

**UTILISATION
DU CARNET
DE BORD
DE LA DOULEUR
DU CANCER**

Comment
optimiser
la prise en charge
de la douleur
de vos patients
cancéreux

Esther Soyeux

Sylvie Rostaing-Rigattieri

Françoise Laroche

EDITIONS **IC**
scientifiques &

VILLE
lutter contre
la douleur
HÔPITAL

— mundipharma —
ANTALGIE

2 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

Rédaction

Coordination et direction du projet

Dr Esther Soyeux

Médecin généraliste, orientation douleur,
coordinatrice du Réseau « Lutter
contre la douleur » (LCD), Paris.
<http://www.reseau-lcd.org>

Auteurs

Dr Esther Soyeux

Médecin généraliste, orientation douleur,
coordinatrice du Réseau « Lutter
contre la douleur » (LCD), Paris.
<http://www.reseau-lcd.org>

Dr Sylvie Rostaing-Rigattieri

Anesthésiste réanimateur,
responsable du Centre d'évaluation
et de traitement de la douleur,
hôpital Saint-Antoine, Paris.

Dr Françoise Laroche

Rhumatologue,
Centre d'évaluation et de traitement
de la douleur, hôpital Saint-Antoine,
coordinatrice adjointe du Réseau LCD, Paris.

Ce document, qui vous est remis avec plusieurs exemplaires du « carnet de bord de la douleur du cancer » destiné à votre patient, a pour objectif de vous aider dans votre prescription d'antalgiques de palier 3 (opioïdes forts). C'est un support qui vous sera utile pour dialoguer avec votre patient et pour ajuster au mieux son traitement. Une relation de confiance sera alors plus facilement engagée.

Vous êtes médecin généraliste...

■ ■ ■ **E**T DONC susceptible de répondre aux attentes des patients souffrant de douleurs cancéreuses, du fait de votre proximité et du lien privilégié que vous avez créé avec le patient. Dans la mesure où vous n'êtes pas directement impliqué dans le traitement curatif, les questions que vous poserez les patients seront plus volontiers tournées vers le soulagement des symptômes, dont la douleur. Le cancérologue aura, lui, à éclairer vos patients sur le traitement étiologique de la maladie cancéreuse (médicaments, effets indésirables, réponses thérapeutiques...).

Le cancer, (tumeur primitive ou métastases) représente la cause de douleur la plus fréquente. En France, tous stades de cancer confondus, 57 % des patients présentent une douleur et 70 % sont douloureux en phase terminale. On estime aujourd'hui à 800 000 le nombre de personnes vivant avec une douleur liée au cancer ou à une séquelle des traitements.

« Avez-vous des douleurs ? » doit être aujourd'hui une question systématique du médecin généraliste à son patient. Près de 20 % des patients ne parlent pas spontanément de leur douleur, même si elle est intense !

Dès qu'elle devient persistante et quotidienne, la douleur doit être traitée préventivement et à heure fixe, car la douleur non soulagée diminue les capacités de penser, d'agir, enfreint le droit du patient à participer à ses soins et peut aboutir à une perte d'autonomie. Pourtant, avec une stratégie de prise en charge simple, basée sur une hiérarchie thérapeutique en fonction de l'intensité douloureuse, 80 % à 90 % des douleurs cancéreuses peuvent être soulagées.

Qu'elles soient dues à la maladie ou induites (ponctions, biopsies, actes chirurgicaux, chimiothérapies, radiothérapies), les douleurs des patients cancéreux doivent être identifiées, anticipées et traitées car leur soulagement évite leur chronicisation et améliore la qualité de vie des patients. Les accès douloureux prévisibles (à la mobilisation, par exemple) doivent être anticipés grâce un traitement préventif. Plus le traitement de fond est efficace, plus les patients se mobilisent. Une adaptation thérapeutique régulière est donc nécessaire pour obtenir une efficacité optimale.

L'objectif n'est pas uniquement le soulagement, il est également de permettre le retour à une vie « normale », non limitée par la douleur ou les effets indésirables des traitements antalgiques.

C'est l'intensité de la douleur et non la gravité de la maladie qui justifie la prescription d'un opioïde fort. Les opioïdes forts sont d'utilisation et de prescription simple.

4 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

Quels sont les mécanismes des douleurs cancéreuses (nociceptives, neuropathiques, mixtes) ?

Toute douleur chez un patient cancéreux doit faire rechercher a priori une origine tumorale (tumeur primitive, extension loco-régionale ou métastase), même si d'autres causes coexistent (séquelles, conséquences des traitements). La douleur peut être transitoire ou devenir chronique, et différents mécanismes peuvent coexister chez un même patient.

Il faut distinguer :

- La douleur de fond, qui est une douleur présente de façon continue.
- La douleur induite qui est provoquée par des soins, par des traitements ou des examens
- L'accès douloureux qui apparaît spontanément ou suite à des facteurs déclenchants (mobilisation, soins...)
- Les « accès douloureux prévisibles » qui sont des douleurs nociceptives liées à une action volontaire du patient (marche, mouvement, alimentation, digestion, défécation, miction, etc.). Ces douleurs peuvent être anticipées.

Les mécanismes physiopathologiques de la douleur déterminent la stratégie thérapeutique. On distinguera :

■ **Les douleurs nociceptives** qui sont liées à une stimulation des nocicepteurs d'origine mécanique ou inflammatoire. La topographie est régionale et l'examen neurologique normal. L'examen clinique reproduit parfois la douleur spontanée : mobilisation

douloureuse de segments osseux métastatiques, hépatalgie tumorale sensible à la palpation... Ces douleurs sont en rapport avec un envahissement tumoral. Le patient parle de sensation de « tiraillement », de « déchirure », de « torsion », d'« arrachement », de « pesanteur »...

■ **Les douleurs neuropathiques** qui sont liées à un dysfonctionnement ou à une lésion du système nerveux périphérique (plexus, tronc, racine) ou central. Elles peuvent être lésionnelles (compression ou infiltration tumorale, inflammation...) ou séquellaire (chirurgie, chimiothérapie, après levée d'une compression tumorale...). Elles représentent environ 30 % des syndromes douloureux en cancérologie. Leur diagnostic est essentiellement clinique, l'imagerie peut permettre de visualiser une lésion du système nerveux et d'établir une corrélation anatomoclinique, mais n'est pas obligatoire pour le diagnostic. L'EMG peut venir étayer le diagnostic, mais il ne s'agit pas d'un examen de routine, et il peut être normal alors qu'il existe une douleur neuropathique : il ne doit donc pas être systématique.

La topographie de la douleur peut-être souvent évocatrice de douleur :

- radiculaire ou tronculaire ;
- touchant les extrémités dans les polyneuropathies postchimiothérapie ;
- au voisinage d'une cicatrice.

La description faite par les patients est souvent explicite. Il existe une composante continue, (à type de brûlure, d'étouffement, d'arrachement...) des fulgurances (décharges électriques, coups de poignard...) ou des dysesthésies (fourmillements, picotements).

L'examen clinique neurologique retrouve des signes de troubles de la sensibilité superficielle (hypoesthésie, anesthésie) souvent associés à des signes d'hyperesthésie (alldynie, hyperalgésie) dans le territoire douloureux.

Ces douleurs doivent être recherchées systématiquement. Un questionnaire validé de dépistage, tel le DN4 d'utilisation simple (questionnaire douleur neuropathique), peut être employé.

■ **Les douleurs mixtes** (nociceptives et neuropathiques), qui sont assez fréquentes.

Les composantes des douleurs mixtes peuvent être associées ou se succéder dans le temps. Leur complexité nécessite une fréquente réévaluation.

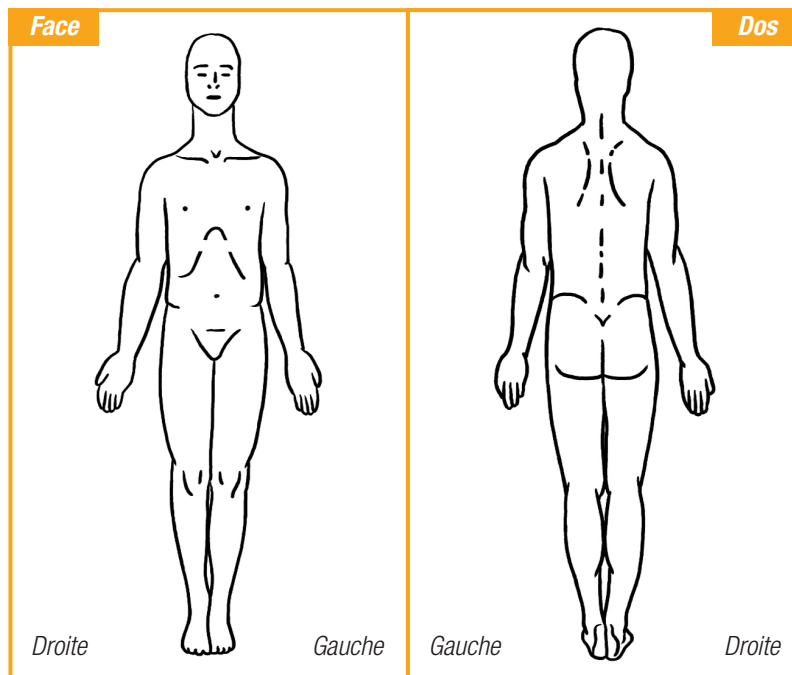
6 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

Pourquoi et comment évaluer la douleur ?

Pour chaque douleur, la topographie, les irradiations, le mode d'apparition, l'ancienneté, et le rythme évolutif devront être précisés. Les échelles et questionnaires suivants sont reproduits dans le carnet de bord de la douleur que vous pourrez remettre à vos patients.

Topographie de la douleur

Le schéma des zones douloureuses permet d'orienter l'examen clinique et sera utile pour le suivi. Le patient indique dans son carnet de bord où se trouve la douleur habituelle en hachurant la ou les zone(s) concernée(s) sur le schéma.



Intensité de la douleur

L'intensité douloureuse est évaluée de préférence à l'aide d'échelles d'auto-évaluation. Les scores mesurés sur ces échelles permettent chez un même patient d'établir des comparaisons (évaluation d'un traitement), mais ne permettent pas des comparaisons entre individus.

Le traitement prescrit sera adapté à l'intensité de la douleur.

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur sont proposées :

- l'échelle visuelle analogique (EVA) ;
- l'échelle numérique (EN)
- l'échelle verbale simple (EVS).

Les réponses à une seule échelle sont suffisantes.

■ Échelle visuelle analogique (EVA)

La douleur est appréciée par le patient à l'aide d'un trait tracé sur une ligne de 100 mm (cf. schéma ci-dessous).

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous :

Pas de douleur

Douleur maximale imaginable



Une extrémité correspond à pas de douleur.

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante.

L'autre extrémité correspond à la douleur maximale imaginable.

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.

Le praticien retourne la réglette et lit au verso le niveau donné par le patient traduit sur une échelle graduée de 10 cm .

8 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

■ Échelle numérique (EN)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Pas de douleur</i>					<i>Douleur maximale imaginable</i>					

Le patient entoure ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de sa douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur » ; la note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

■ Échelle verbale simple (EVS)

Pour préciser l'importance de sa douleur, le patient répond en entourant la réponse correcte :

0 <i>Absente</i>	1 <i>Faible</i>	2 <i>Modérée</i>	3 <i>Intense</i>	4 <i>Extrêmement intense</i>
---------------------	--------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------

Ces scores ont été comparés au retentissement de la douleur :

- une EN ou EVA à 4 ou moins (sur 10) ou une EVS « faible » correspondent à des douleurs légères ;
- une EN ou EVA à 5 ou 6 correspond à une douleur modérée ;
- une EN ou EVA supérieure à 6 correspond à une douleur intense.

Ces échelles contribuent à une évaluation plus précise de la douleur. On évaluera :

- l'intensité de la douleur habituelle au repos ;
- l'intensité de la douleur à la marche ou lors d'activités physiques ;
- l'intensité de la douleur lors des accès douloureux, nombre/24 h et durée des accès douloureux ;
- l'intensité de la douleur après prise du traitement antalgique de secours lors d'un accès douloureux ainsi que le délai d'action et la durée de l'effet antalgique ;
- l'existence ou non de réveils liés à la douleur et intensité ressentie.

Qualificatifs de la douleur

Une liste de mots (QDSA : Questionnaire Douleur Saint Antoine) est proposée à votre patient pour décrire sa douleur. Ce questionnaire vous sera utile pour mieux identifier le mécanisme de cette douleur (Tableau page 9).

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 Extrêmement fort
Élancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Facteurs déclenchants de la douleur

On recherche les facteurs déclenchants, les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement des accès douloureux.

Pour les patients suivis pour des séquelles douloureuses, la récurrence se révèle souvent par :

- Un changement durable d'intensité de la douleur (par exemple insomniante) ;
- Un changement de tonalité ;
- Un changement d'irradiation ;
- Un changement de localisation ou l'augmentation du nombre de sièges douloureux ;
- Un échappement aux traitements.

10 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

La sémiologie initiale de la douleur sera consignée par écrit et la réévaluation sera systématique.
L'association à d'autres symptômes éventuels doit être recherchée et un examen clinique complet sera réalisé.

Retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

La mesure du retentissement de la douleur sur la vie quotidienne fait partie de l'évaluation des patients dans le cadre de leur prise en charge. En effet, il faut identifier précocement les facteurs qui peuvent chroniciser la douleur afin de les évoquer et de les traiter.

HUMEUR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

CAPACITÉ À MARCHER

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

TRAVAIL HABITUEL (Y COMPRIS À L'EXTÉRIEUR ET LES TRAVAUX DOMESTIQUES)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

RELATION AVEC LES AUTRES

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

SOMMEIL

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

GOÛT DE VIVRE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ne gêne pas

Gêne complètement

Quelle prise en charge de la douleur cancéreuse en médecine générale ?

On débute en général par un antalgique de palier 2 à posologie optimale. En cas d'inefficacité on passe à un antalgique de palier 3 (opioïdes forts). En cas de douleur intense ou très intense d'emblée (EN supérieur à 6), le recours aux opioïdes forts est autorisé.

Les opioïdes forts nécessitent une adaptation posologique individualisée. S'il n'y a pas de règle permettant d'estimer la posologie exacte à utiliser pour un patient donné, il existe une méthode pour rechercher, en toute sécurité, la posologie optimale : c'est le processus de titration. **Tant que l'on ne constate pas d'effets indésirables insupportables pour le patient et que le résultat antalgique n'est pas totalement satisfaisant, la posologie peut être augmentée. La titration (réajustement posologique) : peut se faire soit par une forme LP associée à une forme LI soit par une forme LI seule (malade fragile).**

Les opioïdes forts se présentent sous différentes formes :

- **Les formes à libération prolongée (LP)** : elles couvrent 12 h (2 prises par jour) ou 24 h (1 prise par jour) à heures fixes et il faut réévaluer la posologie toutes les 24 h en phase de titration ; il existe également une forme transdermique sous forme de patch dont la durée d'action est de trois jours. Cette forme n'est utilisable qu'en cas de douleurs stables.
- **Les formes à libération immédiate (LI)**, sont surtout utilisées pour traiter les accès douloureux paroxystiques (interdoses) chez un patient déjà traité par une forme à libération prolongée. Habituellement, la posologie de l'interdose correspond à 1/10^e de la dose quotidienne totale du traitement de fond.

Initiation d'un traitement par un opioïde fort

- Pour un patient adulte (posologie de départ) : forme LP possible d'emblée, dose minimale et à heure fixe ;
- Pour les patients fragiles (> 70 ans, insuffisance rénale ou hépatique, hypoalbuminémie profonde, grande cachexie) : débiter en réduisant d'au moins 50 % la posologie de départ usuelle. Prescrire de préférence une forme à libération immédiate (titration indispensable).

L'utilisation d'interdoses (doses de secours) doit être systématique. La plupart des patients cancéreux présentent des accès douloureux paroxystiques. Les délais d'action des opioïdes forts à Libération Immédiate sont variables : selon la molécule, la forme galénique, et la douleur du patient (variabilité interindividuelle).

Principe d'utilisation des interdoses d'opioïde fort : explications à donner au patient

- Prise d'interdoses si accès douloureux d'intensité modérée ou sévère (en définir le « niveau » avec le patient) ;
- Ne pas prendre d'interdose en cas de somnolence inhabituelle (peut signifier un début de surdosage) ;
- En règle générale, une interdose peut être prescrite toutes les 4 heures (en l'absence d'insuffisance rénale grave)
- En cas de douleur intense mal soulagée : l'interdose peut être donnée toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4 heures, en l'absence d'effet indésirable (sommolence excessive, vomissements, nausées). Le médecin doit être contacté si le patient n'est pas soulagé après ces 4 interdoses successives, et la situation clinique doit être réévaluée.

Effets secondaires des opioïdes forts : ce qu'il faut savoir

- La présence d'effets secondaires n'est pas synonyme de surdosage.
- Le myosis est un signe d'imprégnation morphinique.
- Le risque de surdosage est faible chez le patient cancéreux régulièrement suivi et évalué.
- La somnolence, les nausées, les vomissements apparaissent au début du traitement ; il faut alors prévoir un traitement symptomatique préventif et/ou curatif. Ces symptômes sont habituellement résolus au bout de quelques jours.
- Si la somnolence persiste, il faut rechercher un trouble métabolique (calcium, créatininémie, sodium, potassium, bilan hépatique) ou une potentialisation par des traitements associés (psychotropes) et compléter par un examen clinique.
- Le traitement de la constipation doit être systématique.
- Des hallucinations et cauchemars sont parfois possibles dans un contexte favorisant : polymédication par psychotropes, métastases cérébrales, irradiations cérébrales, grand âge, fin de vie avec grande altération de l'état général (AEG)...

Surdosage : ce qui doit alerter

- Une somnolence croissante.
- Une bradypnée (fréquence respiratoire < à 10/min).
- Une augmentation du temps de pause respiratoire.

« Mythes et croyances » sur les opioïdes forts

Bien prescrits et bien utilisés, les opioïdes n'induisent quasiment jamais de toxicomanie (dépendance psychique).

En revanche, les opioïdes forts entraînent une dépendance physique. Il ne faut jamais arrêter brutalement un traitement. Un syndrome de sevrage n'apparaît qu'en cas d'arrêt brutal des opioïdes. Lorsque la douleur diminue, il devient possible de diminuer progressivement les posologies, voire de passer aux antalgiques de palier 2.

L'utilisation des opioïdes forts n'est pas synonyme de fin de vie, contrairement à ce que pensent de nombreux patients.

Si des effets indésirables intolérables et incontrôlables apparaissent à l'augmentation des doses, il faut envisager de changer d'opioïde (« rotation d'opioïde »).

Des effets indésirables apparaissent parfois, en dehors d'une augmentation récente de posologie. Il faut alors rechercher un trouble métabolique, une pathologie intercurrente (une infection par exemple), une erreur de prise ou une diminution de la douleur (par exemple à la suite d'une radiothérapie pour métastase osseuse). Le traitement devient alors trop fortement dosé par rapport à la douleur résiduelle.

Une surveillance rapprochée est nécessaire : vigilance, évaluation de l'intensité de la douleur pour adapter les doses, et fréquence respiratoire si le patient est somnolent.

On peut éventuellement envisager de diminuer progressivement les morphiniques au long cours, quand le traitement spécifique du cancer est efficace.

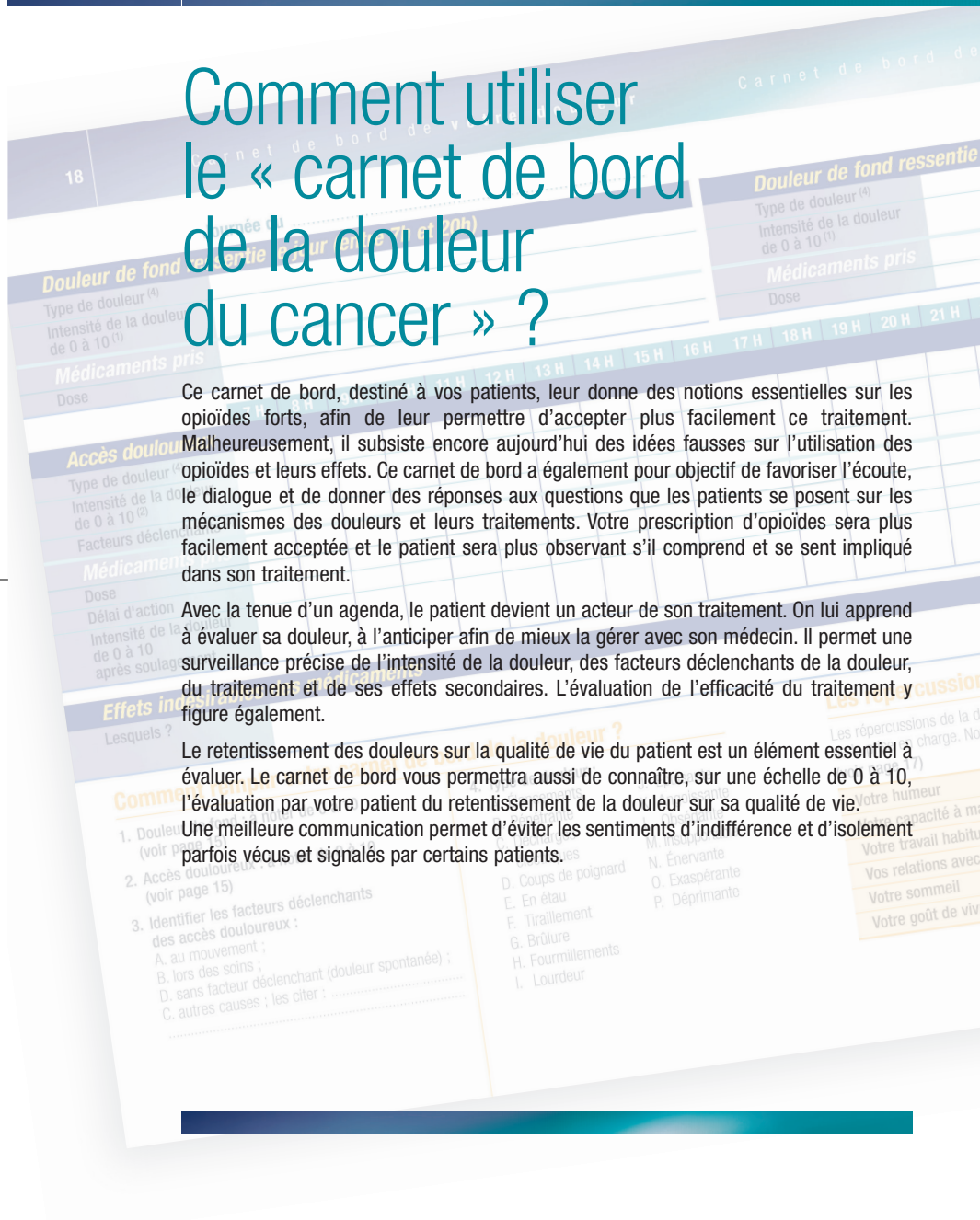
Les opioïdes forts peuvent être efficaces sur les douleurs neuropathiques, mais si elles ne sont pas soulagées, un traitement spécifique est nécessaire, reposant essentiellement sur les antidépresseurs et/ou les antiépileptiques.

Un traitement antalgique est considéré « d'efficacité optimale » lorsque :

- la douleur de fond est absente ou d'intensité faible ;
- il y a respect du sommeil ;
- il y a moins de quatre accès douloureux par jour ;
- l'efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux est supérieure à 50 % ;
- les activités habituelles sont possibles ;
- les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.

14 Comment optimiser la prise en charge de la douleur de vos patients cancéreux

Comment utiliser le « carnet de bord de la douleur du cancer » ?



Ce carnet de bord, destiné à vos patients, leur donne des notions essentielles sur les opioïdes forts, afin de leur permettre d'accepter plus facilement ce traitement. Malheureusement, il subsiste encore aujourd'hui des idées fausses sur l'utilisation des opioïdes et leurs effets. Ce carnet de bord a également pour objectif de favoriser l'écoute, le dialogue et de donner des réponses aux questions que les patients se posent sur les mécanismes des douleurs et leurs traitements. Votre prescription d'opioïdes sera plus facilement acceptée et le patient sera plus observant s'il comprend et se sent impliqué dans son traitement.

Avec la tenue d'un agenda, le patient devient un acteur de son traitement. On lui apprend à évaluer sa douleur, à l'anticiper afin de mieux la gérer avec son médecin. Il permet une surveillance précise de l'intensité de la douleur, des facteurs déclenchants de la douleur, du traitement et de ses effets secondaires. L'évaluation de l'efficacité du traitement y figure également.

Le retentissement des douleurs sur la qualité de vie du patient est un élément essentiel à évaluer. Le carnet de bord vous permettra aussi de connaître, sur une échelle de 0 à 10, l'évaluation par votre patient du retentissement de la douleur sur sa qualité de vie.

Une meilleure communication permet d'éviter les sentiments d'indifférence et d'isolement parfois vécus et signalés par certains patients.

1. Douleur (voir page 14)
2. Accès douloureux (voir page 15)
3. Identifier les facteurs déclenchants des accès douloureux :
 - A. au mouvement ;
 - B. lors des soins ;
 - D. sans facteur déclenchant (douleur spontanée) ;
 - C. autres causes ; les citer :

- D. Coups de poignard
- E. En étou
- F. Tiraillement
- G. Brûlure
- H. Fourmillements
- I. Lourdeur
- N. Énervante
- O. Exaspérante
- P. Déprimante

- Les répercussions de la douleur sur :
- 1. votre humeur
 - 2. votre capacité à travailler
 - 3. votre capacité à faire votre travail habituel
 - 4. vos relations avec votre famille
 - 5. votre sommeil
 - 6. votre goût de vivre

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève OMS ; 1987.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse : complété par une analyse des problèmes liés à la mise à disposition des opioïdes. Genève OMS ; 1997.
3. Rostaing-Rigattieri S, Rousselot H, Krakowski I *et al.* Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour : place des opioïdes forts (morphine orale exclue) et rotation des opioïdes. Bull Cancér. 2003 Aug. Sep ; 90 (8-9) : 795-806.
4. Krakowski I, Théobald S, Collin E *et al.* Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour rapport intégral (en ligne www.fnclcc.fr).
5. Delorme T, Wood C, Bataillard A *et al.* Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Validation du rapport original : mai 1995. Validation de la mise à jour : septembre 2003.
6. Bouhassira D, Aittal N, Alchaar H, Boureau F *et al.* Comparaison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4).
7. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, février 1999.
8. Laroche F, Rostaing-Rigattieri S, Soyeux E *et al.* La douleur - Guide d'un réseau pluridisciplinaire. Éditions scientifiques L&C, novembre 2006.
9. Boureau F. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs. Module 6, 2^e édition. Paris, Medline éditions 2004 : 475 p.
10. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment : global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singapore 1994 ; 23 (2) : 129-138.
11. Commission d'orientation sur le cancer. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la Santé. Janvier 2003.
12. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief : a universal human right. Pain 2004 ; 112 (1-2) : 1-4.
13. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982 ; 50 (9) : 1913-1918.
14. Foley KM. Clinical assessment of cancer pain. Acta Anaesthesiol Scand Suppl 1982 ; 74 : 91-6.
15. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ *et al.* Mood states of oncology outpatients : does pain make a difference ? J Pain and Symptom Manage. 1995 ; 10 (2) : 120-128.
16. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas *et al.* The epidemiology of cancer pain. Cancer Invest 2005 ; 23 (2) : 182-90.
17. Larue F, Colleau SM, Fontaine A *et al.* Oncologists and primary care physician's attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. Cancer 1995 ; 76 (11) : 2375-82.
18. Larue F, Colleau SM, Brasseur L *et al.* Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995 ; 310 (6986) : 1034-1037.
19. Page GG, Ben-Eliyahu S. The immune-suppressive nature of pain. Semin Oncol Nurs 1997 ; 13 (1) : 10-15.
20. Smith WC, Bourne D, Squair J *et al.* A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. Pain 1999 ; 83 (1) : 91-95.
21. Vainio A. Treatment of terminal cancer pain in France : a questionnaire study. Pain 1995 ; 62 (2) : 155-62.

EDITIONS *IC*
scientifiques & C

© Brain Storming SAS

122, avenue du Général Leclerc
75014 Paris

Directeur des publications : Dr Pierrick Couturier
Conception graphique, mise en pages : Jacques Michel
Coordination et suivi technique : Laureen Cochelin
Relecture : Chantal Nicolas
Imprimé en UE
ISBN : 2-915442-88-6
Dépôt légal : janvier 2007



MUN 1206/1 – Édition janvier 2007 (exemplaire médecin)

