

**Annexe 1**

RECHERCHES  
SCIENTIFIQUES

# ASSOCIATION DOULEUR EN SARTHE

## STATUTS

### **Article 1**

Il est créé, sous la dénomination de Réseau « Douleur en Sarthe », une association conformément à la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901 et de son décret d 'application du 16 Août 1901, régie par les présents statuts.

Le siège social de l'association n'étant pas fixé à la date d'enregistrement des présents statuts, son adresse postale est sis temporairement au 28 bis, rue de la Solitude 72000 Le Mans. Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration

Sa durée est illimitée.

### **Article 2**

#### **Objet**

Cette association a pour but d'assurer la gestion financière du Réseau « Douleur en Sarthe » et de ses activités annexes.

### **Article 3**

#### **Membres**

Cette association se compose :

- des membres signataires fondateurs du Réseau « Douleur en Sarthe »
- de membres actifs, personnes physiques ou morales qui auront versé une cotisation annuelle, fixée provisoirement à 10 € sous réserve de modification par le Conseil d'Administration
- de membres bienfaiteurs, personnes physiques ou morales qui auront versé une cotisation annuelle fixée provisoirement à 50 € sous réserve de modifications par le Conseil d'Administration
- de membres de soutien, personnes physiques ou morales qui auront versé une cotisation annuelle supérieure au montant ci-dessus.

## **Article 4**

### ***Condition d'adhésion***

Les demandes d'adhésion sont formulées par écrit, signées des demandeurs, accompagnées de la signature de la charte du réseau. Elles doivent être acceptées par le Conseil d'Administration, lequel en cas de refus, n'a pas à en faire connaître les raisons.

## **Article 5**

### **Perte de la Qualité de Membre**

La qualité de membre se perd par la démission ou la radiation pour non-paiement des cotisations, comportement contraire aux lois, ou raisons graves, appréciées par le Conseil d'Administration.

## **Article 6**

### **Composition de l'Assemblée Générale**

L'assemblée Générale est composée des membres cités dans l'article 3.

Elle se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'Administration.

Elle peut valablement délibérer en présence d'au moins 30% de ses membres présents ou représentés.

Son ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration, son bureau est celui du Conseil d'Administration.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos présenté par le Conseil d'Administration, délibère sur les questions portées à l'ordre du jour et peut élire au scrutin secret et à la majorité simple au plus quatre membres actifs, bienfaiteurs ou de soutien pour siéger au Conseil d'Administration.

## **Article 7**

### **Composition et Fonctionnement du Conseil d'Administration**

L'association est dirigée par un Conseil d'Administration élu par l'Assemblée Générale pour une durée de trois ans.

Le Conseil d'Administration détient les pouvoirs en ce qui concerne l'administration de l'association.

Tous les actes de gestion et de disposition sont de la compétence du Conseil d'Administration.

1. Pour ce faire, le Conseil d'Administration élit, à l'issue de l'Assemblée Générale Ordinaire, à bulletin secret, un bureau, élection à la majorité simple des personnes présentes. Les membres du bureau sont élus pour 3 ans, renouvelable en bloc. Le nombre de mandats n'est pas limité

Le bureau est composé au moins d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire, d'un secrétaire adjoint, d'un trésorier et d'un trésorier adjoint. Il est chargé des affaires courantes et de l'application des décisions du Conseil d'Administration.

Le président représente l'Association et son Conseil d'Administration dans toutes les manifestations publiques et auprès de l'ensemble des tutelles administratives. Il est garant de l'exécution des décisions du Conseil d'Administration.

Le ou les vice - présidents sont chargés de suppléer ou de remplacer le Président sur délégation temporaire ou permanente.

Le Secrétaire est chargé d'assurer en accord avec le Président, l'exécution des décisions de l'assemblée et du Conseil d'Administration et la bonne marche administrative de l'association. Il organise les réunions du conseil, prépare les assemblées, en établit l'ordre du jour et les comptes rendus pour les soumettre au Conseil d'Administration. Il répond au courrier administratif. Il rédige le rapport moral du Conseil et le soumet à ce Conseil pour adoption et à l'Assemblée pour approbation. Sur délégation du Président, il signe les actes administratifs. Il peut se joindre aux démarches du Président.

Le secrétaire Adjoint l'aide dans ses fonctions.

Le Trésorier est chargé de toutes les opérations financières. Il est responsable des valeurs et de l'argent versé entre ses mains ; il rend compte de l'état des finances aux réunions du Conseil. Il prépare le budget. Il ne peut pratiquer aucune opération mobilière ou immobilière sans autorisation du Conseil d'Administration. Il détient la signature des comptes chèques postaux ou bancaires ainsi que le Trésorier Adjoint et le Président.

Les réunions du bureau sont régulières (invitation au moins 15 jours à l'avance). Les décisions sont prises à la majorité relative des membres présents. Il est tenu un procès verbal de chaque séance ; il est établi sous la responsabilité du président par le secrétaire de l'association et soumis au Conseil d'Administration pour approbation.

2. Le Conseil d'Administration se réunit au moins 1 fois par an et chaque fois, il est convoqué par le président ou sur demande du quart des membres de l'association (invitation au moins 15 jours à l'avance).

Pour que ses délibérations soient valables, la moitié au moins plus un des membres doivent être présents ou représentés.

En cas d'absence, un membre du conseil d'administration peut se faire représenter par un des membres. Toutefois, aucun membre ne peut disposer de plus d'un mandat en plus du sien.

Le Conseil d'Administration examine le projet, le budget présenté par le bureau. Il délibère et statue sur les comptes de l'exercice clos. L'expert comptable les présente au Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale.

Les membres du Conseil d'Administration sont tenus au secret des délibérations sur les sujets pour lesquels un membre du Conseil le demande, sauf opposition formulée par les deux tiers des membres. Le Conseil d'Administration a la faculté de suspendre de leur fonction, par un vote secret, à la majorité des deux tiers, ceux de ses membres qui auraient abusé de leur pouvoir ou porté atteinte aux intérêts de l'association. Dans tous les cas, ils devront être invités, au moins quinze jours à l'avance, à présenter leur défense et pourront faire appel devant la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire. Cet appel n'a pas d'effet suspensif.

Il est tenu un procès verbal de chaque réunion établie sous la responsabilité du président de l'association et soumis au conseil d'administration pour approbation.

## **Article 8**

### **Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'Administration.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations par lettre simple, courrier électronique ou fax ; Il est proposé par le Conseil d'Administration.

Lors de l'Assemblée Générale, le bureau sortant :

- présente les rapports sur la gestion de l'association, sur la situation financière, les activités et les orientations de l'Association. Ils doivent être approuvés à la majorité relative des personnes présentes,
- donne quitus aux administrateurs,

Les délibérations de l'Assemblée sont valables, quel que soit le nombre total des membres présents, sauf dans les cas concernant la modification des statuts, l'établissement d'un règlement intérieur, ou la dissolution de l'association.

## **Article 9**

### **Représentation de l'Association**

L'Association est représentée en justice, auprès des Administrations des Pouvoirs Publics, de tout organisme Public ou Privé, et dans les actes de la vie civile, par le Président ou tout autre de ses membres, que le Conseil désigne à cet effet.

## **Article 10**

### ***Ressources***

Les ressources de l'Association se composent notamment :

- des cotisations de ses membres
- des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat, les organismes d'assurance maladie, les institutions sociales ou collectivités publiques ou les mutuelles
- des contributions directes des caisses d'assurance maladie, des tutelles, de l'Etat ou des collectivités territoriales
- des dons qui peuvent lui être consentis
- des revenus ou produits des biens qu'elle possède
- de toutes autres ressources autorisées par les textes législatifs ou réglementaires

Les comptes sont contrôlés et validés par un expert comptable en dehors de l'association

## **Article 11**

### ***Modification des Statuts et Règlement Intérieur***

Les présents statuts ne peuvent être modifiés que lors d'une Assemblée Générale Extraordinaire. Celle-ci se réunit sur la proposition du Conseil d'Administration ou de la moitié des membres de l'association.

Dans tous les cas, la modification des statuts ne peut être acquise qu'à la majorité des 2/3 des membres quel que soit le nombre de membres présents.

Sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'association pourra mettre en place tout règlement intérieur qui lui paraîtra approprié et dont les propositions auront valeur statutaire.

## **Article 12**

### ***Dissolution de l'Association***

La dissolution de l'association ne peut être prononcée que par une Assemblée Générale convoquée spécialement à cet effet. Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des membres présents. Si cette majorité n'est pas atteinte, l'Assemblée Générale est convoquée après un délai d'un mois. La décision sera prise à la majorité simple des voix quel que soit le nombre des membres présents.

Date :

Signatures

# STATUTS JURIDIQUES

## RESEAU DOULEUR EN SARTHE

### ***CONVENTION CONSTITUTIVE***



**Projet de convention constitutive  
Du Réseau Douleur en Sarthe**

# Convention constitutive

## Identification des signataires fondateurs

Entre :

- le Centre Hospitalier du Mans (CHM), représenté par :
  - Monsieur le Directeur du CHM
  - Madame le Docteur Roseline Duclos, médecin algologue CHM
  - Monsieur le Docteur Patrice Hubert, médecin algologue CHM
  - Monsieur le Docteur Claude Mawas, médecin algologue CHM
  - Monsieur le Président de CME du CHM
  
- Le Centre Médico-Chirurgical du Mans (CMCM) représenté par :
  - Monsieur le Directeur du CMCM
  - Monsieur le Docteur Thierry Deniez, médecin algologue CMCM
  - Monsieur le Docteur Antoine Khoury, médecin algologue CMCM
  - Monsieur le Président de CME du CMCM
  
- L'association des Médecins Généralistes du département de la Sarthe représentée par :
  - Monsieur le Docteur Alain Gahagnon, médecin généraliste
  
- l'Association Sud Sarthe Santé représentée par :
  - Monsieur le Directeur du CH Sud Sarthe
  - Madame le Docteur Brigitte Dubois, médecin algologue CH Sablé
  
- Le Pôle Sillé Beaumont Bonnétable représenté par :
  - Monsieur le Directeur du CH Sillé Beaumont Bonnétable
  - Monsieur le Docteur Gérard Deboffe, médecin algologue CH Bonnétable

**Projet de convention constitutive  
Du Réseau Douleur en Sarthe**

- o l' Association Santé en Saosnois représentée par :
  - Madame le Docteur Nadine Thomas, médecin algologue CH Mamers
  
- o Le Centre Médical François Gallouedec représenté par :
  - Monsieur le Directeur du Centre Médical
  - Monsieur le Docteur Pierre Lucas, médecin rééducateur
  
- o Le Centre Hospitalier de Château du Loir représenté par :
  - Monsieur le Directeur du CH de Château du Loir
  - Monsieur le Docteur Jean-Pierre Boinet, médecin interniste

Il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

La présente convention a pour objet de créer le Réseau Douleur en Sarthe et d'en fixer les modalités d'organisation et de fonctionnement.

Vu la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, définissant les réseaux de santé,

Vu le décret du 25 octobre 2002 définissant la procédure conjointe ARH-URCAM de mise en œuvre régionale de la dotation nationale de développement des réseaux,

Vu le décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé,

Considérant que l'amélioration des activités de prise en charge de la douleur passe par une organisation structurée au niveau départemental

Considérant par ailleurs l'intérêt pour les personnes concernées du renforcement de partenariats locaux et départementaux au travers d'une démarche volontaire de coordination et de convergence des attitudes de dépistage, diagnostiques, thérapeutiques et de prévention,

Considérant que la création d'un Réseau Douleur suscite un nouveau mode d'organisation et de coopération relevant de la forme conventionnelle,

Il a été décidé ce qui suit :

## Article 1

Les entités sus désignées décident de concourir au fonctionnement du **Réseau Douleur en Sarthe**.

Ce Réseau est ouvert à l'adhésion des structures entrant dans le cadre de la définition des réseaux de santé de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et participant aux activités douleur dans la Sarthe.

Le siège du Réseau n'est pas fixé à la date d'enregistrement de la présente convention ; dans l'attente, l'adresse postale est sis au 28bis, rue de la Solitude 72000 Le Mans.

## Article 2

Les objectifs du **Réseau Douleur en Sarthe** sont les suivants :

- amélioration de l'accès aux soins
- développement de la coordination et de la continuité des soins
- assurer des soins de qualité
- assurer une prise en charge globale de la douleur chronique et aiguë
- améliorer l'offre de soins en hospitalisation
- sensibiliser et former les professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique et de ses phases aiguës
- promouvoir des protocoles sur le suivi et le traitement des patients
- mettre en place un système d'information transversale entre les différents acteurs
- prévenir l'émergence d'un syndrome douloureux chronique.

## Article 3

Pour atteindre ses objectifs, les participants au Réseau Douleur s'engagent à mettre en convergence, dans une logique forte de partenariat et de coopération, l'ensemble de leurs potentiels respectifs de compétences et de moyens.

## Article 4

L'instance décisionnelle du Réseau Douleur est constituée par un Comité de Direction comprenant des représentants des professionnels de santé et des administrations de chacune des structures fondatrices. Cette représentation se compose du représentant légal de la structure et d'un binôme professionnel composé d'un médecin spécialiste de la douleur et d'un autre professionnel médical ou paramédical.

L'instance décisionnelle comprend également un représentant des tutelles.

La représentation des autres structures qui adhéreront par la suite au Réseau Douleur sera définie par l'instance décisionnelle de ce réseau.

Les membres du Comité de Direction sont désignés pour un an renouvelable par les structures qui les désignent.

### **Article 5**

Le Comité de Direction exerce l'ensemble des compétences inhérentes au processus de décision au sein du Réseau et notamment :

- La détermination des moyens financiers et leur répartition par groupes fonctionnels de dépenses et par structure,
- L'étude et l'approbation du rapport financier annuel,
- Les modalités générales d'implantation et d'organisation du Réseau Douleur après proposition des Comités définis dans l'article 8,
- Les conditions d'adhésion et de participation, y compris financières pour les nouveaux adhérents.

### **Article 6**

Le Comité de Direction élit un président, deux vice-présidents, un secrétaire et un secrétaire adjoint, un trésorier et un trésorier adjoint.

A l'exception des dispositions des articles 13 et 14 de la présente convention, il délibère à la majorité simple des présents, le président ayant voix prépondérante en cas de partage des votes.

### **Article 7**

Le Comité de Direction se réunit au minimum une fois par an, à l'initiative de son président, pour déterminer notamment les moyens financiers du réseau et arrêter le rapport financier annuel.

Il peut être réuni autant que de besoin, soit par le président, soit sur demande d'au moins la moitié des membres délibérants.

### **Article 8**

Deux Comités sont mis en place :

- **Le comité de coordination**, chargé de piloter le réseau douleur et de recueillir les indicateurs retenus dans le cadre de l'évaluation, de préparer le rapport annuel, d'organiser la formation des membres (procédés, protocoles, ressources en informations, etc.)

- **Le comité opérationnel organe scientifique** chargé de valider les formations à partir des axes stratégiques, de proposer le plan pluriannuel de travail (référentiels, protocoles, etc.), de piloter la maîtrise d'ouvrage, des technologies d'information et de communication,

Le comité de coordination comprend un membre médecin algologue, un membre cadre infirmier et un membre paramédical issu du Comité de Direction.

Le comité opérationnel organe scientifique comprend un membre au moins de chacune des structures adhérentes et un représentant du Comité de Direction.

Chaque comité élit un président et un secrétaire. Il délibère à la majorité simple des présents, le président ayant voix prépondérante en cas de partage des voix.

Chaque comité inscrit son action dans le cadre des orientations générales arrêtées par le Comité de Direction et dans le respect des moyens financiers alloués.

Les comités peuvent proposer toutes modifications relatives au fonctionnement du réseau et ils sont saisis pour avis, des demandes d'adhésion au Réseau.

## **Article 9**

Le Comité de Direction désigne pour 3 ans les structures chargées d'assurer la gestion financière et la mise en œuvre opérationnelle du Réseau Douleur.

La structure désignée pour assurer la gestion financière individualise les moyens alloués pour le Réseau Douleur en centre de responsabilité au sein de son propre budget, dans le respect des règles budgétaires correspondant à son statut juridique.

Au cas où, à l'issue de la période de 3 ans fixée par la présente convention, il y a désignation d'une nouvelle structure chargée d'assurer la gestion financière, les modalités de transmission sont conformes à celles prévues à l'article 12.

La structure désignée pour assurer la mise en œuvre opérationnelle est chargée de mettre en place puis d'assurer le fonctionnement opérationnel du Réseau et de sa base de données à partir des propositions élaborés par les comités et approuvés par le Comité de Direction.

La structure assurant la mise en œuvre opérationnelle se voit mettre à sa disposition les biens nécessaires à la réalisation matérielle de ces opérations par la structure assurant la gestion financière.

## Projet de convention constitutive Du Réseau Douleur en Sarthe

Celle-ci rembourse sur justificatif et dans la limite des crédits autorisés à cet effet, l'ensemble des coûts de fonctionnement et de maintenance engagés par la structure de mise en œuvre.

### **Article 10**

Le Réseau Douleur se conformera aux orientations de l'ANAES dans le domaine des réseaux de santé pour ce qui concerne son accréditation et son évaluation.

### **Article 11**

Créé à l'initiative des entités sus désignées, le Réseau Douleur a pour vocation de s'ouvrir à moyen terme à tout organisme sanitaire, médico-social ou social oeuvrant dans le domaine de la douleur et partageant les valeurs et objectifs du Réseau.

Les conditions d'adhésion et de participation sont fixées par le Comité de Direction conformément à l'article 5.

### **Article 12**

Chaque membre du réseau peut se désengager en informant par écrit le Comité de Direction avant le 30 juin de l'année précédent son retrait :

- s'il s'agit de la structure assurant la gestion financière, il doit assurer la clôture définitive des comptes tant en exploitation qu'en investissement pour l'exercice précédent le retrait.
- s'il s'agit d'un autre adhérent, il s'engage à restituer au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de son retrait, les moyens mis à sa disposition par le réseau.

### **Article 13**

En cas de manquements graves et répétés aux objectifs et valeurs du Réseau, le Comité de Direction peut exclure un membre du Réseau. Cette décision doit être prise à la majorité des 2/3 des membres délibérants.

#### **Article 14**

La dissolution du Réseau ne peut être prononcée qu'à la majorité des 2/3 des membres délibérants du Comité de Direction.

#### **Article 15**

*L'ensemble des présentes conditions de fonctionnement du Réseau sera reconsidéré au terme d'une période de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.*

#### **Article 16**

*La présente convention est incluse dans le dossier présenté à la Dotation Nationale de Développement des Réseaux de la région Pays de Loire.*

*Le Mans, le*

- pour le Centre Hospitalier du Mans,
- pour le Centre Médico-Chirurgical du Mans,
- pour l'Association des médecins généralistes du département de la Sarthe,
- pour le pôle Sud Sarthe Santé,
- pour le CH de Château du Loir,
- pour le pôle Sillé Beaumont Bonnétable,
- pour le Centre médical François Gallouédec,
- pour l'Association Santé en Saosnois,

## Annexe 2

LA DOULEUR

PROFONDE



## I - Définition de la douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » International Association for the study of pain - 1979

La **douleur aiguë** : douleur symptôme, est un signal d'alarme utile qui disparaît avec la cause ou son traitement.

La **douleur chronique** : douleur syndrome, peut devenir quel que soit le mécanisme une maladie à part entière, envahissant et fragilisant le patient – physiquement, psychologiquement et socialement.

On entend par syndrome douloureux chronique :

- une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels,
- évoluant depuis plus de trois mois,
- à caractère multidimensionnel, bien au-delà du cadre physique,
- avec répercussions psychologiques, sociales, familiales.

En conséquence, le caractère pluridimensionnel (cf schéma p.13 du Dr Boureau) du syndrome douloureux chronique nécessite :

- une prise en charge pluridisciplinaire
- un traitement plurifactoriel (médications, traitement physique, prise en charge psychologique et sociale).

La place de la douleur chronique est retrouvée dans toutes les spécialités, ce qui confère à ce symptôme une **spécificité transversale**. La douleur peut concerner tous les organes et est présente dans bon nombre de pathologies.

Les spécialités les plus concernées :

- médicales
- cancérologie :
  - douleurs inaugurales de l'affection
  - douleurs liées à l'évolution de la maladie
  - douleurs iatrogènes liées au traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)
- rhumatologie :
  - affections inflammatoires, dégénératives
  - douleurs post-chirurgicales
- neurologie :
  - céphalées, migraines
  - douleurs neurogènes périphériques (mono ou polyneuropathie)
  - douleurs neurogènes centrales (sclérose en plaques, paraplégies, ...)
- hépatogastroentérologie :
  - affections inflammatoires fonctionnelles

- pathologies coliques et gastriques
- neuropathies éthyliques
- gynécologie :
  - douleurs pelviennes quel que soit la cause
  - douleurs post-chirurgicales
  
- endocrinologie :
  - neuropathie diabétique
- infectiologie
  - neuropathie HIV, Guillain Barré,
  - névralgies post-zostériennes
  
- Chirurgicales :
  - douleurs post-chirurgicales = iatrogènes : de la douleur d'une simple cicatrice à la lésion plus importante d'une racine nerveuse
  - douleurs post-traumatiques :
    - arrachement du plexus brachial
    - algodystrophie .....

## **II - Déroulement de la prise en charge dans les structures douleur :**

Les nombreuses facettes du syndrome douloureux chronique expliquent la lourdeur de la prise en charge, dont la première étape (consultation douleur) est une démarche d'évaluation :

- de la qualité de la douleur, précisant son mécanisme et conduisant à un traitement spécifique selon le type de la douleur :
  - douleur par excès de nociception : antalgiques des paliers de l'OMS
  - douleur neurogène ou neuropathique : antidépresseurs, antiépileptiques, neurostimulation transcutanée.
- de l'intensité de la douleur
- du retentissement de la douleur en terme psychologique, social et familial.

Cette évaluation globale se fait à l'aide d'outils validés (ANAES) qui ne remplacent cependant pas l'écoute de la plainte du patient. L'histoire de chaque patient douloureux est différente, ce temps d'écoute qualitatif de la première consultation conditionne l'adhésion du patient à la structure et, permet de le canaliser dans cette nouvelle prise en charge interrompant le nomadisme qui souvent existait jusqu'alors. Ceci explique la durée très longue de la première consultation d'évaluation de la douleur qui est dispensée par les médecins algologues.

Lors de cette première consultation, les objectifs sont abordés avec le patient que sont

- le soulagement de la douleur d'au moins 50%
- la reprise des activités surtout professionnelles
- en un mot, la resocialisation.

Classiquement au terme de cette première consultation, un traitement est instauré, le plus souvent médicamenteux. L'absence de soulagement de la douleur après un ou deux mois de traitement nécessitera alors l'aide de la pluridisciplinarité existante de la structure douleur et qui comporte : discussion du dossier en réunion pluridisciplinaire voire consultation pluridisciplinaire avec les autres médecins et paramédicaux. Il s'en suit à ce stade, une prise en charge élargie, adéquate par d'autres acteurs exerçant à la structure : psychiatre, psychologue, anesthésiste, sophrologue....

Une évaluation de la prise en charge globale est effectuée après six mois puis tous les ans, ou plutôt si le patient quitte la structure après amélioration rapide du syndrome douloureux.

L'évaluation des résultats globaux auprès de tous les patients est effectuée chaque année lors du bilan d'activité par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

### **III - Autres missions des structures de la douleur :**

- la sensibilisation et la **formation** des professionnels de santé : médecins, IDE, kinésithérapeutes, autres paramédicaux :
  - o à l'intérieur des établissements sanitaires publics, privés,
  - o auprès des médecins libéraux généralistes
  - o et dans le cadre de stages de professionnels suivants un enseignement de la douleur
- le travail en réseau départemental, régional
- la sensibilisation et l'information du public
- la participation aux études multicentriques et aux thèses
- l'élaboration d'outils et de protocoles d'évaluation et de traitement

Toutes ces fonctions dépassant donc largement le cadre des soins dispensés aux patients douloureux chroniques lors des consultations. Elles ne peuvent se concevoir sans la participation de **tous** les acteurs départementaux compétents. L'activité transversale et plurielle de la prise en charge de la douleur justifient de réunir tous les professionnels concernés dans une organisation en réseau départemental.

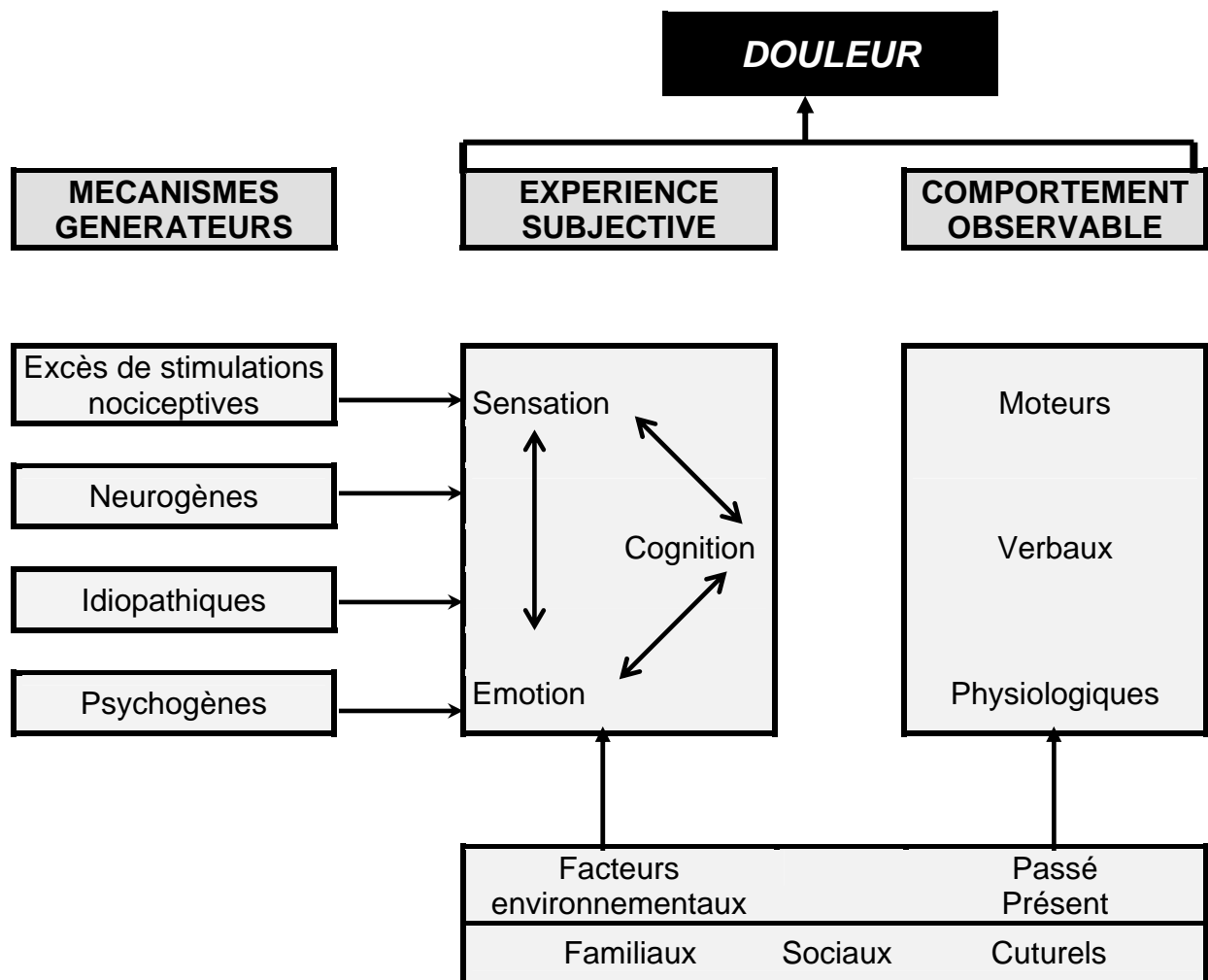
Ce mode de fonctionnement permettra à chacun de participer à la lutte contre la douleur dans le département, selon sa spécificité et dans les différentes actions déjà initiées et qui sont loin d'être achevées.

Actions de :

- soins
- sensibilisation et prévention du syndrome douloureux chronique
- formation

Un des objectifs étant d'harmoniser les pratiques par l'utilisation d'outils d'évaluation et de traitements communs qui seront diffusés auprès des professionnels de santé du département.

## **MODELE PLURIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR** *d'après François BOUREAU – 1988*



# I – ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES

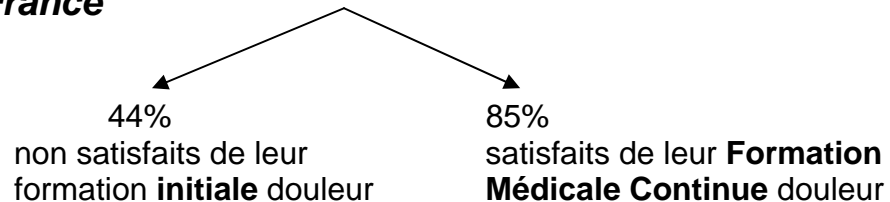
## I-1 : Prévalence de la douleur en médecine générale dans une population de 178 médecins généralistes (Douleur Masson – vol 2 n°3 – juin 2001):

3 291 patients interrogés : 43% douloureux dont 24% porteurs de douleurs chroniques répartis en

- 14 % douleurs rhumatologiques
- 9 % céphalées

## I-2 : Enquête sur la prise en charge de la douleur et besoins en formation (Douleurs Masson – vol 3 – n° 2 – avril 2002) :

198 MG île de France



Les FMC ont été l'outil de formation le plus consensuel et quel que soit le thème sur la douleur abordé

Demandes :

- Gestion du patient douloureux chronique : 41 %
- Evaluation de la douleur : 25 %
- Prise en charge des patients douloureux à profil psychologique particulier : 45 %

## I-3 : Retentissement fonctionnel de la douleur chronique :

- **Migraine** : Etude FRAMIG 2 000
  - 25% des migraineux ont un handicap fonctionnel important ou sévère
  - La migraine représente 10 à 12% de la population.  
En Sarthe = 530 000 habitants ⇒ 53 000 migraines ⇒ 13 000 handicaps

## I-4 : Implications économiques du traitement de la douleur :

JD Laeser – Acta Anesthesiol.Sand.1999 – 43 : 957-959 : Synthèse de la littérature (métaanalyse)

- Coûts indirects :
  - incapacité de travail en rapport avec la douleur chronique concerne 11 à 14% des travailleurs
  - 75% des handicaps fonctionnels sont liés à la douleur –
  - la probabilité de survenue d'un handicap fonctionnel en rapport avec une lombalgie est inversement proportionnelle au niveau d'éducation :
    - 23% < 8 années de scolarité
    - 45 % niveau bac
    - 1,3 % diplômés universités et grandes écoles
  
- **1<sup>e</sup> plan : lombalgie**  
En 1998 aux Pays Bas : **1,4 milliards** d'euros soit 6,6% des dépenses de santé.

**I-5 : Enquête auprès de 971 médecins libéraux de l'ISERE sur la prise en charge de la douleur chronique (Douleurs Masson – vol 4 – n°1 – février 2003) :**

- population interrogée : omnipraticiens, rhumatologues, neurologues, pédiatres, MEP (médecins à exercice particulier : homéopathes, acupuncteurs ....)
- 291 réponses soit 30%
- la douleur chronique est une préoccupation majeure pour 60 à 62% des médecins
- nombre de patients douloureux chroniques dans leur clientèle :
  - généralistes : 50 patients/an
  - MEP : 100 patients/an
  - Neurologues : 100 patients/an
  - Rhumatologues : 1 000 patients/an
  - Pédiatres : 3 patients/an
  
- pathologies :
  - rhumatismales
  - céphalées, migraines
  - douleurs neuropathiques
  - douleurs psychosomatiques
  
- prescription d'arrêt de travail dans ce cadre :
  - - généralistes : 120/an
  - - rhumatologues : 120/an
  
- Nombre de patients susceptibles de bénéficier d'un suivi dans le cadre du réseau douleur :  
réponse de 85 % des médecins répondant, 15 % des 1 772 patients douloureux chroniques identifiés : **266**

- **attentes des médecins libéraux d'un réseau douleur chronique :**
  1. formation :
    - omnipraticiens : 63%
    - spécialistes : 48%
  2. protocoles communs de prise en charge : 54%
  3. participation à des réunions dossiers : 29 %
  4. intention de faire bénéficier leurs patients douloureux chroniques d'une prise en charge dans le cadre d'un réseau : 78 %

### **I-6 : Analyse de ces résultats à l'échelle du département :**

- Population de l'Isère voisine d'un million d'habitants
- Nombre de médecins généralistes : 1 280
- Neurologues : 14
- Rhumatologues : 49
- Pédiatres : 64

I-6-1 : Si l'on extrapole le nombre de patients douloureux chroniques suivis par les médecins généralistes à l'ensemble de la population médicale généraliste du département de l'Isère, le chiffre de patients douloureux chroniques du département est de :

$1\ 280 \times 50 \approx 60\ 000$  patients douloureux chroniques dans le département.

En prenant en compte le fait que certains de ces patients sont également vus par le rhumatologue et le neurologue :

- Rhumatologues : 49

Nombre de patients douloureux chroniques/rhumatologue/an = 1000  
 $\Rightarrow 49\ 000$  pour le département

- Neurologues : 17

Nombre de patients douloureux chroniques/neurologue/an = 100  
 $\Rightarrow 1\ 700$  pour le département

soit un total pour ces deux spécialités de **50 700**  
chiffre assez proche de celui retrouvé chez les médecins généralistes

### I-6-2 : Simulation de ces résultats en Sarthe :

Globalement le nombre de patients douloureux chroniques de l'Isère est voisin de 50 000 pour environ un million d'habitants. Sans tenir compte des conditions épidémiologiques : socio-économiques, professionnelles,

climatiques propres à l'Isère et qui peuvent être différentes de celles de la Sarthe, l'extrapolation de ces chiffres au département de la Sarthe aux environs de 530 000 habitants pourrait être voisine de 25 000 patients douloureux chroniques en Sarthe.

Dans ce département :

- Médecins généralistes : 425
- Rhumatologues : 7
- Neurologues : 13

Si selon les résultats obtenus dans l'Isère, 15 % des patients douloureux doivent bénéficier d'un suivi dans le **cadre d'un réseau**, en Sarthe, ce chiffre serait de **3 750 patients**





# *Etat des lieux*

Le dispositif actuel est constitué de deux pôles :

## **I – Le POLE PUBLIC : l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD) du CHM, pôle de référence départemental :**

### *I-1 – Historique :*

- **1996** : équipe pluridisciplinaire constituée
- **Janvier 98** : reconnaissance des actions effectuées jusqu'alors par l'équipe pluridisciplinaire de la douleur, sans moyens spécifiques, et qui a permis l'attribution des moyens initiaux :
  - 0,50 médecin
  - 0,50 secrétaire
  - 0,50 IDE
  - 1 vacation psychiatreet correspond à l'officialisation de la structure.
- **Octobre 98** : labellisation de la structure (DGS/DH n° 98/47 du 04.02.98) : Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur – pôle de référence départemental avec pour missions :
  - réponses aux demandes de consultations
  - développement de la formation pour tous les acteurs de soins
  - mise en place de réseau avec les autres structures sanitaires, les médecins et soignants libéraux
- **1999** : Contrat d'Objectifs et de Moyens 1999-2002, trois axes d'actions :

### I-1-1 Politique globale de lutte contre la douleur au Centre Hospitalier du Mans

- Janvier 99 : l'UETD met en place une journée de formation à toutes les IDE de l'établissement sur cinq ans : « La douleur, une évaluation, une réponse ». Un contrat est passé entre l'UETD et la Formation Permanente du CHM qui comporte une journée de formation pour toutes les infirmières en compensation d'une formation spécifique par DU Douleur à deux à trois infirmières par an pour l'établissement.
- Février 2000 : staff douleur à l'attention des médecins du CHM et libéraux.
- Octobre 1999 : création d'un CLUD (Comité de Lutte contre la douleur)

## I-1-2 : Poursuite de la structuration de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD) :

Composition de l'Equipe Pluridisciplinaire : *Cf annexe 1*

Les actions :

- Consultations externes
- Consultations internes dans l'établissement
- Activités pluridisciplinaires : réunions, consultations
- Hospitalisation : trois lits sont dédiés à la douleur chronique au sein du Service de Médecine Générale

### - Consultations externes :

Procédure du parcours du patient douloureux :

Toutes les demandes de consultations externes se font par un courrier adressé par le médecin généraliste ou spécialiste, remplacé depuis un an par un questionnaire. (*Cf annexe 2*)

Un ordre de priorité des consultations est donné par le coordonateur de l'UETD :

- niveau I : **douleur cancéreuse**, douleur d'apparition récente de trois à six mois, douleur périodique (algie vasculaire de la face , névralgie du trijumeau)
- niveau II : douleur plus ancienne (rhumatologique le plus souvent) ou patient ayant déjà consulté une autre structure de la douleur
- niveau III : douleur très ancienne

Dans certains cas, un appel téléphonique ou un courrier au médecin traitant permet de surseoir à la consultation.

Un dossier, comportant les échelles d'évaluation, calqué sur le dossier ANAES est adressé au patient avec un courrier précisant le déroulement de la première consultation, la prise en charge pluridisciplinaire, les différents traitements médicamenteux et autres qui seront proposés. (*cf annexe 3*)

Au décours de la première consultation d'évaluation et de traitement par l'algologue et selon les cas, le dossier est discuté en réunion pluridisciplinaire et dans un deuxième temps, si besoin, le patient est vu en consultation pluridisciplinaire associant le médecin douleur et les spécialistes concernés.

- Consultations internes : un bon de demande spécifique comportant les outils d'auto-évaluation fait le lien entre les services demandeurs et la structure douleur. L'objectif est, d'impliquer les professionnels du service appelant, dans la prise en charge de la douleur, et de permettre à l'UETD de préconiser un traitement initial à la lecture de ce bon sans attendre une première consultation physique. (*cf annexe 4*)

- Evaluation de la prise en charge par la structure : une auto-évaluation de la prise en charge est faite par le patient à 6 mois puis tous les ans. (*Cf annexe 5*)

- **Hospitalisation** : 3 lits d'hospitalisation complète dans le service de Médecine Générale sont dédiés aux patients douloureux chroniques.

- **Mise en place d'une coordination de la lutte contre la douleur au plan départemental** :

Deuxième semestre 99 : création de la Communauté des Etablissements réunissant toutes les structures sanitaires publiques et PS-PH du département.

Parmi les axes de collaboration, la prise en charge de la douleur est énoncée.

Un état des lieux est effectué à l'aide d'un questionnaire adressé aux structures et leurs attentes en terme d'actions à conduire dans la lutte contre la douleur au plan départemental.

Les réponses ont été sur le plan chronologique de trois étapes :

1°) demande de formation, entretiens téléphoniques

2°) demande de réunions pluridisciplinaires

3°) élaboration d'un dossier commun du patient douloureux

chronique en Sarthe

- **Consultations avancées sur les sites** :

- Centre Georges Coulon au Grand-Lucé : deux fois par mois

- Centre de l'Arche à St Saturnin : une fois par mois

- Centre de l'IME de Bouloire 2 fois par mois (algologue pédiatre)

**I-2 : Bilan 1999 – 2000 – 2001 :**

I-2-1 : **Bilan quantitatif** :

I-2-1-1 : **Politique globale de lutte contre la douleur au CHM** :

- actions du CLUD :

➤ deux enquêtes partielles sur certains services du CHM

➤ protocoles d'auto-évaluation de la douleur

I-2-1-2 : **Structuration de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur** :

- consultations externes : 7 demi-journées par semaine pour patients adultes et une journée pour douleurs de l'enfant depuis juin 2000. Cf annexe 7

- consultations internes : Cf annexe 8

- hospitalisation : le fonctionnement actuel est proche de celui de lits d'hôpital de jour pour patients douloureux préalablement vus en consultation de la douleur et nécessitant des traitements spécifiques

	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Cs externes	533	1 240	1 103*	1 183
dt nouveaux patients	141	267	202	201
cons pédiatriques			65	135
Cs internes	201	531	299*	349
Réunions EPD	15	13	15	14
Cs EPD médicales	28	29	240	484
Cs EPD paramédicales		398	383	526
Hospitalisations		62	NP	90
IDE formées CHM	128	98	171	146
Nbre DU IDE	4	9	12	3
Nbre DU médecin	2	3		?
Capacité « douleur » médecin	2	2	3 (dont 1 pédiatre)	?

\* la baisse des consultations **internes** est liée :

- au retentissement positif de la formation auprès des soignants : formation Douleur, formation Soins Palliatifs

- à la mise en place d'un bon spécifique de demande de consultation de douleur chronique contenant les outils d'auto-évaluation **qualitative** qui permet aux médecins algologues à la lecture de ce bon, de prendre contact avec l'équipe soignante et d'initier le traitement en concertation avec elle. Les patients sont revus après leur sortie du service, si besoin en consultation externe de suivi par l'UETD.

### Provenance des demandes de consultations externes en pourcentage

	1999	2000	2001
Médecins libéraux y compris ceux intervenants dans les établissements privés	61 %	61,5 %	47 %

Médecins du CHM	35 %	32,5 %	50 %
-----------------	------	--------	------

### I-2-1-3 : Coordination de la lutte contre la douleur au plan départemental :

- consultations avancées : trois demi-journées par mois sur deux sites du département
- dans la Communauté des Etablissements, de septembre 2000 à décembre 2001, mise en place de la première étape – formation de toutes les IDE et médecins : une journée calquée sur celle dispensée au CHM. Bonne participation des professionnels concernés – Cf résultats, puis évaluation de cette formation – *cf annexe 9 et 10*
- la deuxième étape dépendante de la première n'a pu débuter en janvier 2002 faute de l'attribution de moyens prévus au pôle douleur dans la Communauté des Etablissements, et en particulier du poste de cadre infirmier. Ces moyens ont été financés mais non attribués.

Cependant, l'UETD a proposé en accord avec la Direction du CHM qu'une partie du financement puisse être utilisée pour des inscriptions DU Douleur à des IDE et médecins des structures de la Communauté des Etablissements. Trois IDE et trois médecins pourront suivre cette formation depuis octobre 2002.

Ces professionnels représenteront les relais du réseau départemental.

Toutes les structures sanitaires appartenant à la Communauté des Etablissements ont mis en place un CLUD et des référents « douleur » IDE, cadres infirmiers et médecins. *Cf annexe 11*

Un groupe de travail associant ces référents élabore actuellement les protocoles de traitement de la douleur provoquée par les soins en réponse au plan quadriennal de lutte contre la douleur 2002-2005. Y participent certains professionnels du réseau Ariane de soins palliatifs.

### I-2-1-4 : Coopération avec les médecins libéraux de ville :

Depuis deux ans, les bases d'un réseau ville-hôpital avec les médecins généralistes sont abordées. Groupe de douze médecins généralistes.

Enseignement des six modules de la FMC Lariboisière suivi de rencontres régulières quatre fois par an. Travail sur cas cliniques, approches thérapeutiques médicamenteuses, techniques non médicamenteuses.

I-2-1-5 : Proposition de collaborer avec le réseau Oncosarthe sur la douleur cancéreuse, le schéma de fonctionnement a été exposé à la réunion de l'Unité de Concertation de Cancérologie au CH le 05 décembre 2001. *cf annexe 12*. Une convention entre ces deux réseaux est souhaitée par les deux parties

### I-2-2 : Bilan qualitatif :

Reconnaissance de la structure comme pôle de référence au niveau départemental par les professionnels et les patients. L'UETD est terrain de stage pour les IDE et médecins en formation universitaire DU et Capacité.

Reconnaissance de la structure à niveau régional et national : participation de la plupart des membres de l'EPD et des IDE de l'UETD au Réseau Douleur de l'Ouest (REDO), au groupe de travail des Sociétés Savantes Nationales, aux essais cliniques, direction de thèses. Le poster présenté au congrès annuel de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur « rôle de l'infirmière à la consultation pluridisciplinaire de la douleur » a obtenu le premier prix en 2002 et sera présenté au Congrès Européen EFIC en septembre 2003. Elaboration d'un livret mode d'emploi de la neurostimulation transcutanée à l'intention des patients, modèle qui est dispensé dans toutes les structures de la douleur en France.

### I-3 : *Constat – Synthèse* :

#### I-3-1 : Au Centre Hospitalier du Mans :

##### I-3-1-1 : à l'UETD :

Contrat d'Objectifs et de Moyens bloqué en 2001. Le contrat relais établi en 2003 avant le futur Contrat d'Objectifs et de Moyens 2004-2008 ne fait pas de place à la « douleur ». En conséquence, les postes de cadre infirmier ETP et 0,50 ETP praticien hospitalier prévus en 2001 dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens initial, n'ont pas été attribués avec pour conséquences :

##### - *Consultations* :

Conséquence : Premières consultations en attente : **170**

Réponse aux demandes de consultations externes actuellement faite dans l'urgence, niveau I seulement. Toute demande de consultations internes par les médecins du CHM est honorée soit durant l'hospitalisation, soit en externe. L'augmentation du nombre de demandes de consultations externes est pour une part liée à la campagne d'information aux patients, médiatisée, l'information faisant partie des axes du premier et deuxième plan de lutte contre la douleur.

Le manque de vacations officialisées de rhumatologie, de neurologie et de psychiatrie contribue aux difficultés de fonctionnement et à la prise en charge pluridisciplinaire. Tout comme l'absence d'une assistance sociale, son aide à la gestion des dossiers médico-professionnels de patients jeunes, qu'il faut replacer dans le monde du travail est nécessaire.

- *Hospitalisation* : trois lits sont dédiés à la douleur et en particulier aux techniques spécifiques de traitement, au sein du Service de Médecine Générale. Le fonctionnement de ces lits est calqué sur celui de lits d'hôpital de jour. La difficulté à assurer une permanence médicale quotidienne explique la non-optimisation de ces lits. Dans l'état actuel, **un seul lit** suffirait sur ce site.

##### I-3-1-2 : au CHM :



Absence de politique claire de la lutte contre la douleur dans l'établissement. L'absence de référents reconnus par l'institution dans un établissement sanitaire de cette taille ne peut aider à la mise en place d'une politique cohérente.

Cf annexe 13 : compte-rendu du bilan de 3 ans de CLUD

### I-3-1-3 : dans la Communauté des Etablissements :

Après dispensation de la formation, l'activité dans la Communauté des Etablissements est quasi-interrompue en raison de **la non-attribution des moyens** prévus au projet initial qui ont cependant été financés. Ces moyens étaient spécifiquement destinés à l'activité départementale et comportent : 0,50 PH ETP, 1 IDE ETP, 0,50 assistante sociale ETP. Les bénéficiaires de la première étape : formation dispensée, ne peuvent se pérenniser et évoluer qu'à condition qu'ils se situent dans le projet global initial qui comportait trois étapes complémentaires et inter-dépendantes. Cet état de fait est fortement regretté par les bénéficiaires IDE et médecins des structures de la Communauté des Etablissements.

## II – Le POLE PRIVE – Consultation multidisciplinaire de la Douleur chronique rebelle du Centre Médico-Chirurgical du Mans

### II-1 : *Historique* :

La création de ce centre est très récente et visait à l'origine sa reconnaissance en tant que Structure de Lutte contre la Douleur Chronique Rebelle conformément à la circulaire DGS/DH n°98/47 du 4/2/1998

- **Janvier 2002** : création d'une consultation « Douleur chronique » avec deux praticiens algologues anesthésistes réanimateurs effectuant chacun l'équivalent d'un 20 % temps plein. Ces moyens médicaux permettent d'offrir une moyenne de quatre consultations douleur hebdomadaires (1 Consultation = 5 heures)
- **5 février 2002** : première assemblée du CLUD du CMCM : les bases de travail sont inspirées essentiellement du programme de lutte contre la douleur 2002-2005 du Ministère de la Santé
- **Mars 2002** : premier staff pluridisciplinaire avec une équipe constituée :
  - d'une psychiatre
  - d'un neurologue
  - d'un radiologue interventionnel
  - de deux kinésithérapeutes dont un ostéopathe

- d'une psychologue (mise à disposition par l'établissement à raison de 25 % ETP)
- **2003** : Renfort de l'équipe médicale par l'arrivée d'un neurochirurgien dont l'intérêt au sein de l'équipe pluridisciplinaire est évident

Ces réunions se tiennent désormais une fois par mois

#### II-1-1 : Politique globale de lutte contre la douleur au CMCM

- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée
- Prévenir et traiter la douleur occasionnée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie
- Mieux évaluer et prendre en charge la douleur de l'enfant
- Associer les usagers notamment par l'information
- Uniformiser les pratiques de prise en charge de la douleur dans les services récemment fusionnés du CMCM
- Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à la consultation spécialisée multidisciplinaire

#### II-1-2 : Structuration de la consultation de la Douleur Chronique rebelle multidisciplinaire

Composition de l'équipe pluridisciplinaire décrite ci-dessus

Les actions :

- Consultations externes
- Consultations internes dans les établissements du CMCM
- Activités pluridisciplinaires : réunions, consultations
- Hospitalisation ambulatoire voire de semaine en cas d'actes invasifs

#### - Consultations externes :

Procédure du parcours du patient douloureux

Toutes les demandes de consultation nécessitent au préalable une demande écrite du médecin généraliste ou spécialiste ; un questionnaire est remis au patient à son arrivée (cf annexe)

Les consultations intra mais aussi extra départementales sont prises en charge

Les douleurs intenses, d'apparition récente et/ou dans un contexte de pronostic vital engagé sont examinées en urgence selon un délai de une à 48 heures.

Au terme de la première consultation, un courrier est adressé au médecin ayant requis la consultation d'algologie et avec l'accord du patient aux autres praticiens intervenant auprès du patient ; ce courrier précise le déroulement de cette première consultation et l'annonce des premières mesures envisagées (thérapeutique, physique, psychologique, médicamenteuse, interventionnelle...). Au besoin, le dossier sera examiné en staff multidisciplinaire et une éventuelle prise en charge multidisciplinaire est proposée

- **Consultations internes** :

Toute demande de consultation par un correspondant exerçant sur un des sites du CMCM pour un patient hospitalisé est requise et circonscrite par écrit dans le dossier médical, la demande étant répercutée immédiatement auprès du secrétariat d'algologie par l'IDE responsable du patient ; en règle générale, le patient est examiné par un des deux algologues le jour même et un compte-rendu écrit avec les mesures envisagées est disponible pour le praticien demandeur avec le cas échéant une proposition de suivi ultérieur au sein de la consultation multidisciplinaire.

## II-2 : *Bilan 2002*

Au terme de cette première année d'exercice, les demandes de consultations proviennent d'abord des médecins spécialistes, essentiellement (mais pas exclusivement) des praticiens exerçant sur le CMCM ; ces derniers sont à l'origine de 62 % des demandes, les médecins de ville représentant quant à eux 38 %.

Les résultats qualitatifs observés au cours de cette année 2002 sont exposés ci-après :

Tableau 1 : Activité globale 2002

Tableau 2 : Répartition des actes interventionnels par catégories

### **Tableau 1**

Consultations externes	550
Patients individualisés	168
Consultations internes	NP
Hospitalisations ambulatoires	92

Hospitalisations complètes (HC)	7
Nombre de journées en HC	42
Réunions EPD	8

**Tableau 2**

Nombre de TENS	24
Nombre d'infiltrations périphériques	45
Nombre d'infiltrations sous scopie	12
Nombre de séances de mésothérapie	59

### **III - CONCLUSION :**

#### *III-1 : Au Centre Hospitalier du Mans :*

Les écueils rencontrés au Centre Hospitalier du Mans que sont l'insuffisance de soutien de l'institution dans la prise en charge de la douleur (comparables à la plupart des disciplines transversales) prouvée par :

- l'absence de politique générale claire et précise dans la lutte contre la douleur, de programme à long terme, de référents reconnus par l'institution
- aggravée par la non-affectation des moyens prévus au pôle douleur au Centre Hospitalier, et dans le département qui représentent au total :
  - 0,50 TP ETP x 2
  - 1 cadre de santé ETP
  - 1 IDE ETP
  - 0,50 assistante sociale ETP
- les limites de l'autonomie fonctionnelle et administrative de la structure douleur rattachée au service de médecine polyvalente dont les conséquences sont :
  - à l'U.E.T.D. :
    - l'impossibilité de réponse à toutes les demandes de consultation
    - la régression de la qualité dans la pluridisciplinarité faute de vacations spécialisées formalisées

- au CHM : l'absence d'un plan de formation et de sensibilisation visant **toutes** les catégories professionnelles
- dans le département : la non-poursuite des actions définies dans le projet initial

### III-2 : *Au Centre Médico-Chirurgical du Mans :*

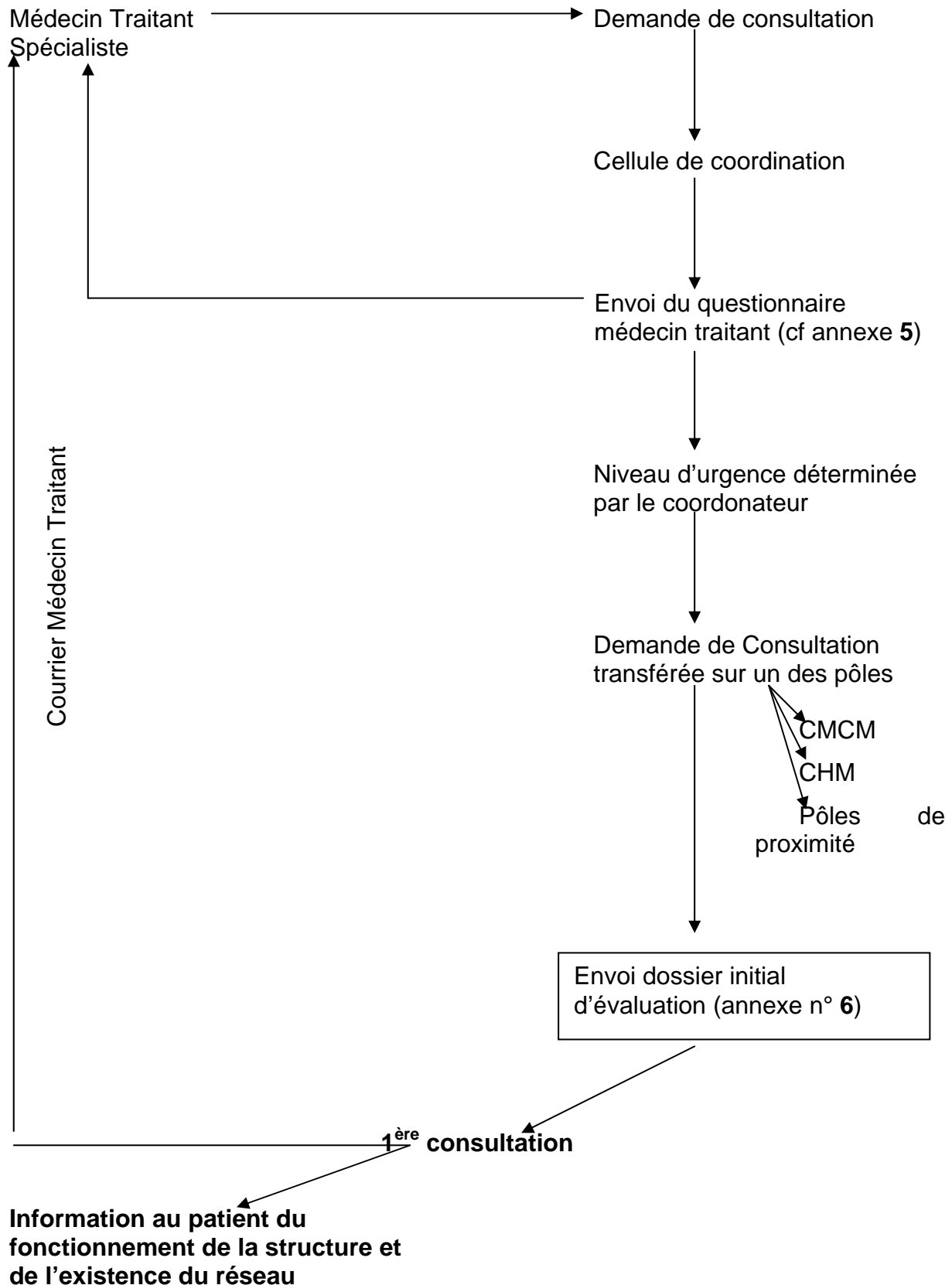
- difficultés de réponse aux demandes de consultation
- isolement des médecins algologues

## **Annexe 4**

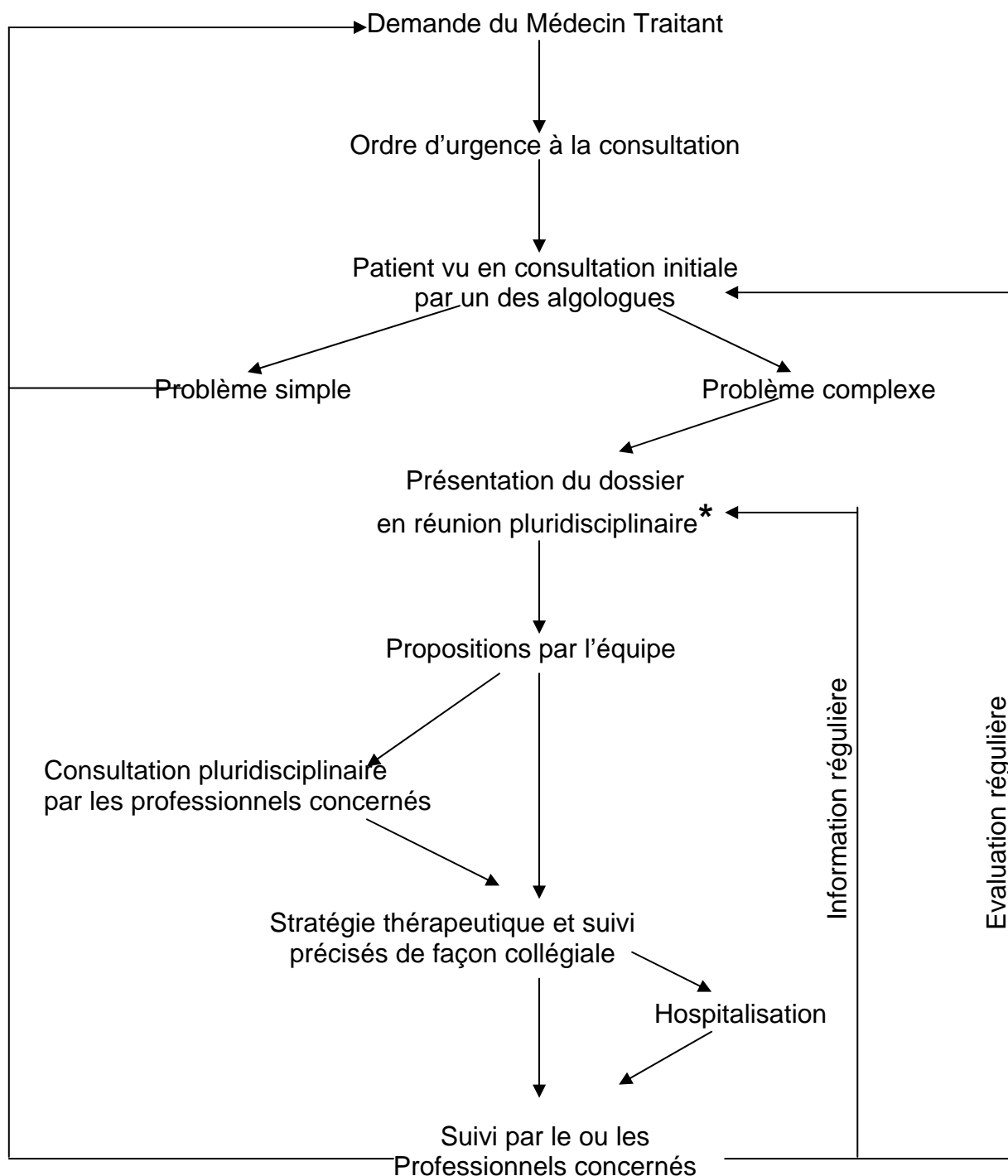
RAPOURQU'EN

RACONTE

**PROCEDURE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION DOULEUR  
A LA CELLULE DE COORDINATION**

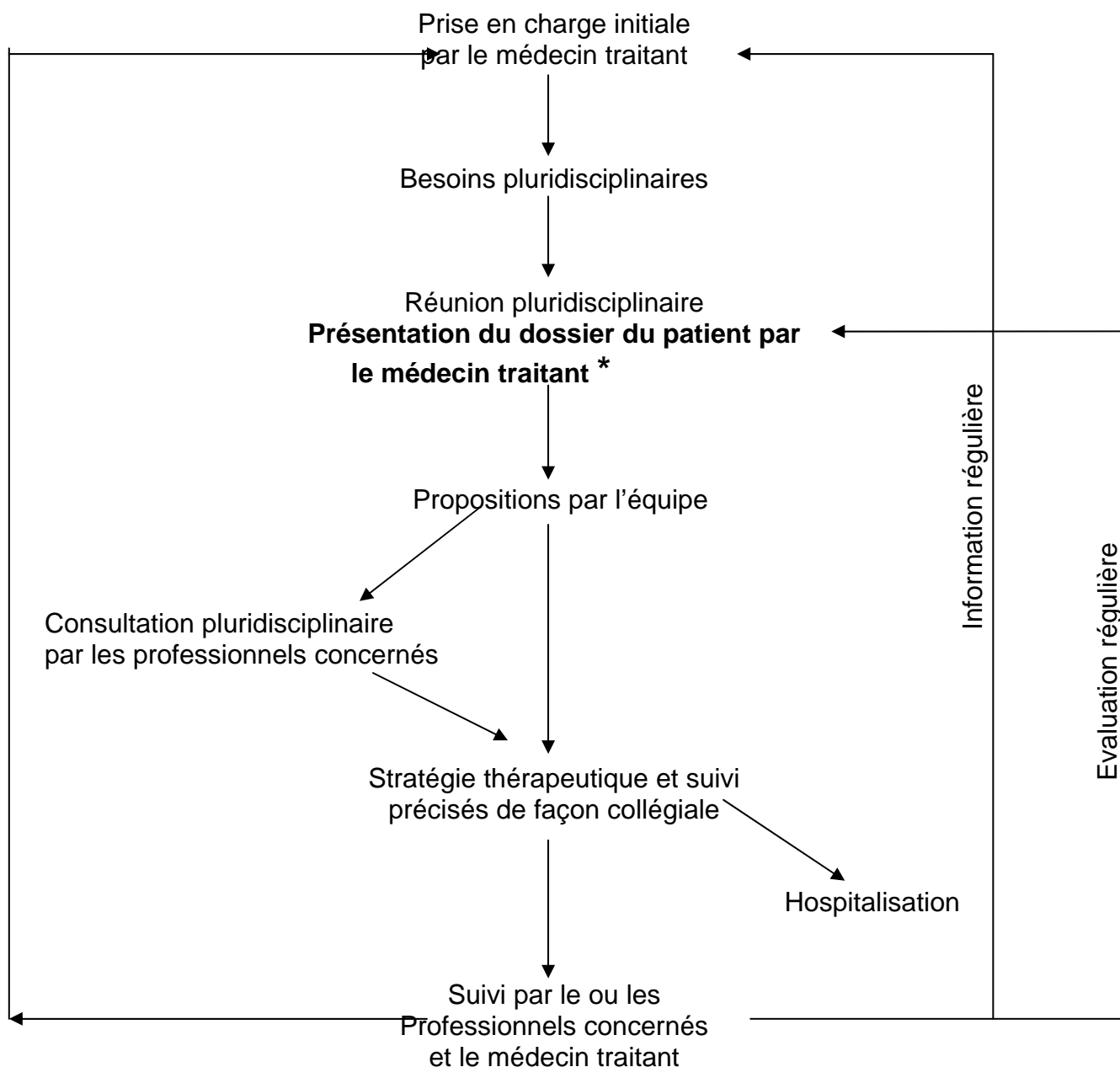


**PARCOURS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE REBELLE**  
**DES LA PREMIERE PRISE EN CHARGE AU RESEAU**  
**(patient et médecin demandeur non adhérents au réseau)**



\* Médecin traitant prévenu de l'heure précise de discussion du dossier du patient en réunion pluridisciplinaire, pour lui permettre d'y participer.

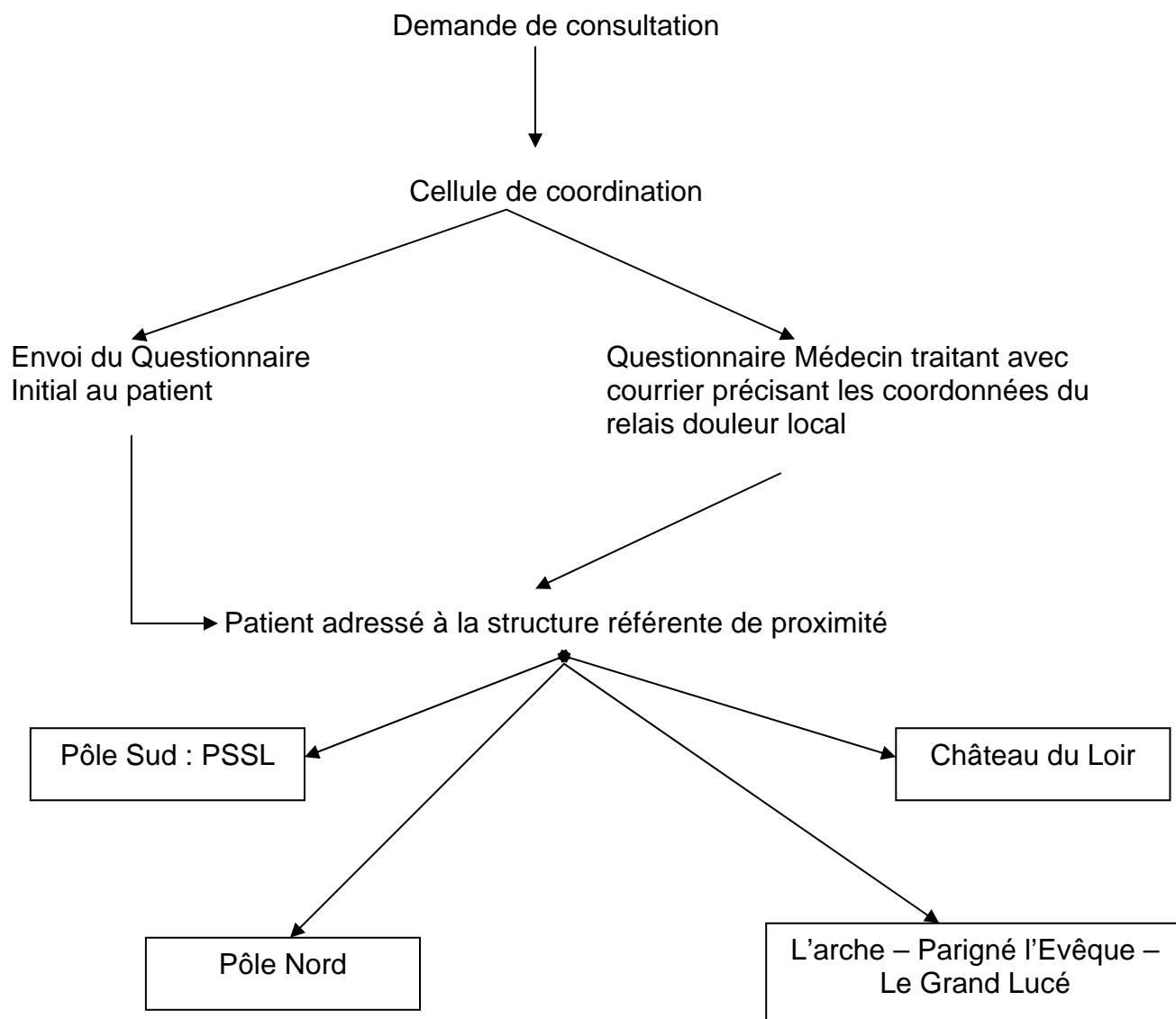
## PATIENT ET MEDECIN TRAITANT APPARTENANTS AU RESEAU LE MANS ET SON AGGLOMERATION



\* Médecin traitant prévenu de l'heure précise de discussion du dossier du patient, pour lui permettre d'y participer. Un médecin traitant peut adhérer au réseau pour **un patient donné et pour une durée déterminée**



## RELAIS VERS LES PROFESSIONNELS DU RESEAU POUR LES PATIENTS DU DEPARTEMENT HORS LE MANS



Et

1. Prise en charge du patient par la structure de proximité  
Si besoin, pluridisciplinaires, même procédure que le schéma précédent

**DEMANDE DE CONSULTATION "DOULEUR CHRONIQUE" adressée au Médecin**

Nom du patient :	Nom du M.T. ou Cachet
Prénom :	Adresse :
Date de Naissance :	Tél. :
Adresse :	Fax :
	E Mail :

**Motif de la consultation :**

**Antécédents significatifs :**

\* Somatiques :

\* Psychopathologiques :

**Ancienneté de la douleur :**

moins de 6 mois :     moins d'un an :     moins de 5 ans :     plus de 5 ans :

**Caractère de la douleur :**

- douleur par excès de nociception
  - mécanique
  - inflammatoire
- douleur neurogène (brûlure, fourmillements, paroxysmes, ...)
- autres : .....

**Examens complémentaires déjà pratiqués pour la douleur :** (les joindre à la première consultation)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Radiographies : | <input type="radio"/> Scanner :           |
| <input type="radio"/> IRM :           | <input type="radio"/> EMG :               |
|                                       | <input type="radio"/> Autres (préciser) : |
| .....                                 |   |

**Hospitalisation(s) antérieure(s) pour ce symptôme :**

Oui

préciser la date (*même approximativement*) et lieu :

.....

Non

**Pensez-vous qu'il existe chez votre patient un retentissement psychologique de la douleur chronique ?**

Oui

Non

**Y a-t-il eu une prise en charge psychologique ?**

Oui

☞ Nom (psychiatre ou psychologue) :

.....

Non

**Type de traitements déjà entrepris, durée et effets secondaires éventuels :**

Antalgiques périphériques

Opioïdes faibles

Opioïdes forts

Antidépresseurs (*préciser*) : - pour la douleur

- pour une dépression

Antiépileptiques

Neurostimulation transcutanée

Acupuncture

Relaxation

Autres (*préciser*) :

**Commentaires :**

**ANNEXE 6 :**

**Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur**

NOM..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE PERSONNELLE .....

.....

TELEPHONE PROFESSIONNEL.....

TELEPHONE DOMICILE.....

**NOM, ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT**

.....

.....

**NOM et ADRESSE de MEDECINS SPECIALISTES à qui nous pourrions adresser un courrier**

.....

.....

.....

**SITUATION DE FAMILLE**

Marié(e) ( ) Célibataire ( ) Divorcé(e) ( ) Veuf(ve) ( )

Nombre d'enfants et âge .....

**PROFESSION ACTUELLE**.....

Profession du conjoint .....

Niveau d'études Primaire ( ) Secondaire ( ) Supérieur ( )

Retraité (e) Oui ( ) Non ( )

Si cela était nécessaire, auriez-vous la possibilité de consulter au moins deux fois par mois ? Oui ( ) Non ( )

S'agit-il d'une maladie ? Oui ( ) Non ( )

d'un accident ? Oui ( ) Non ( )

d'un accident du travail ? Oui ( ) Non ( ) si oui date

.....

.....

AUTRES MALADIES

Etes-vous en Affection de Longue Durée

Oui (  ) Non (  )

Pourquoi ?.....  
.....

TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR (Précisez le nom et la dose des médicaments)

*Antérieurs*

*Actuels*



Quel est en pourcentage le soulagement de ces traitements : .....

Traitement pour autres pathologies (Hypertension artérielle, diabète, ...) :

.....  
.....

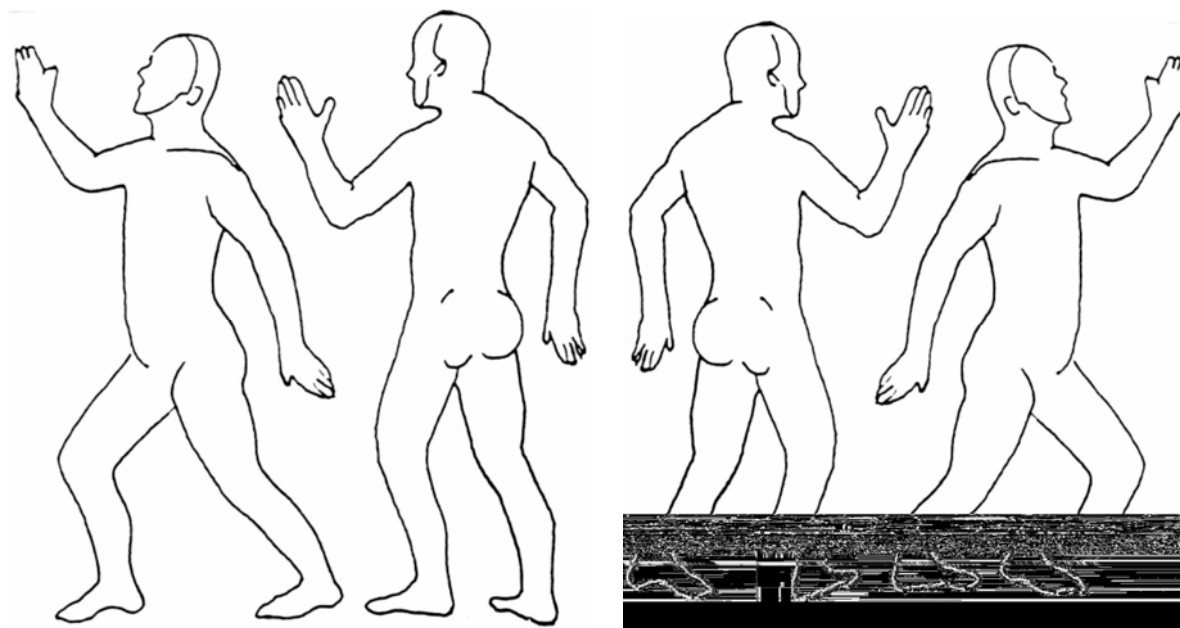
SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES :

Indiquez sur le schéma ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en dessinant la zone.

Mettez sur le schéma un "S" pour une douleur près de la surface de votre corps ou un "P" pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un "I" à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

GAUCHE

DROITE



RENSEIGNEMENTS SUR LA DOULEUR

La DOULEUR est-elle permanente ? Oui (  ) Non (  )

intermittente ? Oui (  ) Non (  )

Avez-vous mal tous les jours ? Oui (  ) Non (  )

Si non, combien de jours :

..... par semaine ?

..... par mois ?

POUR CETTE DOULEUR, pouvez-vous préciser le nombre :

- de médecins consultés .....

- d'hospitalisations.....

- d'interventions chirurgicales.....

### QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 15 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte :

	0	1	2	3	4
	absent	faible	modéré	fort	extrêmement fort
	non	un peu	moyennement	beaucoup	extrêmement
Elancements	( )	( )	( )	( )	( )
Pénétrante	( )	( )	( )	( )	( )
Décharges électriques	( )	( )	( )	( )	( )
Coups de poignard	( )	( )	( )	( )	( )
En étau	( )	( )	( )	( )	( )
Tiraillement	( )	( )	( )	( )	( )
Brûlure	( )	( )	( )	( )	( )
Fourmillements	( )	( )	( )	( )	( )
Lourdeur	( )	( )	( )	( )	( )
Epuisante	( )	( )	( )	( )	( )
Angoissante	( )	( )	( )	( )	( )
Obsédante	( )	( )	( )	( )	( )
Insupportable	( )	( )	( )	( )	( )
Enervante	( )	( )	( )	( )	( )
Exaspérante	( )	( )	( )	( )	( )
Déprimante	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )

## Echelle "Qualité de vie"

Vous trouverez ci-dessous des énoncés que les gens utilisent pour décrire le retentissement de leur douleur dans la vie quotidienne.

Répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Mon temps de marche et les distances que je peux faire sont limités	<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément
2. Dans la journée, je reste allongé la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Presque jamais	<input type="checkbox"/> Quelquefois	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Presque toujours
3. Mes activités professionnelles sont limitées	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément	<input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Mes activités domestiques sont diminuées	<input type="checkbox"/> Presque jamais	<input type="checkbox"/> Quelquefois	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Presque toujours
5. Mon temps de loisirs est limité (lecture, radio, télévision)	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément	<input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Mes relations avec mes amis sont limitées	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément	<input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Je dors mal	<input type="checkbox"/> Presque jamais	<input type="checkbox"/> Quelquefois	<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Presque toujours
8. Mon intérêt pour les choses sexuelles est limité	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément	<input type="checkbox"/> Beaucoup
9. Mon appétit est diminué	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Modérément	<input type="checkbox"/> Beaucoup
10. Mon moral est	<input type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Mauvais



## Echelle du retentissement émotionnel

Lisez attentivement chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée.

<p><i>Je me sens énervé(e) ou tendu(e)</i></p> <p>la plupart du temps</p> <p>souvent</p> <p>de temps en temps</p> <p>jamais</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'auparavant</i></p> <p>oui, presque autant</p> <p>pas autant</p> <p>un peu seulement</p> <p>presque plus</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><i>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</i></p> <p>oui, très nettement</p> <p>oui, mais ce n'est pas trop grave</p> <p>un peu mais cela ne m'inquiète pas</p> <p>pas du tout</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je ris facilement et vois le bon côté des choses</i></p> <p>autant que par le passé</p> <p>plus qu'avant</p> <p>vraiment moins qu'avant</p> <p>plus du tout</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><i>Je me fais du souci</i></p> <p>très souvent</p> <p>assez souvent</p> <p>occasionnellement</p> <p>très occasionnellement</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	

## Echelle du retentissement émotionnel (suite)

<p><i>Je suis de bonne humeur</i></p> <p>jamais</p> <p>rarement</p> <p>assez souvent</p> <p>la plupart du temps</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><i>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et être décontracté(e)</i></p> <p>oui, quoiqu'il arrive</p> <p>oui, en général</p> <p>rarement</p> <p>jamais</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p><i>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</i></p> <p>presque toujours</p> <p>très souvent</p> <p>parfois</p> <p>jamais</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><i>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</i></p> <p>jamais</p> <p>parfois</p> <p>assez souvent</p> <p>très souvent</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
<p><i>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</i></p> <p>Plus du tout</p> <p>Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</p> <p>Il se peut que je n'y fasse plus autant attention</p> <p>J'y prête autant d'attention que par le passé</p>		<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

### Echelle du retentissement émotionnel (suite)

<p><i>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</i></p> <p>Oui, c'est tout-à-fait le cas</p> <p>Un peu</p> <p>Pas tellement</p> <p>Pas du tout</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</i></p> <p>Autant qu'avant</p> <p>Un peu moins qu'avant</p> <p>Bien moins qu'avant</p> <p>Presque jamais</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p><i>J'éprouve des sensations soudaines de panique</i></p> <p>Vraiment très souvent</p> <p>Assez souvent</p> <p>Pas très souvent</p> <p>Jamais</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	
<p><i>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</i></p> <p>Souvent</p> <p>Parfois</p> <p>Rarement</p> <p>Très rarement</p>		<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<i>Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions</i>		
	A	D

## ACTUELLEMENT

- Etes-vous en arrêt de travail Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Si oui, depuis quelle date ? .....
- Pensez-vous reprendre votre travail au même poste ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Avez-vous une satisfaction au travail ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Envisagez-vous un reclassement professionnel ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Etes-vous au chômage ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Etes-vous en invalidité ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Percevez-vous des indemnités journalières ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Percevez-vous une pension du fait de cette douleur ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Pensez-vous que cette pension doit être réévaluée ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Percevez-vous une pension pour une autre raison ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Etes-vous en litige avec la sécurité sociale ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)
- Attendez-vous une expertise ? Oui (\_\_\_) Non (\_\_\_)

### Commentaires :

## **CHARTRE DEONTOLOGIQUE DES ADHERENTS DU RESEAU DOULEUR SARTHE**

- 1 - Peut-être adhérent au Réseau Douleur Sarthe, tout professionnel de santé (détenteur d'une carte professionnelle autorisée) impliqué dans la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique.
- 2 - L'adhérent au Réseau Douleur Sarthe s'engage à respecter le règlement la charte de l'adhérent.
- 3 - L'adhérent s'engage à respecter le règlement intérieur de l'association.
- 4 - L'adhérent s'engage à respecter au maximum les libertés des patients compatibles avec la meilleure qualité des soins.
- 5 - L'adhérent s'engage à assurer l'actualisation des dossiers communs sur le réseau pour toutes les phases pendant lesquelles il a en charge les patients et à la demande du médecin coordonateur Réseau Douleur Sarthe.
- 6 - L'adhérent est responsable de l'information qu'il transmet concernant les patients qui le concerne.
- 7 - L'adhérent s'engage à respecter la déontologie et le secret professionnel.
- 8 - L'adhérent s'engage à prévenir le bureau Réseau Douleur Sarthe en cas de dysfonctionnement.
- 9 - Le retrait de l'adhérent (suppression du mot du passe) a lieu :
  - en cas de cessation de paiement de la cotisation,
  - en cas de manquement grave aux obligations contractuelles,
  - à la demande de l'intéressé (e).
- 10 - L'adhérent s'engage à respecter tous les principes énoncés ci-dessus.

Fait à Le Mans,  
Le

Signature de l'intéressé (e)  
précédée de la mention  
« lu et approuvé »

## **ADHESION DU PATIENT AU RESEAU DOULEUR SARTHE**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Le Docteur ..... membre du Réseau Douleur Sarthe m'a informé de l'existence de ce réseau, m'a précisé les principes de fonctionnement et m'a présenté les statuts de l'association.

Je donne autorisation au Docteur ....., au médecin coordonateur et aux médecins du Réseau Douleur Sarthe, à consulter mon dossier médical dans l'objectif d'améliorer ma prise en charge. J'autorise d'autre part les membres du réseau à utiliser les informations utiles de mon dossier, préalablement rendu anonyme, à des fins épidémiologiques et statistiques.

Ma participation à ce réseau est anonyme et le retrait de mon adhésion à n'importe quel moment m'est totalement libre.

Fait à Le Mans,  
le

**Signature de l'intéressé (e)**  
Précédée de la mention  
« Lu et Approuvé »

**N° dossier Réseau Douleur Sarthe :**  
(ce numéro est unique et attribué par Réseau Douleur Sarthe après accord du patient pour son adhésion)

## ADHESION DU PATIENT AU RESEAU DOULEUR SARTHE

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Le Docteur ..... membre du Réseau Douleur Sarthe m'a informé de l'existence de ce réseau, m'a précisé les principes de fonctionnement et m'a présenté les statuts de l'association.

Je donne autorisation au médecin coordonateur et aux médecins du Réseau Douleur Sarthe, à consulter le dossier médical de

Monsieur, Madame,

.....,

dont je suis le représentant légal dans l'objectif d'améliorer sa prise en charge. J'autorise d'autre part les membres du réseau à utiliser les informations utiles de son dossier, préalablement rendu anonyme, à des fins épidémiologiques et statistiques.

Sa participation à ce réseau est anonyme et le retrait de son adhésion à n'importe quel moment lui est totalement libre.

Fait à Le Mans, le

Signature du représentant légal  
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

**N° dossier Réseau Douleur Sarthe :**

(ce numéro est unique et attribué par Réseau Douleur Sarthe, après accord du patient pour son adhésion)

## **ANNEXE 9**

### **PROJETS et MISSIONS DU CADRE INFIRMIER**

Son rôle est transversal, tant au sein de la cellule de coordination que dans les établissements sanitaires publics, privés du département, qu'auprès des IDE et paramédicaux libéraux.

Rôle de coordination entre la cellule, les différents pôles de consultation, les structures départementales privées et publiques et les professionnels libéraux.

Organisation et gestion du personnel en collaboration avec le coordonnateur médical

Formation à dispenser et à déterminer en collaboration avec le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire :

- évaluation des besoins départementaux
- élaboration des plans de formation
- participation à la formation :
  - o des IDE des établissements privés, publics
  - o des IDE libérales
  - o des autres paramédicaux (kinés, aides soignantes, etc...)
- accueil et encadrement des IDE stagiaires (DU douleur)
- aide au développement dans les structures de l'utilisation des outils d'évaluation, ou des techniques antalgiques :
  - o neurostimulation transcutanée
  - o pompes à morphine ou Kétamine
  - o et est le relais avec les professionnels libéraux pour les patients au domicile.
- participation au poste d'algovigilance

Coopération avec les référents douleur des structures pour conduire les travaux sur les procédures et protocoles infirmiers.

Poursuite de sa participation active :

- o au réseau régional (REDO) est le représentant soignant départemental (SARTHE) de ce réseau
- o aux sociétés savantes (SETD)

Participe à la relation d'aide au patient et à sa famille et à la mise en place de groupes thérapeutiques justifiant une prise en charge sophrologique (compétente en la matière)

Les qualités souhaitées sont :

- relationnelles
- pédagogiques
- d'animation
- de communication
- de maîtrise des outils
- d'amélioration et de mise à jour de ses connaissances.