

## SOINS DE SUPPORT

# La Douleur en Cancérologie Niveau 2

## OBJECTIFS OPÉRATIONNEL ET PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

À l'issue de la formation, l'apprenant sera capable de :

- Connaître les techniques d'analgésie périmédullaire au long cours (péridurale et intrathécale)

Pour atteindre l'objectif opérationnel, l'apprenant devra :

- Faire le point sur les douleurs cancéreuses rebelles en phase avancée et les douleurs séquellaires du cancer



## THÈMES DU PROGRAMME

### Mise au point sur les douleurs cancéreuses rebelles en phase avancée

- Recommandations de l'ANSM sur les douleurs réfractaires évolutives
- Place de l'intrathécal

### Mise au point sur les douleurs séquellaires du cancer

- Prise en charge psychologique
- Traitements médicamenteux
- Positionnement des soignants



## PRÉREQUIS

- Avoir suivi la formation « Douleur en cancérologie » de 3 jours



## PUBLICS CONCERNÉS

- Aide-soignant, infirmier, kinésithérapeute, manipulateur et médecin



## MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques issus des recommandations ANSM et standards options recommandations de la douleur
- Atelier pratique, analyse de cas concrets
- Jeux de rôles et partages d'expériences
- Point sur ses pratiques professionnelles



## MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pré et post test

### DATES

Le 27 novembre 2023

### DURÉE

1 jour soit 7 heures

### LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

### NOMBRE DE PARTICIPANTS

16 personnes

### FRAIS D'INSCRIPTION

500 €

Déjeuner inclus (5€/jour/pers.)

## INTERVENANTS

- Infirmière experte douleur
- Médecin
- Médecin référent douleur
- Psychologue

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Formation commune avec salariés du Centre Léon Bérard
- 1 professionnel formé en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : 4 / 4

**Vous êtes professionnel de santé libéral ou salarié exerçant en centre de santé conventionné ?  
Pour bénéficier de votre prise en charge : créez votre compte personnel sur le site [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)**

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Formation choisie :**

**Date :**

**Participant :** ☐ Salarié ☐ Etablissement de santé public ou privé ☐ Centre de soins conventionné  
☐ Libéral (>50%) ☐ Mixte

**NOM :**

**Nom de jeune fille :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Profession :

N° Siret :

Nom du directeur :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse de facturation :

Tel professionnel :

Tel domicile :

Email :

Numéro ADELI :


Numéro RPPS :

**Règlement :** ☐ Prise en charge individuelle.  
☐ Prise en charge par l'établissement.

☐ Je suis en situation de handicap *(Notre équipe vous contactera au besoin)*

**Bulletin à retourner à :**

**CENTRE LEON BERARD**  
**Institut de formation**  
**28 rue Laennec - 69373 LYON Cedex 08**

 04 78 78 59 82

 [institut.formation@lyon.unicancer.fr](mailto:institut.formation@lyon.unicancer.fr)

**L'inscription à la session sera effective à la réception  
de ce bulletin d'inscription.**

**Pour accord, date et signature :**

**Je souhaite recevoir des informations :**

- ☐ de l'Institut de Formation
- ☐ du Centre Léon Bérard (newsletter mensuelle, invitation,...)