

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

Le réseau ville-hôpital *Lutter Contre la Douleur* (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 et 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.

**Dr Esther Soyeux**  
Direction  
et coordination  
du réseau LCD-Paris

Le traitement de la douleur est devenu une priorité de santé publique, avec les Plans nationaux de lutte contre la douleur depuis 1998 et les recommandations de la Haute Autorité de santé<sup>1</sup>. Cependant, les études montrent que la prise en charge de ce symptôme reste à améliorer (voir aussi le témoignage de l'encadré 1).

## La douleur du cancer, une priorité insuffisamment priorisée

– La prévalence de la douleur cancéreuse est en moyenne de 30 % à 50 % pour l'en-

semble des patients cancéreux et de 70 % environ pour les patients en phase terminale<sup>2</sup>. Ces chiffres qui sont sous-estimés par les médecins<sup>3</sup>, semblent varier selon le site du cancer, le stade d'extension, l'âge du patient<sup>4,5</sup>. Mais la prévalence de la douleur dépend avant tout du traitement antalgique prescrit.

– En 1995, 600 généralistes et 300 oncologues interrogés<sup>6</sup> estimaient la prévalence de la douleur cancéreuse parmi leurs patients entre seulement 10 et 20 % et entre 21 et 30 %, respectivement. Ils jugeaient leur propre prise en charge de la douleur cancéreuse satisfaisante à 93,2 % et 85,3 %, respectivement, et la prise en charge de la douleur cancéreuse en France

satisfaisante à 50,5 % et 60,3 %, respectivement.

– Une étude française, publiée en 1995, interrogeant 2 374 généralistes<sup>7</sup> rapporte que 92 % des praticiens interrogés ont des difficultés à traiter la douleur cancéreuse, parce qu'ils s'interrogent sur le choix des traitements ou parce qu'ils ont peur des effets indésirables ou de l'inefficacité de ceux-ci.

– L'étude EPIC (*European Pain In Cancer*) (<http://www.EPICsurvey.com>) menée, en 2006, auprès de 4 824 patients dans 12 pays d'Europe, est la plus vaste enquête de ce type à évaluer l'impact et le traitement de la douleur dans le cancer. En France, 642 patients cancéreux y ont participé. L'étude souligne, qu'en France, 26 % des patients cancéreux (33 % en Europe) ressentent parfois une douleur tellement intense qu'ils préféreraient mourir. Les médicaments qui peuvent soulager sont encore sous-utilisés ou mal utilisés. Des antalgiques efficaces existent mais près de deux tiers des patients rapportent que leur traitement n'est parfois pas suffisant pour contrôler leur douleur. Un patient sur trois affirme que sa douleur est « intolérable ». Plus de 82 % de ceux qui prennent les médicaments prescrits pour traiter leur douleur rapportent néanmoins l'existence d'accès douloureux. Ceux-ci surviennent au moins une fois par semaine chez plus de la moitié des

1

### Témoignage

« Je me permets de vous tenir informée de la suite des démarches que j'avais faites auprès de votre réseau... Nous avons rencontré le docteur... avec lequel j'ai évoqué la conversation que nous avons eu dernièrement. Après entretien [entre médecins..., le Dr... a prescrit des patchs de fentanyl (12µg/3j). Nous en sommes au deuxième et les douleurs sont presque passées. Cette prescription est valable jusqu'au 12/2/2009. À cette date nous aurons les protocoles de chimiothérapie et de radiothérapie. Je vous remercie très vivement pour l'aide que vous nous avez apportée. Je trouve lamentable qu'au 21<sup>e</sup> siècle, le travail que vous faites ne soit pas plus rendu public. Cette constatation est également valable en ce qui concerne les "médecins référents" qui semblent "tomber de la lune" lorsqu'on leur demande une prise en charge pour "adhérer" à votre réseau. »

Ce témoignage nous est parvenu par courriel début février, suite à un entretien d'algovigilance entre la femme d'un patient atteint d'un cancer ORL et la coordination médicale du réseau LCD.

2

## Le réseau LCD permet une approche pluridisciplinaire

### Par l'amélioration et la coordination des soins

- Assistance téléphonique « algovigilance » pour la gestion de la douleur en ville
- Consultations d'orientation dans un délai rapide par l'équipe médicale (CO)
- Dérogations tarifaires : rémunération par le réseau d'un professionnel de santé libéral
  - Orientation sur une prise en charge psychologique : thérapie d'amorce, cognitivo-comportementale et relaxation (10 séances)
  - Orientation vers un groupe de relaxation adulte ou enfant (6 séances d'1h30)
  - Orientation vers une prise en charge de réentraînement à l'effort (10 séances)
- Éducation thérapeutique des patients (ETP)
  - Groupe d'éducation thérapeutique pour les patients d'une même pathologie
  - Formation à l'éducation thérapeutique des professionnels de santé

### Par une aide dans la démarche médicale

- Informations et formations thématiques régulières
- Cycle de sensibilisation pour les médecins et kinésithérapeutes
- Réunions de concertation pluridisciplinaire (un vendredi midi par mois)
- Site Internet d'autoformation pour les aides soignantes et les infirmières libérales
- Assistance téléphonique du réseau (algovigilance)
- Brochures patients et protocoles de soins en ligne sur le site [www.reseau-lcd.org](http://www.reseau-lcd.org)
- Formations agréées à l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) depuis juin 2007

- Dédommagements des professionnels pour leur participation aux formations, et aux RCP
- Protocoles communs et validés en ligne sur le site [www.reseau-lcd.org](http://www.reseau-lcd.org)
- Mise à disposition d'un dossier médical partagé (DMP papier) pour orienter les patients
- Harmonisation des pratiques
- Amélioration des relations ville-hôpital
- Documents d'information patients/médecins en ligne sur le site

### Par une aide logistique aux professionnels (médecins, kinésithérapeutes, psychologues)

- Accès facilité à d'autres réseaux (soins palliatifs, prévention main, gériatrie, etc.)
  - Adresses de correspondants médicaux et paramédicaux motivés et formés dans le domaine de la douleur, avec des compétences spécifiques (relaxation, thérapie de soutien, réentraînement à l'effort...)
  - Aide aux démarches administratives
  - Consultation pluridisciplinaire de la douleur chronique
  - Hospitalisations programmées dans les services appropriés
  - Sevrage pour céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux
  - Inclusion dans des groupes de patients en approche comportementale et cognitive (lombalgie, fibromyalgie, migraine).
- Les modalités de prise en charge des patients douloureux sont multiples. Elles peuvent se faire soit directement par des soins, soit indirectement par la formation et l'information des professionnels de santé.

Pour toute information complémentaire : Réseau LCD-Paris  
35 rue Crémieux, 75012 Paris, Tél : 01 43 41 14 00, Fax : 01 43 41 22 66  
e-mail : [secretariat.lcd@free.fr](mailto:secretariat.lcd@free.fr) site : [www.reseau-lcd.org](http://www.reseau-lcd.org)

patients, et 26 % des patients endurent ce type de douleur tous les jours. Enfin, 22 % des patients atteints de cancer reçoivent un antalgique du 3<sup>e</sup> pallier. La plupart des patients interrogés déclarent devoir parler eux-mêmes de leur douleur, pour pouvoir en discuter avec le médecin. Enfin, 34 % des patients pensent que leur médecin n'a pas assez de temps pour discuter.

## La douleur du cancer : prise en charge et enquête du réseau LCD

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 dans 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 (encadré 2). Le médecin traitant, généraliste ou spécialiste référent du patient, reste au centre de la prise en charge.

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 améliorer les

douleurs des patients. Ces séances organisées aussi en groupe permettent une émulation positive.

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.

Dans le cadre d'une thèse en médecine générale<sup>8</sup>, nous avons mené en 2006 une enquête de satisfaction auprès de patients cancéreux suivi en HDJ dans un grand hôpital parisien. Sur une période d'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 %

# Douleur et cancer

3

## Évaluation d'une douleur cancéreuse

- Ancienneté de la douleur
- Localisation de la douleur
- Mécanisme des douleurs (neuropathique ou nociceptif)
- Présence des accès paroxystiques ?
- Présence de facteurs d'aggravation de la douleur (la mobilisation par exemple)
- Facteurs de soulagement de la douleur ? Le repos par exemple
- Présence d'une douleur spontanée de fond, en dehors des douleurs de mobilisation ?
- Profil évolutif des douleurs : permanentes ou intermittentes
- Existe-t-il des accès douloureux spontanés intenses (en dehors de la mobilisation) ?
- Quelle est l'intensité de la douleur de fond (s'il en existe une) et celle des accès douloureux (EVA ou EN ou EVS) ?
- Quelle est la durée des accès douloureux ?
- Quel type de douleur ressent le patient ?
- A-t-il une douleur de fond (qualificatif de la douleur), en plus des accès à type de décharges électriques ?
- Existe-t-il des signes neurologiques déficitaires sensitifs à l'examen clinique de la région ?
- Traitements antérieurs entrepris : nom des médicaments, posologie, durée, observance, efficacité, tolérance, cause d'arrêt
- Effet du traitement actuel
- Effets indésirables du traitement en cours
- Que peut faire le patient dans une journée ? Autonomie ?
- Retentissement de la douleur sur sa qualité de vie : activité générale, humeur, marche, travail à la maison ou à l'extérieur, sommeil, loisir
- Contexte familial et socio-professionnel
- Facteurs cognitifs
- Facteurs comportementaux
- Quels sont ses souhaits ? (mieux dormir, se déplacer...)
- Objectifs réalistes à fixer avec le patient.

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 8 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. Cette enquête nous a encouragés à renforcer certaines de nos actions :

- la formation sur la douleur cancéreuse, dans les sessions de sensibilisation et thématiques : il faut améliorer la prise en charge (maniement des opioïdes, identification des mécanismes, etc.) et la communication avec le patient ;
- 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 ;
- l'information patient : nous avons rédigé et mis en ligne des brochures pour les

patients atteints de cancer ainsi que des liens utiles ;

- 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 par l'amélioration de sa formation et 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).

## Conclusion

Les douleurs du cancer sont souvent mixtes, et des douleurs neuropathiques (DN) qui répondent peu ou pas aux antalgiques usuels doivent être recherchées. Les DN sont des douleurs liées à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux se distinguant des douleurs nociceptives (ou inflammatoires) par leurs mécanismes physiopathologiques et leur expression clinique. Un interrogatoire minutieux est nécessaire (encadré 3). La douleur du cancer nécessite du temps et son évaluation doit être globale pour assurer une prise en charge globale et pluridisciplinaire, avec une cohérence du dis-

cours entre les professionnels de santé qui interviennent autour du patient. Mais cette consultation n'est possible que si les médecins prennent du temps avec les patients. Le réseau LCD-Paris, comme tous les Réseaux Douleur en France qui se sont fédérés en 2008 au sein de la Société française d'évaluation et traitement de la douleur (SFETD), on fait la démarche de travailler en concertation avec les réseaux de cancérologie et de soins palliatifs, afin d'améliorer la prise en charge de la douleur. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
2. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas et al. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest* 2005; 23:182-90.
3. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995;310:1034-37.
4. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:1913-18.
5. Grenwald HP, Bonica JJ, Bergner M. The prevalence of pain in four cancers. *Cancer* 1987;60:2563-69.
6. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physician's attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer* 1995;76:2375-82.
7. Vainio A. Treatment of terminal cancer pain in France: a questionnaire study. *Pain* 1995; 62:155-62.
8. Ménard K. Enquête de satisfaction sur la prise en charge de la douleur auprès de patients cancéreux ambulatoires. Thèse de médecine ; juin 2006.