



Managing Advanced
Cancer Pain Together

Prendre en charge ensemble la douleur liée au cancer à un stade avancé (MACPT)

Guide spécialisé

www.macpt.eu

Experts rédacteurs

Dr Barry Quinn (Président)

Directeur adjoint des services infirmiers¹ / Maître de conférence associé^{2,3}

¹Chelsea & Westminster NHS Foundation Trust, Royaume-Uni ; ²King's College de Londres, Royaume-Uni ; ³University of Surrey, Royaume-Uni

Professeur Dr Diana Lüftner

Consultant senior, Charité, Allemagne

Dr Mario Di Palma

Chef du Département Ambulatoire, Gustave Roussy, France

M. Lawrence Drudge-Coates

Infirmier clinicien spécialisé en uro-oncologie/Maître de conférences honoraire, King's College Hospital NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

Dr Lissandra Dal Lago

Chef de service associée, oncologie médicale, Institut Jules Bordet, Belgique

Mme Susan Dargan

Chef d'équipe/Infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs et accompagnement de l'Institut Macmillan, Ashford and St Peters Hospital NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

Table des matières

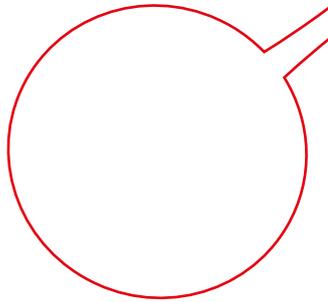
1.0	Introduction	1
1.1	Objectifs de ce guide	1
1.2	Prévalence de la douleur liée au cancer à un stade avancé	1
1.3	Insuffisances concernant le traitement de la douleur liée au cancer à un stade avancé	2
1.4	Adopter une approche holistique	2
1.5	L'importance de la communication	2
2.0	Évaluation de la douleur liée au cancer à un stade avancé	4
2.1	Quand évaluer la douleur ?	4
2.2	Classification de la douleur	5
2.3	Outils d'évaluation de la douleur	5
2.4	Connaitre les antécédents	6
2.5	Évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de déficiences cognitives	7
2.6	Utilisation de l'évaluation	7
2.7	Utilisation de l'outil d'entretien MACPT	7
3.0	Prise en charge de la douleur liée au cancer à un stade avancé	8
3.1	Prévention	8
3.2	Stratégies de prise en charge de la douleur axées sur la personne	8
3.3	Approches non pharmacologiques	9
3.3.1	Exercice physique	9
3.3.2	Autres approches thérapeutiques	9
3.3.3	Soutien psychologique	9
3.3.4	Psychothérapie	9
3.4	Approches pharmacologiques	9
3.5	Approches oncologiques	11
3.6	Métastases osseuses	11
3.7	Douleur réfractaire (résistante)	11
4.0	Mettre au point un programme thérapeutique	12
5.0	Conclusion	13
5.1	Éléments à retenir	13
	Bibliographie	14
	Notes	15
	Annexe 1 : L'outil de conversation MACPT	17

Experts relecteurs

Professeur Dame Lesley Fallowfield, Sussex Health Outcomes Research & Education in Cancer, Royaume-Uni

Mme Naomi Fitzgibbon, Irish Cancer Society, Irlande

Professeur agrégé Samuel Vokurka, University Hospital Pilsen, République tchèque



1.0 Introduction

La plupart des personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé sont confrontées à un certain niveau de douleur mais, en réalité, cette douleur n'est pas forcément détectée, identifiée, ou n'est pas toujours suffisamment signalée. Même lorsque la douleur a été signalée, elle est fréquemment mal ou trop peu traitée, ce qui a impact important sur la Qualité de Vie (QdV) des personnes atteintes de cancer à un stade avancé.

Beaucoup de personnes souffrant de douleurs liées à un cancer à un stade avancé n'auront jamais besoin de voir un spécialiste de la douleur, celle-ci pouvant être bien prise en charge par l'hôpital ou l'établissement de soins de proximité, par l'équipe oncologique ou le médecin traitant. Ce guide vise à fournir à tous les membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire les connaissances nécessaires pour pouvoir évaluer et prendre en charge la douleur liée au cancer à un stade avancé, dans le cadre de leur pratique clinique quotidienne. En matière de soins, la meilleure pratique consiste à adopter une approche holistique et axée sur la personne, en débutant par une discussion approfondie afin d'explorer tous les aspects de la douleur.

Le groupe Prendre en charge ensemble la douleur liée au cancer à un stade avancé (Managing Advanced Cancer Pain Together - **MACPT**) est un groupe pluridisciplinaire rassemblant des spécialistes de la prise en charge de la douleur liée au cancer qui, en s'appuyant sur leur expertise et des recommandations actuelles en matière de meilleures pratiques, proposent des conseils concernant la prise en charge de la douleur dans le cadre du cancer à un stade avancé.

Bien que les traitements anticancéreux aient progressé, que les gens vivent plus longtemps, et que les soins palliatifs soient plus accessibles ; la prise en charge de la douleur reste problématique. La douleur reste mal comprise, insuffisamment signalée et souvent insuffisamment traitée, induisant des souffrances évitables.

Il existe de nombreuses directives relatives à la prise en charge de la douleur en général^{1,2} et au domaine du cancer en particulier.³⁻⁷ Cependant, concernant la prise en charge de la douleur en cas de cancer à un stade avancé, il existe peu de publications proposant des conseils qui soient applicables en pratique clinique et intègrent également une approche holistique et axée sur la personne. La prise en charge de la douleur liée au cancer à un stade avancé peut être plus problématique que celle du cancer localisé ; ce en raison de son extension métastatique qui vient s'ajouter à l'impact psychologique du vécu quotidien de la maladie.

Ce guide adopte une approche axée sur la personne pour l'évaluation, la prévention et le traitement de la douleur liée au cancer à un stade avancé. Il se penche sur toutes les facettes de la prise en charge de la douleur, notamment sur ses aspects physiques, sociaux, émotionnels et spirituels. L'utilisation d'outils existants et validés, sera proposée le cas échéant.

Ce guide, ainsi que l'outil de conversation MACPT qui l'accompagne, sont également disponibles, gratuitement, sur www.macpt.eu. Ce site propose également des liens vers des ressources utiles pour les professionnels de la santé s'intéressant à la prise en charge de la douleur liée au cancer.

1.1 Objectifs de ce guide

Ce guide est destiné à être utilisé comme support de formation des soignants, médecins et infirmières, souhaitant acquérir une compétence dans le domaine de la prise en charge de la douleur liée au cancer à un stade avancé. Il doit également servir d'aide-mémoire pratique à tous les professionnels de santé expérimentés, pour les aider dans leur pratique clinique quotidienne. Ce guide s'adresse à tous les professionnels de santé, hospitaliers ou intervenant au domicile ; notamment : médecins, personnel infirmier et autres membres de l'équipe de soins multidisciplinaire. Les principes qui y sont édictés pourront également s'avérer utiles aux patients eux-mêmes et à leurs proches.

1.2 Prévalence de la douleur liée au cancer à un stade avancé

On estime que 62 à 86 % des personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé souffrent d'une douleur physique,⁸ ce chiffre étant probablement sous-estimé, surtout si l'on prend en compte d'autres aspects de la douleur.

Dans le domaine du cancer à un stade avancé, une aggravation de la douleur peut être considérée par certains patients comme un signe de la progression de la maladie, ce qui peut susciter des peurs inavouées et un syndrome dépressif, associés à une réduction de la Qualité de Vie (QdV) ; ainsi que l'impression que les médicaments ne sont pas efficaces, ce qui peut s'accompagner d'une tendance à la non-observance,⁵ ou de craintes concernant le pronostic.^{9,10}

La douleur et l'inconfort peuvent être causés par un cancer localement avancé et/ou par des métastases à distance ou, par exemple, en cas de compression nerveuse. Il est important de noter qu'une douleur survenant chez un patient souffrant d'un cancer à un stade avancé n'est pas forcément liée à celui-ci ou aux métastases, et peut être de cause intercurrente (par ex. : arthrose).

Les métastases osseuses sont fréquentes chez les personnes avec une tumeur solide - notamment en cas de cancer de la prostate, du sein ou du poumon - et peuvent impacter la qualité de vie de manière significative.¹¹ Environ la moitié des patients avec des métastases osseuses peuvent ressentir une douleur modérée à sévère qui n'est pas traitée de façon adéquate dans la majorité des cas.¹²

1.3 Insuffisances concernant le traitement de la douleur liée au cancer à un stade avancé

Le traitement de la douleur du cancer est souvent mal adapté.¹¹⁻¹³ Les données disponibles semblent suggérer que les personnes prises en charge dans des établissements de proximité ou non spécialisés souffrent de douleurs plus intenses que celles qui sont prises en charge en milieu spécialisé.¹⁴

Pour remédier à ces insuffisances thérapeutiques, la première étape consiste à inciter la personne atteinte d'un cancer à parler ouvertement de tous les aspects du cancer et des traitements qu'il ou elle reçoit, notamment de ses douleurs. Cela peut passer par des questions directes du soignant portant sur les craintes et les résistances éventuelles au traitement proposé. Il faut expliquer à la personne qu'elle peut bénéficier d'aide et de soutien pour l'aider à gérer sa douleur et ses autres symptômes.

Dans la majorité des cas, il suffit d'appliquer l'Échelle de la douleur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹⁵ (qui sera abordée par la suite dans ce guide), avec une posologie adéquate, pour pouvoir soulager la douleur d'une grande majorité des patients.⁸ Les raisons de ces insuffisances thérapeutiques sont nombreuses et complexes, et peuvent venir de la personne atteinte du cancer, de sa famille, des professionnels de santé, d'influences d'ordre sociétal, ou d'une combinaison de ces facteurs. Certains exemples sont présentés au Tableau 1 :

Tableau 1 : Origines possibles des insuffisances thérapeutiques concernant la douleur

- Manque de connaissances (professionnels de santé et personne atteinte du cancer)
- Acceptation d'un contrôle insuffisant de la douleur
- Peur des médicaments, notamment de leurs effets secondaires
- Réticence à admettre la douleur
- Sous-estimation de l'impact de la douleur sur la personne atteinte du cancer
- Réticence des professionnels de santé à poser des questions sur la douleur ou à proposer des traitements
- Professionnels de santé craignant la sur-prescription
- Approche isolée de la douleur, indépendamment des autres symptômes/facteurs

1.4 Adopter une approche holistique

La douleur est souvent décrite en relation avec sa cause, sa durée, sa fréquence et son intensité. Cependant, aucun de ces critères ne décrit la dimension humaine du ressenti de la douleur et la manière dont elle peut affecter la personne, notamment dans sa relation avec les autres, avec elle-même, et avec son univers.¹⁶ Le contrôle de la douleur ne pourra sans doute jamais être complètement atteint ou maintenu si seul l'aspect physique de la douleur est évalué.¹⁶ La Figure 1 montre comment les aspects émotionnels, sociaux et spirituels doivent également être pris en compte, et ce guide présente la meilleure façon de le faire.^{5,16}



Figure 1 : Un grand nombre des aspects de la douleur d'une personne, notamment les aspects sociaux, émotionnels et spirituels, sont sous-jacents et ne peuvent être perçus d'emblée par les autres.

1.5 L'importance de la communication

Une communication efficace avec la personne atteinte du cancer aide l'équipe soignante à comprendre la signification de sa douleur et l'impact qu'elle a sur sa vie. Cela permet à l'équipe soignante de faire avec précision l'évaluation de la douleur, de décider si le patient a besoin ou non d'informations supplémentaires et, au final, d'adopter la stratégie thérapeutique la plus adaptée, résultant d'une coopération avec le patient. Si la personne est handicapée ou atteinte d'un déficit cognitif, l'expression de la douleur peut être difficile ; il devient alors essentiel de communiquer avec sa famille ou ses soignants.

Une communication efficace des professionnels de santé contribue à informer les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé des modalités de prise en charge de la douleur, notamment vis-à-vis de ce qu'elles peuvent attendre de leur traitement. Elle doit également permettre d'améliorer l'observance du traitement,⁵ de fournir au patient les mots et le vocabulaire nécessaires pour parler de sa douleur,¹⁷ et favoriser l'autonomie du patient.¹⁸ À contrario, une mauvaise communication est susceptible de contribuer considérablement aux insuffisances en termes de prise en charge de la douleur liée au cancer.^{14,17} Des stratégies de communication sont suggérées tout au long de ce guide.

Les meilleures pratiques de prise en charge de la douleur reposent sur une évaluation approfondie de la douleur ; cette évaluation est abordée au chapitre suivant.

Conseils de communication

- Prévoyez suffisamment de temps et d'intimité pour la conversation
- Créez un environnement sûr
- Parlez clairement
- Reformulez vos questions si la personne ne les comprend pas
- Évitez d'utiliser le jargon médical
- Assurez-vous de vous montrer ouvert par votre langage corporel
- Écoutez sans interrompre
- Montrez de l'empathie
- Posez des questions pour clarifier les informations sujettes à interprétation
- Reformulez au patient ce que vous avez entendu, en paraphrasant, pour montrer que vous avez compris ses inquiétudes
- Incluez des membres de la famille/ de l'équipe soignante dans les discussions, avec la permission de la personne
- Encouragez l'utilisation de l'« Outil de conversation MACPT » (Annexe 1)

Les études de cas ci-après sont basées sur des situations rencontrées par des patients et sont susceptibles d'aider à appliquer de façon efficace les conseils proposés. À différents points de ce guide, des questions relatives aux études de cas vous seront posées pour vous aider à réfléchir à ce que vous avez lu, et à envisager comment vous pourriez évaluer et prendre en charge la douleur liée au cancer à un stade avancé.

Étude de cas 1

Marc est un jardinier à la retraite, âgé de 65 ans, marié, sans enfants ; il était très actif avant le diagnostic. Initialement, un cancer localement avancé de la prostate a été diagnostiqué chez Marc qui a été traité par hormonothérapie et radiothérapie. Malheureusement, sa maladie continue de se propager en dépit de la chimiothérapie et des autres hormonothérapies. Marc se sent désormais très fatigué, ressent des douleurs osseuses de plus en plus intenses, et il est très inquiet à propos de sa femme handicapée.



Marc et Emma déclarent tous deux souffrir de douleurs, quels autres aspects souhaitez-vous évaluer lorsque vous allez rencontrer Marc et Emma ?

Quelles répercussions leur douleur est-elle susceptible d'avoir sur leurs autres inquiétudes ?

Étude de cas 2

Emma à 42 ans ; elle est mariée et mère de deux enfants (âgés de 15 et 17 ans). Emma est directrice de banque. Le bilan initial a mis en évidence une volumineuse tumeur au poumon, avec atteinte des adénopathies médiastinales et des métastases osseuses au niveau L3 et L5. Six mois après avoir terminé sa chimiothérapie, Emma se rend aux Urgences en raison de douleurs aiguës au dos. Elle est inquiète quant aux répercussions de sa douleur, pour elle-même et pour ses enfants qui sont au lycée.

2.0 Évaluation de la douleur liée au cancer à un stade avancé

L'évaluation de la douleur nécessite d'examiner la situation en allant au-delà des symptômes évidents, de prendre en compte la personne dans sa globalité, et de déterminer ce que le ressenti de la douleur signifie pour elle.¹⁶ Il est important de se souvenir que deux personnes présentant les mêmes symptômes physiques peuvent ressentir la douleur de manières très différentes. Le Tableau 2 définit les différents aspects de la douleur à prendre en compte pendant une évaluation, et la manière dont ils sont liés à la personne atteinte du cancer. Ces différents aspects se présentent rarement indépendamment les uns des autres, et sont généralement liés entre eux.

Tableau 2 : La dimension humaine de la douleur

Douleur physique

Perturbation ou interruption de la relation entre la personne et son corps

Douleur sociale

Perturbation ou interruption de la relation entre la personne et son univers personnel, notamment sa famille, son travail et son environnement social

Douleur émotionnelle

Perturbation ou interruption de la relation entre la personne et ses émotions, ou de la manière dont elle se voit

Douleur spirituelle

Perturbation ou interruption de la relation entre la personne et ses croyances et valeurs

Une évaluation réussie de la douleur implique des compétences cliniques et interpersonnelles, ainsi qu'une bonne dose de sensibilité et d'humilité. Une évaluation approfondie de la douleur ne peut pas être bâclée ; cependant, même avec des contraintes de temps, il est possible d'effectuer une bonne évaluation de la douleur en prêtant véritablement attention, en écoutant bien l'histoire de la personne et en considérant cette dernière au-delà de ses symptômes.¹⁶ La totalité de l'équipe soignante a un rôle à jouer dans l'évaluation en continu de la douleur d'une personne.

L'art d'évaluer la douleur¹⁶

- Prévoir du temps
- Faire attention
- Éviter les distractions
- Ne pas se cantonner aux symptômes physiques
- Réaliser un historique clinique, une évaluation physique et les examens complémentaires nécessaires
- Travailler en équipe
- Appliquer une méthodologie validée et la réévaluer régulièrement

Question sur les études de cas



Comment vous proposez-vous d'évaluer, d'étudier et d'examiner de façon plus approfondie tous les aspects de la douleur de Marc et d'Emma ?

2.1 Quand évaluer la douleur ?

Afin d'avoir une référence de base, il est important d'évaluer la douleur d'une personne avant que son traitement ne débute. Il est ainsi possible de déterminer l'efficacité de la stratégie de prise en charge de la douleur en réalisant d'autres évaluations, aussi souvent que nécessaire, et en comparant avec la situation de base. Des réévaluations peuvent être initiées suite à une modification des symptômes du patient, à un changement dans sa capacité à pratiquer des activités quotidiennes, ou des interventions thérapeutiques.

La douleur survient rarement de manière isolée par rapport à d'autres symptômes ou à des événements de la vie. Elle s'accompagne fréquemment de fatigue, de perturbation du sommeil, de manque d'appétit, d'anxiété et de dépression, ainsi que d'un sentiment d'isolement et de solitude. Tous cela peut avoir un impact sur le ressenti de la douleur.¹⁶

Conseil

Prévoyez suffisamment de temps pour définir les niveaux de référence de la douleur. Demandez éventuellement à la personne de se préparer à l'avance en réfléchissant à son expérience récente du cancer et de la douleur, montrez-lui que vous avez du temps pour l'écouter, éliminez toutes les interruptions et gardez l'intimité. Pour assurer la qualité des soins, il est nécessaire de vouer une attention complète à la personne.

2.2 Classification de la douleur

Le Tableau 3 présente les classifications couramment utilisées pour décrire les différents types de douleurs associées au cancer à un stade avancé. L'identification de la physiopathologie sous-jacente, la durée et les modalités de survenue de la douleur chez une personne, sont importants car ils aident à élaborer la stratégie de prise en charge. Ces classifications sont utilisées conjointement aux mesures de l'intensité de la douleur, réalisées conformément aux évaluations effectuées avec les différents outils abordés au Chapitre 2.3.

Questions sur les études de cas



Comment pouvez-vous catégoriser la douleur de Marc et d'Emma ?

Leur douleur est-elle aiguë, chronique ou une combinaison des deux ?

Tableau 3 : Classifications de la douleur^{7,16}

Physiopathologie

Nociceptive

Douleur résultant d'une lésion tissulaire, souvent décrite comme aiguë, de rythme mécanique ou inflammatoire

Neuropathique

Douleur résultant d'une lésion nerveuse ou d'une compression nerveuse par la tumeur, souvent décrite comme une sensation de brûlure ou comme un engourdissement

Durée

Aiguë

Déclenchement soudain, peut durer des jours, des heures ou quelques minutes ; par ex. : postopératoire

Chronique

Durée supérieure à 3 mois

Déclenchement

Réfractaire

Ne peut pas être contrôlée de façon adéquate en dépit des interventions (pas toujours de nature physique)

Accès

Exacerbation de la douleur en dépit d'une douleur de base contrôlée de façon adéquate

2.3 Outils d'évaluation de la douleur

L'utilisation d'outils standardisés et validés de prise en charge de la douleur est recommandée dans le cadre d'une évaluation exhaustive de la douleur³ et favorise l'interaction entre le patient et son équipe soignante. Il existe de nombreux outils, depuis de simples échelles fournissant uniquement une indication de l'intensité de la douleur, à des questionnaires détaillés permettant d'évaluer toutes les dimensions de la douleur. D'autres facettes du bien-être de la personne, notamment les capacités fonctionnelles et la qualité de vie, peuvent également être évaluées (cf. Tableau 4). Certains outils ont été mis au point spécialement pour les personnes atteintes d'un cancer, alors que d'autres ont été mis au point pour d'autres domaines thérapeutiques et se sont avérés, par la suite, utiles en cas de cancer.

Des évaluations neurologiques et psychologiques peuvent également être nécessaires, notamment pour évaluer l'état mental et la fonction motrice. Le choix de l'outil sera déterminé en fonction du contexte clinique (par ex. : hospitalisation, soins externes), de la présence éventuelle d'un déficit cognitif et, souvent, du temps disponible pour mener l'évaluation. Cependant, une évaluation exhaustive est souhaitable, surtout avant l'initiation du traitement.

Tableau 4 : Outils d'évaluation communément utilisés

Évaluation de l'intensité de la douleur

- Échelle numérique simple
- Échelle visuelle analogique
- Échelle de notation verbale
- Échelle de l'expression faciale de la douleur^{19,20}
 - utile pour les enfants et adultes atteints de déficience cognitive

Évaluation détaillée de la douleur

- Brief Pain Inventory (Inventaire de la douleur, version abrégée)²¹
- Questionnaire de la douleur de McGill/St Antoine (version abrégée)²²
- Évaluation allemande de la douleur : documentation de base et assurance qualité (KEDOQ-DSF)²³
- Échelle spécifique des douleurs neuropathiques (DN4)²⁴

Évaluation spécifique de la douleur

- Inventaire des symptômes de la douleur neuropathique²⁵
- Questionnaire de Qualité de vie de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) Questionnaire Qualité de Vie (QdV)-BM22²⁶ (spécifique pour les métastases osseuses)

Évaluation de la qualité de vie

(y compris les répercussions de la douleur)

- EORTC QLQ-C30²⁷
- Évaluation fonctionnelle du traitement du cancer - douleurs osseuses (FACT-BP)²⁸
- Évaluation gériatrique exhaustive^{29,30}

Auto-évaluation

- Outil de conversation MACPT (Annexe 1)

Bien qu'il existe de nombreux outils d'évaluation reconnus et validés, ils ne peuvent pas permettre une évaluation exhaustive lorsqu'ils sont utilisés seuls. Les professionnels de santé doivent étudier tous les aspects de la douleur et leur impact sur la personne. L'outil de conversation et d'accompagnement MACPT (Annexe 1) a été conçu pour aider les patients à parler de tous les aspects de leur ressenti de la douleur, et permettre aux professionnels de santé de mieux comprendre la douleur et ses effets sur la personne concernée. L'outil de conversation MACPT a été mis au point suite à un recensement des outils et des documents actuellement disponibles, et après avoir observé qu'il manquait un outil simple à utiliser, initié par le patient, et incluant une approche holistique. Des versions initiales de cet outil ont été évaluées par des cliniciens, des soignants et des patients, et des adaptations y ont été apportées suite à leurs retours.

Questions sur l'étude de cas



Le(s)quel(s) de ces outils êtes-vous susceptible d'utiliser pour évaluer de manière plus approfondie la douleur et les inquiétudes de Marc et d'Emma ?

Quelles raisons Marc et Emma pourraient-ils avoir de ne pas divulguer l'importance de leur douleur, à vous et à l'équipe ?

2.4 Connaître les antécédents

Le fait de poser des questions telles que celles qui sont présentées au Tableau 5, conjointement à l'utilisation des outils d'évaluation, permettra de reconstituer un historique détaillé de la douleur. N'oubliez pas de vous montrer vigilant pour détecter les indices visuels et non-dits susceptibles d'indiquer que la personne en souffrance ne donne pas certaines informations, et reposez ou reformulez les questions, si nécessaire.

Conseil

Avant de rencontrer une personne atteinte d'un cancer de stade avancé, veillez à prévoir de façon précise quel outil d'évaluation vous êtes susceptible d'utiliser, et veillez à savoir comment l'utiliser. Envisagez éventuellement d'envoyer une copie de l'outil à la personne, avant l'évaluation.

Tableau 5 : Quelques exemples de questions à poser qui pourraient vous être utiles³¹

Caractère et localisation de la douleur

- Quand a commencé votre douleur ? Que se passait-il à ce moment-là ?
- Où ressentez-vous la douleur ?
- Se propage-t-elle à d'autres endroits ?
- Quelle sensation de douleur ressentez-vous ?
- Quelle est l'intensité de votre douleur maintenant/au repos/lorsque vous bougez/ au cours de la semaine écoulée ?

Facteurs associés

- Qu'est-ce qui atténue ou aggrave votre douleur ?
- Quels autres symptômes votre douleur provoque-t-elle ?
- Quel effet a votre douleur sur votre sommeil ?
- Quel effet a votre douleur sur votre travail/ activité quotidienne ?
- Quel effet a votre douleur sur vos activités sociales/de loisirs ?
- Dans quelle mesure votre douleur influence-t-elle votre manière de voir les choses ? Votre humeur ?

Attentes

- Qu'espérez-vous obtenir de votre traitement contre la douleur ?
- Quelles sont, selon vous, les causes de votre douleur ?
- Que comprend votre famille à propos de votre douleur ?
- Dans quelle mesure votre douleur devrait-elle s'atténuer pour vous permettre de reprendre des activités qui sont importantes à vos yeux ?
- Comment gérez-vous normalement votre douleur ?
- Dites moi quels sont les solutions que vous connaissez pour gérer la douleur ? Quelles sont vos impressions quant à ce qui vous contrviendrait le mieux ?

Question sur l'étude de cas



Quelles questions du Tableau 5 pourraient être posées à Marc et Emma ?

2.5 Évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de déficiences cognitives

La présence d'un déficit cognitif rend l'évaluation plus difficile. Pour de nombreuses personnes, notamment celles atteintes de démence, de métastases cérébrales ou de d'un retard mental, il peut être possible d'utiliser une échelle verbale, une échelle visuelle horizontale ou verticale, ou l'échelle d'évaluation de la douleur par les expressions faciales conjointement à une observation clinique.⁵ Si le déficit de la personne est trop important pour lui permettre d'évaluer elle-même sa douleur, une évaluation basée sur l'observation du comportement sera nécessaire.

L'évaluation de l'impact de la douleur sur le comportement des personnes atteintes de démence grave a permis de conclure que la grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer (PACSLAC) et l'échelle DOLOPLUS2 sont probablement les grilles d'évaluation convenant le mieux à ce groupe.³²

Lorsque l'on évalue la douleur chez une personne ayant des déficiences cognitives, il est important de réfléchir aux questions utilisées et d'impliquer sa famille ou son soignant.

2.6 Utilisation de l'évaluation

Un compte-rendu approfondi et détaillé des résultats de l'évaluation de la douleur est essentiel pour permettre la continuité des soins et suivre l'efficacité des stratégies de prise en charge de la douleur. Les informations doivent être partagées de façon claire et précise entre toutes les personnes prenant en charge le patient, que ce soit à l'hôpital ou au domicile, ainsi qu'avec le patient lui-même.

Conseil

Posez-vous les questions suivantes :

Pensez-vous savoir comment la douleur affecte Marc et Emma ?

Savez-vous ce qui est le plus important pour eux ?

Avez-vous réalisé une évaluation approfondie, notamment des autres symptômes qui affectent Marc et Emma ?

2.7 Utilisation de l'outil d'entretien MACPT

La discussion idéale concernant la douleur est celle qui est menée par la personne qui la ressent. L'outil de conversation MACPT (Annexe 1) et les autres outils peuvent être utilisés pour aider la personne à réfléchir aux différentes dimensions de sa douleur.

3.0 Prise en charge de la douleur liée au cancer à un stade avancé

Suite à une évaluation initiale complète, incluant les résultats des examens cliniques et complémentaires, le patient et l'équipe soignante peuvent concevoir ensemble un plan de prise en charge personnalisé.

Il est important de fournir à toutes les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé des informations sur la prévention de la douleur et sur les options thérapeutiques ; et de les inciter à jouer un rôle actif dans la prise en charge de leur douleur. Cette approche peut les aider à réduire et à mieux gérer la douleur. La douleur n'est pas un symptôme isolé et les stratégies de prise en charge de la douleur doivent inclure une perspective holistique. Il est important d'insister sur le fait que la douleur n'est pas toujours inévitable lorsqu'une approche proactive est adoptée par l'équipe soignante pluridisciplinaire et le patient. Un certain nombre de bonnes pratiques pour la prise en charge de la douleur, basées sur les preuves, sont actuellement utilisées et ont contribué à l'élaboration de ce guide.³⁻⁷

Conseil

L'adoption d'une approche proactive, pour prévenir ou atténuer la douleur, est trop souvent négligée dans la prise en charge de la douleur. Réfléchissez un moment aux mesures de prévention, souvent non pharmacologiques, que vous pourriez proposer à Marc et à Emma avant que leurs symptômes ne s'aggravent.

3.1 Prévention

Dans de nombreux cas, la douleur liée au cancer pourra être retardée, évitée ou réduite avant qu'elle ne devienne suffisamment intense et avoir des conséquences plus importantes. En se focalisant sur la personne dans sa globalité, les stratégies de prévention nécessiteront la plupart du temps l'association d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Le Tableau 6 présente les mesures de prévention possibles.

Tableau 6 : Mesures de prévention

Douleur physique

- Stratégies d'adaptation
- Stratégies de diversion de l'attention
- Traitements physiques
- Thérapies complémentaires
- Interventions pharmacologiques
- Traitements anticancéreux

Douleur sociale

- Répondre au besoin éventuel de soutien familial/ social accru
- Soutien favorisant l'engagement avec la famille et les groupes sociaux, et la poursuite de l'activité professionnelle ; si cela est important pour le patient

Douleur émotionnelle

- Soutien favorisant la poursuite des activités que la personne aime pratiquer
- Apport de conseils relatifs à la valorisation personnelle et l'estime de soi
- Incitation à partager ses pensées et sentiments
- Tenue d'un journal sur ses sentiments et émotions
- Entamer un soutien psychologique

Douleur spirituelle

- Reconnaître les valeurs et les croyances de la personne
- Chercher une source de soutien auprès d'une personne-ressource liée ou non à un culte

3.2 Stratégies de prise en charge de la douleur axées sur la personne

Il est important d'avoir une discussion ouverte et franche, entre le patient et l'équipe soignante, pour comprendre les attentes liées au traitement et définir ensemble les objectifs thérapeutiques. Le patient peut être incité à participer à la prise de décision et à prendre des mesures proactives pour contribuer à une prise en charge efficace de sa douleur. Les professionnels de santé doivent aider les patients en leur fournissant les informations orales et écrites sur la douleur et sa prise en charge, notamment les points illustrés au Tableau 7.

Tableau 7 : Points à aborder lors de la discussion sur le plan de prise en charge de la douleur³³

- Causes de la douleur
- Ressentis possibles concernant la douleur liée au cancer
- Options thérapeutiques disponibles (notamment médicaments et stratégies de prise en charge non pharmacologiques)
- Conseils sur la prise de médicaments, la gestion des effets secondaires, la gestion des inquiétudes (par ex. : mélange alcool et traitement, somnolence, sommeil perturbé, conduite de véhicules, impact sur la qualité de vie)
- Travailler en équipe pour gérer les problèmes liés à une expression insuffisante de la douleur
- Quand solliciter l'aide d'un spécialiste

3.3 Approches non pharmacologiques

3.3.1 Exercice physique

De manière générale, les personnes vivant avec un cancer à un stade avancé sont souvent incitées à se reposer³⁴ en raison, par exemple, de craintes quant à leur fragilité osseuse ou de l'idée que l'exercice est peu bénéfique. Cependant, des études récentes ont montré l'efficacité d'exercices physiques adaptés prescrits dans le cadre de la douleur liée au cancer, avec des améliorations rapportées en matière de qualité de vie et de fonction physique.³⁴⁻³⁷ Il convient d'orienter les patients vers des éducateurs sportifs spécialisés.

Il peut être utile de calculer le score de Mirel³⁸ d'une personne pour prédire la probabilité d'une fracture osseuse lorsqu'on envisage un programme d'activités physiques. L'American Cancer Society conseille aux personnes souffrant de métastases osseuses de pratiquer leur exercice physique sur des surfaces planes pour minimiser les risques de chute, et d'éviter les exercices impliquant le port de charges susceptibles de causer une perte d'équilibre.³⁹ Il faut également éviter les activités impliquant de lever des poids lourds et ayant un fort impact et infligeant des contraintes importantes sur les structures osseuses.³⁹ Les exercices sans port de charges, tels que la natation, peuvent constituer un bon choix pour les personnes souffrant de métastases osseuses.

3.3.2 Autres approches thérapeutiques

Nombreux sont les traitements complémentaires qui sont appréciés par les personnes souffrant de douleurs liées au cancer, notamment les massages, les techniques de relaxation, la thérapie par le chaud et le froid, la rééducation posturale, et la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS).¹⁴ D'autres approches tels que l'acupuncture, et l'hypnothérapie, peuvent également les aider.⁵

Les bénéfices découlant de ces thérapies varient d'un individu à l'autre, mais elles peuvent aider les patients à gérer leur douleur et doivent être envisagées.

Il convient d'inciter les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé à envisager ces thérapies de soutien, après avis et conseil auprès de l'équipe de soins pluridisciplinaire.

3.3.3 Soutien psychologique

Les personnes atteintes de douleurs liées au cancer à un stade avancé sont susceptibles de trouver du réconfort et du soutien auprès de personnes ressources (amis, membres de leur famille). Les groupes de soutien aux patients peuvent également constituer un forum propice à la discussion concernant leurs inquiétudes, en les rapprochant souvent de personnes traversant des expériences similaires. Pour la personne vivant avec la douleur liée au cancer à un stade avancé, le fait d'« être écoutée » constitue un élément majeur de la gestion de la douleur.

3.3.4 Psychothérapie

La recherche portant sur les facteurs psychologiques liés aux douleurs dues au cancer, s'est focalisée sur la gestion de la détresse psychologique et sur les stratégies d'adaptation. Dans ce domaine, les approches incluent la formation en stratégies d'adaptation et de diversion.⁴⁰ Il a également été démontré que les techniques cognitives comportementales visant à gérer et à favoriser l'autogestion par le patient peuvent déboucher sur une amélioration de la prise en charge de la douleur.⁴⁰

3.4 Approches pharmacologiques

L'OMS a proposé une approche thérapeutique en trois étapes pour la prise en charge des douleurs liées au cancer, et cette approche constitue, encore aujourd'hui, le fondement des stratégies de prise en charge dans ce domaine.¹⁵ Les directives de l'OMS classent la douleur comme étant soit légère, soit légère à modérée, soit modérée à grave, et recommande l'utilisation d'analgésiques non-opioides, d'opioïdes faibles et d'opioïdes forts, correspondant à chaque niveau de douleur. Des traitements d'appoint, pharmacologiques ou non, sont souvent utilisés pour compléter les traitements à base d'opiacés ; ils doivent être ajoutés selon les besoins. Des exemples de traitements pharmacologiques, couramment utilisés pour traiter la douleur, sont présentés au Tableau 8 ci-après.

Conseil

Le travail musculaire est possible en position allongée sur un lit avec exercices isométriques.

Contracter le muscle (par ex. : la cuisse), compter lentement jusqu'à 6, puis relâcher le muscle. Répéter cet exercice 5 à 10 fois le matin et le soir.

Tableau 8 : Traitements pharmacologiques contre la douleur

	Médicaments	Exemple	
Douleur nociceptive			
↑ Augmentation de la douleur ↓	Douleur légère (OMS niveau 1 : échelle numérique [NRS] 1-3)	Non-opioïdes Par ex. : paracétamol, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs COX-2 +/- traitement d'appoint	Paracétamol, ibuprofène, diclofénac, métamizol
	Douleur légère à modérée (OMS niveau 2; NRS 4-6)	Opioïdes faibles +/- analgésique non-opioïde +/- traitement d'appoint	Codéine, tramadol, dihydrocodéine
	Douleur modérée à sévère (OMS niveau 3; NRS 7-10)	Opioïdes forts +/- analgésique non-opioïde +/- traitement d'appoint	Morphine, méthadone, oxycodone, hydromorphone, fentanyl, alfentanil, buprénorphine
Douleur neuropathique			
	Anticonvulsivants Anti dépresseurs à visée antalgique	Prégabaline, gabapentine Amitriptyline	
Traitement d'appoint			
	Corticostéroïdes Antidépresseurs à visée anti-dépressive Benzodiazépines	Dexaméthasone Clomipramine Diazépam	

L'équipe soignante doit envisager la voie d'administration et la posologie des médicaments analgésiques, la plus adaptée en fonction de la personne et du lieu dans lequel s'effectuent les soins, notamment par voie orale, sublinguale, buccale, intranasale, par patch transdermique, par voie sous-cutanée ou intraveineuse. Le Tableau 8 présente les approches thérapeutiques couramment utilisées. Il est généralement nécessaire d'associer des médicaments à libération prolongée, pour les douleurs de fond, et des médicaments à libération rapide, en cas d'accroissement des douleurs. Le fentanyl par voie buccale, sublinguale ou intranasale est un analgésique plus rapide adapté en cas d'accès douloureux paroxystiques.^{3,6} L'échelle de l'OMS fait partie d'une stratégie globale de prise en charge de la douleur.

Un traitement pharmacologique peut également être nécessaire pour traiter la dépression et l'anxiété qui touchent de nombreuses personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé, et peuvent avoir des répercussions considérables sur leur expérience de la douleur.

Il est important de connaître les effets secondaires possibles de tout médicament administré pour gérer la douleur, et de surveiller régulièrement les patients à cet effet.

Recensement des effets secondaires

Tous les médicaments peuvent causer des effets secondaires. Si vous ressentez un quelconque effet secondaire, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/infirmière.

Envisager la meilleure voie d'administration et posologie des analgésiques, en fonction de la personne et du lieu de soins¹⁵

Par voie orale

- Utiliser la voie orale dans la mesure du possible,⁵ y compris pour les opioïdes.

À intervalles fixes

- Pour les douleurs chroniques, administrer des analgésiques à des intervalles réguliers (à intervalles fixes⁵) plutôt que selon les besoins.

Selon l'échelle de douleur de l'OMS¹⁵

Niveau 1

- Pour les douleurs légères, commencer avec un non-opioïde et augmenter la dose, si nécessaire, jusqu'à la dose maximum recommandée
- Si la personne présente des douleurs modérées ou sévères, omettre le niveau 1

Niveau 2

- Si les non-opioïdes ne soulagent pas ou plus adéquatement la douleur, ajouter un opioïde faible
- Ajouter ou poursuivre un/le traitement d'appoint, le cas échéant

Niveau 3

- Si les non-opioïdes ou les opioïdes faibles ne soulagent pas ou plus adéquatement la douleur, passer à un opioïde efficace contre les douleurs modérées à sévères
- Ajouter ou poursuivre un/le traitement d'appoint, le cas échéant

Pour l'individu

- Personnaliser le plan thérapeutique en fonction des objectifs de la personne

3.5 Approches oncologiques

La prise en charge oncologique globale de la maladie est un élément essentiel pour prévenir la douleur, ou la soulager de manière significative lorsqu'elle est déjà présente. Les options thérapeutiques varient en fonction de la maladie sous-jacente, de la localisation, du type et de la cause de la douleur. Radiothérapie externe ou métabolique, chirurgie, et traitements anticancéreux (hormonothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées), peuvent avoir un impact sur les douleurs⁴⁰, y compris en terme de prévention. À noter : les traitements oncologiques peuvent eux-mêmes être à l'origine de douleurs, par exemple neuropathies post-chimiothérapies.

3.6 Métastases osseuses

Les métastases osseuses peuvent entraîner des douleurs sévères, des fractures, des compressions nerveuses et une hypercalcémie. Dans de nombreux cas, ces complications des métastases osseuses peuvent être prévenues ou retardées par une intervention précoce de la part de l'équipe clinique, et en adoptant une approche plus proactive.

Les agents ciblant les os (déno-sumab et bisphosphonates) ont un rôle à jouer dans la prévention des événements liés au squelette, et sont efficaces pour réduire la morbidité squelettique due aux métastases osseuses.³ Les recommandations de la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO), relatives à la prise en charge de la douleur liée au cancer, indiquent d'envisager un traitement ciblant les os dans le cadre d'un schéma thérapeutique proposé aux patients présentant des métastases osseuses, qu'ils souffrent de douleurs ou non.³

3.7 Douleur réfractaire (résistante)

Les douleurs réfractaires (ou résistantes) sont des douleurs qui ne peuvent pas être contrôlées de façon adéquate malgré un traitement adapté. Dans ce cas là, la personne atteinte d'un cancer à un stade avancé devra être adressée à un spécialiste de la douleur. Il est indispensable d'envisager une évaluation holistique, et de prendre en compte les répercussions de la détresse émotionnelle et spirituelle qui est souvent présente dans ces cas.

4.0 Mettre au point un programme thérapeutique

Chaque programme thérapeutique doit être élaboré conjointement entre le patient et son équipe soignante. Après avoir pris en compte les inquiétudes de la personne, les résultats des examens et la cause de la douleur ; après en avoir parlé et en comprenant mieux ce que la douleur représente pour la personne, il est temps de considérer et d'élaborer un programme thérapeutique. Dans ce cadre, il est nécessaire d'aller au-delà des symptômes physiques évidents pour englober les aspects plus personnels de la douleur ; à savoir : les aspects sociaux, émotionnels et spirituels.

Le plan thérapeutique inclut généralement des éléments d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Pour réussir à élaborer un bon plan thérapeutique, il est nécessaire de veiller à ce que la personne comprenne le plan, et à ce que l'équipe ait entendu et répondu aux inquiétudes qu'elle peut avoir sur tous les aspects du plan thérapeutique proposé. Le plan thérapeutique offre une nouvelle chance de rassurer la personne sur le fait que l'équipe est à sa disposition

pour l'aider, ainsi que sa famille, et pour leur fournir des informations sur les autres sources de soutien disponibles, et sur les moyens de contacter l'équipe. Une fois que le plan thérapeutique a été expliqué et accepté, il faut se mettre d'accord sur une date de réévaluation claire. Il peut être utile de fournir à la personne un exemplaire de l'outil de conversation MACPT et de lui demander d'y réfléchir avant le prochain rendez-vous, ce pour favoriser une rencontre clinique plus axée sur la personne.

Études de cas

Marc

L'examen clinique et les examens complémentaires indiquent que la douleur de Marc est liée à des métastases osseuses étendues dans la région lombaire (L2-L4). Il décrit une douleur sourde se diffusant en barre dans son dos.

Emma

L'examen clinique et les examens complémentaires indiquent qu'Emma présente localisation osseuse étendue en L3 en raison de l'extension de la tumeur, sans compression médullaire. Emma décrit une sensation d'engourdissement et des douleurs qui irradient vers la jambe.



Quel(s) traitement(s) suggèreriez-vous pour Marc et Emma ?

Pensez aux options pharmacologiques et non pharmacologiques.

Envisagez tout obstacle susceptible d'empêcher Marc et Emma de prendre certains médicaments.

Quelles peuvent être les répercussions d'un programme de prise en charge de la douleur adapté pour Marc et Emma ?

Marc

Après avoir parlé de sa douleur et de ses inquiétudes avec l'équipe, Marc reconnaît que sa douleur non contrôlée ne fait qu'aggraver sa fatigue. Il est donc décidé d'augmenter son traitement par opioïde avec un opioïde à libération prolongée deux fois par jour, et d'un opioïde à action rapide selon les besoins, et qu'il poursuivra son traitement osseux ciblé. Il a accepté un soutien pour lui-même et sa femme handicapée.

Emma

Après avoir élaboré un programme de prise en charge de la douleur avec Emma, la décision est prise de lui proposer un opioïde léger et de la gabapentine. Emma aimerait parler avec un psychologue pour être conseillée sur la manière d'aborder avec ses deux enfants l'annonce de la progression de sa maladie.

Après avoir élaboré un programme thérapeutique ensemble, l'équipe assure Marc et Emma qu'ils bénéficieront de son soutien et planifie un rendez-vous de suivi.

5.0 Conclusion

Il revient à chaque membre de l'équipe soignante intervenant auprès de la personne atteinte d'un cancer à un stade avancé, de veiller à prendre en charge tous les aspects de sa douleur. La majorité de ces patients ressentent un certain niveau de douleur ; même si certaines d'entre elles n'ont pas accès à des soins spécialisés en la matière, ou n'en ont pas besoin, le guide MACPT peut aider l'équipe à concevoir un programme de prise en charge de la douleur axé sur la personne. Bien que la médecine ait parfois tendance à se concentrer sur les formes de douleurs les plus évidentes et traitables, il existe d'autres formes de douleurs qui doivent être prises en charge. Lorsque l'équipe soignante tente de traiter la douleur et la détresse personnelle qu'elle peut causer, cela peut contribuer à atténuer le sentiment d'isolement et d'impuissance de la personne vivant avec un cancer à un stade avancé.

5.1 Éléments à retenir

- La douleur est souvent insuffisamment signalée et traitée chez les personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé.
- Tous les membres de l'équipe soignante ont un important rôle à jouer lors de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur liée au cancer à un stade avancé.
- Les aspects physiques, sociaux, émotionnels et spirituels de la personne doivent être pris en compte.
- Il est essentiel que la communication soit ouverte, franche et qu'elle reste confidentielle.
- Une évaluation exhaustive de la douleur doit être effectuée au départ, puis répétée à intervalles réguliers.
- L'utilisation d'outils d'évaluation, notamment l'outil de conversation MACPT, peut s'avérer utile.
- La prévention est un élément souvent négligé lors de la prise en charge de la douleur ; elle doit être envisagée.
- Un programme de prise en charge de la douleur, axé sur la personne, doit être élaboré conjointement avec la personne souffrant de la douleur liée au cancer à un stade avancé.

Bibliographie

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 136 – Management of chronic pain. 2013;1–71. Accessible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
2. NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic pain in adults. 2006. Accessible à : http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/best_practice_statement/management_of_chronic_pain_in_.aspx (consulté pour la dernière fois en août 2016).
3. Ripamonti CI et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2012;23 (Suppl 7):vii139–vii154.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult Cancer Pain. Version 1.2015. 2015. Accessible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 106 – Control of pain in adults with cancer: a national clinical guideline. 2008;1–78. Accessible à : <http://sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
6. Caraceni A et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13:e58–e68.
7. EONS EuroPEP. Pain – improving symptom management in cancer care through evidence based practice. 2015. Accessible à : <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPEPPainEnglish.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
8. van den Beuken-van Everdingen MH et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437–1449.
9. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:32.
10. Kramer JA et al. Identification and interpretation of clinical and quality of life prognostic factors for survival and response to treatment in first-line chemotherapy in advanced breast cancer. *Eur J Cancer* 2000;36:1498–1506.
11. von Moos R et al. Reducing the burden of bone metastases: current concepts and treatment options. *Support Care Cancer* 2013;21:1773–1783.
12. Di Maio M et al. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2004;90:2288–2296.
13. Miaskowski C et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 2004;22:1713–1720.
14. Raphael J et al. Cancer Pain: Part 2: Physical, Interventional and Complimentary Therapies; Management in the Community; Acute, Treatment – Related and Complex Cancer Pain: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Med* 2010;11:872–896.
15. World Health Organization. Cancer Pain Relief. 1996. Accessible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
16. Quinn B. The art of assessing pain. *EONS Mag* 2014:12–14.
17. Whitten CE et al. Pain management doesn't have to be a pain: working and communicating effectively with patients who have chronic pain. *Perm J* 2005;9:41–48.
18. Lovell MR et al. Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *J Clin Oncol* 2014;32:1712–1720.
19. Bieri D et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990;41:139–150.
20. Hicks CL et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173–183.
21. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:129–138.
22. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277–299.
23. Casser HR et al. [German pain questionnaire and standardised documentation with the KEDOQ-Schmerz. A way for quality management in pain therapy]. *Schmerz* 2012;26:168–175.
24. Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29–36.
25. Bouhassira D et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain* 2004;108:248–257.
26. Chow E et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for patients with bone metastases: the EORTC QLQ-BM22. *Eur J Cancer* 2009;45:1146–1152.
27. Aaronson NK et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365–376.
28. Broom R et al. Switching breast cancer patients with progressive bone metastases to third-generation bisphosphonates: measuring impact using the Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Pain. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:244–257.
29. Baitar A et al. Implementation of geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: A multicentre prospective study. *J Geriatr Oncol* 2015;6:401–410.
30. Comprehensive Geriatric Assessment. Accessible à : <http://ocw.tufts.edu/data/42/499797.pdf> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
31. Vije C, Ashburn MA. In: Cousins and Bridenbaugh's Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Pain Medicine. Eds. Cousins M, Bridenbaugh P; Lippincott Williams & Wilkins, 2009:801–810.
32. Zwakhalen SM et al. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006;6:3.
33. Australian Adult Cancer Pain Management Guideline Working Party. Cancer pain management in adults. Sydney: Cancer Council Australia. Accessible à : http://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cancer_pain_management (consulté pour la dernière fois en août 2016).
34. Beaton R et al. Effects of exercise intervention on persons with metastatic cancer: a systematic review. *Physiother Can* 2009;61:141–153.
35. Cormie P et al. Safety and efficacy of resistance exercise in prostate cancer patients with bone metastases. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2013;16:328–335.
36. Cormie P et al. Functional benefits are sustained after a program of supervised resistance exercise in cancer patients with bone metastases: longitudinal results of a pilot study. *Support Care Cancer* 2014;22:1537–1548.
37. Rief H et al. Quality of life and fatigue of patients with spinal bone metastases under combined treatment with resistance training and radiation therapy – a randomized pilot trial. *Radiat Oncol* 2014;9:151.
38. Mirels H. Metastatic disease in long bones. A proposed scoring system for diagnosing impending pathologic fractures. *Clin Orthop Relat Res* 1989;256–264.
39. American Cancer Society. Physical activity and the cancer patient. 2014. Accessible à : <http://www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatment/stayingactive/physical-activity-and-the-cancer-patient> (consulté pour la dernière fois en août 2016).
40. Raphael J, Hester J. Cancer Pain: Part 1: Pathophysiology; Oncological, Pharmacological, and Psychological Treatments: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Med* 2010;11:742–764.

Annexe 1 : L'outil de conversation MACPT

Utilisation de l'outil de conversation

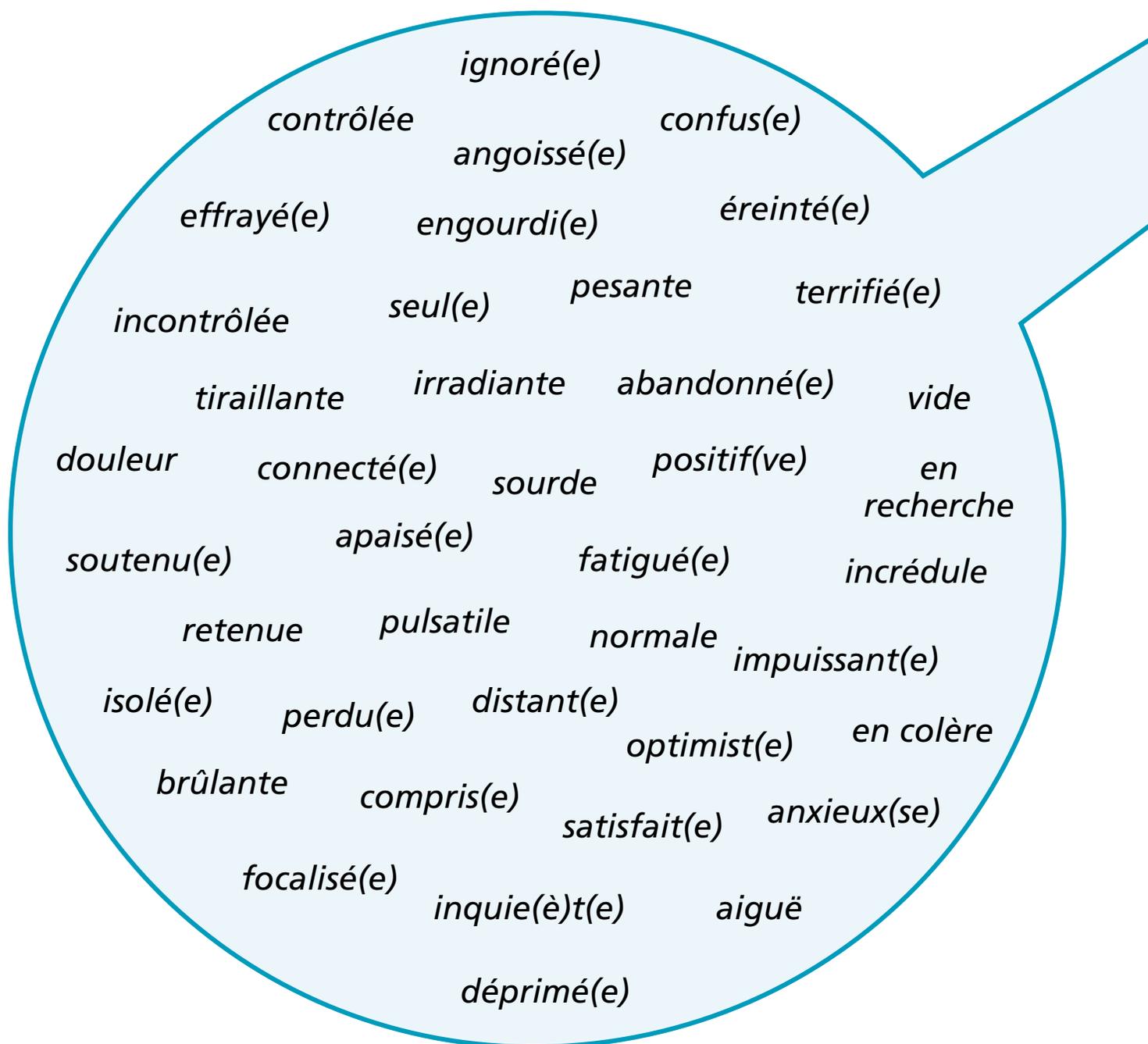
Pour être la plus efficace possible, l'évaluation de la douleur nécessite que la personne qui la ressent mène la discussion et décrive ce qui la gêne le plus. En lui demandant de choisir trois mots du guide de conversation représentant au mieux son ressenti de la douleur, puis en lui demandant d'expliquer ses choix, il est possible d'initier une évaluation holistique sur des bases solides.

- Demandez à la personne évaluée d'entourer les trois mots du guide de conversation ci-après qui correspondent le mieux à son ressenti de la douleur ; donnez-lui le temps de réfléchir à son choix.
- Demandez à la personne d'expliquer ses choix, en commençant par le mot qui selon elle représente le mieux son ressenti récent.
- Écoutez attentivement ce que la personne souhaite exprimer, en ne l'incitant à en dire plus que lorsque cela s'avère nécessaire.
- Une fois que la personne a fini de formuler ses choix avec ses mots à elle, posez-lui des questions pour encore mieux comprendre son ressenti de la douleur.
- Servez-vous de ce que vous avez appris lors des évaluations ultérieures et de l'élaboration du programme de prise en charge de la douleur pour cette personne.

Outil de conversation pour prendre en charge ensemble la douleur liée au cancer à un stade avancé

Chaque personne ressent la douleur d'une façon qui lui est propre. Il est possible que vous ressentiez ses effets sur votre corps, sur votre bien-être et sur la manière dont vous vous sentez par rapport à vous-même, à vos relations avec les autres, et avec le monde qui vous entoure.

Veillez entourer trois mots qui décrivent le mieux votre ressenti récent de la douleur



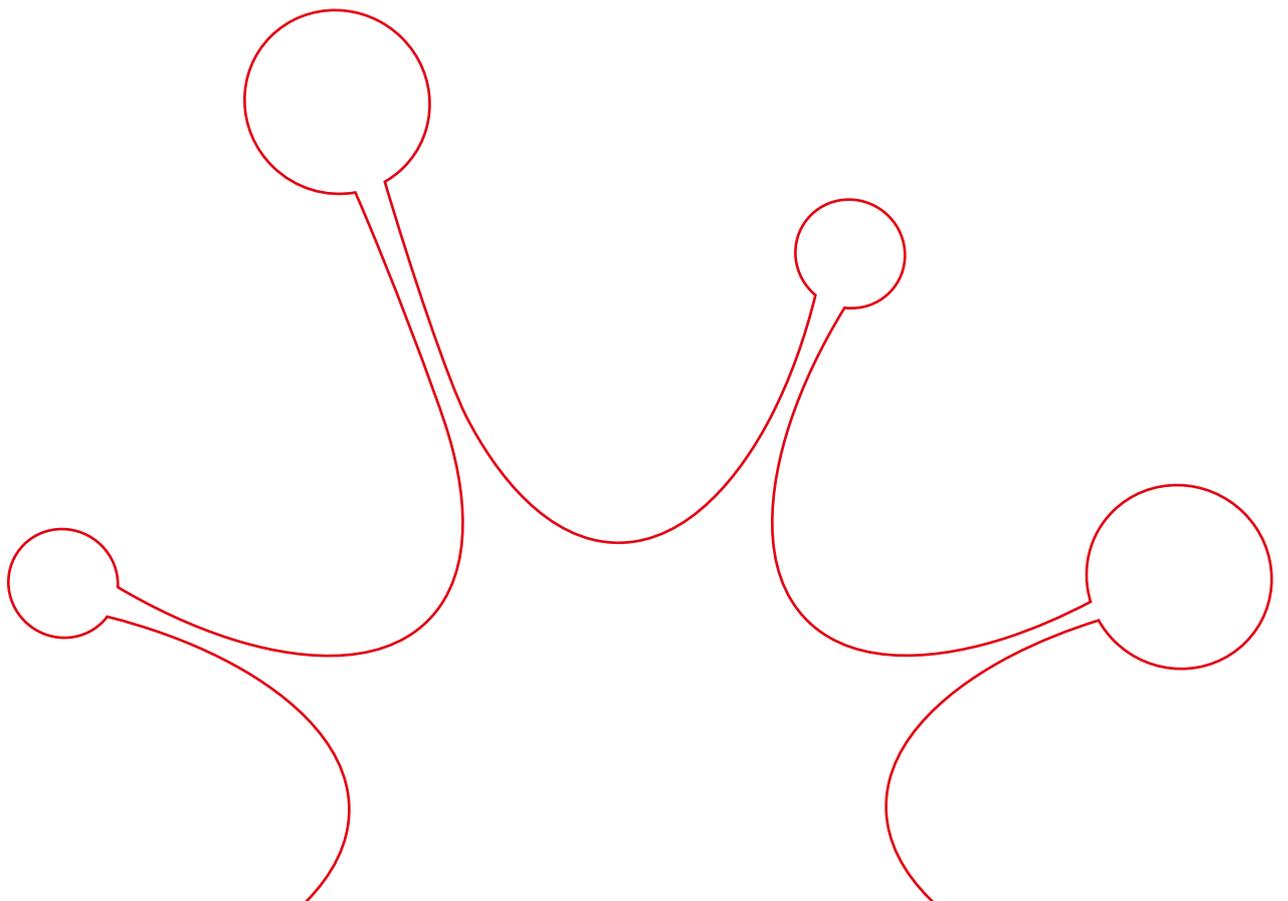
Outil de conversation MACPT © MACPT 2016.
Reproduction autorisée à des fins d'utilisation en pratique clinique.

Le groupe MACPT souhaite remercier Amgen (Europe) GmbH pour son parrainage qui, grâce à sa subvention pédagogique, a permis au groupe de se réunir et d'élaborer le guide. Amgen n'a apporté aucune contribution rédactionnelle au contenu du guide.

Connect2 CME Ltd (Tunbridge Wells - Kent - Royaume-Uni) a collaboré au travail de rédaction médicale.



Managing Advanced
Cancer Pain Together





Managing Advanced Cancer Pain Together

Le groupe MACPT souhaite remercier Amgen (Europe) GmbH pour son parrainage qui, grâce à sa subvention pédagogique, a permis au groupe de se réunir et d'élaborer le guide. Amgen n'a apporté aucune contribution rédactionnelle au contenu du guide.

Connect2 CME Ltd (Tunbridge Wells - Kent - Royaume-Uni) a collaboré au travail de rédaction médicale.