



HAL
open science

Raisonnement clinique pour douleurs complexes : utilisation d'un guide en unités de soins palliatifs

Benoît Burucoa, Matthieu Frasca, Camille Saussac-Pietri, Aurélie Lafargue,
Bernard Paternostre, Timothée Hiriart

► To cite this version:

Benoît Burucoa, Matthieu Frasca, Camille Saussac-Pietri, Aurélie Lafargue, Bernard Paternostre, et al.. Raisonnement clinique pour douleurs complexes : utilisation d'un guide en unités de soins palliatifs. *Médecine Palliative*, 2020, 19, pp.63 - 71. <10.1016/j.medpal.2019.06.002>. <hal-03490202>

HAL Id: hal-03490202

<https://hal.science/hal-03490202v1>

Submitted on 22 Aug 2022

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Raisonnement clinique pour douleurs complexes : utilisation d'un guide en unités de soins palliatifs

Clinical reasoning for complex pain: using a guide in palliative care units

Benoît BURUCOA ^{a*,b,1}, Matthieu FRASCA ^{c,2}, Camille SAUSSAC-PIETRI ^{c,2}, Aurélie LAFARGUE ^{d,2}, Bernard PATERNOSTRE ^{c,2}, Timothée HIRIART ^{e,3}

^a Service de soins palliatifs et d'accompagnement, hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burguet, 33075 Bordeaux cedex

^b Université de Bordeaux, 351 cours de la Libération, 3405 Talence cedex

^c Service de médecine palliative, hôpital Saint André, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burguet, 33075 Bordeaux cedex

^d Unité mobile de gériatrie, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burguet, 33075 Bordeaux cedex

^e Cabinet de médecine générale, 19, boulevard Jacques-Duclos, 40220 Tarnos

*Auteur correspondant : Pr Benoît BURUCOA ; tél. : 0626632707 ; e-mail : benoit.burucoa@chu-bordeaux.fr

¹ Photo ; chef de service, professeur associé de médecine palliative

² Praticien hospitalier

³ Médecin généraliste

Titre court : Guide de raisonnement clinique pour douleurs complexes en soins palliatifs

1. Introduction

La prise en charge des douleurs liées au cancer constitue un défi pour de nombreuses équipes soignantes. Différents travaux ont montré qu'une proportion significative de patients ne bénéficiait pas d'un traitement suffisant de la douleur, y compris en structure spécialisée [1,2]. Ce défaut de soulagement tient en partie aux caractéristiques de la douleur elle-même et à sa complexité. Les recommandations de l'European Association for Palliative Care (EAPC) sur le traitement de la douleur relèvent que l'utilisation correcte des traitements de première intention permet d'obtenir un soulagement satisfaisant des douleurs sans effet indésirable majeur dans 71 à 90% des situations selon les études et les contextes de soins [3]. Il reste des cas où cette stratégie est mise en échec. Les unités de soins palliatifs ont pour vocation d'accueillir ces situations complexes, notamment liées à des douleurs résistantes voire réfractaires.

Un raisonnement clinique de type analytique s'avère alors particulièrement nécessaire pour comprendre les mécanismes en jeu et ajuster au mieux les thérapeutiques. De nombreux moyens thérapeutiques, médicamenteux ou non, peuvent être en effet mis en œuvre en unité de soins palliatifs. Une coanalgésie est alors adaptée privilégiant une prise en charge multimodale. Dans ces situations, certains médicaments sont utilisés en dehors de l'autorisation de mise sur le marché. Des recommandations existent néanmoins pour l'utilisation de ces médicaments. Elles précisent les modalités d'utilisation mais ne donnent pas de stratégie de choix des traitements du fait de la complexité des situations de fin de vie. Un examen clinique conduit de façon systématique et rigoureuse dans le cadre d'une démarche étiologique précise y est néanmoins vivement recommandée afin de garantir la qualité du traitement proposé [4].

Afin de guider cet examen, un raisonnement clinique est nécessaire. De manière générale, il peut reposer sur des stratégies variées, analytiques (comme la méthode hypothéticodéductive) ou intuitives (par exemple la reconnaissance d'un archétype). L'utilisation de stratégies mixtes, associant ces deux modalités de raisonnement, est la plus fréquente et semble la plus performante [5,6,7]. Compte tenu de la complexité des situations de douleur cancéreuse en phase palliative, il est probable qu'un raisonnement clinique de type analytique, organisé *a priori* soit le plus adapté. Il tient compte des spécificités cliniques de ces situations, et des ressources thérapeutiques.

L'équipe de l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux utilise un type de raisonnement clinique appliqué aux douleurs. Dans le but d'inclure l'ensemble des éléments cliniques, ce raisonnement est organisé en quatre approches : sémiologique, physiopathologique, anatomique et fonctionnelle. L'approche sémiologique est celle qui est principalement mise en avant dans les standards, options et recommandations de 2003 [8]. Son contenu est résumé dans l'acronyme TILT : temps, intensité, localisation, type. L'approche physiopathologique comprend : la nociception,

la neuropathie, la mixité (fréquente dans la douleur cancéreuse), et l'origine dysfonctionnelle (jusqu' récemment dite « psychogène »). Les approches anatomique et fonctionnelle sont liées. Tous les organes peuvent être concernés par un processus tumoral et être le siège d'une douleur cancéreuse. L'approche fonctionnelle consiste à rechercher les processus fonctionnels en jeu dans les douleurs, puis à les traduire en termes courants, compréhensibles par tous, commun aux professionnels, patients, proches et bénévoles d'accompagnement [9].

Le caractère ordonné de cette démarche de raisonnement clinique semble adapté à l'évaluation des douleurs liées au cancer en situation palliative, ainsi que celle des autres symptômes. En sus de ce raisonnement clinique évaluant les douleurs, une approche globale multifactorielle est indispensable et des examens paracliniques peuvent être indiqués.

Dans un souci d'amélioration des pratiques, un guide reprenant ces quatre approches a été élaboré par le service d'accompagnement et de soins palliatifs du CHU de Bordeaux, comme support et outil d'aide à l'examen clinique, prenant en compte les exigences minimales d'évaluation.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'utilisation de ce guide par des médecins d'unités de soins palliatifs. Les objectifs secondaires étaient de connaître les résultats de ces approches combinées et d'observer les modifications des coanalgies médicamenteuses et si possible les approches multimodales.

2. Populations et méthodes

Cette étude de faisabilité était interventionnelle, non thérapeutique, et multicentrique.

2.1. Travail préliminaire

Le guide de raisonnement clinique a été élaboré en comité de pilotage de l'étude. Ce comité rassemblait six médecins expérimentés et enseignants en médecine palliative et médecine de la douleur. Le guide a ensuite été soumis à la relecture de huit autres médecins responsables d'unités de soins palliatifs qui n'avaient pas participé à sa conception initiale et appartenant aux quatre unités de soins palliatifs d'Aquitaine en dehors du CHU. Leur lecture critique a été recueillie au cours d'entretiens semi-directifs ; une première question très ouverte : « Que pensez-vous du raisonnement clinique qui vient de vous être présenté ? » était suivie de trois questions de relance sur son utilisation, son utilité et sa faisabilité. L'analyse de ces entretiens avait colligé 19 items évoqués par au moins un médecin. Il leur avait été ensuite demandé d'évaluer chacun de ces items via une échelle de Likert (totalement d'accord, plutôt d'accord, ni en accord ni en désaccord, totalement en désaccord, sans avis), ce qui avait finalisé l'élaboration du guide.

2.2. Objectif principal : faisabilité d'utilisation du guide

2.2.1. Participants et structures incluses dans l'étude

L'étude s'est déroulée auprès de médecins des unités de soins palliatifs suivantes : CHU de Bordeaux, centre hospitalier de Périgueux, maison de santé Marie-Galène à Bordeaux, centre Annie-Enia à Cambo-les-bains, centre hospitalier de Pau. Sept médecins de ces unités de soins palliatifs, dont quatre en dehors CHU et trois du CHU, qui ont participé à l'évaluation du recueil de données, avaient tous validé un diplôme universitaire de soins palliatifs et trois d'entre eux le diplôme de la Capacité douleur ; ils avaient une ancienneté moyenne de 6 ans en structure spécialisée de soins palliatifs.

2.2.2. Questionnaire de recueil de données cliniques

Le questionnaire de recueil de données cliniques des douleurs était composé de trois parties (Annexe 1).

Dans la première partie, un identifiant unique était attribué à chaque patient, permettant l'anonymisation des données avant leur traitement informatique. Elle comprenait également les covariables que l'EAPC conseille d'intégrer dans tout projet de recherche clinique consacré à la douleur en situations palliatives afin de décrire les patients inclus : âge, sexe, indice de performance, état cognitif normal ou altéré (selon le jugement médical de l'investigateur), type de cancer [10].

La seconde partie concernait les caractéristiques cliniques des douleurs, à recueillir à l'aide du guide, pour chaque douleur ressentie par le patient. Des items simples ont été choisis : des chiffres (par exemple : intensité), des propositions fermées à cocher, plus rarement des questions ouvertes. Des outils validés ont été utilisés pour déterminer les items chaque fois que possible.

La troisième partie concernait les caractéristiques des traitements et comprenait deux volets. Le premier était un inventaire des classes thérapeutiques déjà prescrites antérieurement à l'admission du patient. Les classes thérapeutiques listées étaient : les antalgiques non opioïdes (palier 1), les opioïdes faibles (palier 2), les opioïdes forts (palier 3), les antidépresseurs, les antiépileptiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les adjuvants médicamenteux (antispasmodiques, benzodiazépines, stéroïdes, antisécrétoires acides, kétamine, lidocaïne en emplâtre, capsaïcine) et les moyens non médicamenteux (psychomotricité, massokinésithérapie, neurostimulation électrique transcutanée, hypnose, etc.).

Le second volet permettait de lister les adaptations réalisées durant les 24 premières heures du séjour en unité de soins palliatifs. Il s'agissait de préciser l'introduction ou l'arrêt de traitements, les adaptations posologiques (à la hausse ou à la baisse), un changement éventuel d'opioïde.

Un questionnaire remis aux médecins portait sur l'évaluation critique de l'utilisation du recueil : son utilité, ses avantages, ses limites, ses conditions d'utilisation (Figure 1).

2.3. Objectifs secondaires : malades inclus et analyse statistique

Parmi les patients consécutivement admis en unités de soins palliatifs, durant 5 mois de novembre 2015 à mars 2016, tous les patients atteints de cancer solide en phase métastatique, et souffrant de douleur, étaient évalués par un médecin enquêteur au moment de l'admission à l'aide du recueil de données cliniques testé.

Une analyse statistique de ces données cliniques a été réalisée avec calcul de moyennes et écarts-type pour les variables quantitatives et pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été comparées, sous réserve d'une vérification d'une distribution normale, par l'utilisation du test de Student après vérification de l'égalité des variances et respect des conditions d'application. Les variables qualitatives ont été comparées par l'utilisation d'un test de Chi deux après vérification d'effectifs théoriques supérieurs ou égaux à 5. En cas d'effectifs théoriques compris entre 3 et 5, un test de Chi deux avec corrélation de Yates a été utilisé. L'analyse a été réalisée avec le logiciel SPSS version 23 après anonymisation des données.

3. Résultats

3.1. Évaluation critique de l'utilisation du guide par les sept médecins utilisateurs

Quatre médecins ont déclaré déjà utiliser cet outil avant leur participation à l'étude. Six ont estimé que le guide avait été utile pour la totalité des patients inclus. Tous les répondants ont considéré que le questionnaire avait permis de mieux soulager le patient, d'éviter l'oubli d'éléments cliniques utiles, de rechercher les éléments manquants à l'évaluation clinique. Cinq ont estimé que l'utilisation de guide pourrait être généralisée dans les unités de soins palliatifs, et servir d'outil commun. Toutefois, deux seulement estimaient que le questionnaire pourrait être intégré au dossier dès l'admission du patient.

Pour cinq médecins, l'absence de certaines données cliniques dans le dossier du patient à l'entrée et le défaut de transmission de ce dossier constituaient néanmoins de réelles limites. Le manque de disponibilité et de temps du clinicien a aussi été évoqué par deux cliniciens comme un frein à son utilisation. Six répondants n'ont pas jugé ce questionnaire pertinent pour faciliter la communication entre médecins ou entre établissements ; quatre ont donné une réponse neutre à cette question. Enfin, les médecins ont exprimé une parole qui ouvre sur les approches psychorelationnelles et sur leur subjectivité : « dialogue, face à face avec le fardeau, partage, transmission, interdisciplinarité, familles et proches ». Ce guide n'a donc pas semblé freiner l'approche globale nécessaire du patient atteint de cancer et douloureux.

3.2. Caractéristiques des patients inclus

Soixante-huit patients ont été inclus à leur admission en unités de soins palliatifs et leurs douleurs analysées selon le guide. La moyenne d'âge était de $65,2 \pm 14,6$ ans. Trente-et-un patients étaient des

hommes (soit 45,6 %), 37 des femmes (soit 54,4 %). Cinquante-et-un patients (soit 75%) étaient alités la majorité du temps (indice de performance selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS] de 3 ou 4). Cinquante-quatre patients présentaient des fonctions cognitives considérées comme normales (soit 79,4 %). Ces patients étaient atteints de 29 cancers d'organes. Les tumeurs les plus fréquentes étaient les cancers du poumon et des bronches (n=8), de la prostate et du sein (n=6 respectivement), du colon (n=5) et du rectum (n=4).

3.3. Approche sémiologique

Sur les 68 patients douloureux à l'admission, 54 patients souffraient d'une seule douleur, 12 patients de deux douleurs distinctes et deux patients de trois douleurs. En tout, 84 douleurs différentes ont été répertoriées pour les 68 patients douloureux à leur admission en unités de soins palliatifs.

Pour ces 84 douleurs distinctes, le mode d'évolution temporelle se caractérisait par : une douleur de fond associée à des accès douloureux (n=39), une douleur de fond isolée (n=14) ou des accès douloureux seuls (n=14). La présence d'accès douloureux paroxystiques a été identifiée pour huit de ces 84 douleurs. Les sensations d'élanement, de poids, d'étau, de tiraillements et de coup de poignard étaient les types de douleur les plus fréquents (Figure 2).

L'intensité moyenne des douleurs de fond évaluées par l'échelle numérique était légèrement supérieure à 4 ($4,3 \pm 2,4$). Soixante douleurs de fond ont été évaluées comme modérées ou intenses (score supérieur à 3 sur l'échelle numérique ou l'échelle d'observation comportementale). Soixante-quatorze patients souffraient de crises ou d'exacerbation douloureuses d'intensité moyenne proche de 8 ($8,1 \pm 1,5$) pour ceux qui étaient évaluables avec l'échelle numérique. Toutes sauf une étaient d'intensité modérée ou intense (score supérieur à 3 sur l'échelle numérique ou l'échelle d'observation comportementale). Une grande variété de type de douleur a été retrouvée, le terme « élanement » étant le plus fréquemment exprimé par les patients (24 sur 84).

Dans la majorité des cas, on retrouvait un retentissement sur au moins deux des quatre composantes proposées (mobilité, humeur, sommeil, appétit). Le facteur aggravant le plus fréquent était les mobilisations (n=36). Le changement de position était le plus souvent noté (n=8) parmi les huit facteurs d'amélioration retrouvés.

3.3. Mécanisme physiopathologique

Le mécanisme physiopathologique le plus fréquemment en cause était la nociception (n=50, 59%), puis la mixité (n=29, 35%). Un mécanisme neuropathique sans nociception a été relevé pour seulement cinq des 84 douleurs (6%). Le score DN4 était supérieur ou égal à 4 pour 19 douleurs sur 84 (22%). Aucune douleur n'a paru relever d'un mécanisme dysfonctionnel (ou psychogène).

3.4. Approches anatomique et fonctionnelle

Toutes les structures anatomiques étaient représentées (Figure 3). Les douleurs d'origine osseuse étaient les plus fréquentes, suivies des douleurs radiculaires et des douleurs viscérales d'organe creux. Une cinquantaine de mots différents ont été utilisés par les cliniciens pour décrire le mécanisme en jeu dans le processus douloureux. Les plus fréquents étaient par ordre décroissant : « compression », « destruction », « infiltration », « inflammation », et « enraidissement » (respectivement n=19, n=10, n=9, n=8 et n=6). Les autres mots ont été utilisés moins de cinq fois chacun.

3.5. Traitements médicamenteux

Le nombre de classes d'analgésiques relevées lors de l'admission était proche de trois ($3,1 \pm 1,6$). La coanalgésie comprenait un opioïde fort (palier 3) pour 54 patients, associé à un non opioïde (palier 1) pour 31 patients et une benzodiazépine pour 27 patients.

Dans les 68 situations, des adaptations thérapeutiques ont été réalisées dans les 24 premières heures, le plus souvent, par l'introduction d'un ou de plusieurs nouveaux médicaments, ou bien par la majoration de la dose.

Les deux classes les plus souvent ajoutées étaient les benzodiazépines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les opioïdes forts (n=9 parmi les 14 patients qui ne les recevaient pas) (Figure 4). Si on enlève les trois arrêts d'opioïde de palier 3 à l'admission, 60 des 68 patients inclus en recevaient (soit 88%). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été davantage introduits chez les hommes, dans les situations de douleur musculaire, ou quand le processus fonctionnel identifié était l'inflammation.

Les augmentations de doses ont été plus fréquentes que les diminutions, celles des opioïdes forts étant les plus fréquentes (46%) (Figure 5).

Les diminutions et les arrêts de traitement ou de médicaments ont été rares durant les premières 24 heures, le plus souvent les antalgiques de palier 1 (10%) (Figure 6).

L'approche non médicamenteuse la plus fréquemment prescrite était la psychomotricité (n=26, 40%), suivie par la kinésithérapie (n=11, 15%). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée.

4. Discussion

Les médecins participants à cette enquête sont représentatifs d'unités de soins palliatifs, que ces structures soient de CHU ou non. Tous valident la nécessité d'un raisonnement clinique devant la complexité des douleurs, ce qui correspond aux recommandations. Pour la plupart des répondants, le guide évalué dans ce travail est utile. Après utilisation, il permettrait selon eux de mieux soulager le patient, d'éviter l'oubli d'éléments cliniques utiles et de rechercher les éléments manquants à

l'évaluation clinique. Il leur apparaît également faisable dans un contexte d'unité de soins palliatifs où il leur semble majoritairement généralisable. Enfin, il ne limite pas l'approche globale du patient en sus de l'évaluation douloureuse.

Toutefois, certains soulignent un besoin de disponibilité et d'apprentissage de l'outil. Certains items proposés dans le guide étaient volontairement partiels et réducteurs afin d'améliorer la faisabilité. Ils peuvent expliquer ce besoin d'appropriation initial et de compagnonnage dans la pratique.

Les caractéristiques des douleurs identifiées sont comparables à celles de la littérature, à l'exception du faible nombre de douleurs différentes répertoriées pour chaque patient. La majorité des patients ne présentait qu'une seule douleur, alors que les études épidémiologiques retrouvent une majorité de patients atteints de douleurs multiples dans les situations de cancer avancé [11]. Il est possible que les investigateurs aient priorisé les douleurs les plus problématiques, retenant probablement la plainte prioritaire du patient durant les 24 heures après l'admission. La prévalence de la neuropathie et des accès douloureux paroxystiques était également particulièrement faible par rapport à la littérature [12,13]. Un manque de représentativité de notre échantillon sur ces points par rapport à la population cible de cette étude est probable.

De son côté, le traitement a été modifié dès le jour d'admission pour tous les patients. Sans groupe de contrôle, il n'est pas possible de conclure formellement que ces adaptations sont dues à l'évaluation de la douleur à l'aide du guide. La modification thérapeutique la plus fréquente est l'augmentation de la dose de l'opioïde fort, probablement du fait d'un retard à l'adaptation de ces thérapeutiques liées aux contraintes et limites rencontrées en médecine ambulatoire et générale : temporalité, discontinuité, résistance, méconnaissance... La deuxième classe thérapeutique le plus souvent introduite est celle des anti-inflammatoires non stéroïdiens, dans un quart des situations. Il est possible que l'efficacité de cette classe médicamenteuse comme coanalgésique dans de nombreuses situations de douleur cancéreuse soit méconnue, la crainte des effets indésirables entrant vraisemblablement en jeu également [14,15,16,17]. La psychomotricité et la kinésithérapie sont les techniques non médicamenteuses les plus prescrites. La démarche analytique d'évaluation de la douleur peut vraisemblablement être utile pour suggérer le recours à ces professionnels, en lien avec certains mécanismes des douleurs comme les tensions musculaires et l'intrication somatopsychique.

4.1. Limites de l'étude

Tout d'abord, le guide est issu d'un accord d'experts mais n'a pas encore fait l'objet d'une étude de validation. D'autres items pourraient en soi avoir été choisis ou ajoutés tels que l'historique des symptômes, des traitements ou des examens (cliniques, d'imagerie ou de biologie) ou encore les notions d'anxiété et de dépression intriquées à la douleur, les risques fonctionnels (fracture,

compression épidurale, etc.), les troubles métaboliques (hépatique ou rénal) ou l'étiologie liée au cancer lui-même ou ses traitements.

Le faible nombre de patients et de douleurs évalués limite l'évaluation de la pertinence du guide dans l'ensemble des contextes douloureux possiblement rencontrés en unités de soins palliatifs. Une meilleure puissance aurait été de plus nécessaire en objectif secondaire pour déterminer des facteurs cliniques significativement associés aux adaptations thérapeutiques.

L'intensité douloureuse renseignée a pu être biaisée selon que le patient répondait selon l'intensité du moment de l'évaluation, des 24 dernières heures ou des 7 jours précédents. De même, la caractérisation de la douleur neuropathique se basait sur un questionnaire DN4 et non sur une véritable démarche diagnostique associant la clinique et l'imagerie selon les critères du Neuropathic Pain Special Interest Group (NeupSIG) de l'International Association for the Study of Pain (IASP) [18].

Enfin, ce travail descriptif, centré sur les médecins d'unités de soins palliatifs, n'a pas considéré la place pourtant centrale de la personne malade relevant des soins palliatifs, son vécu, ses attentes, ni sa participation à l'évaluation et à l'observance thérapeutique. Il n'a pas pris en compte l'interdisciplinarité de l'équipe.

5. Conclusion

Malgré ces limites, ces données semblent conforter l'hypothèse initiale, à savoir l'utilité d'une démarche systématique, basée sur un relevé de données tendant vers l'exhaustivité des paramètres cliniques susceptibles d'éclairer la compréhension des mécanismes des douleurs. Pour cela, le guide de raisonnement clinique proposé dans cette étude peut être un outil utile à de nombreux médecins d'unités de soins palliatifs confrontés à des patients atteints de cancer souffrant de douleurs complexes et résistantes.

Une étude dans d'autres contextes de soins que l'unité de soins palliatifs permettrait de conforter ces résultats sur d'autres populations. En outre, la validation du contenu de ce guide devrait s'envisager via une méthode de consensus plus valide, par exemple par méthode Delphi. Enfin, une étude d'analyse des pratiques ou un essai contrôlé évaluant l'amélioration de l'intensité douloureuse et de la qualité de vie permettraient de confirmer l'intérêt de cet outil en pratique clinique.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts.

Annexe 1

Questionnaire de recueil de données cliniques des douleurs cancéreuses complexes en unité de soins palliatif : ce matériel complémentaire est disponible en ligne.

Références

1. Delorme T, Bréchet JM, Bousquet PJ. Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer ; 2012.
2. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer* 2009;100:1566–1574
3. Hank GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001;84:587–593.
4. Groupe de travail de l'Afssaps, Salamagne M, Michenot N, Uzzan M, Alavoine L, Attal N, et al. Recommandations de bonne pratique. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Saint-Denis : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ; 2010.
5. Haynes RB, Sacket D. *Clinical epidemiology: how to do clinical practice research*. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
6. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving a ten-year retrospective. *Eval Health Prof* 1990;13:5–36.
7. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pedag Med* 2005;6:235–254.
8. Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D, et al. Recommandation pour la pratique clinique : standards, options et recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Paris : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ; 2003.
9. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain* 1999;82:263–274.
10. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J. Pain Symptom Manage* 2002;23:239–255.
11. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437–1449.

12. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, et al. Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer* 2002;94:832–839.
13. Deandrea S, Corli O, Consonni D, Villani W, Greco MT, Apolone G. Prevalence of breakthrough cancer pain: a systematic review and a pooled analysis of published literature. *J Pain Symptom Manage* 2014;47:57–76.
14. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDs or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD005180. doi:10.1002/14651858.CD005180.
15. Jenkins CA, Bruera E. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as adjuvant analgesics in cancer patients. *Palliat Med* 1999;13:183–196.
16. Wehling M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:1159–1172.
17. Stambaugh J, Drew J. A double-blind parallel evaluation of the efficacy and safety of a single dose of ketoprofen in cancer pain. *J Clin Pharmacol*.1988;28:S34-39.
18. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DL, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016;157(8):1599-606.

Légendes des figures

Figure 1. Utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer : évaluation critique du guide de raisonnement clinique par les investigateurs de l'étude ($n = 7$). AMM : autorisation de mise sur le marché ; USP : unité de soins palliatifs.

Development and use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: evaluation of the clinical reasoning guide by practitioners (N = 7).

Figure 2. Utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer : résultats de l'approche sémiologique, types de douleur chez les patients inclus dans l'étude ($n = 68$).

Use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: types of pain in the patients of the study (N =68).

Figure 3. Utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer : résultats de l'approche anatomique ($n = 68$).

Use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: results from the anatomical approach (N = 68).

Figure 4. Résultats de l'utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer : introduction de nouvelles classes thérapeutiques après l'utilisation du guide ($n = 68$). AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; Méopa : mélange équimolaire oxygène–protoxyde d'azote.

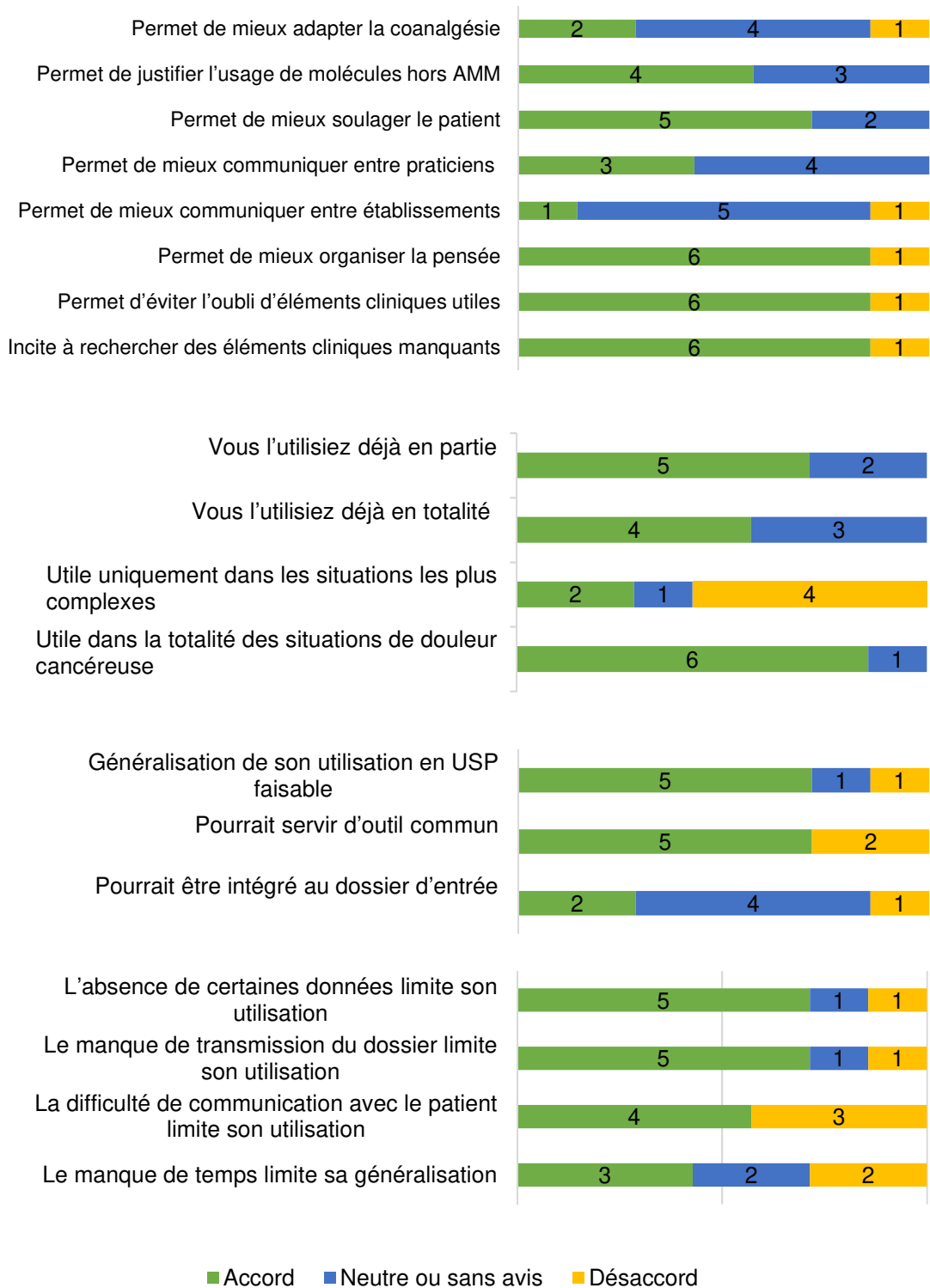
Results from the use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: modification of coanalgesia (addition of other treatments) after using the guide (N =68).

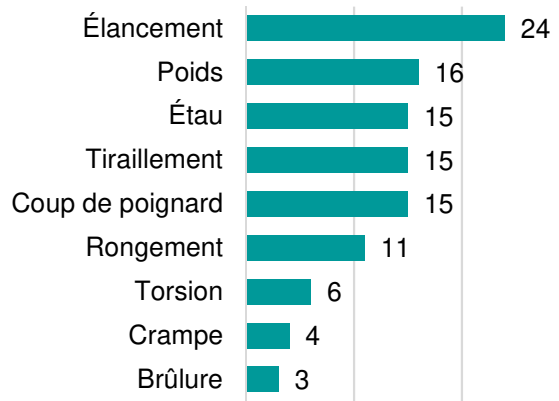
Figure 5. Résultats de l'utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer : augmentation de la dose de médicaments après l'utilisation du guide ($n = 68$). AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

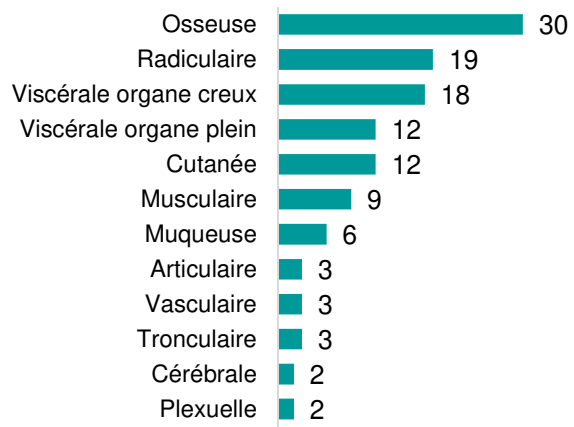
Results from the use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: modification of coanalgesia (increasing drug doses) after using the guide (N =68).

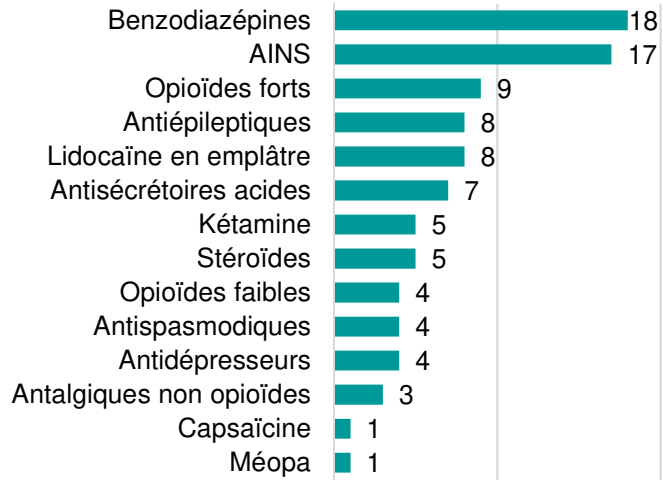
Figure 6. Résultats de l'utilisation d'un guide de raisonnement clinique en unités de soins palliatifs pour la prise en charge des douleurs complexes et réfractaires liées au cancer ($n = 68$). a : diminution de la dose de médicaments après l'utilisation du guide ; b : arrêt de médicaments après l'utilisation du guide. AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

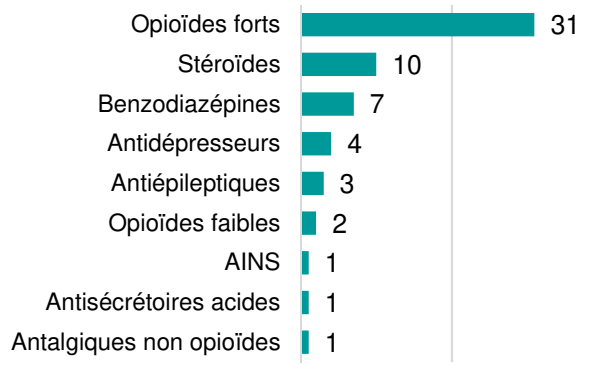
Results from the use in palliative care units of a clinical reasoning guide for the treatment of complex pain associated with cancer: modification of coanalgesia after using the guide (N =68). a: decrease in drug doses; b: suppression of drugs.



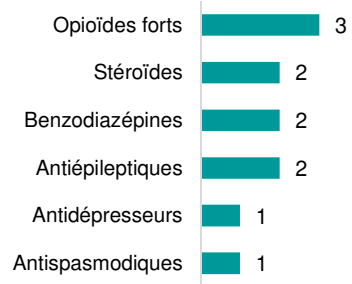






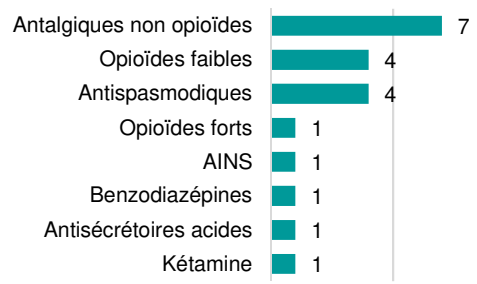


Diminution



a

Arrêt



b