



PARTIE 1 :

**Prise en charge des douleurs neuropathiques
du membre supérieur, douleur fantôme, douleur
d'avulsion plexique**



Douleurs neuropathiques du membre supérieur Le point de vue du MPR (algologue)

Dr MEKLAT Hachemi

Médecine Physique et Réadaptation

Centre Richelieu LA ROCHELLE croix rouge française



Ou... quelle est la place du MPR dans le circuit de l'implantation d'un neurostimulateur ?

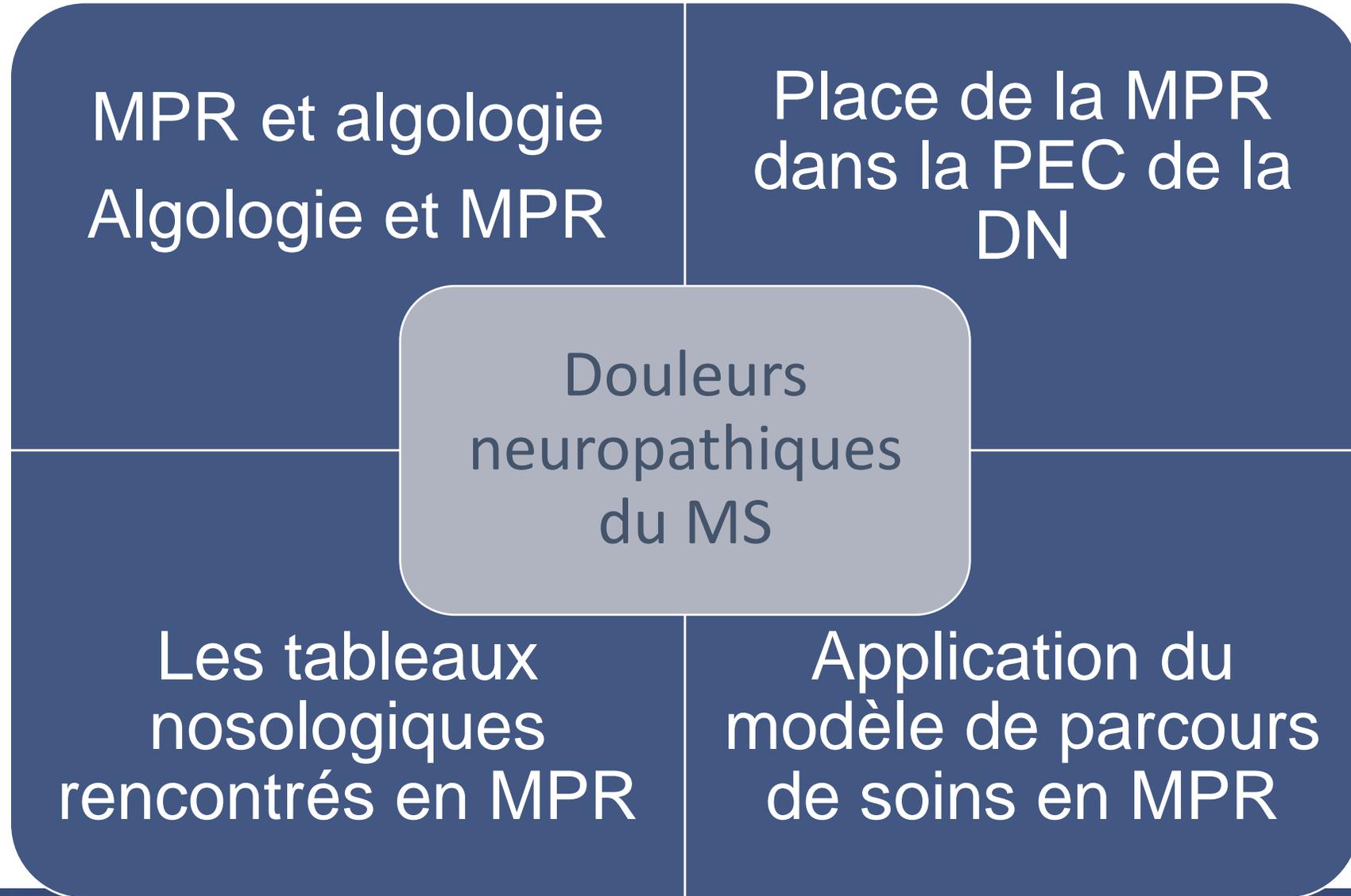
Déclaration d'intérêt

Nom du conférencier/modérateur: Dr MEKLAT H.

Je n'ai aucun intérêt déclaré en lien avec le contenu de cette présentation



Repères



MPR et algologie
Algologie et MPR

Place de la MPR dans la
PEC de la DN

Douleurs
neuropathiques
du MS

Les tableaux nosologiques
rencontrés en MPR

Application du modèle de
parcours de soins en MPR



Algologie : surspécialité ou compétence ?

- Approche différente en fonction de la formation initiale ?
- Médecin généraliste ; Anesthésiste
- Rhumatologue, Neurochirurgien, Gériatre, Pédiatre, Auxiologue, Oncologue...
- Neurologue ?

- ... Médecin Physique et de Réadaptation

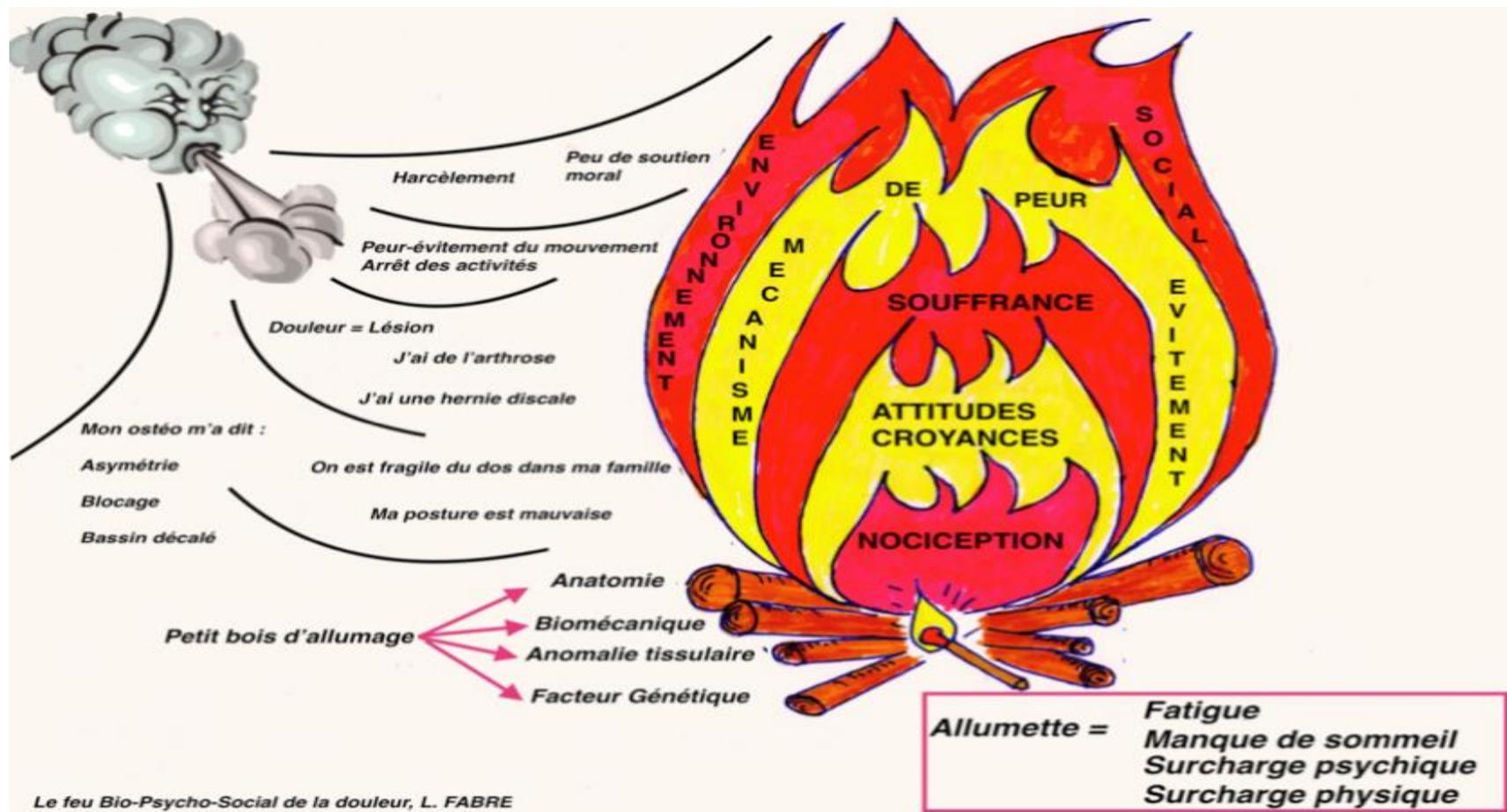


Ex. : Canada

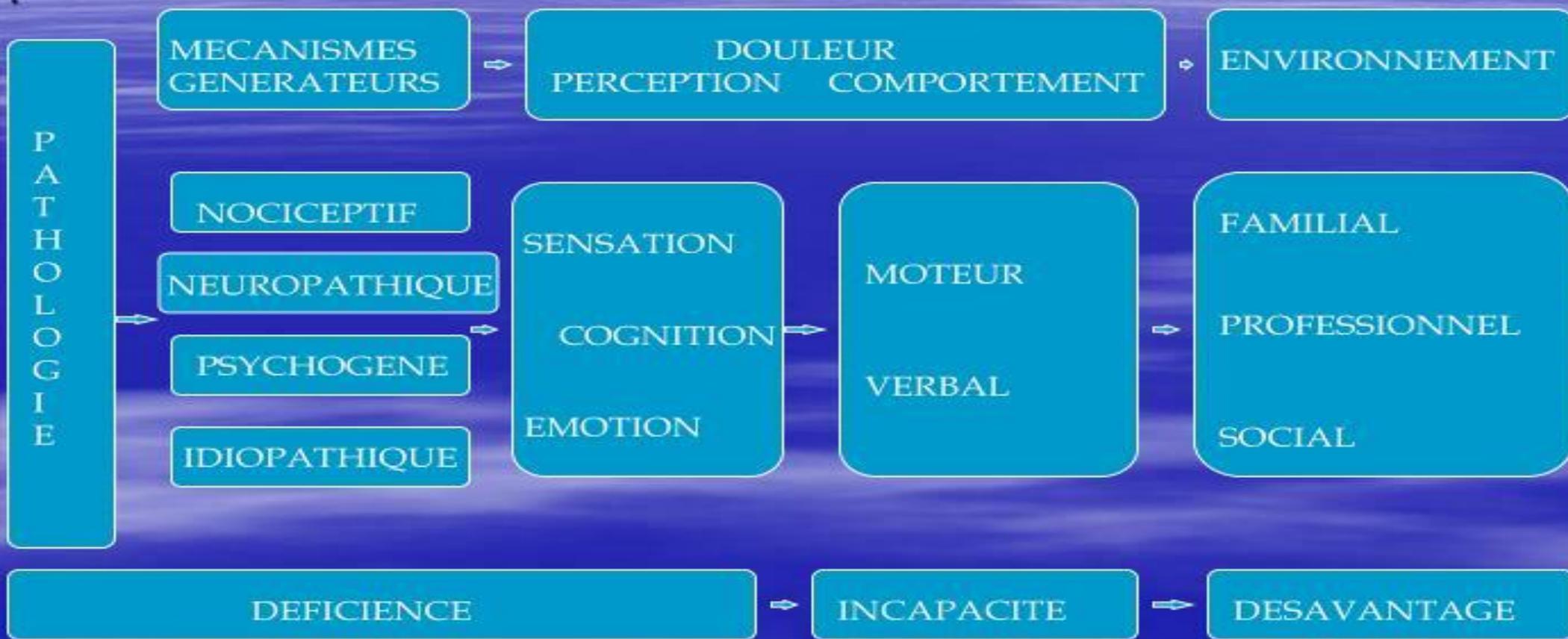
Description	Spécialités	Surspécialités	Domaines de compétence ciblée (DCC)
Définition	Une branche de la médecine comprenant des connaissances plus vastes pertinentes aux milieux communautaires et tertiaires et faisant office de base pour les compétences supplémentaires (comme les surspécialités).	Une branche de la médecine ayant un champ de pratique plus ciblé ou plus avancé qui s'ajoute aux connaissances plus vastes enseignées dans une spécialité primaire.	Un domaine de la médecine spécialisée qui comble un besoin légitime de la société et de la population de patients auquel les disciplines primaires et surspécialisées ne sont pas en mesure de répondre. Le DCC s'ajoute à la certification d'un médecin par une formation/pratique complémentaire ou avancée selon les normes nationales du Collège royal.



Point commun : l'approche bio psycho sociale



MODELE MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR



F. BOUREAU 1988

La prise en charge en SDC

Prendre en charge la douleur chronique du patient implique d'élaborer un diagnostic, une évaluation bio-psycho-sociale et un traitement. Il est recommandé que la première consultation, qui correspond à l'évaluation initiale du patient, soit réalisée par plusieurs professionnels, simultanément ou non. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour effectuer cette évaluation initiale. Il est de plus recommandé qu'elle soit suivie d'une réunion de synthèse, rassemblant au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue.

Le patient douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

- assurer selon la complexité et la sévérité de la douleur une approche au moins pluri-professionnelle (1) (un seul médecin associé à un ou plusieurs professionnels non médicaux : IDE, psychologue), voire pluridisciplinaire (plusieurs médecins de disciplines différentes) afin d'appréhender les différentes composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une association de thérapeutiques pharmacologiques, physiques, psychologiques, voire chirurgicales ;
- décider d'un projet thérapeutique adapté après un bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial. L'objectif est de réduire la douleur autant que possible jusqu'à un niveau permettant une qualité de vie satisfaisante pour le patient ;
- favoriser la coopération entre le patient et l'équipe soignante, son adhésion et sa participation au projet thérapeutique. Collaborer avec le(s) médecin(s) traitant(s) du patient en les informant du bilan et en les associant autant que possible au projet thérapeutique et au suivi ;
- prendre en compte l'environnement familial, culturel, social et professionnel du patient.

Source : définition partagée par le groupe de travail DGOS/SFETD.

Critères relatifs à la prise en charge

rs de

10. La structure garantit une prise en charge pluriprofessionnelle aux patients, en se dotant au minimum d'un temps de médecin formé, d'IDE et de psychologue et/ou de psychiatre. Un temps de secrétariat dédié est nécessaire.

11. La structure ~~doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés~~ dans les disciplines suivantes : neurologie, rhumatologie, ~~médecine physique et de réadaptation, psychiatrie,~~ pharmacologie. Ces avis peuvent être obtenus ~~auprès de professionnels extérieurs à la structure,~~ dans le cadre d'un partenariat formalisé. Ils doivent être tracés dans le dossier du patient.

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2011/6 du 15 juillet 2011, Page 282.



RÉPERTOIRE DES EXPERTISES SPÉCIFIQUES POSSIBLES

1. Les pathologies douloureuses

Migraines, céphalées.

Algies faciales, algies vasculaires de la face (*), névralgies faciales (*).

Douleurs neuropathiques périphériques et centrales.

Douleurs aiguës du zona (**).

Douleurs rachidiennes (dont lombo-radiculalgies, névralgies cervico-brachiales).

Douleurs du blessé médullaire.

Fibromyalgie.

Douleurs musculo-squelettiques (dont douleurs myofasciales).

Syndrome douloureux régional complexe (**).

Douleurs viscérales abdomino-pelviennes.

Douleurs périnéales.

Douleurs séquellaires du cancer.

Douleur et cancer évolutif (*).

Degré d'urgence à prendre en compte dans le cadre de la définition de filières :

(*) Demande de consultation à traiter en urgence.

(**) Demande de consultation à traiter rapidement.

Quand les pathologies concernent l'enfant, les demandes sont toutes à traiter rapidement.

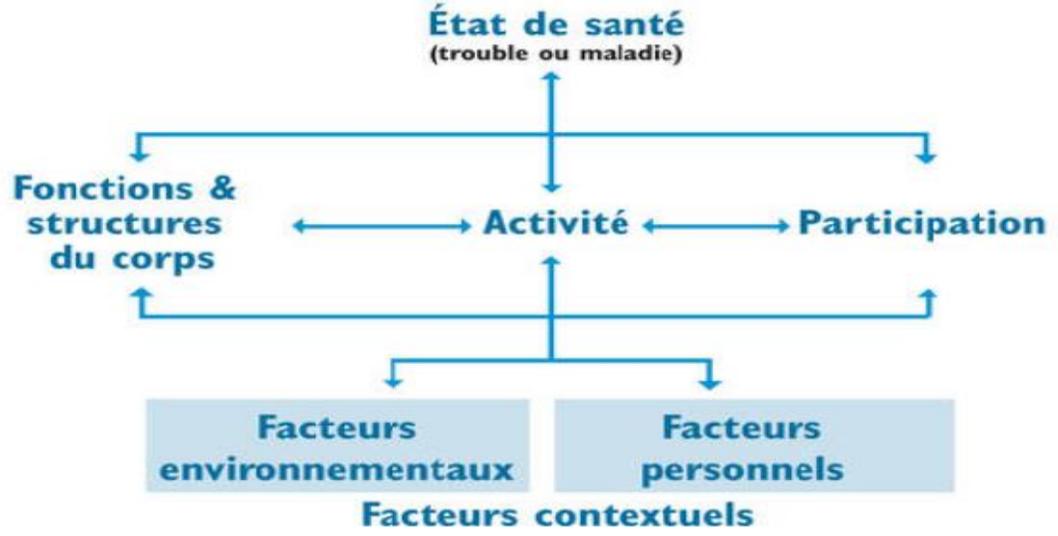
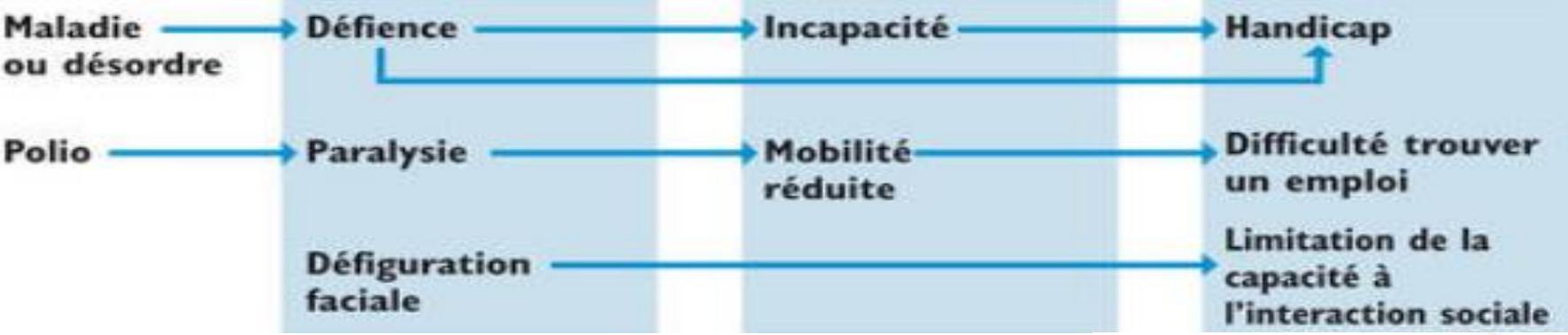


Le modèle de la MPR

- Evaluation bio psycho sociale de la situation clinique en incluant les aspects physiopathologiques, les facteurs de risque, **les déficiences, les limitations d'activité et restrictions de participation**
- Pronostic fonctionnel et moyens de récupération, de compensation et d'adaptation
- Programme thérapeutique de MPR incluant rééducation (*médecins rééducateurs...*), réadaptation, réinsertion avec évaluations
- MPR « interventionnelle » (échographie), appareillage, ETP
- Travail en filière (mais mis parfois en bout de chaine tout comme l'algologue...)



Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)



Handicap douloureux

- Handicap = « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie **dans son environnement** par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».
- Douleur symptôme ? Douleur système ou fonction ?
Conséquences de la douleur ? Déficiences associées à la douleur ? La douleur est-elle une déficience ?
- MPR = médecine du handicap. Mais pas de normalisation dans l'approche MPR...



CIF core set low back pain (CIEZA et al. 2004)

Composante CIF	Code CIF	Titre catégorie CIF	
Fonctions organiques	b280	Sensation de douleur	
	b152	Fonctions émotionnelles	
	b730	Fonctions relatives à la puissance musculaire	
	b710	Fonctions relatives à la mobilité des articulations	
	b455	Fonctions de tolérance à l'effort	
	b134	Fonctions du sommeil	
	b740	Fonctions relatives à l'endurance musculaire	
	b735	Fonctions relatives au tonus musculaire	
	b715	Fonctions relatives à la stabilité des articulations	
	b130	Fonctions de l'énergie et des pulsions	
	Structures anatomiques	s120	Structures de la moelle épinière et structures connexes
		s760	Structure du tronc
		s770	Structures supplémentaires de l'appareil locomoteur liées au mouvement
	Activités et participation	d415	Garder la position du corps
d430		Soulever et porter des objets	
d410		Changer de position corporelle de base	
d450		Marcher	
d850		Emploi rémunéré	
d859		Autres domaines précisés ou non précisés relatifs au travail et à l'emploi	
d640		Faire le ménage	
d540		S'habiller	
d240		Gérer le stress et autres exigences psychologiques	
d760		Relations familiales	
d530		Aller aux toilettes	
d845		Obtenir, garder et cesser un travail	
Facteurs environnementaux		e580	Services, systèmes et politiques en matière de santé
		e570	Services, systèmes et politiques en matière de sécurité sociale
		e355	Professionnels de santé
		e450	Attitudes individuelles des professionnelles de santé
		e410	Attitudes individuelles des membres de la proche famille
	e135	Produits pour le commerce, l'industrie et l'emploi	
	e110	Produits ou substances pour la consommation personnelle	
	e310	Famille proche	
	e155	Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé	
	e550	Services, systèmes et politiques en matière juridique	



MPR et algologie
Algologie et MPR

**Place de la MPR
dans la PEC de la
DN**

Douleurs
neuropathiques
du MS

Les tableaux nosologiques
rencontrés en MPR

Application du modèle de
parcours de soins en MPR



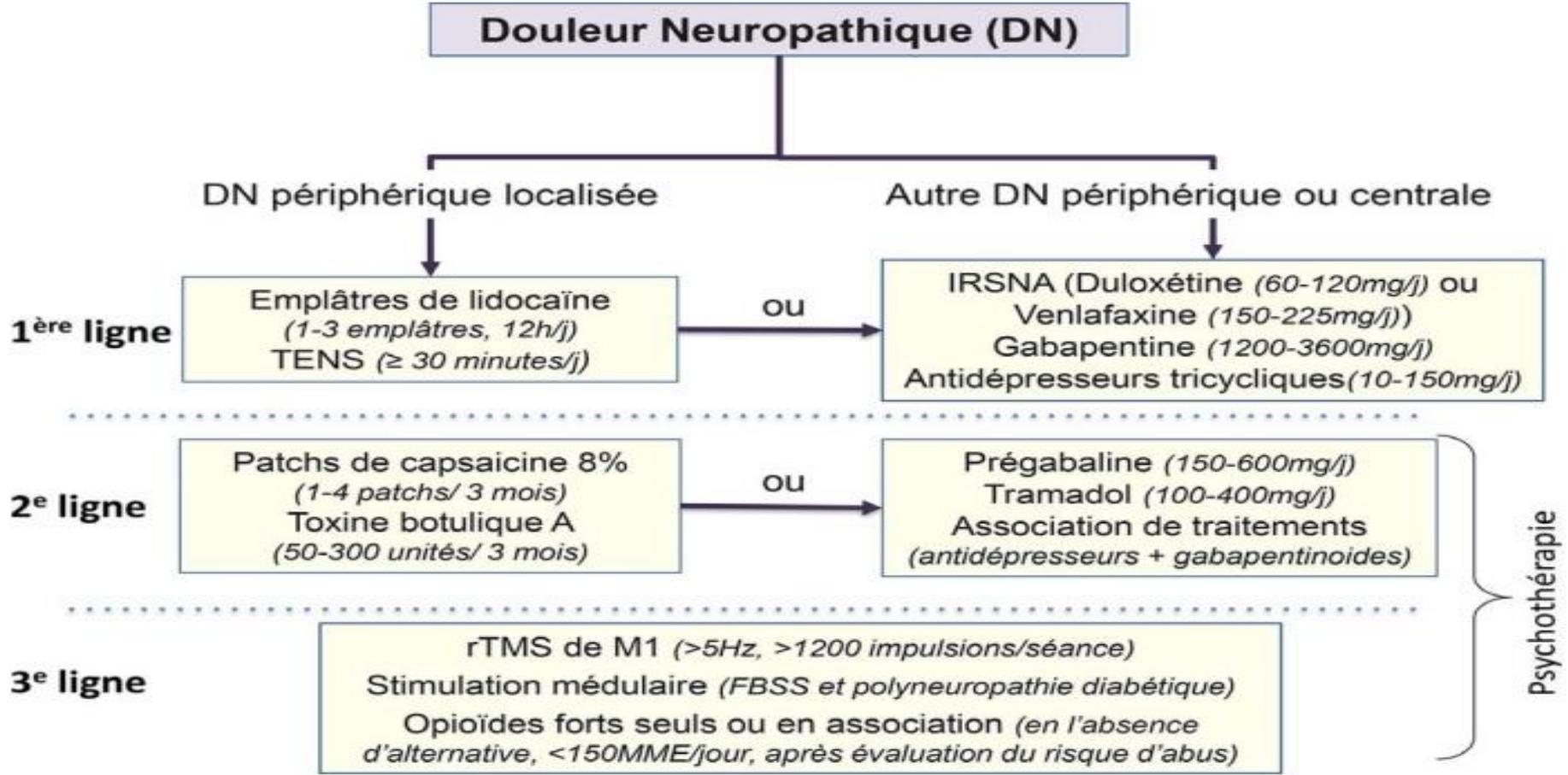


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*



Toxine botulique A

- Bloque la libération de l'acétylcholine au niveau de la JNM et des terminaisons cholinergiques libres cutanées
- Action antalgique via SP, CGRP, TRPV et/ou action centrale ?
- En sous-cutané sur le placard allodynique ou hyperesthésique
- Jusqu'à 360 U Botox et 3 mois entre 2 injections
- Mais hors AMM et accès ? Pb résolu depuis l'AMM migraine ?
- Apport du MPR qui maîtrise son utilisation ? Exemple de la filière Poitou-Charentes
- A associer si SMF présent
- Ou dans le cas du moignon dystonique SC + IM



Original Article

Botulinum toxin type a induces direct analgesic effects in chronic neuropathic pain

Danièle Ranoux MD, Nadine Attal MD, PhD ✉, Françoise Morain, D. Bouhassira

First published: 10 June 2008 | <https://doi.org/10.1002/ana.21427> | Citations: 290



ETP médicaments ?

- Par exemple avec la Prégabaline
- Problème d'observance +++
- Problème de maîtrise de la prescription en médecine de ville +++
- Problématique de gestion des EI



Interventions non médicamenteuses

- NPIS
- MusicCare
- Acupuncture
- Méditation pleine conscience
- Hypnose
- Relaxation et autres (Tai Chi, Qi gong...)



ETP traitements non médicamenteux ex.: TENS

FAQ

▶ Comment charger mon appareil?

Soit sur secteur soit avec des piles (rechargeables de préférence),

▶ Est-ce que je peux devenir « accro » au TENS?

▶ **NON**. Il n'y a aucun risque de dépendance, c'est une physiothérapie antalgique.

▶ Je n'arrive pas augmenter l'intensité?

▶ L'appareil est sûrement en sécurité, descendre l'intensité pour la débloquer puis la modifier.

▶ Est-ce que je peux faire 10 minutes de stimulation à une intensité plus forte pour être plus efficace?

▶ **NON**: il vaut mieux augmenter le temps de stimulation qu'augmenter l'intensité. Il n'y a pas de limite d'application dans le temps, tant que le soulagement est là.

▶ Comment se procure t'on un appareil TENS?

▶ Il est prescrit en location pour 6 mois par un médecin de rééducation ou un médecin de la douleur (centre anti-douleur) puis à l'achat au bout de 6 mois. L'assurance maladie rembourse 112,5 euros. Certaines mutuelles peuvent couvrir le « reste à charge »

▶ Je ne sens plus la stimulation de mon appareil au bout de quelques minutes, puis-je augmenter l'intensité?

▶ **OUI** il faut toujours ressentir la stimulation, cela nécessite un ajustement permanent (surtout en gate control).

▶ Mes électrodes ne collent plus, que puis-je faire?

▶ Il faut les coller tout de suite sur leur support après leur utilisation, lire les conseils d'entretien sur le sachet. A défaut, il faut les renouveler. Vous pouvez les changer tous les 15 jours à l'aide de la prescription médicale initiale,

▶ Puis je utiliser les 2 types de courant sur une même journée?

▶ **OUI**, aucun problème, cela peut permettre d'atténuer la douleur de manière plus efficace

▶ Y-at-il des contre-indications?

▶ **OUI**, la TENS est contraindiquée si vous êtes porteur d'un pacemaker et en cas de grossesse (si application sur le ventre)



Pas de conduite de véhicule avec l'électrostimulateur.



Activités physiques adaptées

- A prescrire d'une façon ou d'une autre de façon systématique



Régulation de la douleur par l'AP

- NMDA (N Methyl D Aspartate)
- Endorphines
- Sérotonine
- Endocannabinoïdes
- Acide lactique (lactates)
- Graisses circulantes (Free Fat Acid)
- Toll Like Receptor 4 (inflammation)



International Journal of
Molecular Sciences



Review

Lactate as a Metabolite and a Regulator in the Central Nervous System

Patrizia Proia ¹, Carlo Maria Di Liegro ², Gabriella Schiera ², Anna Fricano ²
and Italia Di Liegro ^{3,*}

J Physiol 595.13 (2017) pp 4141–4150

4141

SYMPOSIUM REVIEW

Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena

Lucas V. Lima , Thiago S. S. Abner  and Kathleen A. Sluka 

Department of Physical Therapy and Rehabilitation Science, Pain Research Program, University of Iowa, Iowa City, IA 52242, USA



Perspective

Chronic Inflammation as an Immunological Abnormality and Effectiveness of Exercise

Katsuhiko Suzuki 

Faculty of Sport Sciences, Waseda University, 2-579-15 Mikajima, Tokorozawa 359-1192, Japan;
katsu.suzu@waseda.jp; Tel.: +81-4-2947-6898



Réadaptation instrumentée ou non

- Inhibition de cercles vicieux dans le schéma corporel
- Rééducation la plus précoce possible +++
- Vibramoov
- SEF
- ArméoPower
- Thérapie par miroir (IVS3)
- Réalité virtuelle
- Désensibilisation
- Ergothérapie



Imagerie mentale

- Observation d'action
- Mirror therapy
- Réalité virtuelle



Tableau 2

1. Évaluer la faisabilité d'un traitement par miroir chez le patient :
 - a. Diagnostic (SDRC, douleur neuropathique).
 - b. État général, état du membre sain (indolore, intact, mobile), capacités visuelles.
 - c. Capacités cognitives (compréhension, concentration) et de communication.
 - d. Situation psychologique, motivation.
2. Réaliser une évaluation pouvant servir de base aux réévaluations ultérieures :
 - a. Description de la douleur et des autres sensations (position, mobilité du membre, œdème...).
 - b. Examen clinique (inspection, palpation, sensibilité, force, mobilité...).
 - c. Capacités fonctionnelles.
3. Informer le patient, déterminer les objectifs thérapeutiques et préparer le traitement :
 - a. Mécanismes des douleurs et du traitement par miroirs.
 - b. Nombre et durée des séances, importance d'une participation active et régulière.
 - c. Effets indésirables possibles et leur gestion.
 - d. Se procurer un miroir adéquat et réserver du temps pour les exercices.
4. Créer une illusion visuelle de qualité :
 - a. Bien se positionner par rapport au miroir.
 - b. Si possible, mettre le membre sain dans la position du membre pathologique.
 - c. Enlever ou masquer les repères visuels (bijoux, tatouages, cicatrices...).
 - d. Proposer au patient d'imaginer regarder au travers d'une fenêtre.
 - e. Éventuellement ajouter des stimulations sensorielles.
 - f. Procéder par courtes périodes afin de favoriser la concentration.
 - g. Débuter progressivement en cas d'effets indésirables.
5. Tester les préférences du patient : à quels exercices répond-il le mieux ?
 - a. Visualisation du membre sans mouvement.
 - b. Exercices moteurs simples.
 - c. Stimulations sensorielles.
 - d. Exercices moteurs fonctionnels avec objets.
 - e. Imagerie mentale avec ou sans miroir.
 - f. Optionnel : entraînement à la reconnaissance de latéralité de photos de membres.
6. Composer un programme sur mesure en fonction des préférences du patient.
7. Favoriser un traitement autonome à domicile :
 - a. Engagement du patient sur le nombre et la durée des séances.
 - b. Agenda, matériel.
8. Réévaluer régulièrement et adapter si nécessaire.

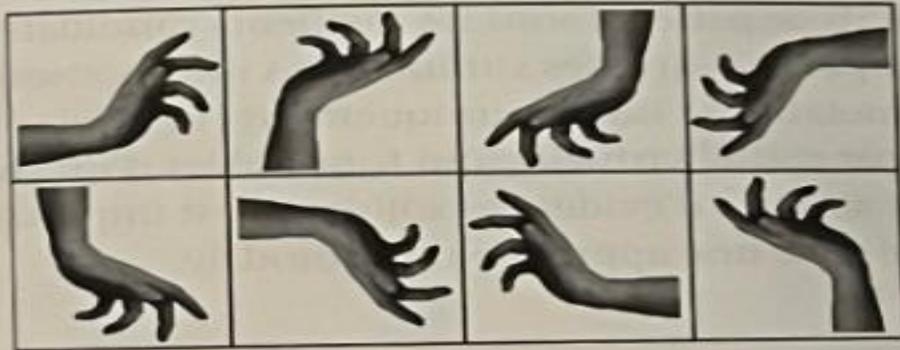
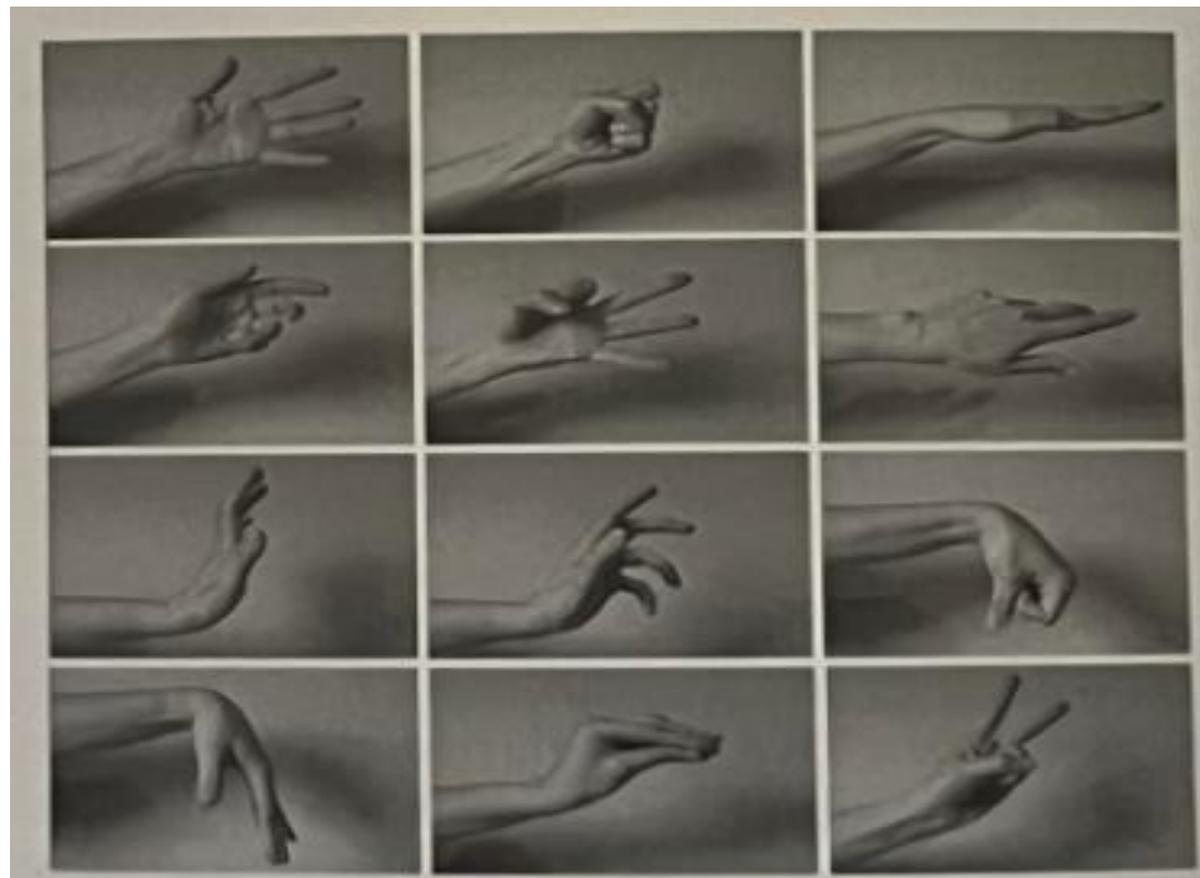


Figure 9.9. Exemple d'images utilisables pour reconnaître la latéralité d'un membre.



Désensibilisation

Tableau 9.6. Suggestions pour un exercice de discrimination sensorielle.

Préparation	<ol style="list-style-type: none">1. Choisir deux sondes de stimulation, par exemple un coton-tige et un bouchon de liège2. Délimiter sur la zone douloureuse plusieurs zones à stimuler, séparées d'une distance approximativement égale au seuil de discrimination de deux points3. Sur un schéma ou une photo du membre, placer des repères numérotés correspondant aux zones à stimuler (figure. 9.8)4. Installer le patient confortablement, en masquant le membre qui sera stimulé
Stimulation : première séance	<ol style="list-style-type: none">1. Appliquer aléatoirement l'une ou l'autre sonde de stimulation sur les points prédéfinis, en demandant au patient de préciser à chaque fois quelle zone est stimulée et avec quelle sonde2. Après chaque stimulation, noter le résultat et donner un feed-back au patient afin de l'aider à améliorer sa discrimination3. À la fin de la séance, calculer le taux de succès
Stimulation : séances suivantes	En fonction du taux de succès de la séance précédente : <ul style="list-style-type: none">- si succès > 70 %, réduire la distance entre deux points le jour suivant et/ou utiliser des sondes moins différentes ;- si succès 60-70 % : pas de modification ;- si succès < 60 %, augmenter la distance entre deux points le jour suivant et/ou utiliser des sondes plus différentes.
Une à deux séances de minimum 15 minutes par jour, 5 jours par semaine, pendant au moins deux semaines	

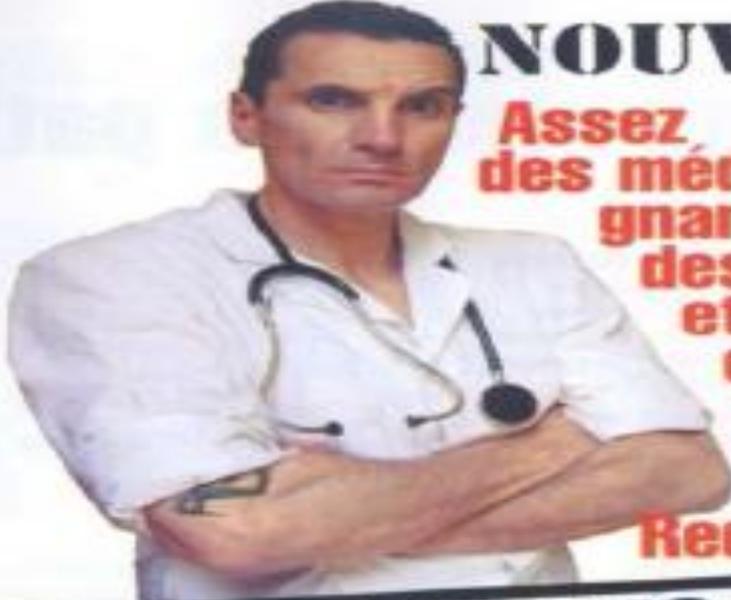
Inspiré de Moseley et al. 2008, Wakolbinger et al. 2017.



Ergothérapie : problème d'accès



Pain Exposure Physical Therapy



NOUVEAU !
**Assez
des médecines
gnangnans,
des tisanes
et des
examens
de couilles
molles !**
Redécouvrez

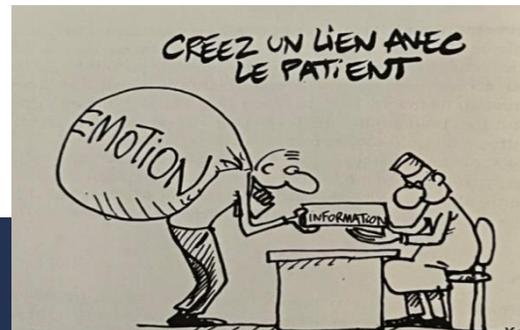
LES MEDECINES DURES

Un retour sain et nécessaire sur les thérapies qui ont fait leurs preuves, par le major Georges Kessler, ex-médecin militaire, ancien interne des hôpitaux de la Légion.

Les traitements de cochottes, les blablas des multidiplômés de la sécu-pactole ont démontré leur impuissance. Les médecines de hippies et les consultations de tapettes, ça suffit ! La meilleure chose à faire avec un microbe, c'est de le regarder droit dans les yeux et de lui envoyer un bon coup de pied dans les burnes.

Aspects psycho-sociaux

- Catastrophisme et autres biais cognitifs (coping)
- TCC
- Pain management programs : approche psycho-comportementale commune aux différents programmes de réadaptation (Fibromyalgique, lombalgique, SEDh ou apparentés...) cf. livre blanc SFETD
- Réinsertion professionnelle ou retour aux activités de vie quotidienne





TECHNICAL NOTE

A practical algorithm for using rTMS to treat patients with chronic pain



Jean-Pascal Lefaucheur^{a,*}, Jean-Paul Nguyen^{b,c}

^a UPEC, EA4391, Clinical Neurophysiology Department, Henri-Mondor University Hospital, Faculty of Medicine, 94010 Créteil, France

^b Multidisciplinary Pain, Palliative and Supportive care Center, UIC 22/CAT2 and Laboratoire de Thérapeutique (EA3826), University Hospital, 44000 Nantes, France

^c Multidisciplinary Pain Center, groupe ELSAN, clinique Bretéché, 44000 Nantes, France

Received 1st July 2019; accepted 12 July 2019

Available online 20 July 2019

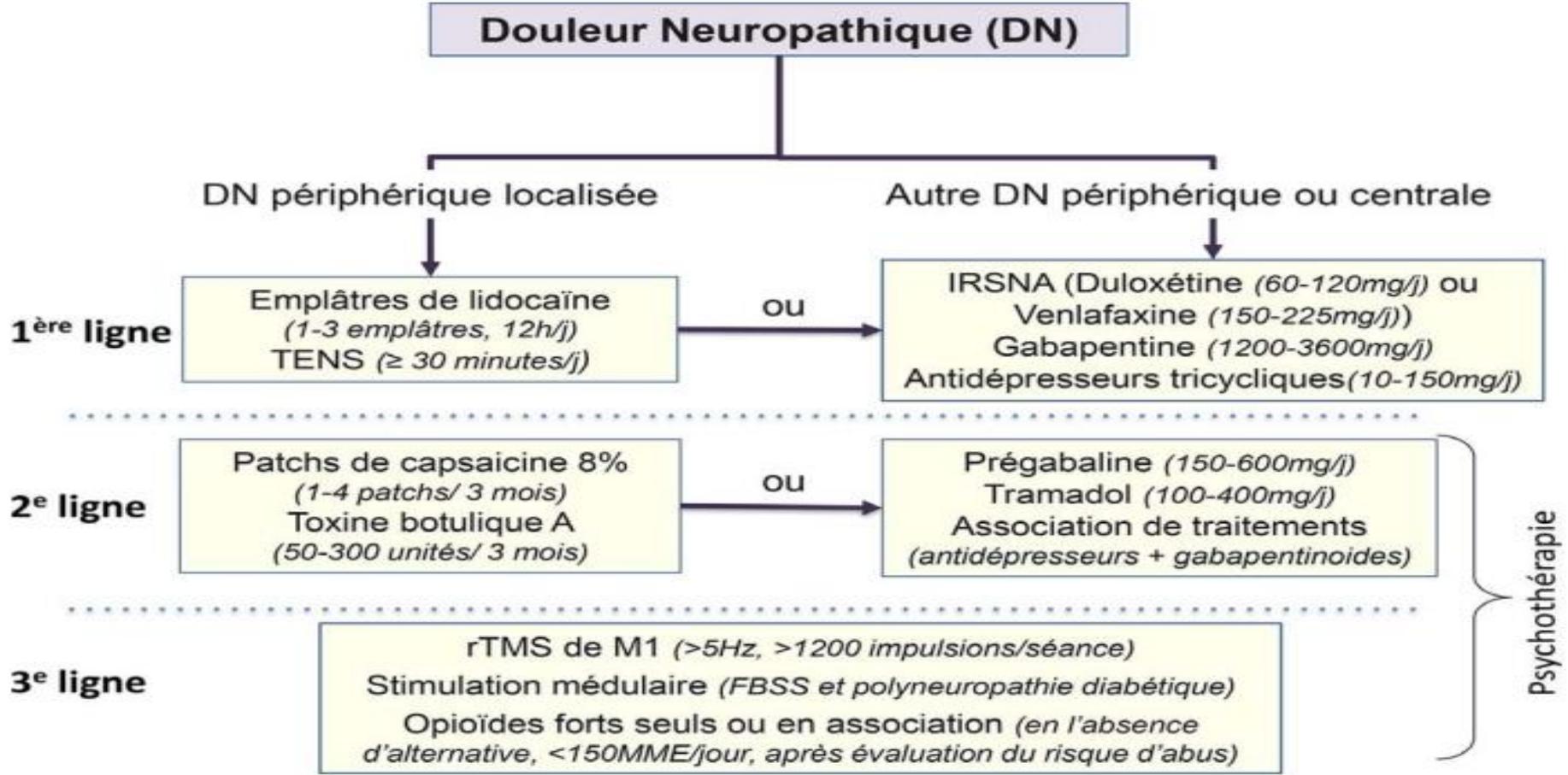


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*



Repères

MPR et algologie
Algologie et MPR

Place de la MPR dans la
PEC de la DN

Douleurs
neuropathiques
du MS

**Les tableaux
nosologiques
rencontrés en
MPR**

Application du modèle de
parcours de soins en MPR



Tableaux nosologiques rencontrés en MPR

- Amputé MS
- Traumatisme du plexus brachial
- Blessé médullaire
- SDRC
- NCB
- Autres



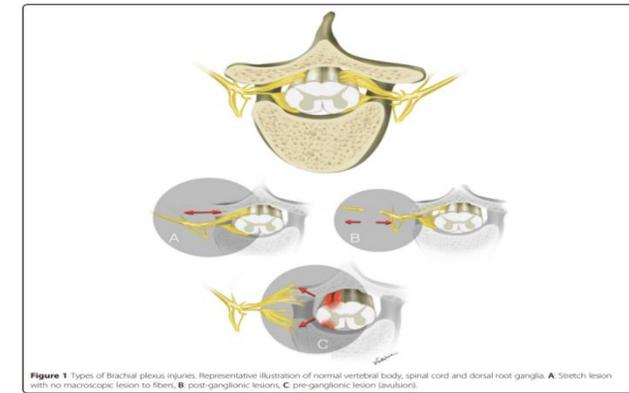
Douleur de l'amputé du MS

- Douleur du membre fantôme : Hallucinose et Algohallucinose
- Douleur du moignon (névrome ; Causalgie ; Adaptation du moignon à la prothèse ; Douleur musculosquelettique dans le membre affecté et ailleurs...)
- Pas de traitement spécifique... donc suivre les recos.
 - ...Sauf l'appareillage
 - ... Et la PEC psychologique du stress post traumatique et du trouble du schéma corporel (sexualité)



Traumatismes du plexus brachial

- Souvent douleurs mixtes
- Intérêt d'une orthèse type OmoTrain voire orthèse grand appareillage avec réglage du degré de flexion du coude
- Rééducation/réadaptation/réinsertion ++
- PEC psychologique
- Intérêt des exosquelettes, de la thérapie par miroir et de l'imagerie mentale



Teixeira et al. BMC Neurology (2015) 15:73
DOI 10.1186/s12883-015-0329-x



REVIEW

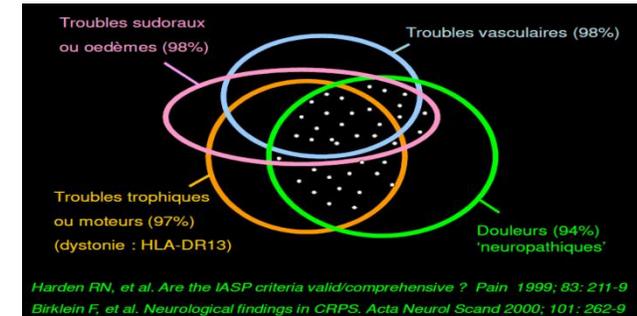
Open Access

Neuropathic pain after brachial plexus avulsion - central and peripheral mechanisms

Manoel Jacobsen Teixeira^{1,2,3}, Matheus Gomes da S da Paz⁴, Mauro Tupiniquim Bina⁴, Schella Nogueira Santos⁴, Irina Raicher^{1,2}, Ricardo Galhardoni^{1,3}, Diego Toledo Fernandes¹, Lin T Yeng^{1,5}, Abrahão F Baptista⁴ and Daniel Ciampi de Andrade^{1,2,3,6*}

SDRC type 1 et type 2

- Type 1 (pas dans la définition des douleurs neurologiques)
- Surinterprétation de la scintigraphie ?
- Intérêt des orthèses
- Intérêt de la TB



MPR : une des dernières spés cliniques ?

- Syndromes canaux du membre supérieur
 - Défilés cervico-thoraciques
 - Sus-scapulaire
 - Grand dentelé (nerf thoracique long = de Charles Bell)
 - Circonflexe
 - Musculo-cutané
 - Radial
 - Ulnaire (cubital)
 - Médian
- NCB
- Neuropathies



Neuropathie à petites fibres

- Réadaptation complémentaire du TTT médicamenteux
- Exercices spécifiques de proprioception, désensibilisation, vibration, activités physiques
- Sudoscan en pratique courante ?



Syndrome myofascial

- 639 muscles dont 570 muscles striés squelettiques
- Agonistes et antagonistes
- Douleur primitive locale et référée d'origine musculaire (ressentie à un endroit différent de la localisation de la dysfonction) perçue comme étant profonde et constante
- Présence de points de déclenchement myofasciaux (trigger point) dans n'importe quelle partie du corps (bande indurée de fibres contractées (taut band)
- Traitements spécifiques (allant jusqu'à la TB)



MPR et algologie
Algologie et MPR

Place de la MPR dans la
PEC de la DN

Douleurs
neuropathiques
du MS

Les tableaux nosologiques
rencontrés en MPR

Application du
modèle de parcours
de soins en MPR



Parcours de soins en MPR

- Il décrit les besoins des patients a priori
- Il s'intéresse à toutes les étapes de la prise en charge de l'instant initial de l'accident ou de l'entrée dans la maladie jusqu'à la guérison ou la stabilité, sans omettre les séquelles ou les états chroniques et évolutifs
- il vise à satisfaire les besoins de la personne à toutes les étapes et au long cours en cas de restrictions de participation persistantes
- L'approche méthodologique ne se fait pas par pathologie mais par un système à deux entrées : la sévérité des déficiences motrices, cognitives, viscérales, psychologiques et les besoins qu'elles génèrent d'une part et le contexte personnel et environnemental dans lequel la personne évolue d'autre part, et ce selon le modèle de la CIF
- Le parcours de soin en MPR apporte un bénéfice au patient : il vise à positionner le patient « **au bon endroit, au bon moment** » ; il vise à l'équité des chances par rapport à la pathologie, à l'attente et au pronostic fonctionnel ; il vise à l'efficacité des moyens mis en jeu, pour le résultat attendu, dans le contexte défini.
- Il modélise des situations cliniques réelles (pas des diagnostics) et intègre le niveau des connaissances reconnues (EBM en MPR)



Efficiency of the care pathway in MPR

- Depends on clinical conditions and/or of the offer of care.
- Clinical conditions depend on the type of pathology, the conditions of occurrence (sudden or progressive) and consequences (with or without entry into chronicity, the handicap), the type of care, the evolvability of the patient and the need for follow-up.
- The prescriber who introduces the patient into the pathway has a determining role ; this responsibility demands on his part a sound analysis of the medical prognosis of the patient (complications, comorbidities, evolution not favorable) and of the possible difficulties encountered in view of his reinsertion and of his return home.
- The offer depends on the accessible care structures and of the organization that prevails in the constitution of the filières. Necessary work of coordination of the structures among themselves and identification of their specificity (who does what ?). The « functionality of the territory » is essential.
- The weakness of a chain is that of its weakest link. The care pathway to be effective and to respond to the needs of patients must guarantee **Quality, Security and ...Proximity**



Du parcours de soins au parcours de santé et... au parcours de vie



Source : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)



Parcours de soins en MPR et implantation : des questions en suspens...

- A construire ?
- Faut il (essayer de) traiter le problème psycho, le problème social ou le problème physique en premier ?
- Où est la place (s'il y en a une) de la MPR dans le parcours de soins avec implantation d'une neurostimulation de la personne présentant une douleur neuropathique invalidante ? Avant et/ou après ? Pendant ?
- Si le patient vient d'un Centre de SMR, doit il suivre le même parcours ? Si oui, comment fluidifier le parcours et ne pas cumuler les délais d'attente des différents spé ?
- Un programme « ETP/douleur chronique invalidante » ne serait-il pas indispensable avant et après implantation ?



Merci

