

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU CANCER

1. La formation sur la douleur, cancéreuse ou non, doit être intégrée au programme des études universitaires et postuniversitaires (accord d'experts).
2. Les médecins doivent évaluer la douleur des malades et leur apporter le soulagement optimal tout au long de la maladie (accord d'experts).
3. Les médecins doivent expliquer aux malades et à leur famille que la majorité des douleurs peut être contrôlée sans risques et avec efficacité (niveau de preuve A).
4. Les médecins doivent informer les malades et leur famille des étapes du traitement de la douleur. Si les malades le désirent, ils peuvent être encouragés à participer à leur traitement (accord d'experts).
5. La réglementation sur la délivrance des stupéfiants ne doit pas nuire à une bonne prise en charge de la douleur (accord d'experts).
6. A efficacité égale, les médecins doivent privilégier les techniques antalgiques les moins invasives (accord d'experts).
7. La plainte du malade est la première source d'évaluation de la douleur (niveau de preuve B).
8. Les équipes soignantes doivent pratiquer un interrogatoire systématique axé sur la douleur (accord d'experts).
9. Les soignants doivent disposer d'échelles d'évaluation simples, d'un usage facile et rapide. Ils doivent évaluer l'efficacité du contrôle de la douleur à intervalles réguliers dès le début et après chaque modification du traitement (accord d'experts).
10. Les informations sur la douleur doivent être consignées dans un document accessible à tous les intervenants impliqués dans la prise en charge du malade (accord d'experts).
11. Les médecins et les infirmières peuvent apprendre au malade et à sa famille à utiliser les échelles d'évaluation à domicile pour assurer le meilleur suivi possible (accord d'experts).
12. L'évaluation initiale doit comporter (accord d'experts) :
 - un historique précis avec une description des caractéristiques et de l'intensité de la douleur,
 - une étude de la séméiologie associée au syndrome douloureux,
 - un examen physique complet et les examens paracliniques utiles,
 - l'évaluation des conséquences psycho-sociales de la maladie et de la douleur.
13. Les médecins doivent avoir une bonne connaissance des syndromes douloureux courants. Le diagnostic précoce hâte la prise en charge thérapeutique et diminue la morbidité liée aux douleurs mal contrôlées (niveau de preuve B).
14. Des modifications de la douleur ou l'apparition d'une douleur nouvelle doivent entraîner une nouvelle démarche d'évaluation et de diagnostic pour adapter le traitement (accord d'experts).
15. La prise en charge du malade cancéreux douloureux doit être personnalisée (niveau de preuve A).
16. La prescription la moins contraignante et les modalités thérapeutiques les plus simples doivent être utilisées en première intention (accord d'experts).
17. Le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être utilisés pour traiter les douleurs cancéreuses faibles ou modérées, sauf contre-indications (niveau de preuve A).
18. Lorsque la douleur persiste ou augmente, un opioïde faible doit être ajouté (niveau de preuve A).

19. Il faut augmenter la dose ou prescrire un opioïde plus puissant si la douleur persiste (niveau de preuve A).
20. Les médicaments doivent être administrés à doses suffisantes, à horaires fixes, tout en prévoyant des doses "à la demande" en cas d'accès douloureux inopinés (niveau de preuve A).
21. La morphine orale est le médicament fondamental du traitement des douleurs cancéreuses quel que soit le stade évolutif de la maladie (niveau de preuve A).
22. Les malades recevant un traitement opioïde de type agoniste ne doivent pas prendre un traitement agoniste-antagoniste simultanément. Cela pourrait augmenter la douleur et même produire un syndrome de manque (niveau de preuve B).
23. L'accoutumance et la dépendance physique aux opioïdes sont possibles lors d'un traitement à long terme alors que le risque de dépendance psychologique est considéré comme nul accord d'experts).
24. La voie orale doit être privilégiée chaque fois que possible pour l'administration des antalgiques car elle est efficace et commode (accord d'experts).
25. Lorsque les malades ne peuvent pas prendre de traitement per os, la voie rectale peut être utilisée parce qu'elle est peu agressive. La voie transdermique, non encore commercialisée en France, a les mêmes avantages (accord d'experts).
26. Lorsque les malades ne peuvent pas prendre de traitement per os, les voies sous-cutanées ou intraveineuses continues, si possible par pompes portables autorisant l'antalgie auto-contrôlée, sont une alternative (accord d'experts).
27. La voie intramusculaire doit être évitée car elle est douloureuse et conduit à une absorption imprévisible des médicaments (niveau de preuve B).
28. Une administration des médicaments par voie intrathécale peut être proposée après échec des opioïdes par voie systémique et des coantalgiques. Cette méthode ne doit être mise en oeuvre qu'après s'être assuré que le suivi régulier pourra être effectué par un médecin entraîné (accord d'experts).
29. Les effets secondaires des opioïdes sont reconnus comme très variables d'un malade à l'autre et doivent être prévenus (niveau de preuve B).
30. La constipation est l'effet indésirable commun aux traitements prolongés par opioïdes. Elle doit être prévenue et contrôlée en permanence (niveau de preuve B).
31. La naloxone, lorsqu'elle est indiquée pour lever une dépression respiratoire, doit être titrée jusqu'à disparition de la dépression respiratoire mais pas de l'antalgie (niveau de preuve B).
32. L'utilisation de coantalgiques est recommandée à chaque niveau de l'échelle antalgique OMS (niveau de preuve A).
33. Les placebo n'ont pas leur place dans le traitement de la douleur cancéreuse (accord d'experts).
34. Le malade doit avoir une ordonnance explicite à propos du caractère continu de son traitement antalgique et sur la possibilité de prises supplémentaires "à la demande" (niveau de preuve A).
35. Les préoccupations d'ordre psycho-social doivent être prises en compte systématiquement et le plus précocement possible. Ces préoccupations ne peuvent se substituer aux traitements médicamenteux (niveau de preuve A).
36. Devant toute difficulté dans la démarche thérapeutique, le médecin doit se poser la question de la psychopathologie du sujet malade et de son impact soit sur la douleur elle-même, soit sur les liens aux prescripteurs ou aux traitements proposés (accord d'experts).
37. Le malade doit bénéficier d'une information sur l'efficacité des traitements antalgiques en précisant tout particulièrement l'absence de risque de toxicomanie (niveau de preuve B).

38. Si un syndrome dépressif fait sa preuve par ses symptômes et sa durée, il convient de faire appel à un psychiatre (accord d'experts).
39. En dehors de toute psychopathologie, le cancer, les traitements, la douleur et la crise de sens qu'ils génèrent peuvent créer une situation de marasme dont il convient de confier l'écoute à un psychiatre ou un psychologue (accord d'experts).
40. Les problèmes sociaux peuvent entretenir ou aggraver la douleur et méritent une prise en charge par les assistantes sociales (accord d'experts).
41. L'amélioration de la qualité de vie justifie l'intervention de conseillers compétents dans les domaines de la diététique, de l'appareillage des stomies et des prothèses entre (accord d'experts).
42. La stimulation électrique transcutanée n'a d'intérêt que dans les douleurs d'origine neurogène (accord d'experts).
43. Les malades souhaitant être traités par acupuncture doivent être informés du fait que cette technique n'a encore jamais fait ses preuves dans les douleurs (accord d'experts).
44. L'application de chaud ou de froid peut apporter un soulagement au malade douloureux (niveau de preuve C).
45. Les massages peuvent permettre de soulager les douleurs liées aux contractures, aux spasmes musculaires et aux lymphoedèmes. Cette méthode thérapeutique doit être assurée par un spécialiste expérimenté (accord d'experts).
46. Lors des alitements prolongés, il convient de prévoir une mobilisation prenant en compte les phénomènes douloureux par un kinésithérapeute (niveau de preuve B).
47. Les propositions d'activité faites au malade doivent tenir compte de son mode de vie habituel, autant que de son handicap (accord d'experts).
48. Les blocs neurolytiques des nerfs périphériques et les interventions neurochirurgicales ablatives doivent être réservés, sauf de rares exceptions, aux malades chez lesquels les autres approches thérapeutiques sont inefficaces, mal tolérées ou contre-indiquées (accord d'experts).
49. Le médecin doit avant tout geste de neurolyse (accord d'experts) :
 - faire un diagnostic physiopathologique précis de la douleur afin de pratiquer le bloc nerveux le plus approprié,
 - sélectionner les malades capables de comprendre le choix thérapeutique et de coopérer tout au long du traitement,
 - s'informer des possibilités de suivi du malade,
 - ne pas hésiter à utiliser les moyens paracliniques (radiologiques en particulier) disponibles pour garantir la précision de la neurolyse.
50. En cas de sédation complète des douleurs après une neurolyse, la morphinothérapie ne doit pas être arrêtée brutalement afin d'éviter l'apparition d'un syndrome de sevrage (niveau de preuve B).
51. Pour tous les malades, les conditions de réalisation d'un acte invasif doivent tenir compte du niveau de douleur et d'anxiété que cet acte est susceptible d'engendrer et de certains facteurs individuels : âge, état émotionnel, condition physique, etc. (niveau de preuve B).
52. Il faut envisager une sédation pour les actes les moins douloureux qui nécessitent une coopération des malades, pour qu'ils restent calmes, en particulier chez les enfants de moins de 6 ans et pour les malades aux fonctions cognitives altérées (accord d'experts).
53. Toute sédation doit être effectuée dans des conditions strictes de sécurité (accord d'experts).
54. Une attention toute particulière doit être apportée dans l'évaluation et le traitement de certains groupes de malades : les jeunes et les personnes âgées, les malades avec des

- fonctions cognitives altérées, les toxicomanes, les personnes ne maîtrisant pas parfaitement la langue française (accord d'experts).
55. L'observation comportementale doit être la première évaluation effectuée chez l'enfant ne pouvant correctement communiquer verbalement. Elle doit être utilisée en complément pour les enfants et les adultes dont les fonctions cognitives sont atteintes (accord d'experts).
 56. Après administration d'opioïdes, les nouveau-nés doivent être suivis soigneusement car leur clairance aux opioïdes est allongée, leur barrière hémato-encéphalique plus perméable, ce qui augmente potentiellement la sédation et la dépression respiratoire (niveau de preuve A).
 57. L'existence d'une douleur incontrôlée doit être évoquée systématiquement en présence d'un symptôme psychiatrique nouveau (accord d'experts).
 58. Parce que les malades cancéreux toxicomanes peuvent avoir une mauvaise prise en charge de leurs douleurs, ils doivent être suivis par des médecins compétents dans le domaine de la douleur et dans celui de la toxicomanie (accord d'experts).
 59. Les antalgiques non opioïdes ne doivent pas se substituer aux opioïdes pour le traitement des douleurs sévères chez les toxicomanes (accord d'experts).
 60. Chez le malade cancéreux âgé, un comportement psychiatrique jusqu'alors inconnu doit faire évoquer la survenue d'une douleur incontrôlée (accord d'experts).
 61. Les personnes âgées sont plus vulnérables aux surdosages médicamenteux. Les mesures invasives de lutte contre la douleur ont les mêmes indications que chez les malades plus jeunes (accord d'experts).
 62. Une douleur incontrôlée, une idée de suicide, une demande de mort assistée ou d'euthanasie doivent conduire à une prise en charge particulièrement assidue (accord d'experts).
 63. Les règles et les recommandations de traitement doivent être les mêmes chez les malades séropositifs ou atteints de SIDA et chez les malades cancéreux (accord d'experts).
 64. Des outils d'évaluation doivent être déterminés dans les institutions pour évaluer les pratiques de contrôle de la douleur. Dans tous les lieux où des malades cancéreux sont traités, un contrôle de qualité de la prise en charge de la douleur devrait être effectué (niveau de preuve C).
 65. Un contrôle de qualité de la prise en charge de la douleur devrait être effectué à chaque changement de lieu de soins (par exemple, de l'hôpital au domicile) pour s'assurer que le traitement de la douleur est maintenu à un bon niveau (niveau de preuve C).
 66. Dans tous les lieux où des malades cancéreux sont pris en charge, un soignant responsable de la prise en charge de la douleur devrait être désigné (niveau de preuve C).
 67. Les techniques antalgiques spécialisées doivent être utilisées sous couvert de protocoles définissant avec précision des modalités de suivi acceptables pour le malade et la place exacte que les soignants doivent tenir dans ce suivi (niveau de preuve C).
 68. La recherche fondamentale et clinique dans le domaine de la douleur doit être favorisée (accord d'experts).

