'enquête élargie.

Ainsi 87 % d'entre elles ont recours à la kinésithérapie (contre 78 % dans l'enquête élargie).

42 % d'entre elles ont recours à l'analgésie acupuncturale (contre 29%).

94 % d'entre elles ont recours à la stimulation transcutanée (contre 76%).

92 % d'entre elles ont recours à des psychothérapies (contre 63%).

## CONCLUSION

La circulaire du 7 janvier 1994 a permis de réaliser un premier bilan de l'existant en matière de prise en charge de la douleur chronique en France, sur la base des déclarations des équipes.

**270 questionnaires positifs ont été exploités. Retenant les critères d'organisation et de fonctionnement issus du rapport du groupe de travail sur ce thème, et servant de base à la circulaire, 83 établissements ont déclaré des modes de fonctionnement conformes à ces critères.**

**Parmi ces établissements pratiquant une prise en charge de la DCR, seuls un petit nombre d'entre eux assurent une mission d'enseignement et de recherche, ainsi que le montrent les cartes ci-dessous.**

L'enseignement théorique et clinique des médecins et des autres professionnels de santé, tant au niveau initial qu'en ce qui concerne la formation continue est pourtant l'un des facteurs de diffusion de la prise en compte de la douleur dans tous ses aspects (souffrance), notamment de la douleur chronique.

Il paraît opportun dans ces conditions que chaque faculté de médecine dispose d'un enseignement coordonné en matière de prise en charge de la douleur, sanctionné par des examens, ainsi que des lieux de stage formateurs. Une réflexion sur le contenu des enseignements devrait également se constituer, sous la responsabilité de la conférence des doyens, et à partir de l'expérience des facultés ayant mis en place depuis plusieurs années un tel enseignement, afin d'harmoniser des enseignements actuellement très disparates comme le relevait récemment le rapport précité du Dr Delbecq.

**De nombreuses équipes ont déclaré une activité de prise en charge de la douleur, mais ne correspondant pas strictement aux critères définis pour la prise en charge de la DCR, du fait du type de douleur (douleur en fin de vie, douleur post-opératoire...), ou du fait de l'organisation retenue. Dans d'autres cas, la prise en charge de la douleur mentionnée dans le projet d'établissement correspond à des protocoles relatifs à la prise en charge de douleurs évitables ou chroniques (non rebelles).**

L'activité de prise en charge de la douleur n'y est pas structurée comme précédemment mais repose sur la diffusion de pratiques à partir de médecins motivés qui ont créé un réseau de compétences à l'intérieur de leur établissement, sorte d'équipe mobile intervenant à la fois à la demande des services de l'établissement et vis à vis de l'extérieur.

Cette activité est fragile, d'autant plus que souvent mal décrite dans les départements d'informatique médicale. En effet il n'existe pas de critères relatifs à la douleur dans la classification internationale des pathologies, et aucun acte spécifique (consultation) n'est reconnu, malgré leur particularité liée à la durée du temps consacré à une évaluation correcte de la douleur et à l'approche pluridisciplinaire de la prise en charge.

De telles difficultés ne permettent pas sur la base des données déclarées par les équipes de lister cette activité.

Une évaluation est nécessaire pour ce faire, au travers d'enquêtes simples pouvant être conduites périodiquement par les DDASS et les DRASS, afin de disposer à un niveau local d'éléments permettant d'adapter l'offre de prise en charge aux besoins de la population. Cette évaluation doit porter à la fois sur des critères d'organisation, de qualité des prise en charge, et des indicateurs de besoins de prise en charge afin d'estimer la pertinence des objectifs retenus.

La définition de ces critères pourrait être confiée à l'Agence pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), avec les professionnels concernés.

Malgré tout, les avancées dans ce domaine et le développement de ce type de prise en charge sont quotidiens.

A partir des résultats de l'enquête, et malgré ses limites, notamment en terme d'exhaustivité, il est possible de constater un certain nombre d'insuffisances.

La prise en charge de la douleur (évitable, chronique ou rebelle) n'est pas suffisamment développée en France. L'existence de structures "référentes" chargée de diffuser ces pratiques pourrait améliorer cette situation. Comme pour les soins palliatifs, il semble nécessaire de mettre en place au niveau régional, au moins une structure individualisée, chargée d'assurer l'enseignement et sa diffusion à l'extérieur de l'établissement de rattachement. Cette structure devrait également conduire des actions de recherche clinique, dans les différents domaines de la prise en charge de la douleur qu'elle soit chronique rebelle, aiguë ou liée à la fin de vie. Un certain nombre de structures pratiquent déjà ces activités dans le cadre de la douleur chronique rebelle et il pourrait être utile d'encourager leur développement.

Dans le même temps, l'objectif étant que toute douleur évitable soit soulagée sans que les patients soient renvoyés à une structure "ghetto", sauf en deuxième intention et lorsque ces douleurs sont particulièrement difficiles à prendre en charge, la diffusion de ces pratiques à l'ensemble des professionnels concernés doit être prioritaire. Il conviendrait ainsi de soutenir des projets d'établissements qui placeraient ce type de prise en charge au centre de leurs préoccupations, et que les résultats de l'enquête élargie permettent en partie d'identifier, même si cette enquête n'est pas exhaustive.

Par ailleurs la diffusion des recommandations de prise en charge de la douleur cancéreuse en ambulatoire, actuellement en cours de réalisation par l'ANDEM, va dans le même sens et permettra d'améliorer la prise en charge extra-hospitalière de la douleur.

Enfin il semble nécessaire de pouvoir disposer d'instruments d'évaluation fiables et de critères d'évaluation tant des moyens que d'activité, ainsi que des critères d'évaluation des besoins, notamment à partir de données épidémiologiques. Ces critères ne sont pas définis à l'heure actuelle avec suffisamment de précision et leur définition consensuelle (par l'intermédiaire de l'ANDEM par exemple) est un préalable à la mise en place d'une politique volontariste dans ce domaine.



## LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1.** Liste des Unités de Soins Palliatifs en France (établie par le Dr DELBECQUE)
- ANNEXE 2.** Répartition géographique des réponses (cartes)
- ANNEXE 3.** Répartition régionale des médecins responsables des équipes selon leur qualification
- ANNEXE 4.** Répartition régionale des médecins selon leur qualification  
Variabilité régionales statistiques
- ANNEXE 5.** a.Répartition régionale des patients pris en charge.  
b.Répartition régionale des patients pris en charge par pathologie
- ANNEXE 6.** Répartition régionale de la pratique d'une activité d'évaluation
- ANNEXE 7.** Répartition régionale de la prise en charge médico-psychologique, des activités d'enseignement et de recherche.
- ANNEXE 8.** Répartition régionale des moyens thérapeutiques
- ANNEXE 9.** Comparaison des pourcentages de réponses positives relatives aux types d'activité et aux moyens de traitement entre les établissements pratiquant la DCR et les résultats issus de l'enquête élargie.
- ANNEXE 10.** Circulaire DGS/DH n°3 du 7.01.94 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques  
Questionnaire de recensement des structures de lutte contre la douleur chronique.

Dénomination	D.M.S.	Caractéristiques	Demande	Empaathisme	Pathologies	Bénéficiaires
1. Clinique médicale Jeanne-Garnier Paris	251	82 %	Retours 5 %		Cancer / SIDA / maladies/in	87
2. Maison médicale Notre-Dame-de-Lec-Road-Malmaison	25151	86,85 %	Enlèves 10 % / Retours 10 %		Cancer / SIDA / maladies/in	7
3. Maison médicale Jean-Bérthelot-Frenoyen	261	53 %	Enlèves 77 % / Retours 8 %		Cancer / SIDA / Hépatite	27
4. Hôpital Cochin-Joy Paris	271	20 - 25 %	Enlèves 5 % / Retours 5 %	oui	Cancer / SIDA	16
5. Centre Alexis-Vandier Service de Néécrose Vandœuvre les-Nancy				Consultation de la douleur	Cancer	10
6. Hôpital international de l'Empressée de Paris Paris	27261	84,15 %	Enlèves 30 % / Retours 17 %	SP - 0,1	Cancer / SIDA, autres / M / maladies/in	40 / 24 M/24
7. Centre hospitalier Bretonois Saint-Malo	261	80 %		oui	Cancer 20 %	"Association Cava Gervand" 20

Dénomination	Date d'ouverture	Statut	Nombre de lits dans une unité de soins	Personnel	Pathologies	Date d'ouverture
8. Hôpital maritime Yves-Corbin (Marseille)	1988	Public CHG	5 lits USP dans une unité de soins	Public CHG	Public CHG	1988
9. Centre général de Val-d'Auregues (55000 Aulnay-sur-Seine)	1988	Public	6 lits dans une unité de soins / 20 lits dans une unité de soins	Public	Public	1988
10. Maison de santé "Clara Boncompagni" (78000 Versailles)	1988	Privé PSPH	16 lits	Privé PSPH	Privé PSPH	1988
11. Hôpital Jean-Baptiste Service gériatrie-urologie (75010 Paris)	1988	Public CHU	4 lits (dans une unité de soins)	Public CHU	Public CHU	1988
12. Hôpital local rue G.-Clémenceau (44090 Le Croisic)	1988	Public	10 lits (dans service médecine de soins)	Public	Public	1988
13. Hôpital local place de l'Éclair (18170 Châteauneuf-sur-Charbonnel)	1988	Public	3 lits USP / 5 lits méd / 6 lits moyen séjour	Public	Public	1988
14. Maison de santé médicale des Dames de Calvados (35100 Le Mans)	1988	Privé PSPH	72 lits	Privé PSPH	Privé PSPH	1988
15. Hôp. E. Miller (91000 Malesherbes)	1988	Public CHG	9 lits	Public CHG	Public CHG	1988
16. Centre de soins de Breckmann (11300 Saint-Agnan)	1988	Public	13 lits USP dans une unité de soins	Public	Public	1988

LES SOINS PALLIATIFS ET L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES EN FIN DE VIE

Dénomination	D.M.S.	Certificat d'occupation	Départ	Consultations	Pathologies	Briefvies
Hôpital maritime Yves Le Dantec	401	90 %	Entrées 30 % Retours 5 %		Cancer SIDA	ADIS
Centre clinique de Val d'Aragoys	291	100 %	Entrées 20 % Retours 10 %	ou	Cancer SIDA 200 patients par an	"Accompagner" 14
Maison de santé "Chaire Dromaire" Villefrance	33.591	82.91 %	Entrées 20 % Retours 20 %		Cancer 83 % SIDA 16 %	16
Hôpital Jean-Minor Bézangon	171	75 %	Entrées 10 % Retours 20 %	ou équipe mobile	Cancer SIDA	JALMALV et "Ecole les amis" : 8 14 équipe mobile 12 jours de dent
Hôpital local Le Gosic	201	70 %	Entrées 10 % Retours 20 %		Cancer SIDA	
Hôpital local Châteauneuf-Val d'Agenais	221	94 %	Entrées 15 % Retours 27 %	équipe mobile avec 3 lits SP ou 1 lit AI	Cancer	
Maison de santé médico-social des Dames de Valère de Saint-Cyprien	101	85 %	Entrées 41 % Retours 12 %		Cancer 20 % SIDA et autres 10 %	"Alliance" 15
Hôpital Emile-Muller Alençon	181	67.7 %	Entrées 60 % Retours 20 %	Consultation SP	Cancer 85 % SIDA 15 %	JALMALV 6 3
Centre de soins de jour de Saint-Aubin	32.21	90 %	Entrées 10 % Retours 10 %			

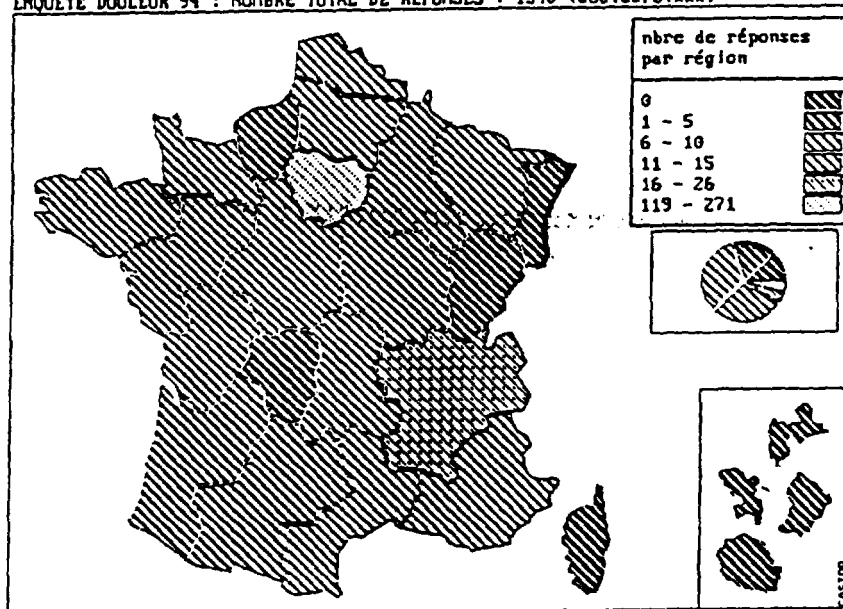
L'accueil des malades en fin de vie à l'hôpital

Dénomination	Date d'ouverture	Service	Meuble MLUS	Personnel MLUS	Erreurs	Personnel
17. Hôpital des Charpenes 21, rue Gabriel-Péti 68503 Villoulange Co. 70 43 20 61	Jun 1987	Public CHU HCL Cours séjour	10 lits	3 100,00 F	15,25 ELP dont 7 IDE 7 AS 0,75 méd	Psycho 0,5
18. Hôpital de l'Hôtel-Dieu CSP Notre-Dame 75181 Paris Co. 04 42 34 44 24	Septembre 1980	Public CHU AP-HP	Unité mobile (2 lits de jour)	3 336,00 F et 1 105,00 F	8 ELP dont 4 IDE 2,7 méd 1 infirmière	Psycho 2
19. Hôp. St-Joseph 1, rue P. Lamoignon 75014 Paris Co. 14 41 12 33 34	Septembre 1980	Privé PSPH	Unité mobile		2 ELP 1 méd 1 IDE	Psycho 0,1
20. Hôp. St-Thomas de Villeneuve 254 RD Bam de Bronsop 59 43 71 40	Octobre 1989	Privé associé Hôpital local coopération Saint-Thomas Long séjour	10 lits USP et 25 lits	811,90 F	9,5 ELP dont 4 IDE 3 AS 1 méd Ratio 0,4	
21. Hôpital de la Croix-Rouge des Charbonnières 20, rue de la Victoire 69008 Lyon 72 74 61 61	Decembre 1987	Privé PSPH Cours séjour	10 lits	1 000,00 F	17,31 ELP dont 11 IDE 2 AS 1 méd	Psycho 0,5
22. Institut Paoli-Calmettes 733, bd Ste Marguerite 13123 Marseille Co. 9 91 22 33 33	Decembre 1980	Privé PSPH Centre régional de lutte contre le cancer Cours séjour	unité mobile		2 ELP dont 1 IDE 1 méd	Psycho 1
23. Hôp. P. Brossas USP 11, av Paul Voilain Courbaon 94004 Val-de-la-Paix Co. 46 59 18 90	Fevrier 1920	Public CHU AP-HP Cours séjour	10 lits	3 553,00 F	30,2 ELP dont 15 IDE 8 AS 1,3 méd 1 infirmière	Psycho 0,5 Psycho 0,5 Psycho 0,7
24. Hôpital local Sidi-Goumeur 91 28 51 50	Mars 1970	Public Hôpital local	6 lits USP dans une unité de 22 lits	1 118,70 F	17 ELP dont 5 IDE 10 AS	Psycho 0,025

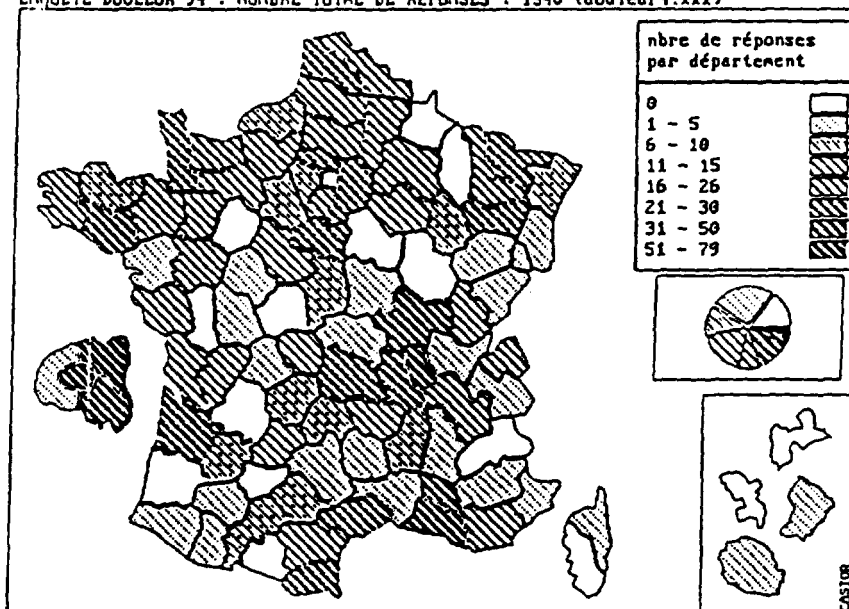
Dénomination	O.M.S.	Critères d'admission	Démarche	Causalités	Pathologies	Bénévoles
17. Hôpital des Charbonniers Valenciennes	21,41	81,3 %	Enfants 40 % Rétros 75 %	oui	Cancer 85 % SIDA 10 %	"Albatros" 17
18. Hôpital de l'Hôtel-Dieu Centre des Soins palliatifs Paris		45 %		Consult. douleur autres hôpitaux comme unité mobile	Cancer SIDA Neuro	10
19. Hôpital Saint-Joseph Paris				Consult. SP Consult. douleur	Cancer SIDA	ASP 11
20. Hôpital Saint-Thomas-de-Villeneuve Dan de Brieque	32,1	75,5 %		non	Cancer	"Ams" des soins palliatifs de Dan de Brieque
21. Hôp de la Croix-Rouge des Charbonniers Lyon	24,1	81 %	Enfants 41 % Rétros 12 %	oui	Cancer	"His" 30
22. Institut Paul Cabannes Marseille				Consultation SP Consultation de la douleur	Cancer Cancer	6
23. Hôpital Paul Brousse Val-de-Reuil	21,41	81,3 %	Enfants 31 % Rétros 15 %	oui	Cancer 75 % SIDA 20 % 100 Médulles/ou Cancer	20
24. Hôpital local Groland sur-Seuil	30,1	45 %	Rétros 5 %		Cancer	

Dénomination	Date d'ouverture	Statut	Moyens de soins	Personnel	Effectifs	Personnel
25. Hôp Nord Cabaret BP 145 63070 Clermont Ferrand Cedex 7 23874726	Mars 1970	Public CHU Moyen séjour	7 lits USP 671 lits moyen séjour	Psycho 0,4	22 ETP dont 1 BDE 10 AS 4,1 méd	Psycho 0,4
26. Centre hosp. St-Joseph et St-Luc service de soutien en soins palliatifs d'accompagnement 65365 Lyon Ce 7 781618101	Octobre 1970	Privé PSPH	Unité mobile	Psycho 0,5	15 ETP dont 0,5 BDE 0,25 méd	Psycho 0,5
27. Hôpital de St-Jos Médecine III av. Paul Rongé 64307 St-Jos Ce 41 21 70 0073 40	Novembre 1970	Public CHG Moyen séjour	12 lits USP (dans une unité de 50 lits)	Psycho 0,5	50 ETP dont 8 BDE 17 AS 7,6 méd Ratin 0,08	Psycho 0,5
28. Centre Irène-Brisard 18, rue Lacaze 65113 Lyon Ce 08	Novembre 1970	Privé PSPH Centre Régional de lutte contre le cancer	2 lits lits 21 lits de médicaments	Psycho 0,1 6 AS 1,5 méd 0,1 1 infirmière	19,5 ETP dont 6 BDE 6 AS 1,5 méd 1 infirmière	Psycho 0,1 Psychiatre 0,1
29. Hôp. Michalène Unité de recherche et de soins en SP CHU de Grenoble BP 717 38043 Grenoble Ce 76 76 56 67	Octobre 1970	Public CHU	Unité mobile	Psycho 1	6,4 ETP dont 7 BDE 1,5 méd	Psycho 1
30. Hôpital intercommunal de Montferrat 16, rue de La Tour 31100 Montferrat 43 30 81 55	Janvier 1971	Public CHG	Unité mobile	Psycho 1	3,5 ETP dont 1 BDE 0,5 méd	Psycho 1
31. Centre hosp. Croix-Rouge Centre de SP "La Courbeille" 145 bd G. Petit 91170 Vev. Etallem 65 14 00 31	Juillet 1971	Privé PSPH Moyen séjour (25 lits)	4 lits et unité mobile	Psycho 0,5	23 ETP dont 7 BDE 10 AS méd 1,8 Ratin 7,5	Psycho 0,5
32. Centre hosp. USP Pierre Clément 64, av du Pdt R. Leiriche 67041 Haguenau Ce 88 31 17 77	Septembre 1971	Public CHG Moyen séjour	6 lits	Psycho 0,5	12,05 ETP dont 8 BDE 3 AS 0,3 méd	Psycho 0,5

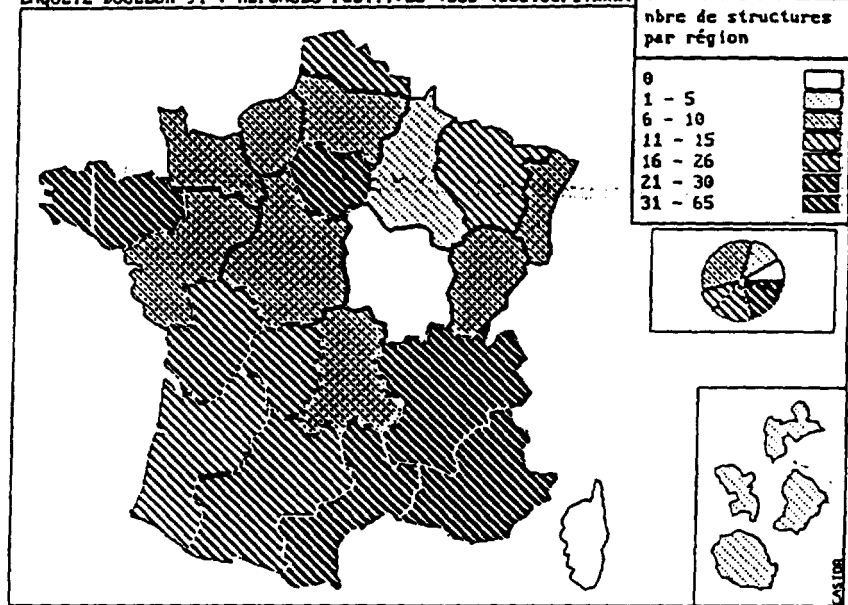
ENQUETE DOULEUR 94 : NOMBRE TOTAL DE REPONSES : 1340 (douleur5.xxx)



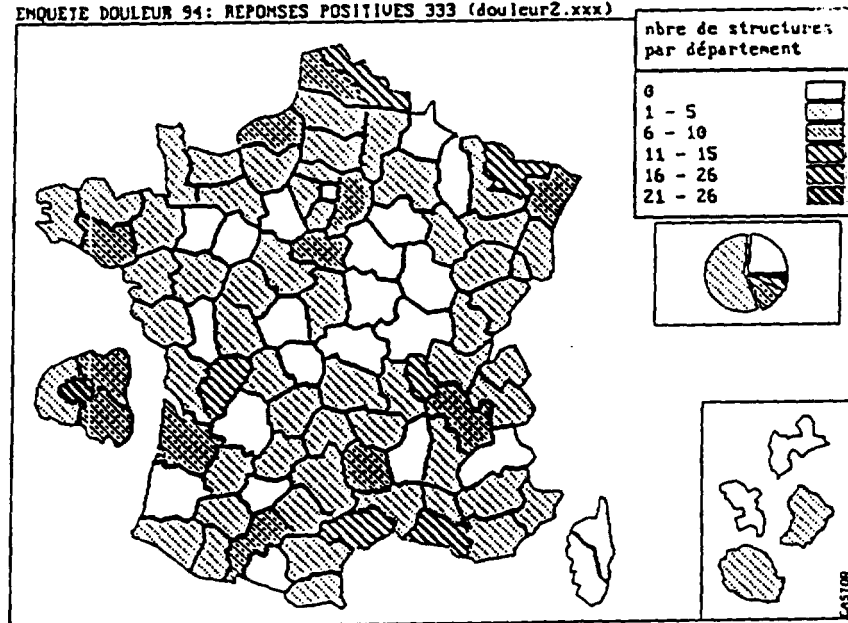
ENQUETE DOULEUR 94 : NOMBRE TOTAL DE REPONSES : 1340 (douleur4.xxx)



ENQUETE DOULEUR 94 : REPONSES POSITIVES :333 (douleur1.xxx)



ENQUETE DOULEUR 94: REPONSES POSITIVES 333 (douleur2.xxx)



QUALIFICATION DES MEDECINS RESPONSABLES %

	anesth - réa	onco - logue	chirurgien	généraliste	méd interniste	neuro - logue	neuro - chirurgien	neurophy- siologue	ortho - pédicite	pédiatre	pneumo - logue	psy - chiatre	rééduc fonct°	rhumato - logue	gastro - entérologue.	acu - puncteur	algo - logue	sans réponse
Alsace	90,9				9													
Aquitaine	50	7,1			14,2	21,4	7,1											
Auvergne	33,3						16,6					16,6		16,6				16,6
Bretagne	52	8			4				4		4	4		16				4
Bourgogne																		
Centre	60					20								10				
Chardennes	57,1				14,2	14,2								14,2				
Corse																		
Franchè- Comté	46,6	6,6	6,6		6,6	6,6					6,6	6,6	6,6	6,6				
Ile-de-France	54,6	9,3	1,5		4,6	3,1	3,1	1,5			1,5	7,8		10,9				
Lang- Roussillon	6,5	8,3			4,1	4,1		4,1					8,3					4,1
Limousin	50	25												25				
Loire	76,9	7,6				7,6							7,6					
Midi- Pyrénées	76,4					11,7	5,8							5,8				
Normandie	50	25					8,3							8,3				
Nord-pas-de- Calais	33,3				20		6,6						13,3		6,6			6,6
Pays-de-Loire	63,6				9	9							9					9
Picardie	63,6	9			9		9							9				
Poitou- Charente	100																	
PACA	44,8	6,8	10,3	3,4	6,8	3,4	3,4				3,4	6,8	3,4	6,8			10,3	
Rhône-Alpes	42,3	11,5			3,8	7,6	3,8			3,8	3,8		3,8					3,8
DOM	66,6													33,3				
FRANCE	56,6	7,1	0,6	0,6	4,3	5,3	2,8	0,9	0,3	0,3	1,5	3,1	2,8	6,8	0,3	7,3	0,9	1,8

NOMBRE D'INTERVENANTS PAR STRUCTURE ET SPECIALITE

	ANES -		THESIS-		TES		ONCO -		LOGUE		NEURO-		LOGUE	
	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre méd	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre éts	
Alsace	1,1	11	10	10	0,2	2	10	0,7	7	0,7	7	10		
Aquitaine	2,36	26	11	11	0,91	10	11	1,18	13	1,18	13	11		
Auvergne	2,17	13	6	6	0,67	4	6	0,17	1	0,17	1	6		
Bretagne	1,58	30	19	19	0,37	7	19	0,58	11	0,58	11	19		
Bourgogne														
Centre	1,33	12	9	9	0,33	3	9	0,67	6	0,67	6	9		
Ch-Ardennes	1,33	8	6	6	0,67	4	6	0,67	4	0,67	4	6		
Corse														
Franche-Comté	2,75	22	8	8	0,38	3	8	0,5	4	0,5	4	8		
Ile-de-France	1,98	101	51	51	0,51	26	51	0,78	40	0,78	40	51		
Lang-Roussillon	2,56	46	18	18	0,61	11	18	0,44	8	0,44	8	18		
Limousin	2	6	3	3	0,67	2	3	0,67	2	0,67	2	3		
Lorraine	1,85	24	13	13	0,46	6	13	0,46	6	0,46	6	13		
Midi-Pyrénées	1,87	28	15	15	1	15	15	0,8	12	0,8	12	15		
Normandie	1,7	17	10	10	0,6	6	10	0,3	3	0,3	3	10		
Nord-pas-de-Calais	1,29	18	14	14	0,57	8	14	0,29	4	0,29	4	14		
Pays-de-Loire	1,7	17	10	10	0,4	4	10	0,9	9	0,9	9	10		
Picardie	1,11	10	9	9	0,44	4	9	0,44	4	0,44	4	9		
Poitou-Charente	3	9	3	3	1	3	3	1,67	5	1,67	5	3		
PACA	1,76	37	21	21	0,95	20	21	1,29	27	1,29	27	21		
Rhône-Alpes	1,65	38	23	23	0,78	18	23	0,57	13	0,57	13	23		
DOM	1,33	4	3	3	0,67	2	3	0,67	2	0,67	2	3		
FRANCE	1,82	477	262	262	0,6	158	262	0,69	181	0,69	181	262		



NOMBRE D'INTERVENANTS PAR STRUCTURE ET SPECIALITE

	RHUMA -		TOLOGUE		INTER -		NISTES		NEURO -		CHIR	
	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre méd	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre éts	
Alsace	0,4	4	10	0,1	1	10	0,4	4	0,4	4	10	
Aquitaine	0,55	6	11	0,73	8	11	0,09	1	0,09	1	11	
Auvergne	0,5	3	6	0,17	1	6	0,5	3	0,5	3	6	
Bretagne	0,63	12	19	0,58	11	19	0,16	3	0,16	3	19	
Bourgogne												
Centre	0,78	7	9	0,11	1	9	0,11	1	0,11	1	9	
Ch-Ardenne	1,17	7	6	0,33	2	6	0	0	0	0	6	
Corse												
Franche-Comté	0,38	3	8	0,38	3	8	0,25	2	0,25	2	8	
Ile-de-France	0,82	41	51	0,76	39	51	0,39	20	0,39	20	51	
Lang-Roussillon	0,11	2	18	0,22	4	18	0,39	7	0,39	7	18	
Limousin	0,67	2	3	0,33	1	3	1	3	1	3	3	
Lorraine	0,31	4	13	0,23	3	13	0	0	0	0	13	
Midi-Pyrénées	0,73	11	15	0,27	4	15	0,33	5	0,33	5	15	
Normandie	0,5	5	10	0,4	4	10	0,5	5	0,5	5	10	
Nord-pas-de-Calais	0,43	6	14	0,43	6	14	0,14	2	0,14	2	14	
Pays-de-Loire	0,4	4	10	1	10	10	0,3	3	0,3	3	10	
Picardie	0,56	5	9	0,22	2	9	0,22	2	0,22	2	9	
Poitou-Charente	1	3	3	0,67	2	3	0,33	1	0,33	1	3	
PACA	0,62	13	21	0,9	19	21	0,33	7	0,33	7	21	
Rhône-Alpes	0,39	9	23	0,57	13	23	0,17	4	0,17	4	23	
DOM	0,67	2	3	0,33	1	3	0,33	1	0,33	1	3	
FRANCE	0,57	149	262	0,52	135	262	0,28	74	0,28	74	262	

NOMBRE D'INTERVENANTS PAR STRUCTURE ET SPECIALITE

	PEDIA -		TRE		PSY -		CHIA -		TRE		PSYCHO-		LOGUE	
	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre méd	nbre méd	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre psy	nbre éts	moyenne nbre / éts	nbre psy	nbre éts
Alsace	0	0	0	10	0,8	8	10	0,29	2	7	Alsace	0,29	2	7
Aquitaine	0,18	2	2	11	1,18	13	11	0,57	4	7	Aquitaine	0,57	4	7
Auvergne	0	0	0	6	0,5	3	6	1	2	2	Auvergne	1	2	2
Bretagne	0,11	2	2	19	0,89	17	19	0,23	3	13	Bretagne	0,23	3	13
Bourgogne											Bourgogne			
Centre	0	0	0	9	0,78	7	9	0,6	3	5	Centre	0,6	3	5
Ch-Ardenne	0,5	3	3	6	0,83	5	6	1,33	4	3	Ch-Ardenne	1,33	4	3
Corse											Corse			
Franche-Comté	0	0	0	8	1,25	10	8	0,17	1	6	Franche-Comté	0,17	1	6
Ile-de-France	0,06	3	3	51	0,94	48	51	0,5	19	38	Ile-de-France	0,5	19	38
Lang-Roussillon	0,11	2	2	18	0,72	13	18	0,33	4	12	Lang-Roussillon	0,33	4	12
Limousin	0	0	0	3	1	3	3	0	0	1	Limousin	0	0	1
Lorraine	0,46	6	6	13	0,69	9	13	0,5	5	10	Lorraine	0,5	5	10
Midi-Pyrénées	0,4	6	6	15	0,87	13	15	0,63	5	8	Midi-Pyrénées	0,63	5	8
Normandie	0	0	0	10	0,4	4	10	0,44	4	9	Normandie	0,44	4	9
Nord-pas-de-Calais	0,29	4	4	14	0,93	13	14	0,4	4	10	Nord-pas-de-Calais	0,4	4	10
Pays-de-Loire	0	0	0	10	1	10	10	0,38	3	8	Pays-de-Loire	0,38	3	8
Picardie	0,11	1	1	9	0,44	4	9	0,5	3	6	Picardie	0,5	3	6
Poitou-Charente	0,33	1	1	3	1,67	5	3	0,5	1	2	Poitou-Charente	0,5	1	2
PACA	0,19	4	4	21	1,71	36	21	0,8	12	15	PACA	0,8	12	15
Rhône-Alpes	0,3	7	7	23	1	23	23	0,76	13	17	Rhône-Alpes	0,76	13	17
DOM	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	DOM	0	0	0
FRANCE	0,16	41	41	262	0,93	244	262	0,51	92	179	FRANCE	0,51	92	179

VARIATION REGIONALE DU NOMBRE MOYEN DE MEDECINS

	anesth-réa	méd interniste	oncologue	neurologue	psychiatre	rééduc fonct*	rhumatologue
Alsace	-	-	-				-
Aquitaine	+	+	+	+	+		
Auvergne		-		-	-		
Bretagne			-				
Bourgogne							
Centre	-	-				-	+
Ch-Ardennes	-	-				-	+
Corse							
Franche-Comté	+	-	-	-	+		
Ile-de-France		+					+
Lang-Roussillon	+	-					-
Limousin		-					-
Lorraine		-		-		+	-
Midi-Pyrénées		-	+	+		+	+
Normandie				-	-	-	
Nord-pas-de-Calais	-			-		+	
Pays-de-Loire		+	-	+		+	
Picardie	-	-	-	-	-	-	
Poitou-Charente	+	+	+	+	+	-	+
PACA		+	+	+	+	+	
Rhône-Alpes			+				-
DOM	-	-					

> 25 % de la moyenne nationale : +

## Répartition régionale des patients prise en charge

	moyenne pat / éts	nbre tot pat	nbre éts
Alsace	1711	17115	10
Aquitaine	335	2681	8
Auvergne	56	336	6
Bretagne	244	2935	12
Bourgogne	nrp	nrp	nrp
Centre	118	1068	9
Ch-Ardenne	424	1697	4
Corse	nrp	nrp	nrp
Fr- Comté	346	2424	7
Ile-de-France	1024	42006	41
Lang-Roussil	287	3735	13
Limousin	80	161	2
Lorraine	200	1405	7
Midi- Pyrénées	230	1841	8
Normandie	147	882	6
Nord-P- Calais	306	2448	8
Pays-de-loire	518	4145	8
Picardie	101	813	8
Poitou- charente	526	1052	2
PACA	443	6654	15
Rh-Alpes	169	2371	14
DOM	165	496	3
FRANCE	504	96265	191

## PATHOLOGIES

	Cancer % moyen / éts	nbre éts	VIH % moyen / éts	nbre éts	Affect° % moyen / éts	neuro nbre éts	Patho % moyen / éts	Verteb nbre éts	Céphalées % moyen / éts	nbre éts
Alsace	40,8	10	1,1	10	19,5	10	23,2	10	9,1	10
Aquitaine	34,25	8	0,13	8	15,5	8	24,3	8	13,7	8
Auvergne	49,6	5	0,4	5	5,2	5	21,2	5	4	5
Bretagne	43,67	15	0,07	15	16,6	15	19,1	15	2,6	15
Bourgogne										
Centre	35,56	9	0,56	9	21	9	21,1	9	11,8	9
Ch-Ardennes	47	5	0,2	5	18,6	5	25,2	5	3,6	5
Corse										
Franche-Comté	29,38	8	0,63	8	17,5	8	27,5	8	11,2	8
Ile-de-France	37,57	46	3,09	46	15,7	46	21,5	46	6,8	46
Lang-Roussillon	55,33	15	0,4	15	13,8	15	12,1	16	6,7	15
Limousin	40	2	5	2	10	2	30	2	2,5	2
Lorraine	24,7	10	0,11	9	23,7	10	22,1	10	7,3	10
Midi-Pyrénées	35,88	8	0	8	23,2	8	28,7	8	8,3	8
Normandie	47,13	8	1,25	8	13,1	8	15,3	8	6,6	8
Nord-pas-de-Calais	39,82	11	0,91	11	16,5	11	28,7	11	3,5	11
Pays-de-Loire	28,5	10	0,11	9	13,8	9	16,7	9	5	9
Picardie	38,22	9	1,22	9	19	9	20,6	9	2,5	6
Poitou-Charente	26,5	2	1,5	2	9	2	33,5	2	16	2
PACA	55,47	15	0,73	15	8,2	15	19,9	15	4,5	14
Rhône-Alpes	51,25	20	0,74	19	13,8	20	8,6	18	7,3	20
DOM	21	2	1	2	10,5	2	36	2	5	2
FRANCE	41,02	218	1,15	215	16,3	217	20,4	216	6,7	213

## ACTIVITE D'EVALUATION

	évaluation et	orientat°	thérapeu- tique	évaluation	psycho -	métrique
	sans rép %	oui %	non %	sans rép %	oui %	non %
Alsace		100		10	50	40
Aqui- taine	9	90,9		18,1	63,6	18,1
Auvergne		100		33,3	33,3	33,3
Bretagne		94,7	5,2	15,7	42,1	42,1
Bourgo- gne.	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp
Centre		100			66,6	33,3
Ch- Ardennes		83,3	16,6	16,6	50	33,3
Corse	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp	nrp
Franche- Comté		100		12,5	25	62,5
Ile-de- France	5,7	94,2		21,1	44,2	34,6
Lang- Roussil	5	95		10	40	50
Limousin		100			33,3	66,6
Lorraine		100			38,4	61,5
Midi- Pyréne e		100		20	53,3	26,6
Norman- -die		100		20	40	40
Nord- pas-de- Calais		100		14,2	50	35,7
Pays-de- Loire		100		36,3	9	54,5
Picardie	20	70	10	30	30	40
Poitou- Charente		100			66,6	33,3
PACA	14,2	85,7		23,8	57,1	19
Rh-Alpes	4,3	95,6		13	47,8	39,1
DOM		100		33,3	33,3	33,3
FRANCE	4,1	94,7	1,1	17,2	44,5	38,2

	prise en charge	médico-psy	et suivi à long terme
	sans rep %	oui %	non %
Alsace	10	60	30
Aquitaine		81,8	18,1
Auvergne	16,6	33,3	50
Bretagne	15,7	57,8	26,3
Bourgogne			
Centre	11,1	66,6	22,2
Ch-Ardenes		66,6	33,3
Corse			
Franche-Comté	12,5	62,5	25
Ile-de-France	11,5	67,3	21,1
Lang-Roussillon	10	50	40
Limousin		66,6	33,3
Lorraine		69,2	37
Midi-Pyrénées	6,6	60	33,3
Normandie	10	80	10
Nord-pas-de-Calais	7,1	64,2	28,5
Pays-de-Loire	27,2	54,5	18,1
Picardie	20	50	30
Poitou-Charente		33,3	66,6
PACA	14,2	71,4	14,2
Rhône-Alpes	8,6	73,9	17,3
DOM		100	
FRANCE	10,4	64,4	25

TYPES D'ACTIVITE  
ENSEIGNEMENT  
ET  
RECHERCHE

	Enseignement			Recherche		
	sans rep %	oui %	non %	sans rep %	oui %	non %
<b>Alsace</b>	10	50	40	10	30	60
<b>Aquitaine</b>	9	45,4	45,4	9	27,2	63,6
<b>Auvergne</b>	33,3	33,3	33,3	33,3	16,6	50
<b>Bretagne</b>	15,7	26,3	57,8	21	10,5	68,4
<b>Bourgogne</b>						
<b>Centre</b>	11,1	55,5	33,3	22,2		77,7
<b>Ch-Ardenes</b>	16,6	33,3	50	16,6	16,6	66,6
<b>Corse</b>						
<b>Franche-Comté</b>	12,5	50	37,5	25	12,5	62,5
<b>Ile-de-France</b>	9,6	55,7	34,6	19,2	34,6	46,1
<b>Lang-Roussillon</b>	10	50	40	15	15	70
<b>Limousin</b>		66,6	33,3	33,3	33,3	33,3
<b>Lorraine</b>		46,1	53,8		15,3	84,6
<b>Midi-Pyrénées</b>	13,3	46,6	40	20	20	60
<b>Normandie</b>	10	50	40	10	20	70
<b>Nord-pas-de-Calais</b>	28,5	57,1	14,2	28,5	35,7	35,7
<b>Pays-de-Loire</b>	18,1	63,6	18,1	27,2	18,1	54,5
<b>Picardie</b>	10	50	40	20	10	70
<b>Poitou-Charente</b>		100			33,3	66,6
<b>PACA</b>	19	71,4	9,5	19	52,3	28,5
<b>Rhône-Alpes</b>	4,3	56,5	39,1	8,6	34,7	56,5
<b>DOM</b>		66,6	33,3	33,3		66,6
<b>FRANCE</b>	11,9	52,4	35,5	17,6	25,4	56,9



	Pharmacologie analgésique		
	Sans réponse	oui	non
Alsace		100	
Aquitaine		100	
Auvergne		100	
Bourgogne			
Bretagne		100	
Centre		100	
Champagne-Ardenne		100	
Corse			
France-Comté		100	
Ile-de-France	1,9	98	
Languedoc-Roussillon		100	
Limousin		100	
Lorraine		100	
Midi-Pyrénées		100	
Normandie		100	
Nord-Pas-de-Calais		92,8	7,1
Pays de Loire		100	
Picardie		90	10
Poitou-Charente		100	
PACA	9,5	90,4	
Rhône-Alpes		100	
DOM-TOM		100	
TOTAL	1,1	98,1	0,7

	Blocs anesthésiques		Inter. neurochi. des voies anatomiques		Implant. de mat. de stimu., de morph.	
	sans réponse	oui	non	Sans réponse	oui	non
Alsace		100			90	10
Aquitaine		100		9	81,8	18,8
Auvergne	50	16,6	33,3	50	66,6	16,6
Bourgogne						
Bretagne		84,2	15,7	15,7	10,5	42,1
Centre		77,7	22,2		11,1	88,8
Champagne-Ardenne		50	50			55,5
Corse					50	50
France-Comté		100		12,5		75
Ile-de-France	1,9	80,7	17,3	13,4	19,2	67,3
Languedoc-Roussillon	5	95		5	20	75
Limousin		66,6	33,3		33,3	66,6
Lorraine		92,3	7,6		15,3	84,6
Midi-Pyrénées		100		26,6	13,3	60
Normandie	10	80	10		30	70
Nord-Pas-de-Calais	14,2	57,1	28,5	7,1	14,2	78,5
Pays de Loire	18,1	72,7	9	27,2	9	63,6
Picardie		70	30		10	90
Poitou-Charente		100				100
PACA	19	76,1	4,7	19	19	61,9
Rhône-Alpes	4,3	82,6	13	13	13	73,9
DOM-TOM		100		33,3		66,6
TOTAL	5,6	81,6	12,7	11,9	16,1	71,9
					5,2	68,1
						26,5

	Analgésie acupunctureale			Kinésithérapie			Stimulation transcutanée		
	sans réponse	oui	non	Sans réponse	oui	non	Sans réponse	oui	non
Alsace	20	20	60	20	60	20		90	10
Aquitaine	9	36,3	54,5		90,9	9	9	90	
Auvergne		33,3	66,6		66,6	33,3		50	50
Bourgogne									
Bretagne	10,5	26,3	63,1		89,4	10,5		68,4	31,5
Centre		33,3	66,6		77,7	22,2		88,8	11,1
Champagne-Ardenne	16,6	16,6	66,6		83,3	16,6		66,6	33,3
Corse									
France-Comté	12,5		87,5	12,5	62,5	25	12,5	62,5	25
Ile-de-France	1,9	36,5	61,5	5,7	78,8	15,3	1,9	76,9	21,1
Languedoc-Roussillon	10	40	50	5	80	15	5	90	5
Limousin		66,6	33,3		66,6	33,3		50	50
Lorraine	15,3	23	61,5	7,6	92,3			76,9	23
Midi-Pyrénées	13,3	20	66,6	6,6	80	13,3	6,6	60	33,3
Normandie	10	10	80	20	40	40	10	50	40
Nord-Pas-de-Calais	14,2	42,8	42,8		78,5	21,4	7,1	78,5	14,2
Pays de Loire	18,1	9	72,7		63,6	36,3	9	54,5	36,3
Picardie	20	30	50	10	90		10	90	
Poitou-Charente		66,6	33,3		33,3	66,6		100	
PACA	14,2	33,3	52,3	9,5	80,9	9,5	14,2	71,4	14,2
Rhône-Alpes	17,3	21,7	60,8	4,3	86,9	8,6	8,6	82,6	8,6
DOM-TOM	33,3		66,6		66,6	33,3		100	
TOTAL	10,8	28,8	60,2	5,6	77,9	16,4	5,2	76	18,7

	Psychothérapie			Relaxation			Thérapie de groupe		
	Sans réponse	oui	non	Sans réponse	oui	non	Sans réponse	oui	non
Alsace		60	40		60	40	10	10	80
Aquitaine		81,8	18,1		72,7	27,2	9	18,1	72,7
Auvergne	33,3	33,3	33,3	33,3	16,6	50	33,3	16,6	50
Bourgogne									
Bretagne	5,2	63,1	31,5	10,5	47,3	42,1	15,7	10,5	73,6
Centre		77,7	22,2		66,6	33,3			100
Champagne-Ardennes		33,3	66,6		33,3	66,6		16,6	83,3
Corse									
France-Comté	12,5	62,5	25	12,5	50	37,5	25		75
Ile-de-France	5,7	69,2	25	9,6	50	40,3	15,3	15,3	69,2
Languedoc-Roussillon	15	55	30	15	45	40	25	20	55
Limousin		66,6	33,3	33,3	16,6	50		33,3	66,6
Lorraine		61,5	38,4	7,6	46,1	46,1	13,3	7,6	76,9
Midi-Pyrénées	6,6	60	33,3	13,3	46,6	40	13,3	13,3	73,3
Normandie	10	50	40	10	40	50	20		80
Nord-Pas-de-Calais		71,4	28,5		57,1	42,8	7,1	21,4	71,4
Pays de Loire	18,1	54,5	27,2	18,1	45,4	36,3	18,1	9	72,7
Picardie	40	30	30	40	20	40	40		80
Poitou-Charente		66,6	33,3		66,6	33,3		33,3	66,6
PACA	19	61,9	19	23,8	57,1	19	23,8	19	57,1
Rhône-Alpes	4,3	73,9	21,7	17,3	47,8	34,7	21,7	8,6	69,5
DOM-TOM		100		33,3	66,6		66,6		33,3
TOTAL	8,6	62,9	28,4	12,3	49	38,5	17,6	12,7	69,6

## COMPARAISON DES REPONSES POSITIVES QUANT AUX TYPES D'ACTIVITE

	<b>DOULEUR CHRONIQUE REBELLE</b>	<b>ENQUETE ELARGIE</b>
<b>évaluation et orientation therapeutique</b>	100%	95%
<b>évaluation psychométrique</b>	66%	44%
<b>consultations spécialisées pluridiscipli -naires</b>	88%	56%
<b>réunions pluridiscipli -naires de synthèse</b>	95%	56%
<b>prise en charge médicopsychologi que et suivi à long terme</b>	100%	64%
<b>enseignement</b>	77%	50%
<b>recherche</b>	44%	25%

COMPARAISON DES REPONSES POSITIVES QUANT AUX TYPES D'ACTIVITE

		<b>DOULEUR CHRONIQUE REBELLE</b>	<b>ENQUETE ELARGIE</b>
<b>Traitements médicamenteux</b>		100%	98%
<b>traitements chirurgicaux</b>	blocs chirurgicaux	98%	81%
	interruption neurochirurgicale des voies anatomiques	29%	16%
	implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie	90%	68%
<b>Autres traitements</b>	analgésie acupuncturale	42%	29%
	kinésithérapie	87%	78%
	stimulation transcutanée	94%	76%
	psychothérapie	92%	63%

-----  
LE MINISTRE DELEGUE A LA SANTE  
-----

à

MESSIEURS LES PREFETS  
DES REGIONS

Directions Régionales  
des Affaires Sanitaires et Sociales

(pour attribution)

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DES DEPARTEMENTS

Directions Départementales  
des Affaires Sanitaires et Sociales

(pour attribution)

OBJET : Circulaire DGS/DH 94 N° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

**RESUME:** Cette circulaire établit des recommandations quant à la prise en charge de la douleur chronique: principes, organisation des structures, modalités. Il est en outre procédé à un recensement de l'existant.

**MOTS-CLES:** Douleur chronique.

**TEXTES DE REFERENCE:**

- B.O.N°91/3bis. La douleur chronique: les structures spécialisées dans son traitement.
- Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale.
- Fascicule DGS/CFES (réédition 93): "Soulager la souffrance: soigner et accompagner jusqu'au bout"

**TEXTES ABROGES OU MODIFIES:** Néant

Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. Jusqu'à une période récente, malgré les progrès de la médecine, la douleur toujours confinée au rang de symptôme n'a que rarement, en tant que telle, intéressé le chercheur ou le médecin. Pourtant l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui des moyens importants permettant dans la quasi totalité des cas de réduire dans des proportions considérables la douleur des malades et des opérés. Force est de constater, tant au niveau de la formation que de l'exercice, que dans notre pays ces possibilités sont sous-utilisées. Trop peu de médecins disposent d'un carnet à souche permettant la prescription d'antalgiques majeurs. La France est très en retard dans ce domaine, et son classement au 40<sup>ème</sup> rang des nations pour ce qui concerne la consommation de morphinique est l'expression la plus manifeste de cette insuffisance.

Plusieurs actions ont déjà été entreprises par les pouvoirs publics dans le domaine de la lutte contre la douleur, et notamment:

- **la douleur des malades en fin de vie** et les modalités de leur prise en charge a fait l'objet d'une première réglementation par les pouvoirs publics, qui dès 1986 ont mis l'accent sur la création d'unités de soins palliatifs, structures multidisciplinaires, prenant en charge les malades en phase terminale et s'efforçant en particulier de soulager leurs souffrances et de les accompagner. Il existe actuellement 40 unités de ce type, dont 10 unités mobiles qui interviennent à la demande auprès des services de l'hôpital ou dans le cadre de consultations externes. Ces unités contribuent à diffuser un savoir et des modalités de prise en charge globale du malade en vue de lutter contre la douleur. Pour autant, la lutte contre la douleur ne se limite pas aux malades en phase terminale, la douleur chronique ou la douleur aiguë, par exemple en phase post-opératoire, constituent des champs d'intervention tout aussi importants.

- **plusieurs publications** du Ministère chargé de la santé ont été consacrées aux actions dans le domaine de la douleur, notamment, la brochure "Soulager la souffrance" tirée à 200.000 exemplaires et diffusée gratuitement à l'ensemble du corps médical. Cette brochure actualisée a été rééditée en 1993, elle est actuellement en cours de rediffusion. De même les travaux conduits par le groupe de travail composé de spécialistes de la lutte contre la douleur et mis en place par la Direction générale de la santé sur le traitement des douleurs chroniques ont également été publiés dans le Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales (n° 91/3 bis) disponible à la Direction des journaux officiels.

- **la formation des acteurs impliqués** dans la lutte contre la douleur est fondamentale pour améliorer sa prise en charge. L'organisation des études d'infirmiers a intégré cette notion dans le cursus obligatoire de tout étudiant. Des items relatifs à la prise en compte des souffrances et de l'inquiétude des patients font depuis peu partie du premier cycle des études médicales. Une formation spécifique sur la douleur pour les futurs médecins est également prévue au cours du troisième cycle (DES d'oncologie et D.I.U d'évaluation et traitement de la douleur). Les étudiants en médecine restent cependant dans l'ensemble peu formés à la pratique des traitements de la douleur. Il faut toutefois noter que ce thème est retenu au titre de la formation continue des médecins généralistes depuis 1990.

La présente circulaire a pour objet de rappeler que chaque médecin est pour beaucoup un médecin de la douleur, et d'offrir aux malades douloureux des possibilités élargies d'accès au traitement et au soulagement de leur douleur. Se rapportant à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques, elle rend compte de la possibilité actuelle de contrôler la douleur dans la majorité des cas. L'objectif poursuivi est de combler le retard de la France dans ce domaine.



## **I - LA DOULEUR CHRONIQUE ET LES PRINCIPES DE SA PRISE EN CHARGE.**

Si les connaissances progressent dans la compréhension de ses mécanismes, la douleur reste un phénomène complexe encore difficile à définir. Elle est à la fois sensation et émotion désagréable. Si elle a un support neurophysiologique, elle a également une dimension psychique dont le retentissement est variable selon les individus. Les malades concernés sont ceux qui, après un diagnostic médical apparemment correct, continuent à souffrir de douleurs persistantes.

### **I.1. Définition de la douleur chronique:**

Par douleur chronique, on entend une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis au moins six mois.

Les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories:

- les douleurs cancéreuses qui peuvent être provoquées par le cancer lui-même (les plus fréquentes, et il s'agit alors d'un envahissement loco-régional englobant les plexus nerveux ou de métastases osseuses), secondaires au cancer (notamment des spasmes musculaires, des constipations, des escarres,...), d'origine iatrogène (notamment douleurs cicatricielles post-opératoires, plexites post-radiques, stomatites résultant d'une chimiothérapie,...) ou encore dues à une maladie concomitante ;
- les douleurs liées à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine qui sont souvent plurifocales et de mécanismes divers (nociception, désafférentation, mixtes...) nécessitent une prise en charge précoce ;
- les douleurs chroniques non malignes qui perturbent la vie des malades atteints, souvent pendant de longues années puisque leur ancienneté est en moyenne de 7 ou 8 ans. Elles risquent d'autant plus de ne pas être soulagées que leur origine ne met pas en jeu un risque vital. Les douleurs les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, les douleurs neurologiques par lésion du système nerveux périphérique ou central, les céphalées et les douleurs psychogènes.

La méconnaissance de la douleur et du traitement de celle-ci chez l'enfant est liée à la difficulté de son évaluation et aux réticences des médecins face à l'utilisation d'antalgiques puissants, dont l'efficacité est pourtant démontrée. Chez l'enfant exposé à la douleur, comme par exemple le tout-petit (particulièrement dans un environnement de soins intensifs), l'enfant polyhandicapé, l'enfant atteint d'une pathologie chronique invalidante, d'un cancer, du sida, ou l'enfant brûlé, des conséquences sévères apparaissent dans des délais plus courts que chez l'adulte, et justifient une attention particulière. Des méthodes d'évaluation de la douleur chez l'enfant ont depuis peu été élaborées, elles sont basées sur l'observation des comportements de celui-ci.

Pour ce qui concerne l'adulte des échelles d'évaluation de la douleur ont été constituées depuis plus longtemps (échelle verbale, échelle visuelle analogique,...).

### **I.2. Principes de prise en charge de la douleur:**

Lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement.

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants:

- assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques, et chirurgical,
- décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial;
- obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur;
- prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du patient;
- pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, participer à la recherche et à l'enseignement.

## **II – LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

### **II.1 – Le rôle du médecin traitant**

Le médecin traitant est le premier confronté à la plainte d'un malade douloureux et, quelque soit la filière de soins vers laquelle il oriente ce malade, en fonction de la persistance de la douleur, il est le garant de la prise en charge globale de celui-ci. Il doit donc être partie prenante de toutes les décisions thérapeutiques encore faut-il qu'il possède la parfaite connaissance de la clinique et du maniement des antalgiques mais également les qualités nécessaires d'écoute du malade et de sa famille.

**Au domicile**, les soins doivent être dispensés dans les meilleures conditions, ce qui suppose donc que puisse être pris en compte l'environnement psychologique et matériel du malade et de sa famille, et que les intervenants, tant le médecin traitant que les infirmières et les autres personnels soignants appelés auprès du malade, qu'ils relèvent de services d'hospitalisation ou de soins à domicile ou qu'ils soient d'exercice libéral, aient pu bénéficier de la double formation à visée technique et psychologique qui s'impose.

**Avec les établissements**, la liaison à établir doit permettre au médecin traitant d'adresser ses patients résistant aux traitements antalgiques usuels à une structure spécialisée, pour avis diagnostique, pour la mise au point de traitements mieux adaptés, voire pour l'hospitalisation éventuelle de ceux-ci. Des consultations externes doivent être organisées permettant de faire le point sur la prise en charge des malades et la mise en oeuvre des techniques disponibles.

### **II.2 – Les structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur**

Tout médecin peut, dans le cadre de ses compétences, se consacrer aux malades douloureux chroniques, mais pour que cette activité s'intègre dans une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur, celle-ci doit répondre aux critères évoqués ci-dessous.

#### **II.2.1. Rôle des structures spécialisées dans le traitement de la douleur:**

Les activités d'une unité spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique sont de quatre types :

- évaluation et orientation thérapeutique: le médecin traitant adresse le patient pour avis diagnostique et thérapeutique;
- traitement et suivi à long terme, en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile;
- enseignement auprès des autres services et des médecins;
- recherche fondamentale et appliquée.

### **II.2.2. Composition des équipes: ...**

La structure doit être dirigée par un médecin et regroupe plusieurs intervenants (cf annexe 1), dont au moins trois médecins. Deux d'entre eux seront des médecins somaticiens de disciplines différentes (dont l'un au moins devrait avoir une formation neurologique suffisante), accompagnés d'un médecin psychiatre. Les disciplines représentées doivent être en cohérence avec les pathologies examinées. Les spécialistes somaticiens les mieux préparés à prendre en charge les patients douloureux chroniques sont l'anesthésiste, le médecin interniste ou le pédiatre, le neurochirurgien, le neurologue, l'oncologue et le rhumatologue. L'un d'eux assure la coordination du travail des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des psychologues,... susceptibles d'avoir à intervenir.

Dans tous les cas, une formation complémentaire, sous la forme d'un diplôme inter-universitaire sur la douleur, est recommandée.

Toute unité d'évaluation et de traitement de la douleur chronique doit assurer un fonctionnement en équipe avec réunion de synthèse, ce qui suppose de disposer de locaux spécifiques.

### **II.2.3. Modes d'organisation:**

Plusieurs catégories d'unités peuvent être envisagées, prenant en compte la nature de leur activité ou leur organisation au sein des établissements de santé.

#### **a) Nature des activités:**

- certaines unités de lutte contre la douleur peuvent être orientées vers une pathologie spécifique (par exemple le cancer, les migraines...). Pour être considérées comme structures spécialisées dans la lutte contre la douleur, elles doivent fonctionner sur le principe de multidisciplinarité, quelle que soit leur situation au sein des établissements de soins;

- d'autres unités peuvent prendre en charge des douleurs d'origine pathologique différentes, qui seront organisées sur les modes définis ci-après.

#### **b) Organisation de l'activité au sein des établissements de santé:**

Trois niveaux d'organisation peuvent être distingués :

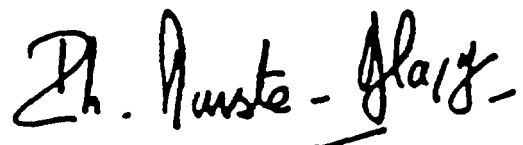
- des équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaire prenant en charge des malades souffrant de douleurs chroniques d'étiologies variées. Elles interviennent, selon le même modèle d'organisation que les équipes mobiles de soins palliatifs, par le biais de consultations externes et internes, à la demande des services, sans se substituer nécessairement à eux dans le domaine des prescriptions.
- certaines équipes peuvent, en outre, disposer ou accéder à des lits d'hospitalisation et/ou de places d'hôpital de jour au sein de services ou de départements de l'établissement. Elles sont ainsi en mesure de mettre en oeuvre des procédures d'assurance-qualité et d'évaluation des soins.
- des pôles de référence hospitalo-universitaires ayant une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils regroupent des cliniciens spécialisés, des enseignants chercheurs, voire des scientifiques, et permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel para-médical et les différents aspects de la recherche médicale. Ces structures ont à leur disposition des locaux de consultation, des laboratoires d'exploration neurophysiologique et comportent un secteur propre d'hospitalisation ou disposent d'un accès permanent à des lits d'hospitalisation dans une unité fonctionnelle.

Les deux premiers niveaux d'organisation correspondent, dans les établissements publics de santé, à des unités fonctionnelles de services ou de départements, voire à des fédérations résultant du regroupement d'unités fonctionnelles appartenant à des services ou des départements différents.

Le développement de pôles de références régionaux doit être prioritairement favorisé, compte-tenu de leur rôle dans la diffusion des connaissances et des pratiques. Rattachés à des centres hospitaliers universitaires, ils constituent des services ou des départements. Toutefois, la mise en place d'une équipe mobile d'intervention, au sein d'un centre hospitalier universitaire, peut constituer une première étape préparant l'individualisation d'un véritable pôle de référence régional.

Je vous demande de bien vouloir dresser dans le cadre de vos compétences géographiques un état des lieux recensant les structures de prise en charge de la douleur correspondant aux critères ci-dessus définis, et de me faire parvenir les résultats au plus tard pour le 30 mars 1994. Vous trouverez en annexe un guide de recensement.

Je vous demande de bien vouloir diffuser largement les présentes informations auprès des directeurs d'établissements de santé publics et privés, des médecins responsables d'unités dans ces établissements, ainsi qu'auprès des représentants de l'Ordre des Médecins.



Le Ministre délégué à la Santé

Philippe DOUSTE-BLAZY

## ANNEXE 1

### GRILLE DESCRIPTIVE DES INTERVENANTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE INTEGRES DANS UNE STRUCTURE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

- Coordinateur spécialisé;
- Médecin interniste;
- Neurologue;
- Neurochirurgien;
- Anesthésiste;
- Cancérologue;
- Rhumatologue;
- Médecin de rééducation fonctionnelle;
- Neurophysiologue;
- Psychiatre;
- Pharmacien;
- Infirmière;
- Masseur-kinésithérapeute;
- Ergothérapeute;
- Rééducateur en psycho-motricité;
- Psychologue;
- Assistante sociale;
- Secrétaire;
- Intervenants stagiaires;

## ANNEXE 2

# GUIDE DE RECENSEMENT DES CENTRES OU DES CONSULTATION DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Ce guide a pour objet d'établir un bilan de l'existant en terme de prise en charge de la douleur dans les régions et départements relevant de votre compétence. Il sera suivi de l'établissement d'une liste des structures, hospitalières ou non, de prise en charge de la douleur, telles que définies par la circulaire, qui sera publiée au terme de ce recensement.

Les modalités d'organisation du recueil des données sont les suivantes:

- les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (Inspection de la Santé) sont chargées de diffuser le questionnaire ci-joint à l'ensemble des établissements publics ou privés de santé relevant de leur compétence. En vue de connaître l'existant dans les structures ambulatoires vous pourrez vous rapprocher du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins. Les médecins responsables de ces différentes structures sont chargés de remplir le questionnaire eux-mêmes et de le retourner aux DDASS dont ils relèvent.

- les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales s'assureront du retour de l'ensemble des questionnaires diffusés, dans les délais prévus par la circulaire. Elles en feront parvenir copie, pour information aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et sociales dont elles relèvent.

- L'ensemble des réponses devront être retournées par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales avant le 30 mars 1994 à l'adresse suivante: Direction Générale de la Santé, bureau SQ2, 1 place Fontenoy - 75350 Paris 07 SP - tel: (16 - 1) 46.62.46.83 ou 46.62.46.40

# ENQUETE 1993\*

-----

## PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

-----

**PREALABLE\*\*:**

**COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE:**

REGION: .....

VILLE: .....

NOM: .....

ADRESSE: .....  
.....

**LUTTE CONTRE LA DOULEUR\*\*\*:**

Existe-t-il, dans votre établissement un centre, ou une consultation, de lutte contre la douleur ?

CENTRE:                      oui                       non

CONSULTATION:              oui                       non

\* Les items relatifs à l'activité de la structure concernent l'année 1992 (du 1er janvier au 31 décembre)

\*\* A remplir par le directeur de l'établissement.

\*\*\* En cas de réponse négative à ces deux questions, vous voudrez bien ne retourner que cette page à DDASS dont vous relevez.

## RECENSEMENT DES CENTRES OU CONSULTATIONS DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

-----

### I. IDENTIFICATION:

#### I.1. Centre ou consultation de lutte contre la douleur:

Nom et adresse du centre ou de la consultation:

Nom du responsable:

qualification: Neurologue

Neurochirurgien

Anesthésiste-réanimateur

Médecin interniste

Pédiatre

Oncologue

Rhumatologue

autre (préciser)

.....

qualité (préciser PH, PU, PU-PH, MCUPH, Autre):.....

.....

#### I.2. Structure de rattachement

a. Etablissement public de santé: oui  non

préciser la catégorie de l'établissement: .....

(CHR, CHU, CH, hôpital local..)

b. Etablissement privé de santé: oui  non

assurant l'exécution du service public: oui  non

centre régional de lutte contre le cancer: oui  non

à but non lucratif: oui  non

à but lucratif: oui  non

c. Service ou Département de rattachement:.....



**I.4. Locaux**

I.4.1. Locaux propres: oui  non

a. Salles de consultations externes: oui  non

b. Salle pour groupe de patients: oui  non

c. Salles de réunion: oui  non

**I.4.2. Locaux d'hospitalisation:**

a. Hôpital de jour: oui  non

nombre de lits spécifiques: .....

nombre de lits du service de rattachement: .....

b. Hôpital de semaine: oui  non

nombre de lits spécifiques: .....

nombre de lits du service de rattachement: .....

c. Unité hospitalière: oui  non

nombre de lits spécifiques: .....

nombre de lits du service de rattachement: .....

I.4.3. Laboratoire d'explorations fonctionnelles: oui  non

**II. PERSONNEL:**

Médecin responsable temps plein: oui  non

si non, préciser en équivalent temps plein: .....

**II.1. Equipe médicale:**

QUALITE	Nbre de Médecins plein temps	Médecins Nbre	Attachés nbre vac
Anesthésiste			
Interniste			
Oncologue			
Neurochirurgien			
Neurologue			
Neurophysiolog.			
Pédiatre			
Psychiatre			
Méd. rééducation fonctionnelle			
Rhumatologue			

Autres(préciser):.....

**II.2. Personnel para-médical:**

QUALITE	Plein Temps	Nbre d'Agents Mi-Temps	Temps Partiel
Aide-soignant(e)			
Assistant(e) social(e)			
Ergothérapeute			
Infirmière			
Masseur- kinésithérapeute			
Psychologue			
Rééducateur en psychomotricité			
Secrétaire			

- autres (préciser): .....

**III. ACTIVITE**L'activité est elle faite dans le cadre d'une Unité de soins palliatifs:      oui       non **III.1. Modalités de prise en charge****III.1.1. Mode d'admission:**

a. sur avis médical exclusif:      oui       non   
 b. autre (préciser): .....

**III.1.2. Activité de la structure en 1992:**

a. Consultation spécialisée pluridisciplinaire:      oui       non   
 (après discussion en réunion)  
 si non, préciser les modalités: .....

b. Consultation neurochirurgicale spécialisée:      oui       non

c. Autre consultation externe:      oui       non

d. Consultation "interne":      oui       non   
 (à la demande des autres services de l'hôpital)

e. Hôpital de jour:      oui       non

f. Hôpital de semaine:      oui       non

g. Hospitalisation complète:      oui       non

### III.2. Type d'activité

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. Evaluation et orientation thérapeutique:                               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| b. Evaluation psychométrique:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| c. Prise en charge médico-psychologique:<br>avec suivi à long terme       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| d. Réunion pluridisciplinaire de synthèse:                                | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| e. Réalisation de techniques anesthésiologiques<br>et neurochirurgicales: | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| f. Recherche:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| g. Enseignement:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| h. Autre (préciser):  | .....                        |                              |

### III.3 .Techniques utilisées:

#### III.3.1.Description du plateau technique dont dispose en propre la structure:

.....  
 .....

#### III.3.2. Enumération des techniques mises en oeuvre dans la structure:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>a. Pharmacologie analgésique conventionnelle</b><br>(antalgiques centraux et périphériques,<br>antidépresseurs tricycliques en perfusion, etc) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>b. Traitements chirurgicaux:</b>   |                              |                              |
| - blocs anesthésiques:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - interruption neurochirurgicale des voies<br>anatomiques:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - implantation de matériel de stimulation,<br>de morphinothérapie:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <b>c. Autres traitements:</b>   |                              |                              |
| α. Analgésie acupuncturale:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| β. Kinésithérapie:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| γ. Stimulation transcutanée:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| δ. Techniques complémentaires:  |                              |                              |
| - Psychothérapie:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Relaxation:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Thérapie de groupe:   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Hypnose:  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ε. Autres (préciser):   | .....                        |                              |

### III.4. Volume d'activité de la structure en 1992

#### III.4.1. Nombre total de consultations en 1992:

ACTIVITE	1992
Nombre de C	
Nombre de CS	
Nombre de CNPSY	
Nombre de K	

#### III.4.2. Nombre d'interventions chirurgicales réalisées en 1992:.....

#### III.4.3. Nombre de journées d'hospitalisation en 1992:

a. hôpital de jour: .....

b. hôpital de semaine: .....

c. hospitalisation complète:.....

## IV. PATIENTS SUIVIS

### IV.1. Patients:

a. Nombre total de patients dans l'année: .....

b. Nombre de patients vus pour la première fois en 1992:.....  
 dont nombre d'enfants de moins de 16 ans:.....

### IV.2. Pathologies:

PATHOLOGIE	Nbre en %
Cancers	
Sida	
Affection neurologique	
Pathologie vertébrale	
Céphalées	
Autres (préciser)	

**V. COMMENTAIRES:**

### III.4. Volume d'activité de la structure en 1992

#### III.4.1. Nombre total de consultations en 1992:

ACTIVITE	1992
Nombre de C	
Nombre de CS	
Nombre de CNPSY	
Nombre de K	

III.4.2. Nombre d'interventions chirurgicales réalisées en 1992:.....

#### III.4.3. Nombre de journées d'hospitalisation en 1992:

a. hôpital de jour: .....

b. hôpital de semaine: .....

c. hospitalisation complète:.....

## IV. PATIENTS SUIVIS

### IV.1. Patients:

a. Nombre total de patients dans l'année: .....

b. Nombre de patients vus pour la première fois en 1992:.....  
 dont nombre d'enfants de moins de 16 ans:.....

### IV.2. Pathologies:

PATHOLOGIE	Nbre en %
Cancers	
Sida	
Affection neurologique	
Pathologie vertébrale	
Céphalées	
Autres (préciser)	

**V. COMMENTAIRES:**