

Dr Anne de la Tour  
Président de la SFAP  
anne.delatour@ch-argenteuil.fr

**Conseil scientifique :**  
Pr Guillemette Laval, Présidente  
CHU Grenoble (38)  
GLaval@chu-grenoble.fr

Stéphane Amar, psychologue  
CH Longjumeau (91)  
aspsy@aol.com

Dr Alain de Broca  
CHU Amiens (80)  
Debroca.alain@chu-amiens.fr

Hélène Brocq, psychologue  
CHU Nice (06)  
brocq.h@chu-nice.fr

Dr Sylvie Chapiro  
Hôpital P. Brousse – Villejuif (94)  
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Tanguy Chatel, sociologue  
La Celle Saint Cloud (78)  
t.chatel@sfr.fr

Dr Véronique Danel-Brunaud  
Hôpital R. Salengro – Lille (59)  
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy  
Institut G. Roussy – Villejuif (94)  
Sarah.DAUCHY@gustaveroussy.fr

Marie-Claude Dayde, Infirmière libérale  
Colomiers (31)  
mc.dayde@wanadoo.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre  
CHU Nantes (44)  
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Damien Le Guay, philosophe  
Boulogne Billancourt (92)  
Damien.le-guay@laposte.net

Paula La Marne, philosophe  
Amiens /Reims (80 / 51)  
Paula.lamarne@gmail.com

Dr Nathalie Michenot  
CH Versailles (78)  
boutiniere@orange.fr

Dr Sébastien Moine  
Med. Gé. Le Pré St Gervais (93)  
Sebastien.moine.75@gmail.com

Christophe Pacific, cadre sup de santé  
CH Albi (81)  
christophe.pacific@orange.fr

Aurélien Pourrez, infirmière  
Bèze (21)  
aureliepourrez@live.fr

Pr Françoise Riou  
Paris (75)  
F.riou@samusocial-75.fr

Dr Sylvie Rostaing  
Hôpital St Antoine, Paris (75)  
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Pr Sébastien Salas  
Hôpital de la Timone, Marseille (13)  
Sebastien.SALAS@ap-hm.fr

## AVIS 034 du 17 octobre 2016 DU COMITE SCIENTIFIQUE (CS) DE LA SFAP

### Concernant les résultats d'une étude demandée à la SFAP sur la fréquence d'utilisation à domicile de certains médicaments utilisés dans le traitement des douleurs rebelles chez les patients en phase palliative avancée

**Coordination de la pré-étude : 3 membres du CS, les Drs G. Laval, N. Michenot et S. Moine, avec le CS, pour la SFAP et pour Pr Benoît VALLET, Directeur de la Direction Générale de la Santé (DGS), Ministère des Affaires Sociales et de la Santé**

**Objet :** présenter les résultats (+ analyse) de la pré-étude réalisée cet été 2016 par le CS suite à une Demande d'avis de la DGOS-DGS (D-16-011361) à la SFAP sur une meilleure visibilité et sur la fréquence d'utilisation, des médicaments figurant dans les recommandations ANSM 2010 sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée chez l'adulte, pour les patients ambulatoires ou en HAD.

L'avis du conseil scientifique après échanges de courriels, travail avec les rapporteurs, travail entre les coordinateurs de la pré-étude, réunions téléphoniques en CS les 23 mai, 5 septembre, 30 septembre et 17 octobre et réunion physique le 17 Juin, propose à la SFAP la réponse suivante au Président de la SFAP pour le Directeur de la DGS ; réponse accompagnée des résultats de l'enquête rétrospective sur la période de janvier à juin 2016 auprès des centres et personnes ressources sollicités :

#### 1. Lettre à la DGS :

Monsieur le Directeur Général,

Nous vous communiquons les résultats de l'étude que nous avons menée et qui a comporté deux volets :

- Un sondage utilisant le questionnaire que vous nous proposiez (légèrement modifié) pour évaluer la fréquence d'utilisation des médicaments figurant dans les recommandations de bonnes pratiques relatives à la douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte (ANSM 2010), auprès de quelques structures représentant l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir, c'est-à-dire CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer), CETD (Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur), EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs), USP (Unité de Soins Palliatifs), Réseau de Soins Palliatifs et HAD (Hospitalisation à Domicile). Pour une meilleure représentativité de l'accès aux traitements, nous n'avons pas limité les centres interrogés à l'Île de France mais au contraire nous avons contactés des centres dans différentes régions.
- Un contact a également été pris auprès de quelques personnes ressources expertes dans le domaine du traitement des douleurs rebelles en cancérologie, qui pouvaient nous décrire leurs difficultés dans l'accès aux produits : un médecin exerçant dans un CLCC, un médecin exerçant en USP, un médecin exerçant en EMSP.

Les résultats de cette étude, détaillée dans les annexes ci-jointes, montrent que la fréquence d'utilisation à domicile des médicaments mentionnés dans les recommandations de bonnes pratiques, relatives à la douleur rebelle en situation palliative de 2010 (anesthésiques locaux par voie périmédullaire, fentanyl, sufentanil, kétamine, méthadone, midazolam), varie de 1 à 5 patients sur les 6 premiers mois de l'année à plus de 26 selon les produits. L'administration en ambulatoire se fait aussi bien dans le cadre de l'HAD qu'en dehors du cadre de l'HAD, avec pour certaines équipes des difficultés voire l'impossibilité d'obtenir certains médicaments dont le midazolam. Par ailleurs, l'oxycodone IV qui ne faisait pas partie des recommandations est mentionné par les centres interrogés, car il est utilisé au domicile mais avec des difficultés d'accès en raison de la réserve hospitalière.

Plusieurs réflexions émergent de cette enquête :

De façon générale, l'accessibilité aux opioïdes est moindre en France comparativement aux autres pays Européens (méthadone et bupivacaïne pour administration intrathécale difficilement voire non disponibles, etc ...). Des produits ayant pourtant obtenus une AMM en France ne sont pas disponibles car non commercialisés par les laboratoires (Tapentadol et Targinact), les laboratoires justifiant cela en raison d'un prix obtenu trop bas.

Pour les produits hors AMM, il semble que l'accès aux traitements soit très variables, dépendant de la bonne volonté du pharmacien hospitalier et de son interprétation des textes, pour effectuer la rétrocession hospitalière, obligeant certaines équipes à la mise en place d'une HAD pour disposer du produit.

Par ailleurs, le maintien de la réserve hospitalière pour nos patients se pose en ce qui concerne l'oxycodone injectable, le paracétamol injectable, le ziconotide et certains antibiotiques (etc ...) non accessibles en ville et non rétrocédables.

Dans ces situations, une HAD est mise en place, parfois uniquement, pour la mise à disposition du produit. Cependant, y compris dans le cadre de l'HAD l'accès aux traitements antalgiques n'est pas garanti. Ainsi, malgré une AMM en ville, le MEOPA disponible uniquement via l'HAD, n'est parfois pas accessible pour le patient, car certaines HAD refusent de l'utiliser compte tenu d'un coût trop élevé.

Enfin, un expert utilisant régulièrement la méthadone (pour laquelle une AMM est en cours d'examen à l'ANSM) nous signale le refus d'un médecin de la CNAM de rembourser la méthadone pour une utilisation dans des douleurs rebelles en cancérologie qui ne répondaient à aucun autre traitement.

La problématique des douleurs rebelles en cancérologie amène également à penser aux techniques interventionnelles qui représentent un réel progrès pour la prise en charge de ces douleurs, mais leur accès est totalement inégalitaire en France.

Concernant la cimentoplastie, l'accès, en Ile de France, est extrêmement difficile en raison des délais (très peu d'accès à l'hôpital public) et des coûts (accès dans le privé pour des coûts qui ne peuvent pas être supportés par tous nos patients).

Concernant la réalisation d'injections intrathécales, l'accès est encore plus inégalitaire. En dehors d'un système bien rodé par l'équipe d'Angers (Dr Dupoiron) et rayonnant sur l'ensemble du territoire de santé des Pays de la Loire, la possibilité d'accès est très réduite. Outre, la problématique de la codification

des soins et des techniques pour l'intrathécale, il existe également l'impossibilité actuelle d'accéder à la bupivacaïne forte concentration requise pour cette utilisation. Cette difficulté pourrait être levée par l'ANSM avec la mise en place d'une ATU de cohorte, qui ferait suite aux ATU nominatives de bupivacaïne forte concentration délivrées jusqu'en mars 2015 (produit disposant d'une AMM en Suisse). Le Docteur Dupoiron pourrait être sollicité pour l'écriture du protocole d'ATU de cohorte précisant le cadre et les modalités d'utilisation. En effet, il a déjà réalisé un protocole pour le remplissage des pompes, puisque les patients, après une implantation à Angers, sont revus dans leur hôpital de proximité (par exemple La Roche sur Yon) pour le remplissage de la pompe selon des modalités strictes préétablies.

Toutes ces problématiques sont source d'inégalités dans l'accès aux soins et limitent en particulier les soins palliatifs au domicile. Il serait souhaitable d'améliorer cet accès parfois insuffisant, pour des populations de patients confrontés à des douleurs intenses, chroniques et invalidantes (notamment dans le cas des douleurs liés au cancer), et pour lesquels les antalgiques usuels demeurent inefficaces. A cet effet, les pistes évoquées ci-dessus pourraient permettre une amélioration de la situation, et s'inscriraient dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, mise en avant par le Plan National de Développement des Soins Palliatifs 2015-2018.

En espérant bonne réception, et en restant disponible pour travailler à l'accès aux traitements permettant la réalisation de soins palliatifs de qualité à domicile.

Recevez, Monsieur le Directeur ...

Dr....  
Présidente de la SFAP

## 2. Résultats de l'enquête SFAP / DGS hors graphiques

### **RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SFAP SUITE À LA DEMANDE DE LA DGS**

Octobre 2016

#### **Fréquence d'utilisation des médicaments dans les douleurs rebelles en situation palliative**

Douze centres ont été contactés pour répondre à la question de la fréquence d'utilisation des médicaments dans les douleurs rebelles en situation palliative au domicile, et trois médecins ont été contactés compte tenu de leur expertise dans ce domaine, par mail et par téléphone. Ils ont reçu les questionnaires en annexe.

Dix centres nous ont répondu sur leur file active des 6 premiers mois de l'année 2016. Les structures d'hospitalisations nous répondaient en tenant compte des patients pour lesquels un retour au domicile était effectué. Les résultats synthétisés ci dessous sont présentés dans le tableau suivant.

Les anesthésiques locaux ont été utilisés par 2 centres sur 10 en ambulatoire en dehors de l'HAD. Cette pratique dépend des centres contactés, développée dans les CLCC et dans quelques centres experts. La fréquence dans les deux centres interrogés est encore modeste 1 à 5 patients sur 6 mois. La plus grande expérience en France est au CLCC d'Angers qui n'a pas fait partie des centres interrogés. Plus de 500 patients ont bénéficié de la technique ces 8 dernières années à Angers et La file active est d'environ 35 patients. En moyenne 60 à 70 patients sont implantés chaque année avec une moyenne de délai entre deux remplissages de pompe de 11 jours qui pourrait être amené à plus de 20 jours avec la bupivacaine concentrée à 40 mg/ml. Angers n'est pas le seul centre à utiliser les anesthésiques locaux par voie intrathécale. La technique se développe rapidement en France, notamment à Toulouse, Bordeaux, Lyon, Nantes, Paris à l'Institut Curie, Lille, Clermont Ferrand, Montpellier ...

Le fentanyl IV est utilisé par 6 centres sur 10 en ambulatoire à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. Leur fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à 6 à 15 en 6 mois.

Le sufentanil IV est utilisé par 5 centres sur 10 en ambulatoire à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. Leur fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à 16 à 25 en 6 mois.

La kétamine est utilisée par tous les centres en ambulatoire à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. Leur fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à 16 à 25 en 6 mois.

La méthadone est utilisée par 6 centres sur 10 en ambulatoire à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. Leur fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à 6 à 15 en 6 mois.

Le midazolam est utilisé par 9 centres sur 10 en ambulatoire à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. Leur fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à plus de 26 en 6 mois.

Par ailleurs, L'oxycodone IV a été citée par 4 centres pour une utilisation à la fois hors HAD et dans le cadre de l'HAD. La fréquence d'utilisation varie de 1 à 5 patients en 6 mois à plus de 26 en 6 mois.

Un centre (USP) n'a pas pu répondre à l'enquête en raison du trop grand nombre de patients (1200 par an avec très peu de retour à domicile) ; ce qui aurait nécessité pour être faisable, selon le médecin interrogé, un travail plus prospectif que rétrospectif. Il est à noter que le médecin de cette USP mentionne l'absence d'accès possible dans leur établissement au fentanyl et au sufentanil injectables.

**Patients ayant bénéficiés des produits listés ci-dessous du 01/01/2016 au 30/06/2016**

Type de structure	Nbre de patients suivis	Anesthésiques locaux		Fentanyl		Sufentanil		Kétamine		Méthadone		Midazolam		Oxynorm IV	
		HAD	hors HAD	HAD	hors HAD	HAD	hors HAD	HAD	hors HAD	HAD	hors HAD	HAD	hors HAD	HAD	hors HAD
USP (Auvergne-Rhône-Alpes)	34	0	1 à 5	0	0	0	0	1 à 5	0	0	0	1 à 5	0	1 à 5	0
USP (PACA)	112	0	0	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	Non renseigné	Non renseigné
EMSP et USP (PACA)	400	0	0	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	0	0		5 à 15	Non renseigné	Non renseigné
EMSP et SSR (Grand Est)	200	0	0	0	0	0	0	6 à 15	6 à 15	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	0
Réseau (Occitanie)	153	0	0	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	0	1 à 5	6 à 15	1 à 5	1 à 5	6 à 15
Réseau (Occitanie)	94	0	0	0	1 à 5	0	0	1 à 5	0	0	0	1 à 5	1 à 5	Non renseigné	Non renseigné
HAD (Pays de la Loire)	962	0	Non applicable	1 à 5	Non applicable	1 à 5	Non applicable	1 à 5	Non applicable	0	Non applicable	≥ 26	Non applicable	≥ 26	Non applicable
HAD (Auvergne-Rhône-Alpes)	850	0	Non applicable	0	Non applicable	0	Non applicable	1 à 5	Non applicable	1 à 5	Non applicable	≥ 26	Non applicable	Non renseigné	Non renseigné
CETD (Grand Est)	300	0	0	0	0	0	0	0	6 à 15	0	1 à 5	0	0	1 à 5	0
CETD dans un CLCC (Ile de France)	600	0	1 à 5	6 à 15	0	1 à 5	0	6 à 15	16 à 25	6 à 15	6 à 15	1 à 5	0	Non renseigné	Non renseigné

**USP** : Unité de Soins Palliatifs

**EMSP** : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

**SSR** : Soins de Suite et Rééducation avec les lits palliatifs

**Réseau** : Réseau de Soins Palliatifs

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**CETD** : Centre d'étude et de traitement de la douleur

**CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer

## Difficultés mentionnées par toutes les personnes contactées concernant l'accès aux médicaments

**Question 1 : Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique, concernant la disponibilité des médicaments à rétrocession hospitalière, prescrits dans le cadre des douleurs rebelles<sup>1</sup>, chez les patients en situation palliative à domicile ?**

**EMSP et USP :**

« Certaines pharmacies hospitalières n'ont pas ces produits à disposition, soit par méconnaissance, soit par rigidité sur les textes de rétrocession, soit par manque de place. »

« L'oxycodone injectable, le paracétamol injectable, le ziconotide, certains antibiotiques ne sont pas accessibles hors HAD (réserve à l'hospitalier et non rétrocédables) ; Les intima pour la perfusion S/C ne sont pas remboursées en ville. »

**Réseau :**

« Le protocole pour obtenir les produits à délivrance hospitalière à ... est actuellement très compliqué, il y a beaucoup d'intermédiaires : médecin du réseau pour conseiller et aider à la prescription le médecin généraliste et faire le lien avec le médecin hospitalier, médecin généraliste pour prescrire au domicile, médecin hospitalier pour prescrire à la pharmacie de l'hôpital et prestataire pour aller chercher le produit et le rapporter à domicile. J'ai demandé à ma direction de faire des prescriptions de manière exceptionnelle uniquement pour les produits à délivrance hospitalière, cela m'a été refusé parce que ce n'est pas dans mes missions. »

**Question 2 : Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique, concernant l'accès (ou le non accès) des patients en situation palliative à domicile et ayant des douleurs rebelles, aux médicaments à rétrocession hospitalière<sup>1</sup> ?**

**EMSP et USP :**

« Le MEOPA n'est pas accessible en ville, certaines HAD refusant son utilisation pour des raisons pratiques et de coût trop élevé. »

« La kétamine et le midazolam ne posent pas véritablement de problèmes à la rétrocession ; par contre le Sufentanil est beaucoup plus délicat à faire dispenser en rétrocession (en raison des pharmaciens hospitaliers) et beaucoup plus « inquiétant » pour les équipes du domicile, cela contraint souvent à la mise place d'une HAD. »

« Notre pharmacie ne nous donne pas accès au fentanyl IV ou au sufentanil IV pour nos patients hospitalisés à l'USP. »

« Dans notre territoire, certains traitements sont plus faciles à obtenir hors HAD, ex : Fentanyl, Sufentanil, Kétamine. Depuis peu, du fait que la CPAM ne rembourse plus, une prescription hospitalière est exigée par les pharmacies hospitalières, ce qui pose des problèmes pour les patients non vus à l'hôpital. »

« Refus de remboursement par médecin de la CNAM de la méthadone délivrée dans le cadre de douleur rebelle en oncologie. Non commercialisation de médicaments ayant pourtant l'AMM en raison de prix trop bas selon les laboratoires concernés (Tapentadol et Targinact).»

**CLCC :**

« Arrêt des ATU nominatives de bupivacaïne forte concentration à partir de mars 2015, avec le souhait émis par l'ANSM de mise en place d'une étude. » Le Dr Dupoirion (CLCC d'Angers) est partant pour réaliser et encadrer une étude de surveillance sur l'utilisation de la bupivacaïne concentrée en intrathéca, l type ATU de cohorte, en collaboration avec l'ANSM si celle-ci est d'accord. La rédaction du protocole est déjà faite.

**Question 3 : Quels sont selon vous les éléments qui peuvent améliorer la disponibilité de ces médicaments, et faciliter l'accès effectif des patients ayant des douleurs rebelles à ces médicaments<sup>1</sup> ?**

**EMSP et USP :**

« Avoir une liste « officielle » exhaustive et opposable des traitements rétrocédables en douleur rebelle/soins palliatifs ; Réaliser des formations/informations des pharmaciens hospitalier et dans un 2eme temps des équipes libérales. »

**CLCC :**

« Mettre en place une ATU de cohorte pour disposer de la bupivacaïne forte concentration, produit nécessaire pour la réalisation des intrathécales dans les douleurs rebelles. Avoir des codifications de la CNAM qui permettent la réalisation du remplissage en soin externe.»

<sup>1</sup> Recommandations ANSM (2010) : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, fentanyl, sufentanyl, kétamine, méthadone, midazolam, autres...



## ANNEXE : Questionnaires envoyés

### Questionnaire relatif à la prise en charge des douleurs rebelles en situation palliative des patients à domicile pris en charge en HAD ou hors HAD (réseau, EMSP, EHPAD, MAS...)

Etude préliminaire SFAP pour la DGS / DGOS, à valeur d'orientation, auprès de 12 équipes travaillant en

**CETD, CRLCC, USP, EMSP, Réseau de Soins Palliatifs, HAD**

- Structure interrogée (+médecin)

- Nb total de patients suivis par la structure du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2016 : .....

- Parmi ces patients, combien ont reçu un ou plusieurs des traitements suivants en ambulatoire ou à domicile, en HAD ou hors HAD (réponse à inscrire dans le tableau) :

	Prise en charge des douleurs rebelles en situation palliative des patients hospitalisés à domicile (HAD)	Prise en charge des douleurs rebelles en situation palliative des patients ambulatoires ou à domicile (hors HAD)
	Fréquence d'utilisation du médicament	Fréquence d'utilisation du médicament
<b>ANESTHÉSİQUES LOCAUX PAR VOİE PERİMÉDULLAİRE</b>		
Spécialités à base de bupivacaine	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
<b>FENTANYL, SUNFENTANİL İNJECTABLE</b>		
Spécialités à base de fentanyl	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
Spécialités à base de sufentanil	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
<b>KETAMİNE</b>		
Spécialités à base de kétamine	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
<b>METHADONE</b>		
Spécialités à base de méthadone	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
<b>MİDAZOLAM</b>		
Spécialités à base de midazolam	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
<b>AUTRES</b>		
Spécialités à base de...	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients	<input type="checkbox"/> Aucun patient <input type="checkbox"/> De 1 à 5 patients <input type="checkbox"/> De 6 à 15 patients <input type="checkbox"/> De 16 à 25 patients <input type="checkbox"/> Plus de 26 patients
Avez-vous des commentaires particuliers à ajouter sur cette question des médicaments des douleurs rebelles à domicile : ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		

Contact CS SFAP : G. Laval ([GLaval@chu-grenoble.fr](mailto:GLaval@chu-grenoble.fr)), N. Michenot ([nmichenot@ch-versailles.fr](mailto:nmichenot@ch-versailles.fr)), S. Moine ([Sebastien.moine.75@gmail.com](mailto:Sebastien.moine.75@gmail.com))

**Envoi des questionnaires par courriel avant le 28 août 2016**  
**au Pr Laval, au Dr Michenot et au Dr Moine (cf. coordonnées ci-dessus)**

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS**

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : [sfap@sfap.org](mailto:sfap@sfap.org) - <http://www.sfap.org> - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008



**Questionnaire relatif à la prise en charge des douleurs rebelles en situation palliative des patients à domicile pris en charge en HAD ou hors HAD (réseau, EMSP, EHPAD, MAS...)**

**Etude préliminaire SFAP pour la DGS / DGOS, à valeur d'orientation, auprès de personnes ressources travaillant en CETD, CRLCC, USP, EMSP, Réseau de Soins Palliatifs, HAD**

Structure interrogée (+ médecin

référent) : .....

**Question 1 : Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique, concernant la disponibilité des médicaments à rétrocession hospitalière, prescrits dans le cadre des douleurs rebelles<sup>2</sup>, chez les patients en situation palliative à domicile ?**

Réponse :

**Question 2 : Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique, concernant l'accès (ou le non accès) des patients en situation palliative à domicile et ayant des douleurs rebelles, aux médicaments à rétrocession hospitalière<sup>1</sup> ?**

Réponse :

**Question 3 : Quels sont selon vous les éléments qui peuvent améliorer la disponibilité de ces médicaments, et faciliter l'accès effectif des patients ayant des douleurs rebelles à ces médicaments<sup>1</sup> ?**

Réponse :

Contact CS SFAP : G. Laval ([GLaval@chu-grenoble.fr](mailto:GLaval@chu-grenoble.fr)), N. Michenot ([nmichenot@ch-versailles.fr](mailto:nmichenot@ch-versailles.fr)), S. Moine ([Sebastien.moine.75@gmail.com](mailto:Sebastien.moine.75@gmail.com))

**Envoi des questionnaires par courriel avant le 28 août 2016  
au Pr Laval, au Dr Michenot et au Dr Moine (cf. coordonnées ci-dessus)**

<sup>2</sup> Recommandations ANSM (2010) : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, fentanyl, sufentanyl, kétamine, méthadone, midazolam, autres...





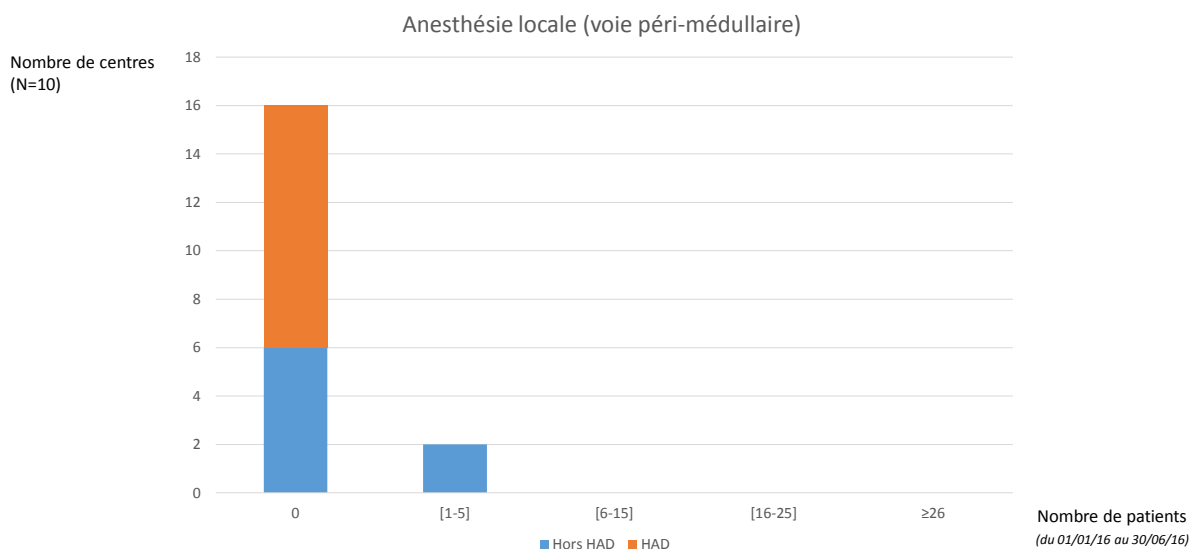
### 3. Graphiques

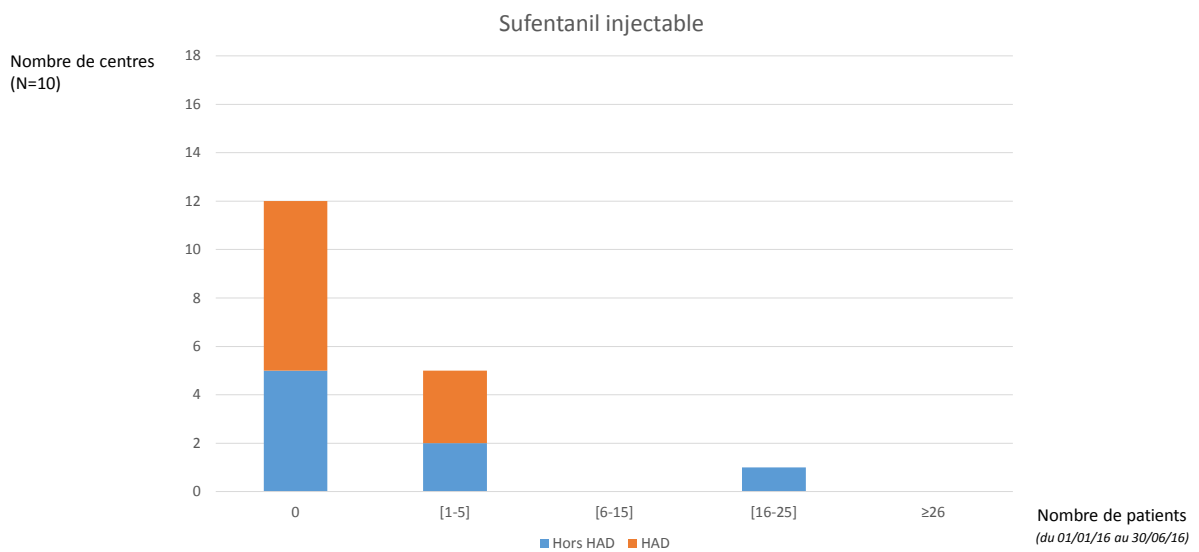
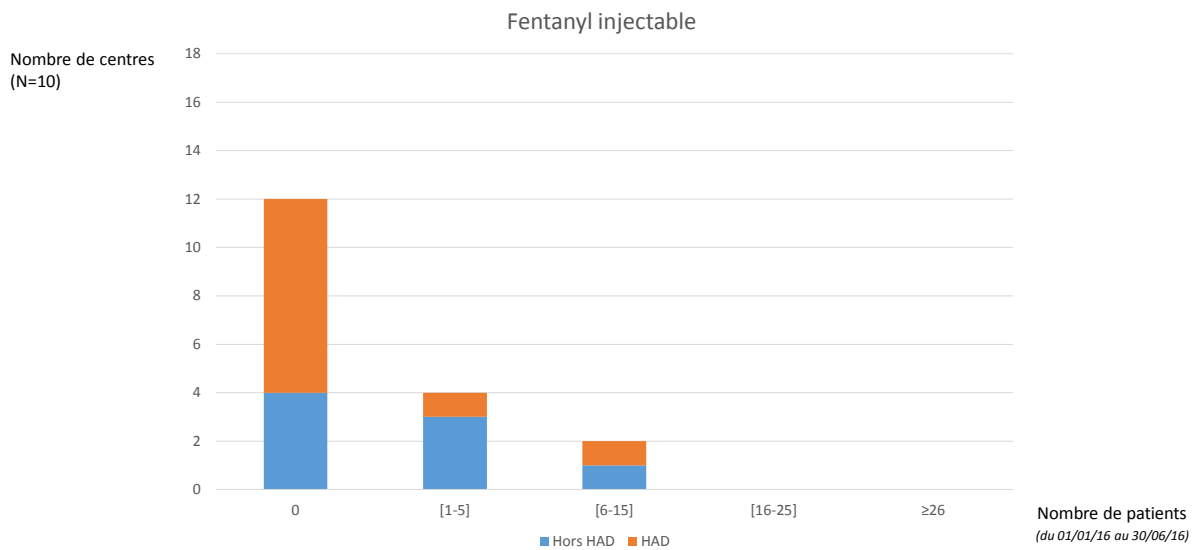
## Résultats pré-enquête CS SFAP – DGS : Fréquence d'utilisation des médicaments à rétrocession hospitalière (liste ANSM, 2010)

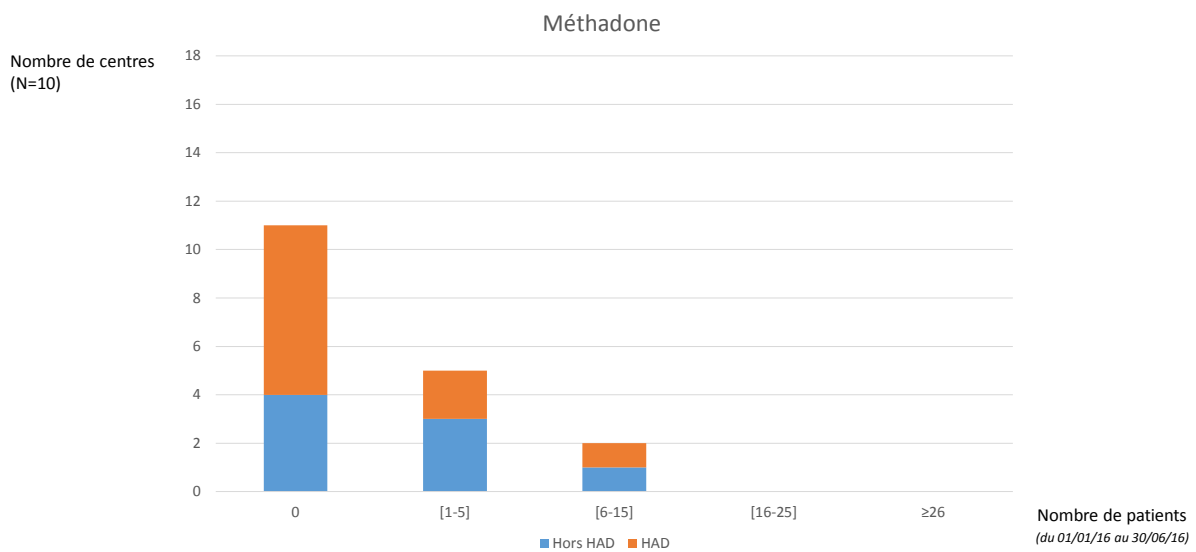
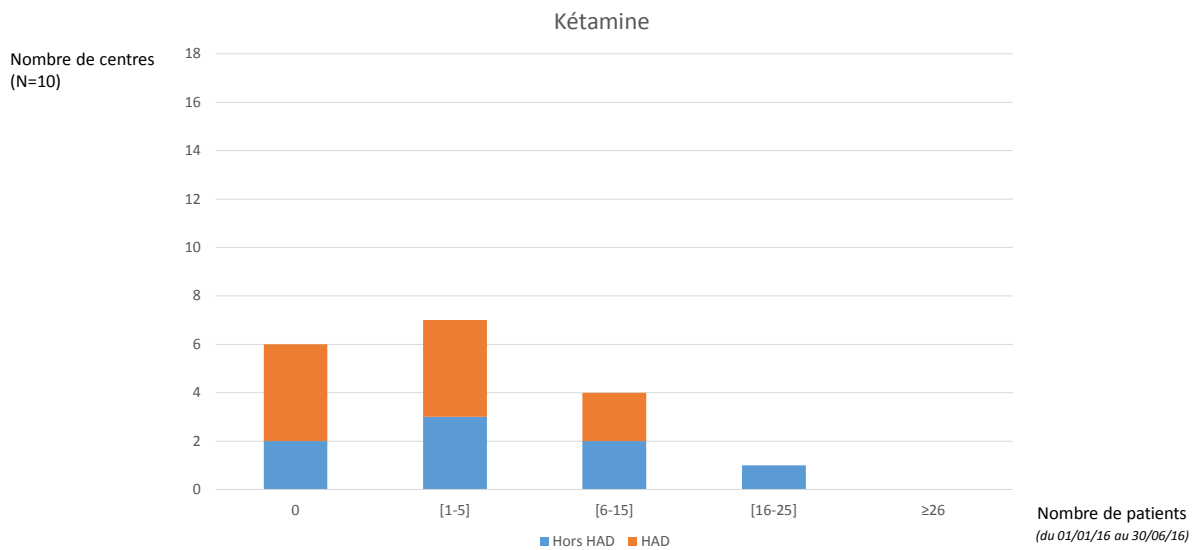
Enquête auprès de 10 centres  
(patients suivis entre le 01/01/2016 et le 30/06/2016)

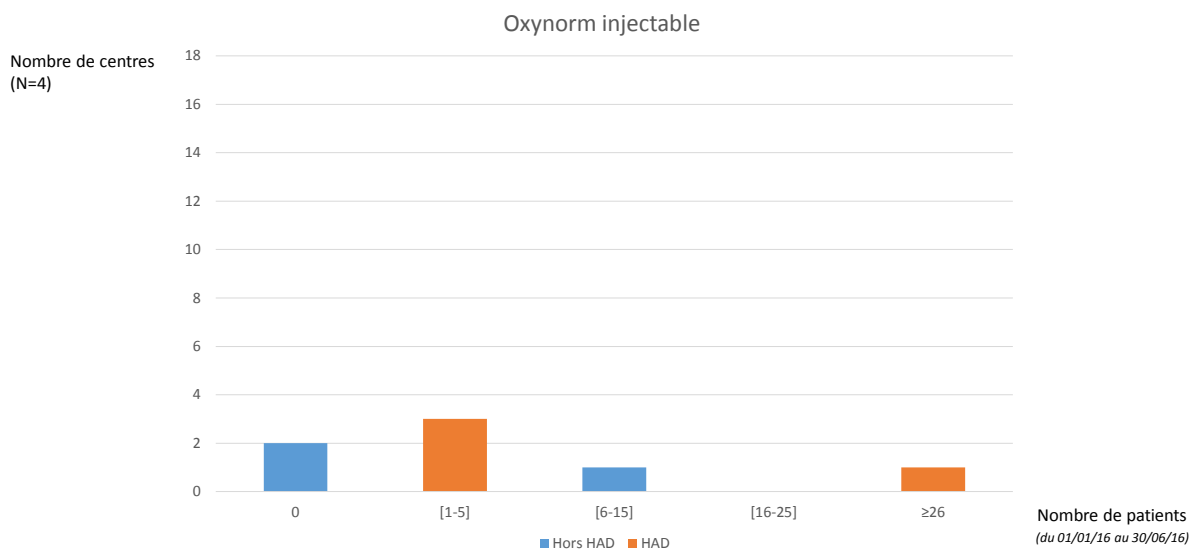
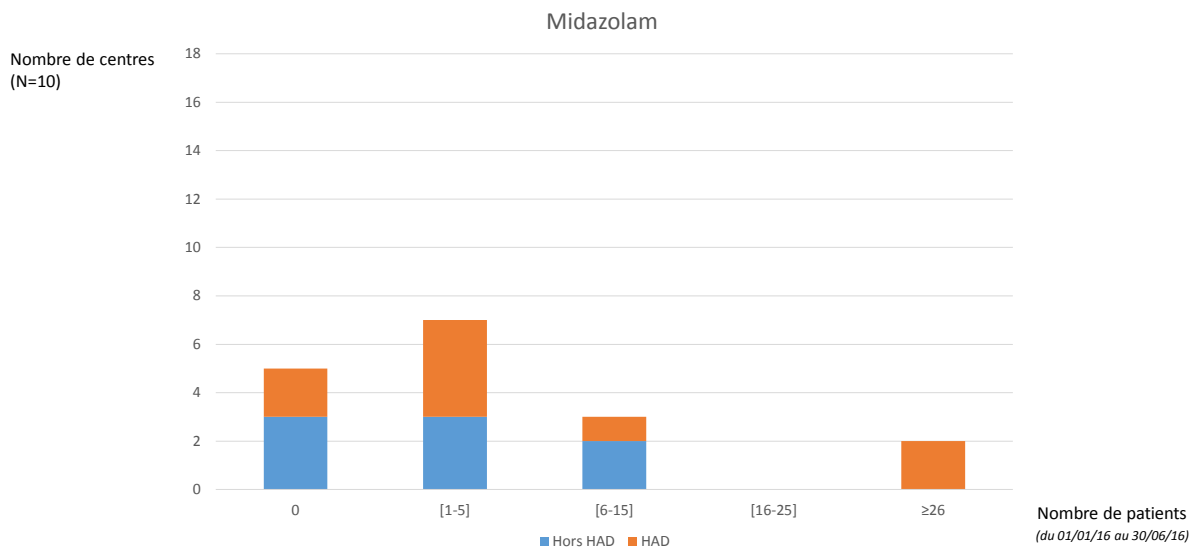
*D<sup>r</sup> G. Laval  
D<sup>r</sup> N. Michenot  
D<sup>r</sup> S. Moine*

*Octobre 2016*









## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : [sfap@sfap.org](mailto:sfap@sfap.org) - <http://www.sfap.org> - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008