**Douleur du cancer groupe SFETD**

Réunion du 6 juin 2018

**Excusés :** Ivan Krakowski, Thierry Delorme, laurent Labreze, Denis Dupoiron, Caroline Maindet, C Minello, Christine Villate, G Allano, H Rousselot, G Le breton, A Lemaire, virginie Guastela

**Présents**

Romain chiquet : medecin ½ temps SP à lille DESC douleur + cs douleur chronique

Gladys fontaine : USP creil senlis et douleur (mail méthadone)

YM Pluchon : Vendée Consultation douleur la roche sur yon

Sophie laurent : CETd GR paris

BRIGITTE George St louis Paris

Denis Baylot douleur CLB LYON

Evelyne Renault Tessier consultation douleur cancer et EMASP Curie

Bich Dang Vu hôpital Foch medecin douleur et SP

Florence tiberghien : aix les bains H reine hortense rhumato-douleur / CA de la SFETD

Claire delorme : medecin douleur CETD bayeux support CLCC baclesse / a travaillé à l’INCA

Franck le Caer CLCC baclesse Normandie

Elisabeth collin : cetd et soins de support avicennes et SFETD

Sylvie rostaing / Avignon Douleur commission tarification de la SFETD

Philippe poulain SORs AFSOS

Gisele pickering CA SFETD Clermont Ferrand

**Ordre du jour**

1. Parcours de soins du patient atteint d’une douleur du cancer : Sophie LAURENT
2. Ouverture de la commission aux Psy et IDE( isabelle Luczah IDE gustave Roussy)
3. Programme des 3 congrès : GEMO, SFETD, Journée thématique du 21 septembre
4. Nomination d’un secrétaire et d’un responsable de la commission pour travailler à 2
5. Election prochain CA
6. 14 heures : Thierry Delorme : Résultats des data de l’enquête INCA de 2010 non publié 30 minutes
7. Enquête idem celle de l’INCA à renouveler 10 ans après ?
8. Opioconvert : Philipe Poulain
9. Recommandations Thérapie intrathecale : Sylvie Rostaing
10. Methadone Gladys fontaine ( lettre)

**Parcours de soins** : Sophie Laurent

Guide de recommandation des bonnes pratiques : demande de Mr le moal

L’idée est de décrire le parcours de soin d’un patient atteint d’une douleur du cancer au sein de n’importe quelle structure douleur

Présentation par Sophie LAURENT d’un parcours de soin sous forme d un diagramme

Grande discussion autour de la place des MG , des oncologues, des IDE (développer les pratiques avancées infirmières)

L’idée est de redéfinir la place des prises en charge de la douleur cancéreuse dans les Structures douleur: place de l’IDE , notion de réactivité, de dépistage, d’évaluation,

Mais aussi d’un nombre de cs plus important que pour les autres patients et les ressources régionales pour les techniques spécifiques

Longue discussion

Sophie ecrit un texte et le soumet au groupe

2 pages suffisent

**L idée est de ne pas oublier la douleur du cancer dans ce guide de recommandations de bonne pratique**

**Ouverture commission psy et IDE**

IDE : Oui une du groupe unicancer et une du GHPSO senlis

Psycho : florence barrueil, afsos ?

Candidature Sophie Laurent comme **secrétaire** de la commission OK à l’unanimité

**Election CA** Denis Baylot et Sylvie Rostaing ont envoyé leur candidature

**Programme des trois congrès**

**21 septembre** OK inviter Julie IDE Avec Sophie laurent ?

**SFETD** jeudi 15 novembre **Lille** 8h 9H

Bases rationnelles du changement d'opioïdes ou de voie d’administration :

Dr Thierry Delorme, ICO, Angers

Présentation de l'application OPIOCONVERT Nathalie Michenot, Equipe Mobile d'Accompagnement, CH de Versailles, Le Chesnay

11h00- 12hNeurochirurgie de la douleur

Modérateurs Gladys Fontaine Antoine Lemaire

Cas Cliniques - Douleurs cancéreuses rebelles :

2 exemples de situations réfractaires aux traitements de première intention Romain CHIQUET(Lille)

Neurochirurgie et Douleurs cancéreuses – Etat des lieux et perspectives

Anne BALOSSIER (Marseille)

**GEMO** : 23 novembre à Paris

Place des opioïdes : actualisation référentiels AFSOS et SOR 2018  P. Poulain

Innovations médicamenteuses et non médicamenteuses : anti NGF... I. Krakowski

Hypnoanalgésie : Romain Chiquet

**Présentation enquête INCA 2010 Thierry Delorme**

Cout 150000 euros enquete BVA

Questionnaire 2010 Etat des lieux de la PEC de la douleur du cancer

INCA 2008 et 2010, donc vérifier les données préexistantes

Idée de vérifier le PMI

Et être large sur douleur

Tirage au sort INCA a partir des structures labellisée cancer

Médecins cancérologues étaient désignés, pouvaient refuser.

1500 patients en 2 mois

Plutôt bons retours et peu de refus

Phase de traitement du cancer

Peu de patients sur douleur persistante

Il y avait 53% de patients douloureux dont certains bien contrôlées, chiffres identiques de la littérature

Origine de la douleur

Caractéristiques temporelles, douleur plutôt stable

Intensité bien recueillie donc fiable

Retentissement pas exactement le BPI mais simplification avec 5 items et 4 niveaux pour chacun

Intensité et retentissement : stratification en sévérité pour 94% des patients

Puis severité A : toujours au moins 6/10

Groupe B : habituelle >5/10 et sommeil perturbe ou activité perturbée

C : le reste… intensités modérées, impact

D : soulagés comme E mais gènes a la maison, mais sommeil conservé

E : douleur de fond soulagée <4, peu gênés dans l’activité et la marche, et max 4 crises douloureuses = douleur contrôlée par définition, et la plus forte max 5/10

Analyse par regroupement des familles :

Severes a fortes type A+B

Douleur impactant très peu le quotidien type E

Question sur intervenant : OK

Objectif principal = PMI 63% ont PMI négatif pour cancer avancé, la ou la stratégie OMS s’applique

Problématique : pas le retentissement et pas trop exact pour douleur neuropathique

291 patients en cancer avance et pas de douleur neuropathique

1/3 bien traités, 1/3 sous traités, 1/3 non traité

Toutes intensités confondues 15% sont bien soulagés

Suivi de la prescription : 68% des patients tout confondus, cause possible ESI ou peur surdosage

Douleur neuropathique : a partir du DN4 abrégé et dans une région du corps précise :

DN possible : DN3 + topographie + au premier plan

DN a traiter= DN possible + groupe A B et C

Cancer avancé 44%

Cancer avancé et diagnostic de DN ; 57% n’ont pas de traitement de DN

Crises douloureuses : 25% + de 4 crises par jour

426 patients / intensité moyenne 7,7, et 21% pas de traitement de crises

Etude de François et louis : patients hospitalisés, là que des patients ambulatoire

Enquêteurs = enquêteurs BVA, briefés

**Au total après cette présentation : Décision de refaire une enquête**

**trouver un budget : INCA ( Denis Dupoiron) ligue, société savante**

**La SFETD peut être partenaire (accord serge Perrot et du CA)**

**Fondation de France, Apicil (Frederic Aubrun OK)**

**Elargir l’enquête aux personnes âgées et aux enfants**

**Un groupe se constitue autour de Claire Delorme avec révision du questionnaire**

**Membre du groupe : Claire Delorme Thierry Delorme Sylvie Rostaing Gisele Pickering**

**Elisabeth Collin Bich Dang Brigitte George Christine Villatte**

**Opioconvert P Poulain**

Objectif : éviter des risques de mauvaise conversion en raison de coefficient de conversion entre opioïdes étudiés en aigu chez l’animal et non en chroniques chez l’homme, donc revue de littérature, coef de conversion très différents d’un pays à l’autre, mo- ox 1 :1 à 1 :2

Groupe SFETD AFSOS et SFAP ; PEU DE CHOSES, et pas de bonne qualité. Donc pb de conversions dans petites doses et grandes doses

Donc idée : viser la sécurité, et le patient s’auto équilibre, avec ratios en fourchette basse, et re titrer

Déduction des coefficients, et pas de ratio bidirectionnel

Donc décision d’application

Donne une indication au médecin qui connait le patient et a choisi son traitement

Application testée en version beta sauf Apple Test sur androïde OK

Deuxième fiche sur impression générale

Bugs ?

Limitation des doses et alerte état général insuffisance hépatique et rénale

Test en cours avec fiches : 9 retours

Relu par le conseil scientifique de la SFAP

Financement Les 3 sociétés savantes

Remarque Sophie Laurent : Alerte au-delà de 1 gramme de morphine nécessaire

**Au total / continuer à tester et envoyer les fiches**

**Recommandation thérapie intrathécale** (s rostaing)

Description des activités en HDJ dans le cadre du livre recommandation de bonne pratique de la SFETD : Importance de préciser l’intrathécale pour expliquer aux tutelles qu’il ne s’agit pas d’une activité « externe » pure.

Pb : ceux qui posent et ceux qui remplissent

Questions des astreintes, urgences, continuité des soins

Denis nous explique le projet Rhône Alpes Idée d’une équipe mobile régionale pour aider les équipes qui débutent, d’une RCP, d’un DMP régional, Partage d’astreinte

Pb plus que la pose de la pompe est le suivi et adaptation des traitements

Idée d’une plateforme de l’ARS pour centraliser les données avec DMP

Parler sécurité des préparations, mettre la pharmacie dans la boucle

Cahier des charges sur l’organisation pratique à décliner ensuite par région

PHRC refusé sur qualité de vie et intrathécale marie Pechard resoumis à unicancer

Objectifs élaboration de nouvelles recommandations pratico pratiques avec indications CI,

Donc réunir tous les gens qui font de l’intrathécale

Demander aux collègues très impliqués dans la thérapeutique leur expertise ( bordeaux toulouse, angers, saint etienne , lyon ECT…) et les neurochirurgiens

Faire la biblio ( cf article transmis par Gilles allano)

Philippe Poulain nous informe que l HAS sollicite les 3 sociétés savantes pour élaborer de nouvelles recommandations : « Prise en charge médicamenteuse en fin de vie - De l'antalgie en situation palliative avancée à la sédation profonde et continue »

La SFETD n’ayant pas été sollicité, Serge Perrot a envoyé un mail à l HAS le lendemain réponse rapide de l’HAS qui avait envoyé la demande à un inconnu de la SFETD !

Appel à candidature dans le groupe OK

Faire l’état des lieux en France de cette ressource thérapeutique est difficile

**Méthadone**: A la suite des difficultés rencontrées par Gladys avec la delivrance de la méthadone par son pharmacien hospitalier : AMM – relancer le laboratoire fabriqué par recordati en italie

P poulain : depuis 2 ans dossier déposé en commission au niveau de l’extension d’AMM car AMM européenne existe. Trois versions, AR entre

Au début difficulté car choisir entre deux modes de rotation, puis alternative, puis pb d’impureté, et questions là-dessus. Questions font que ça retarde.

Ont répondu en juin 2017. LRAR du labo a l’agence (car pas de réponse a 6 mois). Donc ont répondu. Puis réunion téléphonique avec l’agence, et les experts n’étaient pas là. Nouveau rendez-vous en juillet. Frein de la commission des stupéfiants ?

Courrier pour l’ANSM accord, dépôt suite à l’étude nationale, où en est-on car important pour les malades, difficultés actuelles de délivrance ? Ivan afsos sfetd et sfap au niveau des comités scientifiques

Question : demander aux sociétés d’addictologie ?

Question de la pharmacie de ville ? négocié en rétrocession hospitalière en 2010, donc légitime de refuser la pharmacie de ville.

Question de délivrance en ville par protocole de soins ??

Question de menace de non-assistance à personne en danger ?

Hors AMM levé par les recommandations de l’agence, avec mention rétrocession et là refus de rétrocession hospitalière.

Limite du 40mg, et voudrait dose limite.

**Au total Gladys et Sophie écrivent une lettre pour relancer la demande d AMM ( CF ci jointe)**

Prochaine réunion du groupe novembre à la SFETD