



FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Standards, Options, Recommandations

101, rue de Tolbiac

75654 Paris cedex 13

Tél : 01.44.23.04.04 – Fax : 01.44.23.04.17

Site Web : <http://www.fnclcc.fr>

E-mail : sor@fnclcc.fr

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) – Rapport abrégé

Ce rapport abrégé est issu du rapport intégral validé en septembre 2003

Validation du rapport initial : mai 1995

Validation de la dernière mise à jour : septembre 2003

Membres du groupe de travail

- T. Delorme, médecin des centres, Institut Curie, Paris (Coordonnateur)
- C. Wood, pédiatre spécialiste de la douleur, Hôpital Robert Debré, Paris (Coordonnateur pédiatrique)
- A. Bataillard, médecin généraliste, FNCLCC, Paris (Méthodologiste)
- E. Pichard, médecin des centres, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- S. Dauchy, psychiatre, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- D. Orbach, pédiatre, Institut Curie, Paris
- JP. Alibeu, anesthésiste-réanimateur, Centre de la Douleur, CHU Grenoble
- C. Ricard, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Lapeyronie, Montpellier
- A. Suc, pédiatre réseau Enfant-Do, Hôpital des Enfants, Toulouse
- F. Boureau, neurophysiologiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris
- S. Rousmans, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris
- R. Patte, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Membres associés au groupe de travail

- N. Vuillemin, médecin généraliste douleur, Centre hospitalier, Mulhouse
- G. Torloting, anesthésiste Réanimateur, Centre hospitalier du Parc, Sarreguemines
- F. Larue, anesthésiste réanimateur, Centre hospitalier, Longjumeau
- JM. Lassaunière, médecin Centre de soins palliatifs et traitement de la douleur, Hôtel-Dieu, Paris
- E. Collin, médecin généraliste douleur, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Contributeurs

A. Aubrege, généraliste, Villers-lès-Nancy
L. Balp, anesthésiste-réanimateur, Centre hospitalier, Lons-le-Saunier
P. Basset, médecin généraliste, Centre hospitalier, Chambéry, ONCORA
JG. Bechier, médecin, MERISUD, Nîmes
B. Burucoa, praticien hospitalier, chef de service, CHU, Bordeaux
J. Cazaban-Mazerolles, anesthésiste-réanimateur, CHG Cahors, Cahors
L. Chassignol, oncologue médical, Centre hospitalier, Privas, ONCORA
P. Chastagner, pédiatre, Hôpital d'enfants, Vandœuvre-lès-Nancy
P. Colombat, médecin interne, CHU, Tours
L. Copel, oncologue médical, Institut Curie, Paris
M. Couturier, pharmacien des hôpitaux, Centre hospitalier Pierre le Damany, Lannion
D. D'herouville, président de la SFAP, Association François Xavier Bagnoud, Paris
M. Di Palma, oncologue médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif
S. Donnadiou, anesthésiste-réanimateur, Hôpital George Pompidou, Paris
G. Ducable, anesthésiste-réanimateur, CHU Charles Nicole, Rouen
R. Duclos, néphrologue, Centre hospitalier, Le Mans
M. Durand, oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux
P. Fargeot, oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
L. Feuvret, oncologue radiothérapeute, Centre de protonthérapie d'Orsay, Orsay
V. Frasier, médecin généraliste soins palliatifs, Centre Paul Strauss, Strasbourg
MT. Gatt, anesthésiste, Hôpital Avicenne, Bobigny
P. Ginies, anesthésiste-réanimateur centre anti-douleur, Hôpital Saint-Éloi, Montpellier
F. Hirszowski, médecin en acupuncture, Paris
B. Hoerni, oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux
Y. Kessler, oncologue médical, Policlinique de Gentilly, Nancy
SD. Kipman, psychiatre, Paris
C. Lacroix-Fichter, médecin généraliste, Centre hospitalier, Valence, ONCORA
F. Lassaue, anesthésiste-réanimateur, CHR Jean Minjot, Besançon
JM. Lassaniere, anesthésiste-réanimateur, Hôtel-Dieu, Paris
D. Lefebvre, anesthésiste-réanimateur, Centre Oscar Lambret, Lille
J. Leguen-Edan, psychologue, Clinique mutualiste, Rennes
G. Leverger, pédiatre, Hôpital Trousseau, Paris
P. Marec-Bérard, oncologue pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon
J. Meynadier, anesthésiste-réanimateur, Centre Oscar Lambret, Lille
A. Muller, anesthésiste-réanimateur, consultation de la douleur – Hôpital Civil, Strasbourg
T. Philip, pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon
J. Pouymayou, anesthésiste-réanimateur, Centre Claudius Regaud, Toulouse
PM. Queneau, thérapeute, Hôpital Bellevue, Saint-Étienne
B. Richard, médecin interniste, CHU, Nîmes
N. Robinson, infirmière anesthésiste, CHU, Bordeaux
S. Rostaing-Rigattieru, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Saint-Antoine, Paris
H. Rousselot, médecin généraliste, Centre de moyen séjour et de convalescence, Charleville-Bois
D. Roy, anesthésiste-réanimateur, Clinique mutualiste de la sagesse, Rennes
C. Sadek, médecin généraliste, Cazals
A. Serrie, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Lariboisière, Paris
M. Sindou, neurochirurgien, Hôpital neurologique, Lyon
C. Terre, anesthésiste-réanimateur, Hôpital de Foix, Foix
D. Valliccioni, médecine générale, CHI Toulon - la Seyne, Toulon, FNCHG
G. Villot, médecin algologue référent douleur, Centre médical spécialisé de Praz Coutant, ONCORA

Comité d'organisation des SOR

- T. Philip**, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif)
B. Fervers, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif)
P. Bey, représentant du Conseil d'administration de la FNCLCC, radiothérapeute, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif)
D. Maigne, délégué général de la FNCLCC, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif)
- A. Bataillard**, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
G. Gory-Delabaere, méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
L. Bosquet, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
N. Fabre, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
S. Rousmans, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
E. Luporsi, méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
S. Theobald, méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
F. Farsi, référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes)
- J. Carretier**, responsable des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT)
L. Leichtnam-Dugarin, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT)
S. Brusco, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT)
V. Delavigne, linguiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT)
E. Esteves, assistante, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT)
- M. Haugh**, responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris (Projets internationaux)
V. Millot, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Projets internationaux)
- S. Guillo**, documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris (Documentation)
A.G. Guy, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris (Documentation)
- S. Debuiche**, responsable administrative, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial)
H. Borges-Paninho, chargée de l'édition des documents, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial)
D. Gouvrit, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial)
L. Pretet, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial)
E. Sabatier, secrétaire, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial)

Table des matières

LE PROGRAMME SOR DE RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	7
Contexte	7
Objectif	7
Partenariat scientifique.....	7
Méthode	7
Méthode d'élaboration et d'actualisation	7
Méthode de veille technologique et scientifique.....	8
Participation des groupes concernés	8
Définitions des Standards, Options et Recommandations et des niveaux de preuve.....	8
Publication et diffusion des documents SOR	9
Propriété intellectuelle	9
Sources de financement	9
Remerciements	9
Responsabilités.....	9
1. INTRODUCTION.....	10
2. OBJECTIFS	15
3. METHODE	18
3.1. Choix du thème	18
3.2. Critères de sélection des études.....	18
3.2.1. Population	18
3.2.2. Type d'intervention.....	18
3.2.3. Types d'étude.....	18
3.2. Stratégie de recherche bibliographique	18
3.3. Processus de revue	19
4. GENERALITES (CF. ARBRE 1).....	20
4.1. Standards.....	20
4.2. Option.....	20
4.3. Recommandations	20
5. ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET DE SES CONSEQUENCES : MOYENS UTILISES POUR LE RECUEIL DES DONNEES (CF. ARBRE 2).....	21
5.1. Standards.....	21
5.2. Options.....	21
5.3. Recommandation	21
6. ÉVALUATION DU CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE, SOCIAL ET FAMILIAL	22
6.1. Standards.....	22
6.2. Option.....	22
6.3. Recommandation	22
7. DOULEUR AIGUË LIEE AUX ACTES (CF. ARBRE 3)	23
7.1. Patient communicant et enfant de plus de 6 ans	23
7.1.1. Standards.....	23
7.1.2. Options.....	23
7.1.3. Recommandations	23
7.2. Patient non communicant et enfant de moins de 6 ans	23
7.2.1. Standard.....	23
7.2.2. Options	23

7.2.3. Recommandations	23
8. DOULEUR CHRONIQUE OU PERSISTANTE	24
8.1. Patient communicant et enfant de plus de 6 ans (cf. arbre 4).....	24
8.1.1. Standards	24
8.1.2. Options	24
8.1.3. Recommandations	24
8.2. Patient non communicant (cf. arbre 5)	24
8.2.1. Standards	24
8.2.2. Options	25
8.2.3. Recommandations	25
8.3. Enfant de moins de 6 ans (cf. arbre 5).....	25
8.3.1. Standards	25
8.3.2. Option.....	25
8.3.3. Recommandations	25
9. ÉVALUATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	26
9.1. Standards	26
9.2. Option.....	26
9.3. Recommandations	26
10. ÉVALUATION DE LA DOULEUR AU DOMICILE.....	26
10.1. Standard.....	26
10.2. Option.....	26
10.3. Recommandations	26
11. ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN PHASE TERMINALE	27
11.1. Standards	27
11.2. Options	27
11.3. Recommandations	27
12. ÉTABLISSEMENT D'UN PROJET THERAPEUTIQUE	28
12.1. Standards	28
12.2. Option.....	28
12.3. Recommandations	28
13. SUIVI	29
13.1. Standards	29
13.2. Option.....	29
13.3. Recommandation	29
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	30

Table des arbres de décision

Arbre de décision 1 : Généralités	10
Arbre de décision 2 : Moyens utilisés pour le recueil des données	11
Arbre de décision 3 : Douleur aiguë liée aux actes	12
Arbre de décision 4 : Douleur chronique ou persistante chez le patient communicant et l'enfant de plus de 6 ans	13
Arbre de décision 5 : Douleur chronique ou persistante chez le patient non communicant et l'enfant de moins de 6 ans	14

Le programme SOR de recommandations pour la pratique clinique

Contexte

Le programme "Standards, Options et Recommandations" (SOR) en cancérologie a été initié par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) en 1993 et réalisé en partenariat avec la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de cancérologie des CHRU (FNCCHRU), la Fédération française de cancérologie des CHG (FFCCHG). Ce programme comprend la définition de recommandations pour la pratique clinique en cancérologie, leur actualisation, leur diffusion vers les cliniciens et l'évaluation de leur impact. L'actualisation des recommandations repose sur une veille technologique et scientifique.

Il s'agit d'un travail coopératif national des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC) avec la participation active d'experts des secteurs public et privé et de sociétés savantes.

Objectif

L'objectif du programme SOR est d'élaborer des recommandations pour la pratique clinique en cancérologie. Ces Recommandations pour la pratique clinique visent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer en fournissant aux praticiens une aide à la décision facilement utilisable et actualisée.

Les changements organisationnels qui pourraient être nécessaires pour appliquer les recommandations ne sont pas abordés dans les SOR. Ils doivent faire l'objet d'une discussion au niveau locorégional, notamment au sein des réseaux de soins en cancérologie.

Les Standards, Options et Recommandations ne concernent pas l'évaluation des stratégies de dépistage. Les considérations médico-économiques ne sont pas abordées dans les SOR.

Partenariat scientifique

Ces recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées en collaboration avec la Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD).

Méthode

Méthode d'élaboration et d'actualisation

La méthode d'élaboration et d'actualisation des SOR repose sur l'analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles et sur le jugement argumenté des experts au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif des modes d'exercice et des disciplines concernées par la prise en charge. Cette méthode dite "mixte" combine le niveau de preuve scientifique et l'accord d'experts (Tableau 1 et Tableau 2). Le rapport intégral est revu par des experts indépendants à l'aide d'une grille de relecture basée sur la grille AGREE. Les commentaires sont compilés et analysés par le groupe de travail et la nature des modifications engendrées est décrite dans le processus de revue.

Méthode de veille technologique et scientifique

La méthode de veille scientifique repose sur la recherche systématique des données susceptibles de modifier les recommandations pour la pratique clinique et sur l'avis argumenté des experts.

Participation des groupes concernés

L'élaboration des recommandations pour la pratique clinique implique un groupe de travail constitué d'experts praticiens associés à une équipe méthodologique, ainsi que des contributeurs dans le cadre de la relecture externe.

Les opinions et les préférences des patients ne sont pas actuellement intégrées. Une méthode pour assurer la prise en compte de l'avis des patients est en cours de développement.

Définitions des Standards, Options et Recommandations et des niveaux de preuve

La définition des Standards, Options et Recommandations accompagnés du niveau de preuve, repose sur les meilleures preuves scientifiques disponibles au moment de leur rédaction (*Best Available Evidence*). Elles peuvent être, selon le sujet, des méta-analyses, des essais randomisés ou des études non randomisées. Lorsque les preuves scientifiques font défaut pour un point particulier, le jugement est basé sur l'expérience professionnelle et le consensus du groupe d'experts ("accord d'experts"). Le niveau de preuve est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées selon la classification suivante présentée dans le Tableau 2 (pour plus de détails, cf. *Méthodologie de développement des SOR* [FERVERS1995] [FERVERS2001]).

Tableau 1. Définition des Standards, Options et Recommandations

Standards	Interventions pour lesquelles les résultats sont connus et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité .
Options	Interventions pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, par la majorité . Les options sont toujours accompagnées de recommandations.
Recommandations	Elles ont pour but, lorsqu'il existe plusieurs options, de hiérarchiser ces options en fonction du niveau de preuve. Les recommandations permettent également aux experts d'exprimer des jugements et des choix concernant notamment des situations d'exception et indications spécifiques ainsi que l'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques.

Tableau 2. Définition des niveaux de preuve

Niveau A	Il existe une (des) méta-analyse(s) "de bonne qualité" ou plusieurs essais randomisés "de bonne qualité" dont les résultats sont cohérents.
Niveau B	Il existe des preuves "de qualité correcte" : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.
Niveau C	Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.
Niveau D	Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.
Accord d'experts	Il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime.

Publication et diffusion des documents SOR

Ces recommandations pour la pratique clinique sont disponibles sous forme :

- de rapport intégral présentant l'ensemble des références bibliographiques, leur analyse et les conclusions sur lesquelles se basent les recommandations pour la pratique clinique établies,
- de rapport abrégé présentant uniquement les recommandations pour la pratique clinique,
- d'arbres de décision / algorithmes.

Ces outils ont pour objectif de permettre une meilleure diffusion des recommandations pour la pratique clinique, afin d'optimiser leur application.

Les SOR sont publiés sous format papier et sont accessibles gratuitement sur internet (<http://www.fnclcc.fr>). La liste d'information des SOR permet d'être alerté régulièrement sur les documents SOR (http://www.fnclcc.fr/fr/sor/specialiste/liste_de_diffusion.php).

Propriété intellectuelle

Les SOR sont une œuvre collective créée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), et protégée par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle. La FNCLCC est par conséquent titulaire du droit d'auteur sur cette œuvre, et est donc notamment investie des droits patrimoniaux sur les SOR. La FNCLCC peut seule décider de l'existence et des modalités de reproduction, publication, traduction ou diffusion des SOR.

Sources de financement

Le projet SOR bénéficie d'un soutien financier des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), du ministère de la Santé et de la Protection sociale, de la Ligue nationale contre le cancer et de la Fédération hospitalière de France (FHF). Le partenariat avec l'industrie pharmaceutique ne concerne que la diffusion sans aucune implication scientifique, financière ou logistique dans la phase d'élaboration. Ce support de publication et de diffusion n'a pas bénéficié de soutien financier de l'industrie pharmaceutique.

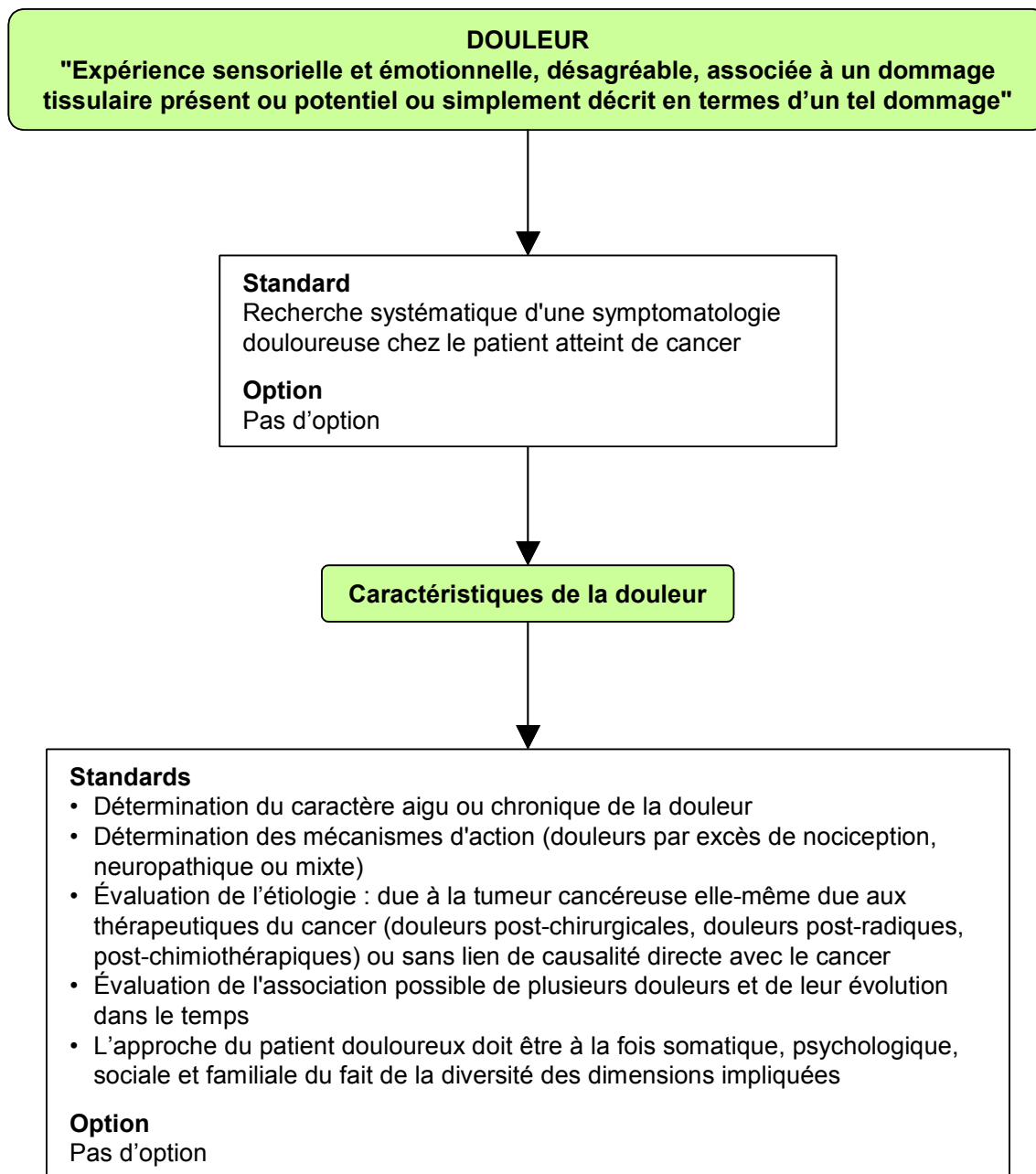
Remerciements

Nous remercions les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), le ministère de la Santé et de la Protection sociale, la Ligue nationale contre le cancer, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de cancérologie des CHRU (FNCCHRU), la Fédération française de cancérologie des CHG (FFCCHG).

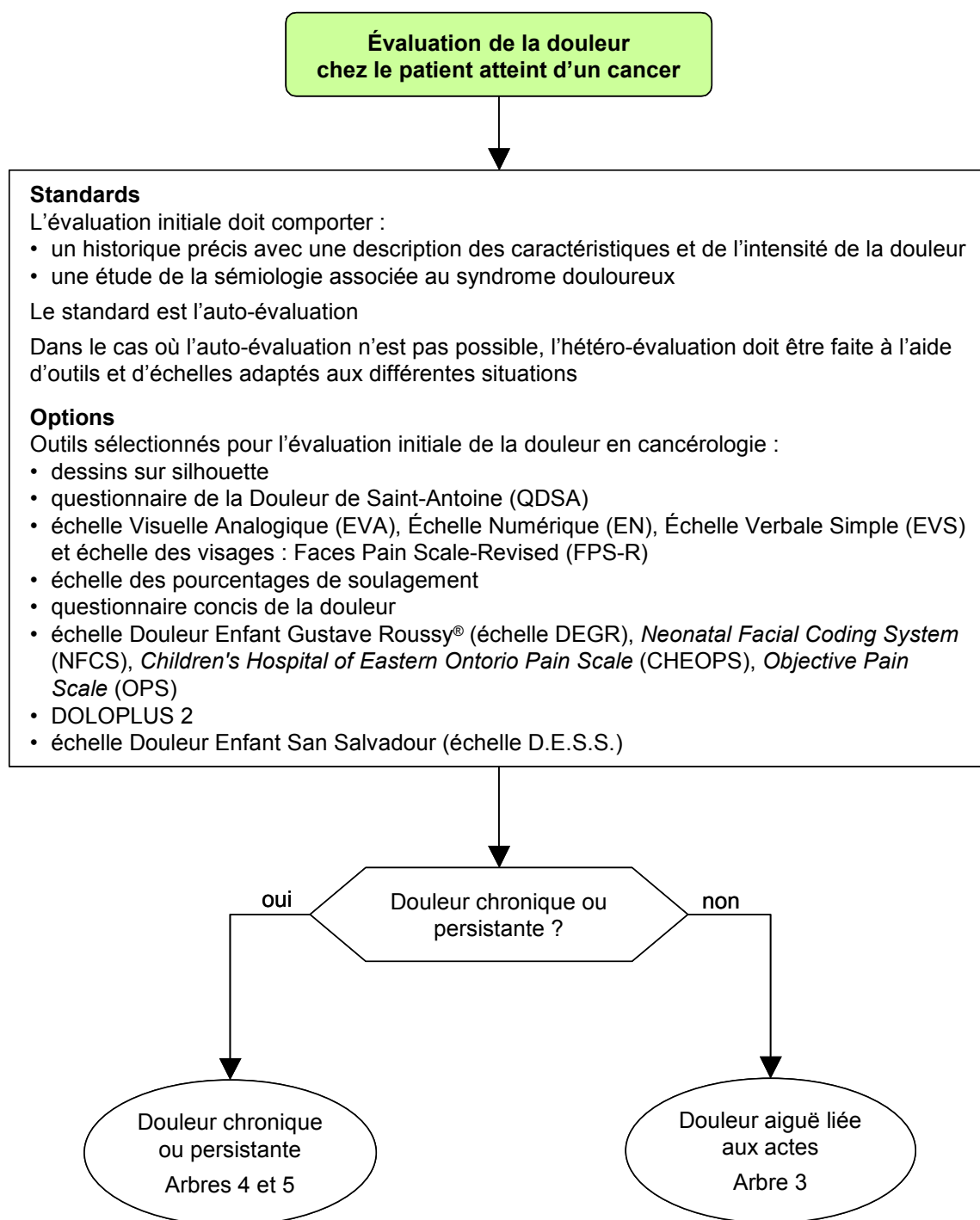
Responsabilités

Les SOR ne se substituent pas au jugement clinique des médecins.

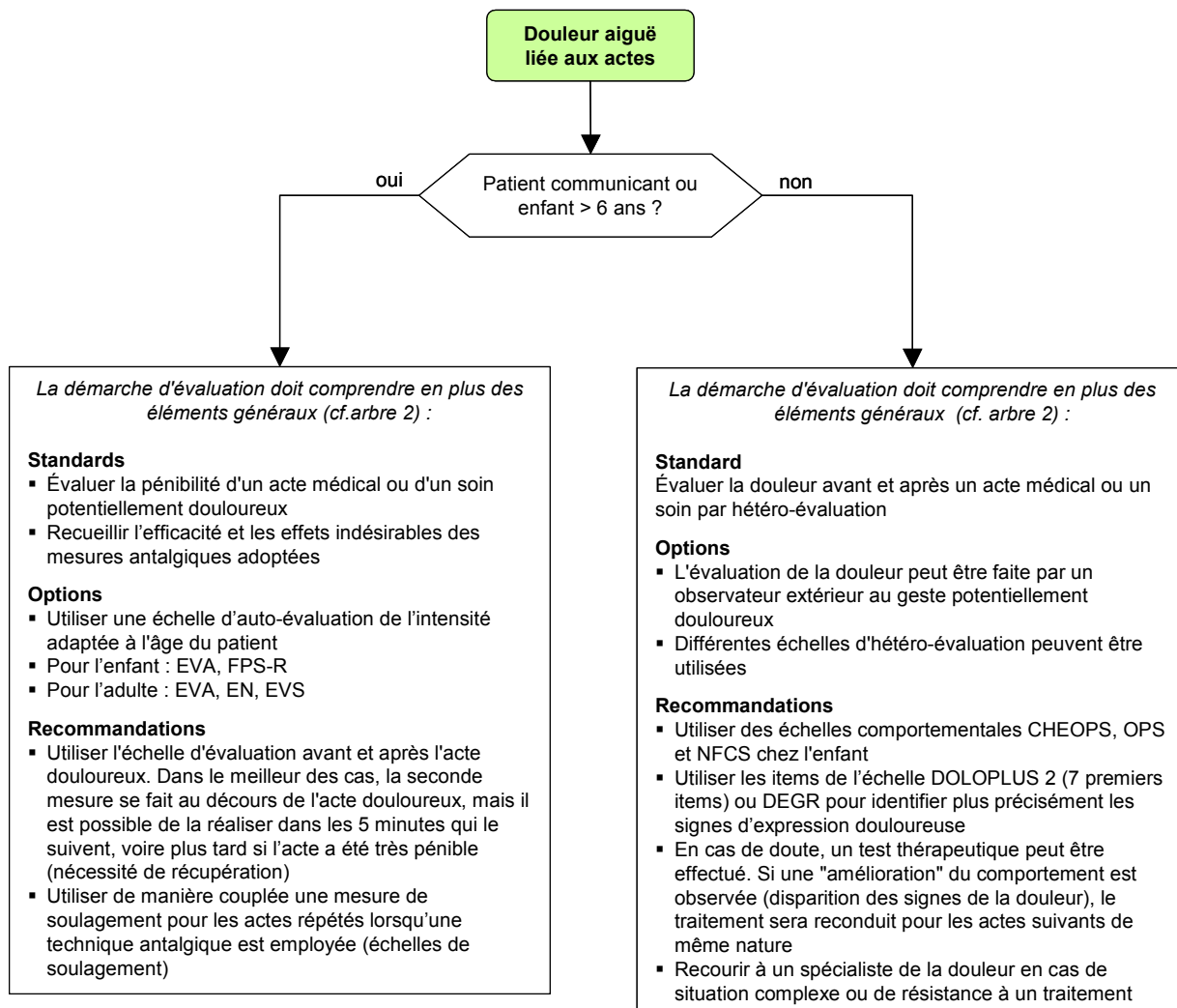
Arbre de décision 1 : Généralités



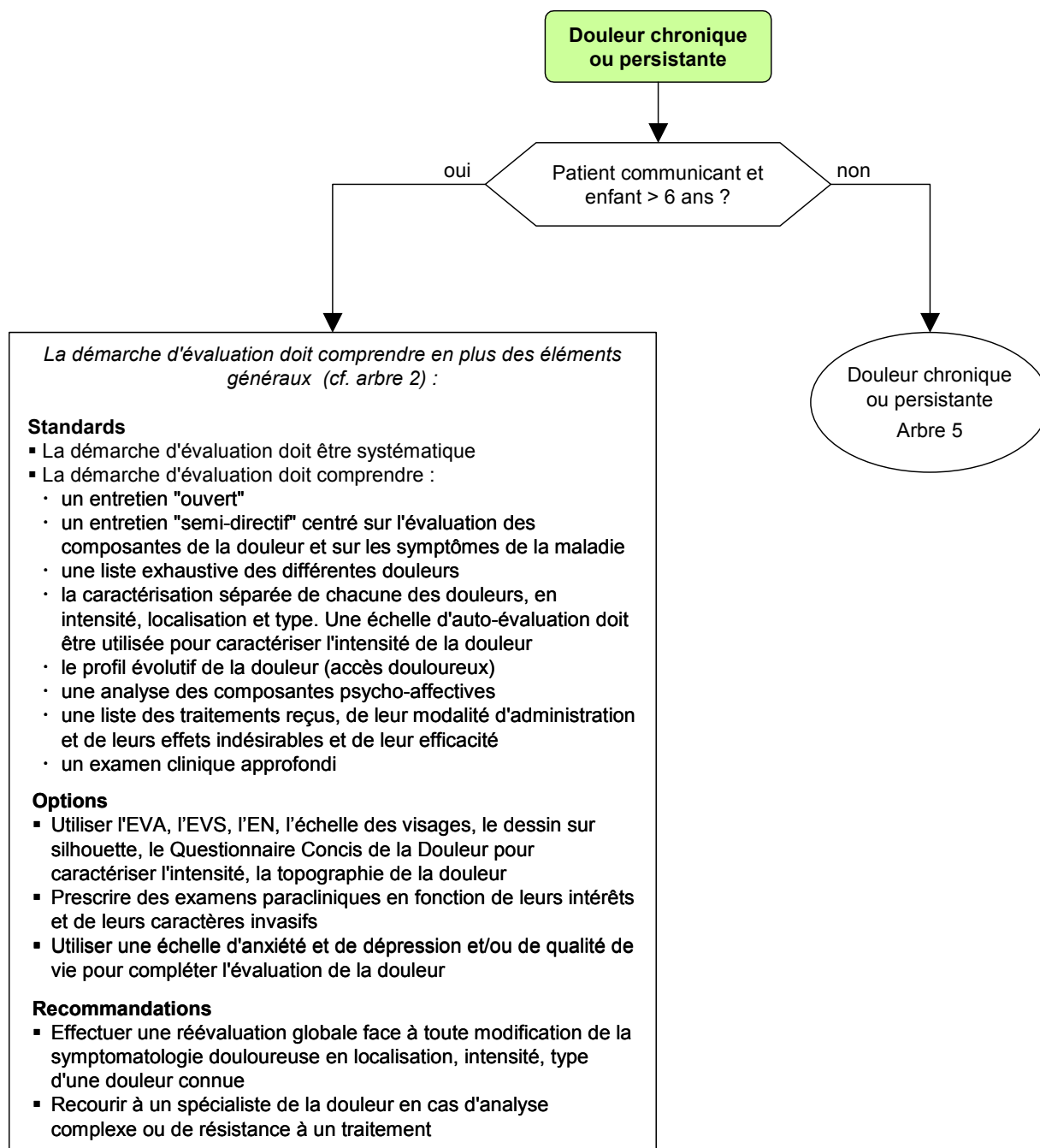
Arbre de décision 2 : Moyens utilisés pour le recueil des données



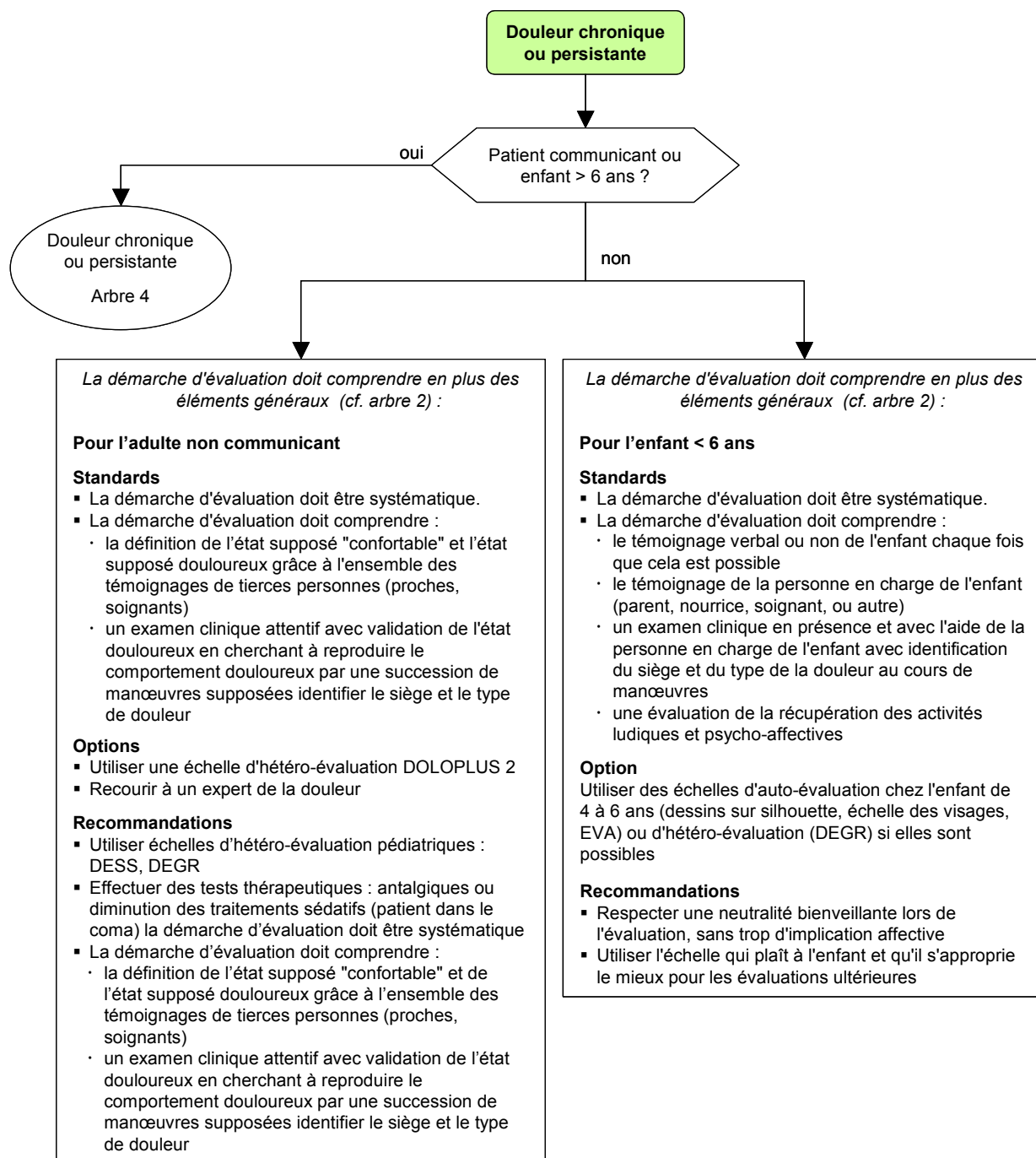
Arbre de décision 3 : Douleur aiguë liée aux actes



Arbre de décision 4 : Douleur chronique ou persistante chez le patient communicant et l'enfant de plus de 6 ans



Arbre de décision 5 : Douleur chronique ou persistante chez le patient non communicant et l'enfant de moins de 6 ans



1. Introduction

En France, 263 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2000. Tous les cancers, quel que soit leur type, peuvent être source de douleur. Chez l'adulte, 75 % des patients avec un cancer avancé sont douloureux. Chez l'enfant, bien que la fréquence et les modalités de survenue des douleurs liées au cancer soient encore floues et incertaines, les résultats d'une étude effectuée en 1999 [LJUNGMAN1999] montrent que 60 % des enfants diagnostiqués avaient déjà présenté une douleur et que 36 % étaient douloureux souvent à très souvent.

La douleur est donc une problématique quotidienne en cancérologie et doit être prise en compte dans le traitement du cancer chez l'adulte comme chez l'enfant. Elle nécessite une prise en charge thérapeutique rapide qui débute par une étape d'évaluation. Au-delà de la dimension somatique, la prise en compte de la composante psychologique, sociale et familiale est extrêmement importante.

Actuellement, différents outils d'évaluation de la douleur sont disponibles et régulièrement utilisés. S'il existe des données concernant la validation de certains outils en cancérologie, le choix d'un outil par rapport à un autre ou ses conditions d'utilisation restent empiriques.

L'élaboration de recommandations pour l'évaluation dans la pratique clinique repose, généralement, sur le consensus d'experts. Ce travail entre dans la volonté récente de la Société Française de Santé Publique (SFSP) décrite dans le plan ministériel triennal, de poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels dans ce domaine.

2. Objectifs

L'objectif de ces "Standards, Options et Recommandations" est de définir, sur la base d'une analyse critique des données actuelles de la science et sur la base de l'accord d'experts des "Standards, Options et Recommandations" pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge en fournissant aux praticiens une aide à la décision facilement utilisable et actualisée.

Ces recommandations pour la pratique clinique sont destinées aux professionnels de santé impliqués dans l'évaluation de la douleur chez l'enfant et l'adulte atteints de cancer.

La version initiale intitulée "Bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant" a été validée et publiée en 1996 [KRAKOWSKI1996].

Dans la mise à jour 2003, les objectifs du document initial sont conservés. En revanche, une nouvelle thématique est abordée, à savoir la description de situations particulières rencontrées dans la pratique quotidienne des médecins.

Les questions traitées dans ce document sont :

- les définitions et les mécanismes de la douleur (généralités),
- la nécessité d'une évaluation globale multidisciplinaire et soigneusement documentée des douleurs souvent multiples et intriquées et plus particulièrement l'importance de l'évaluation initiale et du choix des moyens utilisés pour le recueil des données concernant l'évaluation de la douleur et de ses conséquences,
- la sélection d'outils d'évaluation par les experts en fonction de leur expérience professionnelle, de l'âge du patient et du paramètre évalué (Tableau 3),
- l'importance de l'évaluation du contexte psychologique, social et familial dans la prise en charge de la douleur,
- le recours éventuel à des examens paracliniques en complément des examens cliniques,
- l'établissement d'un projet thérapeutique,
- le suivi.

Tableau 3. Outils d'évaluation du patient douloureux (adulte ou enfant) sélectionnés par le groupe d'experts

Paramètres évalués	Outil d'évaluation	Type d'évaluation	Patient	Validation en cancérologie
Localisation topographique des douleurs	Dessin sur silhouette	Auto.	Adulte et enfant à partir de 3 ans	non
Analyse des qualificatifs de la douleur	Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA) version longue ou courte	Auto.	Adulte et enfant à partir de 10 ans	non
Évaluation de l'intensité douloureuse	Échelle Visuelle Analogique (EVA)	Auto.	Adulte et enfant à partir de 6 ans	oui
	Échelle Numérique (EN)	Auto.	Adulte et enfant en âge scolaire	oui
	Échelle Verbale Simple (EVS)	Auto.	Adulte et enfant	oui
	Échelle des visages : <i>Faces Pain Scale-Revised</i> (FPS-R)	Auto.	Adulte et enfant à partir de 4 ans	non
Mesure du soulagement	Échelle des pourcentages de soulagement	Auto.	Adulte	non
Localisation, intensité, soulagement et retentissement	Questionnaire concis de la douleur	Auto.	Adulte	oui
Intensité douloureuse	DOLOPLUS 2	Hétéro.	Adulte non communicant	non
	Échelle Douleur Enfant Gustave Roussy® (DEGR®)		Enfant de 2 à 6 ans	oui
	Échelle Douleur Enfant San Salvador (DESS)		Enfant ou adulte polyhandicapé	non
	<i>Neonatal Facial Coding System</i> (NFCS)		Jusqu'à l'âge de 4 mois voire 18 mois (geste douloureux aigu)	non
	<i>Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale</i> (CHEOPS)		1 à 6 ans	non*
	<i>Objective Pain Scale</i> (OPS)		Enfant de 2 mois à 18 ans	non*
Échelles d'anxiété et de dépression	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	Auto.	-	oui
Échelle de qualité de vie	EORTC QLQ-C30	Auto.	-	non

Auto. : auto-évaluation

Hétéro. : hétéro-évaluation

* non validée en cancérologie mais utilisée en postopératoire chez le patient atteint d'un cancer

Les experts "spécialistes de la douleur" et rédacteurs de ce document (médecins généralistes, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, néphrologues, psychiatres) ont jugé pertinent d'établir des indications, quant à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur décrits précédemment, en fonction de situations particulières rencontrées dans leur pratique quotidienne. Les cinq situations particulières, détaillées dans ce document et dans les différents algorithmes, ont été choisies en fonction du type de douleur (douleur aiguë liée aux actes ou douleur chronique et persistante) et de l'aptitude du patient à évaluer sa douleur au moyen de ces différents outils d'évaluation. Ainsi, les experts ont distingué le patient communicant du patient non communicant et l'enfant de plus de 6 ans de l'enfant de moins de 6 ans (Tableau 4).

Tableau 4. Outils d'évaluation du patient douloureux sélectionnés par le groupe d'experts en fonction de situations cliniques particulières (patient communicant ou non, enfant de plus ou de moins de 6 ans)

Outil d'évaluation	Situation clinique				
	Douleur aiguë liée aux actes		Douleur chronique et persistante		
	Patient communicant et enfant > 6 ans	Patient non communicant et enfant < 6 ans	Patient communicant et enfant > 6 ans	Patient non communicant	Enfant < 6 ans
Dessins sur silhouette			Auto.		Auto.
Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA)			Auto. (enfant à partir de 10 ans)		
Échelle Visuelle Analogique (EVA)	Auto.		Auto.		Auto. (de 4 à 6 ans)
Échelle Numérique (EN)	Auto.		Auto.		
Échelle Verbale Simple (EVS)	Auto.		Auto.		
Échelle des visages : <i>Faces Pain Scale-Revised</i> (FPS-R)	Auto.		Auto.		Auto.
Échelle des pourcentages de soulagement	Auto.				
Questionnaire concis de la douleur			Auto. (adulte)		
Échelle Douleur Enfant Gustave Roussy® (DEGR®)		Hétéro. (précise le diagnostic)		Hétéro.	Hétéro.
<i>Neonatal Facial Coding System</i> (NFCS)		Hétéro.			
<i>Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale</i> (CHEOPS)		Hétéro.			
<i>Objective Pain Scale</i> (OPS)		Hétéro.			
Échelle DOLOPLUS 2		Hétéro. (préciser le diagnostic)		Hétéro.	
Échelle Douleur Enfant San Salvador (D.E.S.S)				Hétéro.	
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)			Auto.		
EORTC QLQ-C30			Auto.		

Auto. : auto-évaluation, Hétéro. : hétéro-évaluation

Les deux derniers chapitres du rapport intégral sont consacrés à l'établissement d'un projet thérapeutique et au suivi. L'ensemble de ces recommandations a été élaboré pour faciliter l'exercice au quotidien des médecins spécialistes en cancérologie et des médecins généralistes.

Ces recommandations ne concernent pas les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, traités dans un autre document SOR [KRAKOWSKI2003] [KRAKOWSKI2003A].

3. Méthode

3.1. Choix du thème

L'évolution des pratiques fait que l'ensemble des recommandations n'a pas été actualisé de façon synchrone. Ce document ne concerne donc que "l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer". L'actualisation d'autres chapitres des recommandations précédentes [KRAKOWSKI1996] est en cours avec d'autres experts dans le cadre de la collaboration FNCLCC et SETD (Société d'Étude et de Traitement de la Douleur, chapitre français de l'IASP. Groupe "Douleur Cancer"). En revanche, et dans un souci d'homogénéisation, le choix des différentes définitions se rapportant à la douleur a été fait en concertation entre les deux groupes d'experts.

3.2. Critères de sélection des études

3.2.1. Population

Patient adulte ou enfant atteints d'un cancer.

3.2.2. Type d'intervention

- Outils d'évaluation de la douleur cancéreuse.
- Outils d'évaluation de la qualité de vie.
- Outils d'évaluation des troubles émotionnels.
- Outils d'évaluation de la dépression et anxiété et stress psychologique.
- Outils d'évaluation de la communication et *coping*.
- Outils d'évaluation de la détresse psychologique/information du patient.
- Échelles et/ou questionnaires d'auto-évaluation et/ou d'hétéro-évaluation.

3.2.3. Types d'étude

Tous les types d'étude, en langue française et anglaise, ont été recherchés sauf les éditoriaux, les lettres, les news et les cas rapportés.

3.2. Stratégie de recherche bibliographique

La recherche bibliographique, basée sur les critères de sélection précédemment décrits, a été conduite par interrogation des bases *Medline*[®], *Embase*[®] et *Cancerlit*[®] sur la période 1966-2002.

La recherche bibliographique a été limitée aux publications de langues française et anglaise. Les éditoriaux, les lettres, les cas rapportés ainsi que les études conduites chez l'animal spécifiquement ont été exclus de la stratégie de recherche. Douze équations de recherche ont été élaborées. Cette bibliographie a été complétée par des références bibliographiques connues du groupe de travail et non obtenues par l'interrogation des bases de données. Le nombre total de références retrouvées varie selon l'équation de recherche. Pour plus d'informations se reporter à l'annexe 1 du rapport intégral [DELORME2003].

3.3. *Processus de revue*

Le rapport intégral a été relu, en septembre 2003, par un groupe multidisciplinaire d'experts indépendants (contributeurs) provenant des secteurs public et privé. Une grille de relecture a été proposée pour aider ces relecteurs à évaluer la validité, la clarté, la pertinence et l'acceptabilité des Standards, Options et Recommandations élaborés par le groupe de travail. Une date limite de réponse a été donnée pour clore le processus de revue. Seules les personnes ayant répondu à la relecture figurent de façon nominative dans le document. En cas de commentaires ou de réserves, une justification écrite et détaillée était demandée, faisant référence aux données de la science et/ou à l'expérience argumentée des médecins.

Tous les commentaires ont été analysés et discutés par les membres du groupe de travail. Pour plus d'informations se reporter à l'annexe 2 du rapport intégral [DELORME2003].

4. Généralités (cf. arbre 1)

4.1. Standards

La recherche d'une symptomatologie douloureuse doit être systématique chez l'adulte et chez l'enfant atteint d'un cancer (accord d'experts).

Le caractère aigu ou chronique de la douleur et ses mécanismes d'action (douleurs par excès de nociception, neuropathique ou mixte) doivent être déterminés (accord d'experts).

L'évaluation doit, en particulier, contribuer à établir si la douleur est (accord d'experts) :

- due à la tumeur cancéreuse elle-même ;
- due aux thérapeutiques du cancer (douleur aiguë ou séquellaire) : douleurs post-chirurgicales, douleurs post-radiques, post-chimiothérapiques ;
- sans lien de causalité directe avec le cancer ou ses traitements.

L'évaluation doit tenir compte de l'association possible de plusieurs douleurs et de leur évolution dans le temps (accord d'experts).

L'approche du patient douloureux doit être à la fois somatique, psychologique, sociale et familiale du fait de la diversité des dimensions impliquées.

4.2. Option

Pas d'option.

4.3. Recommandations

La taxonomie internationale n'a pas encore statué sur la définition des accès douloureux. Le groupe d'experts recommande donc l'emploi :

- du terme "d'accès douloureux prévisibles" au lieu de "douleur incidente" : pour l'ensemble des accès douloureux liés à des actions volontaires du patient (mouvement, miction, etc.). Ne pas confondre ces douleurs avec les douleurs liées aux soins,
- du terme "d'accès douloureux nociceptifs" : pour les exacerbations de douleurs somatiques ou viscérales non prévisibles,
- du terme "d'accès douloureux neuropathiques" : pour l'ensemble des épisodes douloureux liés à une majoration de la composante permanente ou de la composante paroxystique fulgurante de la douleur neuropathique,
- la notion de "réapparition de la douleur" associée à une insuffisance thérapeutique liée à la fin prématurée de l'action des antalgiques.

5. Évaluation de la douleur et de ses conséquences : moyens utilisés pour le recueil des données (cf. arbre 2)

5.1. Standards

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 sémiologie associée au syndrome douloureux.

Le standard est l'auto-évaluation, puisque les signes cliniques et comportementaux de la douleur, malgré leur importance, ne sauraient remplacer la plainte du malade comme source d'évaluation de la douleur (accord d'experts).

Dans le cas où l'auto-évaluation n'est pas possible, l'hétéro-évaluation doit être faite à l'aide d'outils et d'échelles adaptés aux différentes situations (accord d'experts).

5.2. Options

Parmi les différents outils disponibles et largement diffusés pour le recueil des données, le groupe d'experts a sélectionné, pour l'évaluation initiale de la douleur en cancérologie, les outils d'évaluation suivants, sur la base de leur validation éventuelle, de critères d'utilité clinique et de simplicité d'utilisation (sous réserve que leur maniement ait été soigneusement expliqué) :

- dessins sur silhouette (accord d'experts),
- questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA) (niveau de preuve C),
- échelle Visuelle Analogique (EVA) (niveau de preuve B2), Échelle Numérique (EN) (niveau de preuve B2), Échelle Verbale Simple (EVS) (niveau de preuve B2) et Échelle des visages : *Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)* (accord d'experts),
- échelle des pourcentages de soulagement (niveau de preuve C),
- questionnaire concis de la douleur (niveau de preuve B2),
- échelle Douleur Enfant Gustave Roussy® (DEGR®) (niveau de preuve C), *Neonatal Facial Coding System (NFCS)* (niveau de preuve D), *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)*, *Objective Pain Scale (OPS)*,
- DOLOPLUS 2,
- échelle Douleur Enfant San Salvador (échelle D.E.S.S.).

5.3. Recommandation

L'évaluation est facilitée par l'utilisation de questionnaires, échelles et outils adaptés (accord d'experts) :

- à l'âge,
- aux possibilités de communication,
- à la problématique douloureuse (douleur aiguë, douleur chronique ou potentiellement chronique).

6. Évaluation du contexte psychologique, social et familial

6.1. Standards

L'évaluation psychologique, sociale et familiale du patient douloureux est rendue indispensable par le caractère multifactoriel de la douleur, tout comme le dépistage systématique de l'anxiété, de la dépression et des troubles cognitifs (accord d'experts).

L'objectif est de repérer la dimension psychologique, sociale et familiale, il n'est pas de réaliser un entretien à visée psychothérapeutique (accord d'experts).

6.2. Option

L'échelle HADS peut être utilisée pour dépister les troubles anxieux et/ou dépressifs car elle a été validée chez le patient atteint de cancer (niveau de preuve B2).

6.3. Recommandation

La valeur fixée du seuil de positivité à l'HADS doit être adaptée en fonction du type de pathologie recherchée (anxiété, dépression ou les deux) (accord d'experts).

7. Douleur aiguë liée aux actes (cf. arbre 3)

7.1. Patient communicant et enfant de plus de 6 ans

7.1.1. Standards

Évaluer la pénibilité d'un acte médical ou d'un soin potentiellement douloureux (accord d'experts).
Recueillir l'efficacité et les effets indésirables des mesures antalgiques adoptées (accord d'experts).

7.1.2. Options

Utiliser une échelle d'auto-évaluation de l'intensité adaptée à l'âge du patient (accord d'experts) :

- pour l'enfant : EVA, FPS-R.
- pour l'adulte : EVA, EN, EVS.

7.1.3. Recommandations

Utiliser l'échelle d'évaluation avant et après l'acte douloureux. Dans le meilleur des cas, la seconde mesure se fait au décours de l'acte douloureux, mais il est possible de la réaliser dans les 5 minutes qui le suivent, voire plus tard si l'acte a été très pénible (nécessité de récupération) (accord d'experts).

Utiliser de manière couplée une mesure de soulagement pour les actes répétés lorsqu'une technique antalgique est employée (échelles de soulagement) (accord d'experts).

7.2. Patient non communicant et enfant de moins de 6 ans

7.2.1. Standard

Évaluer la douleur avant et après un acte médical ou un soin par hétéro-évaluation (accord d'experts).

7.2.2. Options

L'évaluation de la douleur peut être faite par un observateur extérieur au geste potentiellement douloureux (accord d'experts).

Différentes échelles d'hétéro-évaluation peuvent être utilisées (accord d'experts).

7.2.3. Recommandations

Utiliser des échelles comportementales CHEOPS, OPS et NFCS chez l'enfant (accord d'experts).

Utiliser les items de l'échelle DOLOPLUS 2 (7 premiers items) ou DEGR[®] pour identifier plus précisément les signes d'expression douloureuse (accord d'experts).

En cas de doute, un test thérapeutique peut être effectué. Si une "amélioration" du comportement est observée (disparition des signes de la douleur), le traitement sera reconduit pour les actes suivants de même nature (accord d'experts).

Recourir à un spécialiste de la douleur en cas de situation complexe ou de résistance à un traitement (accord d'experts).

8. Douleur chronique ou persistante

8.1. Patient communicant et enfant de plus de 6 ans (cf. arbre 4)

8.1.1. Standards

La démarche d'évaluation doit être systématique (accord d'experts).

La démarche d'évaluation doit comprendre (accord d'experts) :

- un entretien "ouvert",
- un entretien "semi-directif" centré sur l'évaluation des composantes de la douleur et sur les symptômes de la maladie,
- une liste exhaustive des différentes douleurs,
- la caractérisation séparée de chacune des douleurs, en intensité, localisation et type. Une échelle d'auto-évaluation doit être utilisée pour caractériser l'intensité de la douleur,
- le profil évolutif de la douleur (accès douloureux),
- une analyse des composantes psycho-affectives,
- une liste des traitements reçus, de leur modalité d'administration, de leurs effets indésirables et de leur efficacité,
- un examen clinique approfondi.

8.1.2. Options

Utiliser l'EVA, l'EVS, l'EN, l'échelle des visages, le dessin sur silhouette, le Questionnaire concis de la Douleur pour caractériser l'intensité et la topographie de la douleur (accord d'experts).

Prescrire des examens paracliniques en fonction de leurs intérêts et de leurs caractères invasifs (accord d'experts).

Utiliser une échelle d'anxiété et de dépression et/ou de qualité de vie pour compléter l'évaluation de la douleur (accord d'experts).

8.1.3. Recommandations

Effectuer une réévaluation globale face à toute modification de la symptomatologie douloureuse en localisation, intensité, type d'une douleur connue (accord d'experts).

Recourir à un spécialiste de la douleur en cas d'analyse complexe ou de résistance à un traitement (accord d'experts).

8.2. Patient non communicant (cf. arbre 5)

8.2.1. Standards

La démarche d'évaluation doit être systématique (accord d'experts).

La démarche d'évaluation doit comprendre (accord d'experts) :

- la définition de "l'état supposé confortable" et "l'état supposé douloureux" grâce à l'ensemble des témoignages de tierces personnes (proches, soignants),
- un examen clinique attentif avec validation de l'état douloureux en cherchant à reproduire le comportement douloureux par une succession de manœuvres supposées identifier le siège et le type de douleur.

8.2.2. Options

Utiliser une échelle d'hétéro-évaluation DOLOPLUS 2 (validée chez la personne âgée) (accord d'experts).

Recourir à un expert de la douleur (accord d'experts).

8.2.3. Recommandations

Utiliser des échelles d'hétéro-évaluation pédiatriques : DESS, DEGR[®] (accord d'experts).

Effectuer des tests thérapeutiques : antalgiques ou diminution des traitements sédatifs (patient dans le coma) (accord d'experts).

8.3. *Enfant de moins de 6 ans (cf. arbre 5)*

8.3.1. Standards

La démarche d'évaluation doit être systématique (accord d'experts).

La démarche d'évaluation doit comprendre (accord d'experts) :

- le témoignage verbal ou non de l'enfant chaque fois que cela est possible,
- le témoignage de la personne en charge de l'enfant (parent, nourrice, soignant, etc.),
- un examen clinique en présence et avec l'aide de la personne en charge de l'enfant avec identification du siège et du type de la douleur au cours de manœuvres,
- une évaluation de la récupération des activités ludiques et psycho-affectives.

8.3.2. Option

Utiliser des échelles d'auto-évaluation chez l'enfant de 4 à 6 ans (dessins sur silhouette, échelle des visages, EVA) ou d'hétéro-évaluation (DEGR[®]) si elles sont possibles (accord d'experts).

8.3.3. Recommandations

Respecter une neutralité bienveillante lors de l'évaluation, sans trop d'implication affective (accord d'experts).

Utiliser l'échelle qui plaît à l'enfant et qu'il s'approprie le mieux pour les évaluations ultérieures (accord d'experts).

9. Évaluation dans les établissements de santé

9.1. Standards

Dans les établissements de santé, l'évaluation de la douleur doit être quotidienne, réalisée à l'aide d'outils validés (accord d'experts).

La mesure de l'intensité douloureuse est nécessaire (accord d'experts).

9.2. Option

Pas d'option.

9.3. Recommandations

Pour l'enfant, entre 3 et 6 ans, en cas d'échec avec une échelle d'auto-évaluation, l'utilisation systématique du dessin sur la silhouette et/ou d'une échelle d'hétéro-évaluation est recommandée (accord d'experts).

La fréquence d'évaluation quotidienne doit être déterminée localement (accord d'experts).

Le dépistage des principaux effets indésirables des morphiniques (constipation, somnolence, nausées, vomissements, dysurie, hallucinations, confusion) doit être réalisé dans le cadre de l'évaluation systématique quotidienne pour les patients qui reçoivent de tels traitements (accord d'experts).

10. Évaluation de la douleur au domicile

10.1. Standard

Pas de standard.

10.2. Option

Pour les patients douloureux, il est souhaitable de mettre en place une stratégie d'évaluation régulière lors de l'initiation des traitements antalgiques ou lors de l'adaptation de telles thérapeutiques (accord d'experts).

10.3. Recommandations

L'utilisation d'outils validés au domicile facilite les transmissions et les échanges entre les différents médecins et les soignants (accord d'experts).

Les parents doivent être éduqués pour être capables d'identifier ce qui "correspond à un état douloureux" et ce qui "correspond à un état non douloureux" (accord d'experts).

Il n'est pas recommandé de faire des évaluations quotidiennes systématiques chez l'enfant non douloureux (accord d'experts).

11. Évaluation de la douleur en phase terminale

11.1. Standards

Tous les standards concernant :

- la démarche d'évaluation de la douleur,
 - le caractère systématique de l'évaluation,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes communicantes,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes non communicantes,
- restent vrais et s'appliquent en phase terminale.

11.2. Options

Toutes les options concernant :

- la démarche d'évaluation de la douleur,
 - le caractère systématique de l'évaluation,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes communicantes,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes non communicantes,
- restent vraies et s'appliquent en phase terminale.

11.3. Recommandations

Toutes les recommandations concernant :

- la démarche d'évaluation de la douleur,
 - le caractère systématique de l'évaluation,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes communicantes,
 - stratégie et outils d'évaluation chez les personnes non communicantes,
- restent vraies et s'appliquent en phase terminale.

La toilette, les mobilisations et les autres situations à risque de douleur provoquée peuvent être identifiées (accord d'experts).

L'analyse des effets indésirables des différents traitements en cours devrait être particulièrement soignée pour limiter en particulier la somnolence excessive d'origine iatrogène (accord d'experts).

Dans les situations difficiles, un premier recours peut être l'utilisation d'outils d'hétéro-évaluation. Le recours aux experts en soins palliatifs ou en évaluation et traitement de la douleur est recommandé (accord d'experts).

12. Établissement d'un projet thérapeutique

12.1. Standards

Une évaluation rigoureuse et exhaustive est nécessaire pour définir un projet thérapeutique cohérent s'intégrant dans la prise en charge du cancer (accord d'experts).

Lors de l'établissement du projet thérapeutique avec le patient, il est nécessaire de définir des étapes en fonction de la situation clinique (accord d'experts).

12.2. Option

Pas d'option.

12.3. Recommandations

Quelles que soient les modalités de traitement envisagées, il convient de définir avec les patients et leur entourage, les objectifs attendus (accord d'experts).

Les objectifs du traitement doivent être réalistes, adaptés à la situation médicale, aux possibilités thérapeutiques, aux limites éventuelles que pose le patient (ou les parents pour les enfants) (accord d'experts).

Pour les douleurs par excès de nociception liées au cancer, un traitement efficace se définit par (accord d'experts) :

- une douleur de fond absente ou d'intensité faible,
- le respect du sommeil,
- moins de 4 accès douloureux par jour,
- une efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux supérieure à 50 %,
- les activités habituelles, qui peuvent être limitées par l'évolution du cancer, sont possibles ou peu limitées par la douleur. Pour l'enfant : les activités de base (manger, bouger, jouer) sont respectées,
- les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents (accord d'experts).

L'information et l'éducation du patient et de sa famille sont des étapes importantes de l'établissement du projet thérapeutique (accord d'experts).

13. Suivi

13.1. Standards

Après l'instauration du traitement antalgique, il est nécessaire d'évaluer régulièrement son efficacité et ses effets indésirables (accord d'experts).

Pendant toute la phase d'adaptation posologique, le rythme de l'évaluation est fonction de la pharmacocinétique des antalgiques utilisés (accord d'experts).

Toute modification du syndrome douloureux doit entraîner rapidement une réévaluation complète (accord d'experts).

13.2. Option

Pas d'option.

13.3. Recommandation

Dans le suivi au long cours, l'évolution du syndrome douloureux sera suivie à intervalles réguliers (accord d'experts).

Références bibliographiques

[**DELORME2003**] Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D et al. Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer [online]. 2003. Available: URL: www.fnclcc.fr.

[**FERVERS2001**] Fervers B, Bey P, Maigne D, Philip T. Les Standards, Options et Recommandations (SOR): une initiative pluridisciplinaire pour une cancérologie conforme aux données actuelles de la science. [Standards, Options and Recommendations: a multidisciplinary program to promote evidence-based oncology]. Bull Cancer 2001;88(6):601-4.

[**FERVERS1995**] Fervers B, Bonichon F, Demard F, Heron JF, Mathoulin S, Philip T et al. Méthodologie de développement des Standards, Options et Recommandations diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. [Methodology of the development of diagnostic and therapeutic standards, options and recommendations in oncology]. Bull Cancer 1995;82(10):761-7.

[**KRAKOWSKI1996**] Krakowski I, Gestin Y, Jaulmes F, Lakdja F, Meynadier J, Poulain P et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. [Recommendations for a successful cancer pain management in adults and children]. Bull Cancer 1996;83 Suppl 1:9s-79s.

[**KRAKOWSKI2003A**] Krakowski I, Theobald S, Balp L, Bonnefol MP, Chwetzoff G, Collard O et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour [online]. juillet 2003. Available: URL: http://www.fnclcc.fr/fr/sor/pdf/rapport_integral/TT_DOU_Traitement_int.pdf.

[**KRAKOWSKI2003**] Krakowski I, Theobald S, Collin E, Vuillemin N, Balp L, Torloting G et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour. John Libbey Eurotext; 2003. Standards, Options & Recommandations, vol 15.

[**LJUNGMAN1999**] Ljungman G, Gordh T, Sorensen S, Kreuger A. Pain in paediatric oncology: interviews with children, adolescents and their parents. Acta Paediatr 1999;88(6):623-30.