

# Parcours et modèles de soins : quelle approche optimale pour la douleur du cancer ?

**Dr Antoine Lemaire**

Equipe Mobile de Soins de Support & Palliatifs  
Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur  
Centre Hospitalier de Valenciennes  
[Lemaire-a@ch-valenciennes.fr](mailto:Lemaire-a@ch-valenciennes.fr)

*Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :*

*Boards d'experts : Grunenthal, Ethypharm*

*Formation médicale : Grunenthal, Ethypharm, Bouchara  
Recordati, Kyowa Kirin, Merz*

*Enseignement : IGR, Curie, Université Catholique de  
Lille, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

# Objectifs pédagogiques : optimiser les parcours de soins dans la douleur du cancer

- **Introduction**
- **Focus sur les modèles de soin de support & palliatifs**
- **Focus sur la douleur du cancer**

# Introduction

# Douleur et cancer : de nombreuses recommandations récentes ou à venir



## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie

Méthode Recommandations pour la pratique clinique



## ARGUMENTAIRE

Bon usage des antalgiques opioïdes et prévention et prise en charge du mésusage, du trouble de l'usage et des surdoses d'opioïdes

## WHO GUIDELINES FOR THE PHARMACOLOGICAL AND RADIOTHERAPEUTIC MANAGEMENT OF CANCER PAIN IN ADULTS AND ADOLESCENTS



World Health Organization

Received: 20 June 2018 | Revised: 26 September 2018 | Accepted: 23 November 2018  
DOI: 10.1002/ejp.1346

REVIEW ARTICLE



## Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain

Michael I. Bennett<sup>1\*</sup> | Elon Eisenberg<sup>2\*</sup> | Sam H. Ahmedzai<sup>3</sup> | Arun Bhaskar<sup>4</sup> | Tony O'Brien<sup>5,6,7</sup> | Sebastiano Mercadante<sup>8</sup> | Nevenka Krčevski Škvarč<sup>9</sup> | Kris Vissers<sup>10</sup> | Stefan Wirz<sup>11</sup> | Chris Wells<sup>12</sup> | Bart Morlion<sup>13</sup>



## CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines<sup>†</sup>

M. Fallon<sup>1</sup>, R. Giusti<sup>2</sup>, F. Aielli<sup>3</sup>, P. Hoskin<sup>4</sup>, R. Rolke<sup>5</sup>, M. Sharma<sup>6</sup> & C. I. Ripamonti<sup>7</sup>, on behalf of the ESMO Guidelines Committee\*

Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv149–iv174, 2018  
doi:10.1093/annonc/mdy152



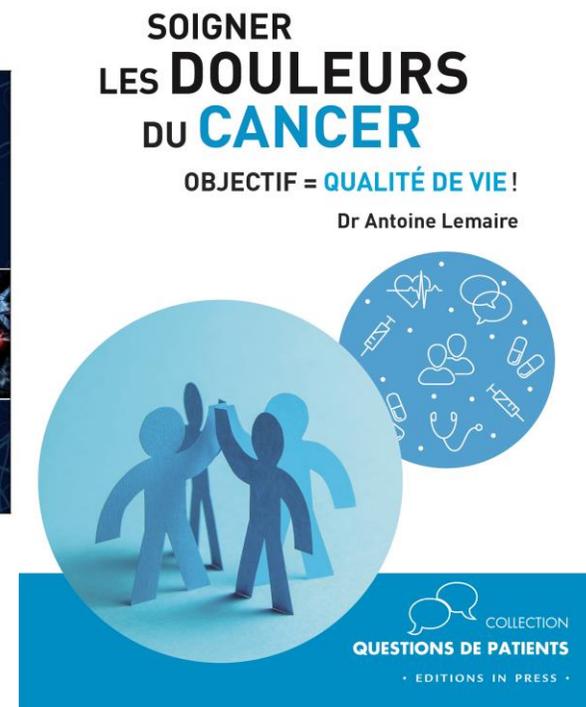
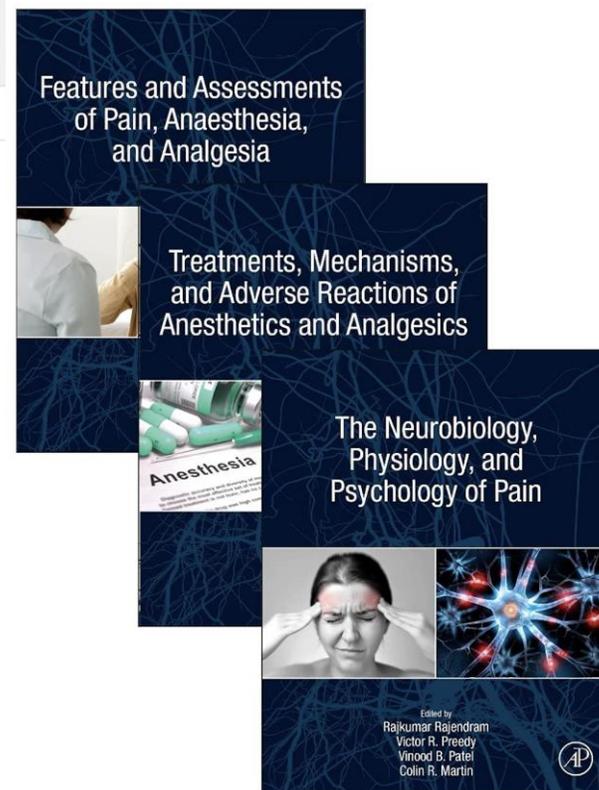
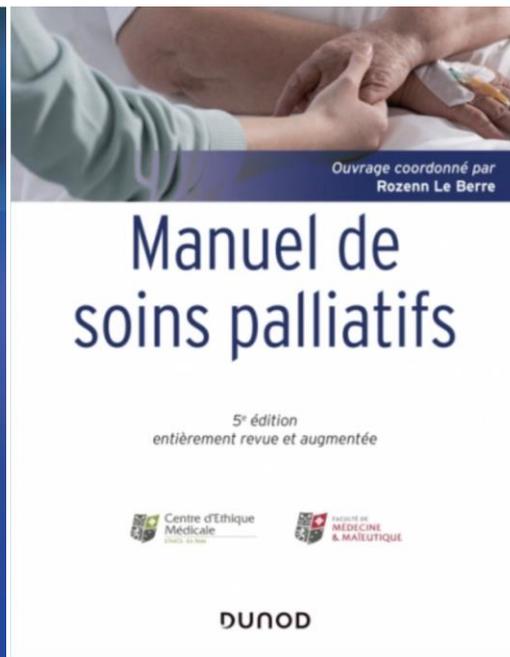
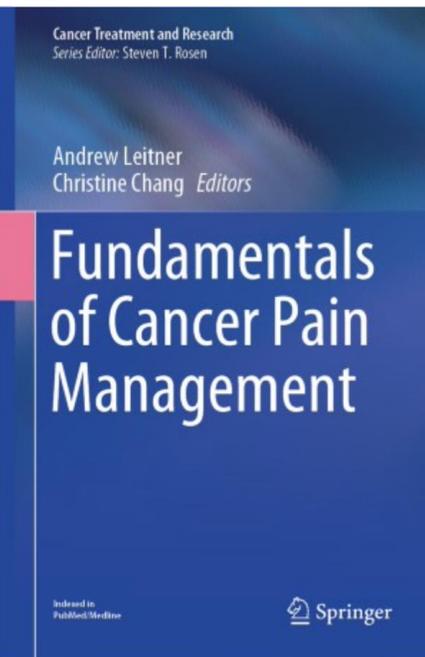
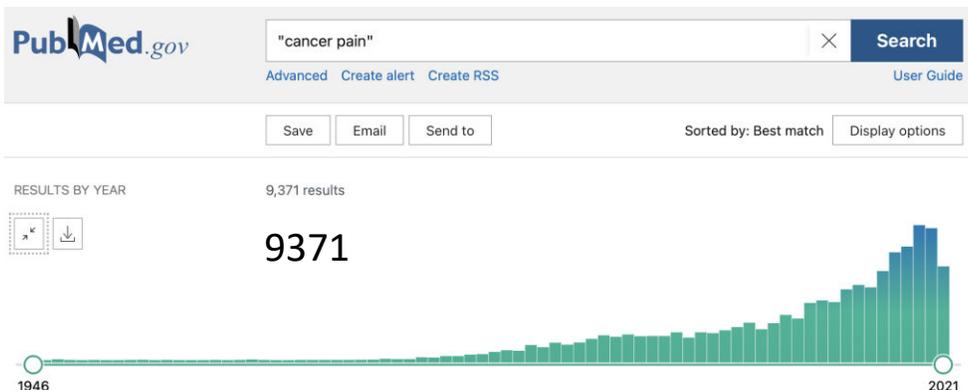
OPIOCONVERT

L'application est éditée par les trois sociétés savantes :



Year	Count
2021	559
2020	787
2019	805
2018	677
2017	643
2016	531
2015	434
2014	448
2013	422
2012	346
2011	356
2010	341
2009	248
2008	270
2007	220
2006	184
2005	223
2004	197
2003	178
2002	161
2001	166
2000	134
1999	166
1998	144
1997	144
1996	143
1995	153
1994	139
1993	148
1992	127
1991	105
1990	92

# Douleur et cancer : une littérature scientifique récente importante



# Douleur et cancer : une organisation des soins spécialisée structurée en France

- **Structures douleur chronique** : Instruction n°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Pathologies douloureuses à prendre en charge :
  - **Douleurs séquellaires du cancer**
  - **Douleur et cancer évolutif\* (*\*Demande de consultation à traiter en urgence*)**
- **Soins oncologiques de support** :
  - Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support. INCa, Rapport d'expertise en réponse à la Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 + Référentiel organisationnel national des soins oncologiques de support. Rapport d'expertise, INCa 2021
  - Plans Cancer
  - Financement des établissements autorisés à traiter le cancer via la MIG « Actions de Qualité transversale des pratiques de soins en Cancérologie et dispositif d'annonce ». Destination : coordination de ressources principalement
- **Soins palliatifs** : structuration historique (EMSP, LISP, USP) et nombreux plans nationaux

# En France : le panier de soins de support (2015)

## Le socle de base, constitué de 4 soins de support :

- la prise en charge de la **douleur**
- la prise en charge diététique et nutritionnelle
- la prise en charge psychologique
- la prise en charge sociale, familiale et professionnelle

*Dès le diagnostic de cancer  
Tout au long de la maladie*

## Les 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie :

- l'activité physique
- les conseils d'hygiène de vie
- le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
- le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- la prise en charge des troubles de la sexualité
- **l'hypnoanalgésie**
- **l'analgésie intrathécale**

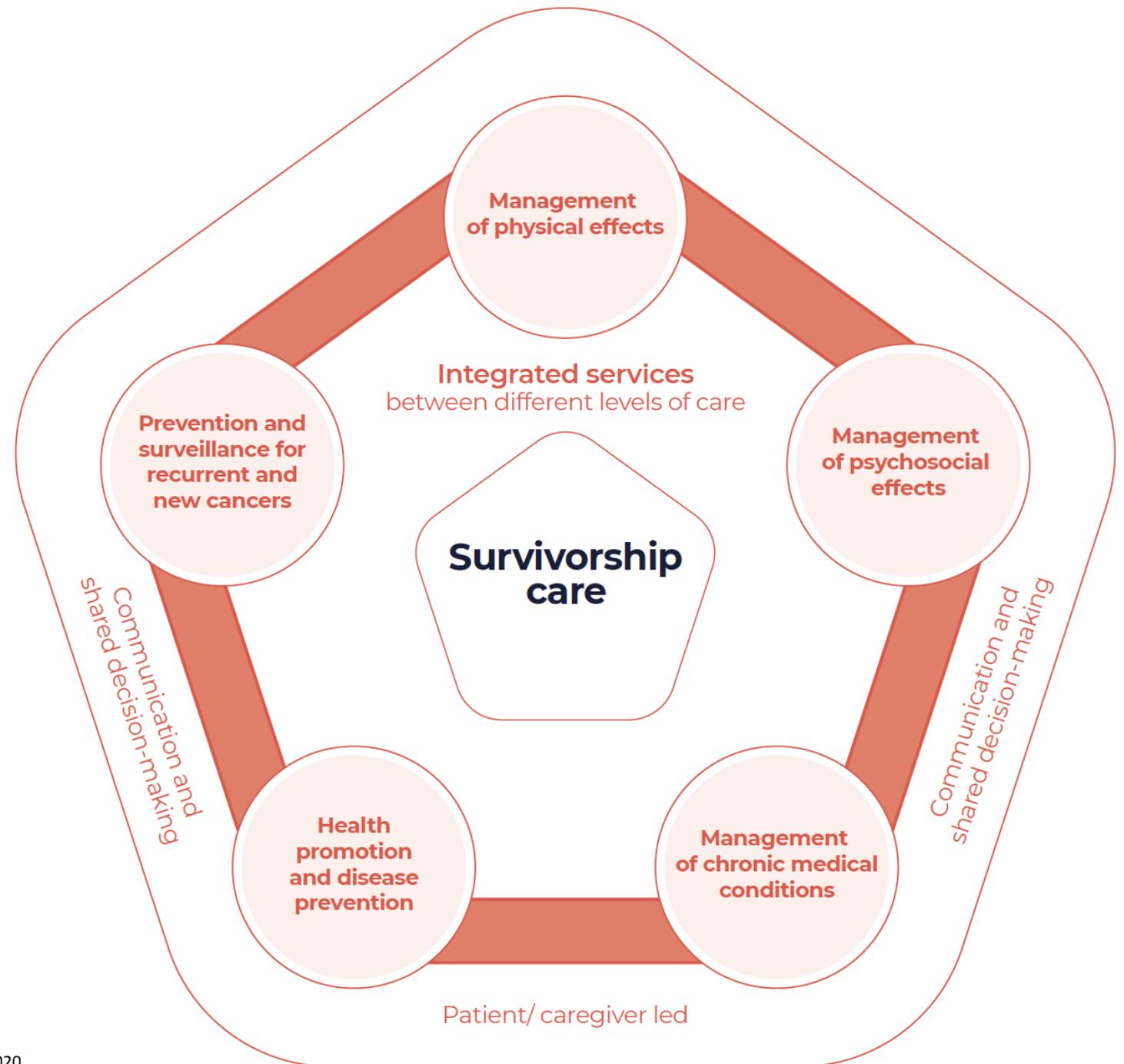


CENTRE HOSPITALIER  
DE VALENCIENNES

# Classification OMS

- Supportive care during treatment
- Survivor care after treatment
- Palliative care

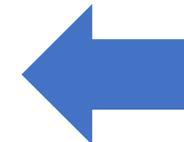
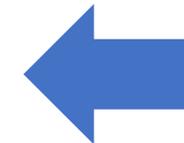
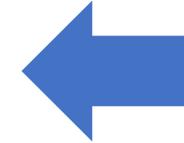
*Douleur potentiellement présente à tout moment du parcours de soin*



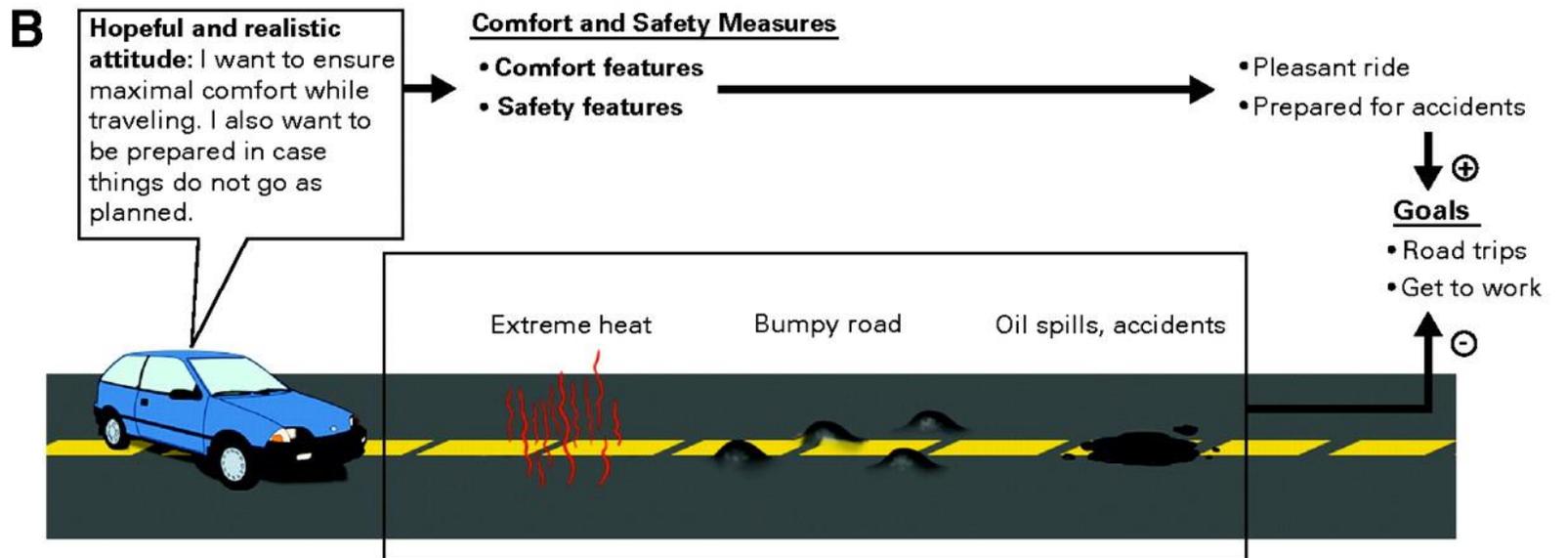
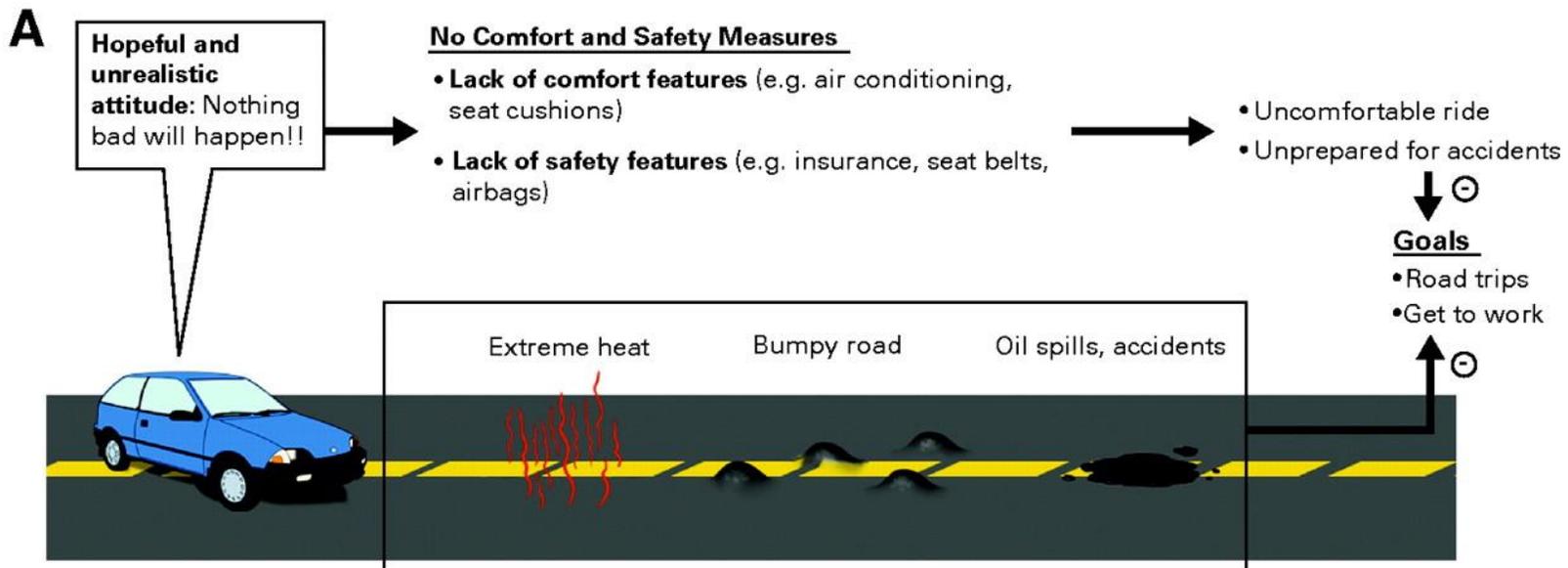
## Et pourtant une épidémiologie interpellante...

- **Prévalence des douleurs** : 33% après traitement curatif, 59% sous traitement du cancer, et 64% en situation palliative
- En raison des progrès des traitements, et de l'augmentation de la durée de survie, **le nombre de patients douloureux augmente**, toutes causes confondues
- ---> *Problématique des douleurs du cancer oligométastatique chronique*
- 5 à 10% des patients survivants ont des **douleurs chroniques sévères**
- Selon les études, traitements antalgiques **inadéquats** dans 56 à 82% des cas, tous stades confondus
- Dans 1/3 : traitement antalgique **insuffisant** reporté à l'intensité de la douleur
- Les patient atteints d'un cancer ont une médiane de **8 à 12 symptômes**, la plupart sous-diagnostiqués et sous-traités

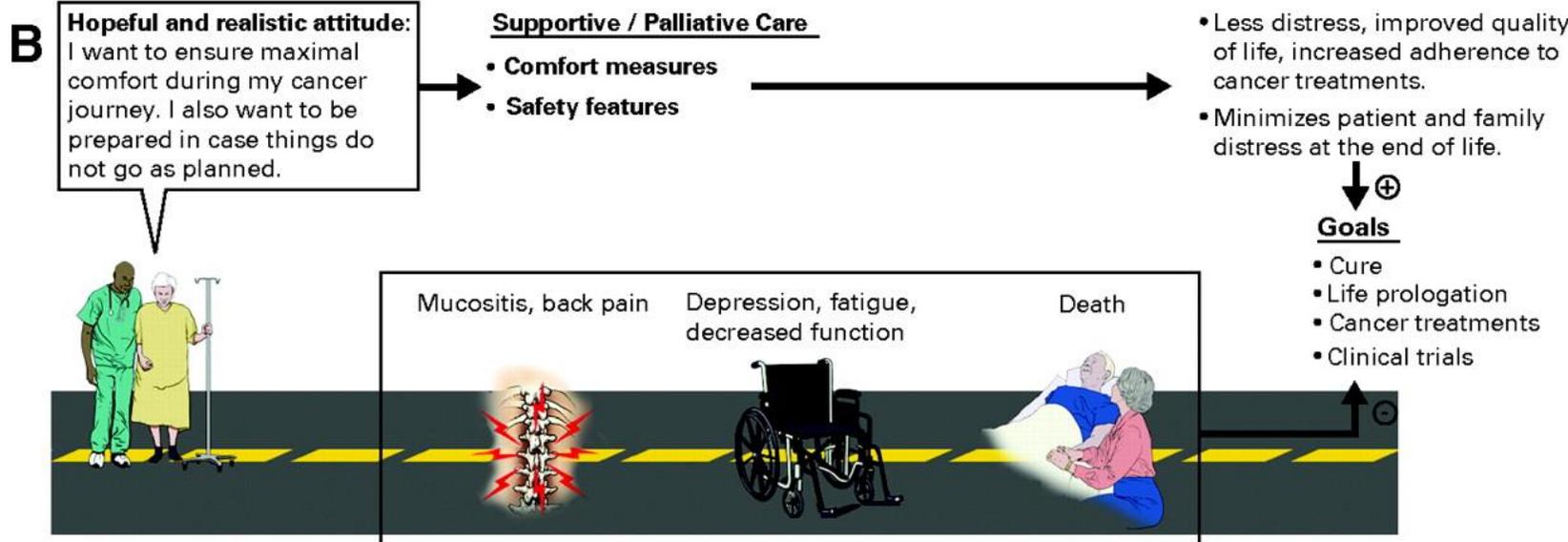
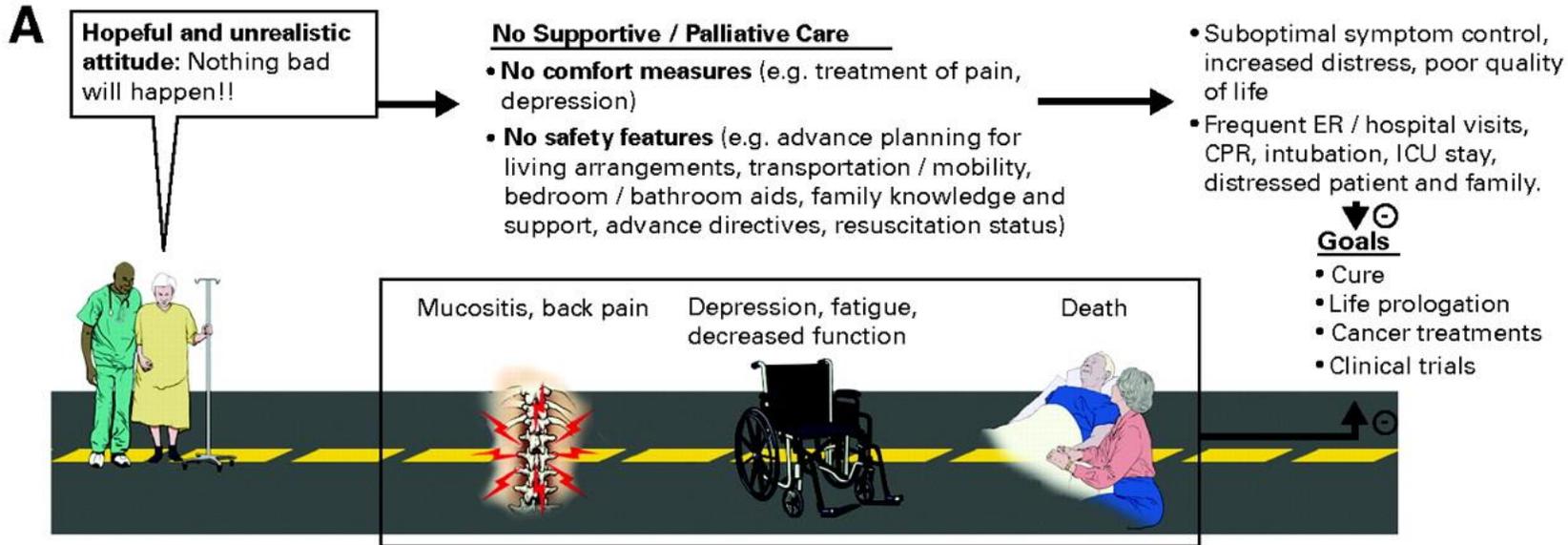
- Retard/non accès/non visibilité de l'expertise interdisciplinaire spécialisée
- Insuffisance de formation des professionnels de santé
- Parcours de soins patients inadéquats – médecine morcelée
- Perte(s) de chance...
- Inadéquation des moyens financiers et structurels?



# Focus sur les modèles de soin de support & palliatifs



# La philosophie des soins de support & palliatifs



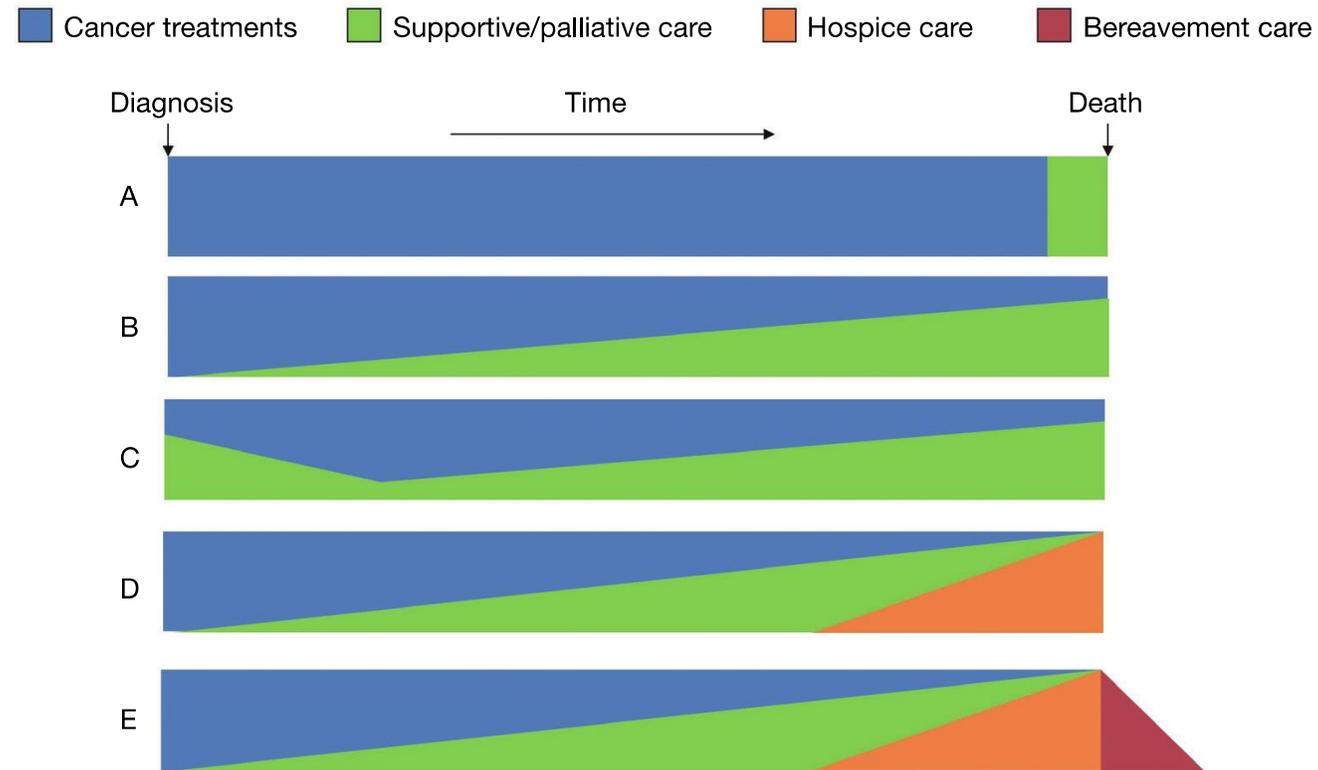
# La philosophie des soins de support & palliatifs

# Diagnostic de cancer ou d'évolutivité?

- La plupart des essais cliniques concernent les soins palliatifs précoces, dans un contexte **de diagnostic d'évolutivité**
- Quid d'une introduction opportune des soins de support interdisciplinaires dès le **diagnostic du cancer**? Donc de ressources ajustées aux problématiques des patients dès le diagnostic, y compris pour des cancers qui seront guéris
- Ce qui implique un **continuum** : *les soins palliatifs font partie des soins de support*



# Modèles intégrés de soins de support/palliatifs en oncologie : modèle basé sur le temps



**Figure 1** Time based model. (A) Palliative care is introduced only when no more treatments are possible; (B) palliative care is introduced from time of diagnosis and increases its involvement over time; (C) the level of palliative care involvement fluctuates over time; (D) in addition to palliative care, this model includes hospice care introduced in the last months/weeks of life; (E) bereavement care is added.



# Modèles intégrés de soins de support/palliatifs en oncologie : Modèle pallicentrique

## Modèle structurel français :

- Soins primaires
- LISP
- USP
- + EMSP

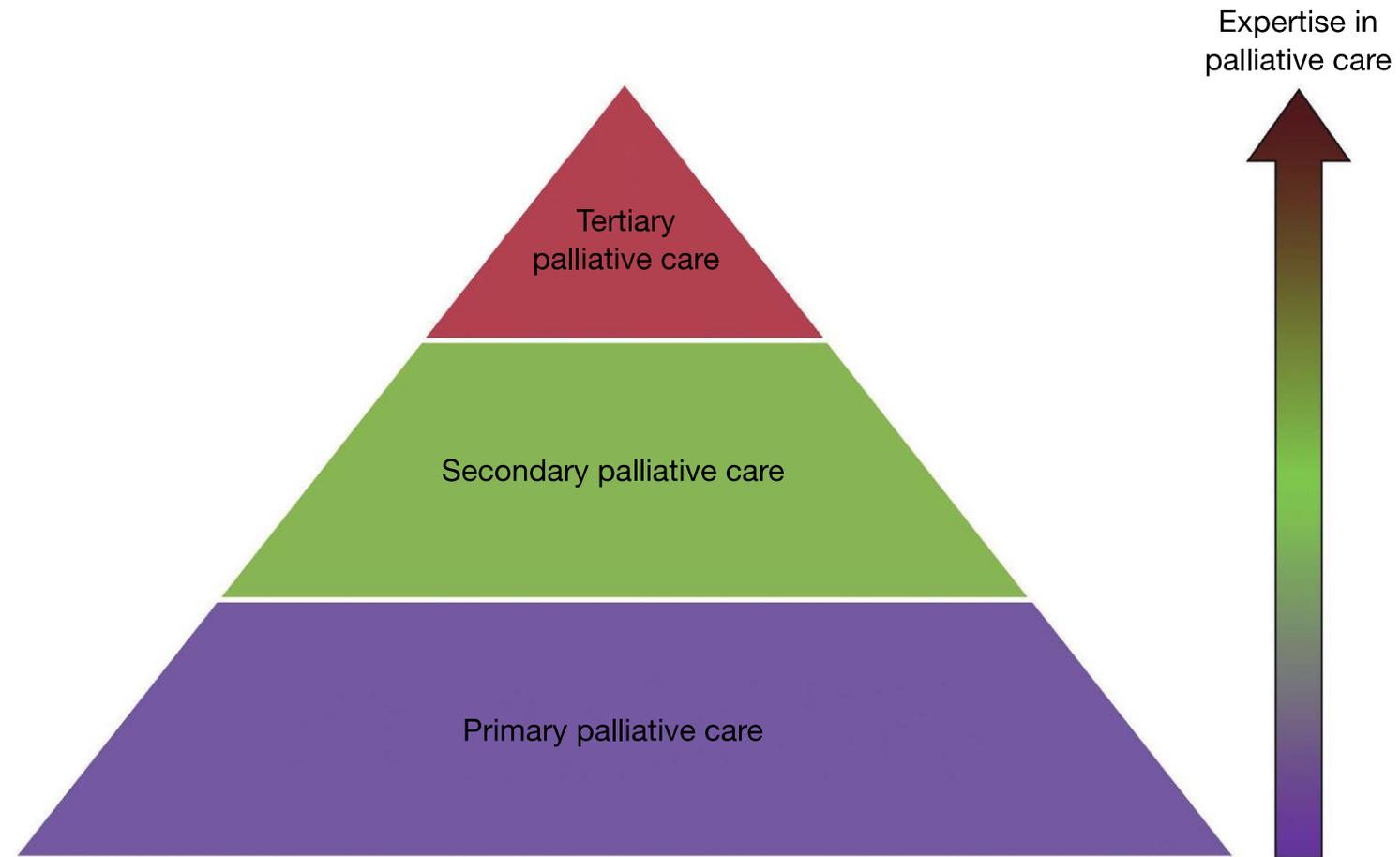
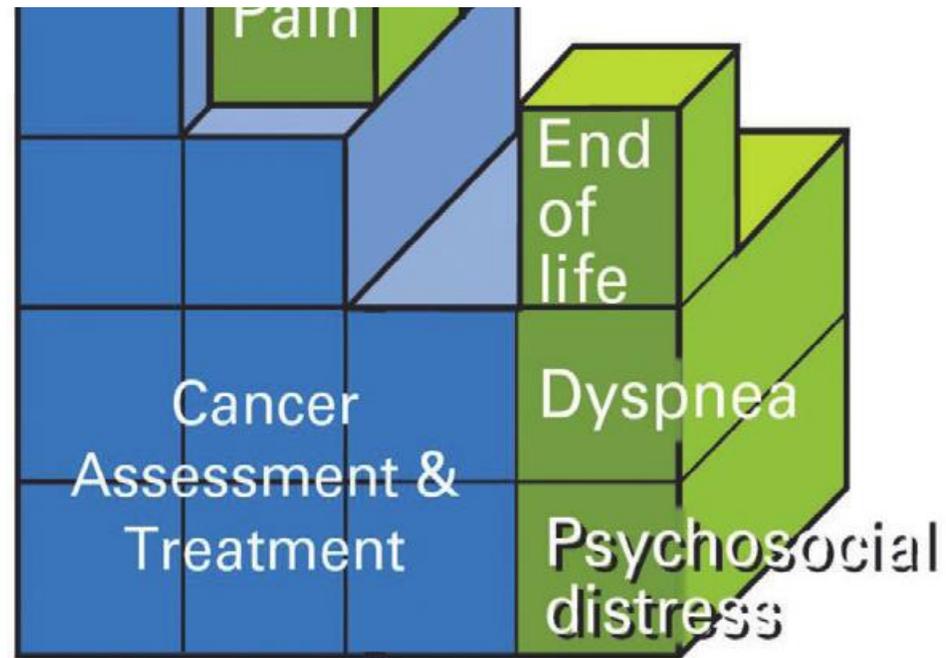


Figure 2 Provider-based model. Primary, secondary and tertiary palliative care.



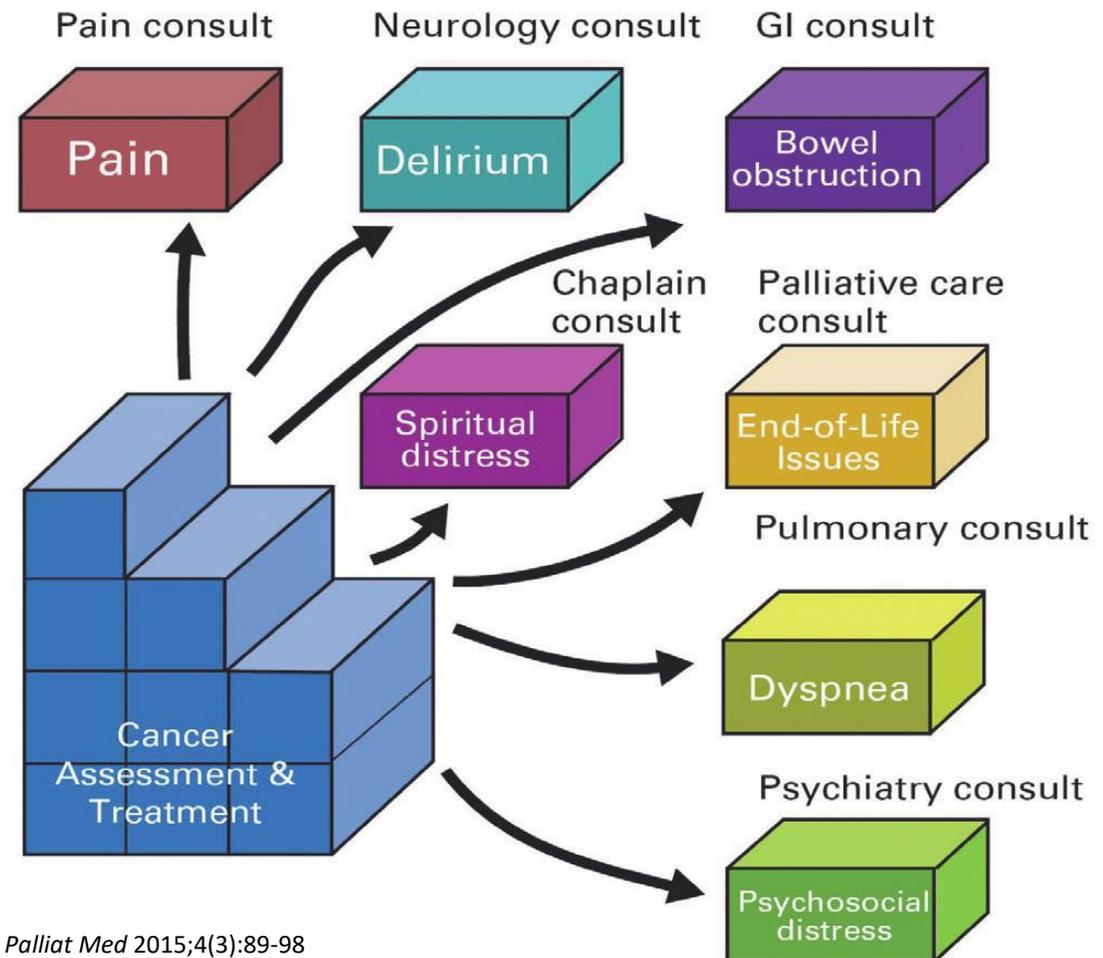
# Modèles intégrés de soins de support/palliatifs en oncologie : Pratique individuelle



C

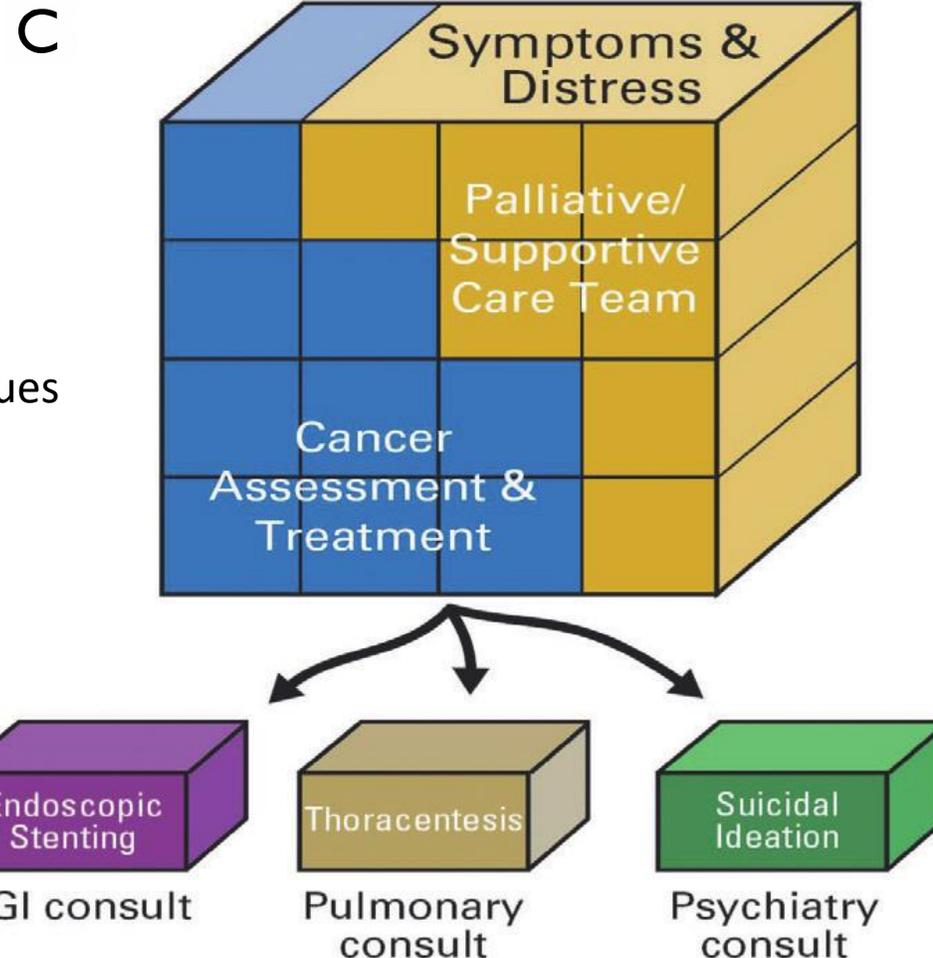


# Modèles intégrés de soins de support/palliatifs en oncologie : Approche collective



# Modèles intégrés de soins de support/palliatifs en oncologie : Approche intégrative

Intégration des spécialistes de soins de support dans les services d'oncologie.  
Modèle ayant démontré un plus grand adressage et une économie de temps de 170 min/jour aux oncologues





# Illustration de l'oncologie intégrative/intégrée

Berman R, Davies A, Cooksley T, Gralla R, Carter L, Darlington E, Scotté F, Higham C. Supportive Care: An Indispensable Component of Modern Oncology. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2020 Nov;32(11):781-788. doi: 10.1016/j.clon.2020.07.020. Epub 2020 Aug 16. PMID: 32814649; PMCID: PMC7428722.

# L'avènement des soins palliatifs précoces : depuis 2010, surtout en cancérologie

- Etude considérée comme fondatrice du « **early palliative care** » : Temel et al. : **2010**
- **Depuis « explosion » des essais cliniques avec selon les études, un impact démontré dans la sphère oncologique sur :**
  - Satisfaction patient
  - Rédaction de directives anticipées
  - Diminution des hospitalisations
  - Réduction des coûts de santé
  - Augmentation du niveau de soins de fin de vie à domicile
  - Survie globale
  - Qualité de vie
  - Les évènements des aidants
  - Incidence des dépressions et des symptômes réfractaires





# Les besoins multidimensionnels en soins palliatifs

- Nombreux besoins
- Interconnectés les uns aux autres

→ *Nécessité d'évaluations et d'interventions multidimensionnelles par des équipes interdisciplinaires*

Prognosis/illness understanding  
Treatment risks and benefits  
Advance care plans  
Home care



Pain  
Fatigue  
Dyspnea  
Anorexia-cachexia  
Nausea  
Delirium  
Function

Anxiety  
Depression  
Coping  
Denial  
Adjustment disorder

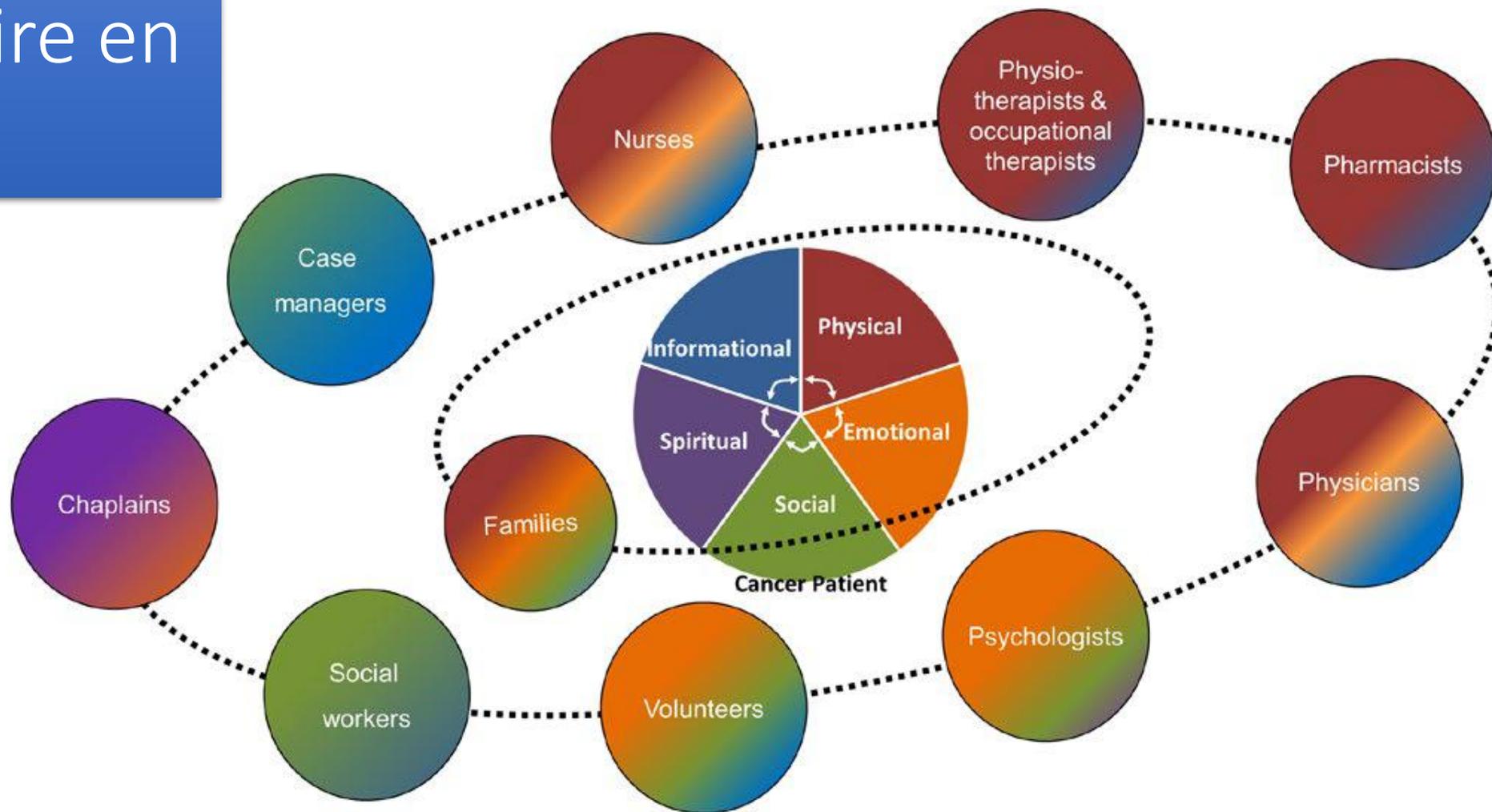
Family caregivers  
Relationships  
Living situation  
Financial issues

Hope  
Meaning  
Dignity  
Faith & religion



# L'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs

→ *Ajustements des  
interventions des  
ressources en fonction  
des besoins*





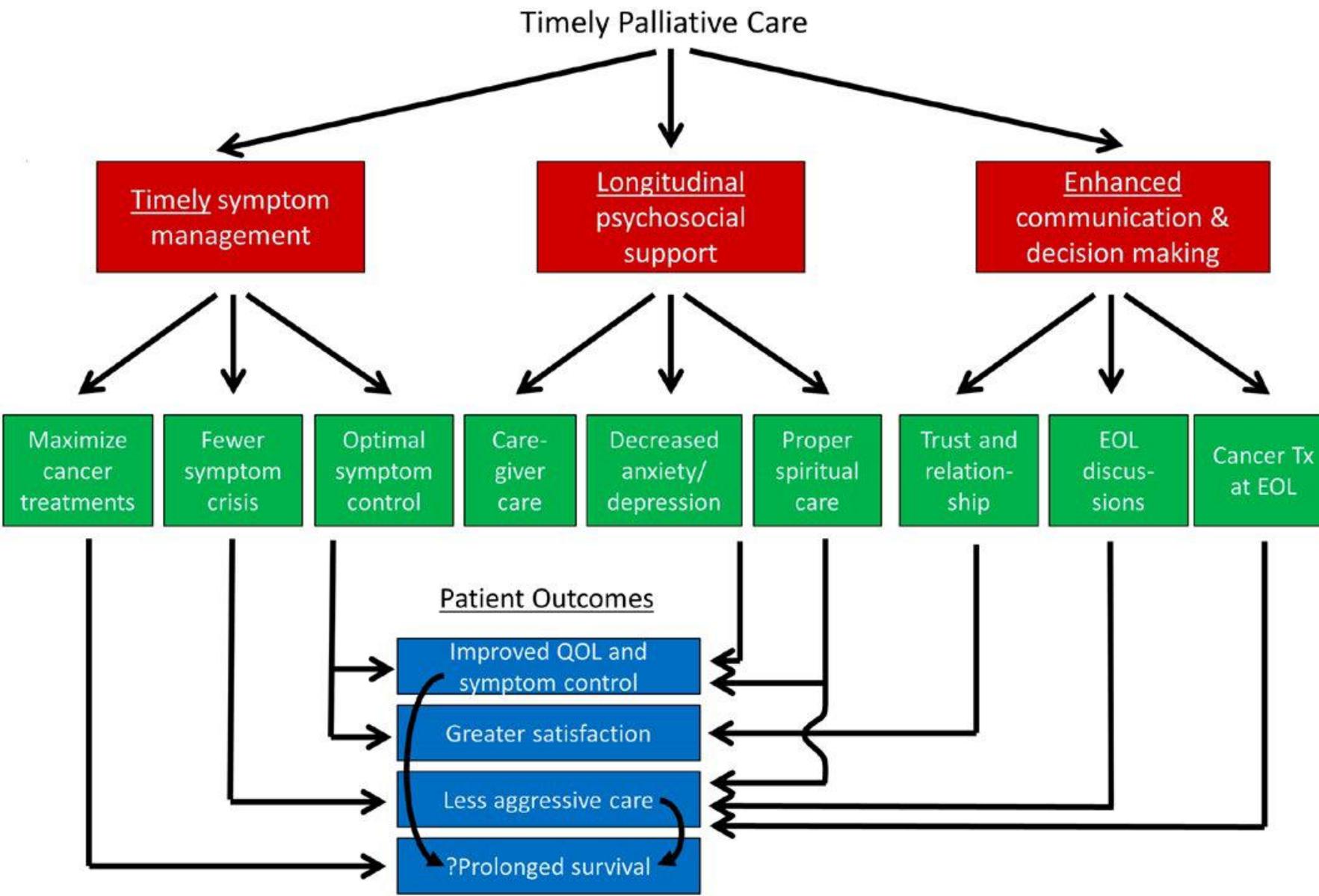
# Quand faut-il intégrer les soins palliatifs?

- Même si les soins palliatifs peuvent être introduits à l'occasion d'une situation complexe...
- La précocité de mise en œuvre par rapport au **diagnostic d'évolutivité** est recommandée
- *Mais* elle peut ne pas être nécessaire ou d'un apport limité dans certaines situations
  - ➔ *Notion de soins palliatifs **opportuns** (timely palliative care)*
  - ➔ *Ajustement du niveau de soins de support aux situations*
  - ➔ *Intégration pour certains experts si 6 à 24 mois d'espérance de vie*

# Soins palliatifs opportuns et ciblés



CENTRE HOSPITALIER  
DE VALENCIENNES



David Hui, Breffni L. Hannon, Camilla Zimmermann, Eduardo Bruera. Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2018;68:356-376.

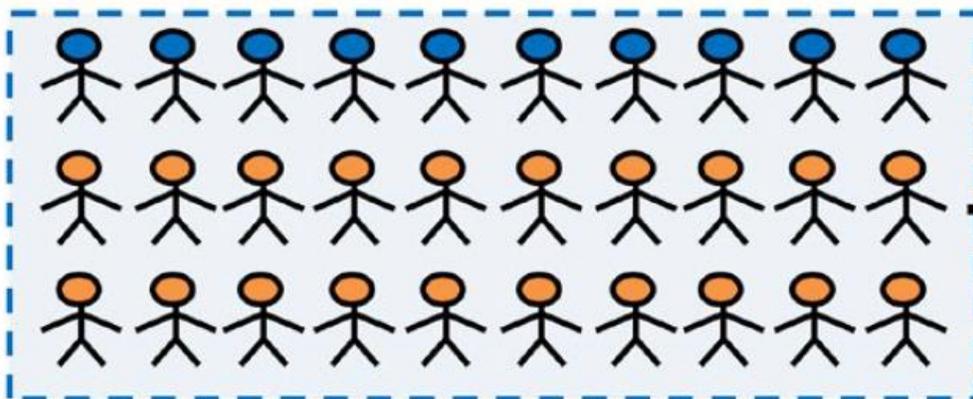
# Pour quels patients : adressage universel?

Dans les essais cliniques, adressage « universel » : tous les patients palliatifs bénéficient d'une expertise. Modèle consommateur de ressources, parfois non justifiées mais amélioration des événements



CENTRE HOSPITALIER  
DE VALENCIENNES

## A. Universal referral (clinical trials)



-  Patient in severe distress or has unmet supportive care needs
-  Patient needs adequately addressed by oncologist
-  Patient referred to palliative care

All patients  
receive early  
palliative care  
referral

### Pros

Improved outcomes for many  
patients

### Cons

Overwhelming limited resource  
Some patients may not need PC yet

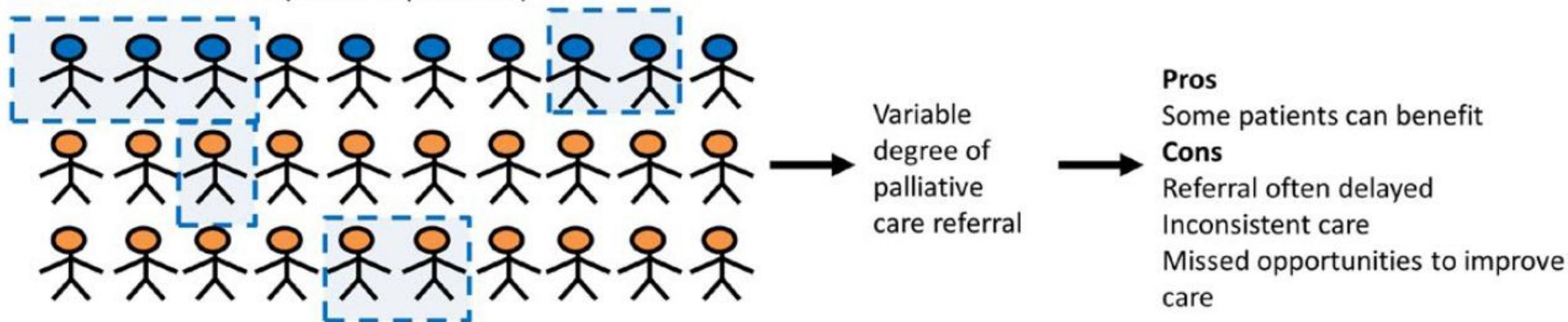
# Pour quels patients : adressage sélectif?

Pratique clinique actuelle, adressage sélectif par les équipes d'oncologie. Modèle hétérogène, adressage parfois tardif et soins pouvant être non optimisés



CENTRE HOSPITALIER  
DE VALENCIENNES

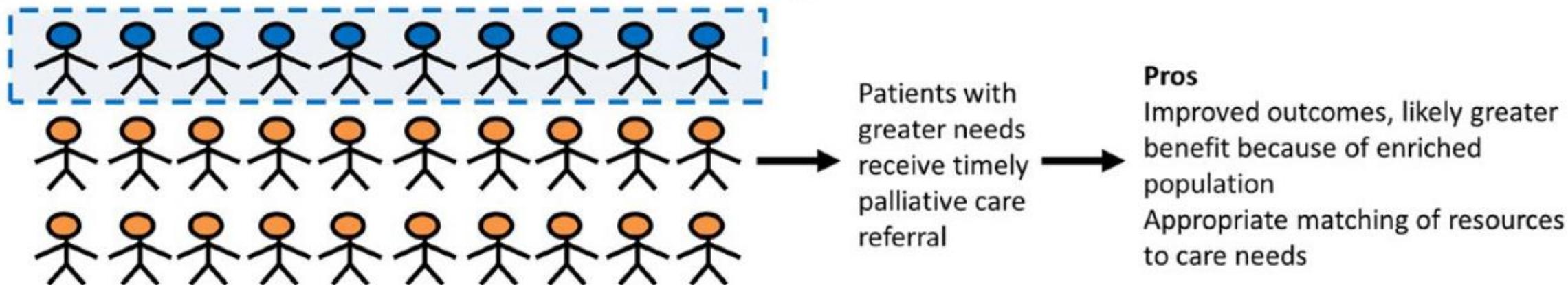
## B. Selective referral (current practice)

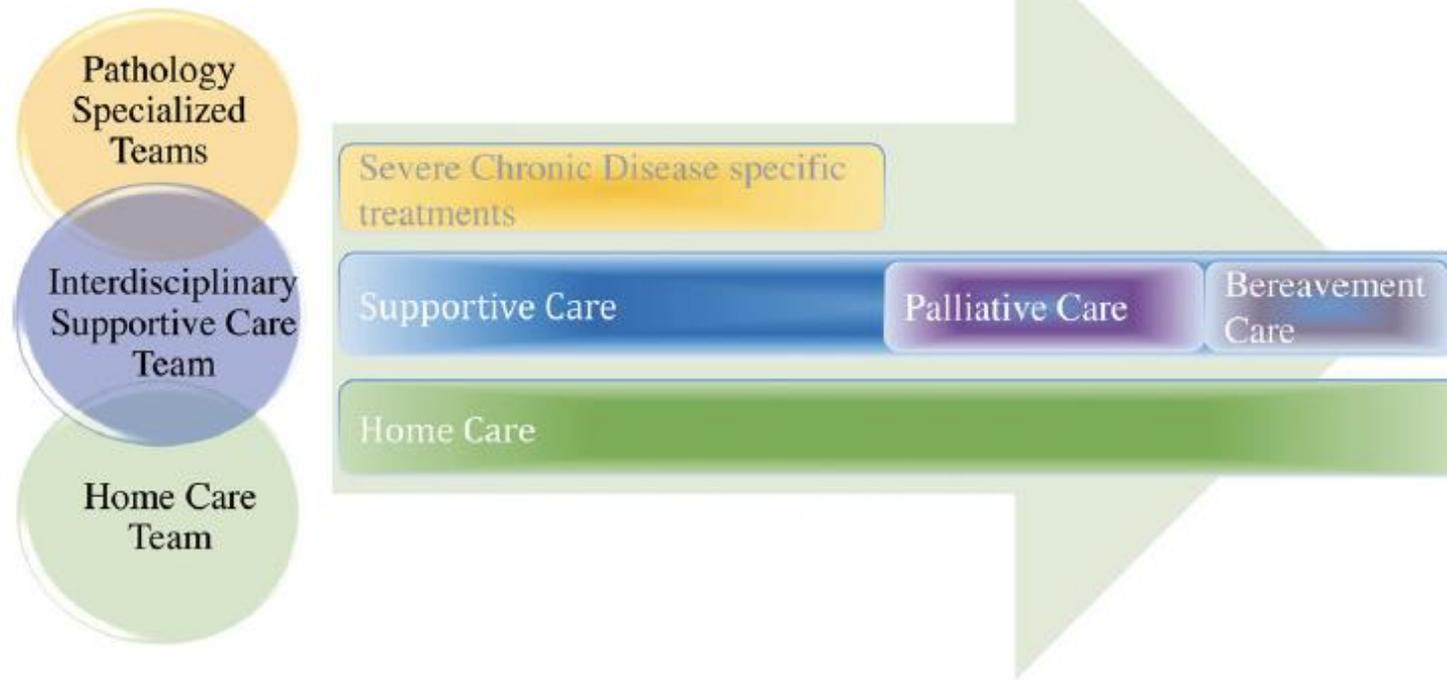


# Pour quels patients : adressage ciblé

Approche ciblée : screening systématique et adressage opportun des patients ayant des besoins en soins de support. Impacts positifs sur les patients et adéquation aux ressources

## C. Need based referral coupled with systematic screening





**Fig. 4** Integrative model of supportive medicine for the management of severe chronic disease of in- or out-patients. *Specialised pathology teams* may include, for example for cancer patients, surgery, radiotherapy, oncology and other specific system and organ teams. *The interdisciplinary supportive care team* may include supportive/palliative care specialists (specialised clinicians and nurses, clinical pharmacist) and

a resident or on an as-needed basis intervention specialists (such as an intrathecal drug delivery system specialist or neurosurgeon), psychologist/psychiatrist and complementary integrative therapy specialist (e.g. nutritionist, acupuncturist). *The home care team* may include the patient's general practitioner, community pharmacist, local nurse and other caregivers

## Le modèle de médecine supportive (*supportive medicine*)

Supportive Care in Cancer  
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04831-z>

REVIEW ARTICLE

Opening up disruptive ways of management in cancer pain:  
 the concept of multimorphic pain

Antoine Lemaire<sup>1</sup> • Brigitte George<sup>2</sup> • Caroline Maindet<sup>3</sup> • Alexis Burnod<sup>4</sup> • Gilles Allano<sup>5</sup> • Christian Minello<sup>6</sup>

Received: 9 August 2018 / Accepted: 23 April 2019  
 © Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019



# Éléments de synthèse

- Changements de paradigmes en soins palliatifs liés à l'évolution de la médecine et aux hyperspécialisations
- **Fondamentaux :**
  - **Précocité** de mise en œuvre par rapport au diagnostic
  - Modèle **intégratif**
  - Approche **ciblée** et **opportune** : « **sur mesure** »
  - Approche **interdisciplinaire** : en constante optimisation
  - Modèle **adaptatif** : éviter les ruptures dans la prise en charge et à même d'être efficace quel que soit le mode de prise en charge (hospitalier, ambulatoire, domicile)
  - Modèle **exhaustif** incluant l'ensemble des besoins y compris non médicaux



# Focus sur la douleur du cancer

# Clé de lecture : une entité nosologique à part entière et complexe

- Nécessité d'évolution du modèle en parallèle de l'évolution de la prise en charge du cancer
- La douleur du cancer est multimorphe : elle prend de multiples formes et change sans cesse dans le temps, tout au long du parcours de soin, dès le diagnostic
- L'optimisation de sa prise en charge dépend de nombreux facteurs potentiellement disruptifs de l'équilibre antalgique

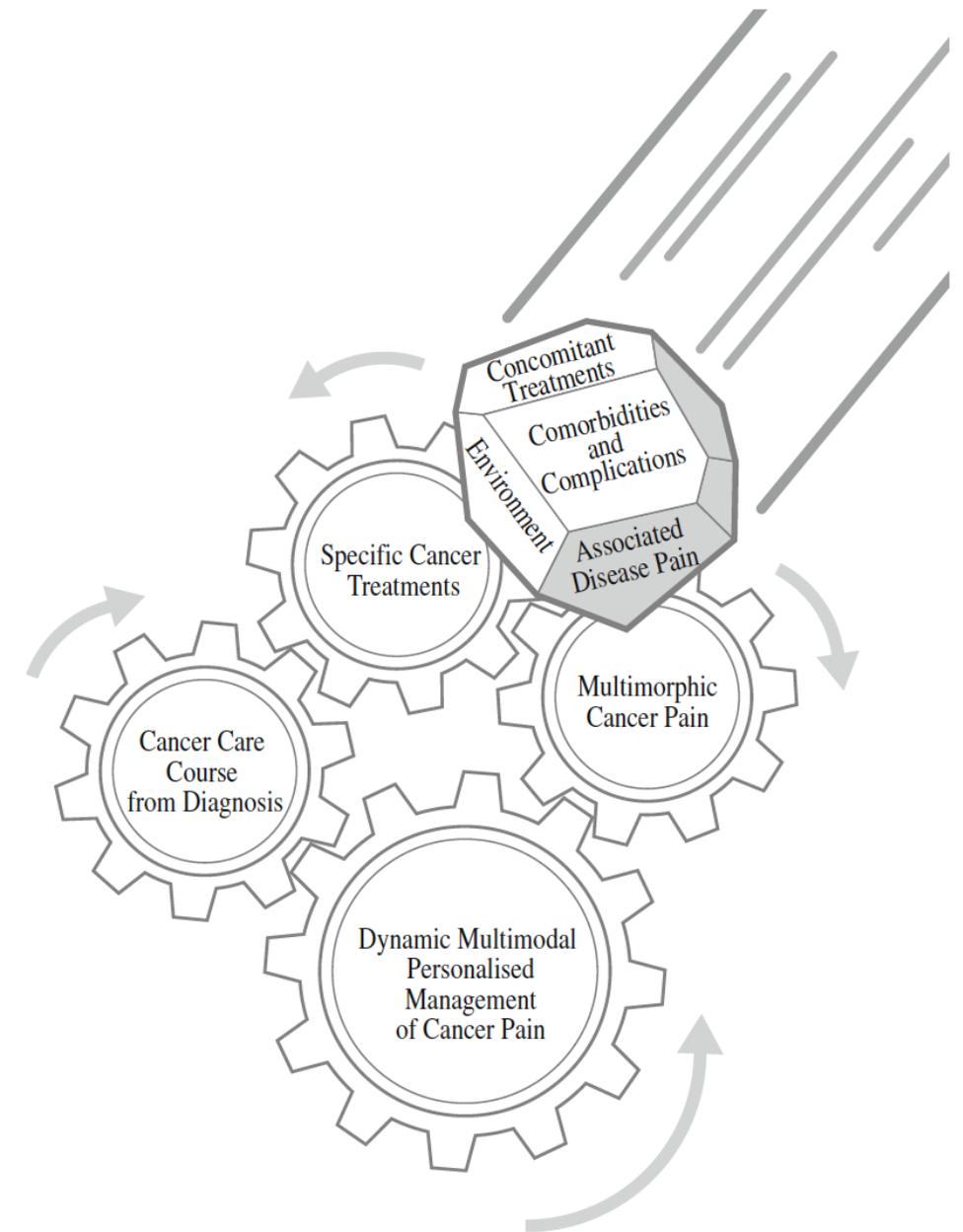


Fig. 1 Disruption key elements in the dynamic, multimodal, targeted, personalised management of multimorphic cancer pain

# 4 points clés pour optimiser le parcours de nos patients atteints de douleur multimorphe du cancer

# 1. Définir l'objectif d'un équilibre antalgique optimal et adapté tout au long du parcours de soins

- **Raisonné** (considérer la potentielle iatrogénie), **exhaustif** (considérer l'ensemble des approches thérapeutiques) et **ambitieux** (intégrer les thérapies les plus récentes)
- **Ajusté à chaque patient** (proposer un support pour un auto-management : patient acteur/expert/ambassadeur)
- **Adapté à chaque histoire clinique** (stade de la maladie, traitements, comorbidités)

## 2. Management

- **Interdisciplinaire** voire **transdisciplinaire** (synergies entre disciplines)
- **Précoce** (dès le diagnostic) et **opportun** (adapté au niveau et au moment de survenue des problématiques)
- **Ciblé** (constante attention des détails)
- **Personnalisé** (ajusté à chaque patient)
- **Multimodal** (thérapeutiques médicamenteuses, techniques interventionnelles et approches complémentaires)

### 3. Identification, y compris par anticipation, des potentiels éléments disruptifs de l'équilibre antalgique, tout au long du parcours de soin

- Facteurs de **complexité de la douleur**
- Facteurs **intrinsèques** de variabilité dans le temps **relatifs au cancer**
- Facteurs **extrinsèques** de variabilité dans le temps relatifs à **l'état de santé**

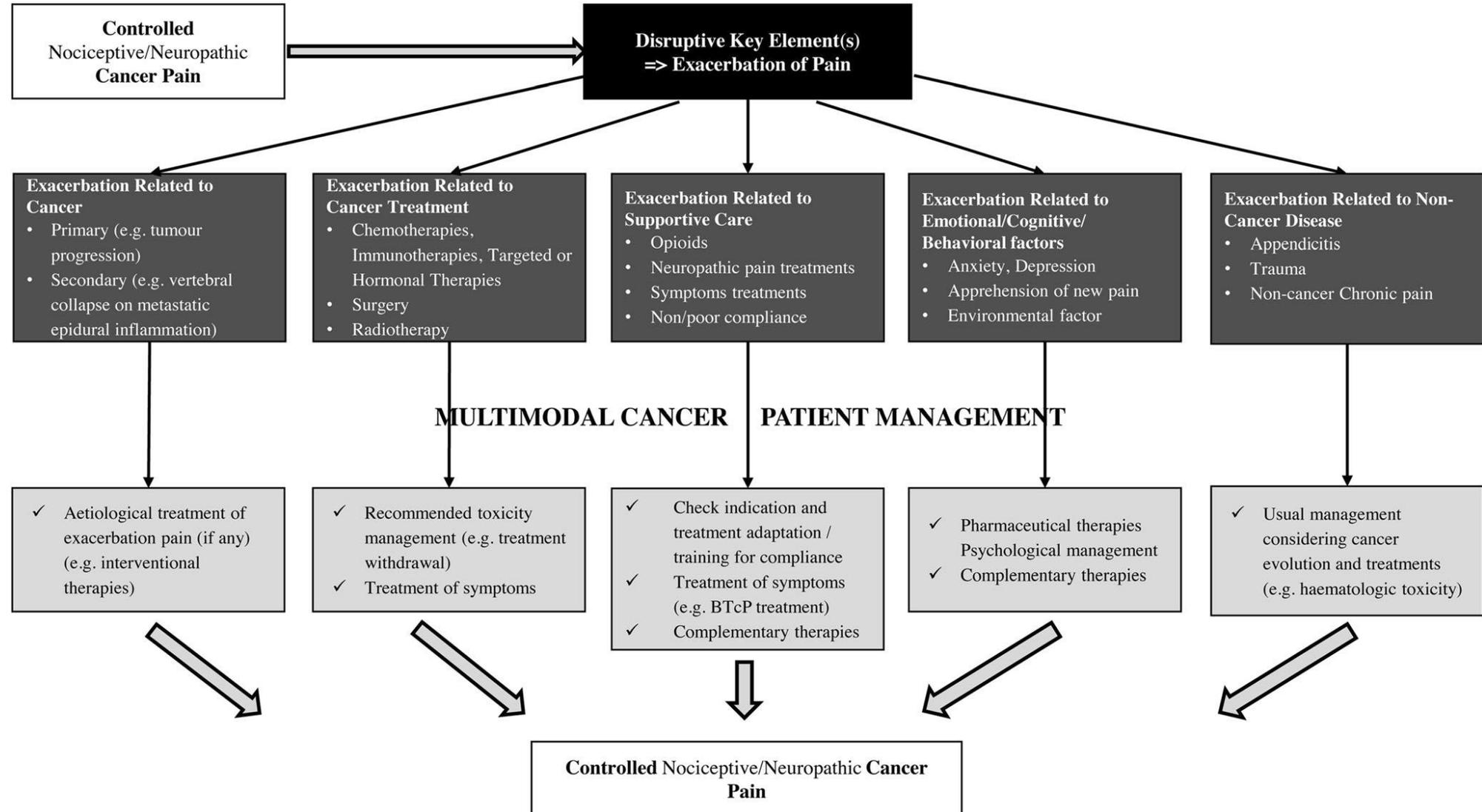
Disruptions	Critères définissant le caractère multimorphe de la douleur du cancer		
<b>Facteurs de complexité de la douleur</b>	Composantes de la douleur : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nociceptive/inflammatoire</li> <li>▪ Neuropathique</li> <li>▪ Nociplastique</li> </ul>	Mécanismes étiopathogéniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le cancer en lui-même</li> <li>▪ Ses traitements (chimiothérapies, thérapies ciblées, immunothérapies, hormonothérapie, radiothérapie, chirurgie)</li> <li>▪ Autres causes de douleurs</li> </ul>	Présentation de la douleur : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensité</li> <li>▪ Ancienneté de la douleur (chronique, subaiguë, aigue)</li> <li>▪ Fond continu</li> <li>▪ Exacerbations aiguës/subaiguës</li> <li>▪ Accès douloureux paroxystiques</li> <li>▪ Urgences douloureuses</li> </ul>
<b>Facteurs intrinsèques de variabilité dans le temps relatifs au cancer</b>	Le type de cancer et son stade au diagnostic	Évolution du cancer « maladie chronique » : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guérison</li> <li>▪ Séquelles</li> <li>▪ Rechutes</li> <li>▪ Métastases</li> <li>▪ Évolution palliative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traitements du cancer</li> <li>▪ Traitements de support</li> <li>▪ Complications</li> </ul>
<b>Facteurs extrinsèques de variabilité dans le temps relatifs à l'état de santé</b>	Facteurs environnementaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facteurs ethno-démographiques /Facteurs culturels et spirituels</li> <li>▪ Facteurs socio-économiques/Précocité et niveau d'accès aux soins/Renoncement</li> <li>▪ Communication</li> </ul>	Facteurs inter-individuels : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Génétique</li> <li>▪ Facteurs de variabilité des seuils douloureux</li> <li>▪ Immunité</li> <li>▪ Métabolisme</li> </ul>	Facteurs intra-individuels : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation</li> <li>▪ Facteurs de risque</li> <li>▪ Comorbidités et multimorbidités</li> <li>▪ Traitements intercurrents</li> <li>▪ Observance thérapeutique</li> <li>▪ Éducation thérapeutique</li> </ul>

# Éléments disruptifs de l'équilibre antalgique dans la douleur multimorphe du cancer

Lemaire A, George B, Maindet C, Burnod A, Allano G, Minello C. Opening up disruptive ways of management in cancer pain: the concept of multimorphic pain. Supportive Care in Cancer, May 2019. DOI: 10.1007/s00520-019-04831-z

Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? [The management of multimorphic cancer pain, from diagnosis to treatment]. Bull Cancer. 2021 Nov 27;S0007-4551(21)00395-7. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2021.08.013. Epub ahead of print. PMID: 34848047.

# Illustration : douleur du cancer et urgences

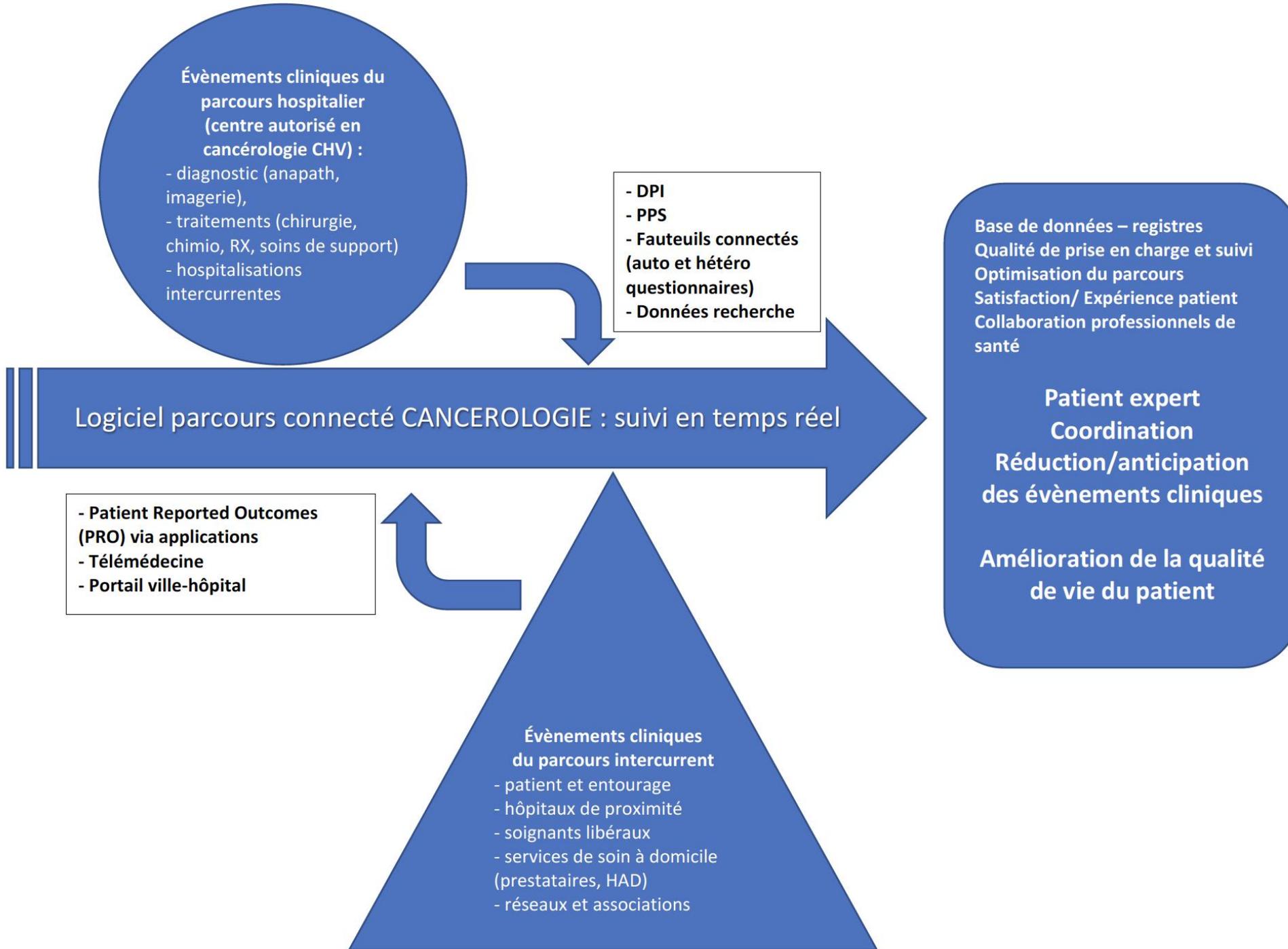


## 4. Créer un cadre systémique pour promouvoir ce management au sein d'un modèle de soins de support précoces et intégrés au parcours oncologique dès le diagnostic

- Basé sur les **données et preuves scientifiques (recherche)**
- Associé à la **formation et la sensibilisation** des professionnels de santé
- Soutenu par des **politiques de santé fortes, adaptables, durables et évaluées**
- Utilisant les **nouvelles technologies de l'information et de la communication** (PRO, télémédecine, DPI, SI Hospitaliers...)
- Intégrant l'**éthique**

# Exemple d'un parcours connecté en cancérologie

CH Valenciennes ©



## Message pour la route...

- Nous avons les **outils et connaissance scientifique** pour comprendre et prendre en charge la douleur du cancer de façon optimisée en 2021
  - Mais subsistent de **nombreux gaps entre la théorie et la pratique**
  - Nécessité d'avoir une **approche exhaustive** autour d'un **modèle en constante évolution** pour améliorer la **qualité de vie** de nos patients et de changer notre regard
-  *“Un homme est toujours la proie de ses vérités.”*
    - *Albert Camus (Le mythe de Sisyphe)*