

Audit de pratiques

16 et 17 décembre 2025

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du CHU de Montpellier

Plan :

- I/ Rappel sur la définition et le fonctionnement d'une SDC en France (DGOS et SFETD)
- II/ Descriptif de l'organisation de la SDC du CHU de Montpellier
- III/ Audit de pratiques de la SDC (référentiel SFETD)
- IV/ Parcours d'un patient au moyen de la méthode du patient traceur (référentiel HAS)
- V/ Entretiens avec le personnel soignant, les psychologues et les agents administratifs du CETD
- VI/ Réclamations et témoignages de soutien
- VII/ Conclusion et préconisations

I/ Rappel sur la définition et le fonctionnement d'une structure douleur chronique (SDC) en France

Les structures douleur chroniques (SDC) sont apparues dans les années 1990 avec un processus de labellisation en 2001 permettant ainsi de construire un maillage territorial dans l'esprit des plans « douleur » successifs. Le médecin traitant est très souvent le premier confronté à la plainte d'un patient douloureux chronique. Il est le plus souvent à l'initiative de l'adressage du patient à une structure spécialisée. Il doit être associé aux décisions thérapeutiques dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

Un cahier des charges a été élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en collaboration avec des professionnels de santé ([Tableau 1](#)). Ces structures se sont construites autour d'un **modèle biopsychosocial** indissociable d'une **prise en charge pluriprofessionnelle**

et pluridisciplinaire. L'organisation pluriprofessionnelle des SDC repose sur un trinôme composé d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) psychologue. Ces professionnels de santé possèdent, outre leur qualification initiale, une formation universitaire spécifique à la prise en charge de la douleur (Capacité d'Evaluation et Traitement de la Douleur ou Diplôme d'Etudes Spécialisés Complémentaires pour le médecin / Diplôme Universitaire pour l'infirmier et le psychologue). Ce trinôme propose aux patients un programme thérapeutique personnalisé faisant appel **autant aux approches pharmacologiques qu'aux techniques non médicamenteuses**. Cette équipe de soins s'appuie sur un secrétariat qui a également un rôle majeur dans l'accueil et le suivi des patients douloureux chroniques. Une formation spécifique est proposée par la SFETD depuis 2022. Une collaboration avec d'autres professionnels de santé (tels des kinésithérapeutes, ou ergothérapeutes) et des assistantes sociales est également souhaitable. Le médecin traitant reste le référent de la prise en charge ainsi que les médecins spécialisés selon les pathologies associées à la douleur (rhumatologue, neurologue, psychiatre, interniste ou encore chirurgien) (1-5). Il existe des fiches métier pour l'ensemble des professionnels de santé postés dans une SDC.

Certaines SDC étant très spécialisées voire à plusieurs déclinaisons, il n'est pas surprenant de recenser 306 entités sur le site de la DGOS dont 95 centres, 182 consultations et 29 permanences avancées. Celles-ci, bien que rattachées à une structure, répondent à une demande de renforcement du maillage territorial dans des régions insuffisamment couvertes par des équipes douleur. Enfin, on identifie au dernier recensement 26 SDC expertes sur l'endométriose, 29 centres et 13 consultations pédiatriques 22 centres et 12 consultations oncologiques.

Tableau 1

Critères d'identification des SDC (2011)

- La responsabilité médicale revient à un médecin titulaire du DESC douleur ou de la capacité douleur qui assure au moins 3 ½ journées par semaine - Le temps médical cumulé d'une SDC est d'au minimum 5 ½ journée par semaine - La formation de tout médecin responsable de la prise en charge d'un enfant doit inclure, en plus d'une valence douleur, une valence pédiatrique (DES de pédiatrie ou au moins 3 années d'expérience en milieu pédiatrique). - Le temps du personnel non médical cumulé (secrétaire, infirmier.e, (IDE), psychologue) est d'au moins 1,5 ETP. Une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour les IDE et souhaitée pour les psychologues. - Les actes des professionnels de santé sont tracés. - L'activité d'une SDC est d'au moins 500 consultation externes/ an. La file active est tracée - Une permanence téléphonique aux jours/heures ouvrables est assurée avec un numéro d'appel dédié - Une unité de lieu est requise dans des locaux regroupés - La SDC est ouverte vers d'extérieur : information du médecin traitant est des professionnels correspondants libéraux, la collaboration avec les associations de

patients, la coopération et le partage des compétences avec tous les professionnels de santé de proximité et institutions (HAD, EHPAD par exemple)

- La SDR est lisible au sein de son établissement d'appartenance (avis, protocoles...)
- La prise en charge est pluriprofessionnelle (médecin, IDE, psychologue et/ou psychiatre avec un temps de secrétariat dédié.
- La SDC doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés (éventuellement extérieurs à l'établissement dans le cadre d'un partenariat formalisé) et tracés dans le dossier patient (rhumatologie, neurologie, anesthésie etc...)
- Les professionnels de la SDC élaborent un projet thérapeutique personnalisé pour chaque patient grâce à une réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP) formalisée et tracée (médecin, IDE, psychologue) et une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) organisée au sein de la consultation ou par un CETD ou une organisation recensée par l'ARS en intégrant éventuellement des moyens de télémédecine.
- Les consultations sont des SDC aux missions simplifiées qui regroupent médecin, IDE, psychologue et assurent une prise en charge pluriprofessionnelle en lien avec l'offre de premier recours. Les CETD assurent une prise en charge pluridisciplinaire. Elles sont dotées d'un plateau technique, de lits d'hospitalisation et ont la charge de missions d'enseignement et de recherche.

Les SDC sont financées en grande partie par des dotations de type MIG (Mission d'Intérêt général) qui ont pour objet de compenser « les surcoûts en rapport avec des consultations spécialisées longues et/ou pluridisciplinaires, les surcoûts portés par les RCP, la formation et l'information, la mise en œuvre de traitements et techniques thérapeutiques réadaptatives, l'organisation d'une collaboration avec la médecine de ville et les autres établissements de santé, la participation aux activités de recueil épidémiologique, la coordination d'activités d'enseignement et de recherche ».

Des modifications des critères d'identification de 2011 ont été apportées en 2017 ([Tableau 2](#)) puis en 2023 ([Figure 1](#)) pour mieux s'adapter aux besoins du territoire. Ainsi la MIG (montant en 2024 de 78,3 M€) est désormais répartie selon 3 compartiments : un compartiment géo-populationnel (10% de la MIG), un compartiment activité, tel que le recensement des nouveaux patients (80% de la MIG) et un compartiment qualité ciblé sur la pluriprofessionnalité (10% de la MIG). De plus, l'Etat a mis en place un outil de pilotage des données d'activité des MIG appelé « PIRAMIG » dont un des objectifs est de mieux arbitrer la répartition des financements afin de la rendre plus équitable.

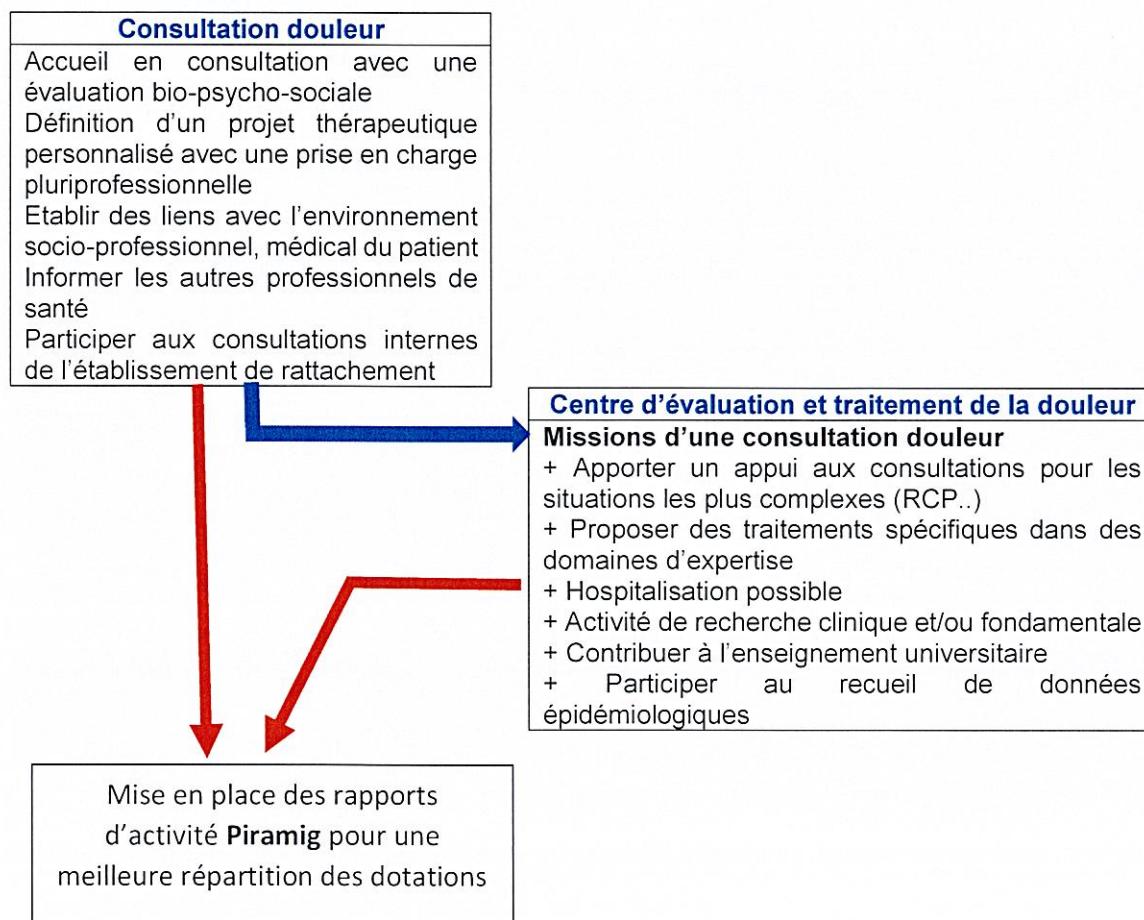
Tableau 2

Critères d'identification des SDC (2017)

Modifications apportées aux SDC de type « centres »
1- Réaliser au moins une RCP/mois 2- Au moins une des deux conditions suivantes : - coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié « douleur » (DU, DIU, capacité, DESC, FST, UES) - réaliser une activité recherche, formalisée par des publications référencées dans PubMed. Un minimum de 3 publications sur les 5 dernières années est requis.

Les SDC sont labellisées tous les 5 ans par les ARS. La liste est disponible sur le site internet du ministère de la Santé et de la Prévention mais aussi sur celui de la SFETD.

Figure 1 : Consultations, centres et évolution des rapports d'activité pour une meilleure répartition des dotations MIG



- 1- Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. [Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population](#). Pain. 2008 Jun;136(3):380-387. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013. Epub 2007 Sep 20.
- 2- <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>.
- 3- Douleur, Soins palliatifs et accompagnement. Le Référentiel. Livre officiel du Collège des enseignants de médecin de la Douleur, du Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs. R2C. Medline eds. Paris, 2021.
- 4- <https://www.college-douleur.org/fst-infos-generales.php>.
- 5- Structures douleur chronique en France (SDC). Guide de Bonnes pratiques. SFETD. F. Aubrun. Medline Eds Paris, 2019.

II/ Fonctionnement du CETD de Montpellier

Composition équipe CETD

Pôle cancérologie médecine et immunologie (5,8 ETP)

Département Service douleur, psychosomatique, maladie fonctionnelle (5,8 ETP)

1. Personnel médical

Equipe médicale	Médecin	ETP
(8115) Unité de Médecine Intégrative et de Psychosomatique		0,20
		0,20
(8115) Unité de Médecine Intégrative et de Psychosomatique - Total		0,40
(8121) Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		1,00
		0,60
		1,00
		1,00
		0,01
		1,00
		1,00
		0,10
		0,20

2. Personnel non médical

6 IDE :

1 AS :

2 Psychologues (1 ETP)

Conseiller en insertion professionnelle (0,20 ETP)

Secrétaires médicales

3. Organisation du service

Le centre anti-douleur a été créé en 1979 par Le centre a été réorganisé
en 2013. Le centre devient par la suite un « département
douleur, psychosomatique et maladie fonctionnelle » labellisé CETD par l'ARS Occitanie. Il
est doté de lits d'hospitalisation de jour et de semaine dédiés aux douloureux chroniques
complexes. Il s'agit d'un centre pluriprofessionnel regroupant des secrétaires, des
psychologues, des infirmières, une aide-soignante et un patient partenaire. Ce centre est
également pluridisciplinaire regroupant des algologues issus de l'anesthésie / la neurologie / la
psychiatrie / la rhumatologie / la gastroentérologie.

: Le service d'algologie comporte le centre d'évaluation et de traitement de la
douleur (CETD) et une unité de médecine intégrative et psychosomatique rattachée à la
structure douleur (fusion des deux unités en 2013 bien qu'une identification propre de cette
unité persiste dans l'organigramme (deux médecins y exercent à temps partiel).

Le volume total des consultations communiqué est d'environ 5889 passages en 2024 (données
PIRAMIG) et 3085 séjours HDJ (4 lits +/- 2 supplémentaires) hébergés actuellement en
médecine interne. Les parcours de soins font l'objet de protocoles. L'algologie
interventionnelle est développée à l'exception de gestes techniques relevant de la

neurochirurgie (pompes intrathécales pas ou peu développées) ou de pratiques loco-régionales gérées plutôt par les anesthésistes

Les gestes techniques déclarés sur le rapport d'activité 2024 (PIRAMIG) comportent des soins conventionnels (consultation médicale et prescription médicamenteuse) auxquels s'ajoutent des applications de capsaïcine, de la neurostimulation transcutanée (TENS), des séances de mésothérapie, des infiltrations de points gâchette, des injections de toxine botulinique, des perfusions de kétamine et d'anti CGRP, de la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS). Des programmes d'éducation thérapeutique individuels ou en groupe, des suivis par des psychologues des séances d'autohypnose, de musicothérapie et un suivi sexologique spécifique sont également déclarés sur le site de la DGOS. Cet exercice varié (et confirmé par les professionnels de santé interrogés) est conforme au cahier des charges d'une SDC tel que prévu par la SFETD et la DGOS. Les thérapies conventionnelles et complémentaires apparaissent également dans le projet de service BALMES-2 « fiche opération » page 2.

Le délai de consultation est actuellement de 6 mois mais avec des coupe-files.

A noter qu'il existait des lits d'hôpital de semaine, mais que ceux-ci ont été fermés depuis la période COVID.

Le service collabore avec l'U-1298 de l'INM (Institut des Neurosciences de Montpellier) avec pour correspondant du CETD, Un rapprochement est justement en cours avec l'INM et avec le SAR du pour un projet de recherche autour de la traumatologie et de la douleur chronique post-traumatique.

Ce stage est ouvert aux internes de médecine de la douleur et de médecine générale et aux étudiants en FST.

Il existe de nombreux projets collaboratifs avec la neurochirurgie (CS pré-stimulation médullaire implantée) avec la gynécologie (endométriose) avec la génétique (projet OSCAR). Un projet d'équipe mobile douleur est également en discussion. Les liens avec d'autres SDC du territoire font déjà l'objet d'une RCP trimestrielle.

4. Analyse des documents communiqués par le service

- Document de demande de consultation dans le service d'algologie à destination des patients : ce document est actuellement en cours de modification intégrant une note explicative très claire sur la définition d'une douleur chronique, d'un CETD. Le questionnaire qui fait suite à cette note comporte des questions habituelles pour une consultation de douleur chronique. Les patients sont informés qu'ils sont interrogés sur leur mode de vie, leur situation socio-professionnelle afin de mieux les connaître et mieux comprendre leur parcours de douloureux

chronique. Les questionnaires associés (BPI, FIRST, DN4, EPICES, HAD) sont conformes aux recommandations des sociétés savantes impliquées dans la prise en charge des patients douloureux. Une troisième section concerne les attentes de la prise en charge. Les questions posées ne sont pas intrusives et doivent permettre de mieux orienter les patients.

- Documents remis au patient à titre d'information et dans le cadre de consentement à des soins spécifiques. A titre d'exemple, on peut noter des formulaires d'information et de consentement remis au patient concernant la rTMS, la toxine botulinique. Ces documents sont conformes aux recommandations de la SFETD.

5. Projet de service BALMES-2 (mai 2027)

Prévision de transfert du centre vers un nouveau site de 780 m² dont la perspective est d'accroître le rayonnement régional (projet Balmes 2) et d'unifier les activités : lits de semaine (12), HDJ (4 lits), plateaux techniques et bureaux. Il existe notamment un projet de création de poste d'IPA de suivi de TENS. Le projet a été corédigé le 29 août 2022

. Il comporte une synthèse très complète de la future filière de soins en intégrant une montée en charge des stratégies thérapeutiques conventionnelles et complémentaires. Ce projet est ambitieux et tourné vers les trois missions d'un CETD : le soin, l'enseignement et la recherche. Pour cela, ce projet est conforme aux attendus d'une SDC tels que précisé dans la circulaire de 1998 ([Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle](#)), et rappelé en 2024 (<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>)

III/ Synthèse des recommandations sur les SDC

Les recommandations proposées dans cette section font référence pour un certain nombre d'entre elles à des textes réglementaires publiés par les Agences et Autorités sanitaires sur la douleur, en concertation avec la SFETD. Elles correspondent également, notamment en ce qui concerne les stratégies thérapeutiques dans les HDJ, à des avis d'experts qui ont travaillé à partir des données de la littérature. Toutefois, la faiblesse des niveaux de preuve de la littérature sur certains traitements n'a pas permis d'emploi de la méthode GRADE pour la rédaction de recommandations fortes. Néanmoins, il est apparu indispensable que la SFETD précise certaines règles de bonne pratique dans l'utilisation de médicaments ou de techniques qui peuvent incontestablement apporter un soulagement pour des patients ayant bénéficié auparavant et sans succès des thérapeutiques conventionnelles. Ces traitements proposés par les experts peuvent également engendrer des effets indésirables et donc nécessiter des modalités de surveillance et des précautions d'utilisation qui ne peuvent être contestées.

Référence : Structures douleur chronique (SDC) en France. Guide de bonnes pratiques. Sous la direction du Pr Frédéric Aubrun. Groupe de Pilotage : Frédéric Aubrun, Séverine Conradi, Aline Le Chevalier, Virginie Piano. MED-LINE Editions. Paris, 2019.

AF : accord fort

Organisation de la structure :5 recommandations

Recommandation n°1 : 1/50

L'obtention de la labellisation « SDC » est indispensable et nécessaire pour utiliser le terme de structure douleur chronique (SDC = consultation ou centre). La labellisation est le garant d'une prise en charge de qualité. Les critères de labellisation de 2011 et de 2017 sont les fondements du fonctionnement des SDC. **AF**

Date de labellisation

Réponse

Le centre a été créé en 1979 et a toujours été labellisé « CETD » par l'ARS.

Recommandation n°2 :2/50

Il est recommandé de garantir le principe de la pluri-professionnalité et de la pluridisciplinarité des consultations et des centres ainsi que dans le cadre des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). **AF**

Réponse

La pluriprofessionnalité est respectée : médecins algologues, psychologues, infirmières ressource douleur, aide-soignante, secrétaires médicales, et un conseiller en insertion professionnelle.

La pluridisciplinarité est respectée : médecins algologues issus de la psychiatrie de la rhumatologie, de la médecine générale et de l'anesthésie.

RCP 4 fois par an avec les SDC de Perpignan Carcassonne, Béziers et Sète

Recommandation n°3 : 3/50

Il est recommandé de développer la transition de la prise en charge des enfants, suivis en structure pédiatrique qui passent vers une structure adulte. Il faut toutefois respecter les spécificités cliniques liées à l'âge, à la maladie et à l'évolution du patient.

Réponse

Il n'existe pas de prise en charge spécifiquement pédiatrique au sein du CETD car il existe un service spécifique d'algopédiatrie et de soins palliatifs pédiatriques. Toutefois, un relais existe avec le CETD quand les enfants atteignent l'âge adulte. Il existe à ce titre des staffs interservices 4 fois par an

Recommandation n°4 : 4/50

Il est recommandé de reconsidérer le calcul du financement des SDC en intégrant des paramètres liés par exemple à la complexité des patients, à l'importance de la file active et au caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de la structure.

Question hors champ

Recommandation n°5 : 5/50

Il est recommandé que l'annuaire des SDC labellisées soit très largement diffusé notamment par les ARS avec la mise en œuvre complémentaire de leviers de communication tels que la diffusion de fascicules ou organisation de plateformes auprès des bassins de population.

Question hors champ

L'équipe et ses compétences : 13 recommandations

Recommandation N°1 : 6/50

Il est recommandé que du temps identifié de secrétariat soit alloué à une SDC. Ce temps doit être proportionnel à l'activité de cette structure.

Réponse

Temps alloué : 1,8 ETP (temps posté). En théorie : 2,3 (0,5 ETP manquant)

Recommandation N° 2 : 7/50

La secrétaire a une fonction fondamentale permettant d'orienter au mieux le patient, dans son rôle de premier contact avec celui-ci. En lien avec les soignants, elle peut participer à l'évaluation des critères d'urgence justifiant un coupe-file et à l'orientation du patient auprès d'une SDC alternative de proximité de son domicile.

Réponse

Les secrétaires rassurent, orientent, adressent les patients conformément au cahier des charges recommandé par la SFETD. Chaque mois, un médecin gère les coupes files et trie les demandes en lien avec les secrétaires ce qui permet de fluidifier l'adressage et la répartition des patients au sein de l'équipe médicale. Les secrétaires sont parfois amenées à décider du lieu de réadressage des patients au sein du territoire. (SDC plus proches de leur lieu de résidence et/ou SDC plus spécialisées dans certains domaines d'expertise)

Recommandation N°3 : 8/50

Il est recommandé que le médecin exerçant en SDC soit spécifiquement formé et compétent en médecine de la douleur et travaille en équipe pluri-professionnelle. En effet, la consultation uni-professionnelle n'est pas un modèle adapté pour la prise en charge des patients douloureux complexes. Le médecin doit par conséquent veiller à la pluriprofessionnalité et à la pluridisciplinarité de l'équipe dans laquelle il exerce et/ou dont il a la responsabilité. AF

Réponse

Pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité de l'équipe respectée avec une forte densité en rhumatologues

Recommandation N°4 : 9/50

Le médecin a un rôle de coordination des évaluations, de l'élaboration du projet thérapeutique réalisé en équipe, et de son déroulement. Il fait le lien avec la coordination clinique de proximité, avec les services spécialisés, coordination nécessaire à une bonne prise en charge de la douleur. AF

Réponse

Recommandation appliquée et conforme au cahier des charges

Recommandation N°5 : 10/50

Une évaluation des risques psychosociaux au sein d'une SDC est recommandée du fait des risques élevés qui peuvent concerner l'ensemble du personnel, en particulier pour les jeunes consultants. Des plans de prévention des risques psychosociaux peuvent comporter des groupes de supervision tels que les groupes BALINT ou des groupes d'analyse des pratiques.

Réponse

Pas de groupe balint

Jeunes consultants : 1 staff par semaine avec un accompagnement de l'ensemble des professionnels + staff le vendredi qui accueille l'ensemble de l'équipe. Un compagnonnage semble effectif au sein du service.

Recommandation N°6 : 11/50

L'IRD est un infirmier doté d'une expertise et d'une compétence unique par une formation universitaire validante, qui lui permet de prendre en charge un patient douloureux chronique sur prescription médicale, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ou en autonomie. Pour les SDC pédiatrique, il est attendu que l'IRD ait une expérience pédiatrique, voire le DE de Puériculture.

Réponse

7 IRD mais à temps variable

5,5 ETP dont une cadre

Recommandation N°7 : 12/50

L'IRD contribue à la prise en charge du patient douloureux par ses activités clinique de consultation que ce soit en 1^{ère} ligne/ 1^{er} recours, 1^{ère} ligne/2^{ème} recours ou 2^{ème} ligne. Le temps clinique de l'IRD doit permettre :

- une première consultation d'évaluation indispensable au recueil d'informations pour poser un diagnostic infirmier, participer au diagnostic médical et participer à la stratégie thérapeutique.
- des consultations de suivis pour mettre en œuvre les actes infirmiers autonomes dans le cadre de protocoles de soins ou sur prescription médicale.
- une consultation finale afin d'évaluer la prise en charge. **AF**

Réponse

Tous les patients sont vus par un médecin avant de les répartir vers les autres professionnels

Place des IRD en deuxième ligne (pas de consultation première)

Toutes les IRD réalisent des consultations dont l'activité est tracée sur PIRAMIG

Recommandation N°8 : 13/50

Outre son rôle clinique et d'éducation thérapeutique en SDC et dans les unités de soins (au sein d'une équipe mobile), l'IRD a également une mission de formation, d'enseignement, de recherche et d'organisation au sein de la SDC. **AF**

Réponse

Recommandation appliquée : les IRD participent aux sessions de formation et d'enseignement.

Elles dispensent des cours d'hypnose et enseignent au DU douleur

Recommandation N°9 : 14/50

Les psychologues assurent les missions d'évaluations psychologiques et psychopathologiques prévues par les référentiels de labellisation des SDC. Ils participent à l'élaboration du projet thérapeutique et assurent la dimension psychologique de ce projet concernant le suivi des patients et leur réévaluation. **AF**

Réponse

Recommandation appliquée (2 psychologues exerçant en « alternance »)

RECOMMANDATION N°10 : 15/50

Chez les enfants et les adolescents, il est recommandé que le psychologue de la SDC participe à l'évaluation du patient dès le début de la prise en charge. Cette évaluation concerne le contexte d'apparition de la douleur, le contexte familial et scolaire. **AF**

Réponse

Question hors champ

Recommandation N°11 : 16/50

Il est recommandé que le temps dédié au psychologue d'une SDC soit suffisant pour lui permettre de réaliser ses missions cliniques, de formation et de recherches ainsi que les temps institutionnels. **AF**

Réponse

Temps de travail des psychologues postés trop faible et donc insuffisant pour mener de front tous les projets

Recommandation N°12 : 17/50

Une réunion de concertation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (RCP) est recommandée et s'impose dès lors qu'un geste invasif est programmé et/ou qu'il s'agit d'un patient particulièrement vulnérable, en mésusage de traitement antalgique, ou présentant des comorbidités importantes ou en échec thérapeutique. **AF**

Réponse

Recommandation appliquée au sein de la SDC et avec les structures extérieures au CHU

Recommandation N°13 : 18/50

Le patient doit être informé et consentant pour que son dossier soit présenté et discuté en RCP. Le médecin traitant doit être également informé. Le secret médical est partagé par tous les participants de ces réunions qui font l'objet d'un compte-rendu de synthèse envoyé au patient, au médecin traitant et aux autres correspondants impliqués dans la prise en charge. Le compte rendu est enregistré dans le dossier du patient. **AF**

Réponse

Le patient est informé et consentant concernant la discussion de son dossier au sein de l'équipe

Le médecin traitant (MG) n'est pas initialement dans la boucle

Synthèse de la RCP tracée dans le dossier mais pas de courrier spécifique à la suite de la RCP

En revanche, le MG et les patients reçoivent un courrier dans les suites d'une nouvelle consultation (démarche structurée)

Entretien algologique : 3 recommandations

Recommandation N°1 : 19/50

Il est recommandé de réaliser pour chaque nouveau patient une évaluation multidimensionnelle et pluri professionnelle de la douleur en s'aidant par exemple de la grille d'entretien semi-structuré du patient comme celle proposée par l'ANAES. L'évaluation psychologique se construit autour d'un axe triple : l'évaluation psychologique de la douleur, l'analyse psychopathologique du patient, l'analyse des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique. Quant à l'entretien infirmier, il permet notamment d'aborder la genèse de la douleur et le contexte de vie dans lequel s'inscrit cette douleur chronique.

Réponse

Un questionnaire multidimensionnel de la douleur est remis à chaque nouveau patient : l'évaluation préalable est psychologique, psychopathologique et intègre les conséquences de la douleur. Ce questionnaire, qui doit être systématique, a été retravaillé depuis l'évènement

Questionnaire transmis à l'auditeur

Recommandation N°2 : 20/50

Il est recommandé de dépister les douleurs neuropathiques par le questionnaire DN4, qui est un outil de dépistage et d'évaluer les symptômes neuropathiques, en utilisant le questionnaire NPSI : « Neuropathic Pain Symptom Inventory » qui peut être un outil de suivi. **AF** (Se référer aux recommandations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques)

Réponse

Ces scores (notamment NPSI) sont utilisés et tracés dans le logiciel DxCare

Confirmation de visu

Recommandation n°3 : 21/50

Avant l'initiation d'un traitement comportant des opioïdes pour une douleur non cancéreuse, il est recommandé de repérer et d'identifier les facteurs de risque de mésusage et d'informer le patient sur la possibilité de survenue d'une dépendance aux opioïdes. Un suivi personnalisé devra systématiquement découler de la mise en évidence de facteurs de risque. **AF**

Réponse

Identification clinique par les médecins et information dispensée au patient

Recommandations thérapeutiques médicamenteuses et complémentaires pour les HDJ **Douleur : 25 recommandations**

Kétamine

Recommandation N°1. 22/50

Indications :

En douleur chronique, la kétamine peut être proposée pour les patients souffrant de :

- douleurs réfractaires sévères, après échec des traitements recommandés
- douleurs rebelles en situation palliative avancée.

Elle s'intègre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire associant notamment un psychiatre ou d'un psychologue.

Réponse

Recommandation appliquée

3 A 4 séances de perfusion maximum

Recommandation N°2. 23/50

Modalités de prescription : Avant toute administration de kétamine (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient de la douleur et de ses conséquences est recommandé. Un bilan hépatique initial est préconisé afin de dépister un risque d'insuffisance hépatique.

Réponse

Recommandation appliquée

Pas de document joint

Recommandation N°3 : 24/50

Modalités d'administration : il est préconisé que la kétamine soit administrée par voie intraveineuse sur une à plusieurs heures. En cas de dose > 0,5 mg/kg/h, une surveillance par cardioscope est recommandée et en cas de dose > 1,5 mg/kg/jour, une prémédication par une benzodiazépine est recommandée afin de réduire l'incidence des effets indésirables psychodysléptiques. Le traitement par kétamine doit être administré et surveillé par un infirmier expérimenté. Un médecin doit être joignable à tout moment.

Réponse

Doses plus faibles par rapport aux recommandations et administrées par voie sous cutanée et non en IV

Médecin et IRD présents en HDJ

Durée de la séance : 2h30 de présence du patient

Recommandation N°4. 25/50

Durée du traitement : L'indication de poursuivre une prise en charge par kétamine doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 % ; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient. Toute administration répétée nécessite la réalisation d'un bilan hépatique régulier.

Réponse

Bilan Hépatique réalisé régulièrement pendant le traitement

Evaluation avant chaque HDJ : efficacité, qualité de vie, sommeil etc....

Lidocaïne

Recommandation N° 5. 26/50

Indications :

En douleur chronique, la lidocaïne par voie intraveineuse (IV) est préconisée pour les patients présentant des douleurs réfractaires après échec des traitements recommandés, en particulier les douleurs neuropathiques centrales et périphériques.

Réponse

Cette stratégie thérapeutique n'est pas pratiquée actuellement dans le centre

En projet

Recommandation N° 6. 27/50

Conditions de prescription : Avant toute administration de lidocaïne IV (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé ainsi qu'un ECG pour dépister des contre-indications.

Réponse

Cette stratégie thérapeutique n'est pas pratiquée actuellement dans le centre

En projet

Recommandation N° 7. 28/50

Modalités d'administration : il est préconisé que la lidocaïne soit administrée par voie intraveineuse à la dose moyenne de 3 à 5 mg/kg sur une à plusieurs heures. Outre la surveillance clinique et régulière par du personnel formé, le patient doit bénéficier d'un monitoring comportant un cardioscope, d'un tensiomètre et d'un oxymètre de pouls, ceci jusqu'à une heure après la fin de la perfusion. L'intralipide, un antidote de la lidocaïne, doit être disponible dans l'unité de soins. Son utilisation doit faire l'objet d'un protocole écrit.

Réponse

Cette stratégie thérapeutique n'est pas pratiquée actuellement dans le centre

En projet

Recommandation N° 8. 29/50

Durée du traitement : L'indication de poursuivre une prise en charge par lidocaïne IV doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 % ; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Réponse

Cette stratégie thérapeutique n'est pas pratiquée actuellement dans le centre

En projet

Toxine botulique

Recommandation N° 9. 30/50

Indications :

La toxine botulinique est recommandée pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées (aire douloureuse < 240 cm²) en dernière intention (niveau de preuve faible), et pour la migraine chronique (niveau de preuve faible), dans le cadre d'un traitement de recours réservé aux patients réfractaires aux traitements plus conventionnels.

Réponse

Recommandation appliquée dans les deux indications (expertise : Dr Labrousse)

Recommandation N°10. 31/50

Conditions de prescription : Avant toute administration de la toxine botulinique (réservée au cadre hospitalier), le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce médicament. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé. La toxine botulinique doit être administrée dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant une bonne expérience de l'utilisation de cet agent et avec un plateau technique adapté

Réponse

Recommandation appliquée (voir document imprimé pour consentement)

Recommandation N° 11. 32/50

Modalités d'administration : il est recommandé que les injections de la toxine botulinique soient réalisées par voie intramusculaire pour la migraine chronique ou par voie sous-cutanée pour la douleur neuropathique périphérique. Les doses varient de 25 à 300 unités.

Réponse

Recommandation appliquée

Recommandation N° 12. 33/50

Durée du traitement : La durée moyenne d'efficacité est de 3 mois et l'indication de poursuivre une prise en charge par la toxine botulinique doit reposer sur une évaluation précise des bénéfices qui doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Réponse

Recommandation appliquée

rTMS = stimulation magnétique transcrânienne

Recommandation N° 13. 34/50

Indications :

La rTMS est proposée en soins courants par certaines structures labellisées douleur chronique ayant l'expertise de la technique, pour des patients douloureux chroniques

réfractaires, notamment dans la fibromyalgie chronique après échec de l'ensemble des traitements conventionnels (niveau de preuve faible).

Réponse

Thérapie proposée depuis 2013

L'équipe réalisant les stimulations sont postées en dehors du site.

Achat prévu dans plan équipement futur projet de relocalisation du CETD

Recommandation N°14. 35/50

Conditions de prescription : Avant toute réalisation de rTMS, le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de cette technique. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé. Une évaluation psychologique et psychopathologique par un psychologue et une évaluation complète du sommeil par un spécialiste du sommeil sont préconisées par certaines équipes

Réponse

Recommandation appliquée. Les patients sont tous reçus par

Document d'information et de consentement (flyer) remis au patient

Recommandation N°15. 36/50

Modalités thérapeutiques : le protocole pour la rTMS le plus utilisé est le suivant : 3 séances la première semaine, puis une séance par semaine pendant 3 semaines, puis d'une séance toutes les 3 à 4 semaines pendant 6 mois. La neuronavigation est conseillée mais la zone à stimuler (cortex moteur) peut être aussi repérée par enregistrement électrophysiologique : enregistrement de potentiels moteurs de repérage avant stimulation (avec compte-rendu de l'acte réalisé par un enregistrement graphique de la courbe).

Les paramètres de stimulation les plus habituels en analgésie sont : 80 % du seuil moteur, fréquence 10 Hz, 1500 trains par séance.

Réponse

Il existe un protocole alternatif (même temporalité que pour la dépression)

Protocole identique depuis 2013

Mêmes paramètres de stimulation

Recommandation N° 16. 37/50

Durée du traitement : Le bilan clinique médical et paramédical réalisé avant les séances de rTMS est renouvelé un mois après le début du traitement. La poursuite de ce dernier doit reposer sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Réponse

Evaluation après une à deux semaines

1 mois de traitement complet avant réévaluation et ajustement thérapeutique

Traçabilité de l'efficacité

Patches de capsaïcine

Recommandation N° 17. 38/50

Indications :

Les patches de haute concentration de capsaïcine sont recommandés et ont l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur. Il s'agit d'un traitement de seconde intention et plus.

Réponse

Recommandation appliquée

Plus de 1500 RDV-patients pour ce type de traitement

Recommandation N° 18. 39/50

Conditions de prescription : Avant toute application de patches de haute concentration, le patient doit être informé des bénéfices et des effets indésirables de ce traitement. Un bilan clinique quantifié et tracé dans le dossier du patient, de la douleur et de ses conséquences, est recommandé.

Réponse

Recommandation appliquée

Note dans le courrier de liaison

Recommandation N°19. 40/50

Modalités d'administration : il est recommandé que le traitement par patchs de haute concentration de capsaïcine soit dispensé en hôpital de jour. Avant application cutanée, la région douloureuse doit être déterminée par un médecin et délimitée par un marquage sur la peau. Le patch doit être appliqué par un médecin ou par un professionnel de santé formé à l'utilisation de ce traitement sous la supervision d'un médecin, dans une salle suffisamment aérée, muni de gants en nitrile, d'un masque et de lunettes de protection. La région d'application peut être prétraitée au mieux par l'application de froid avant, pendant et après la procédure. Le patch doit être laissé en place pendant 30 minutes pour les pieds et 60 minutes pour les autres endroits du corps.

Réponse

Recommandation appliquée

Recommandation N°20. 41/50

Durée du traitement : La durée d'efficacité du traitement par patchs de haute concentration de capsaïcine est de 3 mois et une nouvelle application peut être envisagée après cette période. La poursuite du traitement repose toutefois sur une amélioration de la douleur et /ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 % ; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Réponse

Le délai de 3 mois est incompressible. L'évaluation du patient après cette période détermine la poursuite ou non du traitement.

Analgesie intrathécale

Recommandation N° 21. 42/50

Indications : Une analgésie intrathécale ou péridurale peut être proposée pour les douleurs cancéreuses ou les douleurs chroniques non cancéreuses, réfractaires à un traitement bien conduit et/ou chez les patients ayant des effets indésirables graves avec les traitements antalgiques conventionnels et en l'absence d'alternative thérapeutique. La mise en place d'une pompe implantable programmable peut être envisagée dans le

traitement des douleurs chroniques intenses réfractaires aux traitements opiacés ou non opiacés administrés par voie systémique.

Réponse

Pas d'accès à cette stratégie thérapeutique

Les patients souffrant de douleurs cancéreuses sont suivis par le secteur de médecine palliative.

Pas de filière de soins comme en région AURA

En revanche, le personnel est formé au remplissage des pompes chez les patients disposant d'une analgésie IT. De très rares cas de suivi des patients au sein du CETD

Recommandation N°22. 43/50

Conditions de mise en œuvre : L'antalgie intrathécale par pompe implantable est une technique invasive réservée aux douleurs réfractaires, qui implique des anesthésistes et/ou des chirurgiens (pour l'implantation) et des médecins qualifiés en douleur chronique et formés à la technique (pour le suivi). L'indication doit faire l'objet d'une discussion collégiale (oncologues, radiothérapeutes, algologues, anesthésistes, radiologues, soins de support, psychiatres ...) en coordination avec les soignants extérieurs et l'entourage du patient : l'indication est posée en réunion de concertation pluridisciplinaire. En cancérologie ou en palliatif l'évaluation psychologique préalable est facultative ou différée car l'amélioration de la qualité de vie doit primer.

Réponse

Voir réponse à la question 21

Recommandation N° 23. 44/50

Modalités d'administration : Les traitements recommandés par les sociétés savantes (SFETD, SFAR, AFSOS) pour l'analgésie intrathécale, incluent la morphine, la bupivacaïne, la ropivacaïne, le ziconotide, le baclofène et la clonidine. Il est recommandé que la préparation des médicaments administrés par voie intrathécale soit réalisée dans une pharmacie hospitalière spécialisée permettant le contrôle de la stérilité et de la conformité des préparations. Il est recommandé que l'injection périmédullaire soit réalisée sous stricte condition d'asepsie, et que le patient soit hospitalisé en hôpital de jour (HDJ). Une surveillance stricte clinique et des paramètres hémodynamiques et ventilatoires est recommandée avant, pendant, et après le remplissage de la pompe et son paramétrage par télémétrie.

Réponse

Voir réponse à la question 21

Recommandation N° 24. 45/50

Durée du traitement : Il est recommandé qu'un carnet de suivi du traitement soit remis au patient, comportant les coordonnées des personnes à contacter en cas de problème. Avant la sortie d'HDJ, un nouveau rendez-vous d'HDJ est fixé pour le suivi et l'adaptation progressive du traitement intrathécal. Il est recommandé de tracer les données de l'évaluation et toutes les étapes de la procédure d'HDJ dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Réponse

Voir réponse à la question 21

Projet de collaboration avec un neurochirurgien pour le développement de cette technique d'analgésie

DOULEUR DU CANCER/ : 3 recommandations

Recommandation n°1 : 46/50

Il est recommandé de réaliser un diagnostic physiopathologique et une évaluation pluridimensionnelle de la douleur du cancer. **AF**

Réponse

Réponse conforme à la recommandation. En cas de douleur cancéreuse, le patient est adressé dans le service des soins palliatifs

Recommandation n°2 :47/50

Il est recommandé pour le suivi des patients souffrant de cancer, de structurer le maillage régional en identifiant les acteurs de premier recours « douleur » (joignables rapidement pour conseils et aide à la prise en charge) en cas de difficultés des acteurs de proximité (personnel soignant à domicile ou en structure de soins). Il est recommandé d'identifier dans chaque région, une structure douleur de second recours avec RCP et proposition de techniques spécifiques pour soulager les douleurs rebelles.

Réponse

Voir réponse question 1 de la section « DOULEUR DU CANCER »

Recommandation n°3 : 48/50

Concernant la douleur en cancérologie, les SDC ont un rôle de formation auprès des équipes en poste dans les structures de soins, d'information auprès des patients en complémentarité avec les équipes de soins de supports.

Réponse

Il existe des formations pour les douleurs mixtes (à composante neuropathique)

Recommandation N° 25 : 49/50

Il est recommandé d'utiliser en SDC exclusivement les thérapies complémentaires ayant un niveau de preuve scientifique suffisant et validées notamment par l'Académie Nationale de Médecine et/ou par un groupe d'experts pluriprofessionnels et pluridisciplinaires.

Réponse

Les techniques suivantes sont appliquées aux patients qui le nécessitent

Neuromodulation, TENS (stimulation du nerf vague : NSV) ; rTMS

Relaxation

Méditation en pleine conscience

Hypnose et autohypnose

Acupuncture

Soins en Médiation corporelle toucher massage, réflexologie notamment plantaire

Les CLUD : 1 recommandation

Recommandation N° 1 : 50/50

Il est recommandé de mettre (ou maintenir) en place un Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) au sein d'un établissement pour définir et accompagner la politique de prise en charge de la douleur

Sa co-présidence doit être assurée par un personnel médical et un personnel paramédical ou non médical, nommés par la Direction Générale, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et la Direction des soins. Des moyens doivent être mis à

disposition par l'établissement pour assurer un travail et une coordination de qualité (temps de secrétariat dédié).

Réponse

Pdt du CLUD. Pour rappel, il est pédiatre algologue responsable de l'activité douleur et soins palliatifs.

Vice-présidente : infirmière de coordination

CLUD : Missions de formation du personnel. Participation de l'équipe du CETD aux réunions du CLUD central

IV/ Parcours d'un patient au moyen de la méthode du patient traceur (référentiel HAS)

Le référentiel 2025 a été utilisé le 16 décembre pour appliquer la méthode (voir PJ).

Concernant le patient, tous les critères impératifs sont appliqués : accueil, signalétique, évaluation de sa douleur, options thérapeutiques et consentement. Les critères standards sont soit respectés (satisfaisant) soit neutres. Aucun critère identifié comme « insatisfaisant »

Concernant les professionnels (IRD), tous les critères impératifs sont appliqués ; évaluation et réévaluation de la douleur et proposition de stratégies thérapeutiques dans le cadre du parcours de soins du patient. La traçabilité des actions est effectuée. Concernant les critères standards, aucun n'est qualifié d'« insatisfaisants ». Ils ont soit satisfaisants, soit neutres ou non analysés.

V/ Entretiens avec le personnel soignant, les psychologues et les agents administratifs du CETD

Des entretiens se sont succédés les 16 et 17 décembre 2025 avec les

Un esprit d'équipe s'est dégagé de ces entretiens, chaque médecin détaillant sa participation à l'activité du centre. chef du service a clairement expliqué l'organisation de son service et la place de chaque médecin dans son fonctionnement. Les thérapies complémentaires sont présentées comme des compléments thérapeutiques aux stratégies conventionnelles, chaque patient bénéficiant d'un parcours dédié. Il apparaît que le CETD collabore activement avec d'autres SDC et avec le service de médecine palliative. Ces collaborations concernent également les IRD, dont (IRD très

impliquées dans les HDJ) et les deux psychologues rencontrées (

, chacune ayant une activité à temps partiel (en moyenne 11 patients par semaine et par psychologue). Elles témoignent unanimement d'une très bonne ambiance de travail, basée sur l'empathie et le partage des informations notamment lors du staff du vendredi. Selon elles, les patients bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur souffrance physique mais aussi morale avec des retours très positifs de la patientèle. Le centre est « ouvert vers l'extérieur » en partie grâce au

Il existe des ateliers de communication, voire des conférences à destination de certains groupes de patients, souffrant en particulier de fibromyalgie. Selon le Dr , les témoignages de satisfaction des patients (présentés lors de l'entretien), sont nombreux. L'approche holistique est une richesse de la SDC selon les agents interrogés.

, présente lors de l'entretien, son activité de clinicien mais également d'enseignant ; des fiches pédagogiques d'auto-évaluation et d'auto-apprentissage sont remis (concernant notamment une méthode qualifiée d'innovante de régulation émotionnelle Tipi). Un ouvrage est également remis par l'auteur concernant la pratique de l'éducation thérapeutique. Il en est le coordinateur.

Les deux secrétaires détaillent leur mission et expriment leur satisfaction quant aux relations de travail avec le chef de service et les médecins. Elles sont un rôle d'accueil et d'aiguillage, conformément aux recommandations de la SFETD.

Il me confie sa grande satisfaction de travailler au sein du CETD avec lequel il a tissé des liens de confiance. Il fait part d'un dynamisme collectif et contribue à l'accompagnement des patients souffrant de handicap, de douleurs chroniques et trop souvent en errance professionnelle. Son positionnement au sein de la structure a incontestablement une forte valeur ajoutée, peu fréquente en France. A noter que son poste a été initialement financé par la fondation APICIL avec pérennisation par l'employeur.

Il est praticien douleur « temps plein » en 1997 et devient responsable du CETD en 2000. Il participe depuis plusieurs années à des enseignements à l'université (DU, DIU, M2) et à des formations au sein de l'hôpital pour des étudiants, des internes, du personnel infirmier. Il a été invité à de nombreux congrès en tant qu'orateur et a collaboré à des ouvrages et à des publications

essentiellement en français. Sur le plan clinique, il justifie les entretiens semi-directifs par une approche « phénoménologique », plus adaptée à une souffrance chronique. Il communique beaucoup avec les médecins généralistes et des spécialistes confrontés à la souffrance de leurs patients et répond favorablement à des invitations pour des séances d'éducation thérapeutique ou des conférences (établissements de cure thermale).

VI/ Réclamations et témoignages de soutien

Après analyse des réclamations communiquées par la DG concernant le CETD ou le personnel qui y exerce, il s'avère qu'elles sont peu nombreuses quand on les compare aux témoignages de soutien qui font suite à la diffusion de la vidéo. En 2022, 2023 et 2024, on relève respectivement trois, deux, et quatre réclamations. En 2025, si l'on exclue le courriel d'une personne manifestement extérieure à l'ES et n'ayant jamais été pris en charge au CHU de Montpellier, seules trois réclamations sont enregistrées

Trente et un témoignages de soutien sont enregistrés cette année à la date de l'audit. Les témoignages de soutien concernent également de très nombreux professionnels de santé en exercice ou à la retraite

VII/ Conclusion et préconisations

La SDC auditée fait preuve d'un grand dynamisme avec une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire soudée. Ce CETD respecte le cahier des charges de la DGOS, à savoir une activité clinique (consultations externes et séjours en HDJ), une activité d'enseignement (in situ et à la faculté) et de recherche (qui nécessite sans doute d'être développée). Ce centre n'est pas cloisonné et collabore avec le service de médecine palliative et occasionnellement avec le SAR et les spécialités participant à l'algologie interventionnelle tels que la neurochirurgie. Le projet BALMES-2 est vécu comme une extraordinaire opportunité de développer les activités conventionnelles et complémentaires. Parmi les forces de ce service, on relève la présence d'un patient partenaire, conseiller en insertion professionnelle, et d'un médecin très investi dans l'ETP.

Les événements du mois de novembre sont vécus comme une souffrance par l'ensemble de l'équipe.

La prise en charge de la douleur s'inscrit, il faut le rappeler, dans une démarche bio-psycho-sociale, ce qui nécessite un travail fouillé, très souvent collectif, d'investigation sur les parcours individuels, parfois très chaotiques, des douloureux chroniques.

Une analyse stratégique est proposée (Figure 2)

Trois préconisations sont proposées

- 1- Revoir la **dénomination du service** : il s'agit d'un CETD tel qu'identifié par l'ARS. Le terme « Unité de Médecine Intégrative et de Psychosomatique » peut faire référence au contenu de la vidéo et donc nuire à la réputation du service.
- 2- Rédiger une **charte de fonctionnement de la SDC**. Elle pourrait rappeler certains fondamentaux concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques et les moyens thérapeutiques (qui peuvent être évolutifs). Il s'agirait de rédiger un règlement de fonctionnement qui servirait de « document-socle » à destination de l'ensemble des professionnels exerçant dans la SDC mais aussi des apprenants (notamment en stage dans la structure).
- 3- Rédiger un **document d'information aux patients** : un service d'algologie n'est pas un service comme les autres. Les patients sont pris en charge parfois des années après l'apparition de leur douleur ce qui nécessite des entretiens « fouillés » qui peuvent être vécus comme intrusifs (notamment par l'entourage de la patientèle). Ce document d'information (qui pourrait être rédigé par la SFETD) aurait pour finalité de sensibiliser les patients à cette approche « biopsychosociale » qui peut surprendre. Quant aux

questionnaires remis aux patients, ils peuvent également évoluer en fonction du type de douleur et de l'histoire clinique du patient.

Figure 2 : SDC : Analyse stratégique concernant la visite sur site

