

Retrouvez la Lettre de la SFETD sur [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)

## SOMMAIRE

### Vie de la société

Un référentiel d'activité pour les psychologues p 2

La 3<sup>e</sup> université d'été de la SFETD s'intéresse aux douleurs neuropathiques p 5

### News

Rôle et demandes des associations de patients douloureux chroniques p 2

Les nouvelles professions de santé : quel statut juridique ? p 6

### Bienvenue à...

Les nouveaux adhérents p 2 et 5

### Dossier

Constipation induite par les opioïdes : recommandations de la SFAP p 3 et 4

### Agenda

p 6

## édito



L'activité scientifique et institutionnelle de la SFETD prend de plus en plus d'ampleur grâce à l'implication d'un grand nombre de ses membres, de ses correspondants régionaux et de son conseil d'administration.

Après la tenue de son université d'été du 21 au 23 juin 2009, la SFETD organise sa JTD d'automne consacrée aux « Douleurs chez la personne âgée », suivie en novembre par son Congrès national sur le thème des « Douleurs viscérales ». Entre temps, elle anime le 6 octobre 2009 un colloque à Paris, au palais du Luxembourg, sur « Le bon usage de l'automédication dans la douleur », durant lequel seront débattus les enjeux de l'automédication avec des représentants des patients, de l'AFSSAPS, des pharmaciens et des médecins généralistes et spécialistes. Le 19 octobre 2009, journée initiant l'année mondiale contre la douleur dédiées aux « Douleurs musculo-squelettiques » auront lieu plus de 110 manifestations locales ou régionales (réunions, conférences, journées portes ouvertes), organisées par nos collègues dans leurs structures douleur, hôpital ou leur ville soulignant leur implication croissante dans les informations qu'ils souhaitent apporter à leurs patients et à nos concitoyens.

Suite à la publication officielle, le 25 juin 2009, par la HAS du rapport « Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées » et à la réalisation du bilan standardisé d'activité des structures douleurs qui aura été collecté par la DHOS pour le 18 septembre, la DHOS a décidé de constituer un groupe de travail comprenant en particulier 10 responsables des structures représentatives de celles existantes. Ce groupe dont la première réunion est prévue le 22 octobre 2009 aura pour mission de rédiger un document sur les critères d'organisation et de fonctionnement des structures douleur qui servira à déterminer un cahier des charges à partir duquel les ARH (ou futures ARS) identifieront et labelliseront en cours d'année 2010 les structures répondant à ces critères.

La SFETD, comme d'autres sociétés savantes, a par ailleurs été sollicitée par l'AFSSAPS pour s'engager dans une charte de collaboration visant à optimiser la diffusion d'informations et de recommandations de l'AFSSAPS auprès des professionnels de santé ainsi qu'à permettre à celle-ci d'avoir une meilleure visibilité sur les programmes de travail des sociétés savantes. Le contenu de cette charte en cours de finalisation sera publié dans le prochain numéro de cette lettre.

Jean Bruxelles

Président de la SFETD

## LE CHIFFRE

# 1142

La SFETD comprend 1 142 membres dont, entre autres :

- 787 médecins,
- 223 soins infirmiers,
- 45 psychologues,
- 24 odontologistes,
- 17 chercheurs (neurosciences)



ouleur  
CNIT Paris- La Défense  
du 18 au 21 novembre 2009  
Les douleurs viscérales

9<sup>e</sup> Congrès annuel de la SFETD

Le Conseil d'administration de la SFETD remercie ses membres donateurs associés pour leur partenariat tout au long de l'année

## Bienvenue à ...

**Evelyne ALLIBE**  
IDE  
Amiens

**Ali BEN SAID HASSANE**  
Médecin généraliste  
Barentin

**Bénédicte BOURGEOIS**  
Médecin urgentiste  
Grenoble

**Agnès CASTILLON**  
Pharmacien  
Caen

**Catherine CAUVIN**  
IDE  
Rouen

**Catherine CHAULET**  
Cadre de Santé  
Draveil

**Alexandra DANGUIRAL**  
IDE  
Marseille

**Cyril DAUVERCHAIN**  
Médecin généraliste  
Roubaix

**Valentine DE BRISSON**  
Médecin généraliste  
Bayeux

**Noémie DELAGE**  
Anesthésiste-Réanimateur  
Clermont-Ferrand

**Evelyne DELAHAYE**  
Psychologue  
Bordeaux

**Martine DELOY-BERGMAN**  
Anesthésiste-Réanimateur  
Alberville

**Frédérique DEMARQUE**  
Puéricultrice  
Nice

**Françoise DE POOTER**  
Anesthésiste-réanimateur  
Bruxelles – Belgique

**Anne DORY-GAIRARD**  
Pharmacien  
Strasbourg

**Amandine DUBOIS**  
Psychologue  
Montpellier

**Lydie DURAND**  
IDE  
Caen

**Danie DUVAL**  
IDE  
Fougères

**Isabelle EL KHIARI**  
IDE  
Draveil

**Stéphane FERRANDO**  
Médecin généraliste  
Annecy-le-Vieux

**Hervé GANRY**  
Psychiatre - Pharmacologue  
Levallois-Perret

**Sylvie GEHANNE**  
IDE  
Saint-Lô

**Christine GERVAIS**  
Cadre de santé  
Suresnes

**Christian GOV**  
Médecin urgentiste  
Lourdes

**Laurence GRACIA**  
IDE  
Nouméa, Nouvelle-Calédonie

**Camille GRIMAUX**  
Médecin généraliste  
Amiens

## vie de la société

# Un référentiel d'activité pour les psychologues

Le bien-fondé de la place des psychologues notamment dans les structures douleur n'est plus à démontrer, tant leur regard clinique singulier permet d'enrichir les prises en charge. Leur fonction auprès des patients, notamment douloureux chroniques, est d'un apport souvent nécessaire en termes de sens des symptômes et de prise en considération de la souffrance, au-delà de la seule question de la douleur.



Cependant, leur place pose souvent question. En effet, les psychologues ne sont ni médecins, ni paramédicaux. Ils n'appartiennent pas non plus au corps des professions de santé (ils ne sont pas forcément cliniciens et peuvent aussi avoir un champ d'expertise éloigné des questions de santé, comme les psychologues du travail exerçant dans le recrutement).

Aussi, leur positionnement et les méthodes qu'ils emploient, propres à leur profession, sont parfois difficiles à saisir pour les non-connaisseurs des concepts qui sous-tendent leurs actions et méthodes. Ceci mène parfois à une incompréhension (potentiellement préjudiciable) ressentie par les collègues des psychologues de la douleur, comme des instances de tutelle, concernant l'exercice professionnel effectué.

La commission professionnelle des psychologues de la SFETD s'est penchée sur cette question, qui devenait cruciale pour continuer à faire valoir la place des psychologues au sein des dispositifs de prise en charge de la douleur. L'objectif fixé dans un premier temps est de constituer un référentiel d'activité, à partir des réponses à un questionnaire envoyé par les psychologues correspondants régionaux début septembre 2009 à tous les psychologues de la douleur référencés en France (adhérents ou non à la SFETD). Dans un second temps, sera mise en place une synthèse plus qualitative sur le travail clinique effectué.

Le questionnaire, qui servira de base à la constitution du référentiel d'activité, porte sur l'année 2008 et ne concerne que l'activité « douleur », et non les autres activités (pour les psychologues à temps partiels dans leurs structures).

Le premier champ à renseigner concerne le profil du psychologue de la douleur, à la fois institutionnel (lieu d'exercice, statut...) et professionnel (formation initiale et complémentaire, orientation conceptuelle...). Le second champ concerne la façon dont a été occupé le temps « FIR » (Formation – Information – Recherche, autrement appelé « tiers-temps ») pour ceux qui en bénéficient. Ceci afin d'apprécier s'il existe une homogénéité dans la façon dont ce temps est mis à profit, et notamment si des dimensions reviennent plus fréquemment que d'autres (formations personnelles, réalisation de recherches, etc.).

Le troisième champ exploré concerne le type et volume du travail institutionnel effectué, en dehors de l'exercice clinique. Il s'agit par exemple des réunions du CLUD, des staffs en équipe, de la participation à des groupes de travail avec les réseaux ou de la réalisation de banques de données. Le quatrième axe – le plus important – porte sur l'activité clinique. La commission des psychologues s'est attachée à ce que les items à renseigner soient les plus complets et représentatifs possibles : profil de la population vue, forme de la pratique (individuelle, groupale, ambulatoire, en interne) mais aussi le déroulé de chacune de ces pratiques, et du temps nécessaire. Il est question à la fois de la clinique thérapeutique, mais aussi de l'exercice du bilan de personnalité, ainsi que d'autres interventions comme les signalements ou encore la visite professionnelle à un patient hospitalisé dans une autre institution que celle où exerce le psychologue de la douleur.

Au final, ce questionnaire, suivi de la mise en place du référentiel d'activité et de la synthèse sur les aspects plus qualitatifs en lien avec la clinique, a pour objectif d'offrir la vision la plus exhaustive et claire possible sur la profession de psychologue exerçant dans le domaine de la douleur. C'est une meilleure reconnaissance de l'activité, des méthodes et de l'ensemble des réalisations du psychologue de la douleur qui est recherchée. Il ne s'agit pas là d'un exercice « gratuit », mais bien d'offrir des bases claires et représentatives pour poursuivre un dialogue avec les instances de tutelle, dialogue qui reste encore très précaire à ce jour, du fait précisément d'un manque de visibilité et donc de compréhension sur les réalisations des psychologues de la douleur.

Bien que le questionnaire soit assez long à renseigner, nous espérons que les réponses seront nombreuses. Les enjeux sont importants. La commission professionnelle des psychologues de la douleur a préféré prendre les devants et s'appuyer sur une large sollicitation des confrères, plutôt que d'attendre qu'un référentiel soit imposé autrement et que des décisions concernant l'avenir des psychologues de la douleur soient prises sans que les principaux intéressés aient été impliqués. Les principaux résultats de l'enquête et le référentiel seront présentés au congrès SFETD 2010. ● Antoine Bioy

# Constipation induite par les opioïdes : recommandations de la SFAP

La constipation est quasi systématique lors d'un traitement opioïde au long cours. Sa prise en charge est souvent difficile et requiert des compétences diverses, essentiellement médicales, infirmières, diététiques et en masso-kinésithérapie. La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), se basant sur la physiopathologie de la constipation induite par les opioïdes (CIO), vient d'établir des recommandations pour la pratique clinique<sup>1</sup>.



Les opioïdes entraînent une constipation en stimulant les récepteurs opioïdes, essentiellement de type  $\mu$ , situés tout le long du tractus digestif (système nerveux entérique). Leur stimulation inhibe le péristaltisme colique, réduit les sécrétions digestives nécessaires à la progression des selles, élimine le besoin exonérateur en diminuant la sensibilité rectale et augmente la pression anale créant un obstacle fonctionnel à l'évacuation des matières<sup>2</sup>. La CIO résulte ainsi d'un effet principalement périphérique des opioïdes, son diagnostic repose sur la fréquence des selles (< 3 selles spontanées par semaine) mais également sur d'autres symptômes relatifs aux selles (exonération incomplète, difficultés d'évacuation, selles dures...).

L'impact de la CIO sur la qualité de vie des patients est important. Outre la gêne provoquée par la constipation (douleurs, sub-occlusion avec nausée-vomissements, impaction fécale...), l'altération de la qualité de vie est également liée aux nombreux traitements laxatifs nécessaires et surtout, à la réduction de l'antalgie à laquelle les patients se livrent pour tenter de la réduire. Dans l'étude Probe<sup>3</sup>, évaluant les troubles digestifs sous opioïdes chez 322 patients douloureux chroniques, 35% d'entre eux ont diminué les doses, omis volontairement des prises ou même arrêté l'opioïde pour tenter de réduire leurs troubles digestifs ou obtenir une évacuation des selles. 90% de ces patients ont alors mentionné une augmentation des douleurs et une altération de leur qualité de vie.

Les recommandations de prise en charge préventive de la CIO proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2002 sont toujours à appliquer. Elles se résument, outre l'application de règles hygiéno-diététiques (activité physique, alimentation riche en fibres, hydratation...), à la prescription systématique d'un laxatif osmotique ou stimulant lors de toute prescription d'opioïde. La SFAP préconise, dès le troisième jour sans selle, le renforcement de ces règles hygiéno-diététiques, l'augmentation de la posologie du laxatif et le recours à un traitement rectal par suppositoire (cf. Arbre

décisionnel)<sup>1</sup>. Notons la commercialisation prochaine d'une association d'oxycodone et de naloxone à libération prolongée. Cet antagoniste opioïde, administré par voie orale, sous forme à libération prolongée, limite la CIO en bloquant localement l'action de l'oxycodone au niveau des récepteurs intestinaux sans interférer avec l'analgésie centrale (très faible biodisponibilité)<sup>4</sup>. Cette nouvelle galénique de naloxone pourrait ainsi permettre d'optimiser la prise en charge préventive de la CIO. Cette association (Targinact® ; Mundipharma) vient d'obtenir l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) suivante : « Douleur sévère qui ne peut être correctement traitée que par des analgésiques opioïdes. La naloxone,

antagoniste opioïde, est ajoutée afin de neutraliser la constipation induite par l'opioïde en bloquant localement l'action de l'oxycodone au niveau des récepteurs intestinaux ».

Mais la réelle avancée thérapeutique, en cas de CIO malgré l'application de ces mesures préventives, repose sur le développement des antagonistes opioïdes d'action sélectivement périphérique (méthylaltréxone, alvimopan)<sup>5</sup>. Ainsi, au 4<sup>e</sup> jour sans selle après avoir renforcé le traitement laxatif et éliminé un syndrome occlusif ou un fécalome, la méthylaltréxone offre une alternative thérapeutique à la multiplication des traitements laxatifs par voie orale. Cet antagoniste, dont l'action rapide est démontrée chez un patient sur deux souffrant de CIO pour laquelle les traitements habituels avaient échoué, devrait également permettre de limiter le recours aux lavements rectaux, aux préparations pour investigation colique, et aux péristaltogènes intestinaux... (Arbre décisionnel)<sup>1</sup> La méthylaltréxone (Relistor® ; Wyeth) a obtenu l'AMM pour le « traitement de la constipation liée aux opioïdes chez les patients présentant une pathologie à un stade avancé et relevant de soins palliatifs, lorsque la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante ». Autre antagoniste des récepteurs opioïdes  $\mu$  périphériques, l'alvimopan n'est cependant commercialisé qu'aux Etats-Unis pour la prise en charge de l'iléus postopératoire, aucune preuve de son efficacité pour la CIO n'ayant été faite.

La physiopathologie de la CIO est mieux comprise aujourd'hui

et les possibilités de prévention et de traitement sont désormais nombreuses. Il s'agit avant tout d'être attentif à ce symptôme afin d'adapter au mieux les thérapeutiques et ainsi d'améliorer l'observance des patients aux opioïdes. Deux plaquettes résumant les recommandations de la SFAP, l'une destinée au patient et à sa famille (Conseils hygiéno-diététiques), l'autre aux soignants (Prévention et traitement) sont disponibles sur le site de la SFAP (<http://www.sfap.org> ; Documentation, Guides et recommandations). **Nicolas Béziaud**, Coordonnateur du groupe de travail des recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs. ●

1. Béziaud N, Laval G, Barbier C, Couteau S, Dehaye A, De La Marandais S, et al. Recommandations pour la prise en charge préventive et curative de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs. *Med Pal*. 2009;8(Suppl 1):S1-S29.
2. Ducrotte P. Constipation et traitements par les opioïdes. *Physiopathologie et prise en charge*. *Douleurs* 2009;10:171-77.
3. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R. The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). *Pain Med*. 2009 Jan;10(1):35-42.
4. Lowenstein O, Leyendecker P, Hopp M, Schutter U, Rogers PD, Uhl R, et al. Combined prolonged-release oxycodone and naloxone improves bowel function in patients receiving opioids for moderate-to-severe non-malignant chronic pain: a randomised controlled trial. *Expert Opin Pharmacother*. 2009 Mar;10(4):531-43.
5. McNicol E, Boyce DB, Schumann R, Carr D. Efficacy and safety of mu-opioid antagonists in the treatment of opioid-induced bowel dysfunction: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med*. 2008 Sep;9(6):634-59.

# Arbre décisionnel : Démarche thérapeutique en cas de constipation sous opioïdes<sup>1</sup>

Au 3<sup>e</sup> jour sans selle

Éliminer une occlusion intestinale

- Renforcer les règles hygiéno-diététiques
- Augmenter la posologie du laxatif osmotique ou stimulant
- Traitement rectal par suppositoire

Au 4<sup>e</sup> jour sans selle

Éliminer un fécalome au toucher rectal

Selon la compliance au traitement et le contexte

- Bithérapie laxative (osmotique + stimulant)
- +/-
- Lavement rectal si présence de selle au toucher rectal

Reprise d'un transit correct à 48h ?

NON

OUI

Bithérapie par laxatifs osmotique + stimulant

- Poursuite du traitement laxatif +
- Antagoniste morphinique périphérique (Méthylaltréxone)
- +/-
- Lavement rectal si présence de selle au toucher rectal

Reprise d'un transit correct à 48h ?

NON

Préparation pour investigation colique ou  
Péristaltogène intestinal +/-  
Grand lavement

## La 3<sup>e</sup> université d'été de la SFETD s'intéresse aux douleurs neuropathiques

Du 21 au 23 juin 2009, s'est tenue au Château de Moussy en Seine-et-Marne la 3<sup>e</sup> université d'été de la SFETD sur le thème des « Douleurs neuropathiques ». 24 médecins de 1<sup>re</sup> année de Capacité Douleur et 8 internes inscrits en 1<sup>re</sup> année de DESC « Médecine de la Douleur/Médecine Palliative » ont participé à cette manifestation.

Pendant deux jours, des conférences plénières réunissant l'ensemble des participants se sont déroulées abordant les aspects épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques (somatiques et psychologiques) et thérapeutiques relatifs à ces douleurs. De plus, trois ateliers tournants étaient organisés pour discuter, de manière très interactive, avec nos confrères de plusieurs types de cas cliniques avec les différentes modalités thérapeutiques pouvant être proposées aux patients présentant ces douleurs neuropathiques.



L'organisation d'une soirée de gala le deuxième soir a par ailleurs contribué à renforcer l'ambiance conviviale de cette université d'été, durant laquelle des échanges très riches ont eu lieu entre les conférenciers et nos confrères très intéressés par notre pratique quotidienne. Confortés dans leur intérêt pour la douleur, nombre de ces étudiants ont souhaité adhérer à la SFETD à l'issue de cette manifestation et fait part de leur envie de fréquenter les prochaines manifestations scientifiques de la Société (JTD, congrès). L'organisation matérielle de ces journées a été rendue possible grâce au soutien de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique. ● Jean Bruxelles

### NEWS

## Rôle et demandes des associations de patients

### Quelles raisons vous ont amené à créer une association de patients présentant des douleurs chroniques ?

La similitude de nos parcours médicaux en tant que patients : l'errance thérapeutique et diagnostique marquée par la difficulté générale de prise en compte de la douleur, les disparités d'accès aux soins et aux informations médicales, l'absence de prise en compte des conséquences socio-économiques des pathologies douloureuses chroniques nous ont conduit à nous regrouper afin d'être crédibles et légitimes auprès de nos interlocuteurs.

La démarche de création de nos associations se fonde sur un présupposé selon lequel il n'est tout simplement pas acceptable de souffrir chroniquement et de s'y résigner. Nous nous inscrivons dans une démarche de dialogue et de collaboration avec le corps médical afin de participer activement à notre prise en charge thérapeutique. Notre rôle est d'autant plus important que la France doit rattraper son retard dans la reconnaissance de la douleur en comparaison avec certains pays anglo-saxons notamment.

### Quelles informations et aides apportez-vous habituellement

### aux patients qui vous contactent ou adhèrent à votre association ?

Les patients ou l'entourage nous contactent pour obtenir des informations de nature médicale, des conseils en terme d'orientation, pour un soutien moral, pour une aide dans le cadre d'un dossier administratif (ALD, MDPH). Ils souhaitent être informés sur les différents parcours et protocoles de soins et savoir à quelles structures médicales s'adresser. Nos associations leur permettent de partager leurs expériences et de trouver des réponses concrètes à leurs difficultés quotidiennes.

### Quelles demandes souhaiteriez-vous formuler auprès des médecins s'impliquant dans le traitement de la douleur ainsi qu'auprès de leur société savante ?

Les patients dirigés dans les structures d'évaluation et de traitement de la douleur ont souvent connu une importante errance diagnostique et thérapeutique qui les a fragilisés. Une harmonisation des connaissances médicales des praticiens permettrait d'assurer l'égalité des soins dans l'ensemble des structures. Il serait également souhaitable que le spécialiste de la douleur puisse être en lien systématiquement avec le/les médecins référents du patient (généraliste(s)

ou spécialiste(s)) afin de pouvoir mettre en place un protocole de soins qui s'inscrirait dans une stratégie globale, limitant ainsi le risque que différents protocoles, parfois contradictoires, ne se superposent. L'enjeu majeur réside dans la construction d'une réelle aide thérapeutique pluridisciplinaire articulée autour, par exemple, d'un dossier médical unique.

Nous serions favorables à l'ouverture d'un dialogue sur les problématiques conjointes rencontrées par les praticiens et les patients. Nous proposons également l'intégration de « patients formateurs » dans le cadre du dispositif d'éducation thérapeutique et dans les programmes de formation des soignants. ● Martine Chauvin, AFVD et Marie Boutet, AFAP-NP

● **AFVD**  
(Association Francophone pour Vaincre les Douleurs)  
Tél : 06 15 57 83 83  
Email : [association-afvd@neuf.fr](mailto:association-afvd@neuf.fr)  
Site : [www.association-afvd.com](http://www.association-afvd.com)

● **AFAP-NP**  
(Association Française d'Algies Périnéales et Névralgies Pudendales)  
Tél : 01 43 80 71 96  
Email : [afapnp@aol.com](mailto:afapnp@aol.com)  
Site : [www.afap-np.com](http://www.afap-np.com)

### nouveaux membres

#### Bienvenue à...

Catherine GUERRIER  
IADE  
Châteauroux

Christel GUILLON  
IDE  
Niort

Dominique HERMAND  
IDE  
Annecy

Sandrine JEANNETON  
IADE  
Châteauroux

Pilar LAMAIGNERE  
IDE  
Capbreton

Anne-Marie LAURENT  
Kinésithérapeute  
Blois

Magalie LE CORDIER  
IDE  
Caen

Danièle LEFEBVRE-KUNTZ  
Anesthésiste-réanimateur  
Lille

Katia LEMOINE  
IADE  
Creil

Frédéric LENGLET  
Psychologue  
Amiens

Sandrine LIGER  
IDE  
Le Mans

Véronique LIMOGES  
Médecin polyvalent urgentiste  
Meaux

Gérard MUSIEDLAK  
Interniste - diabétologue  
La Tronche

Gilda F. PARDEY BRACHO  
Anesthésiste-réanimateur  
Bron

Evelyne PITROU-DUTERME  
Rhumatologue - Interniste  
Angoulême

Arnaud QUESNEL  
IDE  
Caen

Ghislaine RAILLARD  
IDE  
Vendôme

Ramdane DJEDID  
Médecin généraliste  
Alger (Algérie)

Martine SABATIER  
Gériatre  
Nyons

Philippe SALESSE  
Cadre de Santé  
Aurillac

Frédérique SANTANDRÉA  
Pharmacien  
Nice

Françoise SEGUY  
Médecin généraliste  
Bourgoin-Jallieu

Halima SETTOUTI  
Médecin généraliste  
Aix-en-Provence

Marie-Pierre STUMPP  
IDE  
Blois

Perrine TRENEL  
Psychologue  
Montdidier

Virginie VAN BELLEGHEN  
Ingénieur biomédical  
Boulogne-Billancourt

# Les nouvelles professions de santé : quel statut juridique ?

Le terme de professionnel de santé est largement usité mais souvent galvaudé. Ce terme regroupe l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Dans la liste établie ci-dessous, sont répertoriées les professions médicales et paramédicales<sup>1</sup> conformément aux dispositions du code de santé publique.

## Définition des professions médicales et para médicales

### • Les professions médicales

Le chapitre 1<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> du code de santé publique fixe les conditions d'accès à la profession médicale et détermine les conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. C'est ce qu'on appelle des professions réglementées, ce qui signifie que leur exercice est réservé aux personnes répondant aux conditions fixées par la loi. La profession médicale requiert trois conditions : deux conditions de fond et une de forme.<sup>2</sup>

En premier lieu, l'accès à la profession médicale de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme est réservé aux titulaires du diplôme français d'État de docteur en médecine, docteur en chirurgie dentaire et celui du diplôme de sage-femme. En application du droit communautaire et des conventions internationales l'accès à la profession est possible pour des ressortissants de nationalités étrangères. En dernier lieu, le CSP<sup>3</sup> impose l'inscription au tableau de l'ordre professionnel (condition de forme).

### • Les auxiliaires médicaux

Le livre troisième du CSP définit les professions relevant du statut des auxiliaires médicaux. On retrouve les professions suivantes :

- Infirmier<sup>4</sup>
- Aide-soignant<sup>5</sup>
- Masseur-kinésithérapeute<sup>6</sup>
- Pédiacre – Podologue<sup>7</sup>
- Ergothérapeute<sup>8</sup>
- Psychomotricien<sup>9</sup>
- Orthophoniste<sup>10</sup>
- Orthoptiste<sup>11</sup>
- Manipulateur d'électroradiologie médicale<sup>12</sup>
- Professions d'audioprothésiste, opticien lunetier, prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées<sup>13</sup>
- Diététicien<sup>14</sup>

Il convient de noter que les psychologues ne sont cités ni dans la catégorie des professions médicales, ni dans celle des paramédicales. L'utilisation du titre de psychologue est réglementée et doit faire l'objet

d'un enregistrement au niveau départemental.<sup>15</sup> Selon une appréciation stricte du terme de professionnels de santé, les psychologues ne sont pas répertoriés dans cette catégorie. Actuellement, des discussions sont en cours pour qu'ils soient répertoriés parmi les professionnels de santé.

### Point sur le statut des ostéopathes depuis la publication des décrets de 2007

La pratique de l'ostéopathie ne faisait pas, jusqu'en 2002, l'objet d'une réglementation spécifique. En 2002, la loi du 4 mars pose le principe de la réglementation des conditions d'exercice de la pratique de l'ostéopathie, mais les décrets d'application ne seront votés que cinq ans plus tard. Dès le début des travaux puis suite à la publication des décrets, des recours ont été formés contre les textes au motif qu'ils ne réservaient pas la pratique à des professionnels de santé comme les médecins ou les masseurs-kinésithérapeutes. Cet argument n'a pas été retenu par le Conseil d'Etat. Dès lors, les décrets publiés le 25 mars 2007<sup>16</sup> s'appliquent de plein droit.

### Les craintes des professionnels de santé

Les textes régissant les conditions d'exercice de la profession d'ostéopathe sont bénéfiques, mais présentent toutefois un certain danger. En effet, le fait de poser un cadre légal permet de rappeler à l'ordre devant les juridictions civiles (recours indemnitaire ou référé interdiction) ou pénales (mise en danger de la personne) ceux de la catégorie des « ni-ni » qui ne respecteraient pas les conditions d'exercice comme le non respect des dispositions de l'article 2 du décret de mars 2007 : le fait pour l'ostéopathe de ne pas avoir adressé le patient vers un médecin alors même que l'état de santé de celui-ci s'était aggravé et que les textes l'exigeaient.

Cependant, malgré le fait d'avoir validé l'obtention du titre d'ostéopathe à des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé (la mention sur le document de la

DDASS du terme « professionnel de santé » est purement et simplement un abus de langage) cette catégorie n'est soumise à aucun contrôle officiel d'une quelconque instance. Il peut être envisagé d'inclure dans les prochaines recommandations de bonnes pratiques de la HAS la justification de formation continue et de réfléchir aux conséquences du non respect des recommandations pour la catégorie des « ni-ni ». Il serait également intéressant de faire un point avec les associations d'usagers qui sont souvent bien informées des difficultés et de s'associer à leurs démarches.

Une réflexion commune pourrait être menée avec la HAS, l'académie de médecine, l'ordre national des médecins, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le SFDO et le SNMOP<sup>17</sup> afin de proposer de bonnes pratiques en raison de la profusion de spécialités dans le milieu de la douleur. Cela permettrait d'assurer au patient une sécurité des soins. Dans le même sens, une réflexion pourrait être menée sur le statut des art thérapeutes, leurs domaines d'intervention et leur formation. ● **Nathalie Lelièvre**

*Merci de bien vouloir adresser vos observations et coordonnées pour la constitution de ce groupe de travail à : lelievrenath@wanadoo.fr*

1. Définition donnée dans le dictionnaire de la santé et action sociale, Coll. Foucher ; Paris, 2003.

2. Article L4111-1 du CSP

3. CSP : Code de santé publique ;

4. Articles L4311-1 à L4314-7 CSP

5. Décret n° 2007-963 du 15 mai 2007 relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et modifiant le code de la santé publique

6. Articles L4321-1 à L4321-21 CSP

7. Articles L4322-1 à L4323-6 CSP

8. Articles L4331-1 à L4331-5 CSP

9. Articles L4332-1 à L4334-2 CSP

10. Articles L4341-1 à L4341-6 CSP

11. Articles L4342-1 à L4344-5 CSP

12. Articles L4351-1 à L4353-2 CSP

13. Articles L4361-1 à L4364-1 CSP

14. Articles L4371-1 à L4372-1 CSP

15. Circulaire DHOS/P 2/DREES n° 2003-143 du 21 mars 2003 relative à l'enregistrement des diplômes des psychologues au niveau départemental

16. Décret no 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (Version consolidée au 31 décembre 2008) ; Décret no 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation ; Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation.

17. SFDO : syndicat Français des ostéopathes ; SNMOP : syndicat de médecine manuelle ostéopathe de France.

## Hypnose et douleurs chroniques : quelles perspectives de changement ?

10 octobre, Paris

Colloque organisé par Chantal Wood et Antoine Bioy dans le cadre des journées du Groupement pour l'Étude et les Applications Médicales de l'Hypnose (GEAMH)

Rens. : <http://www.hypnosemedicale.com>

## International Pelvic Pain Society 2009

16-18 octobre

Phoenix (Etats-Unis)

Rens.: International Pelvic Pain Society

Tel: +1 847-517-8712

Fax: 847-517-7229

Email: [info@pelvicpain.org](mailto:info@pelvicpain.org)

Internet: [www.pelvicpain.org](http://www.pelvicpain.org)

## 12<sup>th</sup> International Conference on the Mechanisms and Treatment of Neuropathic Pain

19-21 novembre, San Francisco

(Etats-Unis)

Jointly Sponsored by the University of Rochester School of Medicine and Dentistry and the Special Interest Group on Neuropathic Pain (IASP SIG).

Rens.: Neuropathic Pain 2009

Tel: +1-585-275-4392

Fax: 1-585-275-3721

Email: [CMEOffice@urmc.rochester.edu](mailto:CMEOffice@urmc.rochester.edu)

Web: [www.neuropathicpain.org](http://www.neuropathicpain.org)

## « Agir ensemble contre la douleur »

3 décembre, Lyon

Conférence-débat grand public organisée par la Fondation APICIL et animée par Sylvain Augier avec le Docteur Alain Serrie, le Professeur Bernard Laurent et le Docteur Patrick Giniès. École Nationale Supérieure de Lyon.

Inscription souhaitée.

Rens. : [www.fondation-apicil.org](http://www.fondation-apicil.org)

## « Convergences en Pelvipérineal Pain »

16-18 décembre, Nantes

Co-organized by the SIG on Pain of Urogenital Origin (PUGO, IASP).

Rens.: Convergences PP 2009 – Congress Organizing Office; c/o COLLOQUIUM Paris

Tel: +33 1 44 64 15 15

Fax: +33 1 44 64 15 16

Email: [convergencespp@clq-group.com](mailto:convergencespp@clq-group.com)

Internet: [www.convergencespp.org](http://www.convergencespp.org)

## OFFRE D'EMPLOI

### Poste de PU-PH en biologie cellulaire, Université Bordeaux 2/CHU Bordeaux

Une expérience dans le domaine des neurosciences serait appréciée.

L'activité de recherche se fera

au sein de l'équipe CNRS

« Homéostasie-Allostasie-Pathologie-

Réhabilitation », UMR5227.

Contact : Pr. Guy Simonnet

Email : [gsimonnet@yahoo.com](mailto:gsimonnet@yahoo.com)

Tél : + 33 6 13 73 11 98.

## Nous soutenons vos projets

La Fondation APICIL a pour objet la lutte contre la douleur physique et psychique à tous les âges de la vie. Elle accompagne des projets d'intérêt général visant à prévenir et soulager la douleur en soutenant des actions variées : Recherche, formation, information, matériel, prix et bourses, pratiques nouvelles, etc... Vous pouvez proposer un projet à la Fondation APICIL en téléchargeant la demande de subvention : [www.fondation-apicil.org](http://www.fondation-apicil.org)

