

SROS III Volet Douleur

Livre I

Introduction

La prise en charge systématique de la douleur aiguë était l'un des objectifs opérationnels du SROS de 2^{ème} génération. Les mesures prévues étaient les suivantes:

- Prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire et obstétricale ;
- Prise en charge de la douleur aiguë survenant chez les patients hospitalisés et de la douleur provoquée par les soins ;
- Information et participation du patient (remise du carnet douleur, évaluation de la satisfaction dans le questionnaire de sortie)
- Formation des personnels (utilisation systématique des réglottes de mesure de la douleur par échelle visuelle analogique)
- Développement de l'utilisation des pompes à analgésie.

Il est certain que des progrès sont encore à accomplir : en effet, l'évaluation du SROS II a fait apparaître une traçabilité insuffisante de la cible douleur dans les dossiers des patients, des informations dispersées, signe d'un suivi difficile voire non réalisé. On peut noter également que sur 25 établissements régionaux étudiés par le biais du rapport d'accréditation (référence OPC 5b sur la prise en charge de la douleur) il y a eu 1 recommandation et 7 demandes d'amélioration.

Cependant, on peut considérer que la prise en charge de la douleur aiguë ou provoquée est relativement organisée dans les établissements de santé. Il reste maintenant à persévérer dans l'effort entrepris : les objectifs du SROS II restant d'actualité peuvent être poursuivis sans modification. On ne parlera donc dans la suite du document que de la douleur chronique.

1. Etat des lieux

1.1 *Morbidité - Epidémiologie*

1.1.1 *Douleur de l'adulte*

La douleur chronique constitue une priorité de santé publique : elle représente, en effet, la première cause d'arrêt de travail et d'invalidité chez le patient de moins de 45 ans. Elle a en outre des conséquences en termes médico-économiques pour la société, et sur le plan relationnel pour le patient et sa famille.

La prévalence de la douleur chronique dans la population générale varie entre 25 et 40%. Elle est définie comme une douleur évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient (Anaes 1999) ; elle inclut la douleur chronique rebelle, persistant après 6 mois de traitement bien conduit. Son origine est cancéreuse dans 20 à 30% des cas. Pour les 70 à 80 % restants, il s'agit essentiellement des céphalées, des pathologies ostéoarticulaires ou des douleurs neuropathiques.

Douleurs cancéreuses

La douleur est, parmi les autres symptômes retrouvés dans la maladie cancéreuse, le plus fréquent. Elle peut être présente dès le début de l'affection, chez 30 à 40% des patients, mais surtout au stade avancé de la maladie dans 60 à 90% des cas (phase palliative et phase de fin de vie). Elle peut être d'origine iatrogène pendant la phase de traitement du cancer (17% des cas). Enfin, les douleurs séquellaires constituent un motif de plus en plus fréquent de consultation.

Douleurs ostéoarticulaires

- ❖ La lombalgie constitue la plus importante cause d'incapacité et d'arrêt de travail en France (3.5 millions de journées par an représentant un coût de 1.4 milliard €), comme dans tous les pays industrialisés. La chronicité et l'invalidité sont le fait d'une minorité de patients (environ 10%) mais c'est sur eux que repose l'essentiel du poids socio-économique des lombalgies (80% des dépenses).
- ❖ Les syndromes fibromyalgiques et les TMS (troubles musculo squelettiques) sont fréquents puisqu'ils touchent 600 000 personnes en

France, atteignant ainsi 2 % de la population générale, avec une forte prédominance féminine (80 % de femmes). Ils surviennent entre 30 et 50 ans. Ces syndromes sont volontiers caractérisés par leur caractère rebelle aux traitements habituels, notamment aux antalgiques et anti-inflammatoires.

- ❖ Le Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) regroupe les anciens termes de causalgie et algodystrophie. Il est souvent post chirurgical ou post traumatique mais peut aussi accompagner des pathologies médicales (osseuses, cancéreuses...). Son incidence est d'environ 5.5 / 100 000 (chiffres US).

Douleurs neuropathiques

Elles sont d'étiologies et de topographies variées. Elles peuvent être d'origine périphérique : post-chirurgicale ou traumatique, médicale (chimiothérapie) métabolique (diabète), toxique (arsenic, thallium..), virale (zona, HIV), ou d'origine centrale : paraplégies, accident vasculaire cérébral (syndrome thalamique), sclérose en plaques, syringomyélie, associées alors à un handicap.

Une enquête de la DHOS en 2005 a établi que 62% des consultations dans les structures de lutte contre la douleur appartiennent à cette catégorie. Il faut y ajouter les névralgies pudendales ou syndrome d'Alcock méconnues et insuffisamment traitées mais pour lesquelles il existe à Nantes un centre de référence (400 nouveaux cas par an).

Céphalées chroniques

Les céphalées chroniques sont mal connues mais fréquentes. Elles comprennent notamment les migraines qui représentent 15 à 18% des céphalées chroniques. La prévalence des migraines est estimée à 12% ; elles sont souvent insuffisamment diagnostiquées et traitées, pouvant être invalidantes au moment des crises et responsables d'abus médicamenteux.

La prise en charge médicamenteuse est bien codifiée (recommandations HAS/Anaes), mais 25% des migraines sont rebelles au traitement classique bien conduit, et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.

1.1.2 Douleur de l'enfant

Chez l'enfant, la définition de la douleur chronique diffère de celle de l'adulte. En effet, l'expérience douloureuse n'est pas vécue de la même façon, son impact est beaucoup plus important chez l'enfant et il n'est pas nécessaire d'attendre plusieurs mois avant de considérer qu'une douleur a un retentissement

majeur sur le comportement. Cependant toutes ces douleurs ne nécessitent pas une prise en charge dans une structure spécialisée.

La fréquence de la douleur chronique est sous estimée chez l'enfant et l'on retrouve des étiologies similaires à celles de l'adulte. Les plus fréquentes sont les céphalées et les douleurs abdominales.

La douleur cancéreuse concerne 20 à 30% des enfants présentant une tumeur solide.

La prévalence de la fibromyalgie est d'environ 1.3%, celle des autres douleurs musculo-squelettiques de 7.5% chez les pré adolescents.

La lombalgie chronique existe chez 8% des enfants en moyenne, sa prévalence variant avec l'âge.

La prévalence de la migraine est de 5% et 2% des enfants présentent des migraines abdominales.

Il faut rappeler la grande fréquence des douleurs chroniques chez les enfants handicapés.

Plusieurs enquêtes ont rapporté que 25% à 30% des enfants déclarent une douleur durant plus de 3 mois. Il convient de noter que l'on ne dispose pas de données épidémiologiques régionales mais que la prévalence varie probablement peu d'une région à l'autre et que ces chiffres sont applicables aux Pays de Loire.

1.2 Démographie des professionnels ; modalités et structures de prise en charge chez l'adulte

1.2.1 Organisation de la prise en charge de la douleur chronique

- **Les structures hospitalières**

- a- Consultations, unités et centres**

Les structures identifiées de prise en charge de la douleur ont été créées pour prendre en charge les douleurs chroniques rebelles à la prise en charge ambulatoire bien conduite. Elles constituent des structures de recours pour les professionnels de santé. Elles sont classées en trois niveaux, définis par des textes réglementaires (circulaire DGS du 4 février 1998). Ainsi on distingue :

- Les Consultations Pluridisciplinaires (niveau I), maillon de base de la prise en charge, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés et permettant une approche globale. Ces structures doivent regrouper au moins 3 médecins (2 somaticiens de spécialités différentes et 1 psychiatre) et elles sont placées sous la responsabilité d'un médecin algologue.

- Les Unités (niveau II) doivent comporter ou avoir à disposition des lits ou places d'hospitalisation et disposer d'un accès à un plateau technique.
- Les Centres (niveau III) doivent être situés au sein d'un CHU. En plus de la prise en charge des patients douloureux, ils ont des missions d'enseignement et de recherche portant sur des thématiques douleur.

Dans la région des Pays de la Loire, il existe :

- 4 consultations (CH La Roche/Yon, CAC René Gauducheau, CH Château-Gontier et Clinique de l'Anjou). Sur ces 4 structures, 1 est labellisée (Château-Gontier) et 1 est en cours de labellisation (la Roche/Yon)
- 4 unités (le CH avec le CMCM au Mans, la clinique Catherine de Sienne, le CHU Angers, et la clinique Brétéché)
- 1 centre (CHU Nantes)

STRUCTURES DE PRISE DE CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Données déclaratives

Enquête SFETD juin 2006

	Type de structure	Année de création Labellisation	Lits dédiés*	Délai moyen de RV	Urgences	Population	CLUD	Equipe mobile
La Roche/Yon	Consultation	1991 En cours	Oui	30 j	Oui	Adultes 99% Enfants 1%	Oui	Oui
CHU Angers	Unité	1988 Oui	Non	90 j	Oui		Oui	Non
CHU Nantes	Centre	1980 Oui	Oui	90 j	Oui	Adultes 95% Ados 5%	Oui	Oui
CH/CMCM Le Mans	Unité	1998 Oui	Oui	90 j	Oui	Adultes et PA	Oui	Oui
Château-Gontier	Consultation	1994 Oui	Oui	40 j	Oui	Adultes 70% PA 30%	Oui	Oui
Clinique de l'Anjou	Consultation	2004 Non	Non	20 j	Non	Adultes 80% PA 20%	Oui	Non
C. C de Sienne	Unité	2003 Oui	Oui	60 j	Oui	Adultes 79% Enfants 1% PA 20 %	Oui	Non
C. Brétéché	Unité	1996 Oui	Oui	1 à 90 j	Oui	Adultes 94% Enfants 6%	Oui	En cours
CAC Gauducheau	Consultation	1997 Non	Oui	10 j	Oui	Adultes 70% PA 30%	Oui	En cours

* Les unités n'ayant pas de lits d'hospitalisation dédiés ont des lits mis à disposition

On peut y ajouter une consultation gériatrique (Hôpital Bellier) et une consultation céphalées (CHU Nantes)

L'ensemble de ces structures totaliserait 52 lits d'hospitalisation dédiés, selon les données déclaratives recueillies.

b- les CLUD

Les CLUD (Comités de lutte contre la douleur) sont des instances pluridisciplinaires dont l'existence dans les établissements de santé n'est pas obligatoire mais recommandée. Ils n'ont pas pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur mais ils constituent des centres de réflexion et de proposition appelés à travailler en collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques.

c- Autres structures hospitalières

Il faut citer l'existence d'équipes mobiles douleur capables d'intervenir en dehors de la structure dans laquelle elles sont basées. Trois établissements déclarent l'existence d'une équipe mobile en Pays de la Loire (La Roche/Yon, Nantes et Château-Gontier); elles travaillent actuellement en dehors de la structure mais en intra hospitalier; 2 sont en cours de création (CAC Gauducheau et Clinique Brétéché) qui interviendront en intra et extra hospitalier.

- Les réseaux

Il existe 3 réseaux dans la région des Pays de la Loire et 1 est en projet:

- Le réseau Douleur Sarthe (ville-hôpital), opérationnel depuis septembre 2004. Il remplit des missions d'information, de soins (9 sites de consultations) et de prévention. Il coopère activement avec les associations d'usagers (ateliers d'activité pour patients douloureux)

Il traite en moyenne 40 appels / semaine (patients et médecins). Il associe 59 professionnels libéraux dont 37 médecins généralistes, 6 spécialistes, 5 kinésithérapeutes et 11 IDE (données 2005). Tous les établissements publics, privés, PSPH du département sont adhérents au réseau.

- Le réseau Douleur 44 (ville-hôpital). Mis en place en 2005 il est opérationnel depuis mars 2006. Il regroupait 7 professionnels au 15/10/2005 dont 3 médecins algologues et 10 établissements sont membres du réseau. En juin 2006, on comptait une quarantaine de patients pris en charge.

- Le réseau « Mission Lombalgie Emploi - Lombaction » créé en 2001 est une structure régionale, dont l'objectif est de prendre en charge des salariés lombalgiques afin d'éviter la chronicisation de leur pathologie et de maintenir

leur emploi s'ils sont menacés d'exclusion professionnelle. Le budget de l'année 2006 prévoit la prise en charge de 250 patients.

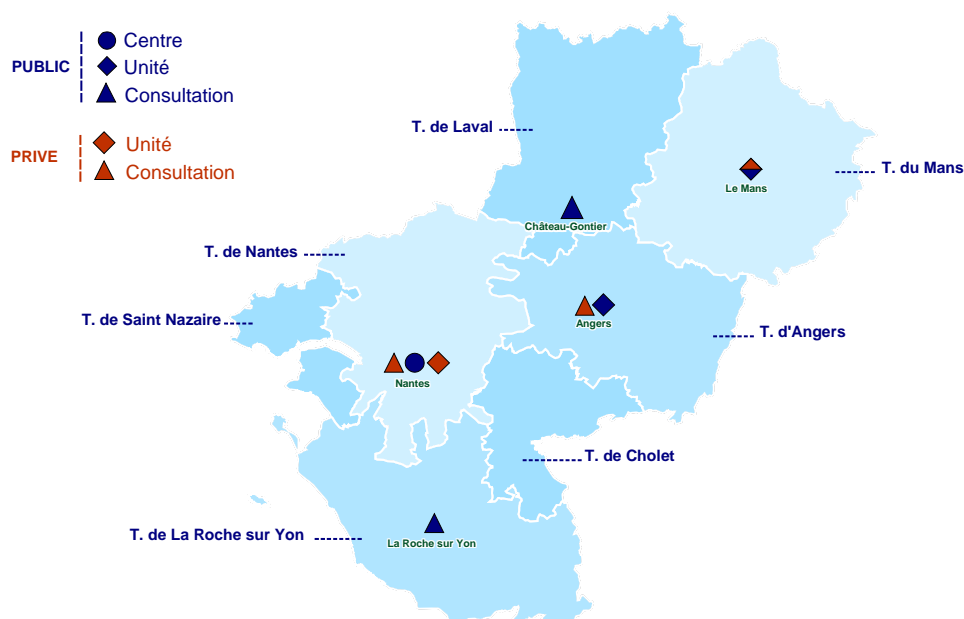
- Le réseau DOLOPL (Réseau régional inter CH de prise en charge de la douleur et des soins de support de l'enfant et de l'adolescent) a initié une procédure d'autorisation et le dossier sera soumis à l'avis du Comité Régional des Réseaux à l'automne 2006.

1.2.2 l'organisation des professionnels en région Pays de la Loire

La grande majorité des professionnels spécialisés dans la prise en charge de la douleur adhèrent au REDO (Réseau Douleur de l'Ouest), association loi de 1901 existant depuis 2000, regroupant des professionnels de Bretagne et Pays de la Loire.

D'autre part, ils appartiennent à la société savante nationale, la SFETD .

1.2.3 Cartographie de l'état des lieux



1.2.4 Au total

Une enquête nationale réalisée en 2004 a montré que 80% des médecins français n'avaient pas reçu de formation adaptée à la prise en charge des patients douloureux (le module transversal « douleur - soins palliatifs » n'a débuté en faculté de médecine qu'en 2001).

Par ailleurs un faible nombre de professionnels sont spécialisés dans la prise en charge de la douleur (algologues) : les forces médicales en présence sont donc

extrêmement faibles dans la région : ainsi, la population estimée concernée par la douleur chronique étant - selon les dernières études européennes - évaluée à 15% de la population, on peut calculer un ratio de 2 ETP de praticiens algologues pour 100 000 patients dans la région (soit un total de 10.5 ETP praticiens). Par comparaison, les pathologies digestives, qui concernent 17% de la population, présentent un ratio de 25 spécialistes médicaux pour 100 000 personnes atteintes.

La prise en charge de la douleur chronique est donc en état d'extrême fragilité dans la région : Elle repose :

- dans les établissements publics sur des équipes très insuffisantes, ne pouvant faire face à l'ensemble des demandes ;
- à Nantes seulement, sur des équipes du privé plus étoffées et donc plus solides

Pourtant, les structures spécifiques constituent le seul lieu de prise en charge adéquat de la douleur chronique, l'aspect pluridisciplinaire étant indispensable pour proposer aux patients le panel complet des traitements possibles.

Personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique juin 2006

	Personnel médical (ETP)	Médecin algologue
PUBLIC		
La Roche/Yon	0.5	3 (0.4 ETP)
Angers	0.25	1 (0.1 ETP)
Nantes	2.8	3 (2 ETP)
Le Mans	1.55	2 (1 ETP)
Château-Gontier	0.9	1 (0.3 ETP)
Total		10 (3.8 ETP)
PRIVE		
Clinique de l'Anjou	0.55	3 (0.55 ETP)
C. C de Sienne	3.2	3 (3 ETP)
C. Brétéché	3.7	3 (2.5 ETP)
CAC Gauducheau	0.4	1 (0.4 ETP)
CMCM Le Mans	0.4	2 (0.4 ETP)
Total		12 (6.85 ETP)

1.3 Démographie des professionnels, modalités et structures de prise en charge chez l'enfant

Il n'y avait au 30 juin 2006 aucune équipe dédiée, prenant en charge la douleur chronique chez l'enfant. Il existe seulement un site de consultation à Nantes à la clinique Brétéché où la pédiatrie représente 6% de l'activité. La consultation du Mans (301 consultations en 2004 dont 77 nouveaux patients) a été supprimée au cours de l'année 2005.

1.4 Activité

Selon l'enquête de la SFETD, on a recensé, en 2006, 15 230 consultations de patients externes dans les structures de prise en charge de la douleur chronique (hors Bellier et consultation migraine) et 3661 nouveaux patients (hors Brétéché).

Ces consultations en Pays de la Loire se répartissent de la façon suivante (hors Bellier et consultations spécialisées : céphalées et cancérologie)

Cancers : 7 %	Neuropathies : 19 %
SRDC : 20 %	Céphalées : 7.5 %
Lombalgies : 16 %	Fibromyalgies et TMS: 23 %
Autres : 7.5 %	

Activité des structures de prise en charge de la douleur chronique Données déclaratives

	Nb de cs patients externes	Nb de cs patients hospitalisés	Nouveaux patients 2005	Etiologies (en %)						
				Cancer	Neuropathie	SDRC	Céphalée	Lombalgie	Fibromyalgie	Autres
PUBLIC										
La Roche/Yon	644	85	516	10	30	10	10	30	10	
Angers	1160	27	214	0	25	10	15	25	25	
Nantes	1408	152	500	1	15	2	12	40	30	
Le Mans	1407	234	240	15	21	8	13	18	20	5
Château-Gontier	767	410	186	5	20	30	5	10	30	
PRIVE										
Clinique de l'Anjou	227	32	94	7	25	25	15	25	3	
C. C de Sienné	4000	800	1646	10	15	20	5	10	20	20
C. Brétéché	4200			5	20	30	5	10	25	5
CAC Gauducheau	794		220	100						
CMCM Le Mans	623	29	45	5	27	25	5	15	23	

2. Problématique - Enjeux

L'état des lieux démontre une carence manifeste en termes de structures de prise en charge et en terme de personnels spécialisés ou dédiés.

Dans le domaine pédiatrique, la situation est particulièrement préoccupante et le problème comporte 2 aspects :

Un aspect quantitatif avec une carence avérée en professionnels spécialisés

Un aspect qualitatif concernant la non prise de conscience de la nécessité de traiter certaines douleurs : la douleur cancéreuse et celle des maladies rares sont relativement bien prises en charge. En revanche, les douleurs bénignes (migraines, douleurs rhumatismales...) et les douleurs des enfants handicapés ne sont pas adressées aux spécialistes pour avis et traitement.

Par ailleurs, il existe un déséquilibre territorial et un déséquilibre entre petits et gros établissements. Enfin, en ce qui concerne les réseaux, l'évaluation du SROS II a fait apparaître la conclusion suivante : "la mise en place de réseaux douleur a été rapide et épuisante pour les professionnels référents dont la motivation apparaît en chute libre"...

- ❖ Dans un tel contexte, l'enjeu majeur est d'abord d'éviter la désagrégation de l'existant c'est-à-dire d'aider les structures en place à se maintenir et à se développer. L'aspect multidisciplinaire indispensable à la prise en charge des douloureux chroniques, ainsi que l'importance quantitative et l'augmentation des demandes nécessitent d'étoffer les équipes en ressources humaines et en compétences.
- ❖ L'impact médico-économique de la douleur chronique nécessite une meilleure efficacité et une meilleure efficience de la prise en charge. La sensibilisation des patients et des médecins, en amont des équipes dédiées, doit permettre d'éviter le passage à la chronicisation grâce à une prise en charge précoce. Les soignants doivent donner la priorité à la réinsertion professionnelle des patients, ceci afin de limiter des arrêts de travail prolongés inutiles et néfastes, la surconsommation médicale (traitements inadéquats et examens complémentaires inutiles) et l'accroissement de l'invalidité. En particulier, les douleurs chroniques bénignes aboutissant souvent à un abus de médications, mal adaptées et inefficaces, génératrices de dépendance (morphiniques forts, benzodiazépines, somnifères)
- ❖ La lutte contre la iatrogénie constitue également une problématique majeure, car elle contribue fortement à la pérennisation de la pathologie et à la désinsertion socioprofessionnelle. Le rôle de l'algologue est souvent l'arrêt de traitements inadéquats.
- ❖ En ce qui concerne le cancer, il faut bien distinguer la problématique de la douleur de celle des soins palliatifs car la douleur existe tout au long de la maladie cancéreuse, y compris chez les patients guéris, et pas seulement en fin de vie. Il est donc indispensable d'individualiser une prise en charge

spécifique de la douleur chez le cancéreux, même si des liens doivent bien sûr être établis entre les différents aspects de la prise en charge de ces patients.

- ❖ D'autre part, en l'état actuel de la nomenclature, il est difficile de motiver les établissements pour qu'ils mettent en œuvre les moyens permettant de répondre aux besoins. Ce point devrait, cependant, évoluer car le plan national d'amélioration de prise en charge de la douleur a permis de valoriser la prise en charge en hospitalisation par la création d'un GHS « douleur chronique rebelle » (Mesure 21). Toutefois pour les patients non hospitalisés, qui sont les plus nombreux, la revalorisation de la consultation d'algologie et de la consultation pluridisciplinaire est en cours de réflexion. Le risque actuel est de voir se multiplier de façon abusive l'utilisation de techniques antalgiques invasives au détriment des protocoles recommandés et validés (référentiels SFETD et ANAES). On est enfin confronté à l'absence de remboursement des thérapeutiques non médicamenteuses.

Livre II

Le SROS s'articule avec le Plan national douleur 2006-2010 qui fixe 4 priorités : prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants et personnes âgées), formation des professionnels, meilleure utilisation des traitements et structuration de la filière de soins. Elles sont déclinées en 10 objectifs et 25 mesures. Certaines concernent le niveau national, d'autres doivent être mises en œuvre par les régions ; ces dernières sont intégrées aux mesures opérationnelles présentées ci-dessous.

Le SROS s'articule également avec le PRSP qui intègre des mesures d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans ses axes « bien naître » et « bien grandir ».

Objectifs et mesures opérationnelles

Les mesures opérationnelles du SROS douleur s'articulent autour de 3 objectifs stratégiques :

- ✓ **Objectif 1 : Prévenir le passage à la chronicité** des patients douloureux grâce au dépistage et au traitement précoce, ce qui passe par la sensibilisation et la formation des professionnels concernés :
Mesures opérationnelles : il s'agit des missions des réseaux de santé et du réseau régional de coordination (REDO), incluant :

- Formation des professionnels au dépistage et à la prise en charge précoce de la douleur, avec une attention particulière portée aux populations vulnérables (enfants et personnes âgées).
- Sensibilisation des patients, des familles et des soignants ; travail de fond sur un changement de mentalité face à la douleur chronique pour qu'elles soit prise en charge de façon adaptée : information et plan de communication.
- Diffusion de tous les documents, outils et recommandations de bonne pratique élaborées par l' HAS, la SEFTD ou autres sociétés savantes.

Afin de mener à bien ces missions, il est recommandé que le REDO se constitue en réseau de santé au titre des décrets des 25 octobre et 17 décembre 2002.

- ✓ **Objectif 2 : Optimiser l'accès aux soins des patients** douloureux chroniques : il faut pour cela développer l'existant et créer des structures là où elles font défaut

Mesures opérationnelles :

- Mise en place d'une structure pluridisciplinaire par territoire de recours
- Renforcement des structures existantes ;
- Mise en place de 3 consultations pluridisciplinaires d'algologie pédiatrique dans la région ;
- Présence d'un médecin algologue pédiatrique 1 journée par semaine dans chaque territoire de recours ;
- Identification ou création d'une équipe mobile interne et externe par territoire de recours, intégrée au réseau douleur lorsqu'il existe;

- ✓ **Objectif 3 : Coordonner les prises en charge** par la mise en œuvre de filières de soins.

Cette coordination doit permettre aussi un repérage des patients pour une orientation adéquate et une amélioration de la réactivité des réseaux

Mesures opérationnelles : Renforcement des réseaux : il convient que toutes les structures soient intégrées dans un réseau.

- Identification des personnes ressources accessibles aux professionnels de santé
- Organisation de la collaboration entre réseaux douleur et réseaux de spécialité : il faut favoriser la communication pour diffuser

l'information et élaborer des protocoles partagés de prise en charge : rôle du REDO et des réseaux de soins.

- Identification d'un correspondant régional assurant notamment le lien entre la région et les instances nationales.

ANNEXE

Territoire régional

		Implantations
Douleur	Réseau douleur	1 réseau régional de coordination (REDO)
	Structures de prise en charge niveau 3 (centre)	1 site : Nantes (1)
	Consultation pluridisciplinaire algologie pédiatrique	3 sites : Nantes (1) Angers (1) Le Mans (1)

Territoires de recours

		Implantations
Douleur	Structures pluridisciplinaires	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)
	Equipe mobile interne et externe	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)
	Consultation de médecin algologie pédiatrique 1 j/semaine	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)