

TO35 PRISE EN CHARGE À DOMICILE EN MILIEU RURAL DES DOULEURS DE SUJETS CANCÉREUX PAR UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE FORMÉ À LA DOULEUR. ASPECTS PRATIQUES À PROPOS D'UN CAS DE NÉOPLASIE PROSTATIQUE

J.L. Lajoie⁽¹⁾, V. Piccand⁽²⁾

1. Groupe médical Ambroise-Paré, Pesmes.

2. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Besançon.

Le symptôme douleur signe l'évolutivité du processus néoplasique (métastases osseuses, hépatiques, pulmonaires...) permet sa découverte initiale (céphalées par HTIC, douleurs osseuses, adénopathie compressive, syndrome subocclusif avec ascite...). Il s'agit soit de sujets suivis régulièrement par les spécialistes d'organes ou l'oncologue, soit de sujets diagnostiqués depuis un certain temps et ne souhaitant plus de suivi ou moins d'explorations, soit de sujets refusant toutes investigations et traitements complémentaires autres que celui des symptômes (douleur). Les différentes possibilités thérapeutiques antalgiques disponibles actuellement à domicile permettent une meilleure gestion-adaptation des douleurs associées au cancer (produits, forme, dosage) avec une possibilité de rotation des molécules et de recours aux services hospitaliers pour des traitements complémentaires spécifiques telles la radiothérapie localisée, la cimentoplastie percutanée (vertèbres, bassin), les infiltrations scannoguidées, la radiofréquence, la pose de pompe à morphine (intrathécale, intracérébroventriculaire) et les techniques de neurochirurgie. Ce qui nécessite de faire un diagnostic le plus précis possible du mécanisme physiopathologique, de connaître les produits et leur manie- ment ainsi que les techniques complémentaires (avis spécialisés dans les centres douleurs).

Nous nous proposons de relater un cas de néoplasie prostatique métastasée (osseuse, hépatique) et résistante, suivi depuis plusieurs années avec une prise en charge diversifiée et une survie à domicile avec une coordination ville-hôpital permettant une prise en charge optimale.

TO36 PRÉVALENCE ET INTENSITÉ DE LA DOULEUR CHEZ LES MALADES CANCÉREUX : LA SITUATION EN FRANCE EN 2003 ET 2005

F. Larue⁽¹⁾, A. Beauchet⁽²⁾, L. Brasseur⁽³⁾, P. Aegerter⁽²⁾

1. Unité mobile de Soins Continus, Centre Hospitalier, Longjumeau.

2. Département d'information hospitalière et de santé publique, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt.

3. CET Douleur, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt.

Introduction : Il y a une quinzaine d'années, il a été montré que la prise en charge de la douleur chez les malades cancéreux était loin d'être optimale en France [1]. Cette observation a été à l'origine d'un mouvement tendant à sensibiliser les professionnels de santé à la douleur [2].

Objectif : Évaluation de la douleur et de sa prise en charge auprès des malades et de leurs médecins.

Matériel et méthode : Entre 2003 et 2005, un échantillon représentatif de 30 patients victimes de cancer a été évalué dans 20 centres (CHU, CHR, CAC, établissements privés) en France métropolitaine : il s'agissait de patients hospitalisés (hospitalisation classique ou de journée) ou en consultation externe. L'outil utilisé a été la version française du *Brief Pain Inventory*. Un questionnaire spécifique a été passé auprès des médecins.

Résultats : 625 questionnaires ont été distribués. Les informations ont été obtenues auprès de 608 malades et leurs médecins. L'échantillon comprenait 55 % de femmes ; l'âge moyen était de $59,7 \pm 13,3$ ans (médiane 60). La prévalence de la douleur « au cours des 8 derniers jours » était de 56 % des cas. La douleur « en moyenne » est de $3,36 \pm 1,9$; la douleur « la plus intense » était de $5,9 \pm 2,5$. 39 % n'ont pas reçu de traitement adéquat (si l'on se réfère au schéma thérapeutique de l'OMS) : les patients sans métastases, dont la performance physique est la plus satisfaisante, et qui ont évalué leur douleur de façon plus intense que les médecins, ont un risque accru de recevoir un traitement mal adapté à leur douleur.

Conclusion : L'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les malades cancéreux est loin d'être optimale au début des années 2000.

RÉFÉRENCES

1. BMJ 1995;310:1034-7.

2. www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/2-lutte/34_980307.htm

TO37 BILAN DE 18 MOIS DE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU DOULEUR EN SARTHE - 1^{ER} RÉSEAU DE SANTÉ DOULEUR DES PAYS DE LA LOIRE

D. Duclos

Réseau douleur Sarthe, Le Mans.

L'organisation en réseau, septembre 2004, est née des difficultés de fonctionnement rencontrées par les structures « douleur ». Le financement octroyé : DRDR permet de consolider les actions antérieurement mises en place, d'étendre nos missions vers les professionnels libéraux du département.

Les missions spécifiques de tout réseau : sensibilisation, formation des professionnels de la Sarthe, coordination des consultations, aide à l'évaluation et au traitement vers les acteurs de soins, permettent à 18 mois de fonctionnement les résultats encourageants :

- adhésion de toutes les structures sanitaires privées, PS/PH et publiques du département ;
- adhésions de 305 patients, de 45 médecins généralistes (représentant 10 % de cette population), 10 IDE, 15 kinésithérapeutes libéraux ;
- coopération active avec les associations d'usagers ;