

# Les réseaux Douleur : une réponse pour améliorer la prise en charge de la douleur ?

## Exemple du réseau régional Douleur en Basse-Normandie

**Claire Delorme**, PH, coordinatrice du réseau régional Douleur de Basse-Normandie ([www.douleur-rrdbn.org](http://www.douleur-rrdbn.org)), membre de la commission réseaux Douleur de la SFETD

Le réseau régional Douleur de Basse-Normandie est né de la volonté des professionnels de santé de terrain investis dans le domaine de la douleur. Dès sa création, le réseau a été aidé, encouragé et financé par la politique volontariste, innovante et visionnaire de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Basse-Normandie.

Dès 1995, des professionnels hospitaliers ont souhaité travailler en réseau, portés par des valeurs communes, répondant à des exigences de besoin de soins propres à notre région semi-rurale où la démographie médicale est une des plus basses de France. Cette réflexion, s'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la qualité en matière de prise en charge de la douleur, a été accompagnée de financements spécifiques régionaux. Le réseau a été officialisé en juin 2001 et comptait alors 13 établissements adhérents. En 2009, ils sont 47, soit la quasi-totalité des établissements, qu'ils soient privés, publics, PSPH, CHU, CLCC, centre hospitalier ou hôpital local.

Les objectifs principaux, dès la création, étaient de mettre le patient au cœur du système de soins et permettre égalité, accessibilité, continuité des soins ; de rompre l'isolement des professionnels de santé, de promouvoir les actions locales et d'utiliser au mieux les compétences et les installations. Enfin, de former, d'informer et de développer la culture douleur.

### Couverture géographique uniformisée

Les établissements de santé adhérents à la convention sont représentés par un binôme référent médecin-infirmière, dont les missions sont aussi bien intra-hospitalières, en termes de développement de la culture douleur et de démarche qualité au sein de leur établissement (notamment par les Comités de Lutte contre la Douleur [CLUD]), qu'extra-hospitalières, en lien avec le milieu libéral sur leur territoire de santé, et inter-hospitalières dans le cadre du réseau.

Une couverture géographique des consultations pluridisciplinaires de douleur chronique assure à tout patient bas-normand un accès

aux soins et une égalité de prise en charge quel que soit son lieu de résidence. Une graduation des soins est assurée par des réunions pluridisciplinaires entre les structures et une réunion de concertation pluridisciplinaire en collaboration avec le CHU (par visioconférence pour les centres les plus éloignés)

### La formation : un des objectifs prioritaires du réseau

Sans se substituer aux formations universitaires initiales, la formation est une de nos missions prioritaires. En France, nous avons été les premiers à harmoniser l'enseignement de la douleur, notamment dans tous les Instituts de formation en soins infirmière, et cette action se décline actuellement dans les écoles d'aides-soignantes.

Au sein des établissements, la dynamique est portée par différents groupes de travail (infirmier, puéricultrice) et des groupes thématiques pluri-professionnels qui se consacrent à des problématiques spécifiques : douleur du cancer, céphalée, douleur de la personne âgée... Ces différents groupes se donnent des objectifs concrets allant de l'élaboration de recommandations à la création d'outils de formation et/ou d'information patient. À terme, ceci permet d'harmoniser les pratiques, des audits étant régulièrement pratiqués dans les différents établissements.

Tous les ans, la journée annuelle du réseau rassemble plus de 300 médecins, infirmiers, hospitaliers ou libéraux, sur les thèmes majeurs (douleur du cancer, douleur de la personne âgée, douleur neuropathique, céphalées-algies de la face...).

Grâce aux interventions régulières d'experts de diverses disciplines, les membres du réseau bénéficient régulièrement de formations de haut niveau, en lien avec leurs pratiques et leur mission : depuis la formation de formateurs jusqu'aux techniques les plus spécifiques, telles que l'hypnoanalgésie en douleur aiguë par exemple.

### Le réseau régional Douleur et la médecine libérale

Ce réseau, bien que très inter-hospitalier, a toujours souhaité travailler (c'est un de ses engagements) avec la médecine libérale, même

si d'un point de vue administratif, il a essuyé un refus de son dossier DRDR en 2005.

Dès 2004, avec l'Union régionale des médecins libéraux, nous avons réalisé, auprès de tous les médecins généralistes, neurologues et rhumatologues de Basse-Normandie, une enquête ayant pour thème : « Prise en charge de la douleur chronique en médecine libérale : bilan et perspective ». L'objectif était un audit des pratiques et surtout l'évaluation des besoins pour des professionnels de santé.

En 2009, pour harmoniser les pratiques, tant en milieu hospitalier que libéral, nous avons signé une convention de partenariat avec l'URML, afin de mutualiser et de mettre à disposition de tous les libéraux, via le site de l'URML et des formations, les outils, les protocoles et les recommandations élaborés par le réseau. À ce titre et pour concrétiser son engagement, l'URML a lancé « l'année Douleur » et quatre actions ont été prévues en lien avec les différents groupes de travail : campagne de sensibilisation, d'information et de formation sur le thème des migraines (en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens) ; information sur la douleur liée aux actes médicaux et sa prévention ; douleur du cancer, recommandations, référentiels et information patient ; douleur en chirurgie ambulatoire.

Chaque action s'accompagne de formation continue décentralisée sur tout le territoire bas-normand, assurée par les médecins coordonnateurs des consultations douleur.

### Le réseau régional Douleur, partenaire d'autres réseaux

Le réseau souhaite vivement engager un partenariat avec le réseau régional de Cancérologie de Basse-Normandie et se propose de mettre à la disposition de celui-ci, et donc de tous les professionnels de santé et patients, un référentiel douleur, des outils de formation, des aides au diagnostic des douleurs neuropathiques ainsi que des fiches « infos patients », ces documents étant élaborés à partir des SOR.

Prochainement, un rapprochement est prévu avec le réseau Handicap, la douleur étant une composante majeure de la vie de patients polyhandicapés.

### L'égalité dans la qualité des soins : une utopie dans le domaine de la douleur ?

Malgré les progrès dans la compréhension des mécanismes de la douleur, le développement des techniques et des traitements antalgiques (du plus simple au plus complexe), le développement des structures douleur chronique, force est de constater un décalage entre les résultats attendus et la réalité. Il existe parfois une forme de fatalisme des professionnels de santé et une sorte de résignation des patients, un niveau d'attente en deçà de ce qui pourrait être fait, voire même, parfois, une méconnaissance par les professionnels de santé. Autant de freins préjudiciables à une prise en charge optimale.

L'évolution croissante du nombre de patients potentiellement douloureux, et notamment de plus en plus âgés, l'évolution décroissante de la démographie médicale et le nombre croissant d'intervenants sont autant d'éléments nous incitant à travailler en réseau pour une meilleure efficacité et une amélioration de la qualité des soins.

Quel que soit leur mode de fonctionnement (et les réseaux Douleur ont, nous le savons tous, des fonctionnements différents, même si leurs objectifs et leurs missions sont identiques), les réseaux ont comme finalité de décloisonner le système de santé en améliorant la continuité de la prise en charge. Des questions demeurent par rapport à l'organisation de ces réseaux, à leur territoire, à leurs missions. Cette organisation en réseau, organisation souple, qui doit savoir s'adapter, permet l'information, le partage des connaissances et des spécificités sur la douleur, ainsi que la mise en place des stratégies concertées qui correspondent aux besoins des patients et des professionnels de santé. Enfin, ces structures facilitent les coopérations régionales et territoriales.

Ces fonctionnements en réseau doivent être exigeants en termes de compétences, de bonnes pratiques. Ces compétences sont à développer sur le territoire et doivent apporter l'expertise et la pluridisciplinarité nécessaires en matière de douleur. Un réseau, c'est coordonner, informer, former, mais rien ne peut se faire sans la responsabilité et l'engagement de chaque professionnel. <sup>414859</sup> ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Le Réseau voironnais de la Douleur

**Gérard Mick**, neurologue, coordonnateur du Réseau voironnais de la Douleur

L'objet fondamental du Réseau voironnais de la Douleur (RVD), réseau inter-hospitalier et ville-hôpital de prise en charge de la douleur chronique, est « *la mise en lien des différents acteurs des soins, tout au long des soins, pour une optimisation de la prise en charge au travers de la concertation, de l'anticipation, et de la facilitation des soins* ».

Cette notion d'anticipation est primordiale dans le domaine de la douleur où la chronicisation d'une situation aiguë, la plupart du temps banale et gérable, est synonyme d'entrée dans une pathologie multidimensionnelle, médicale et sociale. La notion de *qualité de vie* est tout autant centrale, car le patient douloureux chronique ne « guérira » pas : améliorer sa qualité de vie et réduire son handicap sont les objectifs primaires.

Les bénéficiaires des actions du RVD sont avant tout les patients douloureux chroniques, mais aussi les médecins généralistes, et plus largement les acteurs de ville, sans oublier d'une façon directe tous les professionnels de santé en charge de la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques spécifiques à la douleur chronique, dont le compagnonnage est une émulation pédagogique sans aucun équivalent universitaire.

## Parcours d'un patient dans le réseau

Le réseau permet de baliser dans un sens consensuel (entre patient et acteurs de soins et entre acteurs des soins) les modalités d'entrée, d'évolution, et de sortie d'un patient du parcours de prise en charge en tenant compte de son environnement direct.

Un patient est adressé par un professionnel de santé, médecin, avec une lettre faisant office de présentation du cas clinique, vers le secrétariat du réseau ou vers l'un des médecins évaluateurs du réseau. Le patient doit résider dans le territoire couvert par le réseau. Le motif d'adressage est la situation douloureuse chronique ne répondant pas aux traitements conventionnels de la douleur susceptibles d'être mis en œuvre en pratique quotidienne.

Dès son entrée dans le réseau, le patient signe une charte par laquelle il accepte la concertation entre les professionnels pour sa prise en charge à partir des données médicales reçues par chacun d'entre eux, le cas échéant la saisie informatique de ces données médicales afin qu'elles soient disponibles dans un dossier médical partagé. Le patient s'engage également à ne pas avoir recours à des professionnels de santé externes au réseau pour gérer la même demande.

Le patient est d'abord reçu par un médecin évaluateur, diplômé dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur, et il entre alors dans un parcours de prise en charge concertée entre les divers professionnels du réseau, soit selon un protocole standardisé en fonction de la situation pathologique (par exemple fibromyalgie, céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux...), soit, et c'est le cas le plus fréquent, en fonction non seulement de divers objectifs thérapeutiques génériques proposés comme un tronc commun à tous les patients mais également d'objectifs adaptés à ses caractéristiques pathologiques et individuelles (environnement médical, situation socioprofessionnelle, environnement familial). Les troncs communs sont surtout centrés sur les techniques non habituellement mises en œuvre en établissements de soins ou réalisées de façon isolée en ville : techniques psycho-corporelles (relaxation, sophrologie, hypno-analgésie), thérapies cognitivo-comportementales, travail en groupe de patients.

### Prestations dérogatoires

Des prestations dérogatoires sont versées lorsqu'est produit un acte spécifique d'un professionnel de santé vis-à-vis du patient dans le cadre de son parcours de soins au sein du réseau. Il peut s'agir d'une participation à la prise en charge concertée, entrant dans le cadre d'une participation spécifique dans le parcours du patient (consultations rapprochées de suivi ou d'étayage), d'un dédommagement pour avoir contribué à l'élaboration d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou y avoir participé. Le plus souvent, les prestations dérogatoires sont considérées comme des rémunérations spécifiques de certains professionnels de santé pour le temps consacré à travailler au sein du réseau, en fait en un point défini du parcours du patient : prise en charge psychologique, sophrologique, kinésithérapique, conseil pharmaceutique (par exemple pour les céphalées chroniques quotidiennes avec un suivi de la consommation des médicaments antimigraineux par le pharmacien).

Le parcours de soins intègre l'ensemble des professionnels nécessaires pour la prise en charge du patient, notamment lorsqu'il y a des objectifs de prise en charge techniques qui doivent être simultanés (exemple d'une prise en charge psycho-corporelle associée à la balnéothérapie et à la psychothérapie de relaxation pour un patient fibromyalgique qui par ailleurs bénéficie de traitements psychotropes et d'antalgiques). Ce parcours de soins ne peut être complètement défini à l'avance, car il est fonction de l'avancée dans celui-ci, les objectifs évoluant avec la réponse globale du patient.

L'activation des divers professionnels de santé impliqués se fait à partir de la déclinaison des objectifs thérapeutiques par le médecin évaluateur, qui reste la plupart du temps le médecin référent au sein du réseau pour le patient en question. La formalisation du parcours en fonction des situations pathologiques est importante, en particulier parce qu'elle permet aux différents professionnels sollicités pour une situation pathologique donnée de bien connaître leur articulation primaire et de rendre plus souple la circulation de l'information.

La sortie du patient du réseau est un problème majeur dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique. Dans un certain nombre de cas, une fois établi un équilibre assez satisfaisant pour le patient en termes de qualité de vie et de handicap, il est confié à son médecin traitant et le réseau reste la ressource en cas de décompensation. Mais bien souvent, c'est la prise en charge par le réseau, du fait de ses dimensions multidisciplinaire et de proximité, qui est garante de cet équilibre, et le patient a besoin du réseau pour le conserver : il n'en sort pas toujours une fois entré. Cette véritable embolisation par une file active sans cesse croissante peut fragiliser le réseau, qui a une fonction de ressource de soins compensant l'absence de structures spécifiques de proximité.

### Pour les professionnels de santé : offre de soins et formation

Le réseau intervient comme élément fédérateur et structurant pour l'organisation de la prise en charge globale, multidisciplinaire et multiprofessionnelle, d'un patient douloureux chronique. Il ne se substitue pas à une structure spécialisée, sauf en cas d'absence de celle-ci dans le territoire, mais facilite la bonne indication et le recours à celle-ci. Le réseau agit également comme un promoteur des moyens de proximité pour faciliter la démarche de suivi par le médecin traitant : il organise la mise à disposition de praticiens compétents dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur, consultant de façon périodique et décentralisée, soit dans des petites structures dispersées dans le territoire, soit dans les établissements de soins de proximité.

Le réseau, développant le caractère partenaire des différents adhérents ou participants, organise des réunions de formation continue qui peuvent avoir une dimension mono- ou pluridisciplinaire, ou transprofessionnelle. L'intégration des paramédicaux parmi les bénéficiaires de la formation dispensée par le réseau est cependant difficile, puisqu'il s'agit avant tout de paramédicaux de ville (kinésithérapeutes, infirmières, sophrologues, psychologues, sages-femmes, aides-soignantes) qui ne sont pas rémunérables par des prestations dérogatoires pour le temps consacré à une formation thématique. <sup>414860</sup> ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

# Le réseau ville-hôpital « Lutter Contre la Douleur », LCD-Paris

**Esther Soyeux**, direction et coordination du réseau LCD-Paris ([www.reseau-lcd.org](http://www.reseau-lcd.org))



Le réseau LCD-Paris a été créé en 1995 sous la forme d'une association loi 1901. La mise en place de ce réseau résultait du constat suivant : la prise en charge des patients douloureux chroniques ne peut se faire sans « communiquer et parler le même langage ». Le bénévolat actif de son initiateur, François Boureau (†), et de ses premiers membres, qui sont aujourd'hui des experts dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs, a permis le lancement du dispositif et a contribué à son succès. Trois cents professionnels de santé ont rejoint aujourd'hui le réseau et, en 2008, plus de 350 nouveaux patients ont été pris en charge.

Depuis juillet 2007, le FIQCS (Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins) assure au réseau LCD un financement pour trois ans. L'objectif du réseau est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique, quelle que soit son origine : lombalgie, céphalée, migraine (adulte et enfant), douleurs cancéreuses, douleurs neuropathiques, arthrose, fibromyalgie, etc. L'organisation adoptée au sein du réseau LCD permet des échanges entre professionnels, des concertations et des décisions collectives afin d'améliorer la prise en charge tout en optimisant les coûts. Le médecin traitant, généraliste ou spécialiste référent du patient, reste au centre de la prise en charge.



## NATACHA REGENSBERG

### La structure réseau Douleur : un cadre rassurant pour le patient et le généraliste



Inscription à une formation douleur à l'hôpital Saint-Antoine, puis participation à des réunions de dossiers sur les cas difficiles et rencontre avec le Dr François Boureau (†) qui l'oriente vers un DU de prise en charge de la douleur, afin de devenir personne ressource du réseau LCD-Paris. Telles sont, en résumé, les quelques étapes qui, il y a une dizaine d'années, ont amené le Dr Natacha Regensberg De Andreis, médecin généraliste en secteur 1 dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris, à devenir membre de ce réseau.

« Dans ma pratique quotidienne, le réseau est pourvoyeur d'une grande sécurité : si j'ai une interrogation concernant la prise en charge de mes patients au sein du réseau, un interlocuteur privilégié y répond toujours dans les plus brefs délais. Cet avis peut déboucher sur

un simple conseil, sur un rendez-vous de consultation spécialisée, voire multidisciplinaire, ou sur une hospitalisation dans un centre de traitement de la douleur. Si une telle hospitalisation s'avère nécessaire, comme ce fut le cas récemment pour une de mes patientes dont l'état posait un problème diagnostique urgent, les délais de prise en charge au sein du service expert sont réduits, du fait d'une entraide solide, explique le Dr Regensberg De Andreis, puis elle ajoute : Des relations interprofessionnelles s'instaurent naturellement grâce à ma participation aux réunions de dossiers, qui rassemblent divers thérapeutes hospitaliers ou libéraux. Cette multidisciplinarité, avec parfois la participation de professionnels paramédicaux (psychologues, kinésithérapeutes, infirmières notamment), me permet d'entendre des commentaires très différents sur une pathologie et de m'enrichir d'éclairages très complémentaires. »

En ce qui concerne les patients, le Dr Regensberg De Andreis décrit deux avantages majeurs : « Le réseau leur assure

un suivi simplifié et optimisé en termes de délais et de qualité de prise en charge ; de par sa cohérence et son homogénéité, le réseau constitue un élément rassurant pour ces malades douloureux chroniques, qui ont souvent déjà consulté nombre de fois, entendu des avis différents et essayé divers traitements, souvent pour un résultat décevant. »

Autre avantage par le biais du réseau « qui, pour les patients douloureux chroniques, n'est certainement pas le moindre : l'ouverture vers une psychothérapie comportementale et cognitive, ou en relaxation, avec la prise en charge financière de dix séances », conclut le Dr Regensberg De Andreis. « Sans oublier que le médecin qui décide d'intégrer un réseau va pouvoir confronter son expérience et sa pratique à celles des autres praticiens du réseau. In fine, c'est une façon de se remettre en question, ce qui est plutôt sain. Tout en conservant une grande liberté d'action, car le réseau n'est nullement coercitif. » 414862

Propos recueillis par Brigitte Némirovsky

## 1. Enquête douleur et cancer

Sur une période de un mois, nous avons collecté 125 questionnaires au total, 107 en oncologie et 18 en pneumologie. L'enquête a concerné 54,8 % d'hommes (68 patients) et 45,2 % de femmes (56 patients), âgés en moyenne de 62 ans. La prévalence de la douleur cancéreuse dans l'échantillon interrogé était de 59,2 %, les patients étant globalement satisfaits de leur prise en charge. Pourtant, 25 % des patients algiques n'avaient pas de traitement et, pour 40,6 %, une échelle d'intensité douloureuse sur les huit derniers jours était supérieure ou égale à 4/10. En réalité, le degré de satisfaction n'est pas un critère fiable d'évaluation de la prise en charge de la douleur : il n'est pas corrélé à l'intensité douloureuse et même les patients les plus satisfaits exprimaient des demandes d'amélioration.

Thèse du Dr Kathell Ménard (2006).

## 2. Enquête migraine de l'enfant

L'enquête était fondée sur l'analyse de questionnaires remis aux parents, à remplir avant le début de la consultation au Centre de la migraine (hôpital Trousseau, Paris). 177 questionnaires ont pu être analysés sur une période de six mois.

Âge moyen : 9,91 + ou - 2,8 ans ; 20,9 % ont moins de 7 ans ; 33,8 % ont plus de 12 ans.

À l'issue de la consultation, pour 171 (96,6 %) enfants, un diagnostic de migraine a été porté, seul ou associé à un autre diagnostic, et pour 6 enfants, il s'agissait d'une céphalée chronique quotidienne isolée.

Le premier médecin consulté pour la céphalée est le médecin généraliste (56,5 %), le pédiatre (28,8 %) ou un autre spécialiste (7,3 %). La première consultation en ville est motivée spécifiquement par la céphalée dans 58,2 % des cas. Dans 34,5 % des cas, le parent en parle au cours d'une consultation pour un autre motif. Les parents consultent au Centre de leur propre initiative dans 31,6 % des cas. Pendant le parcours de soins, 66,1 % des enfants ont vu l'ophtalmologiste, 25,4 % le neurologue, 21 % l'ORL. 46 % des enfants ont eu une imagerie cérébrale (29 % un scanner et 24 % une IRM). Les médecins de ville devraient être mieux formés à la reconnaissance et à la prise en charge de la migraine de l'enfant, ce qui permettrait de diminuer le nomadisme médical et la prescription d'examen complémentaires. Le recours à une consultation spécialisée ne devrait avoir lieu qu'en cas de doute diagnostique, d'échec thérapeutique ou de situation psychosociale difficile.

Thèse du Dr Lisa Homerin (juin 2009).

## Un diagnostic thérapeutique pour adapter la prise en charge

Lors des consultations d'orientation, un diagnostic thérapeutique est réalisé par la coordination médicale du réseau, permettant d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et ses projets.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), la prise en charge psychologique (relaxation, thérapie d'amorce) et le réentraînement à l'effort sont des axes importants, mis en place dans le cadre des rémunérations spécifiques. Les prises en charge non médicamenteuses sont des alternatives efficaces pour diminuer les douleurs des patients. Ces séances organisées aussi en groupe permettent une émulation positive.

## Des enquêtes pour optimiser les actions

Dans le cadre de thèses en médecine générale, nous avons mené, en 2006, une enquête de satisfaction auprès de patients cancéreux suivis en HDJ dans un grand hôpital parisien (*encadré 1*) et, de septembre 2007 à février 2008, une étude sur le parcours de soins de l'enfant migraineux, en collaboration avec le Centre de la migraine de l'hôpital Trousseau (*encadré 2*).

Ces enquêtes, qui ciblent des priorités de santé, nous ont encouragés à renforcer certaines de nos actions :

- les échanges et les concertations pluriprofessionnels : une consultation d'évaluation rapide est disponible sur la demande des médecins traitants et des conseils peuvent être donnés par le biais d'un service d'algovigilance téléphonique. Les réunions de concertation pluridisciplinaire mensuelles permettent de discuter de cas cliniques ;
- les formations de sensibilisation à la prise en charge de la douleur pour des médecins, kinésithérapeutes et infirmières, afin de diffuser des messages simples, pratiques et adaptés à la ville (maniement des opioïdes, identification des mécanismes, aide au diagnostic et au traitement de la migraine adulte et enfant), et apprentissage des techniques de communication avec les patients douloureux ;
- l'information patient : nous avons rédigé et mis en ligne des brochures pour les patients atteints de cancer, ainsi que des liens utiles comme celui de la migraine de l'enfant ;
- la cohérence entre les professionnels de santé : le fonctionnement en réseau apparaît comme une solution adéquate, permettant de restaurer la confiance des patients envers leur médecin généraliste grâce à l'amélioration de sa formation et à une meilleure coordination des soins ;
- l'information sur les douleurs induites : *devant la multiplication des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques invasifs pouvant générer des douleurs per- et post-interventionnelles* nous avons essayé de les lister afin d'établir des protocoles antalgiques en ambulatoire (en cours de finalisation).

## Pas d'immobilisme pour les réseaux douleur

Les réseaux de santé sont des acteurs nécessaires qui concourent aux bonnes pratiques, à la pluridisciplinarité et au partage d'information. Les prises en charge non médicamenteuses et

l'éducation thérapeutique sont dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé et font partie intégrante du soin des patients douloureux chroniques. Toutes ces orientations ont été mises en place et adaptées au fil des six années de fonctionnement au regard des évaluations et des recommandations des tutelles. Le plan Douleur 2006-2010, par la mesure 24 de la priorité 4 : « Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif », souligne « le renforcement de la prise en charge de la douleur dans les réseaux de santé ».

Les réseaux Douleur ne sont pas des structures figées, leur regard transversal leur permet de s'adapter au fil des circulaires et des nouvelles orientations. Les dix réseaux Douleur de France se sont regroupés en septembre 2008 en commission sous l'égide de la SFETD, société savante. Cette commission permettra une meilleure visibilité de leurs services et de leurs compétences auprès de tous et de leur souhait d'harmoniser et de mutualiser leurs pratiques en respectant leur spécificité régionale. 414861 ■

## Douleur de l'enfant



### Les nouvelles recommandations de l'Afssaps en ligne

L'Afssaps met à disposition des médecins de nouvelles recommandations sur « La prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant » (1<sup>re</sup> partie : « Prise en charge en milieu hospitalier et situations particulières en ville »). Ces nouvelles recommandations ont pour but de contribuer à l'harmonisation des pratiques pédiatriques. En effet, de nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de la prise en charge de la douleur.

Les situations suivantes sont abordées et concernent essentiellement la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et quelques situations particulières en ville :  
– douleur postopératoire (anesthésie loco-régionale, antalgiques utilisés en post-opératoire) ;

– soins douloureux (solutions sucrées orales, anesthésiques locaux topiques, MEOPA, kétamine) ;  
– douleur neuropathique ;  
– situations cliniques particulières en ville (migraine, dysménorrhée, angine, otite, vaccination) et à l'hôpital (brûlures, fractures aux urgences et en pré-hospitalier, douleur abdominale aiguë de la fosse iliaque droite aux urgences et en pré-hospitalier, mucites, soins douloureux, pose de sonde nasogastrique, amygdalectomie, crise aiguë drépanocytaire).

Elles seront complétées par des recommandations sur la prise en charge de la douleur par les médecins généralistes.

[www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)



**IDA  
PARIENTE-COHEN**

## Amorce d'une prise en charge psychique de certains patients douloureux

Psychologue psychanalyste libérale à Paris, titulaire d'un DESS en psychopathologie clinique, Ida Pariente-Cohen est membre du réseau LCD-Paris et de deux autres réseaux, Onco 93 et Onco 94, dédiés à la cancérologie et aux soins palliatifs.

C'est à la suite d'une formation active et interactive effectuée dans le service du Dr François Boureau (†) (CETD de l'hôpital Saint-Antoine [Paris]) qu'elle a adhéré à ce réseau de prise en charge de la douleur. Après une période initiale au cours de laquelle les consultations se tenaient, dans le cadre du réseau LCD-Douleur, au sein même de ce service, elle accueille aujourd'hui les patients du réseau dans son cabinet parisien.

« En ce qui me concerne, le réseau a été un apport remarquable, déclare Ida Pariente-Cohen, tout d'abord parce que notre formation professionnelle classique, avec une grande part accordée aux neurosciences pures et des notions plutôt sommaires en termes de médecine, ne nous prépare pas à la réalité de notre exercice quotidien. C'est ce que le réseau m'a apporté : des connaissances médicales très précises sur la douleur et ses

traitements. Aujourd'hui, lorsque les patients m'évoquent leur douleur, leurs traitements antalgiques, leur observance ou leur non-observance de ces traitements, leur relation thérapeutique avec leur médecin, je suis à même de les entendre et de mieux percevoir la situation. Ensuite, ajoute-t-elle, j'ai choisi d'intégrer le réseau parce que je peux proposer à mes patients douloureux chroniques, qui sont dans une souffrance psychique et physique, d'intégrer cette structure de soins. La grande majorité de ceux qui acceptent sont en général très satisfaits de leur prise en charge très bien coordonnée sur le plan physique. La possibilité de bénéficier d'une dizaine de séances de psychothérapie avec des psychologues libéraux formés à la prise en charge de la douleur dans le cadre du réseau, est un plus qu'ils apprécient. Ils en découvrent ainsi le bénéfice en tant qu'élément de la prise en charge de la symptomatologie douloureuse et poursuivent souvent dans cette voie après l'amorce thérapeutique offerte par le réseau. » À titre d'exemple, grâce au réseau LCD-Paris, Ida Pariente-Cohen suit actuellement à domicile un patient psychiatre-psychanalyste tétraplégique. 414863

Propos recueillis par Brigitte Némirovsky