

## **Vous êtes atteint de douleurs chroniques**

### **Modalités d'adhésion au réseau**

---

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Un professionnel de santé ou une structure de soin vous ont proposé d'être pris en charge par le réseau LCD.  
Le réseau LCD a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques.

#### **ARTICLE 1 – VOTRE ADHESION**

L'adhésion au réseau de santé LCD par le patient est gratuite. Conformément aux textes législatifs, le patient reste libre quant au choix de son/ses professionnels de santé.

Cette adhésion est matérialisée par la signature de la fiche d'adhésion par laquelle vous :

- acceptez la constitution d'un Plan Personnalisé de Santé par le réseau LCD rassemblant les données médicales vous concernant dans le cadre du suivi assuré par le réseau en collaboration avec votre médecin traitant,
- adhérez à l'objectif du réseau et vous engagez à respecter ses modalités de fonctionnement,
- vous engagez à suivre les recommandations formulées par les médecins membres du réseau,
- vous engagez à ne consulter, dans le cadre du traitement de votre douleur, des médecins spécialistes que dans le cadre d'une concertation avec votre médecin traitant ou correspondant,
- acceptez de participer à l'évaluation du réseau et notamment à répondre aux questionnaires qui vous seront adressés, sachant que ces derniers seront anonymes.

En contrepartie, le réseau s'engage à vous proposer une prise en charge de qualité et à l'organiser concrètement en coordonnant les interventions des professionnels de santé.

Vous restez libre de vous retirer du réseau sans besoin de justification et ce à tout moment.

#### **ARTICLE 2 - FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU LCD**

##### **2.1 Nature juridique du réseau**

Le réseau est représenté par l'Association « Lutter Contre la Douleur » regroupant des médecins généralistes, spécialistes et des professionnels paramédicaux ainsi que les équipes pluridisciplinaires des Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur de Paris.

L'association « Lutter Contre la Douleur » emploie une équipe de coordination composée de médecin, infirmier et secrétaire.

## 2.2 Modalités de votre prise en charge

Les étapes de votre prise en charge se déroulent comme suit :

- sur demande de votre médecin traitant ou médecin spécialiste une **consultation d'orientation douleur** est proposée par l'équipe de coordination du réseau dans un centre d'évaluation et traitement de la douleur partenaire
- des **orientations** vers le mode de prise en charge le plus approprié (orientation vers un médecin spécialiste et/ou un paramédical comme un kinésithérapeute ou un psychologue ayant une orientation douleur) vous seront éventuellement proposées ;
- une **aide** à votre éventuel **projet de ressociabilisation** (travail, social, famille...)
- la coordination médicale du réseau a également pour rôle de répondre aux demandes exprimées par les professionnels de santé,
- des **réunions de concertation pluridisciplinaire** sont proposées et organisées au siège du réseau afin de faciliter les échanges entre les professionnels de santé qui s'occupent de vous et ainsi d'améliorer la coordination de votre prise en charge,
- le réseau pourra utiliser, sous forme anonyme, des données informatiques saisies vous concernant à des fins **d'évaluation**.

## 2.3 Le partage des informations

Chaque membre adhérent au réseau et chaque partenaire du réseau agissent de façon indépendante et demeurent responsables de leurs actes, tout en s'efforçant d'améliorer la prise en charge médico-sociale des patients adhérents.

Pour faciliter la communication entre eux, les membres du réseau, qui interviennent dans votre suivi, établissent un Plan Personnalisé de Santé, permettant ainsi à chacun d'avoir accès à tous les éléments vous concernant (même les plus récents), et de mettre en place plus rapidement des actions mieux ciblées.

Ce document est constitué dans le respect des lois qui régissent le dossier du patient et les droits du malade.

## 2.4 Le suivi Qualité

Le réseau LCD a pour finalité, en coordonnant les interventions des professionnels de santé, d'améliorer votre prise en charge et de soulager vos douleurs. Votre réseau met ainsi tout en œuvre pour que les soins qui vous sont prodigués vous permettent de bénéficier d'une qualité de vie meilleure, en terme de douleur, que celle d'avant votre entrée dans ce réseau de soins.

Aussi, et dans le cadre de la politique Qualité dans laquelle le réseau s'inscrit, il souhaite vérifier que les soins qui vous sont prodigués par les professionnels du réseau améliorent effectivement votre état de santé. C'est dans cette optique que le réseau met en place, avec les professionnels du réseau, l'assurance

maladie et un évaluateur indépendant, un suivi Qualité visant à mesurer concrètement les impacts du réseau sur vos douleurs dans l'année suivant votre inclusion dans le réseau.

Ce suivi Qualité a pour objectif essentiel de relever, avec votre accord, vos consommations de soins, directement liées à vos douleurs, l'année précédant votre entrée dans le réseau et l'année qui la suit, afin de comparer ces données et mesurer ainsi l'impact du réseau sur votre prise en charge.

**Le réseau sollicite donc, par le document d'adhésion joint, votre accord pour entrer dans le suivi Qualité, sachant que, bien évidemment, l'étude est anonyme ; tous les résultats issus des données recueillies seront rendus anonymes par nos soins.**

**L'intégration dans le suivi Qualité est donc complètement neutre pour vous.**

## **ARTICLE 3 – ACCES AUX INFORMATIONS VOUS CONCERNANT**

### **3.1 L'accès aux données nominatives**

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez adresser une demande, sous forme écrite, au réseau ou à votre médecin correspondant. Les délais pour la communication des informations par le réseau sont de 48 heures à 8 jours suivant la date de la demande, et moyennant le paiement des frais induits

### **3.2 Les modalités d'inclusion et d'exclusion**

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vous avez un droit de consultation et d'obtention de la totalité des données médico-sociales vous concernant détenues par le réseau.

### **3.3 Le respect de la confidentialité des données**

Le traitement des données recueillies et leur informatisation sont faits dans la plus stricte confidentialité. L'accès à ces données est exclusivement réservé aux professionnels de santé soumis au secret médical et au personnel du réseau également soumis au secret médical.

Aucune information nominative ne pourra faire l'objet d'une commercialisation ni d'une utilisation autre qu'à visée médicale dans votre intérêt.

**Vous pouvez vous retirer du réseau pour motif légitime sans aucun préjudice sur la qualité des soins que vous recevrez. Votre accord est valable pour toute la durée de votre prise en charge.**

## ADHESION AU RESEAU LCD & CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

A REMPLIR PAR LE PATIENT ET A RETOURNER A :

ASSOCIATION VILLE-HOPITAL LUTTER CONTRE LA DOULEUR - 35, RUE CREMIEUX - 75012 PARIS

Je soussigné, Madame, Mademoiselle, Monsieur, .....

résidant à .....

Nom de mon médecin correspondant: .....

- Souhaite adhérer gratuitement au réseau LCD
- Accepte que les données me concernant soient intégrées anonymement dans le Suivi Qualité.

Je reconnais par ailleurs avoir en ma possession le document d'information qui m'explique le fonctionnement du réseau ainsi que son suivi Qualité et les modalités d'accès aux informations me concernant qui seront rassemblées au sein du réseau.

J'autorise tous les professionnels de santé du réseau que je serai amené(e) à consulter et la coordination médicale du réseau, à accéder à mon dossier médical informatisé.

Mon adhésion (et mon consentement éclairé si je coche la case correspondante) sont matérialisés par la signature de la présente fiche d'adhésion.

Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau sans supporter aucune responsabilité.

Mon consentement ne décharge en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Signature et date