

P04 : Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

Bureau référent : Bureau de la qualité et sécurité des soins PF2

Définition

Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont des structures de recours. Elles sont de deux niveaux : consultations et centres (Instruction N°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016).

Les consultations assurent une prise en charge pluri-professionnelle.

Les centres assurent en plus une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure). Ils ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Une partie de leur personnel est affectée en propre (et non mise à disposition). Les centres contribuent à la recherche ou à l'enseignement universitaire et au recueil épidémiologique. Ils doivent pouvoir proposer des traitements spécialisés dans des domaines d'expertise. Ils organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour l'examen des cas complexes.

Les SDC peuvent réaliser des permanences avancées sur des sites distants selon les modalités précisées dans l'instruction ci-dessus.

Références concernant la mission

Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Instruction N°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.

Critères d'éligibilité

Pour bénéficier d'un financement pour leurs missions d'intérêt général, les structures doivent être conformes au cahier des charges figurant dans l'instruction DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011, actualisé dans l'instruction de 2016, et avoir été labellisées par leur ARS de rattachement.

Les structures labellisées à titre provisoire (généralement pour une année « blanche ») par leur ARS, ne sont pas financées tant qu'elles ne satisfont pas intégralement au cahier des charges.

La labellisation est valable 5 ans, toutes les labellisations ont été renouvelées au 1/01/2017.

Chiffres clefs

En 2017, 208 établissements ont été financés au titre de cette mission pour un montant global de 60 864 918€.

Montants délégués par structure:

- 1er quartile : 198 047€

- Médiane : 228 135€



- 3ème quartile : 295 036€

Périmètre de financement

Le montant de la dotation accordée à une structure finance les surcoûts occasionnés par l'exécution de la mission (cf. cahier des charges), déduction faite des recettes issues des actes et consultations externes remboursables (ACE : consultations médicales, actes infirmiers, de kinésithérapie...) facturés à l'assurance maladie.

La MIG finance les surcoûts liés à la prise en charge des patients externes et notamment aux consultations longues et/ou pluri professionnelles. La MIG finance de plus les actions suivantes : les réunions de synthèse pluri-professionnelles et les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques « réadaptatives » ainsi que l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé et la participation aux activités de recueil épidémiologique.

Les séjours des patients hospitalisés pour douleur chronique sont eux financés par les GHS « douleur chronique ».

Pour tous les autres motifs d'hospitalisations, il est rappelé que la prise en charge des douleurs aiguës (notamment les douleurs induites par les soins) est incluse dans les tarifs des GHS au titre de la qualité des soins.

Les structures concernées (notamment les centres) peuvent, par ailleurs, percevoir les dotations MERRI dédiées à leurs activités d'enseignement universitaire et de recherche.

Critères de compensation

Ces critères ont évolué à partir de 2016.

L'indicateur de référence est désormais la file active annuelle de patients externes. Cette file active incorpore le cas échéant les patients vus par la SDC en permanence avancée.

Le financement comprend pour toutes les SDC un socle minimum uniforme, correspondant au financement de 0.6 ETP de médecin et de 1.5 ETP de personnel non-médical, augmenté de charges indirectes, revalorisées depuis 2016 à 13,3%.

Le reliquat de la MIG nationale est ensuite affecté aux SDC au prorata de leur file active.

Le fléchage de la dotation par SDC est indicatif et chaque ARS peut moduler la répartition entre les SDC de sa région selon ses propres critères (par exemple, la qualité des prises en charge).

Des travaux ont été engagés à partir de 2016 pour objectiver les surcoûts financiers nets (ACE déduits) des SDC liés à la réalisation de leurs missions et afin de raffiner le présent modèle. Ce modèle pourra être conforté par l'établissement par la HAS de recommandations relatives au parcours standard de prise en charge des patients externes en SDC.

Prise en compte du coefficient géographique

- L'exercice de la mission ne génère pas de surcoûts liés à l'implantation géographique.
- Les coefficients géographiques ont été appliqués sur la modélisation
- Les coefficients géographiques ont été appliqués sur une partie des financements pour les raisons



suivantes.

Évaluation a posteriori de la pertinence du financement de la mission

Existence d'un rapport d'activité : Non, mais Il existe un bordereau spécifique de la SAE appliqué aux SDC une année sur deux depuis 2014.

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs de résultat repris dans la SAE ou lors des labellisations :

Activité :

- file active
- nombre de consultations médicales et paramédicales (ventilées en adulte et enfant de moins de 18 ans ; et en consultations internes et externes)
- nombre d'hospitalisations réalisées.

Qualité des prises en charge :

- Pour les centres, le nombre annuel de cas vus en RCP est totalisé et la part de personnels médicaux propres à la structure ou mis à disposition est prise en compte. L'activité d'enseignement universitaire et de recherche est prise en compte.
- Le nombre annuel de consultations de psychologue/psychiatre et d'IDE est comparé au nombre de consultations médicales afin d'évaluer la réalité de la prise en charge pluriprofessionnelle.
- La part de personnel formé à la prise en charge de la douleur (DESC ou Capacité pour les médecins, DIU/DU pour les IDE et éventuellement les psychologues) est prise en compte.

Adéquation aux besoins de la population :

- le délai moyen d'attente pour une première consultation médicale en SDC est pris en compte.