



**PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

n° 79 du 27 septembre 2024

- Spécial -

**Le contenu intégral des textes et/ou les documents et plans annexés peuvent être consultés
auprès du service sous le timbre duquel la publication est réalisée**

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

SOMMAIRE

n° 79 du 27 septembre 2024

SPECIAL

SGAR

Arrêté 2024/SGAR/474 portant attribution d'une subvention au titre de la dotation de soutien à l'investissement public local

ARS

Arrêté ARS PDL DG-2024-33 du 23 septembre 2024 – portant délégation de signature à M. Etienne LEMAIGAT, directeur de l'offre de soins

Arrêté ARS PDL DG-2024-034 du 25 septembre 2024 – relatif à l'expérimentation « RESALGO » - Parcours des patients douloureux chroniques »

Arrêté ARS PDL DT72-DIRECTION-2024-41-72 du 26 septembre 2024 – portant sur la suspension d'activité du service d'urgence du PSSL

Arrêté ARS PDL DT72-DIRECTION-2024-42-72 du 26 septembre 2024 – portant sur la suspension d'activité du service d'urgence du CH de Château du Loir

Secrétariat Général
pour les Affaires Régionales
Région Pays de la Loire



**PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Secrétariat général pour
les affaires régionales**

EJ n° 2104493404

ARRÊTÉ N° 2024 / SGAR / 474
portant attribution d'une subvention
au titre de la dotation de soutien à l'investissement public local

Le préfet de la région Pays de la Loire

Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier de l'ordre national du Mérite

- VU** la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU** la loi « Engagement et proximité » du 27 décembre 2019 ;
- VU** la loi n° 2023-1322 de finances initiale du 29 décembre 2023 pour 2024 ;
- VU** les articles L.1111-9, L.1111-10, L.1111-11, L.2334-42, R.2334-24, R.2334-25, R.2334-27, R.2334-28, R.2334-29, R.2334-30, R.2334-31, R.2334-39, D.1111-8 du Code général des collectivités territoriales ;
- VU** l'article 1^{er} de l'arrêté du 23 décembre 2002 relatif aux pièces à produire à l'appui d'une demande de subvention présentée au titre de la dotation d'équipement des territoires ruraux ;
- VU** le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU** le décret n° 2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration ;
- VU** le décret n° 2018-428 du 1^{er} juin 2018 relatif aux dotations de l'État aux collectivités territoriales ;
- VU** l'article 15 du décret n° 2018-514 du 25 juin 2018 relatif aux subventions de l'État pour des projets d'investissement ;
- VU** l'instruction NOR : IOMB2401737C de la ministre chargée des collectivités territoriales et de la ruralité du 23 février 2024 relative à la composition et aux règles d'emploi des dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires en 2024 ;

VU les mises à disposition dans Chorus, au titre de l'année 2024, des autorisations d'engagement (AE) sur le programme 119 « Concours financiers de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements » de la mission « Relations avec les collectivités territoriales » ;

VU la demande de subvention présentée sur la plateforme « Démarches Simplifiées » par CIF Coopérative le 24 avril 2024 sous le numéro 17530912 ;

SUR la proposition de la Secrétaire Générale pour les affaires régionales ;

ARRÊTE

Article 1 – Objet

Une subvention est attribuée, au titre de l'exercice 2024, au bénéficiaire ci-après désigné, sur les crédits de la dotation de soutien à l'investissement des communes et de leurs groupements à fiscalité propre et est imputée sur le programme 119.

Centre financier 0119-C001-DR44
Domaine fonctionnel 0119-01-07
Activité 0119010101A7
Compte PCE 6521200000
Groupe de marchandise 08.02.01
Localisation interministérielle : N5244109
Axe ministériel 2 : 17530912

Arrondissement de NANTES :

Bénéficiaire	CIF Coopérative
Intitulé du projet (désignation et caractéristiques de l'opération)	Avenue de la Close – Phase transitoire
Nature de la dépense subventionnable	3. Développement d'infrastructures en faveur de la mobilité ou de la construction de logements
Montant prévisionnel HT de la dépense subventionnable	386 526,64 €
Taux	61,11%
Montant maximum de la subvention	236 197,00 €

La nature de la dépense subventionnable ne peut pas être modifiée.

Les versements sont effectués sur le compte du bénéficiaire : CIF Coopérative

Code Banque	Code Agence	N° de Compte	Clé RIB	Domiciliation
20041	01011	0004090E032	43	La Banque Postale

IBAN : FR83 2004 1010 1100 0409 0E03 243

Article 2 – Calendrier prévisionnel de l’opération

- date prévisionnelle de début de l’opération : 30 avril 2024
- date prévisionnelle de fin de l’opération : 3 octobre 2024

Article 3 – Délai de commencement

L’opération subventionnée doit faire l’objet d’un commencement d’exécution avant l’expiration d’un délai de deux ans à compter de la notification du présent arrêté, l’inobservation de ce délai entraînant la caducité de la décision attributive de subvention. Toutefois, au vu des justifications apportées par le bénéficiaire avant l’échéance des deux ans, le préfet peut proroger la validité de l’arrêté attributif pour une période n’excédant pas un an.

Article 4 – Délai d’achèvement

L’opération doit être achevée dans un délai de quatre ans à compter de la date de déclaration du début d’exécution.

Si le retard pris pour l’achèvement de l’opération n’est pas imputable au bénéficiaire et que l’opération n’a pas été dénaturée par rapport au projet initial mentionné dans l’arrêté de notification de l’arrêté attributif, un délai supplémentaire peut être accordé exceptionnellement, sur justificatifs fournis par le bénéficiaire pour une période ne pouvant excéder deux ans supplémentaires.

Article 5 – Modalités de versement de la subvention

- Une avance représentant 30 % du montant prévisionnel de la subvention est versée sur présentation d’un certificat mentionnant la date exacte de commencement d’exécution de l’opération, ou, dans le cas d’une autorisation de commencement anticipé, lors de la notification de l’arrêté attributif.
- Des acomptes n’excédant pas au total 80 % du montant prévisionnel de la subvention, peuvent être versés en fonction de l’avancement de l’opération au vu des pièces justificatives des paiements effectués. À l’appui des demandes d’acomptes, le bénéficiaire adresse au préfet de la Loire-Atlantique, un état récapitulatif détaillé qu’il certifie exact, des dépenses réalisées conformément au programme retenu, accompagné des pièces justificatives de ces dépenses.
- Le solde de la subvention est versé après transmission :
 - des états de mandatements effectués, signés par le bénéficiaire et le trésorier,
 - d’un certificat signé par le bénéficiaire attestant de l’achèvement et de la conformité de l’opération par rapport à l’arrêté attributif,

- d'un état récapitulatif certifié exact par le bénéficiaire attestant des cofinancements obtenus.

Article 6 – Cas de reversement de la subvention

La subvention accordée devra faire l'objet d'un reversement :

- si l'affectation de l'investissement subventionné a été modifiée sans autorisation préfectorale,
- en cas de dépassement du plafond des aides publiques représentant 80 % du montant de la dépense subventionnable engagée par le demandeur,
- si l'opération n'est pas réalisée dans le délai pré-cité de quatre ans éventuellement prorogé pour une période maximum de deux ans.

Article 7 – Transparence et communication

La participation financière de l'État dans le financement de l'opération d'investissement doit faire l'objet de l'affichage. Le plan de financement de l'opération et le logo de l'État doivent être signalés de manière visible et explicite pendant la réalisation de l'opération et à son issue :

- sur le panneau de chantier pendant la durée de l'opération conformément à la charte graphique fixée par le service d'information du Gouvernement applicable à la date de l'affichage,
- sur tout document de communication externe.

Les logos à apposer sont téléchargeables sur le site internet de la Préfecture (<https://www.loire-atlantique.gouv.fr/Politiques-publiques/Appui-aux-territoires>).

Article 8 – Exécution

La secrétaire générale des affaires régionales, le secrétaire général de la préfecture de la Loire-Atlantique et le directeur régional des finances publiques des Pays de la Loire et du département de Loire-Atlantique, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Nantes, le 27 SEP. 2024


Le Préfet

Fabrice RIGOULET-ROZE

**Annexe financière à l'arrêté attributif au titre de la dotation de soutien à l'investissement local
PROGRAMME 119
Grandes priorités d'investissement**

1 - Identification de l'opération

- Département : **LOIRE-ATLANTIQUE**
- Maître d'ouvrage : **CIF COOPERATIVE**
- Intitulé de l'opération : **Avenue de la Close – Phase transitoire**
- Dépenses retenues : **386 526,64 €**

2 - Échéancier prévisionnel de réalisation

- Début de l'opération : **30 avril 2024**
- Fin de l'opération : **3 octobre 2024**

3 - Plan de financement :

Dépenses coût prévisionnel du projet	Montant HT retenu	Ressources	Montant de la subvention	%
386 526,64 €	386 526,64 €	DSIL	236 197,00 €	61,11%
		DETR		
		FNADT		
		Autre État, précisez		
		Europe		
		Région		
		Conseil départemental		
		EPCI		
		Autres :		
		Autofinancement		150 331,64€
TOTAL			386 526,64 €	100,00 %

ARS

Agence Régionale
de Santé
Pays de la Loire

- ARRETE N° ARS-PDL/DG/2024-033 -

Portant délégation de signature à Monsieur Etienne LE MAIGAT
Directeur de l'Offre de Soins de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1431-1, L.1431-2 et L.1432-2 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la défense ;

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982, modifiée, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n°97-34 du 15 janvier 1997, modifié, relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 15 février 2023 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

Vu la décision n° ARS-PDL/DG/2024-002 du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire ;

Vu la décision n° ARS-PDL/DG/2024-005 du 27 mars 2024 portant désignation de Monsieur Etienne LE MAIGAT en qualité de Directeur de l'Offre de Soins,

ARRETE

ARTICLE 1^{er}

Délégation de signature est donnée à Monsieur Etienne LE MAIGAT, Directeur de l'Offre de Soins, aux fins de signer tout acte relevant des matières mentionnées au 3.4 de l'article 3 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, notamment :

- signer tous actes, décisions, circulaires, rapports, correspondances et documents relevant de la compétence de l'Agence régionale de santé (ARS) en matière d'offre de soins, à l'exception des actes suivants :
 - mesures contraignantes prévues aux articles L.6131-2 à L.6131-5 du code de la santé publique (CSP) ;
 - mesure prévue à l'alinéa 2 de l'article L.6314-1 du code de la santé publique (information au préfet pour réquisition de personnel) ;
 - décisions portant suspension immédiate de l'activité professionnelle d'un professionnel de santé selon les dispositions des articles L.4113-14 et L.4221-18 du code de la santé publique ;
 - décisions de suspension ou de retrait d'autorisation de l'exécution par les officines de pharmacie des préparations de médicaments visées aux articles L.5125-1-1 et suivants du code de la santé publique ;
- signer tous engagements contractuels avec des acteurs du système de santé en matière d'offre de soins ;
- signer tous courriers et notifications de sanctions (T2A, CAQES...), saisine des chambres disciplinaires des ordres, procédures contentieuses en matière d'offre de soins ;
- attester du service fait valant ordre de payer pour l'ensemble des dépenses d'intervention relevant de la direction de l'offre de soins, dont le comptable assignataire est l'agent comptable de l'ARS ;
- certifier le service fait pour les dépenses de fonctionnement (colloques, manifestations...), y compris marchés publics, engagées par la direction de l'offre de soins et dont le comptable assignataire est l'agent-comptable de l'ARS Pays de la Loire ;
- signer les contrats entre l'Agence régionale de santé Pays de la Loire et les missions et structures d'appui et d'expertise en matière d'offre de soins ;
- signer toutes correspondances et conventions passées par l'ARS avec les organismes et services d'assurance maladie en matière d'offre de soins concernant notamment la coordination entre les deux parties ;
- signer les décisions de labellisation des structures et dispositifs sanitaires ;
- signer les décisions relatives aux conventions constitutives des groupements de coopération sanitaire et aux groupements hospitaliers de territoire ;
- signer les courriers et avis relatifs aux pratiques et organisations en matière d'offre de soins ;
- signer les avis donnés au ministre dans le cadre de la gestion du Fonds National de Solidarité et d'Action Mutualistes en application de l'article R.421-1 du code de la Mutualité ;
- signer tous actes autres relevant des attributions de la direction de l'offre de soins mentionnés à l'article 2 de la présente décision.

ARTICLE 2

Relèvent de la direction de l'offre de soins les matières mentionnées au 3.4 de l'article 3 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment :

1. Fonctionnement

- Les ordres de missions et les autorisations d'utiliser le véhicule personnel des personnels rattachés à la direction de l'offre de soins, ainsi que l'ordonnancement des frais de mission de ces mêmes personnels.

2. Ressources Humaines en Santé

- Toute correspondance administrative relative aux ressources humaines du système de santé ;
- Pour les dépenses sur le budget annexe de l'Agence (Fonds d'intervention régional) : les actes d'engagement, d'attestation et de certification de service fait pour les dépenses relatives aux ressources humaines du système de santé ;
- Tout acte relevant de la formation des professionnels paramédicaux et médicaux, dont notamment les actes suivants :
 - Avis avant autorisation, délivrée par le Président du conseil régional, de création des instituts et écoles de formation des professionnels mentionnés au titre I) à VII) du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des techniciens de laboratoire d'analyse de biologie médicale et avis avant l'agrément des directeurs des instituts et écoles susmentionnés délivré par le Président du conseil régional ;
 - Avis sur les quotas et/ou capacités des instituts de formations paramédicales ;
 - Arrêtés conjoints ARS/Rectorat pour la nomination des médecins directeurs techniques et d'enseignement des Ecoles de sages-femmes et cadres sages-femmes ;
 - Agrément des directeurs scientifiques des Instituts de formation des infirmiers de bloc opératoire ;
 - Agrément des médecins conseillers scientifiques des instituts de formation de masseurs-kinésithérapeutes, de manipulateurs en électroradiologie médicale ;
 - Reconnaissance du titre de psychothérapeute, ainsi que, pour les professionnels de l'Union européenne, reconnaissance des qualifications permettant l'usage du titre en France ;
 - Autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe ;
 - Formation des étudiants de 3ème cycle : désignation des membres de commissions de subdivision, affectation des internes ; avis relatifs aux changements de spécialité Formation des personnes mettant en œuvre les techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel : habilitation des organismes de formation ;
 - Décisions d'agrément des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ;
 - Décisions d'agrément des terrains de stage pour les formations de troisième cycle des internes (médecine, pharmacie et odontologie) ;
 - Etat liquidatif de dépenses de formation médicale initiale à partir du programme 204 (extrahospitalier) ;
 - Composition des jurys d'examen relatifs aux sessions de formation des défibrillateurs semi-automatiques ;
 - Composition des conseils techniques, pédagogiques et ou de discipline des Instituts de formation paramédicaux ;
 - Pour les dépenses sur le budget annexe de l'Agence (Fonds d'intervention régional) : l'attestation des services faits pour les dépenses relatives à la formation des professionnels paramédicaux et médicaux.
- Tout acte relevant de l'exercice des professionnels de santé, dont notamment les actes suivants :
 - Tous actes et avis relatifs aux concours, recrutements et examens professionnels de la fonction publique hospitalière ;
 - Arrêtés de mission temporaire des praticiens hospitaliers universitaires ;
 - Actes relatifs à l'approbation des tableaux de postes prioritaires de praticiens hospitaliers à publier ;
 - Approbation des contrats d'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein ;
 - Arrêtés de consultanat hospitalier ;
 - Contrats de Chefs de Clinique des Universités de Médecine Générale (CCU-MG) et ordres de paiement relatifs à l'exécution de ces contrats ;
 - Décisions et contrats de financement sur le fonds d'intervention régional, volet ressources humaines, et attestation des services faits afférents ;
 - Arrêtés relatifs à la composition de la commission d'activité libérale des établissements de santé ;
 - Actes relatifs aux prolongations d'activités des praticiens hospitaliers ;
 - Courriers et notifications d'adhésions aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

3. Numérique en Santé

- Tous courriers, décisions et contrats relatifs au déploiement du numérique en santé auprès des acteurs de santé, leur sécurité, et les activités de télémédecine et de e-parcours, y compris les engagements financiers et attestations de service fait relatifs aux dépenses financées par le fonds d'intervention régional et le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS).

4. Qualité, Pertinence et Efficience

- Tous actes et correspondances relatifs aux relations avec les organismes et services de l'assurance maladie ou relatifs à la qualité, la pertinence ou à l'efficience de l'offre de soins.

5. Investissement

- Tous actes et correspondances relatifs à la politique et à la stratégie d'investissement des établissements et services sanitaires et médico-sociaux ;
- Tous actes relatifs au Schéma Régional d'Investissement en Santé (SRIS).

6. Accès aux soins Primaires

- Contrats relevant du fond d'intervention régional (FIR) : décisions, conventions de financement et attestations de service fait valant ordonnancement de ces dépenses en matière d'accès aux soins primaires ;
- Décisions d'attribution d'incitation financière à l'exercice en zone sous-dotée, attestations de service fait valant ordonnancement de ces dépenses ;
- Décisions portant sur l'installation ou le report d'installation des signataires d'un contrat d'engagement de service public ;
- Contrats avec les professionnels de santé ;
- Arrêtés portant désignation des membres des unions régionales des professionnels de santé (U.R.P.S) en application de l'article D.4031-16 du CSP ;
- Arrêtés relatifs au cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ;
- Arrêtés prononçant la dissolution du conseil régional d'un ordre professionnel quand les membres de ce conseil, par leur fait, le mettent dans l'impossibilité de fonctionner ;
- Arrêtés nommant une délégation assurant les fonctions du conseil départemental ou du conseil régional d'un ordre professionnel, quand les membres de ce conseil, de par leur fait, mettent celui-ci dans l'impossibilité de fonctionner ;
- Saisines des conseils régionaux des ordres professionnels pour application des dispositions du code de la santé publique relatives à la suspension temporaire du droit d'exercer pour infirmité, état pathologique ou insuffisance professionnelle ;
- Courriers, avis et décisions prévus au titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique, relatifs aux officines de pharmacie, à leurs autorisations, à leurs conditions d'implantation et de fonctionnement, ainsi qu'à l'exercice de la profession de pharmacien d'officine et au commerce électronique de médicaments ;
- Arrêtés portant autorisation, refus ou modification de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale ;
- Autorisations ou refus de dispensation de l'oxygène médical à domicile ;
- Récépissés et décisions relatifs aux centres de santé ;
- Arrêtés relatifs à l'agrément des entreprises de transports sanitaires disposant d'implantations dans plus d'un département ;

- Toutes correspondances administratives concernant l'accès aux soins primaires.

7. Accompagnement des établissements de santé

- Arrêtés et décisions relatifs aux autorisations et renouvellements d'autorisations des établissements et services sanitaires pour les activités de soins mentionnées à l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, les équipements et matériels lourds mentionnés à l'article R. 6122-26 du code de la santé publique, ainsi que pour les activités, hors procédure CSOS, relevant des articles L. 1121-1 et suivants, L. 1231-1 A et suivants, L. 1241-1 et suivants, L. 2323-1 et suivants, L. 5126-1 et suivants et L. 6322-1 et suivants de ce même code ;
- Arrêtés d'autorisation de création, de suppression et de modification des activités de pharmacie à usage intérieur prévue à l'article R 5126-9 du code de la santé publique ;
- Arrêtés portant approbation ou modification des conventions constitutives des groupements de coopération sanitaire, des groupements hospitaliers de territoire et des groupements d'intérêt public à caractère sanitaire ;
- Décisions d'ouverture des périodes de dépôt des dossiers de demande d'autorisations mentionnées aux articles L. 6122-9 et R. 6122-29 du code de la santé publique ;
- Publication des bilans quantifiés de l'offre de soins mentionnés aux articles L. 6122-9 et R. 6122-30 du code de la santé publique ;
- Allocation de ressources aux établissements de santé, dont arrêtés fixant le montant des ressources d'assurance-maladie, arrêtés fixant les tarifs de prestations ;
- Approbation des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), des Plans Globaux de Financement Pluriannuel (PGFP) des établissements de santé ;
- Décisions, courriers, conventions de financement relevant du fond d'intervention régional – FIR – à l'attention des établissements de santé ; attestations de service fait valant ordonnancement de ces dépenses ;
- Décisions d'autorisation préalable de recours à l'emprunt des établissements publics de santé ;
- Décisions, conventions, courriers et attestations relatifs aux investissements des établissements sanitaires ;
- Correspondances et engagements relatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et autre contrats (CAQES, ...) des établissements sanitaires ;
- Demandes d'information permettant de suivre les engagements contractuels, le niveau de qualité des soins et les actions d'efficacité et de coopération des établissements sanitaires ;
- Toutes correspondances administratives concernant la planification, les autorisations sanitaires, la contractualisation et les ressources des établissements sanitaires.

ARTICLE 3

1° En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Etienne LE MAIGAT, délégation est donnée à Madame Sylvie DURAND, directrice adjointe de l'offre de soins par intérim, à effet de signer l'ensemble des actes mentionnés aux articles 1 et 2 de la présente décision.

2° A l'exception des correspondances aux parlementaires, aux élus départementaux et régionaux, aux maires et des correspondances dont l'objet revêt un caractère particulièrement important, notamment celles qui impliquent une participation financière de l'Etat, une délégation permanente est donnée à :

- Monsieur Stéphane GUERRAUD, responsable du Département Ressources Humaines en Santé, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.1 de l'article 4 de la décision susvisée du

27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 2° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.

- Monsieur Julien NTANGA, responsable du Département Numérique en Santé, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.2 de l'article 4 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 3° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.
- Madame Sylvie DURAND, responsable du Département Qualité, Pertinence et Efficience, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.3 de l'article 4 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 4° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.
- Monsieur Bernard PRUD'HOMME LACROIX, responsable du Département Investissement, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.4 de l'article 4 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 5° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.
- Madame Claire GABORIEAU, Responsable du Département Accès aux Soins Primaire et, en son absence, à son adjointe Madame Béatrice BONNAVAL, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.5 de l'article 4 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 6° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.
- Madame Audrey SERVEAU, responsable du Département Accompagnement des Etablissements de Santé et, en son absence, à son adjointe Madame Anne-Sophie GUIRAUD, à effet de signer les actes relevant des matières mentionnées au 4.3.6 de l'article 4 de la décision susvisée du 27 mars 2024 portant organisation de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, et notamment les actes mentionnés au 7° de l'article 2 de la présente décision, ainsi que les actes mentionnés au 1° de l'article 2 de la présente décision relatifs aux agents placés sous sa responsabilité.

ARTICLE 4

L'arrêté n° ARS-PDL/DG/2024-015 du 27 mars 2024 est abrogé.

ARTICLE 5

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} octobre 2024.

ARTICLE 6

Le présent arrêté fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 23/09/2024

Jérôme JUMEL



ARRETE N° ARS-PDL/DG/2024-034
relatif à l'expérimentation « RESALGO – Parcours des patients douloureux chroniques »

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu la circulaire n° SG/20218/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024 ;

Vu le décret du 15 février 2023 portant nomination de Monsieur JUMEL, Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de Loire, comme Directeur général, à compter du 27 février 2023 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « **RESALGO – Parcours des patients douloureux chroniques** » annexé à cet arrêté.

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 16 juillet 2024 sur le projet d'expérimentation « **RESALGO – Parcours des patients douloureux chroniques** » ;

ARRETE

ARTICLE 1 : L'expérimentation innovante en santé « **RESALGO – Parcours des patients douloureux chroniques** » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges.

ARTICLE 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à 5 ans, à compter de l'inclusion du premier patient. L'expérimentation est mise en œuvre sur les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

ARTICLE 3 : La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

ARTICLE 4 : Le Directeur Scientifique des Stratégies en Santé, référent régional article 51, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application « Telerecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Nantes, le 25 septembre 2024

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé des Pays de la Loire


Jérôme JUMEL

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ

LETTRE D'INTENTION CAHIER DES CHARGES

Intitulé du projet : **RésAlgo - Parcours du Patient Dououreux Chronique**

NOM DU(DES) PORTEUR(S)^o et son statut :

- Communauté Professionnelle de Territoire de Santé Centre Vendée (85)
 - Dr Brachet, Président
 - Dr Adelaïde Nalet (MG)
 - Coordinatrice : Mme Emilie Remaud
- Communauté Professionnelle de Territoire de Santé du Pays de Retz (44) :
 - Co-président : Dr Cédric Rat (MG, professeur de médecine générale)
 - Dr Yves Lequeux (MG, responsable groupe qualité)
 - Dr Jonathan Interligator (MG)
 - Coordinatrice : Mme Solène Richard
- Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantenay (44)
 - Dr Marie Lugherini, (MG, responsable de la MSP)
 - Dr Jean Pascal Fournier (MG, Professeur de médecine générale)
 - Coordinatrice : Mme Géraldine Jounot
- Centre Hospitalier Universitaire de NANTES, CETD du CHU de Nantes (44)
 - Pr Julien Nizard (PU-PH), chef du Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique clinique et Médecine Intégrative (PHU2)
 - Dr Christophe Duvaux (PHC, développement de projets innovants, ancien DGA ARS pays de la Loire)
- Centre Hospitalier de St NAZAIRE – Consultation Douleur (44)
 - Dr Elisabeth Mosser, PH, responsable de la Consultation Douleur
- Centre Hospitalier départemental de la Roche sur Yon : Centre Territorial d'évaluation et de traitement de la douleur (85)
 - Dr Yves Marie Pluchon, PH, chef du centre

PERSONNES CONTACTS :

Dr Elisabeth Mosser, elisabeth.mosser@chu-nantes.fr, tel : 06 03 05 14 12

Solène Richard, coordination@cpts-paysderetz.fr tel 06 05 13 98 61

Résumé du projet :

Face à l'augmentation récurrente de la prévalence de la douleur chronique et de ses conséquences en termes de qualité de vie et de coût social, il est proposé de limiter les risques de chronicisation de la douleur (prévention secondaire), et d'améliorer la qualité de vie des patients douloureux chroniques (prévention tertiaire) en expérimentant un parcours de soins intégré et coordonné en proximité autour du médecin traitant (MT), avec des réponses graduées en lien avec les structures douleurs chroniques (SDC) du territoire (consultations, centres d'évaluation).

Plus précisément, prenant en compte la saturation des ressources d'offre de soins en structure spécialisées douleur chronique, et les perspectives également limitées en médecine de ville dans les prochaines années du fait de l'évolution de la démographie des médecins généralistes, nous proposons d'expérimenter l'organisation d'un parcours de soins s'appuyant sur des ressources infirmières spécialisées de proximité (IRDP), et sur des moyens de coordination et des interventions innovants entre les acteurs de soins primaires et les structures douleur.

Le projet a pour cible populationnelle les patients présentant un syndrome douloureux, non lié à un cancer en cours d'investigation ou traitement actif, dont une première prise en charge habituelle en médecine générale n'a pas suffi, soit à lever le risque de chronicisation, soit à permettre la prise en charge adéquate par le patient de sa douleur chronicisée.

Il vise aussi à proposer un modèle de financement innovant permettant de valoriser une prise en charge coordonnée au niveau du premier recours centrée sur un binôme Médecin Traitant - Infirmier ressource douleur. L'objectif est de proposer des accompagnements adaptés dans les meilleurs délais conformément aux orientations de l'International Pain Association, avec l'appui ou non des structures douleurs, et sur les récentes recommandations HAS sur le parcours de santé d'une personne présentant des douleurs chroniques (janvier 2023). Il sera l'occasion d'expérimenter en contexte réel une déclinaison de ces recommandations.

Le projet s'appuie sur les recommandations existantes publiées par la HAS et les travaux prospectifs de la SFETD (en particulier le consensus formalisé de 2008 : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique , l'évaluer et orienter patient, synthèse de recommandations professionnelles) en l'adaptant aux dynamiques de transformation du système de santé en particulier au niveau du premier recours, incitant les acteurs à mieux se coordonner afin de faire face aux enjeux de santé actuels (vieillesse, perte d'autonomie, maladies chroniques) avec le développement de nouvelles formes d'exercice coordonnées dans les territoires en particulier les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS).

Le projet se propose aussi d'être en phase avec les recommandations de la HAS rendues publiques en février 2023. Très tôt, les promoteurs ont été intégrés avec le groupe de travail de la SFETD (« GPS Parcours »). Le projet permettra d'en évaluer toutes les implications en termes organisationnel et proposera un mode de financement innovant visant en particulier le palier 1 de prise en charge

Il est conforme aux axes stratégiques du PRS des pays de la Loire notamment : l'utilisateur acteur de sa santé, l'accès et la qualité des soins et des accompagnements, la coordination des acteurs aux services de parcours sans rupture.

CHAMP TERRITORIAL :

CATEGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION (*précisions en annexe 3*):

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

GLOSSAIRE :

MT : Médecin Traitant

IRDP : Infirmier Ressource Douleur de Proximité

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

SMS : Synthèse Médico Soignante

SD : Structure Douleur (CD et CETD, voir ci-dessous)

CD : Consultation Douleur

CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

CPTS : Communauté Professionnelle de Territoire de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SFETD : Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

IASP : International Association for the Study Of Pain

PPS : Projet Personnalisé de Soins (dimension bio-psycho sociale, objectifs thérapeutiques)

AM : Assurance Maladie

ARS : Agence Régionale de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PAPRAPS : plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

DATE DES VERSIONS :

V0 : 2022_06_14_CDC Parcours Douleur Chronique

V1 : 2022_09_09_CDC Parcours Douleur Chronique

V2 : 2022_10_12_CDC Parcours Douleur Chronique

V3 : 2022_10_21_CDC Parcours Douleur Chronique

V4 : 2022_11_24 CDC Parcours Douleur Chronique

V5 : 2023_01_03 CDC Parcours Douleur Chronique

V6 : 2023_05_25 CDC Parcours Douleur Chronique

V7 : 2023_07_04 CDC Parcours Douleur Chronique

V8 : 2024_02_01 CDC Parcours Douleur Chronique

V9 : 2024_03_21 CDC Parcours Douleur Chronique

V10 : 2024_06_06 CDC Parcours Douleur Chronique

V11 : 2024_07_14 CDC Parcours Douleur Chronique

SOMMAIRE

Description des porteurs	5
Présentation des partenaires	7
I – Contexte et Constats	8
II – Description du projet	15
III – Les outils nécessaires	26
IV – Population cible	29
V – Critères d’inclusion/exclusion dans le parcours :	30
VI – Effectifs concernés par l’expérimentation	30
VII – Durée de l’expérimentation	32
VIII – Terrain d’expérimentation	32
IX – Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre	33
X – Objectifs, impacts attendus et indicateurs d’évaluation	34
XI – Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités/impact sur l’efficacité de soins	36
XII – Système d’information (SI)	39
XIII – Financement de l’expérimentation	42
IX – Déroulement du projet et planning :	56
Sommaire des annexes	59
Annexe 1 : Signatures d’engagement des porteurs	60
Annexe 2 : Description des territoires de l’expérimentation	62
Annexe 3 : Catégories d’expérimentations	64
Annexe 4 : RÉSULTATS DU PROJET PILOTE	66
Annexe 5 : Fiche de poste IRDP	72
Annexe 6 : Référentiel de compétences et d’activité du Psychologue intervenant dans le parcours douleur chronique	74
Annexe 7 : Besoins en ETP des postes salariés dans les 3 territoires de l’expérimentation	76
Annexe 8 : Détails indicatifs concernant le programme d’éducation thérapeutique	77
Annexe 9 : Références Bibliographiques	78

DESCRIPTION DES PORTEURS

CPTS CENTRE VENDEE

Elle regroupe 44 communes pour 186 000 habitants, plus de 1000 professionnels. La douleur chronique a été inscrite dans son projet de santé dès sa création.

Au niveau de la démographie médico-soignante, le territoire compte environ 127 médecins, 163 infirmier.e.s, et 191 masseurs kinésithérapeutes.

Parmi les adhérents de l'association, nous comptabilisons 34 médecins, 61 infirmier.e.s, 11 masseurs kinésithérapeutes et 3 psychologues.

Dans le cadre de l'élaboration et réalisation des différents projets de santé, la CPTS est amenée à collaborer avec différentes structures partenaires (MSP, ESP Clap, Villes, Associations, etc.) ainsi qu'avec le Centre Hospitalier Départemental de Vendée (CHD), le Centre Hospitalier Georges Mazurelles et la Clinique Saint Charles.

La CPTS Centre-Vendée s'est constituée en association en Janvier 2020 et a signé son ACI à l'été 2021. Elle compte aujourd'hui 159 adhérents.

L'association CPTS Centre-Vendée gère le fonctionnement de la CPTS au travers d'un bureau (constitué d'un chirurgien-dentiste, deux médecins généralistes, une pédicure podologue, une gynécologue, une infirmière et une pharmacienne), d'un Conseil d'Administration et d'une Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration compte aujourd'hui 17 membres dont quatre médecins généralistes, un médecin biologiste, un chirurgien-dentiste, quatre infirmières, un masseur-kinésithérapeute, une podologue, deux orthophonistes, une gynécologue, deux pharmaciennes.

Les objectifs du projet de santé sont les suivants :

- **Accès aux soins** : Soins non programmés (SNP), Accès à un médecin traitant, Accès à un professionnel de santé, Téléexpertise, Protocoles
- **Parcours** : Maternité, Santé Mentale, Education thérapeutique (ETP), Lien Ville-Hôpital
- **Prévention** : Sport-Santé, Participation au Collectif Prévention (tabac, compétences psychosociales, violences), dépistage cancer du sein, ICOPE, Surpoids/obésité, Vaccination
- **Accompagnement des professionnels de santé** : Attractivité du territoire, Promotion de la CPTS
- **Gestion de crise** : à venir

CPTS PAYS DE RETZ

Elle regroupe 22 communes pour 98 000 habitants avec de fortes variations saisonnières pour le littoral. La douleur chronique a été inscrite dans son projet de santé dès sa création. La CPTS Pays de Retz couvre un territoire de plus de 98 000 habitants.

Au niveau de la démographie médico-soignante, l'association compte plus de 80 médecins, 130 infirmier.e.s, 97 masseurs kinésithérapeutes (d'après les chiffres CPAM de mai 2022) et 56 psychologues (d'après les chiffres ARS d'octobre 2022).

Parmi les adhérents de l'association, il est comptabilisé 51 médecins, 80 infirmier.e.s, 29 masseurs kinésithérapeutes et 6 psychologues. Les liens sont étroits avec l'Hôpital intercommunal de Pornic (HIPR) et les structures partenaires (EHPAD, SSIAD, ABSE, etc.) grâce à la création de projets communs autour du Divadom et à présent du projet ICOPE.

La CPTS est encore relativement jeune. Elle s'est constituée en association en juin 2020 et a signé son ACI en juin 2021. La faible proportion d'adhérents pour certaines professions s'explique par la mise en place progressive de projets nécessitant leur implication.

L'équipe à l'initiative de la création de l'association est toujours en place aujourd'hui et a pu s'élargir à de nouveaux professionnels et partenaires du territoire. Le Conseil d'Administration compte aujourd'hui 15 membres dont 2 médecins généralistes, 3 infirmier.e.s, une directrice de centre de santé, 2 masseurs kinésithérapeutes (dont une inactive), deux pharmaciennes, 2 pédicures-podologues, 1 diététicienne, 1 ergothérapeute, 1 directrice d'EHPAD.

Les objectifs du projet de santé sont les suivants :

- Accès aux soins : solutions pour les patients sans médecin traitant, suivi de la démographie médicale, SNP médecins, SNP kinés, sages-femmes, lien ville-hôpital
- Parcours : douleurs chroniques, personnes âgées, enfants présentant des troubles des apprentissages
- Prévention : mois sans tabac, activité physique adaptée, insuffisance cardiaque, santé mentale, éducation thérapeutique
- Qualité et pertinence des soins : formation pluriprofessionnelle et réunions thématiques, groupes d'échanges de pratique
- Accompagnement des professionnels de santé : développer la maîtrise de stage, lien avec les maisons de santé du territoire, communication entre les professionnels et vers le grand public.

MSP CHANTENAY

Le territoire d'action des professionnels de santé s'étend sur une petite partie ouest de la métropole nantaise. Ce zonage présente des limites floues du fait qu'il ne prend pas en compte les patients de passage, ceux qui viennent sur recommandation pour une spécificité professionnelle ou ceux qui n'ont pas encore trouvé de médecin traitant dans leur quartier

Le quartier est assez bien doté en professions de santé et le réseau informel avec le second recours, les institutions et les associations fonctionnent parfaitement : cabinets de cardiologie (Zola) ; d'endocrinologie (bd de Launay) ; CHU de Nantes ; Clinique Santé Atlantique (st Herblain) ; MSP Nantes Ouest (Bellevue) ; EDS de Chantenay ; CMP Nantes Ouest Beaumanoir.

Organisation :

- 13 médecins généralistes
- 2 psychiatres
- 1 allergologue
- 2 ide dont 1 IPA
- 3 orthophonistes dont 1 neuropsychologue
- 2 psychologues
- 1 podologue
- 1 pharmacienne
- 4 kinésithérapeutes
- 2 sages-femmes
- 1 orthoptiste

La MSP est organisée en SISA depuis sa création (novembre 2018). Elle compte 16 associés signataires.

Après diagnostic du territoire et analyse du type de patientèle, quelques constats ressortent et ce sont des axes prioritaires de travail pour les professionnels de santé de la MSP :

- Patientèle jeune et active avec troubles musculo-squelettiques fréquents : élaboration d'un protocole interne de prise en charge.

- Population migrante importante dans le quartier : parcours migratoires complexes à intégrer dans la prise en charge patient (interprétariat ; cs psy)
- Patientèle non résidente dans le quartier (nombreuses entreprises) : problématique à prendre en compte dans l'organisation des agendas et le temps de transmission aux médecins traitants de ces patients (document de transmission intégré au système d'information partagé)
- Personnes âgées, à domicile ou en EHPAD : visites à domicile ; consultation avancée en gériatrie (accueil de l'équipe mobile gériatrique du CHU)
- Patientèle avec consommation de produits : création d'une consultation avancée en addictologie (partenariat avec le CSAPA le Triangle)

CHU DE NANTES, CENTRE FEDERATIF DOULEUR CHRONIQUE, PR JULIEN NIZARD (CETD DU CHU DE NANTES)

Situé à l'Hôpital Nord Laennec (Saint Herblain), le centre fédératif est en charge du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur. Le centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du CHU de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle, labellisée par l'agence régionale d'hospitalisation (ARS) depuis 1998. Le centre est l'une des cinq composantes du centre fédératif douleur, soins de support, éthique clinique dirigé par le Pr Julien Nizard. Comme tous les centres, il déploie des activités de consultation, d'appui (équipe mobile), d'hospitalisation, d'enseignements et de recherche dans le domaine de la douleur chronique.

CH ST NAZAIRE , CONSULTATION DOULEUR , DR ELISABETH MOSSER

Le service d'Algologie du CH est une consultation pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique rebelle créée en 2008, labellisé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) depuis 2008, et regroupant sur le même site les activités du Centre Hospitalier et de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire depuis octobre 2020.

CH DEPARTEMENTAL DE LA ROCHE SUR YON, CETD, DR YVES MARIE PLUCHON

Le service d'Algologie / Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur (CETD) est l'unique centre consacré au traitement de la douleur en Vendée. L'équipe pluridisciplinaire offre plusieurs types de traitements de la douleur que ce soit lors du cancer ou en dehors de la maladie cancéreuse. Plusieurs modes de prise en charge peuvent être proposés aux patients douloureux après évaluation de leur état de santé : hospitalisation, complète, hôpital de jour, prise en charge à domicile, etc. Le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur est ouvert à tous les patients du département de la Vendée, sur indication médicale. Les activités de centre se déploient 10 lieux de consultation et d'hospitalisation douleur en Vendée (conventions) et bénéficie d'un guichet unique pour les acteurs de territoire. Il est fortement impliqué dans le déploiement d'activités de proximité en lien notamment avec certaines MSP du territoire.

PRESENTATION DES PARTENAIRES

PARTENAIRES EXPERIMENTATEURS

Les professionnels adhérents aux structures porteuses (CPTS et MSP) et ceux des structures publiques douleurs concernées du 44 et 85.

AUTRES PARTENAIRES DE L'ECOSYSTEME DU PROJET

- Logiciel Inzee Care : Solution informatique pour un outil parcours permettant la coordination des professionnels de santé libéraux et hospitalier, la transmissions d'informations ciblées à propos du patient, le recueil de données d'activité

- Institut Analgesia, fondation de recherche contre la douleur agréée par le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche depuis février 2016. Il a pour but de soutenir et conduire des projets scientifiques, ainsi que toute activité d'intérêt général, notamment à caractère médical, scientifique ou social, visant à favoriser et valoriser la recherche translationnelle et l'innovation dans le domaine de la lutte contre la douleur. Il nous fournit la solution d'outils numériques d'auto-soin (e-dol)
- Laboratoire Grunenthal et société PROXICARE : appui à la définition du modèle de financement du projet.

I – CONTEXTE ET CONSTATS

CONTEXTE

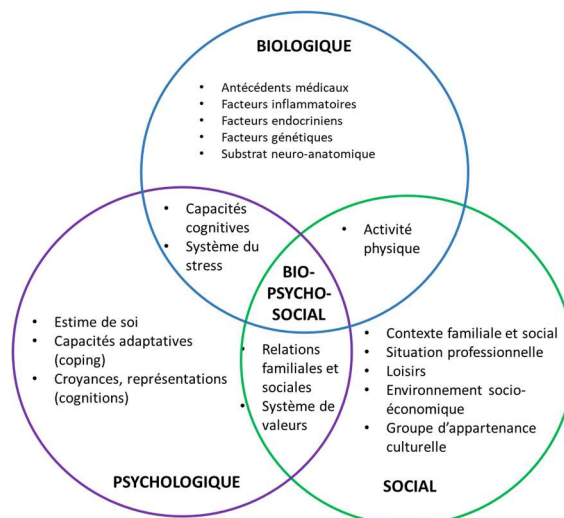
En France, la douleur est la première cause de consultation en médecine générale et dans les services d'accueil d'urgence.

La douleur chronique est une expérience subjective dont on peut décrire trois composantes majeures : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle et cognitivo-comportementale.

Il n'y a pas de proportionnalité entre la sévérité de la lésion somatique causale et l'intensité de la douleur chronique corollaire.

Quel que soit le facteur déclenchant initial de la douleur (composante lésionnelle du « signal douleur », spécifique selon le type de douleur : lombalgie, cervicalgie, troubles musculo-squelettiques, douleur neuropathique, syndrome douloureux régional complexe (SDRC), céphalée, etc.), le développement, l'entretien et l'aggravation d'une douleur chronique est en lien avec de nombreux facteurs imbriqués, qui peuvent être classés en 3 catégories :

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



Le processus d'évaluation et de prise en charge d'un patient souffrant d'une douleur chronique nécessite une approche intégrative, centrée sur le patient, en équipe pluriprofessionnelle et/ou multidisciplinaire coordonnée entre les divers acteurs concernés.

Selon l'HAS (2009-consensus formalisé), l'accompagnement et la prise en charge de la douleur chronique s'appuient sur un certain nombre de principes fondamentaux :

1. La prise en charge de la douleur chronique est centrée sur le patient
2. L'évaluation initiale et le traitement de la douleur chronique reposent sur le modèle biopsychosocial de la douleur
3. Il est primordial que la demande de prise en charge interdisciplinaire soit faite au « bon moment » (parcours de soins « utile », plutôt « trop tôt » que « trop tard »), dès que l'aspect « chronique » est envisagé du fait de l'évolution de la douleur, de son retentissement sur la qualité de vie du patient douloureux malgré la prise en charge en cours (en pratique 6 à 8 semaines).
4. La prise en charge de la douleur chronique se fait au mieux dans un processus de soins par paliers,
5. Le modèle interdisciplinaire est considéré, malgré le manque de données probantes de haut niveau, comme optimal pour les douleurs
6. Cette approche suppose notamment une communication systématisée entre les intervenants de différents niveaux, pour assurer au mieux la continuité des soins.

L'étude STOPNEP a évalué la prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère (pertinence clinique) chez les 18 ans et plus à 19,9%, soit environ 12 millions de personnes adultes. On ignore combien auraient besoin d'une consultation en structure spécialisée dédiée, mais l'on sait que 70% de ces patients ne reçoivent pas de traitement approprié et que moins de 3% bénéficient d'une prise en charge dans une structure dédiée à la douleur chronique (SDC). Selon cette même étude, la prévalence de la douleur chronique avec des caractéristiques de douleur neuropathiques d'intensité modérée à sévère serait de 5,1%, et dont seuls 15% de ces patients, qui consultent régulièrement un médecin, reçoivent un des traitements de référence.

La douleur chronique est source de handicap. Elle a des retentissements psycho-sociaux, professionnels ou scolaires importants. Elle altère la qualité de vie des personnes.

Ses coûts directs et indirects humains, sociétaux et financiers, sont importants, et vont bien au-delà des seuls coûts des soins de santé.

Selon l'étude ECONEP, 45% des personnes douloureuses sont concernées par des arrêts de travail, dont la moyenne cumulée dépasse 4 mois par an. Les personnes présentant une douleur chronique sévère sont plus fréquemment hospitalisées. Le coût moyen annuel d'un patient atteint de douleur chronique est de 7000 Euros pour les hospitalisations en hôpital privé, 14500 Euros en hôpital public. Selon l'étude NHWS et en extrapolant à la population française adulte, la douleur serait à l'origine de 72,2 millions de consultations supplémentaires par an, soit un surcoût de 1.163 milliard d'euros par an. On estime aussi que la douleur a des impacts sur les activités professionnelles de 2/3 des personnes atteintes de douleur, soit 88 millions de journées impactées par la douleur, 48 millions par l'absentéisme et 40 millions par le présentéisme (réduction de productivité).

En France, les coûts de santé estimés selon les pathologies douloureuses sont pour la migraine de 1 milliard d'Euros par an, pour une prévalence de 17 % de la population ; pour les céphalées chroniques de 2 milliards d'Euros par an avec une prévalence de 3 %, pour les lombalgies de 6000 Euros par an et par personne et, pour la fibromyalgie, de 6000 Euros par an et par personne.

Pour la Belgique ("Impacts des fardeaux économiques et de santé des douleurs lombaires et cervicales, en Belgique, en 2018"), une étude très détaillée a permis d'estimer à un peu plus de 175 000 années de vie en bonne santé perdues pour les lombalgies. Son impact financier est évalué à un peu plus d'1,2 milliard d'euros en 2018. L'impact belge de santé des cervicalgies est évalué à environ 95 000 années de vie en bonne santé perdues et son impact financier est estimé à un peu moins d'1,2 milliard d'euros, en 2018.

Cette prévalence liée à de nombreux facteurs, dont le vieillissement et l'augmentation des pathologies chroniques, ne pourra qu'augmenter dans les années à venir. Bien qu'incomplètement documentées encore à ce jour, les conséquences de la crise sanitaire liée à la COVID19 seront aussi à prendre en compte dans ce domaine (séquelles, retard de prise en charge...).

En 2009, l'IASP a proposé les recommandations suivantes concernant les temps d'attente pour un traitement adapté de la douleur (tableau 1) :

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

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

En 2005, la Canadian Pain Society constate que les patients subissent une détérioration significative de leur état de santé, de leur qualité de vie et de leur bien-être psychologique pendant la période d'attente de 6 mois qui suivait leur orientation vers une structure de prise en charge spécialisée de la douleur, sans pouvoir préciser à partir de quand cette détérioration s'instaure. Elle en a conclu que des délais d'attente pour une consultation en SDC de 6 mois ou plus étaient « médicalement inacceptables ».

Par ailleurs, selon les recommandations sur le parcours de santé du patient douloureux chronique formulé par la HAS, en partenariat avec la SFETD et le CMG, en février 2023, le parcours relève de la mobilisation des médecins traitants avec l'équipe de soins primaires et les médecins de second recours en ville, le développement par les SDC de proximité de services de soutien à la ville et une hiérarchisation de la prise en charge selon 3 niveaux (ville / SDC et services hospitaliers de spécialité / centres d'évaluation et de traitement de la douleur) en fonction de la complexité de la situation. Ce parcours HAS, conformément aux recommandations internationales de l'IASP, s'appuie sur une évaluation et une prise en charge médicale et psychosociale en pluri-professionnelle et multidisciplinaire, lorsque la situation clinique la nécessite.

Améliorer la prise en charge tout en réduisant les délais nécessite une mobilisation efficiente des ressources qui doit être hiérarchisée et adaptée par le médecin traitant en fonction d'un diagnostic médical précis (qui doit être posé) et de la complexité biopsychosociale de la situation qui doit être évaluée. Pour cela, le médecin traitant peut au besoin : mobiliser les compétences des autres professionnels de l'équipe de soins primaires et les expertises des médecins de second recours en ville, faire appel aux services de soutien de la SDC de proximité, ou encore adresser son patient vers le niveau 2 lorsque cela est justifié. Le formulaire d'adressage de la HAS ne sera dans le cadre de notre parcours pas nécessairement utilisé tel quel dans la mesure où l'outil parcours informatisé a pour objectif de faciliter et fluidifier les démarches de recours et de partage d'information.

Dans le guide parcours, la HAS préconise bien une montée en compétence de la ville, avec une amélioration des savoirs et savoir-faire des professionnels impliqués dans ce parcours et en premier lieu des médecins traitants. Ce transfert de savoir et savoir-faire devrait être continu et, à ce titre, le parcours insiste sur le rôle d'un compagnonnage par les SDC de proximité, avec l'invitation des médecins traitant et d'autres membres de l'équipe de soins primaires aux réunions de synthèse et aux réunions de concertation et la création de groupes de pairs voire d'un télémentorat avec les SDC. Ce que prévoit le projet actuel, tout en prévoyant des moyens organisationnels et financiers à cette coordination.

CONSTATS

On constate des **délais toujours plus longs de prise en charge par les structures douleurs** en dehors des « urgences douloureuses » (3 mois à 9 mois au CHU de Nantes pour une première consultation, 3 à 8 mois pour une HDS/HDJ) et des **difficultés de coordination entre acteurs de proximité et centres spécialisés**, facteurs d'aggravation des situations cliniques et de perte de chance pour le patient.

Dans le guide de Recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur le « *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique* » (janvier 2023), il est mentionné (p.9) que « les personnes présentant une douleur chronique sont orientées tardivement vers les structures spécialisées et accèdent aux SDC après plusieurs années d'évolution (en moyenne 5 ans)¹, ce qui rend les prises en charge plus complexes, plus longues et les possibilités d'amélioration plus limitées. Lorsqu'elles sont adressées en SDC, ces personnes subissent des délais d'attente pour une première consultation de 8 mois ou plus. » En effet, cette attente est pourvoyeuse d'une aggravation de l'état douloureux et de santé du patient, d'une majoration de la consommation de soins – parfois même d'un nomadisme médical, d'une désinsertion professionnelle, avec ses coûts inhérents en termes de sécurité sociale.

Selon la SFETD, seuls 3 à 4 % des patients dont la situation clinique le justifie –c'est-à-dire les patients représentant 2 à 4% des 20% de patients douloureux chroniques- bénéficient d'une prise en charge en structures douleurs. Les files actives augmentent dans ces structures (patients suivis parfois de nombreuses années) et cela freine parfois les possibilités de créneaux de consultation dites « de première fois ».

L'approche multidisciplinaire de l'accompagnement, s'il fonde le fonctionnement des structures douleurs selon l'HAS et la SFETD, reste difficile à réaliser par les acteurs du premier recours, alors qu'elle pourrait représenter un axe d'amélioration important de la réponse en levant les contraintes organisationnelles, techniques, réglementaires, financières.

Hors structures douleurs, certaines prestations et interventions en proximité ne sont pas ou sont insuffisamment valorisées et financées, sans compter les nécessaires temps de concertation et de coordination pluridisciplinaires.

La prévention de la chronicisation de toute douleur aiguë ou subaiguë reste un objectif stratégique, tant pour les patients (qualité de vie, comorbidités induites) que pour les professionnels et pour les financeurs. Les facteurs de chronicisation sont identifiés mais restent mal connus des acteurs de proximité.

La contribution active du patient et son engagement restent des conditions incontournables de la réussite de toute prise en charge (« coping » positif, éducation, motivation).

¹ Sources : Société française d'étude et de traitement de la douleur. Livre blanc de la douleur 2017. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Paris: SFETD; 2017. https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf

Le partage des données médicales entre les acteurs de l'accompagnement sont primordiaux afin d'améliorer les délais de réponse et la pertinence (efficacité) des interventions avec la contribution active du patient voire de ses proches.

Les nombreux déplacements récurrents des patients vers les SDC sont aussi à prendre en compte et ainsi que leur impact documenté sur le syndrome douloureux lui-même, invitant à favoriser au maximum une prise en soins de proximité.

Les technologies de l'information et de la communication restent encore d'un usage limité dans ce domaine (Télémédecine, outils de parcours connecté, autosoin) et ce malgré de nombreuses solutions en développement ou déjà disponibles.

L'accès aux interventions non médicamenteuses probantes, pourtant leviers importants de l'évolution du patient lorsqu'elles sont utilisées de façon stratégique dans la prise en charge multimodale, est possiblement limité pour des raisons financières en ville.

Certaines interventions thérapeutiques (neurostimulation transcutanée : TENS) ne sont accessibles qu'en structure douleur (prise en charge subordonnée aux indications et conditions de pose en SDC répondant aux critères de la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 07-01-1994 et figurant sur la liste tenue par les agences régionales de l'hospitalisation conformément à la circulaire n° 98 / 47 DGS/DH du 04-02-1998), alors que les conditions de leur mise en œuvre pourraient relever d'une prise en charge en premier recours dans des environnements favorables type MSP avec des professionnels formés.

En 2019, sous l'impulsion des porteurs (CHU de Nantes, CPTS des Pays de Retz, MSP de Chantenay), une étude réalisée auprès de 309 généralistes répondants avec l'appui des réseaux qualité de la région et de l'AM a pu identifier **des freins dans la coordination ville-hôpital** que l'on peut résumer à :

- Des délais très importants dans le retour d'informations de la part des algologues auprès des médecins généralistes
- Des recours à des avis spécialisés d'algologues difficiles, peu lisibles et trop tardifs
- Une qualité d'informations transmises parfois insuffisante dans le cadre d'une demande de consultation algologique par le médecin généraliste.
- Une "culture douleur" à améliorer dans le cadre du premier recours.

Des organisations publiques ou professionnelles à l'étranger, en particulier au Québec, ont réalisé une analyse des freins et des leviers à une politique efficiente de santé de soins au bénéfice des patients douloureux chroniques. Toutes ces analyses convergent pour souligner l'importance :

- D'un savoir être et d'un savoir-faire professionnel
- D'une hiérarchisation de services en ville et à l'hôpital selon 3 paliers, avec un développement des prises en charge en ville (dite « palier 1 »),
- Des soins pluriprofessionnels, et au besoin multi ou interdisciplinaires, à tous les paliers de prises en charge, y compris en ville
- D'un partenariat avec le patient : prise en charge centrée sur le patient, patient acteur de sa prise en charge
- D'une évaluation des résultats et pas seulement des processus (indicateurs, audits) pour piloter une politique d'amélioration continue de la qualité
- D'un développement de la recherche, en particulier translationnelle et clinique, en impliquant tous les acteurs, les professionnels en ville et à l'hôpital et les patients, afin d'adapter et d'améliorer les pratiques cliniques

En 2019, la SFETD conclut :

“En somme, dans le territoire d’intervention de la SDC, celle-ci peut identifier divers intervenants désireux de coopérer étroitement et régulièrement, notamment au travers d’échanges réciproques d’informations concernant les patients, la participation aux réunions de synthèse ou de concertation (RCP), aux consultations multidisciplinaires, et aux formations professionnelles.

Un groupe d’intervenants libéraux de référence peut ainsi constituer la contrepartie et/ou le complément ambulatoire des compétences de la SDC, ses membres étant proposés au patient en premier lieu pour la réalisation des soins requis.”

Le développement de l'exercice coordonné au niveau du premier recours a été fortement encouragé par les pouvoirs publics, avec le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) puis des Communautés professionnelles territoire de santé (CPTS) et des Équipes de soins primaires (ESP).

Ce développement est une opportunité afin de répondre aux conclusions de la SFETD et de répondre aux enjeux d’une réponse pluriprofessionnelle coordonnée graduée au sein du premier recours.

Enfin, la Stratégie Nationale de Santé (ma santé 2022), et le PRS des Pays de la Loire ont comme fil rouge les enjeux de parcours sans rupture et la pertinence des soins dans une approche globale de la personne (pas seulement les soins médicaux). Les enjeux de perte d’autonomie et de réponses coordonnées en proximité y sont aussi mis en avant.

Le projet s’est construit en prenant en compte la note de cadrage de la DGOS de 2019 dans sa saisine de la HAS sur le sujet du parcours du patient douloureux chronique qui préconisait déjà : “Ce travail doit permettre de revoir la répartition des prises en charge des patients douloureux chroniques entre la ville et les SDC, afin d’être en mesure de proposer à ces patients une prise en charge adaptée et dans des délais acceptables, autant en ville qu’en SDC. Compte tenu du nombre de patients concernés, la prise en charge en ville devra être privilégiée quand elle est possible, sans perte de chance pour le patient.”

Le Dr C. Duvaux et le Dr E. Mosser en lien avec le Pr J. Nizard ont été intégrés dans le groupe de travail [“GPS Parcours”](#) de la SFETD piloté par le Dr G Mick. Cela a permis au projet de s’inscrire dans la droite ligne des recommandations de l’HAS publiées en février 2023

Cela notamment par ses aspects :

- d’accès à des soins spécialisés adaptés, individualisés, dans des délais optimisés,
- d’articulation des ressources de premier et deuxième recours, soit l’articulation entre soins primaires et structures douleur chroniques,
- cela en s’appuyant sur un outil parcours informatisé respectant le cadre de déploiement de la stratégie numérique de santé

ÉTUDES PREALABLES

Dès le lancement des travaux (2019) et suite à l’étude réalisée avec l’appui de l’AM auprès de 300 MG déjà citée, un certain nombre de problématiques ont émergé et fait l’objet d’actions ciblées visant toutes à préciser et étayer les problématiques et la cible de l’organisation innovante à proposer afin de construire ce cahier des charges. On peut citer :

- **Douleur et Télémedecine** : revue de la littérature (Thèse de MG : en cours) ayant déjà fait l’objet d’une publication (Revue Analgésie et Douleur) afin de proposer son usage sur la base de données probantes existantes devant l’absence de recommandations officielles sur la thématique douleur. Il en est tenu compte dans les propositions d’organisation proposées à l’expérimentation.

- **Revue de Pertinence des recours aux structures douleurs (thèse de MG : en cours de finalisation) en lien avec la structure d'appui QUALIREL** : qui démontre que le recours aux structures douleurs est pertinent, mais conforte les constats sur les délais de première consultation trop longs et difficultés d'aval des SDC. On constate des recours pertinents dans la grande majorité des cas, mais on peut poser l'hypothèse que cette pertinence est le fruit d'un recours tardif quel que soit le cadre nosologique (50% des patients qui consultent une première fois SD ont une douleur qui évolue depuis plus de trois ans !). Cette étude a aussi montré que l'efficacité des recours est fortement impactée par la qualité de l'information justifiant le recours et l'impact sur le temps consacré par les algologues à rassembler cette information (avant ou pendant la consultation), diminuant d'autant l'efficacité de la réponse à proposer aux patients et réduisant de ce fait la performance médico-économique de ces structures (charge induite). Ce travail a été inscrit par l'ARS dans le PAPRAPS de la région Pays de la Loire.
- **Étude descriptive transversale des patients douloureux chroniques en Loire-Atlantique** (Thèse de MG soutenue) : afin d'aider à cibler les patients à inclure dans la patientèle des MG et en estimer la volumétrie.
- **Analyse du fonctionnement du CETD de Nantes et plan d'actions correctifs** : cette analyse a été à l'origine de l'étude de la pertinence des recours aux structures douleurs et a conforté les conclusions citées plus haut. Certaines mesures ont pu être prises mais restent insuffisantes sans une approche plus systémique de l'articulation premier recours <-> SDC.
- **Mise en place d'une expérience « pilote » afin d'étudier la faisabilité du parcours et faire la preuve du concept.**

L'objectif était de mobiliser les médecins généralistes dans le projet en leur permettant de tester la réalisabilité et la plus-value de l'intervention d'une infirmière spécialisée douleur dans leurs pratiques. Cela permettait également de tester en vie réelle l'outil informatique parcours, de mesurer les besoins en coordination et de percevoir les enjeux de réorganisation des structures douleur. Ce pilote ne correspond qu'à une ébauche de la partie initiale du parcours patient tel que conçu dans le projet final. Il n'a pas permis d'expérimenter la partie mise en œuvre du PPS selon le projet, par manque de temps et de financements adaptés.

Entre novembre-décembre 2021, des patients présentant des douleurs chroniques ou en voie de chronicisation ont été recrutés par des MT de la CPTS Pays de Retz et de la MSP de Chantenay. En guise d'IDE ressource douleur, des infirmières des structures douleurs participantes (CETD CHU Nantes, Consultation Douleur CH St Nazaire, CETD Bretéché, CETD de l'Hôpital Privé du Confluent) ont été mobilisées. Après inclusion dans l'outil parcours, le patient était convoqué pour consultation algologique initiale avec l'IDE ressource en structure douleur. Puis l'infirmière contactait le médecin généraliste adresseur pour planifier la synthèse médico-soignante. L'expérience prévoyait, à l'issue de cette discussion médecin- infirmier, d'orienter le patient vers un projet personnalisé de soins en ville ou vers un avis médecin algologue en structure douleur.

Au total 17 patients ont été inclus par 12 médecins généralistes participants. La proposition d'un projet personnalisé de soins a pu être confortée dans un délai de 15j, et de moins de deux mois en cas de recours à un algologue. Les retours des MT, médecins algologues et des infirmières ont été très satisfaisants. Ils ont permis d'identifier les freins, notamment organisationnels du début du parcours (planification des rendez-vous et accessibilité géographique de recours à l'infirmière douleur), la pertinence de l'évaluation infirmière spécialisée et de la synthèse médico-soignante avec le MT, l'intérêt d'un accès à l'appareil de TENS. Il a permis aussi de préciser les contraintes et besoins techniques et fonctionnels en termes de système d'information à mettre en œuvre sur la base des applicatifs mis à disposition par le GCS e-santé.

Le constat partagé est qu'on ne peut guère aller plus loin dans le système « classique » ne reposant que sur les SD de prise en charge. Les dérogations organisationnelles et financières sont seules de nature à permettre d'avoir une coordination et prise en charge pluri professionnelle de proximité, des évaluations régulières et du temps partagé entre les acteurs du premier recours ...

Tous ces travaux ont fait l'objet de valorisation (e-poster, communication) dans différents cadres (Congrès national de la SFETD, Journée Antal'J Grand Ouest) mais aussi de publication dans la revue à comité de lecture « Douleur et Analgésie ».

Les détails de ce « pilote » sont proposés en annexe 4.

II – DESCRIPTION DU PROJET

OBJECTIF DU PROJET

Il s'agira d'expérimenter une réponse multimodale de proximité, coordonnée par le Médecin Traitant, soutenu en cela par une Infirmière Ressource Douleur de Proximité (IRDP), en lien avec les SDC, dans une approche parcours de soins gradués, en levant les obstacles organisationnels et financiers qui la limitent à ce jour.

Cela correspond à la **mise en place opérationnelle d'un palier 1 renforcé de réponse**, les paliers 2 et 3 correspondants respectivement aux Consultations Douleur, services hospitaliers de spécialité et aux Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) dans la logique des recommandations HAS 2023.

Cette réponse a pour double objectif stratégique :

- De contribuer à prévenir la chronicisation de la douleur chez les patients à risque
- D'améliorer la réponse du système de santé en proposant une réponse adaptée aux douleurs « chronicisées » au niveau du premier recours, avec ou sans recours à une structure douleur chronique, et en aval de ces dernières.

DESCRIPTION MACRO

La prise en soin en proximité d'un patient douloureux chronique est basée sur une approche bio-psycho-sociale. Elle prend en compte les différents déterminants de son syndrome douloureux chronique : lésionnels, physiques, psychologiques et socio professionnels, de façon personnalisée pour chaque patient.

Elle nécessite une approche pluriprofessionnelle centrée sur le patient (plutôt que sur « la maladie »), et vise au maximum à autonomiser celui-ci dans la gestion des différentes thérapeutiques antalgiques.

Les caractéristiques principales du projet consistent en :

L'intervention d'un-e IDE ressource douleur de proximité, référente douleur en appui du médecin généraliste dans le parcours, garant-e de la coordination globale autour du patient. Elle participe aux étapes d'évaluation globale initiale, de réévaluations lors de l'étayage, à la mise en place des thérapeutiques (neurostimulation transcutanée : TENS, éducation thérapeutique, etc.) avec un lien informatif et coopératif maintenu à chaque étape du parcours avec le médecin traitant.

Un **dispositif de coordination du réseau de soins** du patient douloureux (pluriprofessionnel en soins primaires, et, selon les situations, également incluant les acteurs des structures spécialisées douleur). Cela passe par une organisation identifiée, une valorisation des temps de coordination, et l'utilisation d'un outil parcours informatisé auquel tous les acteurs ont accès.

Le recours aux différentes ressources de soins, en ville ou en structure spécialisée douleur, **de façon graduée** selon la situation du patient et le stade de sa prise en charge.

Le financement de soins spécifiques (mise en place de TENS, sport adapté, thérapies non médicamenteuses...) usuellement non remboursés en ville, dont l'efficacité a été soulignée par de nombreuses études dans le cadre de la prise en charge de la douleur.

Le parcours fait appel, le plus en amont possible, à une évaluation algologique par l'IRDP, suivie d'une concertation avec le MT : la « synthèse médico-soignante ». Lorsqu'elle est étendue aux avis d'un psychologue et/ou d'un kinésithérapeute, elle, s'intitule « RCP de proximité ».

Cette phase initiale peut être complétée d'un recours à la SD du territoire si nécessaire.

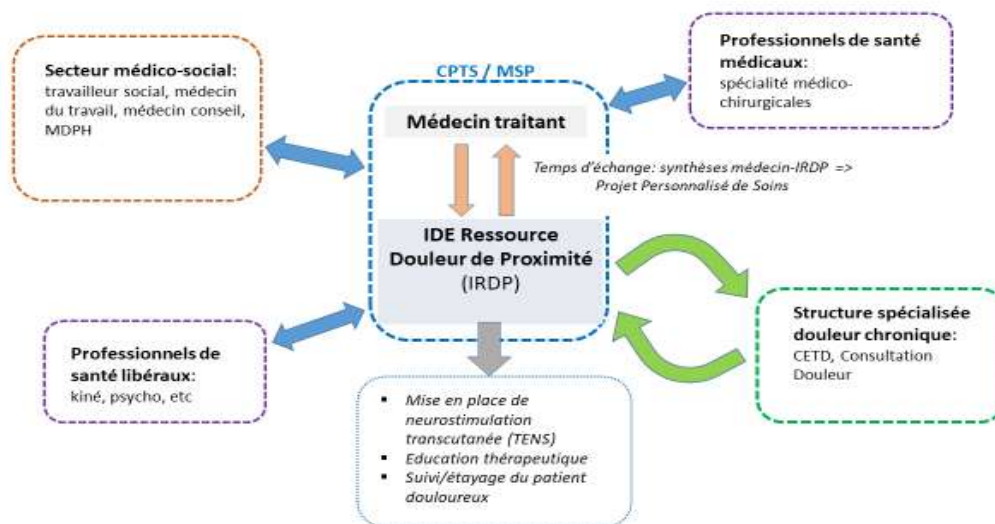
Cette concertation permet d'aboutir à la proposition et la mise en œuvre d'un projet personnalisé de soins (PPS) se décomposant en 4 volets de prise en charge algologique classique :

- biomédical (dont les traitements médicamenteux),
- physique,
- psychologique
- socioprofessionnel.

Ce PPS rassemble les objectifs à atteindre par le patient, les perspectives thérapeutiques selon les 4 axes, les interventions programmées avec les différents acteurs de santé du territoire, la planification des réévaluations.

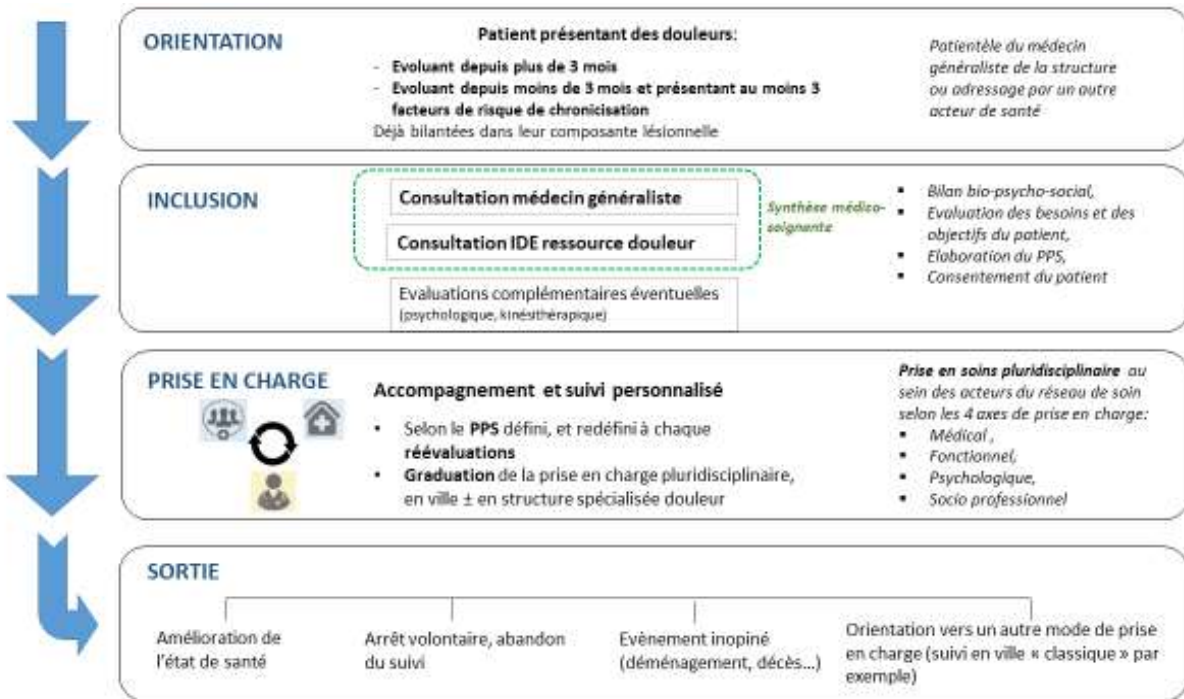
Il ne s'agit pas de disposer d'une équipe douleur dédiée, détachée de la prise en soin habituelle réalisée en ville, mais de pouvoir mobiliser autour du patient, en proximité, des ressources formées à la spécificité de la prise en charge de la douleur formant l'écosystème du parcours (figure 1).

Figure 1 : acteurs du parcours (écosystème)



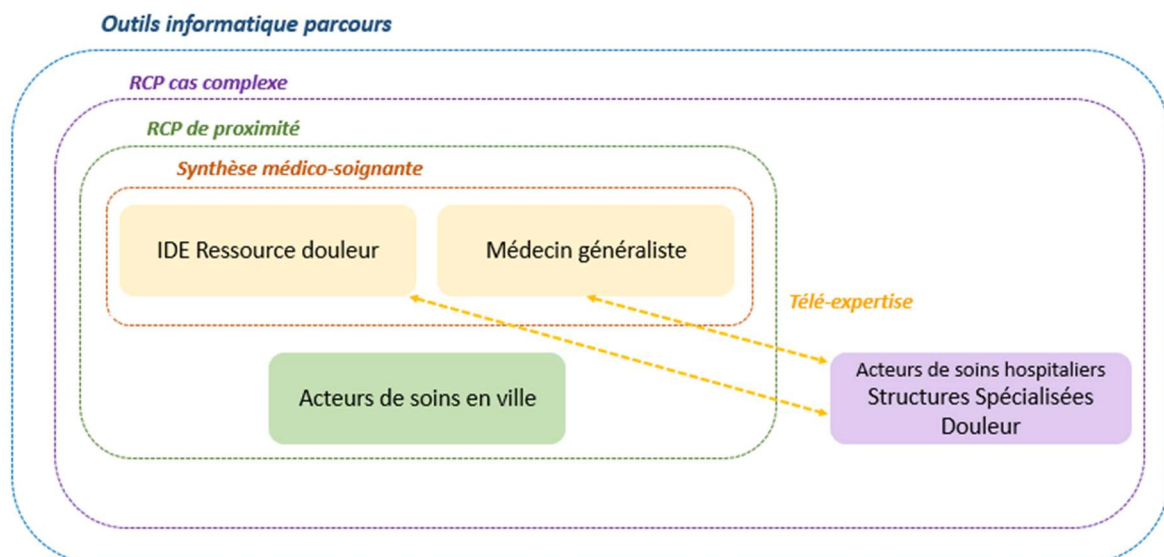
Le schéma général du parcours proposé est représenté ci-dessous (figure 2) :

Figure 2 : schéma général (macro)



La pluridisciplinarité de la prise en charge des patients et la coordination entre acteurs aux différents niveaux de recours (proximité (CPTS, MSP) et SDC) est fondée sur la base de modalités de travail pluri professionnelles (RCP ...) et de partage de l'information (outil de parcours connecté) (Figure 3).

Figure 3 : modalités en termes de pluri professionnalité



Le parcours d'un patient se décompose en une phase initiale d'inclusion et d'évaluation, puis une phase de mise en œuvre du PPS, émaillée de réévaluations par l'IRDP et le MT (figure 4).

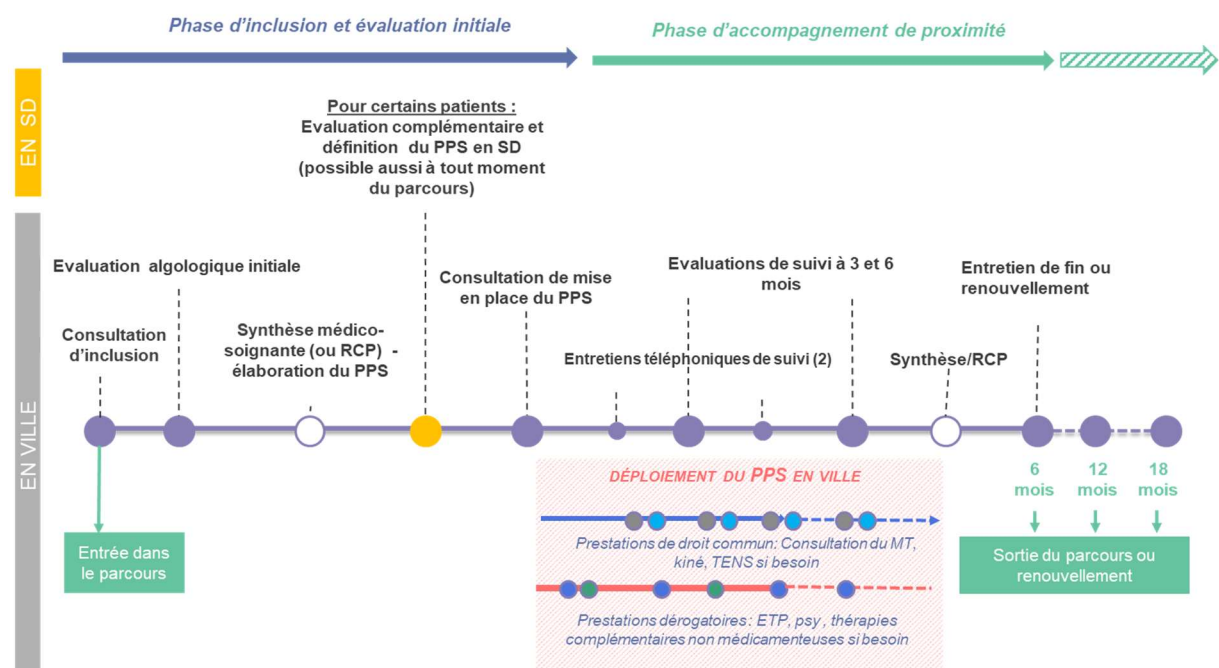
La séquence de prise en charge se fonde sur les étapes suivantes :

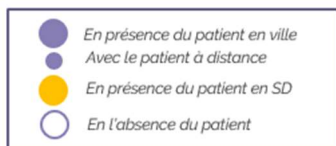
- **Une phase d'inclusion et d'évaluation initiale aboutissant à l'élaboration d'un PPS,**
 - **Inclusion** par le médecin généraliste,
 - **Évaluation** par l'IDE et des évaluations complémentaires (psy, kiné)
 - Avec ou sans l'expertise complémentaire de la structure douleur (SD)
 - **Synthèse** et formulation du PPS
- **Une phase d'accompagnement de proximité pour les patients ayant accepté le contrat de soins.**
 - **Mise en œuvre du PPS sur une première période de 6 mois**, avec notamment des évaluations par IRDP planifiées à 1, 3 et 6 mois, ou selon les nécessités requises par la situation clinique. Les consultations du médecin généraliste, dans le droit commun, ont lieu de façon adaptée en fonction de chaque patient en parallèle de celles de l'IRDP.
 - **2 entretiens téléphoniques de suivi avec l'IRDP sur la période de 6 mois**
 - **A chaque réévaluation** : synthèse avec le MT, et possibilité, selon l'évolution du patient, de sollicitations de la structure douleur chronique selon les modalités : sollicitation d'avis à distance d'un médecin algologue, consultation ou HDJ.

A l'issue des 6 mois, décision de l'orientation :

 - Soit sortie du parcours car situation s'est améliorée,
 - Soit renouvellement du parcours pour 6 mois supplémentaires
- **Une phase de renouvellement de l'accompagnement de proximité**
 - Si le patient reste dans le parcours : **Mise en œuvre du PPS sur une deuxième période de 6 mois**, avec notamment évaluation par IRDP planifiée à 1, 3 et 6 mois. Même modalités de sollicitations possibles de la structure douleur.
 - A l'issue de la deuxième séquence de 6 mois : évaluation conjointe par l'IRDP et le MT, et décision en synthèse d'arrêter ou de renouveler le parcours.
 - **Au total les séquences de 6 mois peuvent être renouvelées 2 fois, soit une prise en charge maximale dans le parcours de 1,5 ans.**

Figure 4 : un parcours type (détail)





DESCRIPTION DETAILLÉE DU PARCOURS ET DES INTERVENTION INNOVANTES

DEPISTAGE/INCLUSION PAR LE MT (CONSULTATION LONGUE)

Lors du repérage d'un patient présentant une douleur problématique, correspondant aux critères d'inclusion, le médecin généraliste traitant du patient :

- Reprend la situation biomédicale du patient : Historique des douleurs, bilan lésionnel (examens paracliniques, avis spécialisés : neurologue, rhumatologue, médecin de MPR), évaluation clinique avec examen, historique des thérapeutiques (notamment médicamenteuses) entreprises et leur efficacité
- Propose au patient d'entrer dans le dispositif de soin (remets au patient document d'information)
- Recueille le consentement du patient
- Initialise le parcours connecté (données administratives et médicales).
- Complète le bilan lésionnel, et effectue les prescriptions thérapeutiques initiales nécessaires
- Peut solliciter d'emblée une évaluation kinésithérapique et/ou psychologique

AUTO-SUIVI DU PATIENT

- Il dispose d'un **outil d'auto-soin** (E-Dol - voir la rubrique Système d'information)
- Il remplit le formulaire dématérialisé préalable à l'évaluation algologique avec dépistages des comorbidités (formulaire HAS – Annexe 1)
- Programme son rendez-vous d'évaluation dans un délai 15j maxi après consultation de dépistage
- Il renseigne régulièrement les questionnaires évaluatifs proposés tout au long de son suivi

ÉVALUATION INITIALE ALGOLOGIQUE DE PROXIMITÉ (CONSULTATION INFIRMIÈRE) – (REFERENTIEL DE COMPETENCES : ANNEXE 5)

- L'infirmier-ère ressource douleur de proximité prépare l'évaluation sur la base des données transmises par le MT et du patient, disponibles dans l'outil de parcours connecté et les résultats de l'auto-questionnaire envoyé au préalable au patient (référentiel HAS 2023)
- Elle réalise la consultation d'évaluation en présentiel sur un lieu de consultation mis à disposition par les acteurs du territoire (sauf impossibilité de déplacement du patient et intervention possible à domicile). Certaines consultations d'évaluation pourront par la suite se faire à distance (télé soin). En complétant les informations complétées dans l'outil parcours par le médecin traitant, elle se base sur la grille de première évaluation d'un patient douloureux chronique en soins primaires présentée dans les recommandations HAS 2023
- Elle effectue la synthèse dans l'outil de parcours connecté
- Elle programme le temps de synthèse médico soignante avec le MT et différents espaces de concertation rendus nécessaires par le PPS (RCP de proximité)
- Elle a la possibilité de solliciter un avis à distance d'un médecin algologue à tout moment du parcours du patient pour les situations complexes et bloquantes.

EVALUATION INITIALE KINESITHERAPEUTIQUE DE PROXIMITE (ET REEVALUATION)

Elle est réalisée à la demande du MT en lien avec l'IRDP.

Elle contient un bilan diagnostique kinésithérapique étoffé, évaluant les diverses dimensions d'un syndrome douloureux chronique.

Sur un temps prévu de 60 min, elle contient les évaluations suivantes :

- L'anamnèse ;
- Le body chart ;
- L'examen subjectif (ressenti, AVQ, gestes professionnels) ;
- Signes et symptômes (drapeau rouge, jaune, bleu, noire) ;
- L'examen objectif comprend :
 - o Mouvements actifs ;
 - o Mouvements passifs ;
 - o Tests neurologiques centrales et périphériques ;
 - o Trophicité musculaire et cutanée ;
 - o Tests spécifiques aux pathologies ;
 - o Tests des troubles de la coordination, de la proprioception et de l'équilibre ;
- Questionnaires spécifiques aux pathologies ;
- Questionnaires spécifiques aux pathologies ;
- Tests d'adaptation à l'effort et des mouvements respiratoires (risque cardio-vasculaire, respiratoire);

Elle aboutit à la formulation de perspectives thérapeutiques personnalisées : pronostic d'évolution, protocole de rééducation à mettre en place selon les recommandations de prise en charge par pathologie, et orientation vers les ressources de soins adaptées : centre de rééducation, kinésithérapique, APA, auto-rééducation ou activité physique libre.

Le temps nécessaire pour ces évaluations spécifiques dans le cadre d'un patient douloureux chronique, pour lesquelles il n'existe actuellement aucune codification NGAP dédiée, nous a amené à proposer une tarification spécifique, en se référant sur l'acte d'évaluation initiale AMK 28 proposé dans le cadre de la nomenclature des actes de kinésithérapie pour d'autres pathologies chroniques (Type Bronchopneumopathie Chronique Obstructive).

EVALUATION INITIALE PSYCHOLOGIQUE DE PROXIMITE ET REEVALUATION (REFERENTIEL DE COMPETENCE : ANNEXE 6)

Elle est réalisée à la demande du MT en lien avec l'IRDP.

L'intervention d'un psychologue dans le cadre du parcours douleur chronique, que ce soit dans la phase d'évaluation ou dans la phase thérapeutique, implique certaines spécificités propres à la douleur chronique.

Concernant la consultation d'évaluation, celle-ci porte sur : le retentissement émotionnel de la douleur, des représentations du patient par rapport à sa douleur et sa santé, la dimension psychodynamique et systémique de la douleur, l'exploration des stratégies de coping et des ressources du patient, les comorbidités : anxiété, dépression, autres troubles psychopathologiques, les perspectives psychothérapeutiques et les éventuels besoins de recours spécialisé (psychiatrique).

Par la suite, est prévu le financement de consultations de psychologue, sur la base du tarif du dispositif "MonSoutienpsy" (ajustable en fonction des éventuelles évolutions tarifaires du dispositif au moment de la mise en place de notre projet), à raison de 2 consultations par mois pendant 6 mois (soit 12 séances), pour une hypothèse de recours pour 30% des patients. Les spécificités propres à la douleur chronique justifient

initialement le dépassement des 8 séances de suivi prévues dans le dispositif “MonSoutienPsy” et s’alignent désormais aux 12 séances prévues dans le dispositif MonSoutienPsy qui a évolué le 15 juin 2024.

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE ET BILAN DE MEDICATION

La publication des recommandations de l’HAS vient à point pour préciser les attendus de « l’entretien pharmaceutique » prévu dans l’expérimentation :

- dépister les interférences médicamenteuses et les risques iatrogènes ;
- éduquer le patient, en particulier à la bonne utilisation des médicaments à visée antalgique. Avec la participation possible au programme d’ETP de la CPTS/MSP ;
- repérer une mauvaise observance, un mésusage, une automédication, un nomadisme médical (à l’aide du dossier pharmaceutique), et au besoin refuser la dispensation et en référer au médecin prescripteur.

Nous nous sommes inspirés du bilan partagé de médication (BPM) pour les personnes de 65 ans et plus polymédiquées, dont les personnes âgées en Ehpad, dont le montant dans la nomenclature est de 60 €.

Cette prestation visera plus spécifiquement les patients douloureux chroniques à risque de mésusage ou de mauvaise observance, sur sollicitation du MT ou de l’IRDP suite à l’évaluation initiale du patient. Le taux de recours estimé est de 5%.

Si une rémunération d’un entretien opioïdes prévu pour « lutter contre le mésusage et les dépendances aux opioïdes » est proposée dans les négociations conventionnelles avec les pharmaciens, une attention particulière sera portée pour éviter toute double facturation.

ÉVALUATION ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE PROXIMITE (CCAS ...)

Évalue la situation sociale du patient (éléments de précarité, situation professionnelle, dossier MDPH) par des acteurs de territoire (CCAS, Pôle emploi) et met en place les actions nécessaires sur la base des solutions existantes auxquelles le patient a droit.

Cette évaluation est réalisée dans le cadre du droit commun, grâce à l’orientation et au suivi réalisés par l’IRDP.

SYNTHESE MEDICO-SOIGNANTE (OU RCP DE PROXIMITE)

Il s’agit d’un temps d’échange entre l’infirmier.ère douleur et le MT, en distanciel ou en présentiel

- Mise en commun des évaluations et estimation des critères de sévérité/complexité
- Prise en compte des avis éventuels demandés (kiné, psy, ...)

Si nécessaire, ce temps partagé se réalise en concertation à distance avec les acteurs sollicités en amont (Psy, Kiné) dans le cadre d’une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) de proximité.

A l’issue de la synthèse médico soignante, 3 possibilités :

1. Elaboration d’un projet personnalisé de soins (PPS) selon les 4 axes de prise en charge complémentaires :

- médical (par exemple traitements médicamenteux, infiltrations, chirurgie),
- fonctionnel (rééducation, activité physique, outils antalgiques : physiothérapie, TENS (neurostimulation transcutanée), orthèses, etc.),
- psychologique (psychothérapie, approches psychocorporelles, éducation thérapeutique)
- et socio-professionnel (accompagnement social et au maintien ou au retour à l’emploi, réinsertion sociale, etc.),

Et programmation d’évaluations régulières (à 1, 3 et 6 mois) et d’entretiens téléphoniques de suivi

2. Nécessité de compléter l'évaluation (avis médico- chirurgical spécialisé, évaluation pharmacologique (observance, iatrogénie))
3. Recours à l'expertise complémentaire d'une SD, cf. infra.

Les discussions et conclusions de la synthèse médico-soignante (ou RCP de proximité) sont tracées dans l'outil de parcours connecté.

COORDINATION DE LA MISE EN PLACE DU PPS ET DU CONTRAT SOINS ET SUIVI

Sous la tutelle du médecin traitant, l'IDE ressource douleur de proximité est garante de la coordination clinique de proximité nécessaire à la réalisation du PPS et aide le patient éventuellement dans la programmation des interventions (kiné, psy, avis pharmaceutiques, etc.).

À la suite de la séquence d'évaluation, elle convoque le patient et met en place avec lui le contrat de soins basé sur les objectifs du PPS.

- Met en place la coordination clinique de proximité : équipe soins primaires afin de répondre aux enjeux du PPS : Psy, Kiné, Pharmacien.
- Programme les réévaluations proposées dans le PPS : dont le nombre pourra être adapté à la situation clinique du patient et revu au cours de l'évolution (en présentiel en structure de soins primaires ou à domicile si le patient est dans l'incapacité de se déplacer et/ou en télé soin)
- Effectue le "suivi connecté" du patient et gère les situations intercurrentes, déclenche les actions appropriées en prenant contact avec le patient en lien avec le MT
- Programme les synthèses médico-soignantes nécessaires au suivi, en jalon systématique de suivi après une réévaluation (1 mois, 3 mois, 6 mois), ou en cas de nécessité pour un besoin sortant du référentiel de compétences infirmier douleur
- Sur la base du PPS, elle coordonne et suit la mise en œuvre des différentes thérapeutiques prévues : Elle peut, en soutien du médecin, faire le lien avec la médecine du travail, si nécessaire, et/ou les acteurs du secteur social, et avec les structures spécialisées douleur.

Le patient est systématiquement sollicité (questionnaires dématérialisés) avant chaque nouvelle évaluation sur la base d'indicateurs évaluatifs de sa qualité de vie perçue et de sa consommation de soins hors parcours.

Le PPS est proposé pour une durée de 6 mois mais peut être réévalué lors des évaluations proposées à 1 mois, 3 et 6 mois. Chacune de ces évaluations donne lieu systématiquement à une synthèse médico-soignante (ou une RCP de proximité). Lors de chaque synthèse la pertinence du recours à une SD est discutée et décidée (voir modalités ci-dessous), le PPS éventuellement ajusté.

Au terme d'une période de 6 mois, lors de la réévaluation, il est proposé une RCP de proximité qui décide en lien avec la SD :

- La sortie du patient du parcours
- L'orientation vers une SD, avec par la suite en aval, le relai de suivi par l'IRDP et le réseau de soins de proximité
- Le renouvellement du PPS (avec ajustements éventuels) pour 6 mois de plus selon les mêmes principes que ceux décrits précédemment. Cette prise en charge de proximité peut être ainsi renouvelée 2 fois (maximum de 1 an et demi de prise en charge coordonnée suite à l'inclusion).

PPS : UN ACCES SIMPLIFIE A DIFFERENTES THERAPIES EN VILLE

Le PPS prévoira les différents éléments de la prise en charge multimodale en fonction des besoins des patients. Cela comprendra : approches médicamenteuses, prise en charge kinésithérapique, ou des thérapies non médicamenteuses actuellement non remboursées dans le droit commun.

Les thérapies non médicamenteuses qui ne sont pas aujourd’hui financées dans le droit commun sont :

- **Actions d’éducation thérapeutique (ETP)** adaptées, soit en présentiel soit en distanciel (accès aux outils d’e-ETP). Séances individuelles ou collectives pouvant s’intégrer dans un programme monté au sein de la MSP/CPTS en équipe pluriprofessionnelle (cf. infra).

- Mise en place de **TENS (neurostimulation transcutanée)** :

La prise en charge de la neurostimulation électrique transcutanée (ou TENS) est subordonnée aux indications et conditions de pose en structures douleur chronique, répondant aux critères de la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 07-01-1994 et figurant sur la liste tenue par les agences régionales de l’hospitalisation conformément à la circulaire n° 98 / 47 DGS/DH du 04-02-1998. Celle-ci prévoit le total remboursement de la location de l’appareil et l’achat des consommables (électrodes) pendant 6 mois, puis si la situation du patient le nécessite, le remboursement d’une partie de l’achat de l’appareil et des consommables.

Dans le cadre du projet, nous prévoyons la mise en œuvre d’un protocole de coopération local entre les médecins des structures douleurs et les IRDP recrutés pour rendre possible sa prescription dérogatoire par les IRDP, dans le cadre strict des patients intégrés au parcours. Cette délégation d’acte sera mise en œuvre dans le respect de l’article R. 4011-1 du code de la santé publique définissant les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération.

Le forfait art51 ne comprend pas le remboursement de la location ou de l’achat de TENS et consommables (électrodes). Sa prise en charge financière relevant du droit commun (voir ci-dessus).

L’appareil de neurostimulation transcutanée est un outil antalgique non médicamenteux se présentant sous la forme d’un boîtier relié à des électrodes que l’on dispose au niveau de la zone douloureuse.

Grâce au principe neurophysiologique du Gate Control, la réalisation de séances de stimulation pluriquotidiennes (patient autonome dans l’utilisation de l’appareil) permet pour les patients répondeurs, un soulagement de la douleur pendant le temps de la séance avec, selon les patients, un effet qui peut se prolonger pendant plusieurs heures.

- **Consultation psychologique**, avec les spécificités liées à la douleur décrites ci-dessus dans la rubrique “Evaluation initiale psychologique de proximité”.
- **Séances d’Activité Physique Adaptée (APA)** : Que ce soit à travers les rapports d’expertise de l’INSERM (2008, 2022) ou les travaux de la HAS, les effets bénéfiques de l’activité physique dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques ont été largement démontrés. Ils ont conduit à l’inscription de la « prescription » de l’activité physique adaptée dans le Code de la santé publique. L’activité physique adaptée est dorénavant considérée comme une intervention destinée à prévenir ou soigner des maladies chroniques, menée seule ou en complément d’autres traitements. Son inclusion à toutes les étapes du parcours de soin et l’accompagnement des patients vers une pratique autonome et pérenne représentent un enjeu majeur. La pratique d’une activité physique régulière adaptée se retrouve par ailleurs dans nombre de recommandations des différentes pathologies douloureuses chroniques (rachialgies, fibromyalgie, migraine, gonarthrose par exemple).
- **Thérapies complémentaires non médicamenteuses** : qui font consensus à ce jour et scientifiquement documentées, faisant l’objet de recommandations référencées de l’HAS, la SFETD, l’INSERM qui en précisent les indications. Cet accès est conditionné par la disponibilité de professionnels dûment qualifiés sur le territoire et l’indication posée à la suite de la synthèse médico-soignante.

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DOULEUR CHRONIQUE EN PROXIMITE

Un des enjeux majeurs de la prise en charge de la douleur chronique est l'engagement du patient en tant qu'acteur de soins de santé, avec un objectif de moyen et de long terme d'autonomisation dans la gestion de différentes ressources antalgiques. L'éducation thérapeutique tient en ce sens une place importante dans l'offre de thérapeutiques du projet personnalisé de soins. Une offre de soins en ETP douleur chronique se situe en total accord avec les ambitions de santé publique en termes de prévention, secondaire et tertiaire, mais aussi primaire si on considère qu'avoir présenté une douleur chronique au cours de sa vie est un facteur de risque de chronicisation au cours d'un nouvel évènement pourvoyeur de douleur.

Après un bilan éducatif personnalisé, le patient bénéficiera de séances, individuelles ou en groupe, en présentiel ou distanciel, sur des thématiques définies dans un programme d'ETP déclaré à l'ARS, et animé par une équipe pluridisciplinaire. Le cycle d'ETP se clôt par un bilan éducatif final. L'ensemble des étapes est tracé dans l'outil de parcours connecté.

Les séances sont animées par les professionnels de santé de la CPTS souhaitant participer au programme, en remplissant les critères de pluridisciplinarité inhérente à la pratique de l'ETP. Ils auront reçu la formation initiale de 40h.

Le programme ETP Douleur en détail sera conçu de façon personnalisée par les professionnels de santé de soins primaires pendant la phase d'amorçage. En effet, le contenu précis des séances sera construit par les acteurs de terrain formés –selon la composition de l'équipe ETP-, permettant une meilleure appropriation et un meilleur investissement dans le dispositif. Le contenu sera supervisé par le coordinateur médical du projet.

La structure indicative du programme, fournie en annexe 7, est inspirée du programme ETP douleur chronique réalisé au CETD du CHU de Nantes, et du programme Kit-KAD « Accompagner la Douleur », mis à disposition par l'UTEP du CHU de Grenoble.

Le taux de recours est estimé à 20% des patients.

Actuellement le syndrome douloureux chronique tel que nous l'abordons de façon transnosologique ne fait pas partie des thématiques prioritaires financées par le FIR dans le droit commun.

RECOURS ALGOLOGUE DE STRUCTURE DOULEUR CHRONIQUE

Après évaluation (ou réévaluation), lors de la synthèse médico-soignante (ou RCP de proximité) ce recours est discuté et peut être proposé sur la base des éléments suivants :

1. Douleurs rebelles, c'est-à-dire qui ne répondent pas aux traitements habituels bien conduits (ou aux traitements conventionnels recommandés et conduits conformément aux règles de bonnes pratiques), c'est-à-dire qui ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur, ni une qualité de vie acceptable pour le patient, et/ ou occasionnent des effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables.
2. Les douleurs chroniques nécessitant une prise en charge thérapeutique intégrative ou « urgente » ne pouvant être réalisée qu'en SDC (ex : perfusion de kétamine, titrage morphinique complexe)
3. Douleur chronique après échec de la prise en charge de premier niveau, ce qui peut correspondre à diverses situations :
 - De nature biomédicales :
 - Les traitements accessibles en ville ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur. Des modifications fréquentes des traitements avec un soulagement insuffisant de la douleur. Une multiplicité des évaluations et des prises en charge en ville sans résultat probant. La nécessité d'un recours à une thérapeutique non disponible en ville (médicaments à usage hospitalier et autres

thérapeutiques, techniques ou programmes de prise en charge à l'efficacité prouvée dans la pathologie considérée, etc.)

- Un mésusage des traitements à visée antalgique ou une addiction, avec un sevrage difficile à mettre en œuvre en ville
- Des comorbidités ou complications importantes, en particulier une pathologie psychiatrique ou une addiction
- Un traitement antalgique de palier 3 est envisagé au long cours pour une douleur chronique non cancéreuse
 - De nature psychosociale :
 - Retentissements familiaux, professionnels ou scolaires importants prévisibles ou présents
 - Situations sociales complexes, arrêt de travail prolongé, litiges en cours (professionnels, judiciaires et/ou assurantiels)
 - Patients vulnérables ou dyscommunicants ne pouvant être évalués ou pris en charge au niveau du premier recours du fait d'un manque de certaines ressources de premier recours

Le recours aux SD, partie intégrante du parcours, est mis en œuvre dans le cadre du droit commun. Il peut avoir lieu selon trois modalités principales :

- **Téléexpertise** : la discussion entre le médecin généraliste traitant et le médecin algologue est possible dans le cadre de la télé expertise du droit commun depuis la signature de l'avenant 9 en 2021 qui a étendu l'accès à cet acte de télé médecine à tous les professionnels de santé qui peuvent requérir l'avis d'un ou de plusieurs médecins.
- **Consultation « classique » avec déplacement du patient, ou téléconsultation** (si la situation sanitaire l'exige et / ou si le patient est déjà connu de l'algologue sans nécessité de disposer d'une présence physique du patient),
- **Hospitalisation de jour (HDJ)**, sous forme d'HDJ pluridisciplinaire ou pour autres thérapeutiques spécifiques justifiant d'une HDJ, par exemple application de patch à la capsaïcine (QUTENZA).

Le choix entre ces modalités se fonde sur plusieurs critères : type de problématique, degré d'urgence, mobilités du patient, critères biomédicaux ou liés au terrain (complexité, sévérité), ajustements thérapeutiques.

Ce recours est proposé au début de la prise en charge du patient (suite synthèse médico-soignante) ou à tout moment du parcours, en fonction de l'évolution, et notamment des difficultés rencontrées. Il fait partie des différentes interventions possibles dans le PPS, et permet donc, à l'issue de l'intervention spécialisée douleur, une continuité du suivi algologique de proximité.

A l'issue de chacun de ces dispositifs, le PPS est réactualisé et tracé dans l'outil connecté, et une synthèse est communiquée au patient et à l'équipe pluri professionnelle de proximité, dont le MT et l'IRDP.

Concernant la charge attendue au titre de l'expérimentation pour chaque structure douleur, on peut estimer le temps de médecins algologues nécessaire des 3 structures douleur pour intervenir dans le parcours de patients pris en charge en ville, par structure et par année :

(en heures)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
CPTS des Pays de RETZ	30	99	116	14	1
CPTS de Centre Vendée	32	41	48	8	0
MSP de Chantenay	17	22	26	5	0
TOTAL	80 h	162 h	189 h	27 h	2 h

Ce temps n'intègre pas le temps de formation et d'animation ni l'intégration des patients au titre de la file active du SD.

Cette activité devrait pouvoir être intégrée dans le cadre des temps dédiés dans le cadre des exigences du nouveau référentiel de labellisation des SD, et être valorisée en conséquence.

III – LES OUTILS NECESSAIRES

Dans le cadre du projet expérimental, les outils utilisés seront pour l'essentiel ceux validés et retenus par la HAS et le SFETD (recommandations les plus récentes) dont la dimension métrologique en termes de validité, fidélité, sensibilité au changement a fait l'objet d'un consensus et/ou de validation scientifique et en leur absence d'accords professionnels.

Afin de réduire les temps de saisie et de favoriser l'auto-soin, faciliter le processus et le suivi, nous avons choisi autant que possible de les dématérialiser soit dans l'outil de coordination, soit dans l'outil e-Dol.

Le projet facilitera l'appropriation de ces outils par les acteurs du premier recours afin de favoriser une évaluation de proximité plus exhaustive, habituellement consommatrice de temps et qui nécessite un climat relationnel de qualité et la disponibilité des professionnels. L'intervention et la disponibilité de l'IRDP notamment, en étayage du médecin traitant, rendra cela possible.

Les éléments cliniques et informations essentielles (données) rendus nécessaires à la prise en charge procèdent de trois sources : le patient lui-même (formulaire), les données issues de la consultation d'inclusion du patient par le MT, les données issues de la consultation d'évaluation algologique réalisée par l'IRDP, complétées éventuellement de l'évaluation d'une psychologue et/ou d'un kinésithérapeute.

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

MODE DE DÉBUT DE LA DOULEUR

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

ÉVOLUTION DE LA DOULEUR INITIALE

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

PROFIL CLINIQUE ACTUEL DE LA DOULEUR CHRONIQUE

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

EXPÉRIENCES DOULOUREUSES ANTÉRIEURES SIGNIFICATIVES

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

CONTEXTE GÉNÉRAL

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

CONTEXTE COGNITIF ET ÉMOTIONNEL

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

CONTEXTE DE LA DEMANDE ET ATTENTES DU PATIENT

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

Parmi les outils de base de l'évaluation du malade douloureux chronique qui viendront compléter ce référentiel :

- Un schéma donnant la topographie des zones douloureuses ;
- Une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS) ;
- Une évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale : HAD) ;
- Un score DN4 des douleurs neuropathiques
- Un questionnaire de Marshall ou score de Ricci ou équivalent
- Un questionnaire concis sur la douleur (QCD)
- Une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement.

À l'issue de la phase évaluative initiale, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux et proposer un PPS prenant en compte les différentes dimensions biopsychosociales de l'accompagnement proposé assorti d'objectifs élaborés avec le patient.

Les malades douloureux chroniques doivent être réévalués périodiquement. Il n'a pas été identifié d'études permettant de déterminer la fréquence des réévaluations. Dans le projet expérimental, leur nombre est proposé sur la base de l'expérience des algologues des SD.

L'ensemble des outils proposés lors de l'évaluation initiale seront exploités pour le suivi (recommandations SFETD). Les évaluations, l'initiale et les successives servent de point de comparaison et alimentent les éventuelles adaptations PPS et les recours aux SD.

Le projet visant l'amélioration de la qualité de vie des patients, fera appel à des questionnaires d'autoévaluation (PROMIS-29) validés et disponibles dans la plate-forme e-dol disposant d'un chaînage avec les données de consommation de soins utiles à l'évaluation médico-économique de l'expérimentation (voire rubrique SI).

IV – POPULATION CIBLE

Il s'agit de patients présentant un syndrome douloureux chronique ou aigu à risque de chronicisation, non lié à un cancer en cours d'investigation ou de traitement actif.

Le parcours de soins dans le cadre du projet ne concerne pas 100% des patients ayant des douleurs chroniques ou en voie de chronicisation, mais uniquement ceux dont la prise en charge en premier recours n'a pas suffi, soit à lever le risque de chronicisation, soit à permettre la prise en charge adéquate par le patient de sa douleur chronicisée. C'est-à-dire pour lesquels un besoin de prise en charge renforcée est ressenti par le médecin traitant. Ceux-ci représentent environ 2-4% de la patientèle.

LES PATIENTS PRESENTANT DES DOULEURS AIGUËS ET SUBAIGUËS A RISQUE DE CHRONICISATION (< 3 MOIS)

Pour ces patients présentant des douleurs depuis moins de 3 mois, la conduite à tenir consiste, pour le médecin à éliminer les drapeaux rouges (facteurs de gravité, pathologies sous-jacentes), pour le MT et l'IRDP à rechercher les drapeaux jaunes (facteurs de risque de chronicisation), à poser un diagnostic étiologique et mettre en place une réponse adaptée (PPS) avec ou sans le soutien d'une structure douleur. Le seuil d'au moins 3 facteurs de risque de chronicisation a été choisi pour justifier d'une inclusion dans le parcours mais il ne doit pas être contraignant afin de laisser une marge d'appréciation au MT.

Les facteurs d'un risque (drapeaux jaunes) accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée sont les suivants :

- Concernant les antécédents du patient :
 - Patient ayant déjà présenté une douleur chronique ou ayant été confronté de façons répétées à des épisodes de douleurs importantes
 - Antécédents de poly-pathologie (notamment pathologie dysimmunitaire), diabète, trouble anxieux, trouble thymique, pathologie psychiatrique, troubles addictifs, troubles du sommeil
- Concernant le contexte de la personne
 - perte d'autonomie
 - grand âge
 - précarité
 - Retrait des activités sociales
- Concernant le contexte de survenue de la douleur :
 - Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile),
 - Contexte de litige avec un tiers ou une institution (rente, reconnaissance par les assurances)
 - Douleur survenue en accident du travail
 - Douleur survenue au décours d'un accident traumatisant (recherche d'un syndrome de stress post traumatique),
 - Concordance avec des éléments de vie difficile (deuil, conflit, séparation, etc.)

- Concernant la dimension cognitive et comportementale :
 - Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur du mouvement (kinésiophobie)
 - Interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements. *Par exemple, l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave*

LES PATIENTS AVEC DES DOULEURS CHRONIQUES :

Les douleurs persistantes à long terme (plus de trois mois) sans progression significative qui doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée dans un délai inférieur à 8 semaines, avec ou sans recours à une structure douleur quel que soit le cadre nosologique (fibromyalgie, SDRC, TMS dont lombalgies, cervicalgies, migraines et céphalées, ...).

V – CRITERES D'INCLUSION/EXCLUSION DANS LE PARCOURS :

CRITERES D'INCLUSION

- Demande de prise en charge coordonnée de la douleur chronique ou risque de chronicisation par le médecin traitant
- Accord du patient (parcours coordonné et contrat de soins)
- Résider sur le territoire d'expérimentation
- Être suivi par à un MT adhérent à la CPTS ou de la MSP participant à l'expérimentation

CRITERES D'EXCLUSION

- Age < 15 ans
- Pathologie mentale en situation décompensée rendant impossible l'adhésion aux soins : PMD, trouble schizophrénique...
- Pathologie d'organes (dont cancer) et/ou du métabolisme en phase aigüe ou de décompensation (prise en charge par équipe spécialisée dédiée à la pathologie concernée)
- Troubles cognitifs majeurs (MMS < 24) et/ou perte d'autonomie importante (PS statut : 3 – 4)
- Refus du contrat de soins

VI – EFFECTIFS CONCERNES PAR L'EXPERIMENTATION

Les effectifs de patients éligibles au parcours proposé restent délicats à estimer car peu d'études descriptives dans la patientèle des MG en France ont été réalisées sur le sujet. S'il nous faut tenir compte en effet de la prévalence de la DC en population générale (31,7 % de la population générale, 19,9 % présentant une douleur modérée à sévère des patients selon l'étude STOPNET – soit 204 patients pour une patientèle moyenne de 1020 patients - source assurance maladie 2020), il nous faut aussi tenir compte du besoin de « recours » algologique spécialisé **perçu** par le médecin traitant, c'est à dire, parmi ses patients présentant des douleurs chroniques et répondant aux critères de recrutement exposés plus haut, ceux pour lesquels il ressent une difficulté de prise en charge (ex : évaluation bio-psycho-sociale incomplète, coordination des acteurs) et/ou la nécessité d'une intervention complémentaire (ex : psychologue). L'intervention d'une infirmière ressource douleur de proximité étant totalement innovante, il n'existe pas a priori de données chiffrées objectivant réellement cette population éligible à ce recours dans la patientèle des médecins généralistes.

Riche de l'expérimentation pilote menée sur le Pays de Retz, nous faisons l'hypothèse que les médecins généralistes s'investiront dans ce projet en raison de la sécurisation de la prise en charge des patients et la satisfaction de l'approche de l'IRD, complémentaire à leur travail. Dans un contexte très tendu d'activité, les consultations effectuées par l'IRD soulagent l'agenda des médecins.

La définition des effectifs de l'expérimentation a ainsi été réalisée à travers les démarches suivantes :

- Etudes en populations générales : si la douleur reste le premier motif de consultation d'un médecin généraliste (70%), sur la base des études réalisées en population générale, la douleur « chronique » représenterait environ entre 20 à 25 % de leur patientèle (voire plus haut - constats).
- Dans le cadre, d'une **étude préalable réalisée auprès de médecins généralistes** (thèse de médecine générale - Groupe Qualité de la CPTS des Retz, MSP de Chantenay), les patients douloureux chroniques « problématiques », répondant aux critères de la population cible, seraient estimés par ces derniers entre 2% et 4% du nombre de patients consultants par an (soit 20 à 40 patients/MT pour une patientèle moyenne de 1020).
- Dans le cadre d'une **enquête ciblée spécifiquement auprès des médecins généralistes ayant prévu de participer à l'expérimentation** (taux de réponse : 84%) concernant le nombre de patients qu'ils estimaient pouvoir inclure au démarrage en tenant compte des cibles proposées (ci-dessus), ce taux d'inclusion était de 0,7 patients par mois (ce qui représente sans doute les patients à problèmes non pris en charge à ce stade en SD). Soit sur une année, l'inclusion de 8,4 patients par médecins généralistes.
- Il nous faut tenir compte d'une courbe d'apprentissage et d'un retour d'expérience positif au cours de la première année ce qui nous permet d'estimer un taux d'inclusion plus élevé les années suivantes de 16,8 patients/an/MG (proche du nombre patients « problématiques » observés dans l'étude préalable citées ci-dessus).

Les CPTS et la MSP concernées par le projet ont effectué un travail de proximité afin d'identifier le nombre de médecins généralistes souhaitant s'engager à participer à l'expérimentation :

- 8 sur la MSP de Chantenay,
- 15 sur la CPTS des Pays de Retz la première année, élargis aux 25 médecins de la CPTS les années suivantes,
- 15 sur la CPTS de Centre Vendée.

Cela correspond donc à une volumétrie totale de 38 médecins généralistes la première année d'inclusion, amenant 320 patients inclus, et 48 médecins qui incluront donc 766 patients la 2^e année et 533 la 3^e année. Toutefois, afin de permettre aux derniers patients inclus de disposer d'un parcours de prise en charge de 18 mois dans le cadre de renouvellements, les inclusions s'arrêteront à la fin du 2^e mois du 2^e semestre de la 3^e année.

Le total de patients inclus dans l'expérimentation s'élèvera donc à 1619 patients sur la totalité de l'expérimentation.

Inclusion de nouveaux patients	Année 0 (6 mois d'amorçage)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 (1/2 année)	Total sur 5 ans
CPTS des Pays de Retz	0	126	378	277	0	0	781
CPTS de Centre Vendée	0	126	252	166	0	0	544
MSP de Chantenay	0	68	136	90	0	0	294
Total par an	0	320	766	533	0	0	1619

VII – DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est prévue pour une durée de 5 ans à partir de la première inclusion. Il est prévu une période de préparation de 6 mois. Aucune nouvelle inclusion ne sera toutefois réalisée la 4^e année qui verra seulement des renouvellements de parcours des patients inclus les années précédentes.

La phase d'amorçage sera d'une durée variable selon le territoire d'expérimentation (CPTS Pays de Retz, MSP Chantenay, CPTS Centre Vendée). Si les 3 territoires incluront des patients la 1^{ère} année, ce pourra être échelonné sur les premiers mois en fonction du niveau d'avancement.

Les 3 territoires sont en effet engagés à des degrés différents dans le projet. A titre d'exemple, pour la structure la plus investie, la CPTS du Pays de Retz, une IRDP a été formée en 2021- 2022 (DU Douleur) et, dans l'attente de démarrage du projet complet sous format Art 51, des fonds ont été dédiés par la CPTS pour financer un temps d'IRDP et de médecin algologue de proximité afin de mettre en place depuis juillet 2022 le système testé lors de l'expérience 'pilote' fin 2021. Pour rappel il s'agit de la séquence :

- 1- évaluation algologique infirmière initiale,
- 2- discussion médico-soignante et conception d'un PPS,
- 3- déploiement du PPS en ville, avec éventuelle mise en place de TENS et/ou avis en structure douleur.

Sur ce territoire, le projet démarrera rapidement car l'IRDP sera opérationnelle et rodée, les pratiques des MT déjà modifiées, le réseau de professionnels de territoire en bonne voie de constitution et les premiers ajustements d'organisation nécessaires réalisés.

VIII – TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Les trois territoires d'expérimentation sont :

- **Le territoire de la MSP de Chantenay (44)**
- **Le territoire de la CPTS des Pays de Retz (44)**
- **Le territoire de la CPTS Centre Vendée (85)**

Le choix des territoires d'expérimentation relève de contacts établis dans la phase exploratoire du projet (aide de l'assurance maladie, contacts établis avec le département de MG de La faculté de Médecine de Nantes), afin de repérer en particulier les CPTS ayant identifié le sujet « douleur chronique » dans leur projet de santé, disposant d'une maturité suffisante et motivée pour s'engager, et avec bien entendu le soutien des SD de référence du territoire concerné. Les deux CPTS se sont engagées dans leur ACI (accord conventionnel interprofessionnel) à mettre en place un groupe douleur chronique représentatif de la pluridisciplinarité des prises en charges projetées.

La MSP de Chantenay (périmètre populationnel plus étroit) a apporté une contribution forte aux études préliminaires. Il nous paraît pertinent de disposer d'un regard évaluatif sur le meilleur périmètre de généralisation potentielle du parcours (par exemple, la facilité de coordination est meilleure dans une MSP que dans une CPTS).

Chaque structure d'exercice coordonné disposera d'un appui d'un centre expert dédié (SD) tant que de besoin.

- Pays de Retz -> CD CH Saint Nazaire
- MSP Chantenay -> CETD Chu de Nantes
- CPTS centre Vendée -> CETD du CH Départemental de la Vendée (fédératif)

En cas de contre-temps imprévisible, nous prévoyons la possibilité de substituer une structure de soins primaires par celle d'un autre territoire rattaché à la SD, répondant aux prérequis de l'expérimentation.

IX – PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

La gouvernance et le pilotage seront établis sur les bases suivantes :

UNE EQUIPE PROJET COMPRENANT

- Un coordonnateur médical
- Un chef de projet administratif

Rôle et fonctions de l'équipe :

- Prendre en charge le déploiement des actions nécessaires à la mise en place du projet
- Suivre la conception du projet (besoin des acteurs, livrables, critères d'avancement...)
- Garantir le respect des délais
- Rendre compte au Comité de pilotage
- Faire le lien avec les comités techniques territoriaux en impliquant notamment les IRDP et les coordinatrices des CPTS/MSP
- Coordonner et animer le déploiement global du projet après lancement
- Accompagner et soutenir les différents acteurs
- Faire l'interface entre les instances
- Donner de la visibilité sur l'état d'avancement du projet

UN COMITE DE PILOTAGE REUNISSANT LES PRINCIPAUX PARTENAIRES DU PROJET :

- Un représentant de chaque territoire au moins (médecin généraliste, une IRDP, coordinatrice des CPTS et MSP), soit 3 personnes
- Un représentant médical par structures douleurs concernées (CH st Nazaire, CHU Nantes, CHD), associé à un représentant de la direction de chaque établissement concerné si nécessaire
- La coordination médicale du projet et le chef de projet administratif
- Un représentant CPAM/ARS si nécessaire
- Un représentant du CHU de Nantes si nécessaire

Rôle et fonction :

- Il valide chaque point stratégique de l'avancement du projet. Il s'assure de l'adéquation des opérations avec les objectifs fixés au départ. Il surveille le bon déroulement du projet.
- Il communique autour du projet, sur le travail préparatoire ainsi que la remontée d'information.
- Il fixe les dates clés de l'avancement du projet et identifie les besoins en investissements.
- Il se réunit au minimum deux fois par/an et peut être convoqué en dehors par son président.
- Est le garant du déploiement du projet article 51 dans sa globalité :
 - Suit sa progression et son déroulement sur les territoires d'expérimentation
 - Suit le budget
 - Anticipe les éventuelles difficultés
 - Donne son arbitrage sur les décisions importantes

Fréquence de réunion : Dans les 6 premiers mois, 3 réunions :

- Une au lancement
- Une à 3 mois
- Une avant l'inclusion des patients

Puis 2 réunions par an au minimum

3 COMITES OPERATIONNELS TERRITORIAUX DE SUIVI LOCAL DU PROJET COMPRENANT :

- Un médecin de la structure douleur du territoire concerné
- Un médecin de la structure de soins primaires de proximité
- Le ou les IRDP du territoire
- La coordinatrice administrative des structures de soins primaires concernées
- Un représentant de l'équipe projet
- Un représentant du dispositif du/des systèmes d'information si nécessaire
- Un représentant CPAM et/ou ARS si nécessaire

Rôle et fonction :

- Gère de la déclinaison locale du projet : mise en place et animation du réseau de proximité, formations des acteurs, déploiement du SI
- Remontée des difficultés vers l'équipe projet,
- Communication aux acteurs du territoire
- Contribution à l'évaluation
- Coordonne les acteurs
- Anticipe les éventuelles difficultés, soumet le cas échéant des solutions d'amélioration

Fréquence de réunion : une réunion tous les mois pendant la période préparatoire minimum puis une fois par trimestre

X – OBJECTIFS, IMPACTS ATTENDUS ET INDICATEURS D'ÉVALUATION

OBJECTIF OPERATIONNEL ET LES IMPACTS ATTENDUS DU PROJET :

L'objectif opérationnel sera d'offrir aux patients le nécessitant (cibles) dans les délais compatibles aux critères de l'IASP un projet personnalisé de soins adapté à sa problématique, fondé sur une évaluation algologique renforcée et la mobilisation coordonnée des professionnels du premier recours (CPTS, MSP), avec l'appui ou non des structures douleurs de référence.

Les impacts attendus sont les suivants :

- ❖ En termes de service rendu aux patients :
 - Prévenir la chronicisation de la douleur
 - Améliorer ou éviter la dégradation de la qualité de vie
 - Réduction des incidences sociales (retraits et isolement, limitation de l'activité physique) et professionnelles (arrêts de travail – absentéisme et présentéisme, perte d'emploi, invalidité)
 - Réduction des déplacements
 - Éviter ou réduire les comorbidités (anxiété, dépression, addictions et troubles du sommeil)
 - Limitation de l'errance et du nomadisme médical
 - Améliorer l'autonomie (*empowerment*, coping positif) et favoriser l'observance
- ❖ Du point de vue des professionnels :
 - Optimiser la pertinence et délais de recours aux ressources spécialisées : structures douleurs
 - Améliorer la file active des Structures Douleurs : intervention plus en amont, existence d'un relai d'aval de ces dernières.
 - Développer une culture commune et partagée sur la prévention et la gestion de la douleur chronique
 - Réduire l'inconfort des MG face aux situations complexes dans leur patientèle

- Améliorer le ressenti des professionnels et en particulier des acteurs de proximité
- Améliorer la compréhension mutuelle et la coopération entre structures douleur et acteurs du premier recours

❖ Du point de vue l'efficacité du système de santé :

- Réduire la consommation des antalgiques (opioïdes et anti-inflammatoires en particulier)
- Limiter le risque iatrogène et le mésusage médicamenteux (opioïdes et anti-inflammatoires)
- Encourager et développer les recours aux thérapeutiques non médicamenteuses
- Réduire la consommation de soins « évitables » : consultations, hospitalisations, actes (imagerie)
- Réduire l'impact médico économique des comorbidités induites par la douleur (dépression, anxiété, addictions, troubles du sommeil)
- Contribuer à fluidifier les recours dans une approche réellement graduée et améliorer la pertinence des recours aux paliers 2 et 3

OBJECTIFS (AUX REGARD DES IMPACTS ATTENDUS) ET INDICATEURS D'ÉVALUATION PROPOSÉS

VOLET EFFICACITÉ MÉDICO-ÉCONOMIQUE :

Afin de rendre compte de ces impacts, il nous semble essentiel de ne retenir que des objectifs assujettis d'indicateurs susceptibles de nous aider à documenter l'efficacité médico économique du dispositif expérimental, sachant que nous n'avons pas de référentiels de coût standardisés du douloureux chronique ou seulement des données parcellaires et segmentées pour certains cadres nosologiques (lombalgies).

Sur la base de la littérature (Australie, Belgique, Canada), trois objectifs « marqueurs » sont à prendre en compte dans le domaine de la douleur chronique afin d'en évaluer son impact en terme d'efficacité médico économique:

- **L'amélioration ou la non-dégradation qualité de vie ressentie par le patient (+++) et de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (Disability-Adjusted Life Years)**
- **La réduction de la charge en soins « évitables »** : consultations, actes, produits de santé prescrits, séjours hospitaliers qui pourront être tracés via le chaînage SNDS d'e-dol.
 - Pour les produits de santé, une attention sera portée aux prescriptions d'antalgiques (opioïdes notamment), tant sur le plan qualitatif que quantitatif
- **La charge sociale et l'incidence en termes de perte de « productivité »** (perte d'efficacité économique due à la douleur chronique, « *dead weight loss* » pour les anglo-saxons)

Nous proposons de rajouter un objectif concernant les professionnels afin d'évaluer leur ressenti sur les prises en charge, sur la base d'une méthodologie construite avec l'évaluateur.

La douleur chronique est par essence une problématique expérientielle et le patient reste la meilleure source d'alimentation dans une logique auto-évaluative. Nous proposons donc de construire le dispositif d'évaluation sur la base de questionnaires pour l'essentiel auto administrés avec le concours de l'application E-dol et de l'IRDP dans le cadre du parcours.

La construction de ces questionnaires sera proposée dans la phase de montée en charge du projet en s'appuyant d'une part sur ceux déjà disponibles dans l'application e-dol (Questionnaire de qualité de vie SF 36 ,Questionnaire PROMIS 29) en intégrant les référentiels exploitables issus des articles publiés en matière d'E-PROM et d'E-PREMS dans le domaine de la douleur chronique selon les recommandations de l'HAS qui souhaitent encourager leur usage dans la régulation du système de santé (Indicateurs de qualité des parcours de soins, ARTICLE HAS - Mis en ligne le 25 avr. 2022 - Mis à jour le 01 déc. 2022)

La méthode de recueil et de traitement des différents indicateurs proposés sera l'objet d'une approche détaillée en lien avec les capacités du SI dans le cadre du protocole d'évaluation, une fois l'évaluateur désigné par les tutelles.

Concernant les gains escomptés, il est difficile d’obtenir à ce stade un chiffrage précis. L’expérimentation que nous proposons permettra d’objectiver cet impact en incluant bien entendu la perception des patients. Nous pouvons tout de même citer les études concernant la lombalgie qui ont débouché sur les campagnes de promotion de l’activité physique. Nous pouvons également évoquer les données de l’évaluation réalisée par le réseau LCD et celles proposées dans l’étude australienne, qui valorisent l’enjeu de la diffusion de la culture “doulleur” en proximité, l’approche bio-psycho sociale et l’accompagnement pluridisciplinaire.

VOLET PROCESSUS ET TABLEAU DE BORD DU PROJET :

L’objectif est de mesurer et suivre le processus dans son déroulement en fonction des hypothèses posées dans le cahier des charges (ex : nb d’évaluation psy initiale) et d’ajuster le déploiement en fonction de la dynamique de territoire observée. Ils seront mis à jour sur un rythme à déterminer et seront remontés via le SI en limitant très strictement les sollicitations des professionnels (InzeeCare, e-dol).

Le « tableau de bord » du projet sera tenu par l’équipe de coordination sur la base de quelques indicateurs simples :

- Nombre et profil de patients inclus par territoire d’expérimentations et par MG
- Nombre de médecins « engagés » dans l’inclusion de patients
- Durée de la phase inclusive (de la consultation à la mise en place du PPS)
- Nombre de patients suivis dans les différentes phases de prise en charge
- Nombre de patients « perdus »
- Nombre de patients ayant refusé l’entrée dans le parcours
- Nombre et type de professionnels formés au niveau de chaque territoire
- Nombre et type de professionnels engagés (signature de la charte)
- Nombre de synthèse médico-soignante et/ou RCP de proximité organisées dans le cadre de la prise en charge
- Nombre et modalités de recours aux SD et délai de réponse
- Nombre et montant des forfaits consommés
- Nombre de patients sortis du parcours
- Nombre de patients ayant bénéficié d’une évaluation kiné et psy initiale
- Nombre de patients ayant bénéficié de séance d’ETP, de TENS, APA

XI – ESTIMATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COÛTS EVITES/IMPACT SUR L’EFFICIENCE DE SOINS

Nous manquons de données objectives sur le coût actuel des prises en charge en France et l’impact médico-économique (retour sur investissement) des interventions visées par le projet. Nous nous limitons donc aux données disponibles dans la littérature. Si de nombreuses études ont été publiées sur le « fardeau économique de la douleur chronique », nous avons tenté de ne retenir que les travaux publiés qui illustrent notamment la valeur ajoutée de la prise en charge fondée sur une évaluation précoce et une réponse multidisciplinaire coordonnée.

Nous en avons retenu trois : le réseau LCD (France), les travaux des ministères canadiens et australiens de la santé (dont les publications sont récentes – 2019).

LE RESEAU LCD (FRANCE) :

Situé en région IDF (Paris), le réseau LCD compte 450 professionnels de santé ou établissements signataires pour assurer la prise en charge d’une file active de 560 patients environ par an. Chaque année, la cohorte de patients suivis augmente (+23% en 2012, +41,6% en 2013). Le fonctionnement du réseau LCD est soutenu par l’Agence Régionale de Santé d’Ile de France dans le cadre du Fond d’Intervention Régional. Les patients inclus dans le réseau LCD sont des patients souffrant de douleurs chroniques quelle qu’en soit l’origine. Le réseau LCD vient en aide aux personnes en situation complexe souffrant de pathologies et syndromes très variés.

Ce réseau intervient en soutien aux médecins (généraliste ou spécialiste) en proposant aux patients une évaluation et une prise en charge non médicamenteuse précoce et multidisciplinaire, tout en cherchant à optimiser les coûts de prise en charge. Cette association ne délivre pas de soins mais propose une prise en charge globale et coordonnée en orientant les patients vers les praticiens les plus appropriés. Ce mode de prise en charge garantit la continuité des soins chez les patients ayant déjà expérimenté le nomadisme médical et l'errance diagnostique, dont le risque de chronicisation des douleurs est élevé. Le réseau LCD vise à aider les patients à comprendre la nature de la douleur, à accepter la réalité de leur douleur et à adhérer aux traitements (Education Thérapeutique du Patient). En accompagnant les patients dans leur projet de re-socialisation, le réseau concourt au maintien de l'activité professionnelle.

Ainsi, le réseau propose divers services aux professionnels de santé (MT) et aux patients, tels que :

- « un recours à une assistance téléphonique pour la gestion de la douleur, **une consultation rapide d'orientation d'évaluation et de diagnostic éducatif par la coordination**, un avis médical expert sur la douleur chronique, une consultation pluridisciplinaire en ville ou à l'hôpital, une orientation vers un atelier d'éducation thérapeutique.
- une aide dans la démarche médicale grâce à des formations régulières, des réunions mensuelles de concertations pluridisciplinaires (RCP), des adresses de correspondants médicaux et paramédicaux (kinésithérapeute, infirmière) ou psychologue ayant reçu une formation sur la douleur, des protocoles communs et validés par un corps médical, des outils d'évaluation validés, l'acquisition de points EPP (Evaluation des Pratique Professionnels) ou l'agrément DPC (Développement Professionnel Continu) depuis 2013, un site d'autoformation (e-learning).
- un gain de temps grâce à une orientation des patients avec des douleurs chroniques avec une prise en charge adaptée, des hospitalisations programmées dans les services adéquats (sevrage pour abus médicamenteux par exemple), un accès facilité aux réseaux de santé existants, une coordination médicale pour faciliter les démarches administratives et la résolution de problèmes spécifiques. »

On comprendra que cette proposition d'intervention auprès des Médecins Traitants et des patients, n'est pas strictement comparable à ce qui est proposé dans le projet d'expérimentation. En effet, nous visons une intégration plus poussée de la démarche visant une évaluation précoce des patients par les acteurs du premier recours dans l'écosystème d'acteurs du territoire. Mais le fonctionnement reprend largement ce que propose le réseau LCD fondée notamment sur une évaluation complète des patients et un soutien pour organiser la prise en charge multidisciplinaire du patient ainsi que la fluidification des échanges avec les structures douleurs.

Consciente de l'importance grandissante de la gestion des dépenses de santé, l'équipe coordinatrice a mis en place une démarche d'évaluation médico-économique continue depuis 2011 en collectant des données médicales et économiques relative à la prise en charge des patients. Cette étude menée dans le cadre d'une thèse (réf) repose sur l'analyse des données collectées par le réseau sur les années 2011 et 2012.

Les résultats de l'analyse menée dans le cadre de cette thèse ont démontré que l'impact médico-économique du réseau LCD s'observe sur plusieurs points en se fondant sur des analyses entre T0 (entrée dans la prise en charge) et T 12 mois :

- Une amélioration de la qualité de vie ainsi à 6 mois : 24 % des patients ont déclaré une amélioration « importante » voire « totale »
- Un soulagement de la douleur : 21 % des patients ont déclaré à 6 mois un soulagement « important » voir « total »
- Une réduction du nombre et de la durée d'arrêts de travail et donc des coûts de ces derniers : 2724 Euros à T0, 1558 Euros à T 12
- Une baisse du nombre de médecins consultés et des recours aux médecines alternatives,

- Une réduction des examens complémentaires (IRM) liés au nomadisme médical
- Une baisse de la consommation de médicaments pour la douleur : notable pour ceux qui consomment plus de 4 médicaments chaque jour (58 % des patients à T0, 28 % à T12)

Ces résultats ont encouragé le réseau à consolider l'approche d'évaluation médico-économique dans son fonctionnement en corrigeant autant que faire se peut les limites constatées (données déclaratives du patient).

Un point de faiblesse est aussi à noter dans la pérennité d'une approche qui s'appuie sur un mode de fonctionnement non pérenne (FIR/patient : 750 euros) qui s'identifie plus ou moins au fonctionnement d'une équipe mobile douleur telle qu'elles existent dans les hôpitaux. En cela, elle se différencie de notre projet qui souhaite pouvoir généraliser l'appui au médecin traitant dans une dynamique de territoire rendue possible par le développement des CPTS en particulier.

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR LA DOULEUR : JUIN 20219 (SOURCE SANTE CANADA)

Nous rapportons ici un extrait du rapport : « Des données probantes indiquent que les approches multidisciplinaires de traitement de la douleur sont efficaces sur les plans clinique et économique et constituent une partie importante du spectre des soins de la douleur (Tunks et coll., 2008; Gatchel & Howard, 2018).

Le traitement peut comporter une approche multidisciplinaire selon laquelle les patients travaillent avec plusieurs professionnels de la santé séparément pour établir des plans de soins, ou peut inclure des services interdisciplinaires faisant appel à des équipes intégrées qui travaillent ensemble pour établir un plan unique de gestion de la douleur axé sur le patient. La recherche démontre que ces modèles permettent souvent de réduire l'intensité de la douleur et l'interférence, et aussi la peur, le stress, la dépression et l'anxiété qui peuvent souvent accompagner la douleur chronique. Des « cliniques » multidisciplinaires ont également été associées à une diminution de l'utilisation des médicaments, de l'utilisation des soins de santé, des conséquences iatrogènes et des demandes de prestations d'invalidité, tout en augmentant l'activité, le fonctionnement, l'adaptation et l'auto-efficacité, ce qui peut par la suite se traduire par des économies de coûts pour le système de santé (Katz et coll., 2019; Campbell et coll., 2018; Chao et coll., 2019; CADTH, 2018d, 2019c; Waddell et coll., 2017b; Gatchel & Howard, 2018). »

THE COST OF PAIN IN AUSTRALIA PAINAUSTRALIA. MARS 2019.

C'est un travail très ambitieux réalisé par la société Deloitte pour le compte du ministère de la santé australien. Il consiste en une approche très complète des coûts (directs et indirectes, qualité de vie) qui a estimé le retour sur investissement de différents types d'intervention qui, même si elles ne sont pas strictement superposables aux propositions du projet expérimental proposé, en reprennent une grande partie à savoir :

1 - LE DEVELOPPEMENT ET LE RENFORCEMENT DES COMPETENCES DES PRATICIENS DE PREMIER RECOURS :

Sur la base d'une intervention précédente de NPS MedicineWise, un programme d'éducation conçu et dirigé par un spécialiste pour les médecins généralistes (GP) devrait permettre d'améliorer d'environ 25 % les meilleures pratiques de gestion de la douleur chronique par les médecins généralistes. A partir de ce même programme, sur une base proportionnelle, l'extension du programme à l'application de sessions de formation de groupe pour les médecins généralistes à l'échelle nationale coûterait environ 45,2 millions de dollars au départ. En supposant un impact similaire à celui des interventions des Centers for Disease Control visant à réduire les volumes de prescription d'opioïdes aux États-Unis, une campagne australienne devrait réduire ces volumes d'environ 6 % et prévenir environ 47 décès liés aux opioïdes par an. En utilisant la valeur requise par le gouvernement du Commonwealth pour une vie sauvée (4,5 millions de dollars), cela représente un bénéfice social de 209,0 millions de dollars, ce qui constitue un rapport bénéfice/coût de 4,6 pour 1 au cours de la première année. Les avantages

du programme diminueraient au cours des années suivantes, mais il s'agirait toujours d'une intervention très rentable.

2 - LES INTERVENTIONS MULTIDISCIPLINAIRES DE GESTION DE LA DOULEUR DANS UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE (INCLUANT LES THERAPIES DITES COMPLEMENTAIRES ET NON MEDICAMENTEUSES) :

Elles se sont avérées supérieures au traitement standard pharmaceutique et autres interventions invasives pour la gestion de la douleur chronique. Sur la base d'un méta-analyse des articles publiés, cette modalité d'intervention a amélioré la qualité de vie, mesurée par les années de vie corrigées de la qualité (0,03 QALY gagnées par personne), et était moins coûteuse en termes de dépenses de santé (226 \$ par personne).

La prise en charge multidisciplinaire a également amélioré la présence au travail, réduisant l'absentéisme de sept jours supplémentaires par personne et par an par rapport aux soins standards. Ainsi doubler l'accès aux soins multidisciplinaires coordonnés représenterait pour l'Australie une dépense de 69,7 millions de dollars et, en tenant compte des réductions de dépenses de santé et les pertes de productivité, ainsi que les gains de bien-être associés, le rapport bénéfices/coûts serait de 4,9. **Un euro investi apporterait un bénéfice net de 4,9.**

Ce rapport présente également des preuves émergentes selon lesquelles ces interventions seraient en mesure de limiter l'impact de la crise des opioïdes qui, si elle n'est pas complètement à l'ordre du jour en France, pourrait faire économiser à l'Australie 1,4 milliard de dollars en termes de coûts financiers (301,9 millions de dollars) et de bien-être (1,1 milliard de dollars) en visant à modifier les habitudes de prescription.

XII – SYSTEME D'INFORMATION (SI)

LES ENJEUX

- Assurer la traçabilité des interactions entre acteurs de la prise en charge et la rémunération des acteurs de la prise en charge
- Donner au tandem MT – IRDP un outil de suivi des parcours des patients inclus
- Améliorer l'efficacité des contacts des patients avec les professionnels en dématérialisant autant que possible les interactions en acteurs de la prise en charge et en particulier les nombreux formulaires utiles
- Disposer d'outils facilitant l'évaluation médico – économique
- Favoriser l'auto-soin des patients et leur autonomie (évaluation de leur douleur, de leur qualité de vie, dépistage des comorbidités, éducation ...)
- Tout en limitant les risques : double saisie (pour les professionnels +++), complexité, et en respectant le déploiement de la stratégie du numérique en santé (convergence, interopérabilité, sécurité).

Dans notre analyse, aucune solution informatique existante en France ne couvre l'ensemble de ces enjeux sans développement informatique *ad hoc*. Par ailleurs, nous insistons sur la dimension contributive du patient à sa prise en charge rendue possible par certaines applications informatiques (accessibles via smartphone, tablette, PC).

C'est la raison pour laquelle, nous nous proposons d'exploiter n'ont pas un mais deux outils existants ne nécessitant pas de développements informatiques mais un paramétrage adapté aux besoins du parcours et se complétant techniquement et fonctionnellement :

- Un outil de e-parcours "Inzee Care". L'outil e-parcours du GCS Pays de Loire utilisé dans le « pilote » du projet et dans un dispositif mis en place par la suite dans les Pays de Retz, a montré certaines limites, freinant fortement l'adhésion des professionnels de santé au projet et à risque de mettre en péril le projet (cf freins rencontrés par le projet art 51 D-Nut).
- Un outil d'auto-soin "e-DOL", une application centrée patient développée par l'Institut Analgésia, une fondation de recherche sur la douleur chronique, qui contient notamment en base les formulaires de gestion de sa douleur par le patient. L'interface patient de e-DOL permet donc de remplir les

fonctionnalités : auto-soin, et évaluation centrée patient, grâce aux échelles et questionnaires d'auto-évaluation réguliers.

Un travail de fond sera réalisé au démarrage afin d'une part de s'assurer de l'absence totale de redondance entre les deux applications tout en mesurant l'effort de paramétrage à réaliser et tenant compte des limites fonctionnelles de chaque outil.

LES OUTILS

OUTIL PARCOURS (INZEE CARE)

Inzee Care propose un outil module de coordination, adopté par 29 CPTS, afin de faciliter les échanges entre professionnels de santé de ville et hospitaliers. L'outil dispose d'une possibilité de créer un agenda pour l'IRDP afin d'éviter de nombreux appels pour la prise de rendez-vous avec les patients. La remontée d'informations est homogénéisée et permet un reporting en temps réel de l'activité.

Inzee Care est déjà utilisé, pour des fonctionnalités de base, au sein des deux CPTS expérimentatrices.

L'outil de coordination, financé forfaitairement pour patient entrant dans le parcours, autorise la création dossier autour d'une équipe de prise en charge intégrant des intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux intervenant dans l'écosystème du projet. Il intègre les fonctionnalités suivantes :

- Des systèmes d'alerte et de notification, des questionnaires et évaluations personnalisés et un carnet de liaison pour informer, connaître et avertir
- Le partage de documents et suivi des événements marquants de la prise en charge du patient,
- La possibilité d'envoyer de documents depuis le logiciel vers la messagerie sécurisée de santé
- La prise de rendez-vous et agenda partagé entre les professionnels pour organiser et planifier
- Une messagerie instantanée pour échanger de manière sécurisée entre professionnels,

Son déploiement dans le cadre du projet nécessitera la consolidation de son paramétrage pour les besoins du parcours.

OUTIL E-DOL (INSTITUT ANALGESIA)

Il s'agit d'une application patient interfacée à une plateforme « soignants » et à un entrepôt de données qui sert actuellement d'outil de collecte de données dans le cadre d'une étude de cohorte nationale « douleur chronique » menée dans une vingtaine de Structures Douleur Chronique (CHU et CH) depuis septembre 2021. A ce jour, près de 1 200 patients ont été recrutés, sur un objectif global de 5 000 patients.

L'outil eDOL, dans sa version 2 actuellement utilisée dans l'étude de cohorte, permet de collecter de nombreuses données qui semblent pertinentes pour le projet art 51 :

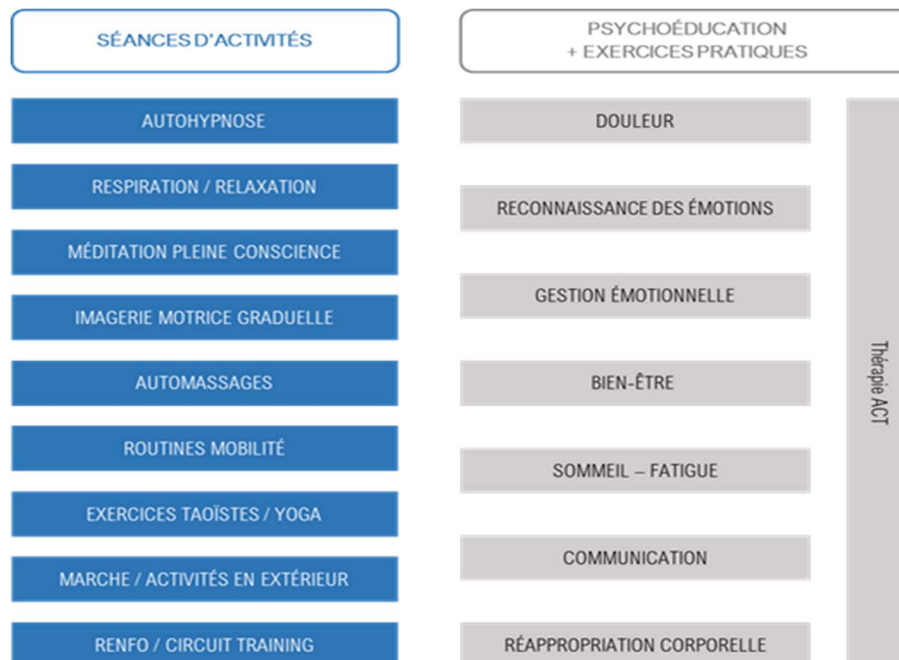
- Évaluation multidimensionnelle des patients (via des questionnaires validés)
- Suivi en vie réelle des patients entre les consultations (via des baromètres hebdomadaires de suivi des symptômes)
- Et évaluation médico-économique du parcours douleur chronique (grâce à un chaînage SNDS).

L'expérimentation article 51 ne permettant pas de financer des développements techniques, il est envisagé d'utiliser eDOL dans sa version 3, récemment développée (hors art 51).

Il n'est pas prévu non plus de développer d'outil d'interfaçage direct (par API) entre eDOL et l'outil e-parcours Inzee Care.

L'outil eDOL, dans sa version 3 qui sera mise à disposition pour l'expérimentation, intègre les fonctionnalités suivantes :

- Application pour les patients
 - Téléchargement, onboarding (consentement, acceptation des CGU, politique de confidentialité, cookies), création du profil
 - Auto-questionnaire permettant une évaluation multidimensionnelle du patient (15 dimensions évaluées à l'aide d'une adaptation de la version française de l'auto-questionnaire PROMIS 57 validé par le NIH) et une évaluation de la qualité de vie (questionnaire SF-12), réalisés à l'inclusion puis trimestriellement (suivi longitudinal).
 - Schéma corporel des douleurs (localisation + intensité + type de douleur) réalisé à l'inclusion puis chaque mois.
 - Baromètres permettant le suivi en vie réelle (hebdomadaire) des principaux paramètres (confort corporel, sommeil, fatigue, stress, moral, mobilité)
 - Calendrier : permettant au patient d'ajouter ses différents rendez-vous médicaux et de renseigner des faits nouveaux (par ex, événements personnels, difficultés rencontrées, arrêt de travail, RDV médicaux hors parcours...)
 - Fiche de préparation de rendez-vous : permettant au patient de renseigner des informations en prévision de son prochain rendez-vous dans le cadre de son parcours.
 - Parcours d'accompagnement du patient dans une approche « autosoin » : eDOL V3 intègre de nombreux contenus visant à aider le patient à mieux gérer la douleur et ses nombreux retentissements. Ces contenus (cf. schéma ci-dessous) seront mixés et proposés au patient dans le cadre d'un parcours très progressif, holistique (intégrant psycho et corporel) & personnalisé à l'aide d'un système expert, s'appuyant sur le scoring multidimensionnel du patient



- Plateforme web sécurisée pour les soignants intervenant dans le parcours (essentiellement l'IRD)
 - Onboarding (consentement, acceptation des CGU, politique de confidentialité, cookies), création du profil
 - Inscription d'un patient
 - Fiches à compléter :

- Diagnostic (basée sur la nouvelle classification internationale CIM11)
- Antécédents
- Traitements médicamenteux et approches complémentaires
- Synthèse de consultation
- Tableau de bord synthétique permettant de visualiser sur un même écran :
 - Caractérisation multidimensionnelle du patient (à l'aide diagrammes radar « spider charts »)
 - Dernier schéma corporel de douleur (face + dos)
 - Suivi longitudinal des patients, affichant simultanément sur des graphiques :
 - Évolution du schéma corporel
 - Évolution des baromètres
 - Évolution de la prescription médicamenteuse et des approches complémentaires
 - Parcours médical du patient (consultations)
 - Faits nouveaux renseignés par les patients

Les données collectées à l'aide eDOL font l'objet d'un hébergement sécurisé chez un Hébergeur de Données de Santé et la société Alira Health avec laquelle a été développé cet outil, bénéficie d'un agrément ISO13485.

L'outil e DOL sera également financé forfaitairement pour chaque patient entrant dans le parcours.

XIII – FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

CHOIX DU MODELE DE FINANCEMENT

Afin d'effectuer un choix entre les modèles existants dans le cadre de l'art 51 à défaut d'en concevoir un nouveau, il nous semble nécessaire de prendre en compte les paramètres suivants :

- Difficulté majeure de définir a priori un coût de prise en charge des patients *ex ante* ciblés (non mesurée et sans doute non mesurable)
- Le financement doit être incitatif en matière de prévention (chronicisation, comorbidités) et valoriser la coordination pluriprofessionnelle des acteurs de proximité, fondement de l'approche bio-psycho-sociale de la prise en charge de la douleur
- Le modèle doit pouvoir être centré sur la perception et l'expérience du patient et sa qualité de vie, appréciées sur la base des référentiels existants et des outils de mesure validés.
- Il doit valoriser la capacité d'autonomisation et de responsabilisation des acteurs de la prise en charge
- Il doit permettre de valoriser des interventions non financées en proximité à ce jour dans le panier de soins proposés
- Doit permettre de tenir compte des temps nécessaires à la coordination des parcours (infirmier-ères ressources douleurs) et aux temps de concertation entre acteurs (synthèse médico soignante, RCP)
- Doit contribuer à réduire les impacts négatifs des financements à l'acte tant pour le secteur de ville que le secteur hospitalier (même si dans ce dernier cas le cadre est plus contraint : MIGAC)

Le modèle décrit dans le guide du promoteur « part variable » semble le plus proche des besoins exprimés, le montant de la « part » est ainsi lié à la valeur des indicateurs proposés dans le cadre des objectifs opérationnels évoqués ci-dessus qu'il est possible d'analyser indépendamment ou d'agrèger avec un système d'intéressement mais il semble complexe à mettre en œuvre et manque avant tout de bases médico-économiques solides de référence pour l'envisager.

En conséquence, le modèle de financement proposé à ce stade est un financement forfaitaire, auquel s'ajoute une dotation de gestion concernant le financement de l'assistante administrative porté par le FISS, auxquels s'ajoutent, pour les besoins de l'expérimentation, un financement de l'ingénierie et des coûts d'amorçage financés par le FIR.

MODALITES DE FINANCEMENT/BESOIN DE FINANCEMENT

Le besoin de financement a été établi sur la base de séquences/phases issues de la description de l'organisation détaillée plus haut.

Les besoins de financement sont constitués de trois catégories de dépenses :

- **Les dépenses de prestations de santé, de coordination**

Le parcours de prise en charge de la douleur en ville intègre des prestations nouvelles ou dérogatoires et des prestations et actes existants déjà financés.

- **Les dépenses d'amorçage** : elles doivent être mises en œuvre avant le recrutement des premiers patients

- **Les dépenses d'ingénierie** induites par le pilotage et le suivi de l'expérimentation

DEPENSES DE PRESTATIONS DE SANTE : LES FORFAITS

Des forfaits correspondant à chaque phase de l'accompagnement du patient sont prévus. Leur montant est essentiellement déterminé par les prestations des professionnels de santé et inclut le coût précis de la coordination (coordination du parcours de soins et coordination clinique, c'est-à-dire discussions interprofessionnelles au sujet du patient) pour chacune des phases.

NATURE DES DEPENSES INTEGREES AUX FORFAITS :

- Temps d'intervention et de coordination des professionnels de la structure de proximité porteuse (CPTS, MSP) : IRDP
- Rémunération des professionnels de santé libéraux : médecin traitant, IRDP, psychologue, kinésithérapeute, pharmacien, pour les interventions ne relevant pas du droit commun
- Prestations d'Activité Physique Adaptée (APA) et de thérapies complémentaires non médicamenteuses dans le cadre du projet personnalisé de soins
- Programme d'ETP douleur, dans le cadre du projet personnalisé de soins
- Outil numérique d'autosoins et d'auto-évaluation : e DOL
- Outil parcours de coordination : Inzee Care

NATURE DES DEPENSES INTEGREES AU PARCOURS MAIS FINANCEES PAR LE DROIT COMMUN :

- Les interventions des professionnels intervenant dans le cadre du plan personnalisé de soins : consultations de suivi du médecin généraliste, séances de kinésithérapie
- Le recours aux professionnels de la structure douleur intervenant en soutien du parcours (médecin algologue et infirmière de SDC) dans le cadre des bilans réalisés dans le cadre du droit commun.
- La location de l'appareil de TENS, permise par la réalisation d'un protocole de coopération local sera à mettre en place et à valider par l'ARS cela conformément à l'article R. 4011-1 du code de la santé publique définissant les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération.

- L'achat de l'appareil de TENS à l'issue des 6 mois de location, dont nous estimons l'occurrence à 25% des patients inclus, restera assujéti aux critères de la circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 07-01-1994, et nécessitera une prescription en structure douleur.

Coûts unitaires

1. Coût des prestations des professionnels de santé et accompagnement :

- Consultation longue Médecin traitant/bilan initial inclusion → 46€
- Autres interventions Médecin traitant (synthèse, RCP...) (15-20 mn) → 25€
- Kinésithérapeute - 60 mn (évaluation) → 60€
- Kinésithérapeute (synthèse, coordination – hors présence du patient) → 45€/heure
- Psychologue (évaluation) → 50€
- Psychologue (séances) → 50€
- Psychologue (synthèse, coordination - hors présence du patient) → 50€/heure

(sur la base des tarifs en vigueur dans le cadre du dispositif « MonSoutienPsy », réajustable en fonction des évolutions du dispositif)

- Entretien pharmaceutique → 50€/heure
- Séance de thérapies complémentaires non médicamenteuses → jusqu'à 50€ max/séance. Financement forfaitaire couplé avec l'APA
- Prestations APA (séances collectives) → jusqu'à 250€ pour 6 mois. Financement forfaitaire couplé avec les thérapies non médicamenteuses
- Programme ETP → 344€ /patient (cf. annexe 8)

2. Coût des rémunérations des professionnels de santé et personnels salariés (prestations de soins ou coordination) :

Structure de proximité :

- IRDP → coût annuel employeur : 56k €
- Secrétaire → coût annuel employeur : 35k €

Précisions concernant la rémunération des séances de psychothérapie :

Les tarifs retenus ont été alignés sur ceux du programme MonSoutienPsy, donc réajustables selon les évolutions tarifaires :

- 50€ pour la séance d'évaluation
- 50€ pour les consultations intégrées au PPS.

Le temps de participation du psychologue à la RCP a été calculé sur la même base (50€ de l'heure, correspondant au tarif d'une consultation)

Pour ce qui est du nombre de séances : 2 séances par mois, soit 12 séances sur 6 mois et, le cas échéant, jusqu'à 24 séances dans l'année dans le cas d'un renouvellement. Il a été défini pour tenir compte des spécificités liées à la douleur chronique.

Les frais de l'assistante administrative de la structure de soins primaires pour l'appui à la coordination du parcours du patient (entretiens téléphoniques, gestion des données propres à un patient, organisation des consultations, synthèses et RCP, conventionnement, facturation) ont été comptabilisés dans un fond de dotation dans le FISS, ce qui correspond davantage en vie réelle à un mode de fonctionnement salarié.

COMPOSITION DES FORFAITS

Les coûts sont identifiés sous forme de 4 forfaits :

Pour le financement de la prise en charge initiale (évaluation + 6 mois de prise en charge) :

- Un **forfait inclusion/évaluation** : un seul par patient, en début de parcours
- Un **forfait suivi et mise en œuvre du PPS** intégrant la coordination et les prestations du plan personnalisé de soins, sur 6 mois

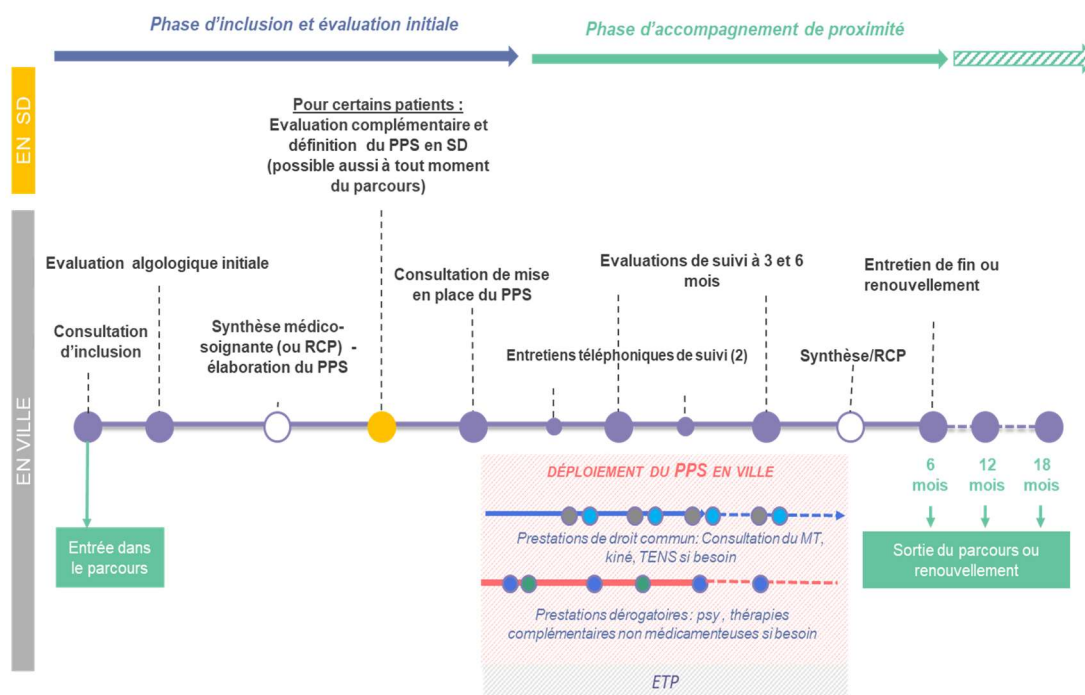
Pour le financement du renouvellement de la prise en charge par période de 6 mois (de 1 à 2 fois) :

- Un **forfait renouvellement**. Il correspond à une prise en charge renouvelée pour 6 mois correspondant aux mêmes prestations que le forfait de "suivi et mise en œuvre du PPS "à laquelle s'ajoute la possibilité de renouveler l'évaluation approfondie kinésithérapique et psychologique, et se soustrait la location de TENS.

Pour le financement du programme d'ETP (cf. annexe 7, hypothèse d'un taux de recours de 20%) :

- Un **forfait programme ETP**

Schéma de l'articulation des forfaits pour le financement des parcours :



LE FORFAIT INCLUSION/EVALUATION :

Il correspond à la phase initiale du parcours, jusqu'à la première restitution du PPS au patient et son engagement dans le contrat de soins. Il comprend le coût de l'inclusion d'un patient ainsi que le coût de coordination (coordination du parcours de soins et coordination clinique) et de mise en œuvre initiale du parcours pour un patient.

Le recours au soutien de la SD dans le cadre de l'évaluation relevant du droit commun, il ne fait pas l'objet d'un financement par le forfait, hormis le temps consacré par l'IRD dans le cas de figure d'une télé-expertise.

Prestations :

- Consultation d'inclusion longue (médecin traitant/MT)
- Evaluation algologique initiale (IRDP)
- Synthèse médico-soignante de proximité/RCP de proximité initiale (MT/IRDP ± psy/kiné)
- Sollicitation d'avis à distance d'un médecin ou une IDE algologues de SDC pour les cas complexes et bloquants.
Taux de recours estimé : 20%
- Consultation de restitution de l'évaluation et mise en place du PPS (IRDP)
- Coordination des professionnels par l'IRDP et animation du réseau douleur territoire (relations avec les professionnels du territoire),
- Système d'information : Outil de coordination Inzee Care dans le cadre de notre expérimentation, nécessitant des modules supplémentaires par rapport à l'usage actuel des CPTS expérimentatrices, et forfait eDOL

Le coût global de ce forfait inclusion/évaluation est de 308 €.

LE FORFAIT SUIVI ET MISE EN ŒUVRE DU PPS :

Ce forfait finance le suivi réalisé la première période de 6 mois, intégrant 2 évaluations mobilisant les professionnels concernés, ainsi que le financement d'un certain nombre de prestations intervenant dans la prise en charge en soins des patients douloureux.

Ces prestations ne sont que très partiellement ou non financées par le droit commun. Toutefois, ce forfait n'intègre que les prestations dérogatoires. Les interventions de psychologue et de kinésithérapeute qui seront également prescrites ne font pas partie du forfait, car dans le droit commun.

Prestations de suivi et de coordination :

- Suivi de l'autoévaluation du patient (IRDP)
- Réalisation de 2 entretiens de suivi téléphonique avec les patients (IRDP)
- Evaluation à 3 et 6 mois en présence du patient (IRDP)
- Synthèse médico-soignante de proximité/RCP à 1, 3 et 6 mois (MT/IRDP ± psy/kiné)
- Entretien de restitution du bilan à 6 mois : sortie ou renouvellement (IRDP)

Prestations du PPS : on peut distinguer 2 catégories de prestations

1 - Les prestations des professionnels pré-identifiées précisément de façon personnalisée pour chaque patient. Tout ou partie des patients en bénéficieront :

- Séances de psychologues : 2 séances par mois pendant 6 mois (30% des patients)
- Consultation de mise en place du TENS (65% des patients) (IRDP)
- Entretien iatrogénie / observance (5% des patients)

2 - Enveloppe financière forfaitaire de 250€ permettant de financer des séances d'activité physique adaptée (APA) et/ou de thérapies non médicamenteuses pour 50% des patients. Un coût plafond a été défini par type des prestations (*cf. coût unitaire des prestations*) : l'enveloppe forfaitaire permettra de couvrir le coût :

- jusqu'à 5 séances de thérapies non médicamenteuses
- ou jusqu'à 20 séances d'APA

Le coût global de ce forfait est de 599 €.

LE FORFAIT RENOUVELLEMENT :

Il correspond au coût du forfait Suivi et mise en œuvre du PPS auquel est ajouté un nouveau bilan par le kiné (70% des patients) ou le psychologue (30% des patients).

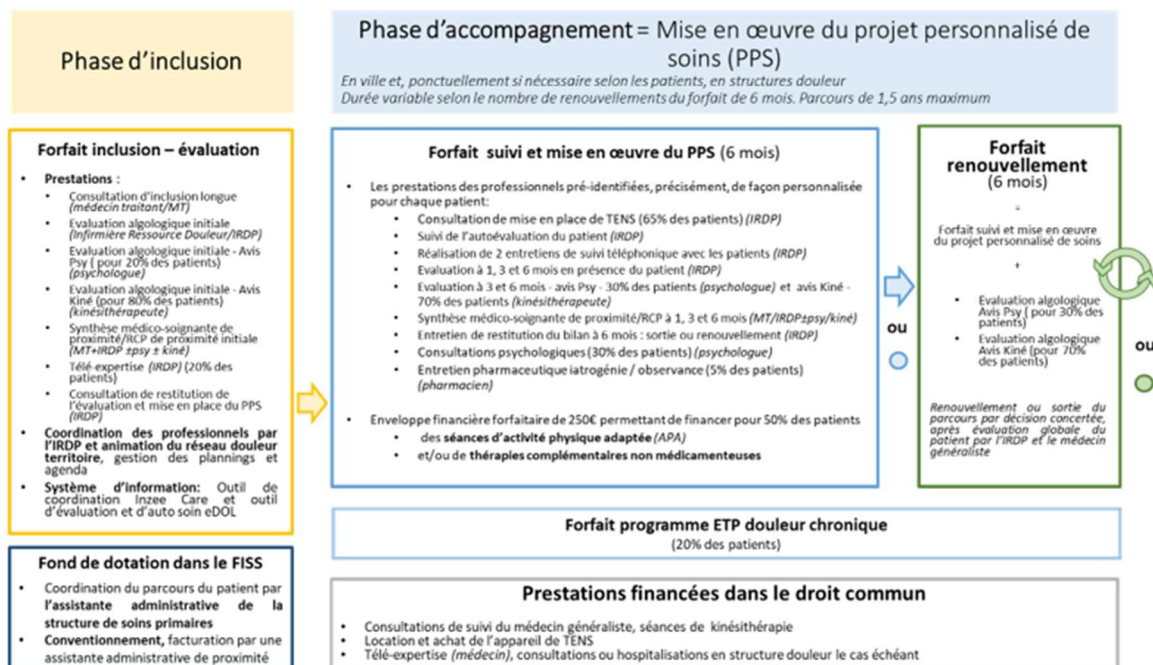
Le coût global de ce forfait est de 637 €.

LE FORFAIT ETP :

Avec une hypothèse de taux de recours de 20%. Pour le détail concernant le programme d’ETP, se référer à “Description détaillée du parcours et des intervention innovantes” et l’annexe 8.

Le coût global de ce forfait est de 344 €.

Synthèse du contenu des forfaits :



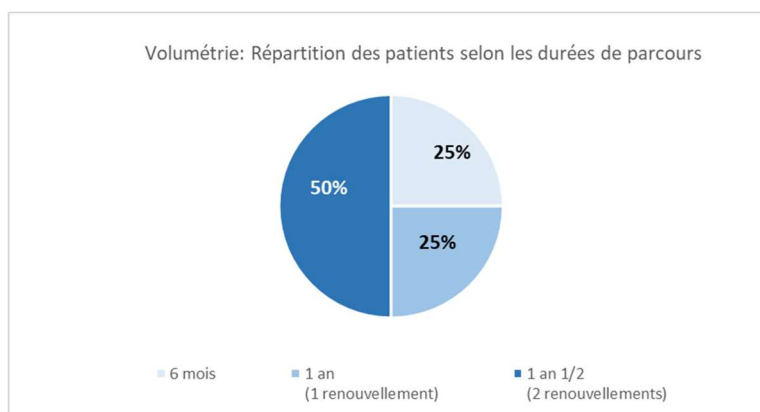
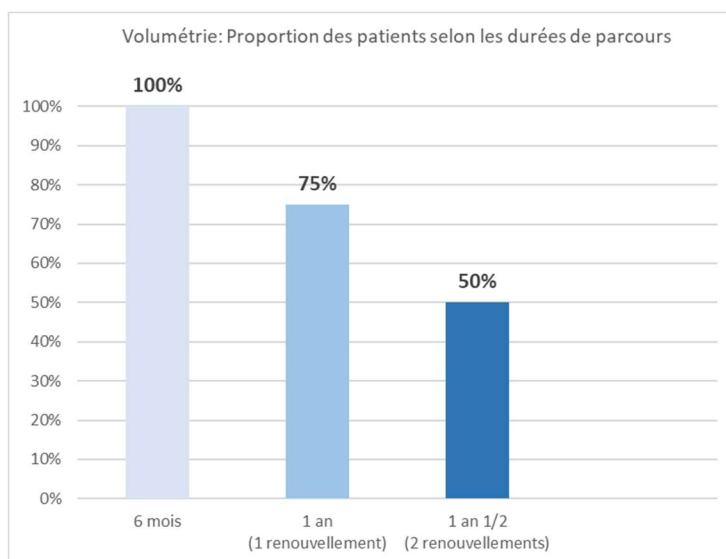
HYPOTHESES DE RECOURS AUX PRESTATIONS FINANCEES PAR LES FORFAITS

- Les forfaits couvrant la prise en charge initiale de 6 mois concernent 100% des patients (forfait inclusion/évaluation, forfait suivi et mise en œuvre du PPS) soit 1619 patients.
- Le forfait renouvellement concerne les patients qui nécessitent le prolongement de leur prise en charge. Le prolongement est décidé à l'issue des 6 mois de prise en charge. La prise en charge pourra être prolongée jusqu'à 1 an et demi maximum (soit 2 renouvellements).

Compte tenu de l'expérience d'accompagnement de patients douloureux en structure douleur, la fréquence de renouvellement a été évaluée de la manière suivante :

- ❖ 25% des patients n'auront besoin que d'une prise en charge de 6 mois
- ❖ 25% des patients auront 1 seul renouvellement
- ❖ 50% des patients initiaux auront 2 renouvellements

Schémas de distribution des patients en fonction de la durée de parcours :



Par conséquent, le coût du parcours d'un patient dépendra de la durée de sa prise en charge, de 6 mois à 18 mois :

	Coût total du parcours*	Part des patients
Patients ne bénéficiant pas de forfait renouvellement (parcours = 6 mois)	907 €	25%
Patients bénéficiant d'1 forfait renouvellement (parcours = 12 mois)	1 544 €	25%
Patients bénéficiant de 2 forfaits renouvellement (parcours = 18 mois)	2 181 €	50%

*S'ajoutent à ces coûts le montant de 344 € pour le forfait ETP pour 20% des patients et la dotation de frais administratifs (temps de secrétariat administratif).

BESOINS DE FINANCEMENT TOTAL AU TITRE DES FORFAITS :

Chaque année se verra imputer :

- Le coût de la prise en charge initiale d'une durée 6 mois (forfait évaluation + forfait suivi et mise en œuvre du PPS) des patients inclus cette année-là
- La 1^{ère} tranche de renouvellement des patients inclus au 1^{er} semestre de l'année.
- À partir de la 2^e année, seront également pris en compte les coûts des forfaits des 2^e renouvellements des patients inclus les années précédentes.

Nombre de patients inclus et suivis, semestre par semestre dans les 3 territoires :

		Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		TOTAL
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S5	S6	
CPTS Pays-de- Retz	TOTAL des patients inclus par an	126		378		277		0		781
	Patients inclus par semestre	63	63	189	189	189	88	0	0	
	TOTAL des patients en renouvellement chaque semestre	0	47	79	174	237	237	161	44	
	TOTAL patients suivis par semestre	63	111	268	363	426	325	161	44	
MSP de Chantenay	TOTAL des patients inclus par an	68		136		90		0		294
	Patients inclus par semestre	34	34	68	68	68	22	0	0	
	TOTAL des patients en renouvellement chaque semestre	0	26	43	68	85	85	51	11	
	TOTAL patients suivis par semestre	34	60	111	136	153	107	51	11	
CPTS Centre Vendée	TOTAL des patients inclus par an	126		252		166		0		544
	Patients inclus par semestre	63	63	126	126	126	40	0	0	
	TOTAL des patients en renouvellement chaque semestre	0	47	79	126	158	158	93	20	
	TOTAL patients suivis par semestre	63	110	205	252	284	198	93	20	
	TOTAL patients suivis par semestre	160	160	383	383	383	150	0	0	1619
	TOTAL patients suivis par an	320		766		533		0		1619

Le montant total de dépenses de FISS liées au financement des forfaits s'élève à 2 872 706 € pour l'accompagnement de 1 619 patients pour une durée comprise entre 6 mois et 18 mois. S'ajoute à cela la dotation de frais administratifs à hauteur de 136 500 €.

Le montant total du FISS est donc de 3 009 206 €.

	Forfait/patient	Année 0 (6 mois d'amorçage)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 (6 mois)	Total sur 5 ans
Nb de MT			38	48	48	48	48	
Nb IRDP (IRDP formé(es) ne seront pas mobilisé(e)s à temps plein mais sur une base de 50% de leur activité)			2,80	5,47	7,00	1,80	0,30	
Nb de patients inclus*			320	766	533	-	-	1 619
Nb de séquences /forfaits renouvellement (renouvelé jusqu'à 2 fois max par patient - hypothèse : 25% aucun renouvellement, 25% renouvelés 1 seule fois, et 50% renouvelés 2 fois)			120	569	960	380	-	2 029
Forfait inclusion/ évaluation initiale	308 €		98 560 €	235 928 €	164 164 €	- €	- €	498 652 €
Forfait suivi de parcours (6 mois)	599 €		191 680 €	458 834 €	319 267 €	- €	- €	969 781 €
Forfait suivi renouvellement (6 mois) (renouvelé jusqu'à 2 fois max par patient - hypothèse : 25% aucun renouvellement, 25% renouvelés 1 seule fois, et 50% renouvelés 2 fois)	637 €		76 440 €	362 453 €	611 520 €	242 060 €	- €	1 292 473 €
ETP (pour 20% des patients)	344 €		14 792 €	42 656 €	41 968 €	12 384 €	- €	111 800 €
Dotation frais administratifs (FISS)			24 500 €	38 500 €	38 500 €	35 000 €	- €	136 500 €
Total prestation dérogatoires (FISS)			405 972 €	1 138 371 €	1 175 419 €	289 444 €	- €	3 009 206 €

*Séquences de 6 mois. Par ex, pour l'année 1 : parmi les 320 patients inclus, 50% rentrent au 1er semestre et 50% au second semestre ; 75% des 1ers vont donc être renouvelés au S2 année 1

LES DEPENSES D'AMORÇAGE ET D'INGENIERIE

DEPENSES D'AMORÇAGE

Les dépenses d'amorçage sont les dépenses devant être initiées en amont du recrutement des patients pour les besoins du déploiement du projet.

Elles recouvrent trois types de dépenses :

- Formation
- La mise en place du programme ETP douleur

FRAIS DE FORMATION :

Ils concernent d'une part les IRDP, d'autre part les MT et autres professionnels de santé participants au projet :

Chaque IRDP intégré(e) dans le projet devra bénéficier d'une formation compagnonnage sur 6 mois solide visant son autonomie en appui du MT (voir fiche de poste en annexe 5) en matière d'évaluation et d'accompagnement du patient douloureux chronique douleur proposée par la SD de référence (sauf si formation récente de moins de deux ans déjà effectifs dans le cadre d'un DU/DIU Douleur).

Il est estimé que les infirmiers(ères) formé(es) ne seront pas mobilisé(e)s à temps plein mais sur une base de 50% de leur activité. Sur cette base de l'estimation des besoins en ETP IRDP (en annexe 7) cela nécessite la formation de 10 personnes.

Contenu et durée de la formation des IRDP :

- Hypothèse : le coût de cette formation est estimé sur les bases suivantes (en référence autre projet art 51, indemnisation DPC) :
 - 7 jours de formation théorique :
 - Physiologie de la douleur
 - Pharmacologie
 - Méthodes d'évaluation de la douleur
 - Douleurs de l'appareil locomoteur

- SDRC
 - Algies pelvi-périnéales
 - Céphalées-douleurs orofaciales
 - Thérapies complémentaires de la douleur
 - Approches psychothérapeutiques de la douleur
 - Réinsertion socio-professionnelle du douloureux
 - Neuromodulation
 - Populations spécifiques (personnes âgées)
- o 10 Jours de formation pratique sous forme de stage en SD

Soit **17 jours de formations** par Infirmier/ère libérale.

- Nombre de formation d'IRDP intégrées dans le projet : 10

Compte tenu de la taille du groupe et du besoin de recrutement échelonné sur les 2 premières années, seront organisés 2 groupes de formation.

La formation théorique se déclinera sous forme combinée : e-learning (3 jours), distanciel synchrone (3 jours) et présentiel (1 jour). Soit un coût de formation théorique pour 10 IRDP de 4 500 € TTC.

A cette dépense, nous prévoyons le dédommagement du temps passé par IRDP sur la base de 30€/h (montant observé dans le cadre du DPC), soit : 30 euros * 7 h de formation /j * 17 j de formation, soit 3570€ par IRDP et 35 700 € pour 10 IRDP.

Le projet finance *a minima* la formation initiale indispensable de 40h à l'éducation thérapeutique des IDRP et d'un médecin généraliste par CPTS/MSP (la présence d'au moins un médecin dans un programme d'ETP est obligatoire). Soit, pour 6 IRDP et 3 MT, à raison de 1 200€ pour une formation : 10 800 €. (Cf. Annexe 7)

A cela s'ajoute la formation spécifique à l'outil informatique : 3 150 €

Le total de besoin de financement pour la formation de 10 soignants(es) est de **54 150 €**.

Pour les médecins généralistes participants à l'expérimentation, la formation sera rendue obligatoire car il s'agira de proposer de les former sur :

- Critères et modalités d'inclusion de patients dans le parcours
- Articulation avec l'IRDP, les autres PS et avec les structures douleurs
- Rappels généraux sur le sujet de la douleur chronique

Le contenu du programme sera détaillé dans la phase d'amorçage, et s'inspirera aussi des besoins identifiés par les médecins généralistes concernés (attentes).

Nous prévoyons une séance de formation de 2 / 3 heures, réalisables en visioconférence ou en présentiel.

Le matériel pédagogique sera préparé par l'équipe de coordination (coordonnateur médical) et déployé dans le cadre des comités techniques territoriaux, par l'algologue de SD de référence, ou son représentant, et l'IRDP, soit sous forme d'une séance unique soit en deux séances afin de tenir compte de la disponibilité des MT.

Dans le cas de figure d'une reconnaissance dans le cadre d'une formation DPC, les médecins pourront être indemnisés sur une base de 45€/h.

Hypothèse : 48 médecins généralistes - 5 sessions

Pour les autres professionnels : un temps de formation prévue de 2h proposé par l'IRDP avec appui de la structure douleur.

LES COUTS D'INGENIERIE

Il s'agit de toutes les dépenses nécessaires pour la mise en place, le pilotage, la gouvernance et l'évaluation de l'expérimentation :

- Temps des membres de l'équipe projet
- Frais de fonctionnement (maintenance SI, fonctionnement des instances, déplacements, communication et frais divers)
- Frais de gestion

Les besoins ont été calculés par année d'expérimentation à la suite d'une estimation précise des temps pour chacune des missions.

L'équipe projet : elle sera constituée de :

- **Le coordonnateur médical** : relation avec les partenaires, animation des réunions de COPIL et d'échanges, pilote les travaux de mise en place de l'expérimentation portés par le chef de projet et l'évaluation en lien avec l'équipe dédiée envoyée par l'ARS.
- **Le chef de projet administratif** : il appuie la mise en place opérationnelle de l'expérimentation, en lien avec les partenaires : identification et recrutement des professionnels, élaboration des conventions de partenariat, déploiement du SI et installation du dispositif de facturation. Puis, durant toute la durée de l'expérimentation, il appuie l'organisation des réunions de comité de pilotage ou d'échange avec les partenaires et la mise en place de l'évaluation

Les coûts sont estimés sur les bases suivantes :

- ❖ Coordonnateur médical (PH) : salaire annuel - ETP estimé à 132K€ brut chargé – frais de gestion de l'hôpital inclus
- ❖ Chef de projet administratif : salaire annuel - ETP estimé à 55K€ brut chargé frais de gestion de l'hôpital inclus
- ❖ Contribution des IRDP au pilotage du projet – salaire annuel ETP estimé à 56K€ brut chargé

Par ailleurs, il est intégré à ces charges le temps de participation des IRDP aux instances (COPIL et CTT).

		Amorçage (6 mois)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 (6 mois)	Total
<i>Coût/ETP</i>								
Coordinateur médical	132 000	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	
		26 400 €	26 400 €	26 400 €	13 200 €	13 200 €	6 600 €	112 200 €
Chef de projet administratif	55 000	0,4	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	
		11 000 €	22 000 €	11 000 €	5 500 €	5 500 €	2 750 €	57 750 €
IRDP (contribution au piloteage)	56 000	-	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	
			2 240 €	2 240 €	2 240 €	2 240 €	1 120 €	10 080 €
TOTAL PILOTAGE		37 400 €	50 640 €	39 640 €	20 940 €	20 940 €	10 470 €	180 030 €

Frais de fonctionnement

Ils couvrent les différents frais de déplacement ainsi que les dépenses de communication (information à destination des professionnels de santé, des patients), et des frais divers (frais de réception correspondant aux journées d'animation des professionnels mobilisés dans le projet).

Frais de gestion

Ils couvrent les différents frais administratifs (outils bureautiques, téléphonie, ...), juridiques et financiers (gestion des forfaits et rémunération des professionnels).

Ces dépenses sont portées par le CHU à travers la mise à disposition de ressources.

Détail des frais de fonctionnement et de gestion :

	6 mois amorçage	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 (6 mois)	TOTAL
Frais de réception		750 €	750 €	750 €	750 €	400 €	3 400 €
Frais de déplacement (COFIL, COTECH, 1 réunion à Nantes par an)		696 €	696 €	696 €	696 €	348 €	3 132 €
Participation des MG aux COFIL et COTECH		1 170 €	720 €	720 €	720 €	360 €	3 690 €
Petit matériel		2 000 €	200 €	200 €	200 €	200 €	2 800 €
Communication		3 000 €	2 000 €	1 000 €	0 €	0 €	6 000 €
Equipement informatique et téléphonie		5 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	5 000 €
TOTAL de fonctionnement et gestion	0 €	12 616 €	4 366 €	3 366 €	2 366 €	1 308 €	24 022 €

Synthèse des dépenses d'ingénierie :

	6 mois préparation lancement	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 (6 mois)	TOTAL
Pilotage (équipe projet)	37 400 €	50 640 €	39 640 €	20 940 €	20 940 €	10 470 €	180 030 €
Frais de fonctionne- ment et de gestion	0 €	12 616 €	4 366 €	3 366 €	2 366 €	1 308 €	24 022 €
TOTAL Ingénierie	37 400 €	63 256 €	44 006 €	24 306 €	23 306 €	11 778 €	204 052 €

SYNTHESE DU BESOIN DE FINANCEMENT

Au titre du financement par le FISS (dépenses santé) :

Tous territoires	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Nombre d'inclusions	320	766	533	0	0	1619
TOTAL FINANCEMENT FISS	405 972 €	1 138 371 €	1 175 419 €	289 444 €	0 €	3 009 206 €

Au titre du financement par le FIR (dépenses projet article 51) :

	6 mois d'amorçage	Année 1	TOTAL
Déploiement e-DOL et Inzee Care : Temps d'installation pour les équipes	3 150 €		3 150 €
Frais de formation IRDP	2 250 €	2 250 €	4 500€
Dédommagement temps de formation des IRDP	17 850€	17 850 €	35 700 €
Frais de mise en place du programme ETP	10 800 €		
TOTAL	34 050 €	20 100 €	54 150 €

	6 mois prépa lancement	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5 6 mois	TOTAL (5 ans)
Amorçage	34 050 €	20 100 €	0 €	0 €	0 €		54 150 €
Formation IRDP (coût de la formation + dédommagement temps de formation)	20 100€	20 100 €					40 200 €
Déploiement e-DOL : Temps d'installation pour les équipes	3 150 €						3 150 €
Mise en place programme ETP Douleur	10 800 €						10 800 €
Ingénierie Projet	37 400 €	63 256 €	44 006 €	24 306 €	23 306 €	11 778 €	204 052 €
Pilotage (équipe projet)	37 400 €	50 640 €	39 640 €	20 940 €	20 940 €	10 470 €	180 030 €
Frais de fonctionnement et de gestion	€	12 616 €	4 366 €	3 366 €	2 366 €	1 308 €	24 022 €
TOTAL FINANCEMENT FIR	71 450 €	83 356 €	44 006 €	24 306 €	23 306 €	11 778 €	258 202 €

LISTE DES ACTIONS VISANT LA PREPARATION DE RECRUTEMENT DES PATIENTS :

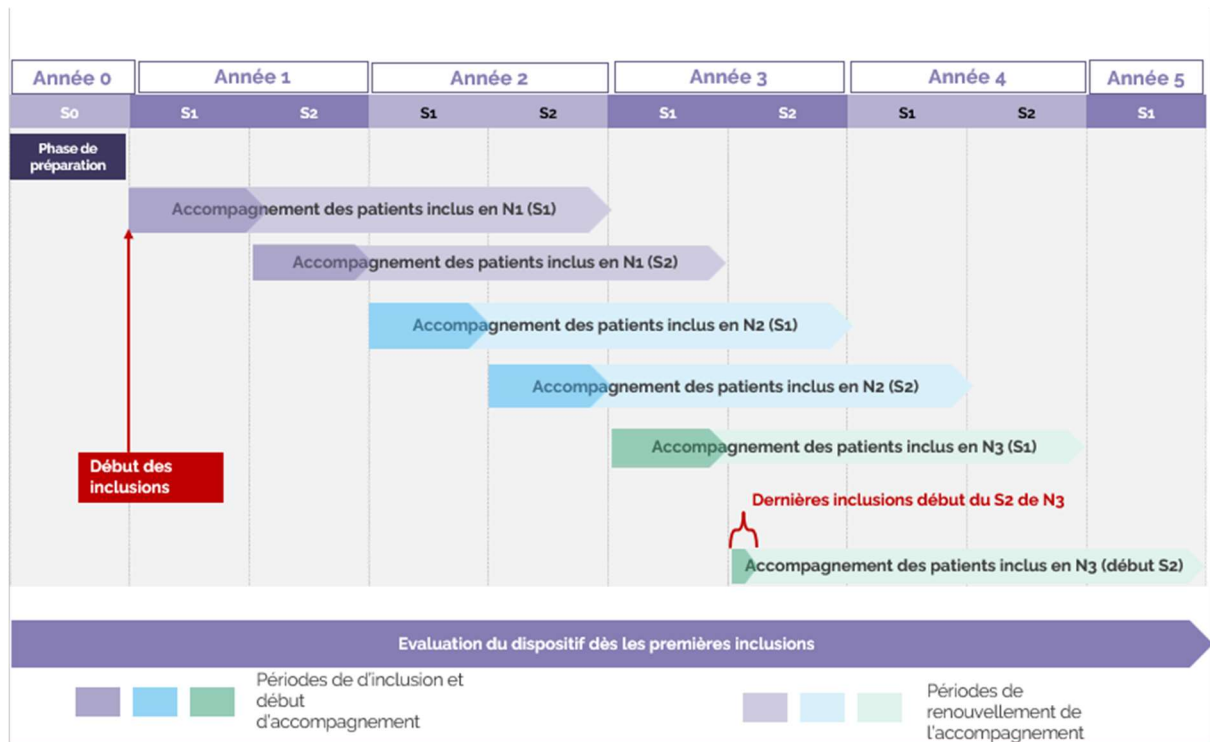
Les différentes actions et tâches identifiées à ce stade sont les suivantes :

- Lancement du projet (publication arrêté JO) : meeting lancement
- Mise en place du circuit de financement (crédits d'ingénierie, d'amorçage et forfaits) :
- Mise en place gouvernance et instances de pilotage :
 - Mise en place équipe projet
 - Recrutement du Chef de Projet Administratif
 - Recrutement du Coordonnateur médical
 - Mise des outils de suivi de projet et tableau de bord
 - Constitution des instances
 - Comité de pilotage (CP)
 - Comités opérationnels de territoire (COT)
 - Élaboration et validation par instances d'une charte du projet (en s'inspirant de la charte rédigée par le réseau LCD) - Cette charte visera à s'assurer de l'engagement des acteurs et conditionnera l'accès aux rémunérations dérogatoires prévues dans le projet.
- Volet SI consolidé :
 - Convergence entre e-parcours et e-dol : recouvrement fonctionnel des deux applications
 - Paramétrage outil e-parcours
 - Déploiement e-dol V3.0
- Formation des acteurs :
 - Volet Formation :
 - "Douleur" :
 - Infirmier.res : formation *ad hoc*, incluant un volet théorique et un volet pratique sous forme de stages en SDC
 - Acteurs de proximité : MG et autres acteurs du réseau de territoire
 - ETP (IRDP)
 - Outils informatiques
- Volet communication / réseau de territoire (COT)
 - Elaboration d'un plan de communication
 - Constitution du réseau de proximité (Kiné, Psy, Autres acteurs ...)
 - Signature charte d'engagement
 - Constitution d'un annuaire (disponible dans outils parcours)
- Mise en place animation territoriale par le COT
- Volet évaluation
 - Elaboration du protocole d'évaluation (avec prestataires de désignés par tutelles)
 - Mise en œuvre et suivi en lien avec l'équipe projet

La montée en charge opérationnelle du projet sera adaptée aux niveaux de maturité de chaque territoire. Toutefois, afin de permettre aux derniers patients inclus de disposer d'un parcours de prise en charge de 24 mois dans le cadre de renouvellements, les inclusions s'arrêteront dans les premières semaines du 2^e trimestre de la 3^e année.

PLANNING PREVISIONNEL

T0 : Démarrage du projet : arrêté du DGA



SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Signatures d'engagement des porteurs du projet

Annexe 2 : Description des territoires de l'expérimentation

Annexe 3 : Catégories d'expérimentation

Annexe 4 : résultat détaillé du « pilote »

Annexe 5 : Fiche de poste IRDP






Annexe 6 : Référentiel de compétences et d'activité du Psychologue intervenant dans le parcours douleur chronique

Annexe 7 : Besoins en ETP des postes salariés dans les 3 territoires de l'expérimentation

Annexe 8 : Détails indicatifs concernant le programme d'éducation thérapeutique

Annexe 9 : Bases bibliographiques

ANNEXE 1 : SIGNATURES D'ENGAGEMENT DES PORTEURS

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur (si plusieurs porteurs)	CHU de Nantes Direction générale immeuble Deurbroucq 5 allée de l'Île-Gloriette 44093 Nantes Cedex	Mr Philippe El Sair Directeur Général Tel : 02 40 08 33 33	
Porteur	CH Saint Nazaire 11, Bd Georges Charpak – 44600 Saint Nazaire	Mr Jean Baptiste Perret Directeur Stratégie-Perf-Qualité Jb.perret@ch-saintnazaire.fr Dr Virginie Dessus-Chevrel Cheffe de pôle v.dessus-chevrel@ch-saintnazaire.fr Tel : 02.40.72.89.00	
Porteur	CH Départemental de la Roche sur Yon Bd Stéphane Moreau – 85000 La Roche sur Yon	Mme Pascale Ticos – DG Adjointe CHD – dg@chd.fr Dr Y Marie Pluchon Tel : 06.09.79.44.55	
Porteur	CPTS des pays de Retz Rue Pierre et Marie Curie 44210 Pornic	Dr Cédric Rat : cedric.rat@univ-nantes.fr Dr Yves Lequeux : y.lequeux@wanadoo.fr Tel : 06.05.13.98.61	
Porteur	CPTS Centre Vendée 28 rue Guillaume de Machaut 85000 – La Roche sur Yon	Dominique Brachet – Président coordination@cpts-centrevendee.fr 07.88.50.19.51	

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	MSP Chantenay 92 avenue amiral Chaffault 44100 - Nantes	Dr Marie Lughnerini ; marie.lughnerini@gmail.com ; Tel : 06 77 07 13 16	
Autres Partenaires	Institut Fondation Analgésia Faculté de Médecine 28 Place Henri Dunant 63000 –Clermont Ferrand	Pr Alain Eschaliér alain.eschaliér@uca.fr Tel :04 73 17 82 02	

ANNEXE 2 : DESCRIPTION DES TERRITOIRES DE L'EXPERIMENTATION

Territoire de la CPTS des Pays de Retz

La CPTS des Pays de Retz est implantée sur le territoire de 22 communes de Loire-Atlantique (44), rassemblant un peu plus de 96 000 habitants.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_ProfilSante_CPTS_44_PaysRetz.pdf

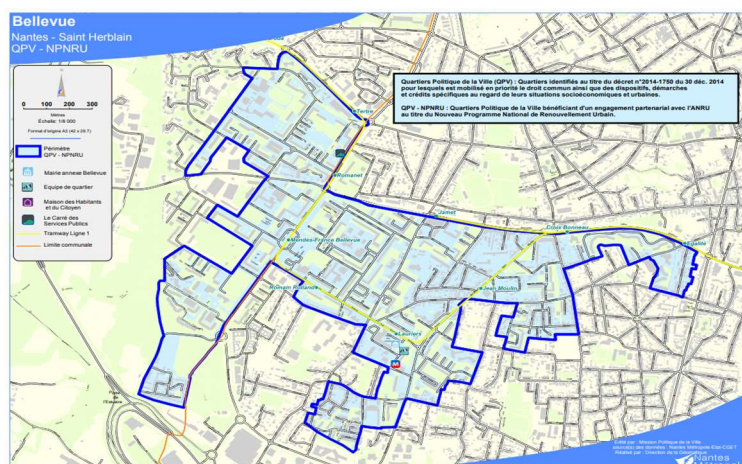


La structure douleur de soutien est la consultation Douleur du CH de Saint Nazaire.

Territoire de la MSP de Chantenay (44)

La MSP de Chantenay est implantée 90 Rue Amiral du Chaffault, 44100 Nantes, au cœur du quartier de Bellevue qui est situé à cheval sur les communes de Nantes et de Saint-Herblain.

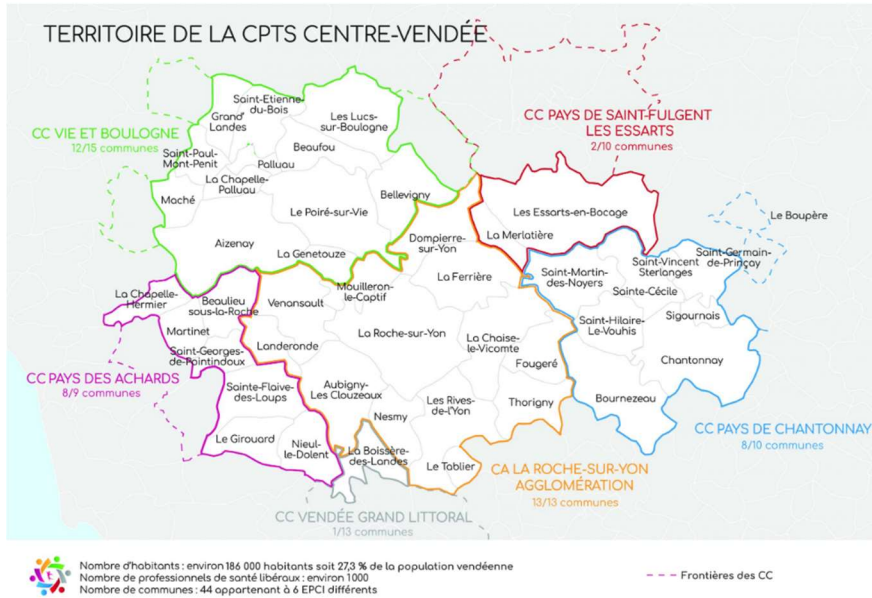
Le quartier Bellevue - Chantenay - Sainte-Anne compte plus de 24 000 habitants. Il est en grande partie situé en Quartier Politique de la Ville (QPV) de la Métropole nantaise : QPV Grand Bellevue (16 918 habitants)



La structure douleur de soutien est le CETD du CHU de Nantes (départemental).

Territoire de la CPTS Centre Vendée

La CPTS Centre Vendée est implantée sur le territoire de 44 communes de Vendée (85) de 186 000 habitants. Elle rassemble environ 1000 professionnels de santé. <https://www.cpts-centrevendee.fr/cpts-centre-vendee/presentation/>



La structure douleur de soutien est le CETD du CHD (centre hospitalier départemental Vendée).

ANNEXE 3 : CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Forfait additionnel rémunérant les activités non prises en charge par le droit commun
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Mise en place de SI adaptés, implication du médecin MT, d'une IRDP et de professionnels de santé libéraux et des SDC dans le PPS
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Idem
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Utilisation d'un outil numérique, support du suivi du patient, du partage d'informations, et de la coordination

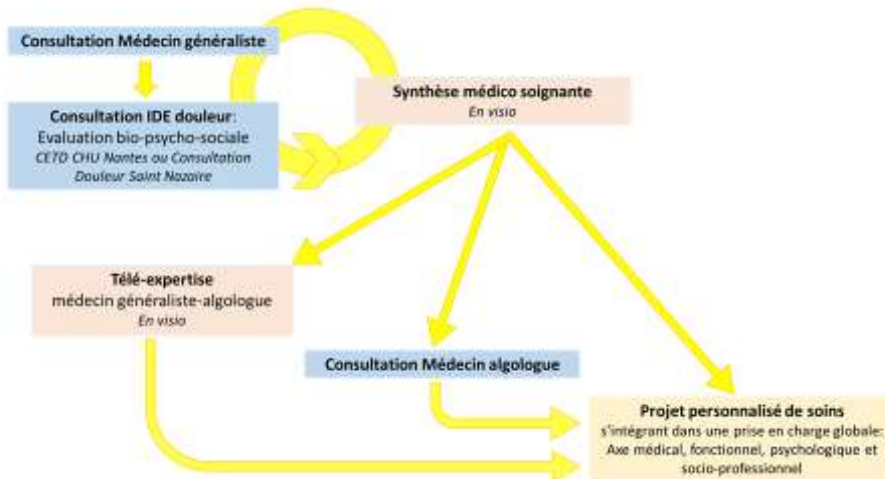
Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ¹ :	Cocher	Si oui, préciser
1) Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2) De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	X	Financements de thérapeutiques mal ou non remboursées: Interventions non médicamenteuses (APA, séances de psychologue, etc.), ETP douleur chronique
3) Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	X	Prescription de TENS par l'IRD dans le cadre d'un protocole de coopération local

ANNEXE 4 : RÉSULTATS DU PROJET PILOTE

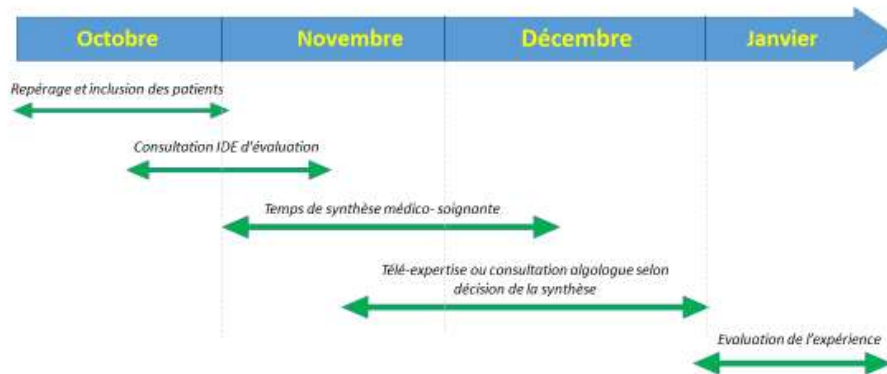
Il s’est déroulé d’Octobre à décembre 2021

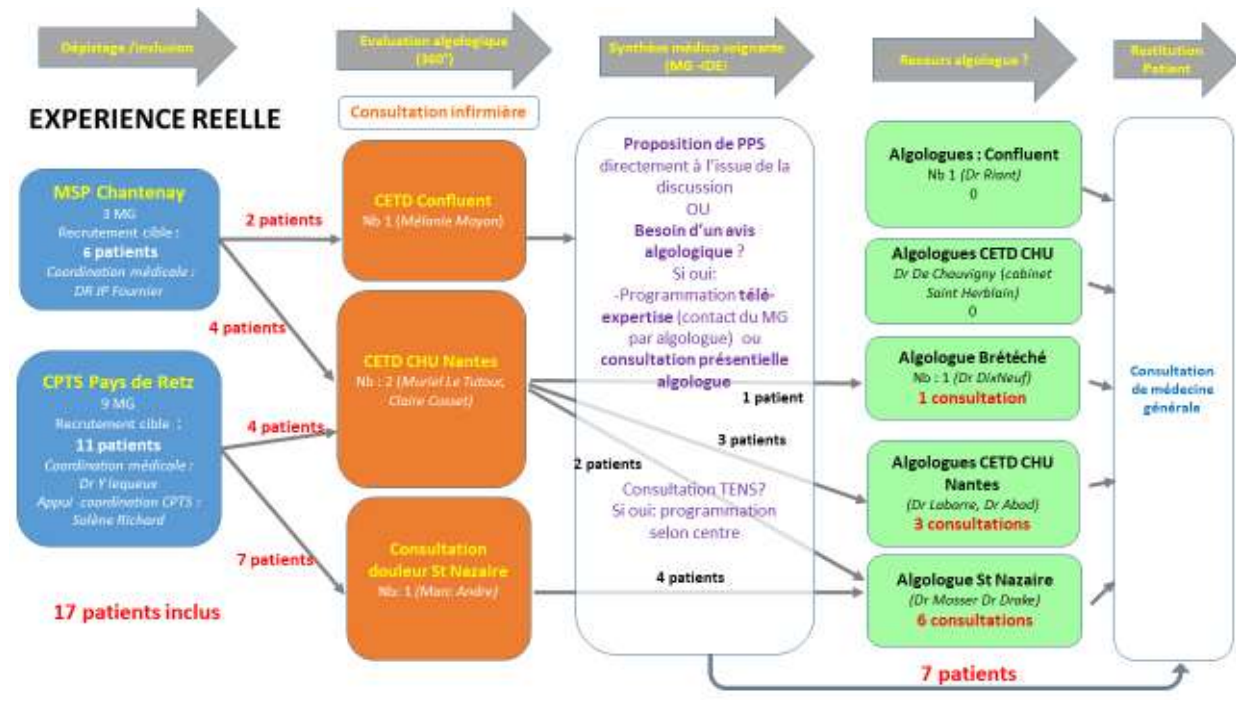
Participants : CPTS Pays de Retz (Dr Rat), MSP Chantenay (Dr Fournier), CETD de Nantes: CHU Nantes (Dr Duvaux, Dr Mosser, Dr Interligator, P. Douaud), Consultation Douleur de Saint Nazaire (Dr Mosser), CETD Confluent et Brétéché

ORGANISATION DU PROJET PILOTE



Déroulé entre octobre et décembre 2021

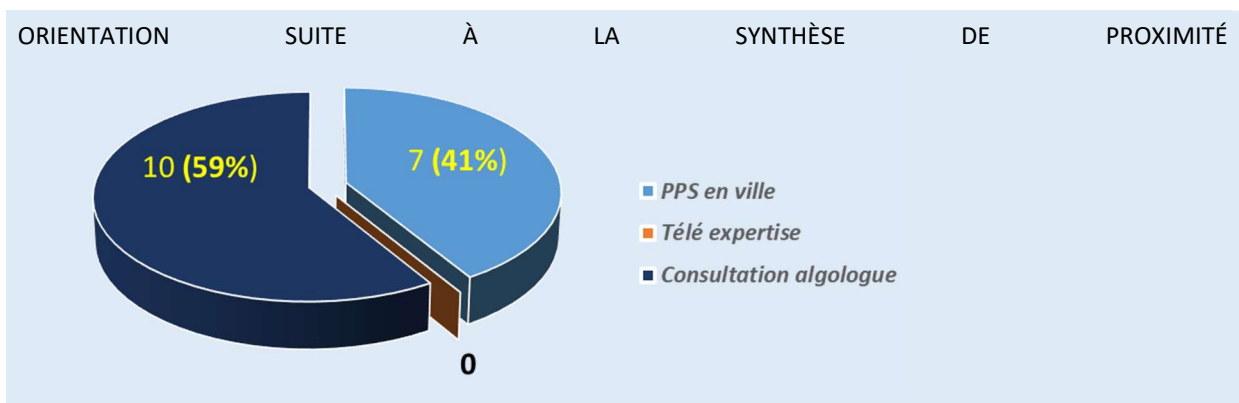


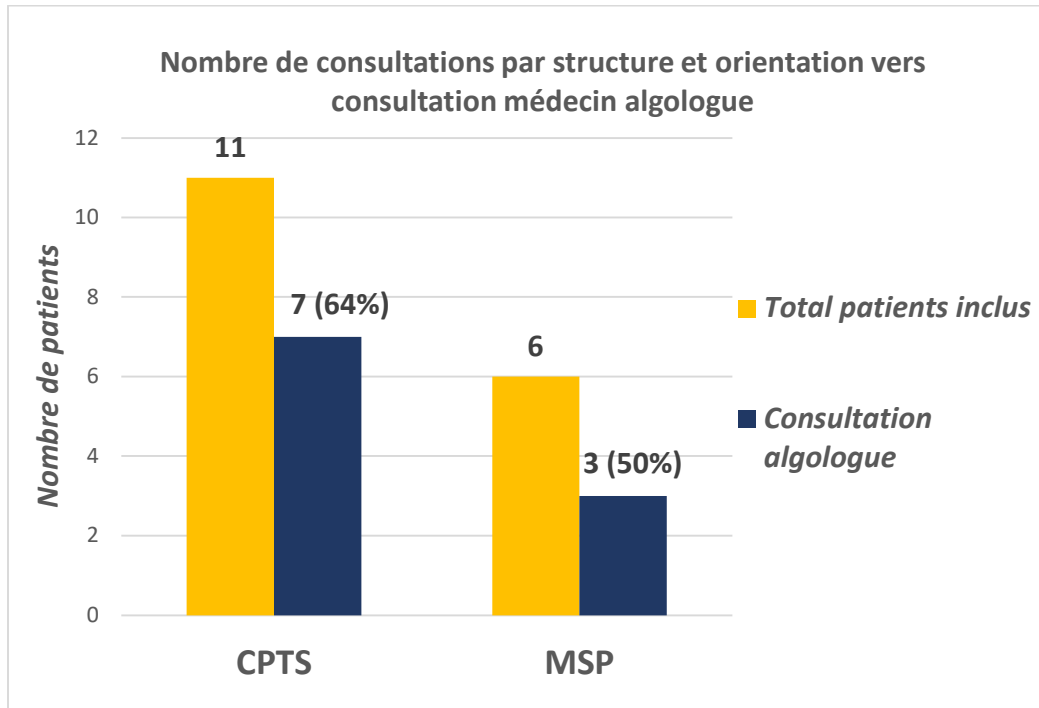


RESULTATS

INCLUSIONS

- **12 médecins généralistes** ont inclus des patients
- 9 médecins côté CPTS Pays de Retz, 3 médecins côté MSP Chantenay,
- Pour un total de médecins participants initial: 15
- **17 patients inclus au total** (+ 2 patients injoignables pour fixer le rendez-vous IDE suite à inclusion par le médecin généraliste)
- Consultations de médecins algologues en SD: 10
- Consultations IDE pour mise en place de TENS décidées lors de la synthèse (PPS en ville ou suite à consultation algologue): 9





DÉLAIS MOYEN ENTRE LES INTERVENTIONS

- Inclusion et consultation IDE douleur: 16 jours
- Consultation IDE douleur et synthèse médico-soignante: 15 jours
- Synthèse médico soignante et consultation algologue: 13 jours

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Sexe

- Femme : 13 (77%)
- Homme : 4 (23%)

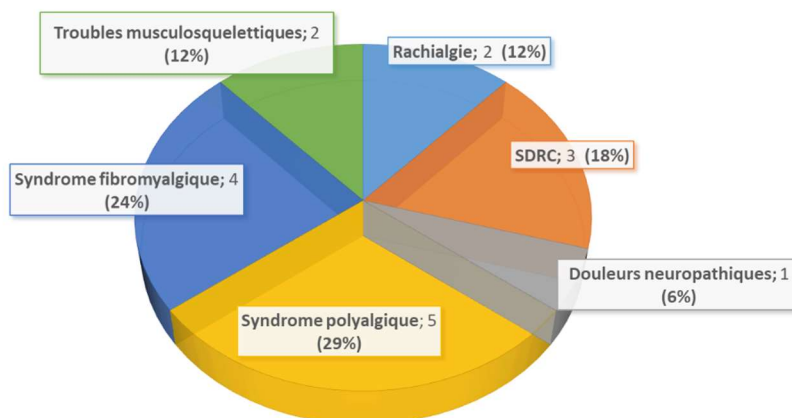
Age

- Moyen = 48 ans,
- Médian = 47 ans

Durée d'évolution des douleurs

- Moyenne = 10 ans,
- Médiane = 6 ans [0, 25 ans – 33 ans]

CADRES NOSOLOGIQUES



Commentaire : Part notable de syndrome fibromyalgique et de SDRC, et surtout de situations où plusieurs douleurs se cumulent

EVALUATIONS

AUPRES DES INFIRMIERES

Méthode : Retours à l'atelier du 3/12/22

- Retour positif, malgré l'addition du travail lié au pilote à leurs activités habituelles
- Dans la plupart des cas: facilités d'organisation de la synthèse médico-soignante avec les médecins généralistes. **Réactivité des médecins généralistes par mail**
- Côté **enrichissant des échanges avec le médecin généraliste** dans l'abord du patient
- **Posture** d'IDE spécialisée à trouver auprès du médecin généraliste
- Pour une meilleure communication IDE médecin: nécessité d'apprendre à **se connaître et disposer d'un référentiel commun**
- **Outil informatique améliorable**, notamment en lisibilité

AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

Méthode : retours lors du groupe qualité douleur 21/12/22, + appels téléphoniques

- Dans l'ensemble: Intérêt , caractère enrichissant et étayant des échanges avec l'IDE ressource douleur lors des synthèses médico-soignante de proximité.
→ **plus-value de l'intervention d'une IDE ressource douleur spécialisée et d'un avis algologique rapide.**
- Quelques insatisfactions lors de certains cas de figure où la discussion a abouti à la poursuite d'une prise en charge en ville, sans avis algologue, et où le médecin généraliste n'a pas perçu les pistes thérapeutiques proposées par l'IDE
→ **Nécessité d'une bonne qualité de communication et d'un langage commun**
- Importance d'une ressource concernant la partie professionnelle et sociale, mettant volontiers le MT et le patient en difficulté dans les situations de douleurs chroniques invalidantes.
→ **Intégration et identification d'un ou de travailleurs sociaux dans le réseau de soin**
→ **Comment faciliter la coordination avec les médecins du travail/ médecins conseil?**
- **Outil informatique** lourd à l'usage (avec il est vrai peu de recul en termes de courbe d'apprentissage) et très peu ergonomique.

- Caractère chronophage de l'inclusion du patient, notamment la réalisation de la synthèse biomédicale, mais intérêt de pouvoir prendre un temps de faire un point global de la situation du patient
→ **consultation longue à prévoir**
- Intérêt d'avoir accès au **TENS**
- Intérêt d'une **prise en charge pluridisciplinaire coordonnée**

AUPRES DES ALGOLOGUES

Méthode : Questionnaires en ligne

- Lorsque le bilan de diagnostic biomédical (composante lésionnelle) avait été réalisé, la consultation IDE, et les choses mises en place après la synthèse médico soignante ont permis un **gain de temps dans l'abord algologique du patient lors de la consultation**
- **Gain de temps et optimisation de l'investissement du patient** dans la prise en charge globale et multimodale qui est déjà mobilisé comme acteur de soins
- Question de la gestion de l'**activité supplémentaire générée par le dispositif, dans la phase de montée en charge du projet**. Manque d'algologues à anticiper?
- **Outil informatique : disponibilité** de la plateforme aléatoire (ce qui est très problématique en pratique courante), **peu ergonomique** et pas assez intuitive (trop d'onglets et informations trop dispersées)
- Intérêt que l'accès à l'outil informatique soit **pluriprofessionnel**

AUPRES DES COORDINATEURS

Méthode : Concertation

- **Mobilisation remarquable** de l'ensemble des acteurs: médecins généralistes, coordinatrice de CPTS, IDE douleur des Structure douleur chronique, cadre IDE, médecin algologue, correspondants GCS e-santé
- Enjeu majeur d'un **dispositif de planification et de programmation des rendez vous**
- Quel **degré d'autonomie/accompagnement** du patient à prévoir dans les différentes prises de RDV?
- Développement nécessaire d'un « **tableau de bord** », transversal et pour chaque patient
- Outil parcours encore en phase d'améliorations par le développeur (par exemple pour l'instant, aucune possibilité de connexion du patient)
- **Disponibilité de la plateforme à améliorer**

ANNEXE 5 : FICHE DE POSTE IRDP

MISSION :

L'infirmier ressource douleur de proximité (IRD), rattaché à une CPTS et OU MSP, a pour mission, dans le cadre du parcours de la prise en charge de la douleur, de rechercher et d'apporter une réponse professionnelle adaptée à la douleur aiguë, chronique, induite par les soins, liée à l'état de santé du patient ou aux traitements instaurés.

Il participe au développement d'une véritable culture dans la lutte contre la douleur sur son territoire d'exercice. Il exerce son activité dans le respect du projet de soins de la CPTS ou de la MSP. En collaboration avec l'ensemble des professionnels du territoire impliqués dans la prise en charge de la douleur (dont les structures douleur chronique), il intervient en sa qualité de personne ressource auprès des médecins traitants de la CPTS/MSP et auprès des patients. Il coordonne les interventions des professionnels hors établissement potentiellement impliqués dans l'accompagnement des patients (Projet Personnalisé de soins). Il effectue le suivi des patients pour le compte du Médecin Traitant et rend compte de l'évolution de ces derniers au minimum après chaque étape évaluative qu'il effectue dans le cadre de temps de synthèse médico-soignante ou de RCP de proximité.

D'après nos estimations, l'IRD suivra environ 100 patients pour 1 ETP.

DIPLOME ET NIVEAU MINIMUM REQUIS :

– Être titulaire du Diplôme d'Etat d'Infirmier, ou d'Infirmier spécialisé, et avoir une expérience Professionnelle de 1 ans en secteur libéral, avoir eu une expérience en milieu hospitalier de court ou moyen séjour, conformément aux recommandations HAS (*les missions d'un "référé parcours douleurs" de proximité peuvent être remplies par "un infirmier diplômé d'Etat ou tout autre soignant de proximité (CPTS, MSP, ESP), en fonction de la situation clinique du patient et des organisations internes à l'ESP. Cette personne devra posséder des compétences en coordination clinique et en douleur chronique".*)

– Être titulaire d'un DU Douleur, ou avoir reçu une formation à la prise en charge de la douleur assurée par une SD du territoire.

Une attention forte sera portée sur la montée en compétences (douleur, coordination) sur la base du programme de formation proposé. Un lien étroit sera établi avec les structures douleurs impliquées dans l'expérimentation, avec notamment une certaine subsidiarité selon les situations. L'idée n'est pas d'enlever du personnel aux établissements de soin mais bien de faire monter en compétence les infirmiers, essentiellement libéraux dans une première phase du projet, qui souhaiteraient compléter leur approche.

CAPACITES ET APTITUDES

- Capacités pédagogiques
- Capacités organisationnelles
- Capacités relationnelles (communication orale et écrite, esprit d'équipe, sens de l'écoute)
- Capacités d'initiative et d'adaptation
- Capacités d'analyse et d'évaluation
- Capacités de réflexion et de synthèse
- Actualisation des connaissances
- Capacité de mobilité sur les différents sites

CONNAISSANCES TECHNIQUES

- Maîtrise de la démarche clinique d'évaluation et de prise en charge de la douleur
 - Maîtrise du matériel spécifique d'analgésie (pompes d'analgésie contrôlée par le patient, neurostimulateur transcutané...)
 - Maîtrise des outils informatiques : moteurs de recherche, traitement de texte, tableurs, diaporamas, parcours connecté, auto-soin, télémédecine ...)
-

CONNAISSANCES PARTICULIERES :

- Conduite de projet d'amélioration de la qualité des soins (procédures, protocoles, audits, évaluations des pratiques professionnelles, enquêtes, programme d'assurance qualité...)
- Gestion et management de groupes (patients et professionnels)
- Moyens pharmacologiques et non pharmacologiques
- Recherche clinique

Activités cliniques

En consultation infirmière ou en mission transversale :

- Évaluation de la douleur, analyse de situations cliniques complexes
 - Suivi des patients
 - Soins éducatifs et éducation thérapeutique
 - Aide à la mise en place, au suivi et à l'évaluation des techniques d'analgésie spécifiques (titration de morphine, analgésie contrôlée par le patient par voie intraveineuse, sous-cutanée, épidurale, Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote, analgésie locorégionale, neurostimulation transcutanée...)
 - Mise en place de protocoles de prévention de la douleur induite par les soins
 - Mise en œuvre des méthodes non pharmacologiques (traitements physiques, méthodes psycho- corporelles ou comportementales)
-

ACTIVITES DE FORMATION

- Formations-actions au sein de la CPTS/MSP (technique d'analgésie, utilisation des outils d'évaluation)
 - Information ponctuelle dans les établissements médico-sociaux
 - Compagnonnage clinique
 - Formation institutionnelle inscrite au plan de formation
 - Formation initiale au sein des instituts de formation ou écoles
-

ACTIVITES INSTITUTIONNELLES

- Participation aux réunions
- Transmissions et traçabilité des informations et rapport d'activité

ANNEXE 6 : REFERENTIEL DE COMPETENCES ET D'ACTIVITE DU PSYCHOLOGUE INTERVENANT DANS LE PARCOURS DOULEUR CHRONIQUE

DEFINITION ET PRE-REQUIS

DEFINITION :

Le psychologue conçoit, élabore et met en œuvre, de manière autonome, des actions préventives et curatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes, et ce afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

PREREQUIS : DIPLOMES OBLIGATOIRES POUR ACCEDER AU METIER ET EXPERIENCE REQUISE

Tous les diplômes qui ouvrent à la psychologie clinique à tous les âges de la vie.

DESS/MASTER 2 en psychologie clinique, psychopathologique, gérontologie clinique, enfance/adolescence, santé, psychosomatique, cognitivo-comportementale

Conformément aux recommandations de la SFETD, une expérience de 3 ans sera exigée.

SPÉCIFICITÉS

Dans son intervention dans le cadre du parcours Douleur Chronique, le psychologue est en charge de l'évaluation clinique et psychopathologique du patient : évaluation de la personnalité, évaluation thymique et de l'anxiété, antécédents psychopathologiques, dimension systémique du symptôme, représentations de la douleur et de ses déterminants et stratégies d'adaptation du patient.

Il s'attache à l'intégration de la problématique en jeu dans l'expression du symptôme et vise au soulagement quelle que soit la méthode.

CONNAISSANCES SOUHAITEES :

- Connaissance en douleur chronique (cf supra)
- Intérêt dans le champ de la relation au corps, des enjeux culturels et systémiques.
- Formation en thérapies brèves, ou approches psychocorporelles appréciées
- Formation à l'éducation thérapeutique bienvenue

ACTIVITÉS PRINCIPALES

ACTIVITES CLINIQUES :

- évaluation psychologique, diagnostic psychologique et/ou psychopathologique, orientation thérapeutique
- participation au diagnostic biopsychosocial de la douleur et à sa prise en charge
- activités psychothérapeutiques
- participation possible au programme d'éducation thérapeutique du patient

ACTIVITES DE COORDINATION :

- Traçabilité de l'activité dans l'outil parcours numérique
- Collaboration à l'élaboration du projet thérapeutique dans les RCP de proximité

RELATIONS PROFESSIONNELLES

- Equipes pluridisciplinaires et médicales pour les projets personnalisés de soins
- Réseaux de ville et associations (CMP, CMPP, médecins généralistes, médecins spécialistes, psychiatres psychologues libéraux) pour le suivi des patients
- Services hospitaliers : Structure Douleur Chronique, Psychiatrie
- Groupes de pairs (analyses de pratiques, collègues de psychologues)

SAVOIR - FAIRE REQUIS

- Contribuer au diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient
- Disposer d'outils spécifiques au patient douloureux
- Ajuster la thérapeutique en fonction du patient et de son environnement familial
- Rédiger des notes cliniques ou des rapports d'activité
- Adapter sa pratique professionnelle aux situations rencontrées
- Observer, écouter et analyser la situation, le discours des personnes
- Faciliter les échanges et le lien entre les intervenants autour du patient douloureux
- Formaliser et transmettre son savoir professionnel

CONNAISSANCES

Psychologie de la douleur	Psychologie clinique et pathologies	Techniques psychothérapeutiques	Psycho-somatique	Psychologie des âges de la vie	Bilan psychologique	Ethique et déontologie	Méthodologie de recherche en psychologie	Psychologie de la santé
5	4	4	4	3	3	3	3	2

1 : Connaissances générales - 2 : Connaissances détaillées - 3 : Connaissances approfondies – 4 : Connaissances très approfondies – 5 : Connaissances d'expert

CONNAISSANCES DÉTAILLÉES :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

CONNAISSANCES D'EXPERT :

Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées. Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

CONNAISSANCES APPROFONDIES :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

ANNEXE 7 : BESOINS EN ETP DES POSTES SALARIES DANS LES 3 TERRITOIRES DE L'EXPERIMENTATION

Besoin en ETP par an						
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
CPTS des Pays de RETZ	IRDP	1,10	2,90	3,75	0,94	0,14
	Assistant admin	0,35	0,50	0,70	0,60	0
CPTS Centre Vendée	IRDP	1,10	1,67	2,11	0,55	0,08
	Assistant admin	0,25	0,25	0,25	0,25	0
MSP de Chantenay	IRDP	0,60	0,90	1,14	0,31	0,08
	Assistant admin	0,10	0,15	0,15	0,10	0

ANNEXE 8 : DETAILS INDICATIFS CONCERNANT LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

	Coût horaire par patient	Coût par séance par patient	Nb de séances	Total
Entretien initial (1h)	60	60	1	60 €
Séance individuelle (1h00) gestion des médicaments, gestion des émotions par exemple,	40	40	2	80 €
Séance collective (2h), groupe de 6 patients, 2 animateurs	13	27	5	135 €
Entretien final (1h)	60	60	1	60 €
Temps de secrétariat				9 €
				344 €

<i>Détail du programme, séances collectives</i>	Nombres séances	de
Fonctionnement du circuit de la douleur	1	
Thérapies médicamenteuses	1	
Utilisation stratégique des thérapies non médicamenteuses	1	
Comment intégrer l'activité physique dans le quotidien	1	
Gestion des émotions, compétences psychosociales	1	

ANNEXE 9 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Haute Autorité de santé (2008) Recommandations professionnelles — Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient — Recommandations sur l'identification de la douleur chronique et sur les critères cliniques d'orientation des patients vers les structures spécialisées (décembre) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../douleur_chronique_argumentaire.pdf

Haute Autorité de Santé - Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique - guide parcours de soins janvier 2023

Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) (2017) Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen

Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al (2008) Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population Etude STOPNEP (Study of Prevalence of Neuropathic Pain). *Pain* 136:380–7

Tajfel P (2002) La douleur en médecine générale. *Douleur et Analgésie* 15:71–9

Serrie A (2015) La prise en charge de la douleur chronique : un problème sociétal. *Bull Acad Natl Med* 199:4–5, 555–65

Eschalié A, Mick G, Perrot S, et al (2013) Prevalence and characteristics of pain and patients suffering from pain in France: an epidemiological survey National Health and Wellness Survey in 1,500 adults. *Douleurs* 14:4–15

Tunks, E. (2008). Multidisciplinary pain clinic treatment. In Rashid, S., Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jonsson, E. Editors (Eds.), *Chronic Pain* (pp. 141-152). WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim.

Gatchel, R., & Howard, K. (2008). The biopsychosocial approach. *Practical Pain Management*, 8(4). Retrieved from <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/psychological/biopsychosocial-approach>

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.

Katz, L., Patterson, L., & Zacharias, R. (2019). Evaluation of an interdisciplinary chronic pain program and predictors of readiness for change. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 70-78.

Chao, M. T., Hurstak, E., Leonoudakis-Watts, K., Sidders, F., Pace, J., Hammer, H., & Wismer, B. (2019). Patient-reported outcomes of an integrative pain management program implemented in a primary care safety net clinic: A quasi-experimental study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1105-1107.

Waddell, K., Moat, K., & Lavis, J. (2017b). Evidence brief: Developing a national pain strategy for Canada. (Evidence Brief). Hamilton, Canada: McMaster Health Forum. Retrieved from <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/evidence-briefs/pain-strategy-eb.pdf?sfvrsn=2>

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2019b). Tiered care for chronic non-malignant pain: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. (Summary). CADTH. Retrieved from <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1074%20Tiered%20Care%20for%20Chronic%20Non-Malignant%20Pain%20Final.pdf>

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2019c). Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines – an update. (Summary). CADTH. Retrieved from https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0894_in_brief_e.pdf

Huas D et. al. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. *Douleurs*. 2001 juin;2(3):149-54.

ANAES – Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire – Février 1999– Disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>

Kaplan – World Health Organization - A new understanding chronic pain - Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications (1992) - ; 141-226

D. Bouhassira et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain (2008) 136:380–7

A. Eschalié et al. - Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 4—15

H. Breivik et al - Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment - European Journal of pain 10 (2006) 287-333.

Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 - Disponible en ligne sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2008 – Disponible en ligne sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf -

HCSP- Rapport : Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006—2010 – Mars 2011

Avis sur le projet de programme national douleur (2013-2017) – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf -

Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007—2011. Paris (2007)

Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. - Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp> -

G. Mick - Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 57—66

A. O'Reilly - La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux - Journal de thérapie comportementale et cognitive (2011) 21, 126—131

Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006

CNAMTS – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - L'analyse des dépenses d'assurance maladie en 2012 - Disponible en ligne sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Juin 2014. Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf

V. Martinez et al. - Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en Médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010)11, 3—21SFETD/SFAR –

I. Nègre - Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action – Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 111—118

F. Beroud – Thérapies à médiation corporelle et douleur - Douleurs Évaluation-Diagnostic Traitement (2014) 15,33—38

V. Gastella et.al. - Traitements non médicamenteux de la douleur neuropathique - Presse Med. 2008; 37: 354–357

Gauntlett-Gilbert J, Brook P. Living well with chronic pain: the role of pain-management programmes. BJA Educ. janv 2018;18(1):3-7.

HAS Juin 2007 Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation.;4(1):39-43.

Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C. Éducation du patient et douleur chronique: une approche sociopsychoséducatrice comme complément des stratégies multidisciplinaires de soins. Douleur analg. 1 mars 2011;24(1):9-17.

1.

HAS juin 2018 Education Thérapeutique : Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Actualisation de l'analyse de la littérature.

Braillard O, Cedraschi C, Jesaimani A, Pigué V. Douleurs chroniques non cancéreuses et éducation thérapeutique du patient : une place pour le e-learning ? Revue Médicale Suisse. 2015;

Manchikanti L, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for Responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I - Evidence assessment. - Part II Guidance Pain Physician 2012; 15:S1-S66; S67-116.

Chou R, et al. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. The Journal of Pain 2009; 10: 113-130

The British Pain Society's. Opioids for persistent pain: good practice. January 2010.

Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. Can Fam Physician 2011; 57:1257-66, e407-18.

Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations. Can Fam Physician 2011;57:1269-76, e419-28.

Rapport Inserm juin 2015 Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose Juliette Gueguen Caroline Barry Christine Hassler Bruno Falissard Avec l'expertise critique d'Arnaud Fauconnier et Elisabeth Fournier-Charrière

Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. J Psychosom Res. juin 2010;68(6):539-44.

Béatrice Weber, Françoise Jermann , Lucio Bizzini , Guido Bondolfi , Antoine Lutz Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : utilité pour le traitement de la douleur. Revue Médicale Suisse. juin 2012

Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. J Psychosom Res. janv 2010;68(1):29-36.

Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Rapport Inserm 2014

Rapport d'expertise INSERM Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques - Synthèse 2019

Note méthodologique et synthèse bibliographique Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription chez les adultes – HAS Septembre 2018

Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité - HAS juillet 2022

Activité physique et analgésie : mécanismes et implications cliniques Dr AUDREY D'ANDREA a et MARC R. SUTER a Rev Med Suisse 2019 ; 15 : 1254-8

Réseau LCD – Ce que le réseau peut vous apporter – En ligne <http://www.reseau-lcd.org/professionnel-desante-avantages-du-reseau.htm> -

Cour des Comptes – Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie – Juillet 2012

HAS, Douleur chronique : les aspects organisationnels, Le point de vue des structures spécialisées RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE - Mis en ligne le 26 juin 2009

HAS, Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 15 janv. 1999

HAS, Indicateurs de qualité des parcours de soins, ARTICLE HAS - Mis en ligne le 25 avr. 2022 - Mis à jour le 01 déc. 2022

DGOS, Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - 2019, Mis en ligne le 24 nov. 2020 (site HAS)

HAS, Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique, outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 14 févr. 2023

Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie Prise en charge des douleurs chroniques au sein du réseau de santé AVH-LCD. Quels bénéfices médico-économiques pour le patient et l'assurance maladie ? – 2015

PAIN AUSTRALIA, The cost of pain in Australia, a painful reality, Deloitte Access Economics, estimations the impact of chronic pain in Australia, 2019

PAIN AUSTRALIA, The National Strategic Action Plan for Pain Management, 2022

ARRETE n° ARS-PDL/DT72/DIRECTION/2024/41/72

Portant sur la suspension d'activité du service d'urgence du Pôle Sante Sarthe te Loir

**Le Directeur Général
de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6122-1, R. 6122-25, R. 6123-1 à R. 6123-32-11 et D. 6124-1 à D. 6124-26-10 ;

Vu le décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence et notamment son article 3 ;

Vu l'arrêté ARS/PDL/DG/2023/27 du 26 octobre 2023 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2023-2028 ;

Vu l'arrêté ARS/PDL/DOSA/AES/2024/44 du 9 février 2024 portant modification de l'arrêté ARS-PDL/DG/2023-026 du 23 octobre 2023 fixant les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté ARS-PDL/DOSA/AES/06/2024/44 du 9 février 2024 fixant le calendrier des périodes de dépôt des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation des activités de soins et équipements matériels lourds pour 2024-2025 ;

Vu le courrier du 24 septembre 2024 du Directeur général par intérim du Pôle Santé Sarthe et Loir informant l'Agence régionale de santé Pays de la Loire des difficultés rencontrées pour assurer une continuité de l'activité de la structure des urgences de l'établissement, ainsi que des modalités d'accueil et de prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence mises en place par l'établissement dans le cadre d'une suspension temporaire de l'activité de cette structure ;

Considérant l'impossibilité pour le Pôle Santé Sarthe et Loir d'assurer la continuité de l'activité de la structure des urgences du site de la chasse du point du jour – CS.10129 Le Bailleul – 72205 LA FLECHE cedex sur la période du mois de octobre 2024 au regard des ressources médicales disponibles, malgré la mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles pour réorganiser le service des médecins de l'établissement titulaires des qualifications prévues à l'article D. 6124-1 du code de la santé publique ;

Considérant que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population est couvert par ailleurs ;

Considérant l'organisation par le Pôle Santé Sarthe et Loir de modalités d'accueil et de prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence, assurée en lien avec le CH du Mans autorisé à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence selon la modalité de prise en charge des patients dans une structure des urgences ;

Considérant qu'il y a lieu, au vu de ces circonstances, d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence en autorisant le Pôle Santé Sarthe et Loir à suspendre l'activité de sa structure des urgences pour une durée n'excédant pas douze heures consécutives par jour.

ARRETE

Article 1^{er} : Le Pôle Santé Sarthe et Loir est autorisé à suspendre l'activité de sa structure des urgences sur le site de Pôle Santé Sarthe et Loir pour une durée consécutive de 9h30 par jour.

- la nuit de 23h à 8h30, du 1^{er} au 3 octobre puis du 5 au 15 octobre et du 17 au 31 octobre 2024.

Cette autorisation prendra fin, le cas échéant :

- dès l'intervention d'une décision prise sur une demande de l'établissement de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence présentée lors de la première fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation pour l'activité de soins de médecine d'urgence ;
- le lendemain de la fermeture de la première fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation pour l'activité de soins de médecine d'urgence, si l'établissement n'a pas présenté la demande susmentionnée.

Article 2 : Le Pôle Santé Sarthe et Loir se chargera d'informer l'ensemble des acteurs concernés par cette suspension et notamment le service d'aide médicale urgente, les structures des urgences, les médecins généralistes, le service départemental d'incendie et de secours, les transporteurs sanitaires et le conseil de l'ordre des médecins du territoire de santé concerné.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard des tiers, de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 26 septembre 2024

Le Directeur général de l'agence régionale
de santé des Pays-de-la-Loire

Jérôme JUMEL



ARRETE n° ARS-PDL/DT72/DIRECTION/2024/42/72

**Portant sur la suspension d'activité du service d'urgence
du centre hospitalier de Château du Loir**

**Le Directeur Général
de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6122-1, R. 6122-25, R. 6123-1 à R. 6123-32-11 et D. 6124-1 à D. 6124-26-10 ;

Vu le décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence et notamment son article 3 ;

Vu l'arrêté ARS/PDL/DG/2023/27 du 26 octobre 2023 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2023-2028 ;

Vu l'arrêté ARS/PDL/DOSA/AES/2024/44 du 9 février 2024 portant modification de l'arrêté ARS-PDL/DG/2023-026 du 23 octobre 2023 fixant les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté ARS-PDL/DOSA/AES/06/2024/44 du 9 février 2024 fixant le calendrier des périodes de dépôt des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation des activités de soins et équipements matériels lourds pour 2024-2025 ;

Vu le courrier du 25 septembre 2024 du directeur du Centre Hospitalier (CH) de Château du Loir informant l'Agence régionale de santé Pays de la Loire des difficultés rencontrées pour assurer une continuité de l'activité de la structure des urgences de l'établissement, ainsi que des modalités d'accueil et de prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence mises en place par l'établissement dans le cadre d'une suspension temporaire de l'activité de cette structure ;

Considérant l'impossibilité pour le CH de Château du Loir d'assurer la continuité de l'activité de la structure des urgences du site de 5 allée Saint Martin 72000 MONTVAL-SUR-LOIR sur la période du 30 septembre au 1er octobre 2024 au regard des ressources médicales disponibles, malgré la mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles pour réorganiser le service des médecins de l'établissement titulaires des qualifications prévues à l'article D. 6124-1 du code de la santé publique ;

Considérant que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population est couvert par ailleurs;

Considérant l'organisation par le CH de Château du Loir de modalités d'accueil et de prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence, assurée en lien avec le CH du Mans autorisé à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence selon la modalité de prise en charge des patients dans une structure des urgences ;

Considérant qu'il y a lieu, au vu de ces circonstances, d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge des patients nécessitant des soins de médecine d'urgence en autorisant le CH de Château du Loir à suspendre l'activité de sa structure des urgences pour une durée n'excédant pas douze heures consécutives par jour.

ARRETE

Article 1^{er} : Le CH de Château du Loir est autorisé à suspendre l'activité de sa structure des urgences sur le site de Château du Loir pour une durée consécutive de 12 heures par jour :

- du lundi 30 septembre 20h30 au mardi 1^{er} octobre 2024 8h30

Cette autorisation prendra fin, le cas échéant :

- dès l'intervention d'une décision prise sur une demande de l'établissement de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence présentée lors de la première fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation pour l'activité de soins de médecine d'urgence ;
- le lendemain de la fermeture de la première fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation pour l'activité de soins de médecine d'urgence, si l'établissement n'a pas présenté la demande susmentionnée.

Article 2 : Le CH de Château du Loir se chargera d'informer l'ensemble des acteurs concernés par cette suspension et notamment le service d'aide médicale urgente, les structures des urgences, les médecins généralistes, le service départemental d'incendie et de secours, les transporteurs sanitaires et le conseil de l'ordre des médecins du territoire de santé concerné.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard des tiers, de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

Article 4 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 26 septembre 2024

Le Directeur général de l'agence régionale
de santé des Pays-de-la-Loire

Jérôme JUMEL



