

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins
(DGOS)*

Sous-direction du pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre de soins (SD-PF)

Bureau qualité et sécurité
des soins (PF2)

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

NOR : AFSH1613721J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 13 mai 2016. – Visa CNP 2016-76.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet d'organiser l'appel à candidatures destiné au renouvellement en 2017 et pour cinq ans du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique, et au relevé de leur activité 2016.

Mots clés : labellisation – cahier des charges – dossier de candidature – guide d'évaluation – annuaire – relevé d'activité – MIG.

Références :

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;

Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG).

Texte abrogé : circulaire n° DGOS/PF2/2012/268 du 5 juillet 2012 relative à la réalisation d'un annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique identifiées, et au recueil de leurs données d'activité.

Annexes :

Annexe 1. – Cahier des charges: les critères en vigueur.

Annexe 2. – Dossier de candidature.

Annexe 3. – Guide d'évaluation des dossiers de candidature.

Annexe 4. – Modalités de recueil des informations relatives à l'annuaire national des SDC.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames
et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

L'instruction du 19 mai 2011 a actualisé le cahier des charges national pour les structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC) et vous a sollicités afin de labelliser en conséquence les SDC dans vos régions.

La circulaire du 5 juillet 2012 vous a précisé que la labellisation des SDC était valable cinq ans. Cette labellisation prendra fin en décembre 2016¹.

¹ Environ 260 sites (centres, consultations, permanences avancées) sont actuellement labellisés.

1. Appel à candidature pour une nouvelle labellisation des SDC sur cinq ans

La présente instruction vous sollicite afin que vous procédiez à un appel à candidatures destiné à renouveler le dispositif de SDC labellisées pour un nouveau mandat de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2017.

Critères utilisés (cahier des charges) : les grands principes du cahier des charges publié en mai 2011 restent en vigueur. Cependant :

- les critères de désignation des SDC spécialisées en prise en charge pédiatrique évoluent et par ailleurs ;
- de nouveaux critères plus exigeants ont été retenus par la DGOS en accord avec les professionnels pour les SDC de type « centre² » : coordination d'enseignement universitaire en douleur et/ou la production de publications référencées dans PubMed. Ils sont destinés à garantir l'existence d'une réelle plus-value des centres pour les prises en charges les plus complexes.

Ces évolutions sont consignées en annexe 1.

Vous veillerez à diffuser cette annexe sans délai et dès le lancement du présent appel à candidatures, auprès des SDC potentiellement candidates, pour leur information préalable.

Le dossier de candidature proposé en annexe 2 est fondé sur les critères ci-dessus. Il est à communiquer aux structures candidates afin qu'elles le renseignent puis vous le retournent en temps utile. Il vous est recommandé de solliciter d'emblée l'ensemble des structures potentiellement candidates, en effet les labellisations « au fil de l'eau » ne sont pas souhaitées.

Un guide d'évaluation des dossiers de candidature renseignés vous est proposé en annexe 3. Il ne doit pas être transmis aux SDC, il a pour objet de faciliter votre évaluation des candidatures reçues. La satisfaction de certains des critères est obligatoire et opposable, la satisfaction d'autres critères est laissée à votre appréciation compte tenu de votre contexte régional.

Préconisations sur le dispositif cible :

- le maillage cible : s'agissant d'un symptôme chronique et afin d'éviter l'implantation de SDC de faible taille critique et donc une dispersion des financements, il vous est demandé de réserver la labellisation de toute SDC polyvalente³ affichant une activité inférieure à 1000 consultations médicales externes (ou moins de 400 patients en file active⁴) aux situations géographiques ou aucune autre SDC polyvalente n'est accessible à moins d'une heure de transport.
- à moins d'une heure de transport, la mise en place de permanences avancées est à privilégier ;
- en zone urbaine, les équipes doivent être mutualisées et regroupées au sein d'une SDC unique répondant au cahier des charges et dépassant le seuil mentionné ci-dessus.

Les SDC créées en dehors de la présente recommandation ne seront pas financées⁵ ;

- les centres : les SDC de type centre doivent assurer une prise en charge pluridisciplinaire. L'objectif est l'existence d'au moins une SDC de type centre par région. Il est rappelé que les SDC de type consultation ou centre sont actuellement financées de façon identique par la dotation MIG ;
- la pédiatrie : il est recommandé qu'au moins une SDC spécifiquement pédiatrique soit constituée dans chaque région.

Je vous recommande d'informer sans délai les SDC candidates du présent appel à candidatures et de leur transmettre l'annexe 1.

Je vous remercie de me faire parvenir la nouvelle liste des SDC labellisées par vos soins sous le présent timbre avant le 13 janvier 2017, en distinguant s'il s'agit de consultation ou de centre, et si elles disposent ou pas d'une spécialisation pédiatrique validée. Vous utiliserez à cette fin les indications mentionnées à l'annexe 4 « Modalités de recueil des informations relatives à l'annuaire national des SDC » afin de rassembler ces informations et les transmettre à la DGOS.

² Le cahier des charges de 2011 distingue les SDC de type « consultation », pluriprofessionnelles et participant au maillage territorial, et les SDC de types centre, pluridisciplinaires et qui doivent répondre à des critères supplémentaires.

³ Hors SDC spécialisée : pédiatrique exclusive, odontologique, cancérologique, gériatrique, en CHS, en SSR, en HIA.

⁴ Le ratio moyen constaté en 2015 du nombre de consultations médicales externes sur les files actives était de 2.4

⁵ Cette disposition a reçu l'accord de la SFETD. Ses correspondants régionaux pourront être mobilisés afin de vous assister dans la présente labellisation et le maillage.

2. Recueil des données d'activité 2016

Afin d'évaluer le niveau des dotations MIG 2017 à attribuer aux SDC retenues à l'issue du présent appel à candidature et hébergées en établissement MCO, je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir début 2017 les données d'activité suivantes :

- file active de patients externes 2016 (il s'agit du nombre de patients distincts vus en consultation médicale externe en 2016, un patient revenant plusieurs fois étant comptabilisé une seule fois en file active);
- nombre de consultations médicales externes réalisées en 2016. Outre les consignes de maillage qui sont préconisées ci-dessus, le seuil de 500 consultations est requis pour que la SDC soit labellisée et éligible à un financement MIG.

Je vous rappelle que le fléchage intra-régional des dotations entre SDC est indicatif afin de vous permettre la réalisation d'arbitrages.

Je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir, sous le présent timbre, ces données d'activité pour l'ensemble de votre région avant le 27 janvier 2017 délai de rigueur pour une attribution des dotations en première circulaire budgétaire 2017.

Je vous remercie de me tenir informée de toute difficulté rencontrée dans l'interprétation ou la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. ARMENTERAS DE SAXCÉ

ANNEXE 1

CRITÈRES DE CAHIER DES CHARGES

1. L'ensemble des critères et exigences détaillées dans l'instruction du 19 mai 2011⁶ restent en vigueur à l'exception des éléments nouveaux signalés ci-après.

2. Distinction entre centres et consultations⁷

Dorénavant les structures douleur chronique (SDC) de type «centre» devront, en plus des critères spécifiés dans l'instruction ci-dessus, répondre aux conditions cumulatives a et b suivantes :

a) Réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois (il s'agit de réunions rassemblant au moins 3 médecins de spécialités différentes et destinées à examiner les situations les plus complexes y compris les cas adressés par des SDC tierces)

b) ET au moins une des deux conditions :

- Coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire clairement identifié «douleur» (DU, DIU, capacité, DESC/FST⁸, UE5);
- Réaliser une activité de recherche, formalisée par des publications référencées dans PubMed. Un minimum de 3 publications sur les 5 dernières années est requis.

Maillage: au moins une SDC de type «centre» est requise, par région.

3. Structures exclusivement pédiatriques⁹

Le médecin responsable de cette SDC doit posséder la double valence proposée en critère 3 de l'annexe 3 de l'instruction de mai 2011 à savoir :

a) valence douleur

- DESC médecine de la douleur et médecine palliative; ou
- Capacité évaluation et traitement de la douleur

b) ET valence pédiatrique

- DES de pédiatrie; ou
- expérience en médecine de l'enfant et de l'adolescent d'au moins 3 ans¹⁰ temps plein, ou durée équivalente à temps partiel).

La SDC exclusivement pédiatrique réalise au moins une RCP par mois. Il est recommandé la mise en place de RCP pédiatriques régionales voire interrégionales, et de RCP mixtes (adulte-pédiatrique) notamment pour la transition des patients de la pédiatrie vers la médecine d'adulte.

Maillage: au moins une SDC exclusivement pédiatrique est requise, par région.

4. Autres prises en charge pédiatriques

Les structures adultes peuvent accueillir des enfants et adolescents en première intention.

Il est souhaité que ce type de prise en charge soit assuré par des médecins ayant la double valence douleur et pédiatrie, telle que définie plus haut.

Il est recommandé que tout médecin possédant cette double valence puisse réaliser des permanences pédiatriques au sein de SDC adultes, en s'intégrant dans le contexte pluri-professionnel de cette SDC d'accueil.

⁶ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/05/cir_33137.pdf.

⁷ Modifie l'annexe 4 de l'instruction de 2011.

⁸ Futures formations spécialisées transversales.

⁹ Il s'agit des enfants et adolescents de moins de 18 ans.

¹⁰ Cette expérience de 3 ans peut être un travail en tant qu'interne, CCA, assistant, vacataire ou PH dans un service de pédiatrie, ou dans un autre service accueillant essentiellement des enfants ou adolescents (par exemple pédopsychiatrie, rééducation pédiatrique, anesthésie pédiatrique).

5. Maillage territorial

Il ne sera pas financé au titre de la MIG de SDC polyvalente d'activité inférieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit moins de 400 patients en file active) lorsque celle-ci est située à moins d'une heure de transport d'une autre SDC polyvalente¹¹.

Il sera préféré et financé :

- soit la mise en place de permanences avancées (accueillies au sein d'autres établissements de santé ou pôles ou centres de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires) comme proposé dans l'instruction du 16 mai 2011 citée *supra*;
- soit, en zone urbaine, la mutualisation des équipes existantes qui seront à regrouper au sein d'une SDC polyvalente unique répondant au cahier des charges et cumulant une activité supérieure à 1 000 consultations médicales externes annuelles (soit plus de 400 patients en file active).

¹¹ Hors SDC spécialisée de type pédiatrique exclusive, cancérologique, odontologique, gérontologique, implantée en HIA, CHS ou SSR.

ANNEXE 2

DOSSIER DE CANDIDATURE 2016

Les structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC) sont labellisées par les ARS pour 5 ans à compter de janvier 2017. Les candidatures, pour être éligibles, doivent se conformer aux critères décrits dans le cahier des charges (voir annexe 1).

Le présent dossier de candidature est à remplir par la SDC candidate et à retourner à son ARS de rattachement.

Critères communs à toutes les SDC

1. La SDC est rattachée à un Établissement de santé public ou privé.

Raison sociale et adresse de l'établissement de santé de rattachement de la structure, qui reçoit la MIG	
FINESS juridique de l'établissement de rattachement	
FINESS géographique du site de la structure	
Type d'établissement (MCO, SSR, CLCC, CHS...)	

2. La SDC a une activité minimale annuelle de 500 consultations médicales externes.

Nombre de consultations médicales externes réalisées en 2014	
Nombre de consultations médicales externes réalisées en 2015	
Si l'un des deux chiffres est inférieur à 500, quelle en est la cause ?	

3. Les locaux de la SDC sont regroupés.

Adresse physique du site de la structure	
En cas de sites multiples: Motif de cette organisation multisite ?	
Nombre de sites et adresses des différents sites ?	
Quel est l'établissement qui porte administrative-ment l'ensemble et qui reçoit la MIG ?	

4. Une SDC peut assurer une ou des permanences avancées (consultations médicales ou IDE) au sein d'autres établissements de santé ou pôles ou centres de santé ou maisons de santé pluri-disciplinaires. Dans ce cas cette activité s'additionne à son activité principale pour le calcul de son financement MIG.

Si la SDC organise des permanences avancées elle fournit pour chacune d'elle: L'adresse du site	
Les horaires de la permanence	
La file active correspondant à cette permanence	
la SDC fournit à l'ARS copie des conventions passées avec les sites accueillant les permanences.	

5. Un avenant au CPOM entre l'établissement de santé siège de la SDC et l'ARS a été signé.

Date de signature de l'avenant	
La SDC fournit une copie de l'avenant à l'ARS.	

6. Un accueil téléphonique *via* un numéro dédié est assuré par la SDC.

Accueil téléphonique dédié de la structure : Numéro dédié	
Horaires d'ouverture de la SDC	
Horaires d'ouverture de l'accueil téléphonique	
Décrire les modalités d'accueil téléphonique mises en place hors des heures d'ouverture de la SDC (répondeur, renvoi vers une SDC tierce...)	

7. Pour au moins deux demi-journées par semaine, deux salles de consultations sont disponibles simultanément sur le même site.

Justification en cas de non-réalisation de cette condition par la SDC?	
--	--

8. La SDC est « lisible » dans son ES de rattachement: elle a une activité interne dans son établissement de rattachement.

File active ^(*) 2015 de patients internes hospitalisés (hors séjours pour douleur chronique) vus par la SDC	
Actions réalisées par la SDC en interne hors prise en charge (avis, formation, protocoles...)	

() nombre de patients uniques hospitalisés vus par la SDC en 2015, un patient vu plusieurs fois étant comptabilisé une seule fois en file active.*

9. La SDC est ouverte vers l'extérieur.

Quelles ont été en 2015 les actions d'information/communication réalisées vers les usagers ou les professionnels de santé notamment de ville?	
Des associations de patients sont-elles en relation avec la SDC et lesquelles?	

Critères relatifs au personnel

10. Identité du médecin responsable de la SDC.

Nom, prénom	
Type de diplôme « douleur » obtenu	
Date d'obtention du diplôme	
Quantité de demi-journées assignées par le médecin responsable à sa SDC	

11. Temps cumulé du personnel médical dans la SDC.

Temps médical cumulé (total) consacré à la SDC, en équivalent-temps plein (ETP)	
---	--

12. Personnel non médical (PNM) de la SDC

	Quantité d'ETP total consacré à la SDC	Quantité d'ETP formé douleur	Type de formation(s) douleur
IDE			
Psychologue ^(*)			
Secrétariat			
Autre PNM			
TOTAL PNM			

() En l'absence de psychologue le temps de médecin psychiatre peut être mentionné dans le tableau au titre de la prise en charge psychologique.*

Critères relatifs à la prise en charge

13. Accès à une assistante sociale.

Si la SDC ne dispose pas dans son équipe de temps d'assistante sociale (mentionné dans le tableau 12), a-t-elle organisé l'accès des patients à une assistante sociale ?	
--	--

14. Réunions de synthèse pluri-professionnelles : après bilan complet, une réunion de synthèse pluri-professionnelle (rassemblant *a minima* médecin, IDE, psychologue) formalisée et tracée dans le dossier patient permet de décider d'un projet thérapeutique pour le patient, si sa situation le nécessite.

Si la situation du patient est examinée à plusieurs reprises successives au cours de différentes réunions de synthèse, il s'agit de plusieurs cas.

Nombre de cas discutés en réunion de synthèse formalisée en 2015	
Comment ces réunions sont-elles formalisées et tracées ?	

15. Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Réservées à l'examen des cas les plus complexes, les RCP rassemblent au minimum 3 médecins de spécialités différentes, leurs conclusions sont tracées dans le dossier patient. Toute SDC devrait avoir accès à l'avis d'une RCP pour les situations les plus complexes. Si la situation du patient est examinée à plusieurs reprises successives au cours des sessions de RCP différentes, il s'agit de plusieurs cas.

La SDC réalise t'elle des RCP tracées et formalisées ?	
Si oui, nombre de sessions réalisées en 2015	
Sinon, la SDC a-t-elle accès aux avis d'une RCP extérieure ? Organisée par quelle SDC ?	
Nombre de cas présentés en RCP en 2015	

16. Accès à des avis médicaux spécialisés: la SDC a-t-elle accès aux avis médicaux suivants, sont-ils tracés dans le dossier du patient (oui/non)?

Spécialité:	Avis disponible dans la SDC	Avis disponible dans l'établissement	Autre situation
Anesthésiste			
Rhumatologue			
Neurologue			
Psychiatre			
Pharmacien			
Médecine physique et de réadaptation			

17. Délais d'attente pour une première consultation médicale

Quel est le délai d'attente moyen constaté en 2015 pour une première consultation médicale pour les nouveaux patients?	
La SDC a-t-elle mis en place un dispositif « coupe-file » c'est-à-dire de priorisation des prises en charge pour les situations urgentes et si oui lequel?	

Critères spécifiques à certaines SDC

18. Polyvalence ou spécialisation

La SDC est-elle polyvalente ou bien spécialisée?	
Si elle est spécialisée, quelle est sa spécialité?	
Quelle est le motif de sa spécialisation? (hébergement dans un CLCC, un CHS etc.)	

19. Pédiatrie¹².

La SDC est-elle spécialisée dans la prise en charge des enfants et adolescents ^(*) ?	
Si oui et que cette spécialisation est exclusive, quelle est la formation de son responsable?	
Si non (spécialisation non exclusive) la SDC dispose-t'elle néanmoins de médecin(s) possédant la double valence pédiatrie + douleur?	
Si oui, quantité d'ETP consacrée à la SDC et formation du ou des médecin(s) concerné(s)	

(*) Il est rappelé (annexe 1) que toutes les SDC peuvent accueillir, en première intention, des enfants et adolescents bien que ces derniers doivent être si possible pris en charge par un médecin disposant de la double valence.

¹² Sont ici concernés, les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

20. Odontologie. Lorsque la structure est dirigée par un chirurgien-dentiste et est spécialisée en odontologie elle doit être rattachée à une SDC polyvalente et son activité s'additionne à celle de cette SDC pour le calcul de la MIG.

Coordonnées de la SDC polyvalente de rattachement	
Une copie de la convention de rattachement est à fournir à l'ARS	

Critères relatifs à la traçabilité de l'activité

21. Hospitalisation - données d'activité 2015 : hospitalisation pour douleur chronique, y compris hospitalisations de jour et ambulatoires. Ces données sont disponibles dans le PMSI (GHM douleur chronique rebelle, unité médicale 61)

Nombre de séjours	
Nombre de patients distincts hospitalisés	

22. Consultations - données d'activité 2015 : activité de consultation. La file active est le nombre de patients distincts vus au moins une fois dans l'année. Les consultations de psychiatres ou de psychologues sont à comptabiliser ensemble pour refléter la prise en charge psychologique.

	item	Patients externes adultes	Patients externes enfants < 18 ans	Patients internes hospitalisés pour un diagnostic principal hors douleur chronique
Nombre de consultations médicales totales	1			
Nombre de consultations IDE	2			
Nombre d'actes de soins IDE	3			
Nombre de consultations psychologiques (psychologues ou psychiatres)	4			
File active 2015	5			
Dont nombre de nouveaux patients en 2015	6			
Mentionner ici le ratio [consultations médicales sur file active] (1/7) de votre SDC, justifier le cas échéant l'écart à la moyenne nationale (2.4 en 2015) (*)	7			

(*) Population ou prise en charge particulière, difficulté de relais en ville... L'article L.4130-1 du CSP mentionne: « Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes: [...] 5° bis . Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur; [...]»

Critères relatifs aux SDC de type centre

23. Lits et plateau technique.

La SDC a-t-elle accès à des lits?	
En propre? Nombre	
Mis à disposition? Nombre	
La SDC a-t-elle accès à un plateau technique (explorations fonctionnelles, radiologie interventionnelles, bloc opératoire...)?	

24. Personnel mis à disposition ou affecté en propre à la SDC. Vous avez déjà déclaré la totalité des ETP dans les items 11 et 12 (les sommes doivent être identiques).

	ETP mis à disposition de la SDC	ETP propre à la SDC
Personnel médical (cf. 11)		
Personnel non médical (cf. 12)		

25. Activité d'enseignement universitaire réalisée par le personnel de la SDC.

	Indiquer le nombre d'heures par type					Dénomination des enseignements
	DU	DIU	Capacité	DESC/FST	UE5	
La SDC coordonne-t-elle ou a-t-elle la responsabilité pédagogique d'un ou des enseignements douleur parmi la liste suivante?						
Autres enseignements auxquels la SDC participe (sans les coordonner)						

26. Activité d'études et de recherche réalisée par le personnel de la SDC (2011-2015).

Sur 5 ans (2011-2015)	Nombre	Lister jusqu'à 5 publications majeures au format PubMed
Publications recensées dans PubMed ayant pour co-auteur un ou des personnels de la SDC		
Autres publications notoires		

ANNEXE 3

GUIDE D'INTERPRÉTATION DES DOSSIERS DE CANDIDATURE

Principe: Le guide ci-dessous est réservé à l'usage des ARS. Il explicite l'interprétation à donner aux réponses fournies par les SDC candidates dans leur dossier de candidature. Il précise si le critère concerné est strictement opposable, ou susceptible d'interprétation par l'ARS. Il respecte la numérotation des questions du dossier de candidature.

Tableau des critères strictement opposables à la labellisation d'une DCS

N°	Concerne:	Commentaire:
1	Rattachement à un ES	
2	Activité minimale	Sauf absence ponctuelle du médecin
3	Locaux regroupés	Sinon, regroupement à réaliser à terme
5	Avenant au CPOM	
6	Accueil téléphonique dédié	
7	2 salles de consultation	
10	Responsable formé douleur	
11	ETP médical total minimal	
12	ETP non médical total minimal et formé	
13	Accès à une assistante sociale	
14	Réalisation de réunions de synthèse	
18	Polyvalence	Sauf exceptions mentionnées
22	Traçabilité de l'activité de consultation	

1. La SDC est rattachée à un établissement de santé public ou privé.

Critère obligatoire. Il est rappelé qu'actuellement seuls les établissements MCO sous T2A peuvent bénéficier d'une MIG.

2. La SDC a une activité minimale annuelle de 500 consultations médicales externes

Obligatoire. Toute éventuelle baisse d'activité sous le seuil de 500 consultations n'est acceptable que si elle correspond à une période d'absence justifiée du médecin responsable de la SDC lorsque ce médecin est seul (à l'exception d'un remplacement du médecin). Le seuil doit être respecté l'année suivante, dans le cas contraire la SDC n'est pas labellisable.

Par ailleurs l'instruction préconise des conditions restrictives de maillage pour les SDC dont l'activité est inférieure à 1 000 consultations annuelles (ou ayant une file active inférieure à 1000 patients), voir item 22.

3. Les locaux de la SDC sont regroupés.

Obligatoire. La dispersion des locaux ne peut-être qu'exceptionnelle par exemple pour des raisons historiques, mais le regroupement des locaux doit alors vous être proposé à terme (en effet des locaux adéquats doivent pouvoir être mis à disposition de la SDC), ce dernier point est à vérifier par vos soins.

4. Permanences avancées (consultations médicales ou IDE).

Facultatif mais souhaité (voir consignes de maillage, 22). L'ARS devrait être en possession de la copie des conventions.

L'adresse des sites des permanences avancées peut être reportée, pour l'information des professionnels de santé de ville, dans l'annuaire national des SDC.

Les activités isolées hors rattachement à une SDC labellisée sont à exclure.

5. Un avenant au CPOM entre l'Établissement de santé siège de la SDC et l'ARS a été signé
Obligatoire, l'ARS doit être en possession de cet avenant lié au versement de la MIG.

6. Un accueil téléphonique *via* un numéro dédié est assuré par la SDC.

Obligatoire. La permanence téléphonique doit être opérationnelle au moins du lundi au vendredi.

7. Au moins deux demi-journées par semaine, deux salles de consultations sont disponibles sur le même site.

Opposable dans la mesure où des locaux adéquats doivent être alloués à la SDC.

8. La SDC est « lisible » dans son ES de rattachement, elle a une activité interne dans son établissement de rattachement.

Nécessaire pour les grosses SDC ; facultatif et souhaité pour les SDC plus petites qui n'ont pas vocation à se substituer au CLUD et doivent préserver d'abord leur activité externe.

9. La SDC est ouverte vers l'extérieur.

Critère important, réponse obligatoire : la SDC, structure spécialisée de recours, devrait faire connaître ce qu'elle apporte aux autres professionnels de santé et que ne peut pas apporter un simple regroupement de professionnels du premier recours.

10. Identité du médecin responsable de la SDC.

Obligatoire : unique, le responsable de la SDC est un médecin titulaire soit d'un DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur, soit d'une capacité « évaluation et traitement de la douleur ». Il consacre au moins 3 demi-journées par semaine à la SDC toutes activités confondues (y compris administrative, enseignement...). Même si son activité concerne également les soins palliatifs, sa part d'activité « douleur chronique » doit être clairement identifiée et distinguée.

11. Temps médical cumulé dans la SDC.

Opposable : il doit être au total d'au moins 5 demi-journées (soit 0.5 ETP au total)

12. Personnel non médical de la SDC.

Opposable au titre de l'obligation de prise en charge pluri professionnelle de la douleur chronique, tout écart notoire aux normes ci-après est à proscrire. Le temps cumulé du personnel non-médical doit être d'au moins 1.5 ETP. L'IDE doit posséder une formation universitaire à la douleur de type DU/DIU. Cette formation est souhaitée mais non obligatoire pour le ou la psychologue. En l'absence de psychologue, un temps de psychiatre peut répondre à l'obligation de prise en charge psychologique de la part de la SDC.

13. Accès à une assistante sociale.

Obligatoire, l'accès à une assistante sociale même extérieure à la SDC doit être organisé et prévu.

14. Réunions de synthèse pluri professionnelles.

Obligatoire. Il est essentiel que ces réunions soient formalisées et tracées. Vous pourrez comparer le nombre de « cas » vus en réunion avec la file active et avec le nombre de nouveaux patients déclarés par la SDC (item 22).

15. RCP.

Il est souhaitable que toute SDC ait accès aux avis d'une RCP y compris organisée par une autre SDC. Le nombre de « cas » vus en RCP pourra être comparé avec la file active et avec le nombre de nouveaux patients déclarés par la SDC (item 22).

– *Pour les centres, la mise en place de sessions de RCP formalisées et tracées est obligatoire et opposable.*

16. Accès à des avis médicaux spécialisés.

La SDC doit organiser la disponibilité des différents avis, elle doit tracer ces avis dans le dossier patient. L'absence d'un avis spécialisé disponible dans la SDC ou dans l'établissement siège de la SDC est défavorable quant à la qualité des prises en charge.

– *Pour les centres, la représentation de plusieurs spécialités médicales à l'intérieur même du personnel médical de la SDC est obligatoire et opposable.*

17. Délai d'attente en première consultation médicale.

Cet élément est documentaire. Le délai moyen d'attente rapporté par le livre blanc 2015 des structures publié par la SFETD mentionne une moyenne de 13 semaines. L'indication d'un délai d'attente très supérieur peut vous être utile dans l'organisation du maillage des SDC ou de permanences avancées (renforcement local à envisager). La mise en place d'un dispositif coupe-file est encouragée (pré-consultation IDE, etc.), sans qu'il existe actuellement de recommandation de la SFETD pour le choix du dispositif (des expérimentations sont en cours).

18. Polyvalence.

Opposable : toutes les SDC doivent être polyvalentes. Les seules exceptions prévues au cahier des charges de 2011 correspondent aux SDC pédiatriques ou aux SDC hébergées en établissement de santé spécialisé (cancérologie, rhumatologie, gériatrie).

19. SDC pédiatriques¹.

Toutes les SDC peuvent accueillir en première intention des enfants ou adolescents.

- Mais pour être labellisée « pédiatrique » la SDC doit compter au moins un médecin possédant la double valence mentionnée en annexe 1 et consacrant un quota d'ETP significatif à la structure².
- Lorsqu'elle est exclusivement pédiatrique (aucun adulte accueilli) alors le responsable de la SDC lui-même doit posséder cette double formation.

Seules les SDC dirigées par un tel médecin ou en comptant au moins un dans leur équipe, peuvent revendiquer dans l'annuaire des structures la mention « pédiatrique » (exclusive ou non, respectivement – critère opposable).

20. Structures odontologiques.

Opposable : les chirurgiens dentistes ne peuvent pas accéder au DESC « traitement de la douleur » et ne peuvent donc pas diriger une SDC traditionnelle. Les structures à spécialisation odontologique doivent par conséquent être rattachées conventionnellement à une SDC traditionnelle polyvalente, l'ARS doit avoir une copie de cette convention.

21. Activité d'hospitalisation en 2015.

Intérêt documentaire. Certaines SDC ont des difficultés à recenser ces chiffres à partir du PMSI soit parce qu'elles utilisent des lits mis à disposition (le service mettant les lits à disposition n'utilise pas le code UM61) soit qu'elles sous-utilisent les GHM dédiés (parfois considérés comme insuffisamment valorisés). Ces chiffres sont par ailleurs demandés dans la SAE.

22. Activité de consultation en 2015.

La traçabilité des consultations médicales adultes, ou enfants de moins de 18 ans, de la file active et du nombre de nouveaux patients est obligatoire (opposable).

L'activité des IDE se répartit aujourd'hui en SDC entre actes de soins et consultations, cette activité est en cours de caractérisation.

La qualité de la prise en charge pluri professionnelle peut être reflétée par le rapport du nombre de prises en charge infirmière (2 + 3) ou psychologique (4) au nombre de prises en charges médicales (1) : un ratio inférieur à 0,2 dans l'un ou l'autre cas peut dénoter une prise en charge très majoritairement médicale et donc une pluridisciplinarité insuffisante. Il vous est rappelé que les questions 14 et 15 mentionnaient le nombre de réunions de synthèse ou de RCP, à comparer avec la file active et le nombre de nouveaux patients.

Le ratio (7) entre nombre de consultations médicales externes et file active externe était en moyenne nationale de 2.4 en 2015. Tout écart notable par rapport à cette moyenne (patients vus seulement une fois dans l'année ou, au contraire, patients revenant fréquemment) devrait être justifié (respectivement activité d'avis ponctuels sans réelle prise en charge ou au contraire difficultés pour réaliser un relais auprès des praticiens de ville, s'agissant de structures de recours).

Maillage des SDC : il vous est demandé de ne pas labelliser de SDC polyvalente réalisant moins de 1000 consultations médicales externes (soit file active inférieure à 400 patients) sauf si cette SDC se situe à plus d'une heure de transport de tout autre SDC polyvalente. Dans le cas contraire,

¹ Sont considérés les enfants et adolescents de moins de 18 ans

² À comparer à la quantité totale d'ETP médical en question 11.

favoriser la mise en place de permanences avancées ou, en zone urbaine, la mutualisation des équipes. Les SDC labellisées ne respectant pas cette consigne ne seront pas prises en compte pour un financement MIG.

23. Lits et plateau technique.

Opposable pour la qualification de centre, tout centre doit avoir accès à l'un et à l'autre.

24. Situation du personnel.

Opposable pour la qualification de centre : tout centre doit avoir une fraction de son personnel affecté en propre. La somme des colonnes devrait correspondre aux chiffres fournis en 11 et en 12.

25. Activité d'enseignement universitaire

Tout centre doit avoir une activité d'enseignement universitaire et/ou de recherche (critère opposable).

L'activité d'enseignement exercée par le personnel de la SDC s'entend en tant que coordination ou responsabilité pédagogique des seuls enseignements universitaires mentionnés. Toute autre situation (par exemple simple participation à un enseignement universitaire; autre type d'enseignement...) ne permet pas de satisfaire le présent critère.

26. Activité de recherche.

Tout centre doit avoir une activité d'enseignement universitaire et/ou de recherche (critère opposable).

Il est demandé pour satisfaire le présent critère, au moins 3 publications référencées dans PubMed publiées par le personnel de la SDC, sur la période 2011-2015.

**Tableau des critères SUPPLÉMENTAIRES strictement opposables
pour la qualification d'une SDC en CENTRE**

N°	Concerne :	Commentaire :
15	Réalisation de RCP	
16	Plusieurs spécialités médicales sont représentées	
23	Lits et plateau technique à disposition	
24	Une partie du personnel est affectée en propre	
25	Activité d'enseignement universitaire	Diplômes de la liste
26	ET/OU Activité de recherche	3 publications en 5 ans

ANNEXE 4

MODALITÉS DE RECUEIL DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ANNUAIRE NATIONAL DES SDC

L'annuaire national courant est téléchargeable à partir du site collaboratif dédié, pour lequel chaque ARS s'est vue attribuer au moins un accès¹, à l'adresse :

<https://ector.sante.gouv.fr/SSPCDC/Rfrences/Forms/AllItems.aspx>

Les SDC y sont classées par ordre alphabétique des régions puis par code postal d'établissement géographique. Merci de n'actualiser que les données de votre propre région en pratiquant comme suit :

1. Télécharger la totalité du document Excel à partir du site collaboratif et sauvegardez-le sous le nom de votre région
2. Supprimez dans ce nouveau document les lignes correspondant aux régions tierces. Conservez les en-têtes de colonnes
3. Porter vos modifications sur ce document régionalisé : SDC dé-labellisées, SDC nouvelles, modification des coordonnées...
4. Retournez-le une fois actualisé à la DGOS.
5. **Attention : merci de signaler les CELLULES que vous aurez modifiées EN LES COLORANT (laissez incolores les cellules non modifiées). Seules les modifications ainsi signalées seront prises en compte.** Cette disposition permet de limiter les erreurs de mise à jour de l'annuaire national publié.

Précisions :

- colonne E, le numéro FINESS géographique est celui du site géographique où le patient devra effectivement se rendre à son rendez-vous ;
- colonne J : nom du médecin responsable (il est unique) ;
- coordonnées téléphoniques et e-mail de la SDC en colonnes K et L : la mise en place d'un accueil téléphonique dédié est obligatoire pour toutes les SDC ;
- colonne M : mention de la spécificité pédiatrique soit exclusive (le responsable de la structure possède la double valence indiquée en annexe 1) soit mixte pédiatrique-adulte (il existe dans la structure au moins un médecin disposant de la double valence indiquée en annexe 1, qui consacre un quota d'ETP significatif à la structure.)
- les colonnes Q et R sont destinées à recueillir les données d'activité 2016 si vous les avez déjà.

Une fois actualisées, les données relatives à votre région sont à retourner au format tableur (Excel, proscrire le format pdf) au plus tard le vendredi 13 janvier 2017 à l'adresse :

mikael.lemoal@sante.gouv.fr

¹ Merci de faire parvenir si nécessaire une nouvelle demande d'accès à l'adresse mail indiquée en bas de page.