



HAL
open science

Face aux douleurs complexes liées au cancer analyse d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016

Andoni Setoain

► **To cite this version:**

Andoni Setoain. Face aux douleurs complexes liées au cancer analyse d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01597727

HAL Id: dumas-01597727

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597727>

Submitted on 28 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Face aux douleurs complexes liées au cancer analyse
d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du
Pays Basque en 2016**

Andoni Setoain

► **To cite this version:**

Andoni Setoain. Face aux douleurs complexes liées au cancer analyse d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01597727>

HAL Id: dumas-01597727

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597727>

Submitted on 28 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R de Sciences Médicales

Thèse présentée pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine
Générale

Année 2017

N° 112

Présentée et soutenue publiquement le 5 septembre 2017

Par SETOAIN Andoni

Né le 5 octobre 1988

**Face aux douleurs complexes liées au cancer
analyse d'un outil d'évaluation
par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur BURUCOA Benoît

Jury

Monsieur le Professeur MERCIE Patrick	Président du jury
Monsieur le Professeur PETREGNE François	Membre du jury
Monsieur le Professeur CASTERA Philippe	Membre du jury
Monsieur le Docteur BRILLAXIS Pierre	Membre du jury
Madame le Docteur SAUSSAC PIETRI Camille	Membre du jury

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MERCIE Patrick

Pour avoir accepté de présider le jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur PETREGNE François

Je vous remercie d'avoir accepté de rapporter avec tant de précision ce travail et de le juger. Je tiens à vous témoigner ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur CASTERA Philippe

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur BRILLAXIS Pierre

Tu as sans hésiter accepté de faire partie de ce jury. Pour m'avoir accompagné dans mes premiers pas en soins palliatifs, lors de situations qui resteront à jamais gravées en moi, pour m'avoir sensibilisé à la nécessité de se former. MILESKER.

A Madame le Docteur SAUSSAC PIETRI Camille

Permetts-moi de t'exprimer toute l'estime que j'ai pour toi. Un grand merci d'avoir accepté, au pied levé, de faire partie de ce jury. C'est pour moi une fierté d'avoir tant appris à tes côtés. Ton calme (c'est peu de le dire), ton expérience et ta vision fine des situations m'auront accompagné durant ces six mois de stage.

A mon directeur de thèse : Monsieur le Professeur BURUCOA Benoît

Vous avez accepté de m'accompagner et de me guider durant cette mission. Vous avez su nous transmettre vos solides connaissances et compétences dans ce vaste domaine qu'est l'accompagnement en situation palliative. MILESKER.

A tous les médecins hospitaliers et aux enseignants de Médecine Générale de Bayonne et de Bordeaux qui ont participé, de près ou de loin, à ma formation ; notamment aux Docteurs : NOCENT Cécilia, SCHNEIDER Sophie, BONNET Daniel,

MATHIEU Jean-Pierre, PEDESPAN François, ABINADER Mario, MILANDOU Adolphe, PAPILLON Chantal, ABOUETTAKOUA Benjamin, BARTOU Christophe (et tous vos collègues d'Orthez), ROQUES Isabelle, LABADILLE Sylvie.

Aux équipes de Pneumologie de Bayonne (sacrée équipe !!), **Cardiologie d'Oloron** (quel accueil en Haute Soule), les **Urgences d'Orthez** (Lolo et toute la bande), MERCI.

Merci à toute l'équipe de **PMI de Bayonne**, Anne, Marie-Jeanne, Sylvie, pour m'avoir sensibilisé avec passion à la protection infantile, une prise en charge nouvelle pour moi.

A Monsieur le Professeur de l'Université Xingar ta Arroltze de Ciboure M.

BENICHOU JJ :

Merci de m'avoir apporté vos convictions, votre enthousiasme et votre soif d'apprendre au service de vos patients.

Un grand merci à toute l'équipe de **l'Unité 29 de l'Hôpital Saint André**, je ne peux pas tous vous citer, ce serait trop long... mais vous avez fait de ces six mois une aventure exceptionnelle, sur le plan humain et professionnel.

Merci au **Docteur Antoine PASCAL** de m'avoir fait confiance en me permettant de me lancer dans cette nouvelle aventure à Cambo.

A la coloc du Palais Gallien : milesker pour ces bons moments.

A mes compagnons de route rencontrés durant l'internat : Nathan et Nono, Marème (future mairesse d'Oloron !), Laurent et Claire, Tim et Marie, Thomas et Charlotte (Ok on se connaît depuis 20 ans...). De belles rencontres, à nous de les préserver !

A mes compères **Sadoux et Paul** pour ces 6 années durant lesquelles nous nous sommes spécialisés dans la construction de pyramides avec **David, Louis, Thibaut**.

Anais, mon indic aux urgences de Bayonne, nous nous sommes suivis durant toutes ces années. Ton parcours est admirable, segi hola !

Xan ta Leire, gaur egun 10 urte elkarren ondoan jarri ginela fakultateko alkietan. Ta lortu dugu ! Zien adiskidetasunarentzat eguneroko bizian, galdera ta dudun altxatzeko hor zireztelako, Milesker.

Ostro ta Maria traileuseri ! Segi hola !

Un grand merci à tous **mes amis d'Itsasu et d'ailleurs** pour leur soutien (surtout les samedis soirs) : Dast, Antton, Allande, Laurent, Beun, Patxi, Pettan, Battitt. Vous n'entendrez plus parler de cette thèse, c'est promis.

A ma famille :

Aita, Ama, Maitane. Zuen konfiantza, sustengu eta laguntzarentzat. 10 urte hauek luzeak izan dira, zailak, bainan zuen begietan lortuko nuela irakurtzen nuelako, MILESKER.

Otto, Ttanta, kusieri : Milesker zuen interesa ta sustenguarentzat !

Mattin : pour m'avoir transmis la passion de la petite enfance bien que je sois Manex!
Merci !

Amatxiri : bai, mediku izanen niz, je te jure !

Maddi ri : zure taloek lan egiteko indarra eman dautatelako, milesker !!

Goizegi joan zirezteneri : lan honen bidez, besarkada bat.

Julie : je n'ai pas assez de place sur cette page pour te témoigner ma reconnaissance pour tout ce que tu m'apportes et pour ton soutien IN-DE-FEC-TIBLE durant ces dernières années. « Tu vas y arriver, ta thèse elle est super, j'ai jamais lu un truc aussi bien écrit ! Ton ppt par contre, on va le refaire...». C'est pile ce que je voulais entendre durant ces derniers mois. Merci.

Hegoa : zure irrifarre pollitek eguneroko behar dutan indarra emaiten dautatelako, milesker.

Table des matières

INTRODUCTION.....	6
1^{ERE} PARTIE : RAISONNEMENT CLINIQUE FACE AUX DOULEURS COMPLEXES.....	8
1.1 LA DOULEUR LIEE AU CANCER, COMPLEXE.....	8
1.1.1 DEFINITION ET CAUSES DE LA DOULEUR.....	8
1.1.2 PHYSIOPATHOLOGIE	8
1.1.3 EVALUATION ET SPECIFICITES DE LA DOULEUR CANCEREUSE	10
1.2 DOULEUR, CANCER ET SOINS PALLIATIFS EN MEDECINE GENERALE	12
1.2.1 CONTEXTE	12
1.2.2 PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	13
1.2.3 DIFFERENTS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE PALLIATIVE	13
1.3 UN RAISONNEMENT CLINIQUE FACE AUX DOULEURS CANCEREUSES COMPLEXES.....	16
1.3.1 HISTOIRE DU RAISONNEMENT CLINIQUE	16
1.3.2 QUATRE APPROCHES POUR UN RAISONNEMENT CLINIQUE	18
1.3.3 UN OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	19
2^{EME} PARTIE : UNE ENQUETE AU PAYS BASQUE.....	23
2.1 MATERIEL, POPULATION ET METHODES.....	23
2.1.1 CHOIX DE LA METHODE ET DE LA POPULATION	23
2.1.2 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	24
2.1.3 LE RECUEIL DE DONNEES	25
2.2 RESULTATS : LE MEDECIN GENERALISTE ET SA PRATIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE	25
2.2.1 TAUX DE REPONSE.....	25
2.2.2 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES ET REpondANTS	26
2.2.3 LA PRATIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	26
2.3 RESULTATS : OUTIL D’EVALUATION DE LA DOULEUR CANCEREUSE	28
2.3.1 INTERET DE CET OUTIL DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE.....	28
2.3.2 UN OUTIL QUI REpond AUX ATTENTES	29
2.3.3 REMARQUES LIBRES.....	29
3^{EME} PARTIE : DISCUSSION	31
3.1 L’EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE ET DES CONTRAINTES	31
3.1.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L’ETUDE	31
3.1.2 DES MEDECINS GENERALISTES QUI S’ADAPTENT A DES CONTRAINTES.....	32
3.1.3 UNE PRATIQUE NON FORMALISEE DU RAISONNEMENT CLINIQUE.....	33
3.2 UN DEFI DE TAILLE : DEPASSER LA RESISTANCE AUX CHANGEMENTS	34
3.2.1 INTERETS DE L’OUTIL D’EVALUATION DES DOULEURS	34
3.2.2 ARRET SUR IMAGE POUR UNE ANALYSE FINE DE LA DOULEUR.....	35
3.2.3 DES RESISTANCES A DEPASSER CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES	36
3.3 DES PERSPECTIVES POUR L’EVALUATION DES DOULEURS.....	37
3.3.1 DES MEDECINS GENERALISTES INTERESSES PAR L’OUTIL, PERTINENT SUR LE PLAN BIOMEDICAL.....	37
3.3.2 UNE APPROCHE PLUS COGNITIVE	38
3.3.3 ADAPTER LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE AU PROBLEME A ELUCIDER	39
CONCLUSION.....	41
ANNEXES.....	43
REFERENCES.....	51
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	55

INTRODUCTION

La douleur est le symptôme prédominant dans les pathologies cancéreuses, tant par sa prévalence que par la représentation que s'en font les patients et les professionnels de santé. Selon l'enquête EPIC (1), 76% des patients atteints de cancer en France déclarent ressentir une douleur qu'ils attribuent à leur cancer. Parmi eux, 62% affirment ressentir des douleurs modérées à sévères, tandis que la douleur est intolérable pour 38% d'entre eux. En ce qui concerne le traitement en place, 2/3 des patients affirment que celui-ci ne suffit pas à soulager les douleurs. Ces proportions importantes de patients douloureux nous amènent à considérer la douleur cancéreuse comme un véritable problème de santé publique. En dépit de ces statistiques, seulement 22% d'entre eux reçoivent un traitement par opioïde fort en France ce qui représente une faible minorité des patients douloureux. Par ailleurs, il est à noter que 58% des français meurent en établissement de santé (2) contre 27% à domicile alors que 57% souhaitent mourir à domicile (3).

Toutes ces données chiffrées mettent en exergue trois points importants :

- le souhait des patients de décéder à domicile, avec mise en place en amont de soins palliatifs.
- le sous traitement de la douleur des patients cancéreux alors que des moyens thérapeutiques sont à disposition.
- l'importance capitale de l'implication du médecin généraliste afin de maintenir une prise en soins palliatifs à domicile le plus longtemps possible (4).

Un article de revue (5) publié en 2016 par des médecins généralistes de Bordeaux et basé sur un travail de thèse de Catherine Prabonneau, recense les facteurs favorisant un décès à domicile : un souhait exprimé par le patient, l'absence de cancer, un âge avancé et un lieu de résidence proche d'un hôpital sont retrouvés. Le rôle central du médecin généraliste ainsi que la notion essentielle d'anticipation sont mis en exergue afin d'éviter l'épuisement familial et des hospitalisations non souhaitées.

Plusieurs études comme l'étude EPIC (1) en 2007, l'étude ADEPI (6) en 2010, une enquête de l' Inca (7) pour le 2ème plan cancer en 2010 ainsi que de nombreux travaux de thèses (8) (9) (10) (11) (12) tendent à montrer certaines réticences à l'utilisation de

la morphine pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de cancers. En effet, les patients et certains médecins expriment une peur d'induire une dépendance ou des effets indésirables. La Société Française de l'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFEDT) (13) atteste qu'une utilisation trop faible des morphiniques priverait certains patients d'un traitement médicalement justifié et poserait un problème éthique. Il apparaît que les patients sont insuffisamment soulagés alors que la fin de leur vie est proche. Ceci a pour conséquence des hospitalisations en urgence pour des situations douloureuses, non soulagées à domicile. La mort survient parfois à l'hôpital alors que le souhait initial du patient et de sa famille était de mourir à domicile, dans son lieu de vie. La prise en charge de la douleur est un enjeu biomédical, éthique mais également économique en évitant des hospitalisations inutiles.

Une thèse qualitative récente, soutenue en 2013 par Dr BERNARD-CAMARA A. a conclu à un bénéfice certain de développer un outil d'aide à la prescription des traitements opioïdes (4). La prescription de morphine est devenue répandue car elle s'avère être la réponse humaine la plus adaptée à la souffrance physique (14). Au regard de ces données il apparaît que les médecins généralistes ont besoin d'outils d'aide sur lesquels baser leur raisonnement clinique et leurs prescriptions lorsqu'ils sont confrontés à des douleurs complexes liées au cancer.

L'objectif de cette étude était de recueillir la lecture critique d'un outil d'évaluation des douleurs complexes, par les médecins généralistes du Pays Basque. Sa finalité est d'apprécier la faisabilité d'une transposition de cet outil dans la pratique de la médecine générale.

1^{ère} partie : RAISONNEMENT CLINIQUE FACE AUX DOULEURS COMPLEXES

1.1 La douleur liée au cancer, complexe

1.1.1 Définition et causes de la douleur

Le comité de taxonomie de l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) a défini la douleur comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ». Au regard de cette définition on remarque que la douleur n'est plus uniquement une souffrance liée à un dysfonctionnement organique mais qu'il s'agit d'une expérience GLOBALE, SUBJECTIVE, ce qui introduit la notion de la composante psychogène de la douleur.

Selon la méta-analyse de Bennett M. parue dans le Pain en 2012 (15), différentes causes sont identifiées dans la douleur cancéreuse pouvant en faire une douleur dite complexe. Elle est liée à la tumeur dans 64% des cas, au traitement dans 20,3% des cas. Par ailleurs on retrouve dans 10,2% des cas une douleur sans lien avec la maladie cancéreuse et 2% des cas sont de cause inconnue.

L'évolution classique aggravative de la maladie favorise l'émergence de douleurs rebelles, c'est-à-dire résistantes au traitement de première intention. Elles deviennent également difficiles à évaluer, ce qui en fait une entité difficile à évaluer et complexe.

1.2.2 Physiopathologie

Différents types de douleurs sont rencontrés dans la prise en charge des cancers.

- Douleurs nociceptives

Elles sont provoquées par la **stimulation** des fibres nerveuses au niveau des récepteurs périphériques (nocicepteurs) sensibles à la douleur. Des substances algogènes (histamine bradykinine, substance P...) stimulent les fibres sensibles de petit calibre de type A-delta et C. Ces fibres sensibles, ainsi stimulées, envoient un signal électrique qui est transmis au système nerveux central au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière.

Les fibres de gros calibre (A-alpha et A-béta) ont pour rôle de stimuler les interneurons inhibiteurs et donc d'inhiber les fibres de petit calibre (16).

Exemple: quand on reçoit un coup sur la main, le système nerveux central reçoit le message douloureux via les fibres de petit calibre. Le réflexe est alors de frotter la main à l'endroit du coup ce qui entraîne la stimulation des fibres de gros calibre et diminue la douleur, c'est le phénomène de contre-stimulation.

- Douleurs neuropathiques

Elles sont provoquées par une **lésion** des fibres sensibles de gros calibre.

Il peut s'agir de douleurs périphériques liées à des lésions distales de nerfs, troncs, racines ou plexus ou encore des douleurs centrales liées à des lésions proximales par atteinte du système nerveux central. Les informations devant être ressenties comme non douloureuses deviennent alors douloureuses. Ces douleurs peuvent être occasionnées par une compression tumorale, une section chirurgicale, la radiothérapie, la chimiothérapie... (17)

- Douleurs mixtes

Douleurs comportant à la fois une composante nociceptive et neuropathique.

- Douleurs dysfonctionnelles

Ces douleurs sont aussi appelées «symptômes médicalement inexplicables» et qualifiées par le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual V) comme des « troubles somatoformes ». Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes (troubles anxieux, dépression) mais il ne s'agit pas de l'expression somatique d'un trouble psychiatrique. Sont inclus dans ce groupe les céphalées de tension, le syndrome du côlon irritable, les cystalgies à urines claires (cystites interstitielles), les vulvodynies, les coccydynies, la fibromyalgie...

Le traitement de la douleur cancéreuse repose sur le traitement étiologique du cancer et sur le traitement antalgique symptomatique. La classification des antalgiques en trois paliers de l'Organisation mondiale de la santé (palier 1 : « non opioïdes », palier 2 : « opioïdes faibles », palier 3 : « opioïdes forts ») s'avère aujourd'hui incomplète et ne répond plus aux attentes des cliniciens, mais elle continue néanmoins à être utilisée pour la douleur du cancer, avec une adaptation des recommandations : ainsi, selon les recommandations de l'Association européenne de soins palliatifs (EAPC) de 2012, on

peut soulager une douleur cancéreuse légère à modérée avec des opioïdes forts d'emblée en adaptant leur posologie à l'intensité de la douleur, sans nécessairement passer par un antalgique de palier 2 (18). La classification innovante de Beaulieu et al. (Annexe 1), qui tient compte des mécanismes physiopathologiques de la douleur chronique, mérite d'être citée (19).

1.1.3 Evaluation et spécificités de la douleur cancéreuse (12) (14)

« *La douleur est ce que le malade affirme qu'elle est, et non ce que les autres croient qu'elle devrait être* » Osler, 1984.

Selon l'ANAES (20), il s'agit d'effectuer un bilan étiologique de la douleur par un interrogatoire et examen clinique précis. On recherche :

- les causes
- les mécanismes : douleur nociceptive, neuropathique, dysfonctionnelle, mixte
- la topographie
- l'intensité.

Si le patient est communicant une **auto-évaluation** par EVA, EN ou EVS sera réalisée. Ces échelles reproductibles par le patient permettent un suivi de l'évolution de la douleur.

Si la communication n'est pas possible, une **hétéro-évaluation** est alors envisageable par les échelles Algoplus, Doloplus, PACSLAC, ECPA.

Les douleurs cancéreuses relèvent de plusieurs mécanismes : nociceptifs (59%), neuropathiques (19%), mixtes (20.1%), dysfonctionnels ou de cause inconnue (1.5%).

- Les douleurs liées à la tumeur :

Il s'agit de douleurs ressenties comme intenses, liées à un mécanisme nociceptif dans la grande majorité des cas. Elles peuvent persister jusqu'à la fin du processus de cicatrisation. Un traitement étiologique permet souvent de les faire régresser.

- Les douleurs en rapport avec le traitement

Les douleurs cancéreuses peuvent être secondaires aux traitements comme la chimiothérapie, la radiothérapie, ou la chirurgie.

- Les douleurs post-chimiothérapiques (21)

Les neuropathies périphériques sensibles et/ou motrices. Ces douleurs ont une localisation distale (mains et/ou pieds) et symétrique. Il s'agit de douleurs à type de brûlures intenses, de paresthésies ou d'hyperesthésie.

Les mucites apparaissent 2 à 3 semaines après début de traitement. Elles sont plus intenses lors d'une association radiothérapie-chimiothérapie.

Les névralgies zostériennes et post-zostériennes sont plus fréquentes lors d'une association d'immunosuppresseurs et de chimiothérapie.

La nécrose aseptique de la tête fémorale ou humérale est une conséquence de l'ostéoporose secondaire dans les 6 semaines après le début de la corticothérapie.

➤ Les douleurs post-radiothérapies

Ces douleurs sont secondaires à la fibrose, l'ischémie tissulaire, la nécrose et l'inflammation induites par la radiothérapie et elles concernent la zone irradiée. L'ostéoradionécrose est la complication la plus sévère et la moins réversible. Les myélopathies post-radiques provoquent une douleur souvent intense. Dans 15 % des cas (12), la douleur est le premier signe. Elle est localisée au niveau des lésions médullaires ou référée en-dessous du niveau de la lésion. La radiothérapie peut aussi induire des brûlures au niveau cutané (la radiodermite) et au niveau viscéral (œsophagite radique, colite radique).

➤ Les douleurs post-chirurgicales

Les douleurs post-thoracotomie suivent le trajet d'un nerf intercostal. Ce sont des douleurs de type neuropathique et apparaissent 1 à 2 mois après l'intervention.

Les douleurs après amputation incluent les douleurs de moignon, de membre fantôme et de névrome. Ce sont là encore des douleurs neuropathiques.

• Les différents types évolutifs de douleur du cancer (21)

➤ La douleur de fond

La douleur de fond est une douleur dite continue, souvent permanente, qui peut être nociceptive ou neuropathique. Elle peut être variable, mais son caractère quasi permanent impose un traitement de fond.

➤ L'Accès douloureux paroxystiques (ADP)

Les ADP sont une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace, ou parfois même en l'absence de douleur de fond. Ils imposent un traitement de courte durée, adapté au type et à la fréquence de l'ADP (cf. figure 1).

A retenir :

- ❖ La douleur est définie comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ».
- ❖ Elle peut être nociceptive, neuropathique, mixte, dysfonctionnelle.
- ❖ Douleur évaluée par auto ou hétéro-évaluation.
- ❖ Spécificités des douleurs cancéreuses : elles peuvent être liées à la tumeur ou au traitement, plusieurs mécanismes incriminés.
- ❖ On distingue les douleurs de fond, les exacerbations de douleurs et les accès douloureux paroxystiques.
- ❖ Il existe des douleurs rebelles, résistantes au traitement de première intention et des douleurs difficiles d'évaluation : la douleur cancéreuse est donc complexe.

1.2 Douleur, cancer et soins palliatifs en médecine générale

1.2.1 Contexte (22)

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés tout au long de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la Loi « Hôpital, patients, santé, territoires » en 2009, est un acteur essentiel de la santé en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement l'approche du patient. Le plan cancer 2009-2013 énonce des objectifs afin que le médecin généraliste soit au centre de cette prise en charge : la formation des médecins ainsi qu'un partage des informations médicales paraît aller dans ce sens. Ceci

intervient une décennie après que F. Larue (23) tire la sonnette d'alarme en indiquant que simplement 1/3 des patients atteints de cancer sont soulagés de leurs douleurs. Une majorité des français (57%) souhaitant mourir à domicile [3], il est évident que le médecin généraliste doit être acteur de la prise en charge. Son rôle est d'autant plus important qu'il connaît mieux que les autres médecins le patient et qu'il a la confiance de celui-ci.

1.2.2 Place du médecin généraliste

Une thèse réalisée en 2015 recense les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en Picardie concernant la prise en charge des douleurs cancéreuses (24). Dans cette étude, 97,6% estiment que le médecin traitant a encore sa place dans la prise en charge de la douleur du patient cancéreux. Parmi eux, 83,9% déclarent « être l'initiateur des traitements, les suivre et les adapter », 83,1% « assurer le soutien de la souffrance morale » et 80,6% « accompagner et gérer l'entourage ». Seulement, des difficultés sont rencontrées au quotidien : 75,8% déclarent avoir « parfois » des difficultés dans la prise en charge des douleurs cancéreuses. L'intolérance et l'inefficacité des traitements sont souvent citées ainsi que la crainte par le patient ou l'entourage de l'utilisation de certains traitements dont les morphiniques. Ceci a pour conséquence un nombre important d'hospitalisations avec dans 53% des cas, des douleurs mal contrôlées.

Nous sommes face à un dilemme avec d'un côté une volonté du médecin et du patient d'une prise en charge à domicile, de l'autre, un traitement antalgique non efficace qui empêche le respect du pacte initialement établi entre les deux parties. Enfin, l'étude met en exergue une demande des médecins généralistes : ils souhaitent avoir à leur disposition un outil d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses (70% des sondés). La formation continue est une requête qui revient dans plus de 40% des réponses, ceci paraît être une ouverture vers un enseignement dirigé pour ces médecins.

1.2.3 Différents niveaux de prise en charge palliative (25)

Les soins palliatifs sont définis par la SFAP comme « *des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie évolutive, grave ou terminale.*

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. »

Le développement des soins palliatifs à domicile est récent. Les différents travaux législatifs conduits à partir des années 1990 ont connu une avancée notable avec les circulaires de 2000 et de février 2002 (26), s'adaptant aux contraintes économiques et structurelles.

Voici une photographie des structures existantes sur le territoire géographique concerné par notre étude : le Pays Basque.

- Unité de soins palliatifs (USP) :

Unités d'hospitalisations spécialisées, dédiées à la pratique de soins palliatifs et aux situations les plus complexes. Au Pays Basque, une unité de 10 lits existe à Annie-Enia (Cambo-Les-Bains). Deux médecins, des infirmières, des aides soignantes, une psychomotricienne et deux psychologues la composent.

- Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) :

Lits de soins situés en dehors des USP, dans des services confrontés fréquemment aux décès. 18 LISP sont recensés au Pays Basque entre le Centre Hospitalier de la Côte Basque (oncologie, hématologie, gastro-entérologie et pneumologie) et Annie-Enia.

- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) :

C'est une équipe multidisciplinaire se déplaçant au lit du malade au sein de structures de soins type EHPAD et SSR (soins de suites et réadaptation) et à l'hôpital. Une équipe dépendant de l'hôpital de Bayonne composée d' 1,5 médecins, une infirmière et d'une psychologue est en place.

- Hospitalisation A Domicile (HAD) :

Il s'agit de soins à domicile pour des patients bénéficiant de soins complexes et/ou soins palliatifs. Santé Service est la structure existante, également composée d'une équipe multi-disciplinaire.

- Réseaux de soins palliatifs :

C'est une équipe pluri-professionnelle intervenant au domicile en tant que conseil et

soutien à l'accompagnement du patient. Palliador est présent sur le territoire.

- Les médecins généralistes et leur réseau informel :

Il s'agit là de la grande majorité des cas, les médecins libéraux travaillent en étroite collaboration avec les IDE de secteur afin de coordonner la prise en charge des patients, notamment en fin de vie.

Au total, il apparaît évident qu'il existe une disparité entre le nombre de places dans une structure spécialisée et le nombre de patients cancéreux dont les douleurs sont insuffisamment soulagées.

Ainsi, notre étude est motivée par un triple enjeu :

- Ethique : souhait des patients d'être pris en charge à domicile.
- Economique et organisationnel : nécessité de maintenir et développer des soins palliatifs à domicile, les structures spécialisées étant en nombre limité.
- Formation et enseignement : les difficultés rencontrées sur le terrain dans la prise en charge de la douleur cancéreuse fait naître une volonté de se former de la part des médecins généralistes.

A retenir :

- ❖ Parcours de soins complexe et partenaires multiples : coordination autour du médecin généraliste.
- ❖ Une majorité des douleurs liées au cancer non soulagées.
- ❖ Souhait des patients d'être pris en charge à domicile.
- ❖ Nécessité d'être formés pour les médecins généralistes avec une volonté de s'impliquer dans la prise en charge palliative.
- ❖ Différents niveaux de prise en charge existants dont l'HAD et le réseau informel des médecins généralistes qui permettent de répondre à un triple enjeu (éthique, économique, formation) dont l'objectif est un maintien à domicile des patients en fin de vie.

1.3 Un raisonnement clinique face aux douleurs cancéreuses complexes

Le raisonnement clinique en quatre approches émane des connaissances physiopathologiques préexistantes. Un outil formalisant ce concept a permis de recueillir et synthétiser les données cliniques.

1.3.1 Histoire du raisonnement clinique

La connaissance des mécanismes physiopathologiques de la douleur est fondamentale pour choisir une stratégie thérapeutique adaptée à chaque douleur.

Les critères d'efficacité d'un traitement antalgique sont (27) :

- Douleur de fond contrôlée (absente ou d'intensité faible)
- Sommeil respecté
- Moins de 4 accès douloureux par jour
- Les traitements prévus pour les accès douloureux ont une efficacité supérieure à 50%
- Les activités habituelles sont possibles ou peu modifiées par la douleur
- Les effets indésirables du traitement sont mineurs ou absents.

Le prérequis fondamental à une co-analgésie adaptée est un diagnostic de la douleur le plus précis et juste possible. Il apparaît important de mettre en place un raisonnement systématique afin que l'évaluation clinique soit reproductible et que le suivi soit efficace. Plusieurs méthodes diagnostiques sont utilisées, H. ROUSSET (28) a travaillé sur la question afin de proposer une conduite à tenir pour une prise en charge optimale de la douleur. D'autres auteurs (29) reprennent cette théorie comme socle du diagnostic. La marche à suivre se décompose en trois phases pour un diagnostic de qualité:

1°) La dimension relationnelle est à établir en premier lieu, il s'agit d'entrer en contact avec le patient.

2°) Le recueil des données cliniques : interrogatoire et examen clinique.

3°) Le raisonnement diagnostique : cette dernière phase qui consiste à synthétiser les données récoltées, va mener à des propositions thérapeutiques. Il diffère d'un praticien à l'autre et plusieurs méthodes différentes peuvent mener à un même diagnostic et une même prise en charge.

- la **reconnaissance des formes** ou d'un archétype : se présente comme un raccourci (« short-cut ») souvent utilisé par un spécialiste lorsque le diagnostic clinique en médecine est répétitif et bien connu. Elle se rapproche d'une méthode non-analytique et plus instinctive.
- la **méthode hypothético-déductive** : la plus utilisée et la plus pédagogique. Une évaluation précise et analytique est requise avec un raisonnement conscient. Différentes hypothèses sont alors proposées et confrontées aux données cliniques.
- **l'approche probabiliste** : fait suite à la méthode précédente, quand le diagnostic reste incertain entre différentes hypothèses qui peuvent conduire à des prises en charge différentes.

Sackett, un pionnier de l'evidence-based-medicine (EBM) a fondé le premier département d'épidémiologie clinique. A l'aide de Guyatt et Haynes (30), il utilise ces méthodes diagnostiques en y incluant l'algorithme décisionnel.

Le modèle le plus utilisé qui est simple et aisément reproductible est celui de la **SOAP-logique**. Elaboré par Weed dans les années 1970, il est encore aujourd'hui d'application.

S pour subjectif : Quelle est la **plainte** présentée, que représente-t-elle pour le patient, comment est-elle vécue ?

O pour objectif : Quels sont les **renseignements cliniques objectivés** par le médecin ? Ces informations sont rassemblées par **l'anamnèse et l'examen clinique** et les éventuels examens para-cliniques.

A : Appréciation : On ne parle pas ici de diagnostic mais bien d'appréciation à propos d'une situation donnée. En fonction des données recueillies et des hypothèses formulées, il s'agit ici de **choisir la ou les hypothèses** retenues pour la rencontre médecin-patient. Il s'agit d'une étape essentielle de la consultation puisque c'est elle qui va orienter la fin de consultation.

P : pour planification : Qu'ai-je décidé d'un commun accord avec le patient pour la suite ? Le terme est très large et comprend tant un traitement médicamenteux que la prescription d'un examen complémentaire, une attitude attentiste, un conseil ou une information donnée au patient.

1.3.2 Quatre approches pour un raisonnement clinique

La complexité de la douleur liée au cancer fait qu'il est parfois difficile d'établir une stratégie thérapeutique efficace. C'est pourquoi il est important d'établir une démarche analytique rigoureuse et systématique de la douleur, visant à en comprendre les mécanismes. Le raisonnement clinique permet cette fine étude. Il peut être défini comme suit : « processus de pensée et de prise de décision qui permettent au médecin clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problèmes de santé » (31).

Le raisonnement clinique est à la base de l'étude de la douleur dans l' Unité de Soins Palliatifs du CHU de Bordeaux et est enseigné de la sorte (32): il se décompose en quatre approches différentes, les données étant consignées dans le dossier médical. Les objectifs sont : analyser, expliquer les différents mécanismes de la douleur et ajuster les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses à ces mécanismes de la douleur.

- Approche sémiologique
 - le *Type* de douleur : peut être précisé à l'aide d'une liste de mots, par exemple ceux du Questionnaire douleur de Saint Antoine qui a été validé dans la douleur cancéreuse ;
 - l'*Intensité* de la douleur, pour laquelle plusieurs échelles ont été validées, comme l'échelle visuelle analogique, l'échelle verbale simple et l'échelle numérique ; des échelles d'hétéro-évaluation existent afin d'évaluer la douleur chez des patients non communicants ou atteints de troubles cognitifs (ECPA, Doloplus, Algoplus).
 - la *Localisation* de la douleur, sa topographie, le siège où elle est maximale, les éventuelles irradiations ;
 - le *Temps* : l'ancienneté, ses horaires, son évolution, l'existence de crises ;
- ⇒ Moyen mnémotechnique TILT
- A ces éléments, on peut ajouter les *retentissements* de la douleur sur la vie quotidienne, en particulier sur le sommeil, l'appétit, la mobilité, l'humeur. Ceci fait écho au concept développé par C. Saunders, « total pain », la souffrance globale.

Les facteurs calmants et aggravants de la douleur ainsi que les essais thérapeutiques antérieurs sont à rechercher et consigner.

- Approche anatomique

Quels organes sont touchés ? S'agit-il d'organes creux ou pleins ? Les syndromes douloureux vont découler des particularités des organes.

- Approche fonctionnelle

Qu'est-ce qui dysfonctionne ? Il s'agit de rechercher les mécanismes de la douleur et de les traduire en langage populaire, commun aux patients et soignants. Cette étape permet de bien faire la différence entre l'étiologie qui est la cause de la douleur (exemple : tumeur osseuse vertébrale) et le mécanisme de la douleur (exemple : compression voire destruction d'une racine nerveuse).

- Approche physiopathologique

Les différents types de douleurs rencontrés dans les pathologies cancéreuses sont : excès de nociception, neuropathiques (dépistée par le DN4) et dysfonctionnelles. L'intrication de douleurs nociceptives et neuropathiques est à rechercher, ce sont des douleurs mixtes, souvent présentes dans les douleurs cancéreuses.

Afin d'obtenir les informations relatives aux quatre approches, un interrogatoire et un examen clinique concis sont nécessaires. Les informations recueillies sont consignées dans le dossier du patient.

1.3.3 Un outil de recueil de données

T.HIRIART, médecin généraliste au Pays Basque, a, lors de son mémoire de DIU de Soins Palliatifs (33), mis en place un outil de recueil de données basé sur le raisonnement clinique tel qu'il est appliqué dans le Service d'accompagnement et de soins palliatifs du CHU de Bordeaux, avec le concours de Pr B. BURUCOA. Ce raisonnement exhaustif, avec ses quatre approches, semble adapté face au défi que constitue la douleur cancéreuse. Son travail a consisté à formaliser ce raisonnement clinique, à le proposer à des médecins d'USP et à observer son utilisation et son appréciation par ceux-ci. Il a pris le parti de leur présenter un type de raisonnement clinique appliqué aux douleurs complexes en situation palliative avancée et de recueillir

le retour des cliniciens sur l'outil en question, en vue de mettre en place dans un deuxième temps, son utilisation sur le terrain. Cette deuxième partie ferait l'objet d'une étude de plus grande envergure dans le cadre d'une thèse. Ce travail préliminaire était donc préalable à une étude observationnelle, prospective et multicentrique.

Il a pour cela fallu concevoir un outil de recueil de donnée consacré au raisonnement clinique. Cet outil avait un double but : servir de **support de présentation** du raisonnement clinique appliqué aux douleurs lors des entretiens avec les médecins, mais aussi être une **trame utilisable en pratique** lors de la phase de mise en œuvre. Il a été décidé d'utiliser une fiche de recueil sur support papier, intégrant les quatre approches du raisonnement clinique.

Toutefois, la conception d'un outil utilisable en pratique clinique, et permettant de traiter les données dans le cadre d'un travail de recherche, a imposé un certain nombre de **choix dans les indicateurs**. Il a fallu pour chaque approche du raisonnement (sémiologique, physiopathologique, anatomique et fonctionnelle), définir un certain nombre de variables. Dans la mesure du possible, il fallait privilégier la possibilité de cocher des propositions pour les variables qualitatives (par exemple le type de douleur). Pour les variables quantitatives, la meilleure option était de proposer des éléments à renseigner par un chiffre (par exemple l'intensité de la douleur). Cette simplification du recueil par l'utilisation d'outil chiffrés et de proposition fermées avait pour but de favoriser l'acceptation de l'outil par les médecins participants, de faciliter l'analyse et l'interprétation des données a posteriori. Toutefois, il n'a pas toujours été possible de s'y conformer, certaines variables nécessitant une formulation ouverte. Des outils validés ont été utilisés à chaque fois que c'était possible : il a été décidé d'inclure une liste de mots issue du Questionnaire Douleur de Saint Antoine, à l'exclusion de ceux déjà présents dans le DN4 car déjà présent dans l'outil, et de proposer en plus deux mots (« rongement » et « crampe »). En effet le QDSA paraissait être trop long et complexe afin de pouvoir être présenté sur un support. De même, de multiples échelles étaient validées pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Il a été choisi d'en retenir deux: l'Echelle Numérique pour les patients communicants, l'Echelle d'Observation Comportementale en cas de communication difficile. Ces deux échelles paraissaient les plus simples et utilisables par les cliniciens. L'échelle théoriquement la plus validée est l'Echelle Visuelle Analogique, mais l'EN est très utilisée, et peut l'être chez tous les patients communicants, ce qui a conduit à ce choix. Concernant la temporalité et les

retentissements de la douleur, il a été décidé de se limiter à une liste de quelques éléments (Fond continu / Accès douloureux / Accès Douloureux Paroxystique / Diurne / Nocturne et Sommeil/ Appétit / Mobilité / Humeur). Cette liste réduite est pour l'auteur, un compromis entre la précision et la faisabilité. Elle permet de couvrir un grand nombre de situations tout en restant exploitable. Cette fiche de recueil comprend également les co-variables que l'EAPC conseille d'intégrer dans tout projet de recherche clinique consacré à la douleur dans ses recommandations de 2002 (*âge, performance status, état cognitif...*). Elle a ensuite été relue par une personne ressource en santé publique, afin de contrôler sa validité dans un objectif d'exploitation statistique des données recueillies.

Une fois cet outil mis au point, il a fallu le tester sur un petit échantillon hors protocole. Cette phase de test a été réalisée sur trois dossiers dans l'USP du CHU à l'hôpital Saint André. Elle a permis de repérer des erreurs mineures modifiables sur l'outil de recueil et de vérifier qu'il était utilisable en pratique. Elle a permis également d'évaluer le temps nécessaire à son utilisation, qui était d'une dizaine de minutes par dossier. Cette information était importante à communiquer aux médecins lors des entretiens initiaux.

En reprenant les quatre approches précédemment citées, l'outil permettait de consigner toutes les données relatives à l'interrogatoire et examen clinique dans l'évaluation de la douleur liée au cancer. Cet outil (ANNEXE 2) permettant de formaliser le raisonnement clinique, a été proposé aux médecins d'USP d'Aquitaine. Leur expertise a permis de mettre en exergue son utilité et sa faisabilité dans la pratique quotidienne.

Tous les médecins interrogés ont souligné que ce raisonnement clinique était utile. Cette démarche permet de mieux adapter la co-analgésie, équilibrer les traitements et soulager le patient.

Points positifs de l'outil :

- justifier l'utilisation de certaines molécules hors AMM
- mieux anticiper les risques symptomatiques
- l'outil permet la communication entre les différents praticiens et les différents établissements, en éclairant la compréhension du raisonnement ayant conduit le prescripteur à choisir le traitement

- réservé aux situations les plus complexes, en présence de douleurs rebelles ou d'évaluation difficile.

Les médecins généralistes étant le plus fréquemment confrontés aux douleurs de leurs patients, cet outil pourrait donc avoir deux objectifs :

- sensibiliser les médecins généralistes à une co-analgésie adaptée aux douleurs liées au cancer.
- avoir à sa disposition un outil pratique d'aide à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une enquête d'opinion à propos de cet outil auprès des médecins généralistes du Pays Basque.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la pratique du raisonnement clinique et la prise en charge de la douleur par les médecins interrogés.

A retenir :

- ❖ La reconnaissance d'un archétype et la méthode hypothético-déductive sont des méthodes de raisonnement majoritairement utilisées en médecine.
- ❖ Le raisonnement clinique se décompose en quatre approches :
 - Sémiologique : moyen mnémotechnique TILT (Type, Intensité, Localisation, Temps)
 - Anatomique : quels sont les organes touchés ?
 - Fonctionnelle : traduire le mécanisme de la douleur en langage populaire
 - Physiopathologique : différents types de douleurs impliqués
- ❖ Un outil d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer a vu le jour.
Objectif double :
 - Présenter le raisonnement clinique selon les quatre approches
 - Evaluer la douleur en recueillant les données et adapter la prise en charge

2^{ème} partie : UNE ENQUETE AU PAYS BASQUE

La douleur liée au cancer étant un réel problème de santé publique, il paraît essentiel d'apporter un outil pour aider les médecins généralistes à prendre en charge les douleurs les plus complexes. Nous avons tenté de mettre en exergue la pratique des médecins généralistes et de soumettre à leur avis critique un outil d'évaluation des douleurs cancéreuses complexes.

2.1 Matériel, Population et Méthodes

2.1.1 Choix de la méthode et de la population

La méthode choisie était une enquête d'opinion sur la base d'un questionnaire. Elle devait être une enquête préliminaire à une étude de faisabilité qui aurait consisté à tester cet outil dans la pratique de la médecine générale. Cette étape n'a pas pu être accomplie du fait de contraintes de temporalité et de faisabilité du côté du chercheur, par manque de disponibilité des médecins interrogés et devant un risque important de perdus de vue entre les deux étapes.

Le questionnaire se composait de 13 questions fermées afin de simplifier le mode de recueil de données et de faciliter la participation des médecins.

Les cinq premières questions interrogeaient les médecins sur l'utilisation du raisonnement clinique dans leur pratique quotidienne, approche par approche. Les réponses apportées variaient entre « pas du tout », « rarement », « régulièrement » et « toujours ». Par la suite, l'avis critique des médecins a été recueilli.

Les sept questions suivantes interrogeaient les médecins sur l'utilité de l'outil présenté suivant des critères établis : évaluation des mécanismes de la douleur, adaptation des thérapeutiques, mise en place d'une co-analgésie, justification de l'utilisation de produits hors AMM, anticipation la survenue de symptômes, amélioration de la prise en charge multidisciplinaire, amélioration de la communication autour des prescriptions antalgiques avec le patient et l'entourage. Tous les items sélectionnés étaient issus des réponses apportées par les médecins d'USP à la présentation de l'outil par HIRIART (33). Les réponses étaient binaires « oui », « non ». Un emplacement pour « commentaire libre » était proposé pour que les médecins puissent s'exprimer au-delà des questions fermées. Enfin, la dernière question permettait aux médecins de dire si « oui » ou « non » ils étaient intéressés par l'utilisation de cet outil dans l'aide à

l'évaluation des douleurs liées au cancer, avec la possibilité de laisser un « commentaire libre ».

Le choix de la population est porté sur les médecins généralistes. Le territoire géographique a été limité au Pays Basque pour des raisons de faisabilité et de caractéristiques démographiques intéressantes, comportant aussi bien des zones rurales qu'urbaines.

Afin d'augmenter le taux de participants, il a été décidé de ne pas effectuer d'échantillonnage et la totalité des médecins généralistes en activité libérale au Pays Basque a été incluse.

2.1.2 Diffusion du questionnaire

Il s'agissait par la suite d'avoir accès à une base de données regroupant les coordonnées de tous les médecins généralistes du Pays Basque. Ceci nous a été permis par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) qui avait à sa disposition une liste datant de 2010, ville par ville, des médecins généralistes en activité. Bien que très utile, cette liste était d'une fiabilité toute relative ne comprenant pas les départs à la retraite et les nouvelles installations. Quelques médecins récemment installés qui n'apparaissaient pas sur cette liste ont été rajoutés. Au total, 324 médecins ont reçu par courrier une enveloppe nominative, contenant une fiche explicative (ANNEXE 3) de l'étude ainsi qu'une enveloppe affranchie afin d'inciter les médecins à répondre. L'envoi des questionnaires a eu lieu le 29 février 2016, les dernières réponses sont parvenues le 27 mai, soit 3 mois plus tard. Fin Mars, une relance a été effectuée via la mailing liste du syndicat des médecins généralistes MG64.

Le courrier adressé aux médecins se composait de trois parties: la première a consisté à expliquer les quatre approches du raisonnement clinique citées en partie 1 (approches anatomique, fonctionnelle, physiologique et sémiologique). Ceci leur permettait de comprendre la conception de l'outil. Ce dernier (Annexe 2), élaboré par B. BURUCOA et T.HIRIART était présenté en deuxième partie du courrier, il reprenait les quatre approches sus-citées de manière exhaustive. Enfin, la troisième partie comprenait le questionnaire.

2.1.3 Le recueil de données

Le recueil de données a été effectué via le logiciel Excel®.

Les cinq premiers items correspondaient à des questions avec échelles : « jamais, rarement, souvent, toujours ». Ainsi, les modalités étaient numérotées de 0 à 3, 0 correspondant à « jamais » et 3 à « toujours ».

Les huit questions suivantes étaient des questions dichotomiques nécessitant des réponses binaires : 1 correspondait à « OUI », 0 à « NON ».

De la sorte, treize colonnes par répondant étaient obtenues, la quatorzième regroupait quant à elle les remarques libres des médecins.

Les données qualitatives ont été obtenues grâce aux tableaux croisés dynamiques.

A retenir :

- ❖ La méthodologie choisie est une enquête d'opinion.
- ❖ Courrier adressé aux médecins généralistes en trois parties :
 - Fiche explicative de l'étude et du Raisonnement Clinique selon quatre approches
 - Présentation de l'outil d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer
 - Questionnaire composé de 13 questions fermées sur l'outil
- ❖ Population choisie : tous les médecins généralistes du Pays Basque.
- ❖ Recueil des résultats trois mois après l'envoi.

2.2 Résultats : Le médecin généraliste et sa pratique du raisonnement clinique

2.2.1 Taux de réponse

Le taux de réponse obtenu était de 69/324 soit 21,2%, un taux faible mais qui restait tout à fait comparable aux études similaires (4)(24), ce d'autant plus qu'un envoi postal avec une enveloppe affranchie a été effectué.

Une relance effectuée par mail a permis d'atteindre ce nombre.

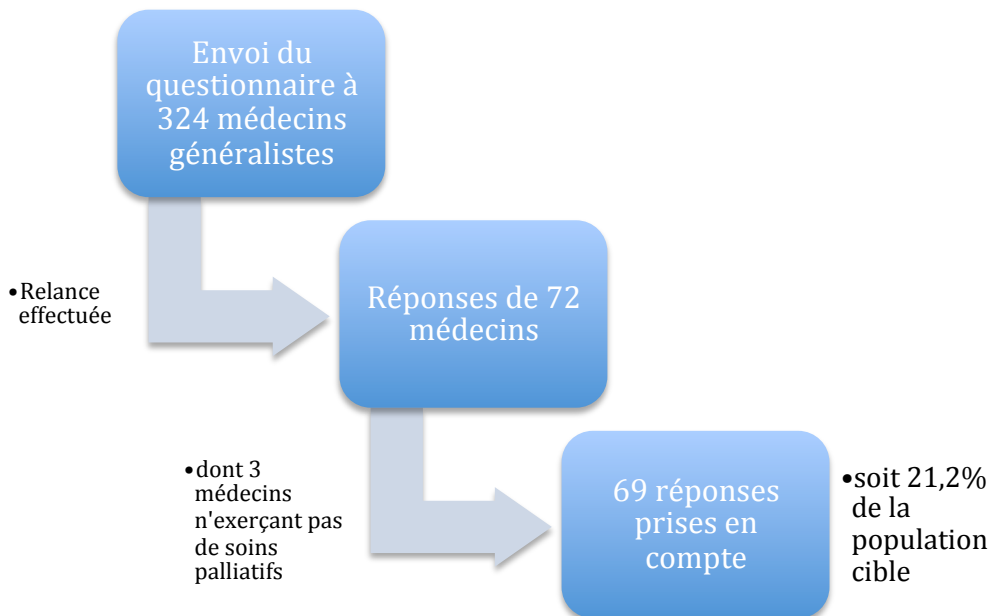
2.2.2 Caractéristiques des médecins interrogés et répondants

La répartition des médecins généralistes interrogés dans le secteur géographique du Pays Basque était la suivante : 13% exerçaient en milieu rural, 21% en semi-rural et 66% en milieu urbain, 75% d'entre eux étant des hommes.

Sur les 324 questionnaires envoyés, 72 médecins ont répondu, une relance ayant été effectuée par mail. Parmi eux, 3 ne l'avaient pas rempli car ils ne pratiquaient pas de soins palliatifs : 2 étaient médecins thermaux, 1 médecin du sport. Au total, le taux de réponses était de 69/324 soit 21,2 %. 21 d'entre eux pratiquent la médecine générale en milieu rural, 14 en semi-rural et 34 d'entre eux en milieu urbain.

15/69 sont des femmes. ¹

Diagramme de flux des médecins participants :



2.2.3 La pratique du raisonnement clinique par les médecins généralistes

Le raisonnement clinique est « rarement » utilisé par 3/69 des répondants, « régulièrement » par 33/69 et « toujours » par 33/69 d'entre eux.

Lors de l'évaluation d'une douleur liée au cancer, l'approche sémiologique est « rarement » utilisée par 1/69, « régulièrement » par 28/69 des répondants, « toujours » par 40/69 d'entre eux.

¹ Les pourcentages des nombres sur 69 ne seront pas indiqués par les auteurs

L'approche anatomique n'est « jamais » utilisée par un médecin répondant sur 69, « rarement » par 7/69, « régulièrement » par 31/69 et « toujours » par 30/69 d'entre eux.

L'approche fonctionnelle n'est « jamais » utilisée par 2 médecins sur 69, « rarement » par 8/69, « régulièrement » par 33/69 et « toujours » par 26/69 d'entre eux.

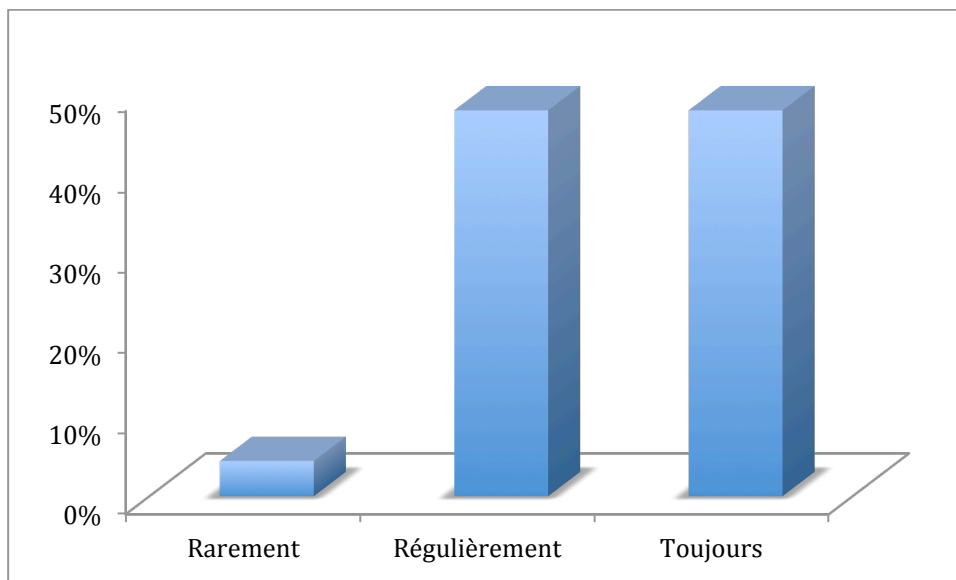


Figure 3 : Usage du raisonnement clinique

Enfin, l'approche physiopathologique n'est « jamais » pratiquée par 2/69 des médecins, « rarement » par 9/69, « régulièrement » par 34/69 et « toujours » par 24/69 d'entre eux.

A retenir :

- ❖ Taux de réponse de 69/324 soit 21,2%, comparable aux études similaires.
- ❖ Le raisonnement clinique utilisé « régulièrement » ou « toujours » par 66 des 69 médecins ayant répondu.
- ❖ L'approche sémiologique utilisée « régulièrement » ou « toujours » par 68/69.
- ❖ L'approche anatomique utilisée « régulièrement » ou « toujours » par 61/69.
- ❖ L'approche fonctionnelle utilisée « régulièrement » ou « toujours » par 59/69.
- ❖ L'approche physiopathologique utilisée « régulièrement » ou « toujours » par 58/69.

2.3 Résultats : outil d'évaluation de la douleur cancéreuse

2.3.1 Intérêt de cet outil dans la pratique quotidienne

L'outil est utile pour évaluer le mécanisme des douleurs pour 64 des 69 médecins.

Il peut aider à adapter les thérapeutiques pour 63/69 des médecins et il semble utile pour mettre en place une co-analgésie efficace pour 66/69.

Quant à savoir si l'outil d'aide au diagnostic permet de justifier l'utilisation de produits hors AMM, 35/69 jugent que « non ».

L'outil est utile pour anticiper la survenue de symptômes aigus 42/69.

Il permet une amélioration de la prise en charge multidisciplinaire 57/69 et de la communication autour de la prescription d'analgésiques avec les patients et/ou l'entourage pour 62/69.

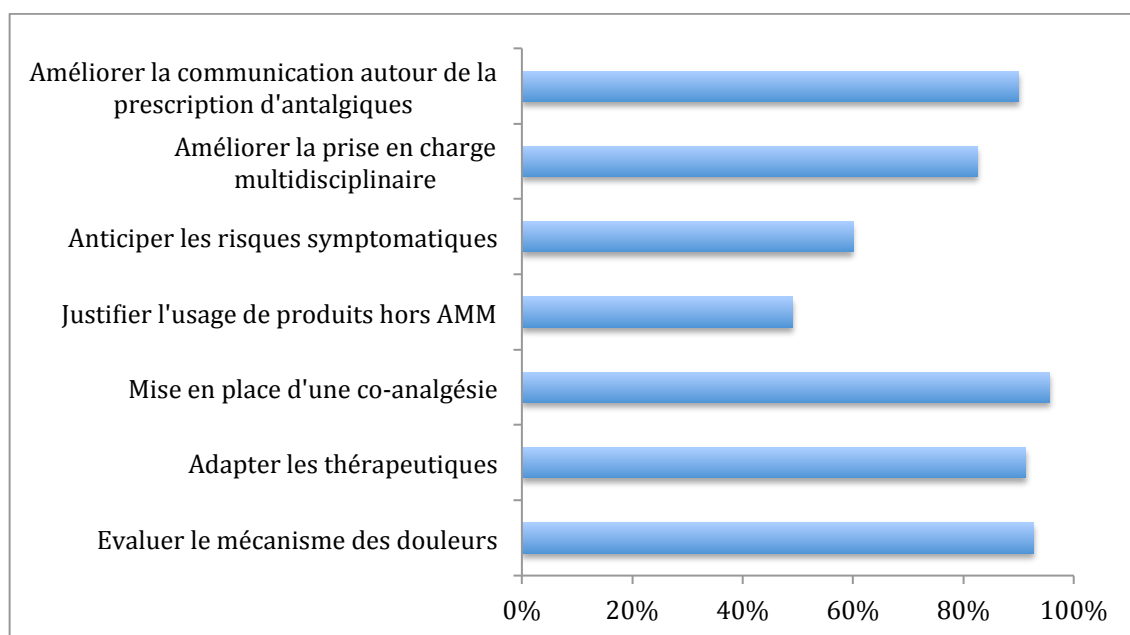


Figure 4 : Utilité de l'outil pour les médecins généralistes

2.3.2 Un outil qui répond aux attentes

Parmi les médecins ayant répondu, 56/69 se disent intéressés par utiliser cet outil auprès de patients atteints de cancer, dont les douleurs sont complexes et/ou partiellement soulagées par le traitement antalgique en place.

2.3.3 Remarques libres

Six médecins trouvent l'usage de cet outil chronophage. Cinq lui reprochent d'être complexe et non reproductible.

Trois médecins remarquent l'usage d'acronymes qui ne sont pas connus de tous comme l'EOC (échelle observationnelle comportementale), notamment des non sensibilisés à la prise en charge de la douleur. En ce qui concerne la multidisciplinarité, 3 médecins rapportent une certaine solitude dans leur exercice, avec partage des informations parfois difficile par manque de proximité avec les autres professionnels.

L'absence d'une conduite à tenir thérapeutique sous forme d'une fiche synthétique ou de rappels des recommandations est mise en exergue par 7 médecins. L'intérêt d'utiliser un schéma corporel est proposé par 1 médecin. Quatre médecins disent ne pas avoir besoin d'un outil pour évaluer la douleur liée au cancer, se servant davantage de leur expérience.

Sept médecins rapportent que cet outil est exhaustif, permettant un examen clinique rigoureux. Il est mis en avant que cet outil permettrait une évaluation dans le temps des traitements antalgiques. Neuf d'entre eux confirment l'utilité de l'outil pour ouvrir à une co-analgésie grâce aux corticoïdes, AINS et antiépileptiques.

A retenir :

- ❖ L'outil d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer leur semble majoritairement utile pour :
 - Adapter les thérapeutiques
 - Mettre en place une co-analgésie
 - Prise en charge multi-disciplinaire
 - Communiquer autour de la prescription d'antalgiques avec le patient et l'entourage

- ❖ 56 des 69 médecins ayant répondu au questionnaire se disent intéressés par l'utilisation de l'outil présenté.

3^{ème} Partie : DISCUSSION

3.1 L'exercice de la médecine générale et des contraintes

Malgré des contraintes auxquelles les médecins doivent faire face, ils restent demandeurs de nouvelles méthodes d'analyse de la douleur.

3.1.1 Forces et faiblesses de l'étude

Le sociologue Alain Blanchet rappelle que la « reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique » (34).

Ce sont probablement les médecins généralistes les plus sensibilisés à la pratique de soins palliatifs qui ont répondu au questionnaire, la conséquence étant une possible surestimation des données concernant la pratique du raisonnement clinique. Cependant, ce biais a été limité par l'absence d'échantillonnage à savoir que tous les médecins généralistes du Pays Basque ont reçu le questionnaire et eu la possibilité de s'exprimer sur le sujet.

On retient un **biais de sélection** possible.

Les questions posées interrogent les médecins sur leurs propres pratiques et leur vision de la prise en charge palliative. Les réponses sont déclaratives, elles peuvent être subjectives voire erronées sans possibilité pour l'enquêteur de vérifier leur véracité. Le fait d'avoir demandé l'identité du répondant peut favoriser ce biais et impacter le taux de non réponse.

Un **biais d'enquête d'opinion** est à prendre en compte.

Dans la méthodologie utilisée, l'absence d'une phase de « pré-test » peut être mise en cause. Elle aurait consisté à proposer l'outil de recueil de données à un faible échantillon de médecins généralistes afin d'y apporter des modifications avant de le diffuser à grande échelle. Nous avons pris le parti de ne pas réaliser cette phase car l'outil en question avait déjà été confronté à l'avis critique des médecins spécialisés de soins palliatifs et validé par une personne ressource de santé publique (33). Cependant, on peut aisément se dire que la population interrogée n'étant pas la même (spécialistes en soins palliatifs versus médecins généralistes), des différences de points de vue auraient pu émerger quant à l'outil en question. Enfin, le questionnaire comportant les 13 questions n'a pas été soumis à l'avis critique des médecins généralistes afin de vérifier leur clarté et de les reformuler si nécessaire avant de les incorporer à l'étude.

On retient l'**absence de pré-test**.

3.1.2 Des médecins généralistes qui s'adaptent à des contraintes

N. Britten spécialiste de la sociologie médicale (35), considère que 50 à 60 réponses constituent un taux retrouvé dans les plus grandes enquêtes qualitatives et d'opinion. S. Wahnick abonde dans le même sens indiquant que 20 à 25 réponses constituent un taux suffisant pour extraire les données qualitatives (36), l'enjeu n'étant pas le nombre mais la manière d'interroger et d'analyser les réponses. A la lumière de ces indications, les soixante neuf réponses obtenues paraissent apporter de la force à la validité interne de l'étude.

Ce chiffre peut être expliqué par le **manque de temps des médecins généralistes** du pays basque (37) qui sont souvent sollicités par des enquêtes d'opinion et travaux de thèses, certains considérant ce travail comme chronophage. Leur charge de travail est reconnue lourde dans le secteur géographique étudié avec notamment une faible densité de médecins généralistes en milieu rural. Cependant, force est de constater que c'est dans ce secteur d'activité que le taux de réponse est le plus important (51%), loin devant les médecins exerçant en milieu urbain (15%). Il existe un autre facteur que nous n'avons pas à ce jour pu identifier, qui limite le taux de réponses.

A la lumière de cette étude, il apparaît que treize médecins sur 69 répondants ne souhaitent pas utiliser l'outil de recueil de données présenté. En regardant de plus près leurs remarques, ces médecins utilisent de manière générale une approche diagnostique basée sur la reconnaissance d'archétypes. C'est une méthode non analytique où le raisonnement est réflexe et automatique. L'utilisation de l'outil basé sur un raisonnement clinique leur paraît chronophage et complexe. Ils affirment que les douleurs peuvent être analysées à l'aide de l'expérience personnelle acquise tout au long de leur carrière. Devant un manque de temps affirmé, une pratique empirique et moins systématique permet un gain de temps évident à leurs yeux. Cette approche inductive et intuitive implique une répétition d'observations et/ou d'expérimentations. Seuls des praticiens expérimentés dans la pathologie à laquelle ils sont confrontés pourraient s'y adonner.

Il est à noter que les médecins généralistes sont amenés à réaliser des **visites à domicile**, parfois à plusieurs kilomètres de leur lieu d'exercice et à travers de petits chemins de campagne. L'accès continu aux soins en territoire rural pour les personnes

isolées sous-entend une organisation optimale de la part du médecin généraliste, qui doit également s'astreindre à des **tâches administratives lourdes**. Découlent de ce manque de temps, une contrainte organisationnelle : l'utilisation de l'outil demande plus de temps au médecin lors de la consultation. Il pourrait être judicieux de prévoir un créneau de consultation plus long afin que l'analyse de la douleur ne soit pas réalisée dans la hâte. Il est à noter qu'une analyse de la douleur complexe réalisée de manière exhaustive à l'aide de l'outil peut, sur la durée, diminuer le nombre de consultations et à terme libérer du temps au médecin.

3.1.3 Une pratique non formalisée du raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est utilisé « régulièrement » ou « toujours » par 66/69 des médecins. Ce taux important de pratique est retrouvé dans l'analyse de chaque approche avec 68/69 pour l'approche sémiologique, 61/69 pour l'approche anatomique, 59/69 pour l'approche fonctionnelle et 58/69 pour l'approche physiopathologique. Ces résultats mettent en exergue l'usage informel et répandu de cette méthode d'analyse de la douleur même si elle se fait parfois de manière inconsciente et sans la nommer en tant que telle. La reconnaissance d'un archétype et la méthode hypothético-déductive (30) regroupent de manière non exhaustive les différentes approches.

Selon Sackett (30) qui a initié le débat concernant la démarche diagnostique dans les années 1970, plusieurs stratégies d'approches cliniques différentes se confrontent. Ainsi, il apparaît que la plus instinctive basée sur la **reconnaissance d'un archétype** est très largement utilisée dans la pratique quotidienne. Un diagnostic certain s'impose d'emblée au début de la consultation sur la base d'une présentation typique reconnue par le médecin (exemples : exophtalmie, varicelle, torticolis, ...). Cette démarche ne s'applique évidemment que dans une proportion très limitée de consultations et pour des pathologies typiques sans diagnostic différentiel. Le risque est ici de classer trop vite un ensemble de symptômes en pathologie typique sans diagnostic différentiel, par économie de temps et d'investissement intellectuel.

Cette méthode recouvre aussi bien la reconnaissance visuelle d'une image connue telle un psoriasis ou une varicelle, que celle d'un tableau typique d'influenza avec forte pyrexie, troubles de la déglutition, myalgies, arthralgies ou encore l'image que présente une colique néphrétique, ne trouvant guère d'attitude antalgique pour calmer sa douleur

lombaire irradiant dans le scrotum.

A retenir :

- ❖ Forces et faiblesses de l'étude :
 - Biais de sélection
 - Biais d'enquête d'opinion
 - Absence d'une phase de pré-test du questionnaire
 - Questionnaire réalisé sans échantillonnage, étendu à toute la population cible
- ❖ Soixante neuf réponses : taux suffisant pour extraire des données qualitatives.
- ❖ Une majorité de médecins généralistes confirme son intérêt pour le développement d'un outil d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs liées au cancer.
- ❖ Contraintes multiples en médecine générale : temps, organisation, visites à domicile, tâches administratives.
- ❖ Usage répandu et informel du raisonnement clinique.
- ❖ Reconnaissance d'un archétype largement utilisée malgré un risque d'erreur dans l'analyse de la douleur.

3.2 Un défi de taille : dépasser la résistance aux changements

L'application du raisonnement clinique implique des changements d'habitudes dans la pratique quotidienne de la médecine générale, pouvant se heurter à des résistances de la part des médecins généralistes.

3.2.1 Intérêts de l'outil d'évaluation des douleurs

Pour une grande majorité des médecins généralistes, cet outil présente plusieurs intérêts. Ils apparaissent partagés également par des médecins en unités de soins palliatifs(33).

Ainsi, plus de 90% d'entre eux trouve l'outil utile pour évaluer le mécanisme des douleurs, adapter les thérapeutiques, mettre en place une co-analgésie et améliorer la communication autour de la prescription avec les patients et/ou l'entourage. L'outil

permet dans ce sens un partage des informations avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient. Ces chiffres font écho aux travaux antérieurs (24) avec 70% des médecins témoignant de la réelle **volonté d'avoir à disposition un outil d'aide à l'évaluation de la douleur**. Notre travail confirme et renforce cette nécessité.

A contrario des médecins spécialisés en médecine palliative, les médecins généralistes ne jugent pas cet outil utile pour justifier la prescription de produits hors AMM. Ils se basent sur les produits ayant les AMM pour prendre en charge les douleurs, réservant la décision de ce type de prescription aux médecins spécialistes hospitaliers.

60% des médecins pensent que l'outil leur permet d'anticiper les risques symptomatiques, l'avis est donc plutôt partagé. On peut y voir là le résultat d'une formulation peu claire de notre part, « anticipation de la survenue de symptômes aigus, exemple : crises douloureuses » aurait été plus explicite pour cet item. Ainsi plusieurs médecins ont répondu « NON » commentant ne pas avoir compris l'intitulé. L'anticipation de survenue des symptômes aigus est une notion retrouvée en médecine palliative avec la mise en place des « prescriptions anticipées personnalisées » (PAP) développées dans la circulaire gouvernementale de 1999 (38): elles sont rédigées à l'avance dans le but de supprimer le plus rapidement possible les effets pénibles de symptômes au moment où ils se produisent et restent révisables à tout moment. Certes c'est une pratique commune en USP mais elle se retrouve également à domicile avec l'émergence de l'hospitalisation à domicile (HAD), dans lequel le rôle du médecin traitant reste central pour la prescription des antalgiques. Les médecins moins sensibilisés à la prise en charge palliative ou rarement impliqués dans une prise en charge par HAD peuvent méconnaître cette notion et répondre « non » à cette question. Ainsi il est difficile de faire la part des choses entre méconnaissance et manque d'utilité de l'outil pour cet item.

Enfin, une large majorité des médecins 56/69 se dit intéressée par l'utilisation de cet outil afin d'évaluer les douleurs liées au cancer et de mettre en place une co-analgésie adaptée. Ces données confirment les résultats issues de l'étude InCa déjà citée (7).

3.2.2 Arrêt sur image pour une analyse fine de la douleur

Le raisonnement clinique permet de s'arrêter sur un cas complexe et de se donner le temps de la réflexion. Dans cette **démarche hypothético-déductive**, la vérité

émane de constructions logiques et de schémas conceptuels permettant l'application d'une règle générale admise par tous à un cas précis.

La méthode décrite par Claude Bernard était la suivante : « La méthode expérimentale, considérée en elle-même, n'est rien d'autre qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits».

Cet outil d'évaluation de données trouve toute sa place au sein de cette approche basée sur la **SOAP logique** (cf. chapitre 1.3.1), notamment dans l'analyse objective de la douleur. Une fois le recueil des données effectué, il s'agit d'émettre des hypothèses diagnostiques qui seront confrontées à la situation clinique. Sur la base des hypothèses, le médecin va cibler la collecte d'informations verbales et cliniques, ce qui tend à réduire cette liste pour arriver au diagnostic le plus probable. La démarche hypothético-déductive est évolutive et doit être modifiée en fonction non seulement des résultats des tests mais aussi de l'évolution clinique. Cette stratégie d'évaluation de la douleur implique une prise de recul sur une situation clinique complexe qu'une évaluation instinctive seule ne traiterait pas dans sa globalité.

3.2.3 Des résistances à dépasser chez les médecins généralistes

Cinquante six médecins sur soixante neuf se disent intéressés par l'utilisation de cet outil. Cependant, l'apprentissage de nouvelles méthodes de travail et les changements d'habitudes peuvent se heurter à des résistances de la part des médecins généralistes. Ils peuvent être perçus comme des contraintes qui empêchent le déroulement habituel et routinier de la pratique médicale. C'est là que se situe tout l'enjeu d'un travail pédagogique de transmission et de diffusion de cette démarche évaluative. Cette étude a permis d'engager un travail de sensibilisation.

Mais le comportement du clinicien n'est pas aisément modifié. Pour cela, il faudrait probablement faire appel à l'intelligence émotionnelle des médecins. Celle-ci se définit selon Salovey et Mayer(39), comme « *l'habileté à mener ses émotions et celles des autres, à les discriminer et utiliser l'information ainsi produite afin de guider ses pensées et actions. Elle suppose un ensemble d'habiletés qui contribuent à la compréhension des émotions et à leur expression, à leur régulation et leur utilisation adéquate dans des situations problèmes* ».

Cette forme d'intelligence est susceptible de provoquer un déclic amenant à rechercher des solutions adaptées, telle l'appropriation et l'utilisation de l'outil.

A retenir :

- ❖ 90% des médecins ayant répondu trouvent l'outil utile pour
 - évaluer le mécanisme des douleurs
 - adapter les thérapeutiques
 - mettre en place une co-analgésie
 - améliorer la communication autour de la prescription avec les patients et/ou l'entourage
- ❖ L'outil d'évaluation des douleurs permet une prise de recul et la mise en pratique de la démarche hypothético-déductive face à une douleur complexe liée au cancer.
- ❖ L'intelligence émotionnelle des médecins généralistes est un prérequis au changement de pratique, à l'appropriation et l'utilisation de l'outil.

3.3 Des perspectives pour l'évaluation des douleurs

L'outil de recueil de données éveille tant par sa forme que son utilité un intérêt chez les médecins généralistes. Il convient tout de même de garder en mémoire les différents chemins possibles pour atteindre la résolution d'un problème.

3.3.1 Des médecins généralistes intéressés par l'outil, pertinent sur le plan biomédical

Plus de 80% des médecins de l'étude affirment vouloir utiliser cet outil. Même s'il est vrai qu'il requiert plus de temps qu'une analyse instinctive de la douleur, il doit être utilisé à bon escient et adapté aux bonnes indications : les douleurs complexes liées au cancer. Il a l'avantage de pouvoir être mis en pratique d'emblée, lorsque le médecin reçoit le patient douloureux avant de mettre en place un traitement antalgique ou de justement pouvoir adapter un traitement peu/partiellement efficace. C'est dans ce second cas de figure qu'un « arrêt sur image » et une prise de recul peuvent être salutaires. Les médecins intéressés par l'outil y trouvent une simplicité d'utilisation qui leur permet d'en faire usage tant en consultation qu'en visite à domicile. Il peut être utilisé par tous les corps de métiers amenés à prendre en charge le patient : infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes. Ainsi, le suivi de la douleur par les multiples acteurs

de la prise en charge ayant un regard différent du patient, permet l'implication de chacun et un échange centré sur la douleur, à l'aide de l'outil. Une coordination adaptée au domicile du patient est un facteur facilitant du maintien à domicile et un gage de respect du souhait initial.

Dans un contexte économique et sociétal qui incite les acteurs publics à mettre en place des réseaux de prise en charge palliative, le médecin traitant trouve sa place au centre de celle-ci. I. Krakowski fervent défenseur des soins de support, met en avant ce besoin de travailler en réseau dans le Bulletin du Cancer (41). Le but est que tout malade ait accès à une médecine palliative, qu'il soit hospitalisé, en HAD ou en libéral de manière égalitaire.

3.3.2 Une approche plus cognitive

L'outil d'évaluation proposé s'inscrit dans une logique de « médecine factuelle », visant à améliorer les pratiques afin de répondre à un véritable problème de santé publique qu'est la douleur liée au cancer.

L'« evidence based medicine » ou « médecine factuelle » consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience qui sont les principales composantes de la médecine traditionnelle, mais également sur des "preuves" scientifiques, tout en tenant compte des singularités des patients(40). Par "preuves", on entend les connaissances qui sont déduites de recherches cliniques systématiques, réalisées principalement dans le domaine du pronostic, du diagnostic et du traitement des maladies et qui se basent sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale courante.

Il est permis aux médecins utilisant l'outil de prendre la pleine conscience de l'évaluation de la douleur. Ils peuvent puiser dans les différents éléments du raisonnement clinique afin de pallier à l'absence d'éléments objectifs de l'examen clinique initial permettant une analgésie adaptée.

Il est à noter que c'est un outil dont le socle permet une évaluation de l'aspect essentiellement biomédical de la situation. Il convient à chaque utilisateur de garder à l'esprit que les dimensions sociales et psycho-affectives sont à prendre en compte pour une prise en charge globale du patient.

3.3.3 Adapter la stratégie diagnostique au problème à élucider

Où en est-on du raisonnement clinique et de ses implications pour l'apprentissage et l'enseignement ? Dans un éditorial de la revue Pédagogie médicale, Martine Chamberland (42) revient sur deux articles de synthèse parus récemment, respectivement de Nendaz et coll. (43) et de Eva (44). Tout en reconnaissant que les connaissances spécifiques sont à la base de l'expertise, Eva met surtout en exergue les résultats concernant les processus de raisonnement clinique, qu'il subdivise en stratégies analytiques et non-analytiques sans possibilité de les départager en termes d'efficacité.

L'article de Nendaz et coll. complète bien le premier texte en présentant, en plus, une synthèse descriptive des travaux concernant les connaissances spécifiques. Mis en perspective, ces deux articles peuvent clairement alimenter la réflexion des enseignants qui souhaitent évaluer, améliorer ou développer des activités d'apprentissage et d'enseignement du raisonnement clinique. La première conclusion est de confirmer qu'il n'y a pas de stratégie unique pour résoudre un problème clinique mais que plusieurs chemins sont possibles pour y parvenir. L'utilisation préférentielle d'une stratégie analytique, d'une stratégie non-analytique, ou encore le recours à des stratégies mixtes dépendent des situations cliniques auxquelles le clinicien est confronté.

On devrait dès lors davantage parler de répertoire de stratégies utiles. Selon que les situations cliniques sont routinières ou inhabituelles, simples ou complexes, le clinicien active et utilise différentes stratégies pour résoudre le problème.

L'outil de notre étude est complémentaire à ceux déjà existants : EVA, QDSA, Echelle Comportementale Simplifiée de Bourreau etc... Il ne permet pas de se passer de ces derniers mais réalise une synthèse pratique pour une évaluation de routine, partagée et reproductible.

« Méfiez-vous de celui qui ne veut connaître qu'une seule méthode, un seul instrument, expérimental ou théorique. Il finit par s'occuper plus de la méthode que du problème à résoudre. » (Platt, 1964).

A retenir :

- ❖ 80% des médecins de l'étude affirment vouloir utiliser cet outil d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer.
- ❖ Usage possible à différents stades de la prise en charge : début de l'évaluation, suivi de la douleur. Simplicité d'utilisation.
- ❖ Usage possible par différents corps de métiers au domicile du patient : IDE, AS, KDE. S'inscrit dans une dynamique de travail en réseau.
- ❖ Facteur facilitant de maintien à domicile.
- ❖ Pertinence biomédicale d'un outil basé sur la médecine factuelle.
- ❖ Stratégies analytique, non-analytique et mixte : il convient de trouver la bonne stratégie pour résoudre le problème. L'outil vient en complément des outils déjà existants.

CONCLUSION

Une minorité des patients s'avère être réellement soulagée des douleurs liées au cancer. C'est pourquoi les médecins généralistes du Pays Basque se montrent intéressés par cet outil d'évaluation basé sur un raisonnement clinique adapté aux douleurs les plus complexes qu'une médecine d'expérience ou instinctive ne peut pallier de manière certaine. Il apparaît important de ne pas se priver d'une arme supplémentaire pour combattre les douleurs les plus complexes et prendre du recul sur une situation qui échappe au clinicien.

Ce travail a permis une prise de contact avec les médecins généralistes du Pays Basque et une sensibilisation à la problématique de la douleur liée au cancer. La mise à disposition d'un outil d'évaluation de ces douleurs permettant un recueil de données a suivi l'explication du raisonnement clinique en quatre points. Cependant, le travail entrepris ne permet pas de tirer de conclusions quant à l'impact espéré en terme d'intérêt clinique et surtout thérapeutique sur les médecins enquêtés. Il demande à être poursuivi sur le terrain. Afin de tirer le meilleur parti de celui-ci, il paraît essentiel d'observer une phase d'appropriation de l'outil pour effectuer un recueil de données par les médecins généralistes et d'évaluer par la suite si elle a pu aboutir à une modification des pratiques, de la prise en charge antalgique et in fine une diminution des douleurs liées au cancer. Ceci pourrait être le sujet d'un travail de thèse à venir, validant ainsi de manière objective les indications recueillies via cette enquête d'opinion. Si tel est le cas, une diffusion à plus grande échelle de l'outil pourrait être envisagée.

Afin de valider les indications que met en exergue cette étude, il conviendrait d'approfondir le travail en permettant aux médecins généralistes de s'approprier cet outil puis d'évaluer leurs modifications comportementales en terme de conduite thérapeutique. Ainsi, l'objectif principal serait d'observer si ces changements de prescriptions ont une incidence sur la diminution des douleurs liées au cancer.

Enfin, il serait intéressant d'élaborer des supports esthétiques et ludiques afin de diffuser et de faciliter l'utilisation de cette démarche évaluative : un support papier plastifié ou cartonné de format poche et une application informatique téléchargeable sur

téléphone portable, utilisable par tous les acteurs de la prise en charge du patient notamment à domicile.

« Pour diminuer la souffrance il faut distinguer entre la douleur propre à la douleur, et celle que nous créons rien qu'en y pensant. La peur, la colère, la culpabilité, la solitude et le désespoir, sont autant de réactions émotionnelles susceptibles de l'intensifier »

Dalai Lama

ANNEXES

Annexe 1 :

Classification innovante des antalgiques :

Antalgiques anti-nociceptifs

- Non opioïdes
 - Paracétamol
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Opioïdes
- Cannabinoïdes

Anti-hyperalgésiques

- Antagonistes des récepteurs au NMDA (kétamine)
- Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline,
- Lamotrigine
- Néfopam

Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs

- Antidépresseurs tricycliques
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques

- Anesthésiques locaux
- Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate
- Capsaïcine

Mixtes : antalgiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants

- Tramadol
- Tapentadol

Autres

- Bisphosphonates

Tableau 1 : D'après Beaulieu et Al.

Annexe 2 : Outil de recueil de données, support du raisonnement clinique

1 - APPROCHE SEMIOLOGIQUE

TYPE : MOTS

- Elancement
- Crampe Etou
- Tiraillement Coup de poignard Poids
- Rongement Torsion Autre : _____

QUESTIONNAIRE DN4

A l'interrogatoire : Score sur 7 : _____

- Brûlure Froid douloureux Décharges électriques Fourmillements
- Picotements Engourdissement Démangeaisons

A l'examen physique : Hypoesthésie au tact Hypoesthésie à la piqûre Majoration au frottement

Score sur 10 : _____

INTENSITE : EN : Fond ___/10 Accès ___/10 EOC (si non communiquant) : Spontanément ___/8 A l'examen ___/8

LOCALISATION : _____

TEMPS : Fond continu Accès douloureux ADP Diurne Nocturne

RETENTISSEMENT : Sommeil Appétit Mobilité Humeur

FACTEURS D'AGGRAVATION _____

FACTEURS DE SOULAGEMENT _____

2 - APPROCHE ANATOMIQUE

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Viscérale :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Organe plein<input type="checkbox"/> Organe creux<input type="checkbox"/> Cutanée<input type="checkbox"/> Muqueuse<input type="checkbox"/> Osseuse<input type="checkbox"/> Articulaire<input type="checkbox"/> Musculaire<input type="checkbox"/> Vasculaire : artérielle, veineuse, lymphatique	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nerveuse :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cérébrale<input type="checkbox"/> Médullaire<input type="checkbox"/> Plexuelle<input type="checkbox"/> Tronculaire<input type="checkbox"/> Radiculaire
--	--

3 – APPROCHE FONCTIONNELLE (mots qui traduisent la compréhension des mécanismes

lésionnels) Exemples : compression, destruction, section / enraidissement, contracture, fonte / induration, infiltration, épaissement / gonflement, dilatation, spasme, obstruction / irritation, inflammation, fragilisation, perte de substance...

4 – APPROCHE PHYSIOPATHOLOGIQUE

- Nociceptive
- Neuropathique
- Mixte
- Dysfonctionnelle

Annexe 3 :

Explication de l'étude comprenant le questionnaire : envoyé aux médecins généralistes par courrier

Intitulé de la thèse : *Face aux douleurs complexes liées au cancer, analyse critique d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016*

Prérequis :

1°) Selon l'étude EPIC, en France, parmi les personnes interrogées, **62%** des patients cancéreux ont déclaré souffrir de **douleurs modérées à sévères**, et, pour **38%**, la douleur était «**intolérable**.»

2°) Les difficultés à établir une stratégie thérapeutique sont expliquées en partie par la **difficulté à caractériser la douleur sur un plan clinique**. D'où la nécessité de mettre à disposition un **outil** d'aide à l'évaluation et à l'adaptation thérapeutique.

3°) Les médecins généralistes sont en première ligne de la prise en charge de la douleur du patient atteint de cancer et clament leur volonté de s'impliquer.

I- Pédagogie du raisonnement clinique :

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la clinique est la «méthode de diagnostic par l'observation directe, et sans l'aide des moyens de laboratoire, du malade alité».

Le raisonnement clinique permet une organisation de la pensée et une recherche exhaustive avec deux objectifs majeurs :

- Analyser et expliquer les différents mécanismes de la douleur.
- Ajuster les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses à ces mécanismes.

Le raisonnement clinique se décompose en quatre approches :

1- Approche sémiologique :

Type de la douleur : peut être précisée à l'aide d'une liste de mots, exemple du Questionnaire de Saint Antoine.

Intensité de la douleur : plusieurs échelles validées Echelle Visuelle Analogique, Echelle Verbale simple, Echelle Numérique

Localisation de la douleur : topographie, le siège où elle est maximale et l'irradiation éventuelle.

Temporalité : chronicité, accès douloureux, horaires, évolution, facteurs déclenchants

⇒ moyen mnémotechnique TILT

Retentissement de la douleur sur le sommeil, l'appétit, l'humeur

2- Approche anatomique :

Quels organes ont été touchés ? Creux ou pleins ?

3- Approche fonctionnelle :

Elle étudie les mécanismes de la douleur, en sus de l'étiologie elle-même. Elle consiste à rechercher les processus fonctionnels en jeu dans la douleur, puis à les traduire en termes courants, en « langage populaire ».

4- Approche physiopathologique :

La douleur est neuropathique, nociceptive, mixte ou dysfonctionnelle (psychogène).

En reprenant les quatre approches précédemment citées, l'outil permet de consigner toutes les données relatives à l'interrogatoire et examen clinique dans l'évaluation de la douleur liée au cancer.

Après avoir pris connaissance de l'outil d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer, il est demandé au médecin généraliste de compléter le questionnaire suivant afin de recueillir son opinion.

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS :

Le raisonnement clinique est utilisé dans votre pratique quotidienne d'évaluation de la douleur liée au cancer :

- Pas du tout
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

- Lors de l'évaluation d'une douleur liée au cancer, vous vous appuyez sur :

⇒ Une approche sémiologique :

- Pas du tout
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

⇒ Une approche anatomique :

- Pas du tout
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

⇒ Une approche fonctionnelle :

- Pas du tout
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

⇒ Une approche physiopathologique :

- Pas du tout
- Rarement
- Régulièrement
- Toujours

- L'outil présenté vous paraît-il avoir un intérêt pour :

⇒ Evaluer les mécanismes de la douleur :

- oui
- non
- Commentaire libre :

⇒ Adapter les thérapeutiques :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Mettre en place une co-analgésie :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Justifier l'utilisation de produits hors AMM :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Anticiper les risques symptomatiques :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Améliorer la prise en charge multidisciplinaire :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Améliorer la communication autour de la prescription d'antalgiques avec les patients et/ou l'entourage :

Oui

Non

Commentaire libre :

⇒ Enfin, seriez-vous intéressé par l'utilisation de cet outil auprès de patients atteints de cancer, dont les douleurs sont complexes ou partiellement soulagées par le traitement antalgique actuellement en place ?

Oui

Non

Commentaire libre :

Fiche d'identité du médecin (à retourner rempli SVP)

NOM :

Prénom :

Adresse d'exercice :

Type d'exercice : rural/ semi-rural/ urbain

REFERENCES

1. European Pain in Cancer (EPIC). Etude Européenne Sur La Douleur Cancéreuse de juin 2007 [Internet]. Available from: http://www.algo974.org/200811/enquete_europeenne_douleur.htm
2. République française. Ministère de la santé. Dr Françoise Lanlande et Olivier Veber. Rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital du. 2009.
3. Beuzart P., Ricci L., Ritzenthaler M. et al. An overview on palliativ care and the end of life. Results of a survey conducted in a sample of the French population. 2003;32(4):152-7.
4. BERNARD-CAMARA A. Thèse de médecine générale – La douleur chez les patients cancéreux en soins palliatif. Faculté de médecine de Lille2; 2013.
5. Petregne F, Prabonneau C. Les facteurs facilitant le maintien à domicile du patient en fin de vie. Rev Médecine. 2016 février;12(2):86-90.
6. POULAIN P, FILBET M, AMMAR D, et al. Caractéristiques et traitements des accès douloureux paroxystiques (ADP) chez les patients cancéreux: résultats de l'enquête ADEPI Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2012 Sep;13(4):163-8.
7. Delorme T, Brasseur L, DELORME C, LABOUREY J- L, LUCIEN J-C, NAVEZ M, RIBIERE L, et al : Prise en charge de la douleur : publication de la synthèse de l'enquête nationale INCA/BVA [Internet]. 2010. Available from: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/6951-prise-en-charge-de-la-douleur-publication- de-la-synthese-de-lenquete-nationale-2010-incabva>
8. Bon G. Thèse de médecine générale – Prise en charge de la douleur cancéreuse par excès de nociception : enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Haut-Rhin. Faculté de Médecine d'Amiens.; 2012.
9. Ramirez N. Thèse de médecine générale – Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des accès douloureux paroxystiques chez le patient cancéreux: état des lieux. Faculté de médecine de Marseille. 2012.
10. Dewulf C. et Chamouni P. Thèse de médecine générale – La douleur cancéreuse chronique de l'adulte: attitudes thérapeutiques du médecin généraliste : enquête sur l'utilisation des morphiniques per os dans la région rouennaise. Faculté de médecine de Rouen; 1994.
11. Cretinon M. Thèse de médecine générale – Prise en charge de la douleur cancéreuse en médecine générale. Faculté de médecine de-Marseille.; 2010.
12. Quaranta S. Thèse de médecine générale – Prise en charge des douleurs chroniques d'origine cancéreuse par le médecin généraliste. Faculté de médecine de-Marseille; 2010.

13. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur; 2016.
14. Martinez V. Mésusage sur ordonnance. Le problème des opioïdes. 2013 Août;(14):277-8.
15. Bennett M. RAYMENT C. HJERMSTAD M. AASS N. CARACENI et A. KAASA S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review Pain. ; 2012 Feb;2(153):359-5.
16. DE BROCA A. Douleurs, Soins Palliatifs, Deuils. 2e édition. Paris : Masson. Vol. Module 6. 2005. 173 p.
17. De Broca A. Douleurs, soins palliatifs, deuils. Masson. 2012. 218-3 p.
18. Rostaing-Rigattieri S. Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques. Elsevier Masson. 2014 Oct;(13):312-22.
19. Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickenson A. Pharmacology of pain. Washington, DC: IASP Press; 2010.
20. ANAES. Service des Recommandations et Références Professionnelles. 1999 Février.
21. Perrot S. Douleur, soins palliatifs et accompagnement Paris. Medline. 2014;425-5.
22. Institut National du Cancer. Plan cancer 2009-2013. 2008.
23. Larue F. Prise en charge de la douleur cancéreuse en France. ASP liaisons. 1993 Mar;11-2p.
24. Kowalski A. Thèse de médecine générale- Le médecin généraliste est-il en difficulté face à la douleur des patients cancéreux en Picardie ? Intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur cancéreuse. 2015.
25. Agence Régionale de Santé. Schéma Régional Organisation de Soins Palliatifs. 2011.
26. Ministère de la Santé. Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. février, 2002.
27. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommandations pour la pratique clinique: standards, options, recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteint d'un cancer. 2003 Sep.
28. Rousset H. Le diagnostic clinique en médecine : Annales de médecine interne 1999, ., Vol. 150. 17-23 p.

29. Dominique Pestiaux et Carl Vanwelde. Le difficile enseignement de la démarche clinique. Santé Conjug. 2008 Oct;(46).
30. Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH, et al. Clinical epidemiology : how to do clinical practice research. 3rd edition. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
31. Nendaz M, Charlin B, LeBlanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. 2005. 234-53 p. (Pédagogie Médicale; vol. 6).
32. Burucoa B. DU d'accompagnement et de Soins Palliatifs, Symptômes complexes, le raisonnement clinique. Ppt présenté; 2014 2015; Faculté de Bordeaux.
33. Hiriart Timothée. UN RAISONNEMENT CLINIQUE POUR DES DOULEURS COMPLEXES LIEES AU CANCER Etude de faisabilité d'une étude observationnelle prospective dans les Unités de Soins Palliatifs En Aquitaine. DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT; 2015 Sep; Université de Bordeaux.
34. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Nathan; 1992. 127 p.
35. Nicky Britten. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995;311(251):3.
36. Wahnich, Stéphane. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique. Bulletin des bibliothèques de France (BBF). 2006;(6):8–12.
37. Ordre des médecins Aquitaine. MEDECINE GENERALE Densité en activité libérale ou mixte [Internet]. 2015.
Available from: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>
38. Ministère de la Santé. Circulaire DGS/DH n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.1999
Available from : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-08/a0080531.htm>
39. Salovey P, John D. Mayer. Emotional intelligence. Baywood Publ [Internet]. 1990;
Available from:
http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf
40. C. Delvenne. Introduction à l' "Evidence-Based Medicine" (EBM). Univ Liège [Internet]. 1999 Avril;
Available from: <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/ebm.htm#bibliographie>
41. Krakowski I, others. Coordinated organization of symptoms management and

support in all the stages of cancer disease: putting in place pluridisciplinary structures of supportive oncological care. Bull Cancer (Paris). 2001;88(3):321-8.

42. Martine Chamberland. Comment exploiter les résultats de la recherche pour améliorer nos activités d'enseignement et d'apprentissage du raisonnement clinique ? Pédagogie Médicale. 2005 Nov;6(4).

43. Nendaz M, Charlin B, LeBlanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale. 2005;6:234-53.

44. Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique », Pédagogie Médicale 2005 ; 6 :224-33.2001 ; 2 :9-17. Pédagogie Médicale. 2005;(6):224-33.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

RESUME

Introduction : Le parcours de soins des patients atteints de cancer s'avère complexe, une coordination autour du médecin généraliste paraît fondamentale. Une évaluation de la douleur est permise par un raisonnement clinique dont découle un support, l'objectif étant double : présenter le raisonnement clinique et évaluer la douleur pour adapter la prise en charge.

Méthode : La méthodologie choisie est une enquête d'opinion. Le questionnaire élaboré a été adressé aux médecins généralistes du Pays Basque.

Résultats : Le taux de réponse obtenu est de 21,2%, comparable aux études similaires. Le raisonnement clinique est utilisé « régulièrement » ou « toujours » par 66 des 69 médecins ayant répondu. Le support d'évaluation leur semble utile pour adapter les thérapeutiques, mettre en place une co-analgésie, réaliser une prise en charge multi-disciplinaire et communiquer autour de la prescription d'antalgiques avec le patient et l'entourage. 56 des 69 médecins ayant répondu sont intéressés par l'utilisation du support.

Discussion : Le support d'évaluation des douleurs permet une prise de recul et la mise en pratique de la démarche hypothético-déductive face à une douleur complexe liée au cancer. L'intelligence émotionnelle des médecins généralistes est un prérequis au changement de pratique, à l'appropriation et l'utilisation de l'outil. 80% des médecins de l'étude affirment vouloir utiliser ce support d'évaluation des douleurs complexes liées au cancer car il permet un usage possible à différents stades de la prise en charge en plus d'être simple d'utilisation et pertinent sur le plan biomédical.

SUMMARY: *Facing the complex types of pain related to cancer, a critical analysis of an assessment tool has been raised by general practitioners in the Basque Country in 2016.*

Introduction: The clinical pathway for patients diagnosed with cancer turns out to be complex. Therefore, it is essential to optimize the coordination around the practitioner. It is possible to evaluate the pain thanks to a clinical reasoning which provides a tool, with two goals: introducing the clinical reasoning and evaluate the patient pain in order to adapt his treatment.

Methodology: The selected process is a survey. The latter has been directed to general practitioners in the Basque Country.

Outcomes: The response rate was 21.2%, which is comparable to similar studies. Clinical reasoning is used "regularly" or "always" by 66 of the 69 physicians who took the survey. The evaluation support seems useful to them, in order to regulate the therapies, set up a co-analgesia, perform a multidisciplinary patient care, and to communicate on the prescription of analgesics with the patient and their closed relatives. 56 of the 69 physicians who responded are interested in using the medium.

Discussion: The pain evaluation support allows a step back from the current situation and the implementation of the hypothetical-deductive approach to a complex cancer-related pain. The emotional intelligence of general practitioners is a prerequisite for a change of practice, and for the appropriation and use of the tool. 80% of the study's physicians say they want to use this complex cancer-related pain assessment support because it can be used at different steps of the patient pathway, it is easy to use, and bio-medically relevant.

Discipline : médecine générale

Mots clés : douleur – cancer – évaluation – outil - médecine générale

Université de Bordeaux-U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES
146 rue Léo Saigat 33 076 Bordeaux Cedex