

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Lucie PATARIN

Née le 21 Décembre 1985 à ANGERS

Présentée et soutenue publiquement le : 9 Avril 2013

***ETAT DES LIEUX DES PROBLEMATIQUES RENCONTREES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA DOULEUR DES
PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DU PANCREAS AU STADE
PALLIATIF.***

Président : Monsieur le Professeur VERNY Christophe

Directeur : Monsieur le Docteur HUBAULT Philippe

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie

	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude ANNWEILER Cédric	Biophysique et médecine nucléaire Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline BELIZNA Cristina BLANCHET Odile	Immunologie Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric CAPITAIN Olivier CHEVAILLER Alain	Médecine générale (maître de conférences associé) Cancérologie ; radiothérapie Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent CRONIER Patrick CUSTAUD Marc-Antoine	Médecine générale (maître de conférences associé) Anatomie Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri FORTRAT Jacques-Olivier HINDRE François JEANGUILLAUME Christian	Nutrition Physiologie Biophysique et médecine nucléaire Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck LETOURNEL Franck	Biophysique et médecine nucléaire Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique MARCHAND-LIBOUBAN Hélène MAY-PANLOUP Pascale	Biochimie et biologie moléculaire Biologie cellulaire Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc PAPON Xavier	<i>Philosophie</i> Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne PELLIER Isabelle PENCHAUD Anne-Laurence	Radiologie et Imagerie médicale Pédiatrie <i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey SAVAGNER Frédérique	Anatomie et cytologie pathologiques Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles TURCANT Alain	Biochimie et biologie moléculaire Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2012

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur VERNY Christophe

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur HUBAULT Philippe

Membres du jury :

Monsieur le Professeur GRANRY Jean-Claude

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Monsieur le Docteur HUBAULT Philippe

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe VERNY

Vous me faites l'honneur de présider la soutenance de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Vous m'avez inculqué un intérêt certain pour la douleur à travers votre enseignement et je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Philippe HUBAULT

Vous m'avez accompagnée dans ce travail de thèse, de son origine à sa rédaction avec un soutien indéfectible et une patience infinie.

Vous me faites profiter au quotidien de vos connaissances en soins palliatifs, recevez ici, mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ,

Pour l'intérêt porté à ce sujet et votre disponibilité, veuillez croire à mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude GRANRY

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie du jury de cette thèse, recevez ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Cécile MARTEAU

Pour m'avoir initiée aux soins palliatifs pendant mon externat et pour votre accueil toujours chaleureux aux consultations douleur lors de mon internat. Pour l'aide apportée dans ce travail, recevez ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Mesdames les Docteurs Aude PIGNON et Emilie LE PAPE,

Pour votre soutien permanent, votre générosité et le plaisir renouvelé que j'ai à travailler avec vous au quotidien, merci.

A Madame le Docteur Marie PECHARD et à Messieurs les Docteurs Denis DUPOIRON et Jean-Marie COMMER

Pour votre participation à ce travail, veuillez recevoir ici mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Alain NEVEUR

Pour ces trois années de tutorat de médecine générale ponctuées d'échanges de pratiques très enrichissants.

A tous les maîtres de stage, médecins généralistes, qui m'ont accueillie dans leurs cabinets et guidée dans ma pratique :

Docteur Séverine MOUNIER, Docteur Jean-Michel BRODIN, Docteur Bertrand BINEAU, Docteur Sylvie DESLANDES, Docteur Catherine DE CASABIANCA, Docteur Christine REGIMBART et Docteur Mariannick NEVEUR.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de gastroentérologie du Centre Hospitalier de CHOLET, pour ce premier semestre d'internat inoubliable et sans qui l'idée même de ce sujet de thèse n'aurait pas vu le jour.

Aux équipes de l'USP et de l'EMASSP du CHU d'ANGERS

Pour le plaisir que je prends à apprendre à vos côtés et nos échanges passionnés autour des soins palliatifs.

A mes amis

Pour tous ces moments hospitaliers ou non, partagés ensemble et pour ceux à venir...

A toute ma famille pour leur soutien et les nombreuses relectures et plus particulièrement :

A mon frère Xavier

Pour ses lumières en informatique et sa patience.

A mon frère Yves

Mon meilleur critique, relecteur infatigable, pour qui la thèse est un lointain souvenir.

A mes grands-parents

Pour tout ce que vous m'avez apporté et continuez de m'apporter chaque jour, pour cette chance que j'ai eu de grandir auprès de vous.

A mes parents

Pour y avoir toujours cru et pour leur soutien sans faille.

A mes belles sœurs, Anne-Claire et Dorothée

Pour ces trois magnifiques princesses...

A Anouk, Sarah et Zoé...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS :	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
CATU :	Cellule d'Appels Téléphoniques Urgents
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPP :	Centre Paul Papin
DESC :	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIM :	Département d'Information Médicale
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
DN 4 :	Questionnaire pour l'évaluation des Douleurs Neuropathiques
DU :	Diplôme Universitaire
ECPA :	Evaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Agée (échelle d'évaluation)
EMASSP :	Equipe Mobile d'Accompagnement, de Soins de support et Soins Palliatifs
EN :	Echelle Numérique
EVA :	Echelle Visuelle Analogique
FMC :	Formation Médicale Continue
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
ICO :	Institut de Cancérologie de l'Ouest
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
INCa :	Institut National du Cancer
IV :	Intra Veineux
KT :	Cathéter
NR :	Non Renseigné
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCA :	Analgésie Autocontrôlée par le Patient
PHRC :	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PIT :	Pompe Intrathécale
SFAP :	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
USP :	Unité de Soins Palliatifs

PLAN

INTRODUCTION.....	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	13
RÉSULTATS.....	15
DISCUSSION.....	37
CONCLUSION.....	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52
LISTE DES TABLEAUX.....	57
TABLE DES MATIÈRES.....	58
ANNEXE.....	60

INTRODUCTION

La douleur est un symptôme particulier qui intéressait peu les soignants. Depuis 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère la prise en charge de la douleur cancéreuse comme une priorité et a mis en place depuis 1984 un classement des antalgiques en 3 paliers.

En France, également en 1986 « *le soulagement de la douleur devient central dans l'accompagnement* » avec la « circulaire Laroque » (1). Puis, suivent le 28 Novembre 1998, les premiers états généraux du cancer à l'initiative des patients (2), la « loi Kouchner » de 1999 qui donne le droit d'accès à tous les patients aux soins palliatifs, avec notamment l'importance de la prise en charge de la douleur (3), renforcée par la loi du 4 mars 2002 (4). Malgré toutes ces mesures, plusieurs études montrent les progrès qu'il reste à faire.

Au niveau Européen, l'étude EPIC en cancérologie, sur un échantillon de 5084 personnes, révélait 73% de patients douloureux dont 58% avec une douleur d'intensité modérée à sévère. Malgré cela, 23% n'avaient aucun antalgique (5).

En France, le constat est similaire avec 76% de patients douloureux, 69% d'entre eux recevant un antalgique mais seulement 27% un palier 3 (5). Une autre étude de 2010, rapporte que 62% des patients algiques ayant un cancer à un stade avancé sont sous-traités et 56% de cette même population déclare : « ne plus se rappeler ce qu'est une vie sans douleur » (6).

Dans le cursus des études médicales, les internes sont confrontés à des patients présentant des douleurs réfractaires à toutes thérapeutiques. Qu'en est-il des médecins généralistes ? Pour y répondre, nous avons réalisé une enquête afin d'étudier leurs réponses face au cancer du pancréas, situation réputée complexe et « emblématique ».

En 2011, en France métropolitaine, le cancer est la deuxième cause de mortalité avec une estimation par l'Institut national du cancer (INCa), de 365 000 nouveaux diagnostics par an (7). Pour cette même année, le cancer du pancréas, en termes d'incidence, représente 9000

nouveaux cas, avec un sex ratio proche de 1 (8). Il est actuellement la 6ème cause de décès par cancer dans notre pays (9). L'expression clinique de la maladie étant tardive, il est diagnostiqué à un stade avancé où seuls 10 à 20% sont résécables, ce qui en fait un cancer redoutable avec une moyenne de survie de quelques mois. Le traitement et le pronostic du cancer du pancréas n'ont pas évolué depuis 30 ans en France : « malgré une multiplication par 8 des chimiothérapies adjuvantes et palliatives, avec une survie relative à 5 ans qui est passée de 2% à 4.2% » (10).

La douleur est l'un des principaux symptômes de ce cancer, qui a la particularité d'être difficilement contrôlable du fait de son caractère mixte en lien avec une innervation importante.

De plus, dans la douleur cancéreuse, on distingue différents types de douleurs : neuropathiques, nociceptives et mixtes. Les douleurs nociceptives, résultent de lésions tissulaires à l'origine d'une stimulation de nocicepteurs sans atteinte du système nerveux (douleurs somatiques et viscérales). Les douleurs neuropathiques résultent d'une lésion du système nerveux périphérique ou central à l'origine d'une hyperactivité spontanée des voies de la douleur sans stimulation des nocicepteurs et d'apparition retardée (11). Dans la pathologie tumorale on peut classer la douleur en trois catégories : la douleur liée au processus tumoral et à son évolution locorégionale ou à distance (70%), la douleur liée aux traitements (20%) et la douleur sans lien de causalité direct avec le cancer (10%) (12).

Face au cancer du pancréas, le médecin traitant est souvent en première ligne pour gérer les nombreux symptômes notamment la douleur.

L'objectif de ce travail était de réaliser : « un état des lieux des problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs des patients atteints d'un cancer du pancréas au stade palliatif » dans notre région. L'enquête a été réalisée auprès de médecins préalablement ciblés. Les résultats ont été comparés à ceux de la littérature dans le but de comprendre ce qui peut entraver un soulagement suffisant et proposer des réponses aux praticiens.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Population de l'étude :

Cette étude, a été menée auprès de 39 médecins généralistes des Pays de La Loire, sélectionnés à partir des dossiers hospitaliers de leurs patients atteints d'un cancer du pancréas au stade palliatif.

Support de l'étude :

Cette enquête est basée sur un questionnaire anonyme de 26 items, conçu sous WORD, relu et testé par quatre médecins avant son envoi. Il comportait à la fois des questions fermées pour une analyse chiffrée et des questions ouvertes pour une approche qualitative qui semble actuellement plus adaptée à la question des soins palliatifs.

Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est de s'intéresser aux problématiques ayant trait à la gestion de la douleur, que peuvent rencontrer les médecins traitants dans l'accompagnement de ces patients en soins palliatifs.

L'objectif secondaire est de suggérer à partir de leurs remarques, des pistes pour les aider face à de nouvelles situations de douleurs cancéreuses.

Mode de sélection des patients puis des médecins :

Le cancer du pancréas étant peu fréquent, nous avons retenu une période d'un an s'étalant de juillet 2011 à juillet 2012 pour sélectionner avec l'aide du Département d'Information Médicale (DIM), les patients de trois services : Gastroentérologie au CHU d'ANGERS, Soins de suite du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'ANGERS et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin à ANGERS (ICO CPP).

Les critères d'inclusion étaient : présenter une tumeur du pancréas en stade palliatif, avoir été hospitalisé au moins une fois dans l'un de ces trois centres entre juillet 2011 et juillet 2012 et être retourné à domicile après le diagnostic. Les critères d'exclusions étaient : ne pas être en soins palliatifs, le manque de renseignements dans le dossier médical concernant la pathologie, l'absence de coordonnées du médecin traitant et l'absence de suivi par le médecin traitant après le diagnostic.

Soixante dossiers ont été retenus dont 8 en gastroentérologie, 11 en soins de suite et 41 au CPP. Pour chacun de ces dossiers, plusieurs informations ont été recueillies à savoir : les coordonnées du médecin traitant, la date de naissance, la date de décès et le sexe des patients, leurs antécédents, leur mode de vie, la date et les circonstances de découverte du cancer, sa localisation et son étendue, les traitements entrepris notamment antalgiques.

Au total 8 dossiers en gastroentérologie, 4 en soins de suite et 30 au CPP ont pu être gardés soit 42 dossiers ce qui correspondait à 39 médecins.

Recueil des données :

Le sujet de cette thèse a été présenté par téléphone à 39 médecins généralistes. 33/39 ont accepté de répondre à cette enquête. 18/33 ont répondu d'emblée et 5 autres après une relance téléphonique, soit au total 23 réponses sur 33 (69.7%).

Analyse des résultats :

Les réponses aux questions fermées ont été analysées à l'aide de tableaux croisés dynamiques sous EXCEL pour l'analyse horizontale. En ce qui concerne les questions ouvertes et l'analyse verticale, les réponses ont été traitées manuellement du fait de leur faible nombre. Pour cette même raison, aucun test statistique n'a pu être utilisé.

RÉSULTATS

A. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES : ANALYSE HORIZONTALE.

I. Caractéristiques sociodémographiques des deux populations.

1. Population des médecins généralistes.

84% des médecins (33/39) ont donné leur accord téléphonique pour participer à cette enquête et 69.7% (23/33) ont finalement répondu au questionnaire papier soit 59% (23/39) de l'échantillon initial.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des médecins	
Nombre total de médecins ayant participé <i>t</i>	23
Nombre de femmes <i>n/t</i>	6/23
Nombre d'hommes <i>n/t</i>	17/23
Mode d'exercice	
En groupe <i>n/t</i>	16/23
Seul <i>n/t</i>	7/23
Localisation géographique du cabinet	
Urbain <i>n/t</i>	7/23
Rural <i>n/t</i>	12/23
Semi-rural <i>n/t</i>	4/23
Années d'installation entre 1971 et 2010 et une remplaçante	

2. Population des patients.

Tableau II : caractéristiques sociodémographiques des patients	
Nombre total de patients <i>t</i>	23
Nombre de femmes <i>n/t</i>	12/23
Nombre d'hommes <i>n/t</i>	11/23
Moyenne d'âge selon le sexe et écarts type	
Femmes <i>années</i> (variation)	69,34 (47-85)
Hommes <i>années</i> (variation)	54,75 (41-79)
Total <i>années</i> (variation)	62,36 (41-85)
Lieu de vie	
Domicile <i>n/t</i>	23/23
Mode de vie	
Seul <i>n/t</i>	5/23
En famille <i>n/t</i>	18/23
En activité	
OUI <i>n/t</i>	7/23
NON <i>n/t</i>	16/23

II. Caractéristiques des pathologies.

1. Localisations.

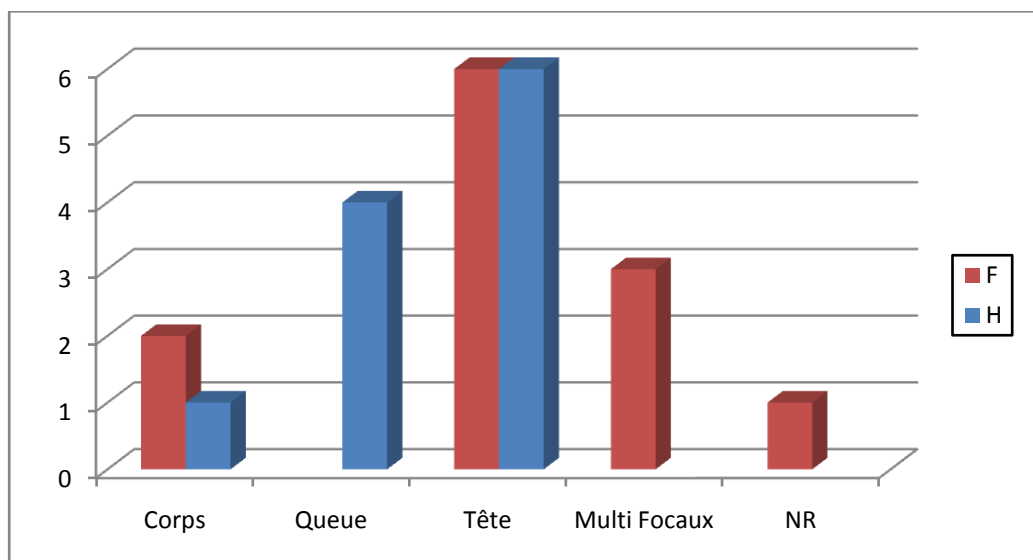


Tableau III : Répartition des localisations tumorales selon le sexe du patient

- 12 patients sur 23 présentaient une tumeur de la tête du pancréas, 4 de la queue, 3 du corps, 3 multi focaux et 1 non renseigné.

2. Signes cliniques de découverte.

- 12 patients sur 23 présentaient une douleur abdominale, 10 sur 23 une altération de l'état général importante, 8 sur 23 un ictère, 6 sur 23 avaient d'autres symptômes. Plusieurs de ces signes pouvant être présents au moment du diagnostic.

3. Localisations des tumeurs révélées par la douleur.

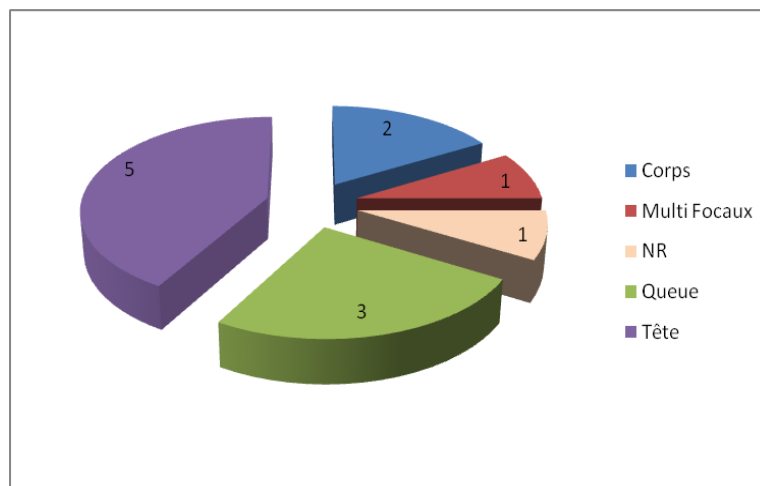


Tableau IV

- Chez les 12 patients ayant présenté une douleur abdominale initiale, 5 avaient un cancer de la tête, 3 de la queue, 2 du corps, 1 était multi focal et pour le dernier la localisation n'était pas précisée.

4. Localisations des tumeurs présentant une douleur secondaire.

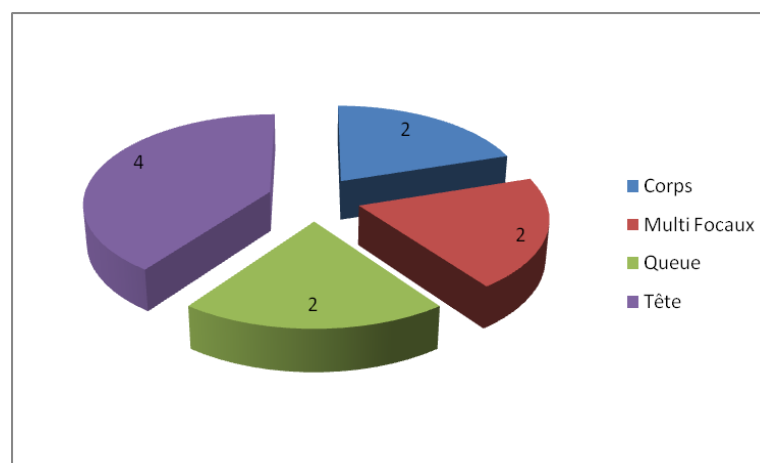


Tableau V

- Pour 10 patients, une douleur est apparue secondairement au cours de l'évolution de la maladie. 4 avaient une tumeur de la tête, 2 du corps, 2 de la queue et le dernier une tumeur multi focale.

III. Motifs de consultation auprès du médecin généraliste.

1. Patients ayant consulté leur médecin généraliste pour une douleur.

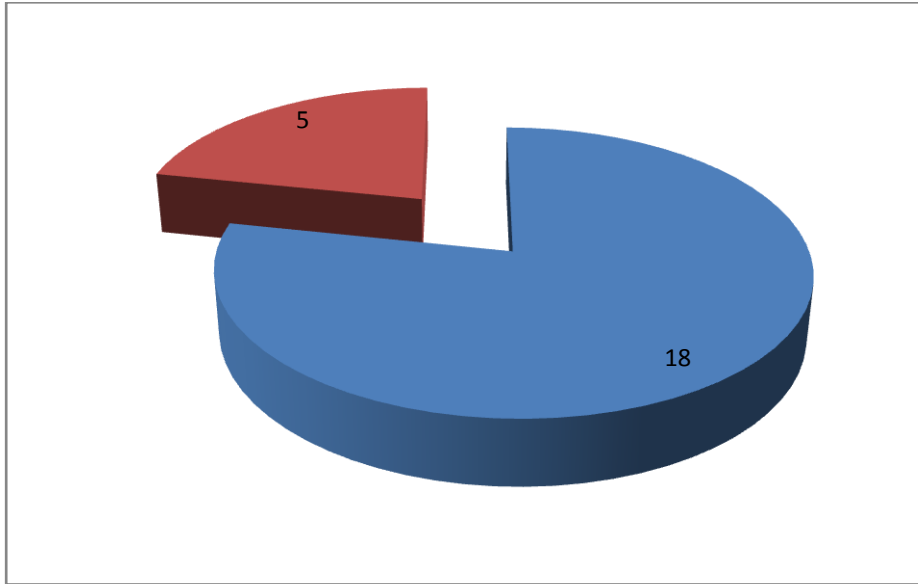


Tableau VI : Nombre de patients ayant consulté pour une douleur.

- 18 patients ont été vus en consultation par leur médecin généraliste pour une douleur au cours de l'évolution de leur maladie.
- 5 ne l'ont jamais consulté pour ce motif.

2. Autres motifs de consultation que la douleur.

- Parmi les autres motifs de consultation, 17 ont vu leur médecin pour d'autres symptômes qui étaient le plus souvent d'ordre digestif, 17 sont allés à des consultations pour leur suivi habituel ou renouvellement de traitements, dont 4 exclusivement pour ce motif, 11 ont été vus pour les 3 items à savoir : douleur, suivi, autres symptômes.

IV. Résultats concernant les traitements antalgiques.

1. Type d'antalgie.

- Traitements antalgiques et coantalgiques reçus au cours de la maladie :

16 patients ont reçu des antalgiques de palier III, 9 de palier II, 4 de palier I, 2 des AINS, 2 des anti dépresseurs, 2 des anti épileptiques, 3 des antispasmodiques, 2 des corticoïdes, 3 des anxiolytiques, 1 un IPP, 1 médecin a noté « antalgiques de différentes classes » sans plus de précision, 4 ont bénéficié d'une pompe intrathécale.

2. Qui en est le prescripteur ?

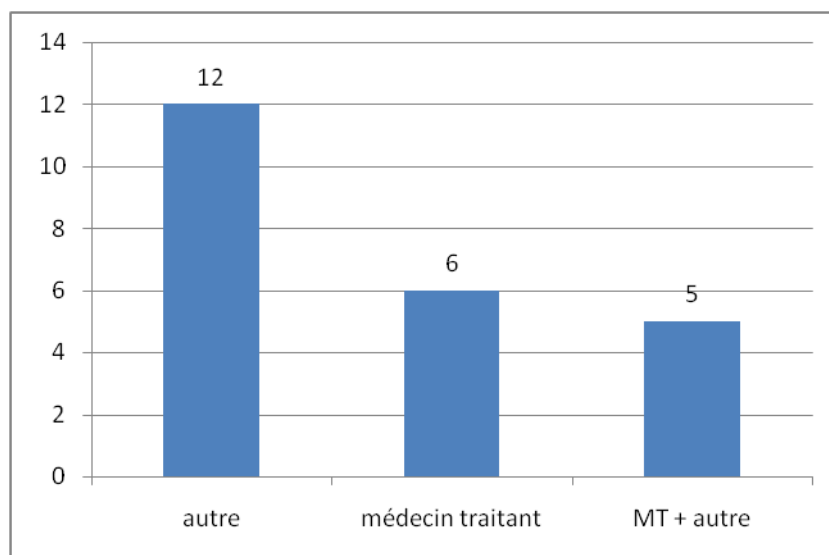


Tableau VII : Répartition des prescripteurs.

- Les traitements antalgiques ont été introduits et adaptés par le médecin traitant seul dans 6 cas, puis par le médecin traitant avec aide d'un spécialiste dans 5 cas. Pour les 12 derniers patients, le traitement antalgique a été géré par un spécialiste.

3. Difficultés d'adaptation du traitement antalgique.

- Seulement 4 médecins généralistes ont dit avoir eu des soucis concernant l'adaptation de ces traitements antalgiques :
 - Effets secondaires
 - Effets secondaires et inquiétude de l'entourage à chaque changement de traitement
 - Difficultés dans le maniement de médicaments habituellement hospitaliers type zophren ou midazolam.
 - Effets secondaires : patient présentant un syndrome confusionnel ayant nécessité l'arrêt temporaire des morphiniques.

4. Effets secondaires rencontrés.

- 9 médecins sur 23, ont rencontré des effets secondaires liés aux traitements, 7 d'entre eux précisent :
 - 3 constipations
 - Une infection sur pompe intrathécale
 - Une anorexie
 - Des effets secondaires de la chimiothérapie
 - Un surdosage en PRIALT ayant nécessité une hospitalisation en urgence.
- 6 médecins n'ont pas rencontré d'effets secondaires, 8 n'ont pas répondu à cette question.

5. Recours aux « paliers 4 » :

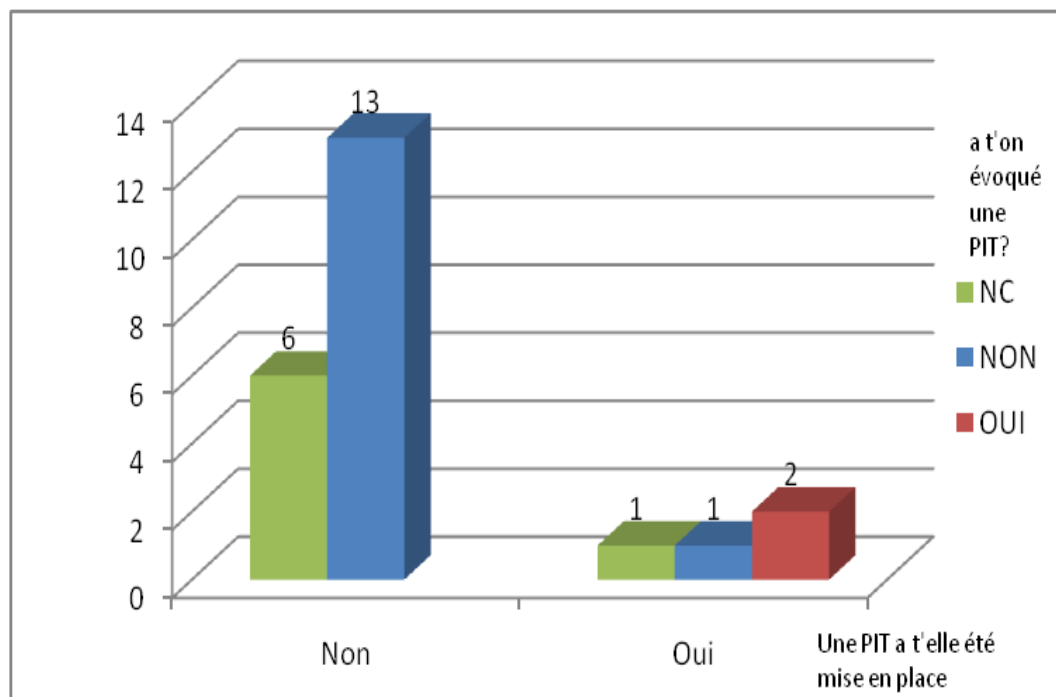


Tableau VIII : Données croisées ente le nombre de médecins généralistes ayant pensé à une pompe intrathécale (PIT) et le nombre de pompes réellement posées.

- A la question : avez-vous envisagé une technique antalgique plus invasive ?
2 médecins ont répondu « OUI » et la PIT a effectivement été mise en place, 1 médecin a répondu « NON » alors que son patient a bénéficié de cette technique et 1 autre n'a pas répondu alors même que son patient a eu une PIT. 14 médecins ont répondu « NON », 7 n'ont pas répondu.

6. Refus initial de traitements antalgiques.

- Concernant le refus de traitements antalgiques par les patients, seulement 3 médecins y ont été confrontés et précisent :
 - « le patient n'était pas opposé aux morphiniques, mais dur au mal et souhaitait attendre les derniers moments »
 - « réticence globale aux traitements du cancer du pancréas car restait traumatisée par la fin de vie de sa mère décédée elle aussi d'un cancer du pancréas »
 - « retard de la mise en route des morphiniques car craignait d'accélérer le chemin vers la mort ».
- Parmi ces 3 médecins, 2 ont trouvé une solution, l'un n'a pas précisé de quel type et le second a noté : « en échangeant avec ma patiente et en respectant ses décisions ». Le troisième médecin n'a pas trouvé de solution mais il s'agissait du patient souhaitant attendre les derniers moments.
- Pour les médecins traitants ayant répondu « NON » à cette problématique du refus d'antalgique par le patient, l'un d'eux, précisait que : « la prise en charge s'était réalisée sereinement du fait du milieu culturel (asiatique) de la patiente et de son entourage ».

V. Evaluation de la douleur.

1. Cette évaluation est-elle simple ?

- 12 médecins disaient l'évaluation de la douleur facile contre 11 qui ne trouvaient pas cela simple.

2. Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur.

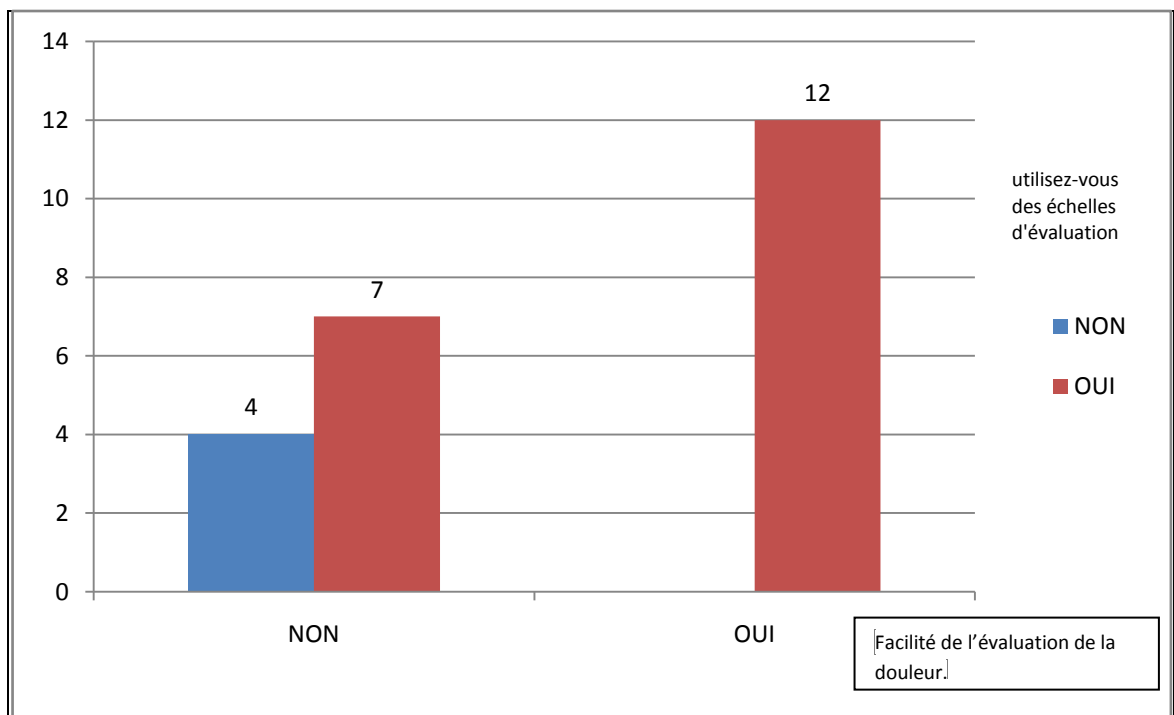


Tableau IX : Comparaison entre l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur par les médecins généralistes et leur sentiment de facilité où non à évaluer cette douleur.

- Au total, 19 médecins sur 23 utilisaient au moins une échelle d'évaluation de la douleur. Parmi eux, 7 trouvaient cette évaluation difficile.
- Seuls 4 médecins n'utilisaient pas d'échelle d'évaluation et rapportaient à l'unanimité des difficultés à évaluer la douleur de leur patient.

3. Quelles échelles ont été utilisées ?

- 12 médecins ont précisé quelles échelles ils utilisaient ; à savoir, pour 8 uniquement l'EVA, pour 2, cette même échelle associée pour l'un à l'EN et pour le second à l'EN, la doloplus, l'ECPA, l'échelle verbale simple et le DN4. 1 médecin a évoqué une échelle graduée et 1 autre une échelle chiffrée.

4. Les échelles apportaient-elles une aide au médecin pour évaluer la douleur ?

- Parmi les 19 médecins utilisant une échelle, 8 ont répondu qu'elle les aidait et 2 ont précisé en quoi :
 - « Pour m'assurer d'une évaluation correcte par rapport à mon ressenti. »
 - « Pour juger de l'évolution. »
- 1 médecin a répondu que les échelles ne l'aidaient pas et 1 autre a précisé « pas toujours ».
- Parmi les 4 médecins n'utilisant pas les échelles d'évaluation, 3 ont justifié leur choix :
 - « EVA difficile à faire préciser »
 - « Les adjectifs qualifiant la douleur me semblent aussi performants que les chiffres »
 - « Peu fiable »

VI. Echelles d'évaluation de la qualité de vie.

1. Etaient-elles utilisées ?

- Pour les échelles d'évaluation de qualité de vie, 20 médecins ont reconnu ne pas les utiliser, contre 3 qui les utilisaient. Parmi ceux les utilisant, seul 1 d'entre eux a précisé qu'il utilisait une échelle graduée.

2. Présentaient –elles un intérêt en soins primaires ?

- 15 médecins n'ont pas répondu, dont les 3 qui disaient les utiliser.
- 4 médecins ont dit y voir un intérêt et pourtant ils n'utilisaient pas d'échelle, 2 d'entre eux précisaient leur réponse :
 - « éventuellement »
 - « sûrement mais dans le cas de cette patiente, elle possède un équilibre personnel et familial qui lui permet de garder la même qualité de vie qu'avant la maladie. Je n'ai pas eu besoin d'évaluer de façon plus complète celle-ci».
- 4 ont répondu qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt et 2 ont précisé pourquoi :
 - « Méconnaissance de ce type d'échelle. »
 - « Car suivi hebdomadaire à domicile et donc bonne appréciation de la qualité de vie. »

VII. Autres problématiques que la douleur dans cette situation précise.

- 8 médecins n'ont pas souhaité répondre à la question : Avez-vous rencontré d'autres problèmes dans cette situation ?, 8 ont dit ne pas avoir eu d'autres soucis.
- 6 médecins ont été confrontés à d'autres problèmes :
 - « Problème d'angoisse de toute personne ayant un cancer du pancréas. »
 - « Patient seul, très isolé (seulement une amie âgée), prise en charge rapide en soins de suite. »
 - « Difficulté par rapport à l'épouse qui s'est enfoncée dans une dépression sévère, même si bon soutien des filles. »
 - « Accompagnement de la famille difficile. »
 - « Accompagnement de la famille difficile car évolution très rapide. »
 - « Très nombreux enfants éloignés pour certains, difficulté de communication avec certains qui parlaient mal le français, même si dans l'ensemble très bon contact. »
 - « L'un des médecins ayant répondu « NON », précise qu'il n'a pas rencontré d'autres problèmes dans le cas présent, mais qu'habituellement il se trouve confronté à un problème de niveau de compréhension entre les différents membres d'une même famille par rapport à l'échéance. »

VIII. Aides à la prise en charge de la douleur.

1. Avez-vous souhaité une aide et a-t-elle été facile à obtenir ?

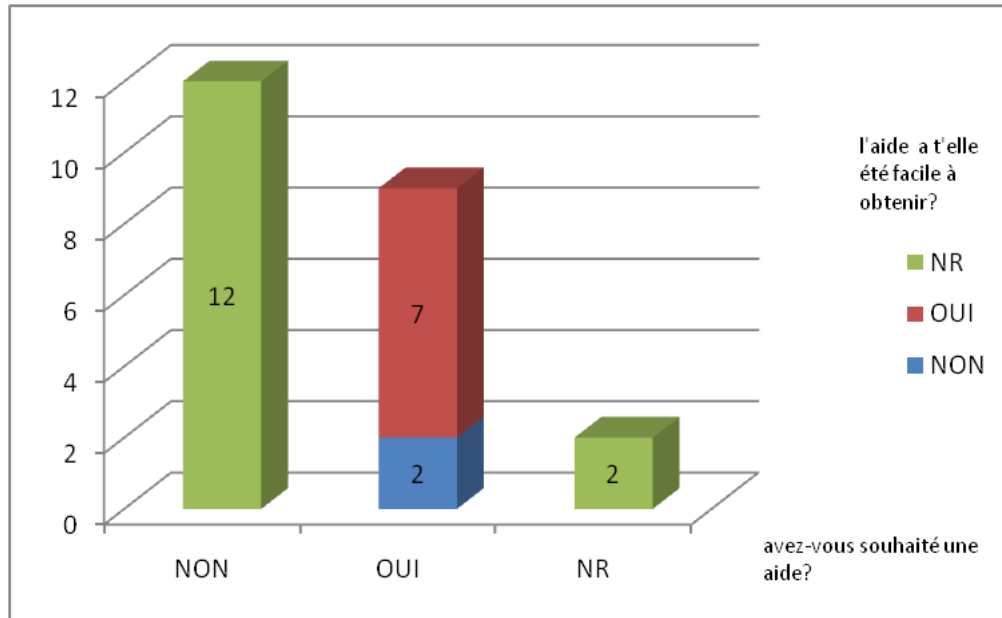


Tableau X

2. Vers qui vous-êtes vous tournés ?

- 4 médecins vers la Cellule d'Appels Téléphoniques Urgents du CPP (CATU) dont 2 de façon exclusive, le troisième a également fait appel à la consultation douleur du CPP et le quatrième au gastroentérologue suivant son patient.
- 2 médecins ont consulté exclusivement le gastroentérologue.
- 1 médecin s'est adressé à son confrère du centre de convalescence qui suivait auparavant le patient.
- 1 généraliste a contacté l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et l'Unité de Soins Palliatifs (USP) du CHU, un confrère ces mêmes intervenants ainsi qu'un anesthésiste.
- Le dernier a joint l'anesthésiste du CPP.
- 13 médecins n'ont pas répondu à cette question.
- Pour 2 réponses négatives, l'un avait fait appel à la CATU et le second au gastroentérologue.

3. La réponse a-t-elle été aidante ?

- Le médecin généraliste ayant répondu qu'il n'avait pas eu besoin d'aide mais qui a fait appel à la CATU mentionne que la réponse a été rapide et aidante.
- Celui ayant fait appel au gastroentérologue, n'a pas répondu à la question sur la qualité de la réponse obtenue.
- Parmi les 9 ayant eu besoin d'aide, 8 d'entre eux ont répondu que la réponse avait été rapide et aidante, le dernier ne s'est pas prononcé.

IX. Difficultés des praticiens face aux patients douloureux en soins palliatifs.

1. Combien de médecins ont exprimé une difficulté ?

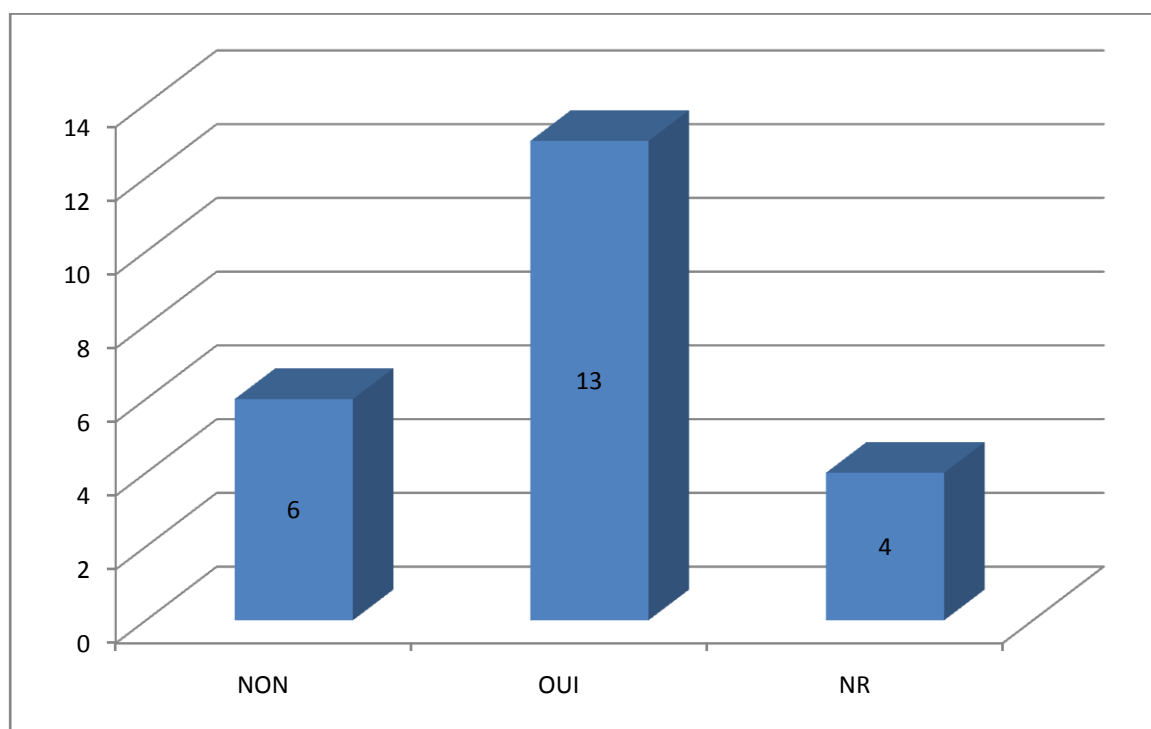


Tableau XI.

- 13 médecins sur 23 ont déclaré rencontrer des difficultés, 6 n'ont pas eu cette impression et 4 ne se sont pas prononcés.

2. Quelles sont ces difficultés ?

- Parmi les 13 médecins ayant répondu « OUI », 11 ont apporté des précisions :
 - 3 expliquaient que : « l'adaptation des doses d'antalgiques peut poser souci »
 - « le problème de l'évaluation de la douleur dans toutes ses composantes (physique, psychique, sociale) »
 - « les complications administratives de la gestion des produits par notre chère sécurité sociale avec les ordonnances sécurisées, les doses, les « refus » d'honorer une ordonnance pour des problèmes de dates... »
 - « délais de réactivité de la prise en charge trop importants, si bien que l'accès aux dispositifs intrathécaux semble de recours trop exceptionnel »
 - « chaque cas est différent mais l'expérience permet de s'adapter avec quelques hésitations cependant »
 - « le problème de réactivité à domicile, car il n'y a pas une équipe 24h/24h au chevet du patient »
 - « la difficulté à trouver le bon antalgique, à la bonne dose et avec peu d'effets secondaires »
 - « le problème de tolérance des morphiniques, les calculs des interdosages, la PCA avec des bolus est alors d'un grand intérêt »
 - « les difficultés sont variables d'un patient à l'autre »

3. Comment y répondre selon les médecins ?

- 11 médecins n'ont pas donné leur avis, les 12 restants ont donné des réponses très variées :
 - « Prendre le temps d'évaluer mieux la douleur, pour adapter le traitement vers le « bon » type de douleur ».
 - Pour 7 d'entre eux : « Faire appel à une aide extérieure » parfois multiple. Ont été nommés : le CPP (2), l'USP du CHU (1), USP du CPP (1), l'HAD (2), l'EMASSP (2) et le réseau douleur (1).
 - Un médecin parle de « petite formation ». Un autre, ayant déjà évoqué l'aide extérieure, souhaite également une formation.
 - L'un d'entre eux n'apporte pas de réelle réponse mais explique que : « pour le généraliste, il est difficile de répondre rapidement à la demande ».
 - « Nous faire un peu confiance » (il s'agit du médecin ayant évoqué la sécurité sociale comme un frein à la prise en charge de ces patients à domicile).
 - « Plus de communications entre les intervenants ».

X. Formation.

1. Les médecins généralistes souhaitent-ils une formation en douleur/soins palliatifs ?

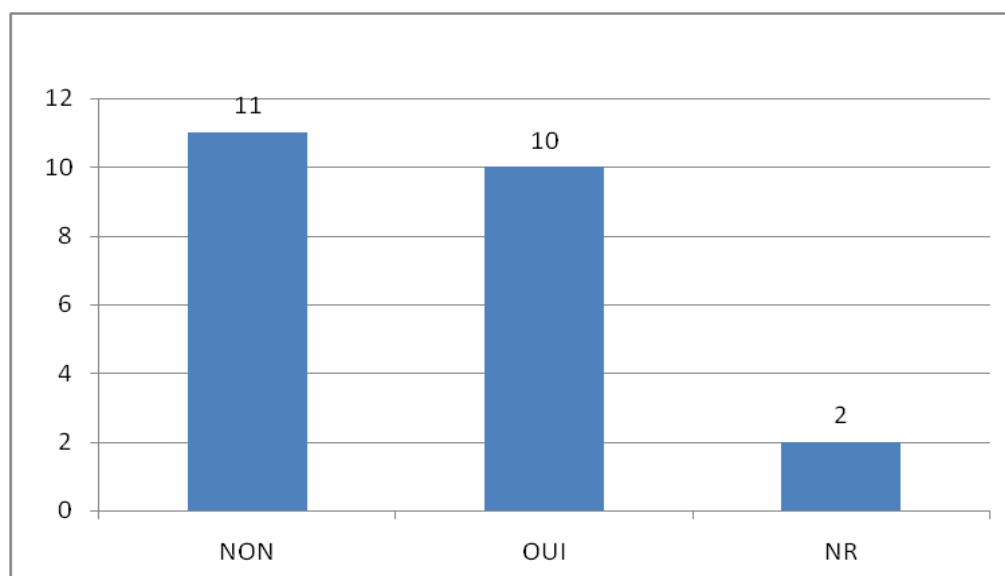


Tableau XII : Souhait d'une formation par les médecins généralistes.

- Parmi les non renseignés, un médecin a dit : « toujours utile sauf si c'est pour répéter les mêmes choses. Les connaissances se diffusent par le net et les publications. Une formation de terrain pour avoir des instruments supplémentaires ou si elle apporte quelque chose de plus pour le patient, autrement ce sont des parasites de la société à la charge de la collectivité ».
- 2 médecins ayant répondu « NON » ont précisé avoir déjà fait une formation.
- Parmi ceux ayant répondu « OUI » un médecin avait déjà réalisé en partie une formation.

2. Corrélation entre la difficulté à évaluer la douleur pour les médecins généralistes et leur souhait d'une formation complémentaire.

- Parmi les 11 médecins ayant répondu que l'évaluation de la douleur était difficile, 8 souhaitent une formation.
- Parmi les 12 trouvant cette évaluation facile, 2 souhaitent une formation.

3. Quel type de formation souhaitent les médecins généralistes ?

- 12 médecins n'ont pas répondu, 3 mentionnent de façon exclusive les formations conventionnelles sur 2 jours, 2 de façon exclusive les formations médicales continues, 4 l'association de ces deux formations, un médecin évoque les FMC mais aussi : « une formation complète si le projet professionnel s'oriente vers un poste en HAD ou USP », le dernier parle : « d'un possible DIU de soins palliatifs et traitement de la douleur ainsi que d'une capacité en gériatrie ».

**B. ANALYSE CROISÉE ENTRE LES DOSSIERS MÉDICAUX HOSPITALIERS
ET LES QUESTIONNAIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ANALYSE
VERTICALE.**

I. Relevé patient par patient.

Patient 5 :

Le dossier mentionnait une douleur dans les signes de découverte alors que le médecin ne parlait que d'une douleur secondaire.

Le médecin mentionnait uniquement un antalgique de palier 2, le dossier montrait l'utilisation des paliers 1 et 2 puis 3.

Patient 7 :

Le dossier mentionnait une douleur initiale à l'alimentation dans les signes de découverte, alors qu'aucune douleur n'était signalée par le médecin qui précisait : « le patient n'a pas consulté pour cela ».

Un surdosage en morphinique a été mentionné dans le dossier et non par le médecin.

Patient 11 :

Le dossier mentionnait une douleur abdominale depuis 6 mois dans les signes de découverte alors que le médecin signalait une douleur très tardive.

Dans le dossier on retrouvait : « morphine à très petites doses mal supportée », le médecin traitant ne l'avait pas signalé.

Patient 29 :

Le dossier mentionnait: « décès d'un proche en 2010 d'un cancer du pancréas, angoisse de mort, trouve son ami dans le déni ». Retour à domicile en HAD appel du médecin pour aider à l'introduction et l'adaptation des traitements : hypnovel, laroxyl.

Patient 30 :

Médecin qui notait: « pas de douleurs secondaires ».

Dans le dossier: « douleurs abdominales à distance avec mise sous oxycontin (quelques jours avant le décès) ».

Patient 33 :

Dans dossier : kétamine, solupred, morphine IV, cathéter (KT) péridural envisagé devant accès paroxystiques importants mais décès de la patiente avant.

Le médecin n'a pas signalé de KT péridural envisagé.

Patient 35 :

Médecin signalait une infection sur matériel de PIT.

Le dossier mentionnait un mauvais fonctionnement de la PIT dans un contexte d'ascite, entraînant une perte d'efficacité.

Patient 51 :

Dans le dossier, description d'un mutisme et d'un syndrome dépressif à l'annonce de la maladie alors qu'il s'agissait d'une personne très dynamique auparavant.

Médecin notait : « passage quotidien, famille très présente, aide avec personnel de l'HAD.

Abord serein du diagnostic avec la patiente et la famille (culture asiatique) »

Patient 54 :

Médecin qui a dit ne pas avoir souhaité d'aide, mais dans le dossier est noté: "médecin traitant qui a envoyé sa patiente en ambulance au CPP pour un traitement en urgence, sans prévenir".

II. A propos des Pompes Intrathécales.

- 4 patients sur 23 ont bénéficié de cette technique antalgique.
- 3 de ces patients sont décédés :
 - 16 mois après la pose de la PIT (posée 9 mois après le diagnostic)
 - 4 mois après la pose de la PIT (posée 10 mois après le diagnostic)
 - 3 mois après la pose de la PIT (posée 9 mois après le diagnostic).
- Le dernier patient est toujours en vie et la pompe a été posée 10 mois après le diagnostic.
- Les localisations tumorales étaient différentes (1/3 moyen, corporéo-caudale, tête, queue), mais 3 d'entre elles se trouvaient au niveau du pancréas gauche.
- Une 5^{ème} PIT a été envisagée mais la patiente est décédée avant.

DISCUSSION

Analyse critique de la méthode :

Le fait de limiter le recrutement des patients aux 3 structures publiques et assimilées d'Angers était volontaire pour avoir des échantillons comparables d'une structure à l'autre, la prise en charge initiale par les spécialistes étant globalement similaire.

Les dossiers ont été sélectionnés sur une période d'un an pour avoir suffisamment de patients atteints d'un cancer du pancréas ; pathologie restant peu fréquente. Cette période d'un an paraissait raisonnable pour que le médecin généraliste se souvienne de la prise en charge globale de son patient.

La « pré sélection » des médecins à partir des dossiers de patients semblait indispensable car certains généralistes n'ont jamais suivi, au cours de leur carrière, de patient atteint d'une tumeur du pancréas.

Le choix de ce type de cancer repose sur son pronostic très sombre et les douleurs souvent complexes et difficiles à soulager qu'il provoque.

Compte tenu de la grande variabilité des situations, un recueil de données qualitatives sur une prise en charge globale pour mieux cerner les problématiques des médecins traitants est apparu beaucoup plus adapté dans ce domaine des soins palliatifs qu'une recherche quantitative prospective. L'idéal aurait été des entretiens semi dirigés avec chaque médecin mais cela n'a pu se faire devant un refus pour manque de temps de la part des généralistes lors du contact téléphonique initial.

Données sociodémographiques concernant les patients :

Les données sociodémographiques de notre population apparaissent superposables à celles retrouvées dans la littérature concernant l'âge moyen des patients et le sex ratio (8).

Données sociodémographiques concernant les médecins généralistes :

Les femmes représentent un peu plus du quart de l'effectif dans cette étude, ce qui est inférieur aux chiffres nationaux et régionaux avec respectivement, 42% et 41.4% (13) (14).

Par ailleurs on relève une activité majoritaire en cabinet de groupe ce qui correspond à la tendance d'installation actuelle des médecins généralistes.

Caractéristiques de la pathologie tumorale :

Dans 90% des cas il s'agit d'une tumeur exocrine, à type d'adénocarcinome canalaire, il n'est donc pas étonnant que seul ce type de tumeur apparaisse dans notre série. La répartition entre les localisations tumorales dans notre étude est légèrement différente de la littérature (15) ceci pouvant être lié au petit nombre de patients. Cependant, nous retrouvons une majorité de cancer de la tête comme dans la littérature.

Caractéristiques des signes de découverte de la maladie :

La triade des symptômes de découverte comporte en premier la perte de poids, puis la douleur et l'ictère variant en fréquence selon la localisation de la tumeur. Nous retrouvons cette même triade dans notre série avec la douleur au premier plan. Dans la littérature, la douleur est placée au deuxième rang des symptômes (87%) quand la tumeur est localisée dans le corps ou la queue (pancréas gauche) et au troisième rang (72%) quand elle est dans la tête (pancréas droit) (16).

Caractéristiques de la douleur :

La douleur est de toute évidence un phénomène complexe (17) de part sa construction multidimensionnelle qui fait interférer des composantes : physiques, psychiques et socio culturelles (18).

La douleur du cancer du pancréas, outre cette complexité, présente une composante physique multiple ou mixte, qui associe une part nociceptive directement en lien avec le développement de la tumeur et une part neuropathique que l'on explique par des phénomènes de compressions ou d'étirement des nerfs. Il s'agit d'un organe très innervé qui entretient, au niveau de sa partie caudale, des liens étroits avec le plexus coeliaque.

Ces données pourraient expliquer qu'en croisant les informations des dossiers médicaux et celles des praticiens, sur 15 douleurs initiales (dont 3 n'avaient pas été signalées par le

médecin) les tumeurs du pancréas gauche sont proportionnellement plus souvent source de douleur.

Au cours de l'évolution 11 douleurs sont apparues secondairement dont 6 chez des patients qui n'étaient pas douloureux initialement (1 douleur n'a pas été signalée par le médecin).

Au total il y a donc 21 patients douloureux sur 23 au cours de l'évolution de leur pathologie. De fait, dans la littérature, la douleur est présente chez 60 à 90% des patients au cours de la maladie (19). La douleur est bien au centre de la prise en charge de la tumeur du pancréas puisqu'elle a été repérée chez la majorité des patients (18/23). Ce nombre de 18/23 correspond également au nombre de consultants pour le motif de douleur chez le généraliste. Pour les 4 patients dont la douleur n'a pas été signalée par leur médecin se pose la question du repérage de cette dernière mais aussi celle de la transmission d'informations entre les différents intervenants.

Évaluation de la douleur par le médecin généraliste :

« Du fait de son caractère intrinsèquement subjectif, l'évaluation de la douleur est une tâche difficile pour le médecin » (20). Dans cette étude, 11 médecins sur 23 trouvent l'évaluation de la douleur compliquée. Pourtant, 19 de ces 23 médecins utilisent au moins une échelle d'évaluation de la douleur mais celle-ci n'apporte une aide qu'à 8/19. L'un évoque clairement que cela ne l'aide pas et un autre pense que cela dépend des situations. Les quatre médecins n'utilisant pas ces échelles sont unanimes pour dire que la douleur est difficile à évaluer, trois d'entre eux ont justifié leur non utilisation des échelles : « EVA difficile à préciser », « manque de fiabilité » et « adjectifs qualifiants la douleur qui semblent plus performants que les chiffres ». 11 médecins continuent d'utiliser des échelles alors même qu'ils n'y retrouvent aucun bénéfice. Est-ce par simple réflexe ? Il pourrait être intéressant dans le cadre d'un travail ultérieur d'analyser l'intérêt de ces échelles d'évaluation en soins primaires, mais cela nécessiterait que les généralistes soient au préalable formés à leur utilisation.

Les médecins de cette enquête font figure de bons élèves quant à l'utilisation des échelles par rapport à la littérature où moins d'un généraliste sur deux les utilise (21).

Le risque d'une sous-estimation de la douleur du patient par le soignant a été mis en évidence par de nombreuses études (22) (23). Il a été montré par l'une d'entre elles, que le

médecin avec une EVA sous évaluait la douleur de son patient dans 37% des cas de plus de 20/100 mm, et dans 20% des cas de plus de 40/100 mm. La douleur d'origine cancéreuse n'est pas épargnée avec un taux de concordance entre auto et hétéro évaluation de 80% pour les douleurs faibles, de 37% pour les douleurs modérées et de seulement 13% pour les douleurs fortes (24).

Dans notre étude, l'EVA et l'EN sont les principales échelles utilisées. Cependant, aucune étude n'a démontré de supériorité entre une échelle numérique, une échelle verbale simple ou une échelle visuelle analogique (25) mais dans le cancer une étude montre qu'il serait plus facile pour le patient d'utiliser l'EN que l'échelle verbale simple (26). Cependant aucun consensus n'existe concernant ces différents outils d'évaluation validés, ce qui ne simplifie pas leur utilisation par les médecins. De plus une enquête auprès de généralistes Nantais a indiqué que : « le temps imparti en consultation...est souvent court et de ce fait on se limite à une évaluation sommaire de la douleur » (27). Nous n'avons pas retrouvé d'études françaises récentes sur l'intérêt des échelles en soins primaires dans la douleur cancéreuse ; mais ce qui est admis par tous est l'utilisation d'une même méthode d'évaluation pour un même patient tout au long de son suivi.

Ceci démontre la place primordiale de l'évaluation de la douleur afin de ne pas « sous-traiter » cette dernière et ce notamment en soins palliatifs où elle est complexe et fluctuante ; il est donc important d'avoir des repères au cours du temps.

Quelle aide pourrait être apportée aux généralistes dans cette évaluation ? Cette question n'a pas été directement abordée par le questionnaire et mériterait d'être traitée dans un travail ultérieur.

Traitements de la douleur :

Par qui ?

18 patients sur 23 ont consulté leur médecin généraliste pour une douleur ; or il y avait 21 douloureux, donc les 3 patients restants ont dû être pris en charge directement par un spécialiste (patients 7, 11 et 30).

L'introduction et l'adaptation du traitement n'ont été réalisées par le médecin traitant seul, que dans 6 cas, avec l'aide d'un autre médecin dans 5 cas et pour les 12 autres, la douleur a

été prise en charge par un autre médecin. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées par rapport à ce constat : soit le patient s'est plaint de sa douleur au spécialiste en premier, soit le médecin généraliste s'est trouvé en difficulté pour gérer ce traitement antalgique. Là encore plusieurs hypothèses : est-ce par manque d'habitude ? Par crainte d'effets secondaires ? Ou bien les douleurs étaient-elles tellement importantes qu'elles ont nécessité une hospitalisation ?...

Dans la littérature, on note, que la prise en charge de la douleur d'origine tumorale est effectuée à 90.6% par les oncologues et à 64.2% par les médecins traitants, les centres de la douleur ne représentant que 7.3% (22).

Lesquels ?

Les paliers 3 de l'OMS ont été majoritairement utilisés (16/23) comparés aux paliers 2 et 1 (respectivement 9/23 et 4/23) ce qui semble adéquat dans un contexte oncologique. Il y a même possiblement une sous-évaluation sur la prescription des opioïdes, car l'analyse verticale permet de retrouver 3 patients avec un palier 3 dont les médecins ne semblaient pas informés (patients 5,7 et 30).

Il apparaît qu'aujourd'hui, 62% des patients douloureux en situation de cancer avancé sont sous-traités (22) et 25 à 30% des patients ayant une douleur d'intensité modérée n'ont aucun antalgique (23).

La sous prescription de morphiniques observée dans d'autres séries pourrait être expliquée par le manque de formation des prescripteurs, un défaut d'évaluation de la douleur, une surestimation des effets secondaires ou pour des raisons administratives (28).

Une enquête récente montre que la notion classique d'opiophobie et son impact négatif sur les soins antalgiques et la qualité de vie du patient est en voie de régression (21).

Il n'y a actuellement que trois paliers antalgiques validés par l'OMS mais apparaît la notion de « paliers 4 » dans le cas présent les dispositifs intrathécaux mis en place chez 4 patients sur 23. La méconnaissance de ces techniques est sans doute regrettable pour le soulagement des douleurs réfractaires.

Conformément aux recommandations de l'OMS, des coantalgiques ainsi que des traitements de la douleur neuropathique (anti épileptique et tricycliques) ont parfois été utilisés.

Problématiques rencontrées par rapport à l'utilisation des antalgiques chez ces 23 patients?

Seuls 3 médecins rapportent des soucis concernant l'adaptation par eux mêmes des antalgiques : 2 effets secondaires, inquiétude de l'entourage aux changements de traitements, difficulté à manier des thérapeutiques habituellement hospitalières. On retrouve ici les notions d'expérience, en sachant *qu'il est normal de ne savoir bien utiliser que les traitements qui nous ont été enseignés et dont nous avons l'habitude dans notre pratique quotidienne*. Dans la littérature, on retrouve que 40% des consultations tout venant, chez le généraliste, sont pour une douleur (29), il s'agit donc d'un symptôme qu'ils ont l'habitude de gérer, mais la douleur cancéreuse nécessite l'utilisation d'antalgiques puissants. Cette même étude révèle que seuls 58% des généralistes ne sont pas réticents à l'initiation d'un traitement antalgique par opioïdes. Dans notre série, les généralistes utilisent plus les paliers 3 (16/23).

De même est évoquée la notion d'information de l'entourage afin d'obtenir leur confiance tout au long de la prise en charge.

Grâce à l'analyse croisée pour le patient 29, on retrouve une demande d'aide pour adaptation d'antalgique (et d'hypnovel) de la part du médecin qui n'est mentionnée que dans le dossier médical.

Au total, 11 patients ont présenté des effets secondaires sans que cela ne pose de soucis au médecin (dont 2 non signalés mais retrouvés dans le dossier). Ces effets secondaires sont peut être survenus en milieu hospitalier ou du moins y ont été gérés par le spécialiste comme cette infection sur dispositif intrathécal, le surdosage en Prialt ou les effets liés à la chimiothérapie. Les constipations et l'anorexie ont probablement été traitées au domicile. En ce qui concerne l'infection sur PIT, on relève un défaut de transmission d'information entre les intervenants, grâce à l'analyse croisée. Un syndrome confusionnel sous opioïdes est également survenu, nécessitant l'arrêt complet du traitement mais il n'a pas été précisé si une hospitalisation s'est imposée. Pour les patients 7 et 11, on retrouve un surdosage par morphiniques et une mauvaise tolérance des opioïdes dans le dossier hospitalier ; le généraliste ne paraît pas avoir été informé.

La peur de la morphine (mort fine) est-elle toujours présente chez nos patients ? D'après une étude récente « oui » (28) ce qui n'est pas retrouvé dans cette étude. Dans les 3 cas de refus d'antalgiques rencontrés, un seul « craignait d'accélérer le chemin vers la mort ». Les deux autres patients réticents évoquaient pour l'un, une crainte globale des traitements de sa maladie car restait traumatisé par la fin de vie de sa mère dans un contexte identique et le dernier patient préférait attendre les derniers instants. Y avait-il chez lui une crainte d'accélérer la mort ou la peur des effets secondaires? Deux des médecins ont réussi à solutionner ces problématiques, en prenant en compte les souhaits et craintes du patient et en lui expliquant les thérapeutiques.

Quelles solutions peut-on proposer pour aider les généralistes dans la prise en charge de la douleur ?

Sur le CHU d'Angers la seule structure identifiée est le centre de la douleur chronique. Or les médecins qui ont eu besoin d'une aide en aigu (12/23), ont consulté préférentiellement le CPP à travers ses différentes offres : la CATU, la consultation douleur, Sur le CHU ce sont le gastroentérologue ayant pris en charge le patient et l'USP qui ont été contactés ainsi que l'HAD.

Deux médecins n'ont pas pu obtenir de réponse du CHU et l'un d'entre eux a pris conseil auprès de ses collègues d'une maison de convalescence.

Quelle aide apporter aux généralistes ? Les spécialistes de la douleur ne devraient-ils pas se concerter pour organiser une réponse adaptée à la pratique de la médecine générale ? Par exemple à travers un service d'appels d'urgence à l'image de la CATU, un lieu de consultation... Comment faire connaître aux généralistes les ressources actuelles ? Par la création d'une feuille personnalisée de contacts d'urgence qui serait remise au patient et/ou adressée à son médecin traitant dans le courrier de sortie ou de consultation...

Par ailleurs, pour la patiente 54, son médecin n'a pas évoqué de besoin d'aide à la prise en charge mais dans le dossier hospitalier on retrouve : « médecin qui a envoyé sa patiente en ambulance au CPP pour un traitement en urgence, sans prévenir », ceci évoque une méconnaissance des relais à disposition ainsi que de leur mode de fonctionnement en cas de difficultés.

La formation est une autre possibilité soulignée par un article belge : « la prise en charge de la douleur en fin de vie est souvent complexe et nécessite de se familiariser aux différents antalgiques ... » (30).

Ces problématiques sont évoquées également par l'Institut National du Cancer (INCa) sous les termes : amélioration de la structuration de l'offre de soins, formation des professionnels notamment oncologues et médecins traitants et amélioration de l'information donnée aux patients (22).

« Paliers 4 » :

Pompes intrathécales :

Seuls 2 médecins disent avoir pensé à une PIT pour leur patient, 4/23 en ont cependant bénéficié et un cinquième est malheureusement décédé avant sa mise en place. Ceci souligne la difficulté de la prise en charge de ces douleurs et la place de techniques complémentaires. 7 médecins n'ont pas répondu à la question « avez – vous songé à une technique antalgique plus invasive ? ».

Pour ces 4 patients, la pompe a été posée à 9 ou 10 mois du diagnostic, 3/4 sont décédés : à 3, 4 et 16 mois de la pose. Sachant l'espérance de vie courte dans ce genre de pathologie, ne sommes nous pas interventionnistes un peu trop tardivement ? Quelles sont les indications d'une pompe intrathécale et ses avantages ?

Une méta analyse récente retrouve une prévalence de 64% de douloureux dans la pathologie avancée, incurable et persistente 33% de douleur chronique après traitement (31). C'est donc pour ces situations que doit se poser la question « d'un palier 4 » et également lorsque des effets secondaires trop importants surviennent avec les voies d'administration classiques. La littérature montre que les PIT sont parfaitement adaptées à la pathologie cancéreuse en agissant à la fois sur la douleur nociceptive et la douleur neuropathique, il est donc à regretter l'absence de « guideline » (32). Cette intervention est le plus souvent proposée lorsque l'espérance de vie est évaluée supérieure à 3 mois dans le cas contraire on proposera une analgésie par cathéter péridural ou intrathécal et non une implantation de pompe (33) pour des raisons techniques et économiques. Par son action au plus près des voies de la douleur on utilise des posologies qui sont de l'ordre de 1/300 pour la morphine (34). Cette

action directe est beaucoup plus efficace, limite les effets secondaires des antalgiques et permet d'utiliser des drogues qui ne peuvent se prescrire par d'autres voies (35).

La douleur du cancer du pancréas est une bonne indication de PIT. Une étude réalisée sur Angers (84% des patients inclus), a montré que 1 patient sur 5 présentait une tumeur du pancréas, qu'en moyenne le soulagement avec une PIT, était de 50% pour une douleur maximale et de plus de 75% pour une douleur minimale avec une même efficacité à 3 mois. Les auteurs déplorent une utilisation trop limitée en France liée à une pharmacopée restreinte par rapport aux pays anglo-saxons à savoir l'absence de bupivacaine à 3% et d'hydromorphone (36).

Pourtant depuis 2008, l'HAS a agréé ces dispositifs et la sécurité sociale prend en charge financièrement ces techniques (37). En 2012 l'Afssaps a reconnu l'intérêt de ce traitement en situation palliative dans la douleur tumorale rebelle (38).

Il s'agit d'une technique sûre lorsqu'elle est réalisée par des équipes expérimentées, avec peu d'effets secondaires à type : d'infections, de migration ou d'occlusion du matériel (38).

Neurolyse du plexus coeliaque.

Cette technique n'a absolument pas été évoquée par les généralistes et en effet aucun des patients n'en a bénéficié. Alors a-t-elle toujours sa place dans le traitement antalgique des tumeurs du pancréas ? Ou n'est-ce qu'une tendance locale ?

La neurolyse coeliaque peut-être soit chimique (alcooolisation), thermique, ou chirurgicale. Depuis quelques années, elle est progressivement abandonnée en France au profit des techniques d'analgésie spinale. Il s'agit pourtant d'une méthode décrite comme simple, mais qui peut présenter des effets indésirables graves comme une incontinence sphinctérienne, un déficit moteur ou des douleurs importantes en post-opératoire immédiat. De plus son efficacité n'est que transitoire de 3 à 6 mois (39). Plusieurs articles mettent en avant que la neurolyse du plexus coeliaque dans les tumeurs du pancréas permettrait une diminution des douleurs donc de la consommation d'opiacés et in fine de la constipation liée à ces traitements, mais de façon limitée et qu'elle n'entraîne pas d'amélioration de la qualité de vie ou de la survie (40) (41) (42).

Tous ces éléments nous laissent penser que cette technique semble désormais dépassée au profit de l'analgésie intrathécale.

Evaluation de la qualité de vie :

On retrouve peu de bibliographie sur les échelles de qualité de vie. Seuls 3 médecins disent les utiliser, sans en préciser le type. 4 médecins pensent qu'elles ont un intérêt en soins primaires mais ne les utilisent pas.

Comme le souligne un des généralistes, elles sont méconnues. Peu ou pas enseignées, il paraît difficile de les utiliser. De plus, il s'agit d'évaluations longues qui rendent leurs pratiques inadaptées au temps de consultation d'un médecin généraliste.

Un Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) sur ce sujet en cours au CPP va évaluer l'intérêt de leurs utilisations.

Problématiques des situations de soins palliatifs à domicile :

Problématiques autres que la douleur, évoquées dans cette situation précise :

Trois notions principales se sont dégagées des questionnaires parmi les 6 réponses obtenues : l'isolement du patient, l'accompagnement des familles et l'angoisse du malade. Notons que l'angoisse dans ces situations de fin de vie, est souvent intriquée avec la douleur. Un autre médecin évoque le problème du décalage d'information et de compréhension dans une même famille sur la gravité de la situation.

Un article récent s'intéressant au vécu des médecins généralistes dans ces situations de fin de vie retrouve également dans les difficultés ressenties : « la prise en charge des autres symptômes que la douleur, le poids psychologique de la prise en charge de la famille, les difficultés socio-économiques du patient, la douleur et le poids psychologique de la prise en charge du patient » (43).

8 médecins n'ont pas souhaité s'exprimer sur cette question, est-ce parce qu'ils ne se sentaient pas concernés ? Ou parce qu'ils leur était difficile de s'exprimer sur ce sujet ?

Pour la patiente 56, l'analyse verticale a permis de mettre en évidence une différence de perception troublante entre les différents intervenants, son médecin la décrivant sereine avec aucune problématique de prise en charge particulière et le dossier hospitalier évoque un mutisme lié à un syndrome dépressif sévère depuis l'annonce de la maladie rendant la prise en charge compliquée.

Dans cette enquête, les médecins se sont centrés sur les problématiques des patients et de leurs familles et n'ont pas évoqué de problèmes d'organisation du travail (le manque de temps en visite, l'isolement du médecin dans ses décisions, les problèmes de rémunération...) contrairement aux données de la littérature (44).

La prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les généralistes pose-t-elle des problèmes ? :

Aujourd'hui en France, la politique d'organisation des soins palliatifs place le médecin généraliste au cœur de la prise en charge (45).

A cette question, 13 médecins ont répondu qu'ils leur arrivaient d'avoir des difficultés, 6 ont dit n'avoir aucun souci et 4 n'ont pas souhaité s'exprimer.

Face aux difficultés, 10/13 les ont précisées : problèmes liés à l'adaptation des posologies d'antalgiques (5/10), difficulté pour évaluer la douleur dans toutes ses composantes, complications administratives pour la délivrance de morphiniques, délai de prise en charge trop long avec difficulté d'accès aux techniques antalgiques invasives, problème de réactivité à domicile sur un épisode aigu.

Comment bien manier un traitement que l'on n'utilise qu'occasionnellement ? Comment évaluer la douleur s'il n'y a pas eu d'enseignement ? Comment ne pas se sentir entravé par ces règles de prescriptions draconiennes ? Comment respecter le souhait du patient de rester à domicile et en même temps ne pas pouvoir lui assurer une aide médicalisée permanente si un épisode aigu survient hors horaires de consultations ? L'accès aux soins spécifiques tels les PIT est compliqué par le manque de médecins formés à cette pratique et la méconnaissance de cette technique. Cependant, le nombre important de PIT dans cette étude (4/23), est dû à la compétence locale des anesthésistes du CPP.

Alors comment répondre à ces problématiques ?

12 médecins ont fait des propositions (parfois multiples) : 7 d'entre eux évoquent une aide extérieure à travers les structures spécialisées en douleur et/ou soins palliatifs, 2 s'interrogent sur l'utilité d'une formation dans ces domaines, certains mentionnent une

meilleure communication ville-hôpital, un souhaite prendre plus de temps pour évaluer la douleur, le dernier demande plus de confiance aux autorités concernant les prescriptions.

Reste cette difficulté de ne pouvoir répondre immédiatement à une demande, il est malheureusement impossible de résoudre ce problème. Il nous faut accepter certains risques lorsque nous prenons en charge un patient en soins palliatifs à son domicile. Il est nécessaire que le patient et son entourage soient conscients de cette limite de notre exercice. Pour pallier à cette situation, en termes d'aide humaine, l'HAD peut apporter son soutien avec une disponibilité jour et nuit, 7 jours sur 7, reste le temps de déplacement qui peut parfois être d'une heure selon le secteur couvert. De plus, toutes les localités ne bénéficient pas de ce service et les SIAD ne peuvent assurer la même permanence. L'idée est bien de travailler en équipe sur ces situations complexes.

C'est d'ailleurs ce que proposait un médecin en remarquant que : « les soins palliatifs à l'hôpital c'est une équipe, alors pourquoi en ville ça ne le serait pas ? » (46). Le médecin généraliste doit donc coordonner une équipe, qui est reconstituée pour chaque patient, puisqu'il est le lien entre le malade et les différents intervenants (47) (48).

Un médecin généraliste dans un article récent fait remarquer à juste titre : « que l'on se met à parler à un travailleur solitaire, de coordination, de réunions d'équipe, de transmissions... et propose alors, un allègement des tâches administratives et une rémunération différente » (49). Ce mode d'exercice ne peut s'improviser et pourrait nécessiter un soutien et /ou une formation.

Au Canada dans la région de Québec, nos confrères ont mis en place différents systèmes : avec une garde d'infirmières (IDE) 24H/24, de même pour les généralistes dans certaines régions, une trousse d'urgence de soins palliatifs pour les soignants depuis 2005, les proches peuvent également être très investis avec des IDE les formant à certaines injections sous cutanées d'urgence...et des documents sont laissés à domicile pour une meilleure communication entre tous : le dossier chevet du patient, dans certains cas un certificat de non-réanimation et un document expliquant aux proches qui appeler et quand (50).

Dans cette dynamique d'anticipation, un travail a été réalisé dans le département de la Mayenne, mettant en lien les médecins généralistes et le SAMU à travers la mise en place d'une feuille de transmission « PALLIA 53 » (51).

Quid de la formation :

10 médecins ont répondu qu'ils seraient intéressés par une formation en douleur-soins palliatifs. 3 en ont déjà suivi une. Les formations conventionnelles sur 2 jours et les formations médicales continues remportent l'unanimité, deux médecins évoquent une formation longue par un DU/DIU l'un précisant qu'il l'envisage si son projet professionnel s'oriente vers un poste en HAD ou USP.

On note une certaine corrélation dans cette étude entre un souhait de formation complémentaire et la difficulté évoquée par les médecins à l'évaluation de la douleur.

Il paraît logique cependant que les formations ne peuvent être adaptées à tous et même si les soins palliatifs font partie intégrante du travail de médecin généraliste tous n'ont pas forcément d'affinités pour cette pratique (52). D'autant plus que l'on impose aux généralistes de se former dans de nombreux domaines : urgences, gériatrie...

Une autre proposition serait comme nous l'évoquions précédemment, la possibilité de demander des conseils à un confrère « spécialisé ». Chaque situation de soins palliatifs n'est pas forcément problématique, mais par contre chacune est unique : « On ne peut pas tout gérer seul tout le temps. Il est impossible de savoir ce que l'on ne nous a pas enseigné et pour lequel on n'a pas un entraînement suffisant ».

L'enseignement douleur/soins palliatifs évolue progressivement. Depuis 2002 il est au programme du deuxième cycle, mais comme le rappelle la SFAP, le volume horaire est laissé à l'appréciation de chaque faculté ce qui entraîne des inégalités (53). Certaines facultés dont Lille, ont créé dès 1996 un enseignement obligatoire au cours du deuxième cycle de 20 heures. (54)

Le DU de Soins Palliatifs de la Faculté de Médecine d'Angers a été mis en place en 1991 et a évolué vers un DU Douleur, Soins de Support et Soins Palliatifs en 2006.

Sur le plan national, le DESC Douleur-Soins Palliatifs existe depuis 2007 et se réalise au cours du troisième cycle, sur deux ans, avec un volume horaire de 140 à 180 heures et 2 ans de stages.

Analyse des biais :

Dans notre population de médecins il y avait moins de femmes que dans la littérature, elle n'était donc pas tout à fait représentative, probablement en lien avec l'effectif.

La majorité des patients ont été à un moment donné suivis au CPP, ce qui peut expliquer qu'en cas d'aide, les médecins se soient préférentiellement tournés vers le CPP et non vers le CHU ou toute autre structure.

Le service de gastroentérologie du CHU n'a présenté que 8 patients ; il y a eu probablement un biais de sélection important.

Il y avait également moins de localisations tumorales de la tête, en rapport avec le faible effectif.

Dans le questionnaire, la formulation des questions voulait éviter des redondances, ce qui a entraîné une perte de clarté notamment pour la question 9 sur les traitements mis en place, où le qualificatif : « antalgiques » n'a pas été précisé. Certaines réponses évoquaient alors la chimiothérapie ou les laxatifs.

Les questions ouvertes n'ont pas toujours été bien renseignées.

Les questions doubles avec une première partie fermée et une justification par la suite n'étaient la plupart du temps pas renseignées et ont pu être source de confusion.

CONCLUSION

Cette étude réalisée sur un faible échantillon, dans la situation très précise du cancer du pancréas, a montré la place centrale des médecins généralistes et leur a permis d'exprimer leurs difficultés dans la prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs.

La douleur du cancer du pancréas évolué, a confirmé sa complexité de part ses multiples composantes qui nécessitent une évaluation précise à l'aide d'outils. Les médecins les ont utilisés fréquemment mais leur appropriation paraît difficile et pose la question de leur pertinence en soins primaires.

L'échange d'informations utiles concernant la prise en charge de la douleur entre les différents intervenants, est d'autant plus nécessaire. Le croisement des données, dans cette étude, pointe l'insuffisance des renseignements indispensables à une prise en charge cohérente et à un soulagement plus rapide de la souffrance.

Plusieurs possibilités pourraient être envisagées : améliorer la pertinence et la rapidité des courriers médicaux, organiser une réponse spécifiquement adaptée à la pratique de la médecine générale avec la création d'une structure référente, fédérative, clairement identifiable et connue, mettre en place un document nominatif unique comportant les mesures d'urgence en accord avec les souhaits du malade (sur le modèle de la fiche PALLIA 53) et les coordonnées des différents services référents.

La difficulté du maniement « technico-administratif » des antalgiques nécessite l'organisation d'un soutien rapide et d'une formation spécifique à leur pratique.

Ce travail vis-à-vis d'une situation représentative pourrait être une étape pour repenser et optimiser le suivi médical voire le parcours de soins du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DGS/3D du 26 Août 1986. Circulaire Laroque relative à l'accès des patients à une prise en charge en soins palliatifs. Code de la santé publique.
2. Les grandes étapes de la lutte contre le cancer depuis 1895. Consultable sur : http://www.ligue-cancer.net/article/106_les-grandes-etapes-de-la-lutte-contre-le-cancer. (accès en janvier 2013).
3. loi n°99-477 du 9 Juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. Code de la santé publique.
4. loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de la santé publique.
5. European Pain In Cancer. Novembre 2006 - Juin 2007. JO octobre 2010.
6. T. Delorme, JM. Brechet, PJ. Bousquet. Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer-INCa-mars 2012. Consultable sur : <http://www.e-cancer.fr>. (accès en décembre 2012).
7. La situation du cancer en France en 2012. INCa décembre 2012. <http://www.e-cancer.fr> .
8. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Pancréas. Rapport technique Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 78p. <http://www.invs.sante.fr> (accès le 10/07/2012)
9. A.Fischer, A.Astier, P.Louvet, AC. Joly, JL.Prugneau. Prise en charge actuelle des cancers du pancréas. Journal de Pharmacie Clinique 2007 ; 26 (1) : 25-32. DOI : 10.1684/jpc.2007.0032
10. M.David, C.Lepage, V.Jooste, M.Chauvenet, J.Faivre, AM.Bouvier, Gastroenterol Clin Biol, 2009 ; 33 : 322
11. Georges B et Delfieu D. Les principaux syndromes douloureux liés aux cancers. Oncologie. 2008 ; 10 : 591-597
12. Krakowski I, Theobald S, Collin E *et al.* Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte et mise à jour. Rapport Intégral FNCLCC.

13. M.Legmann, président du conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2012- Tome I. <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>. (accès le 15/02/2013).
14. M.Legmann, président du conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2012-Tome II. <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>. (accès le 15/02/2013).
15. Saif MW. Pancreatic Neoplasm in 2011: An Update. JOP. Pancreas J (online) 2011 July 8, 12 (4): 316-321.
16. Robert Freelove, Anne D. Walling. Pancreatic Cancer: diagnosis and management. Am Fam Physician. February 2006 1; 73 (3): 485-492.
17. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris ANAES 1999.
18. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé, argumentaire. HAS décembre 2008; Consultable sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf. (accès le 10/07/2012).
19. Reddy SK, Elsayem A, Talukadar R. Supportive Care: Symptom Management In : Pancreatic Cancer. Ed(s) Von Hoff DD, Evans DB, Hruban RH. Jones and Bartlett Sudbury, Mass, 2005, 479-498.
20. Hadjistavropoulos et al. A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communication model. Behav Res Ther. 2002; 40: 551-70.
21. N. Mimassi, F. Marchand, H. Ganry. Représentations mentales et comportements précédant la prescription d'opioïdes forts. Une enquête réalisée dans le département du Finistère auprès de 114 médecins généralistes et spécialistes. Douleur analg. 2012 ; 25 : 93-100. DOI 10.1007/s11724-012-0289-5.

22. Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints d'un cancer- INCa – mars 2012. Institut National du Cancer. <http://www.e-cancer.fr> (accès le 20/12/2012).
23. Breivik H et al. Cancer related pain. A par European survey of prevalence, treatment, and patient attitude. *Ann Oncol* 2009; 20 : 1420-1443.
24. N. Danziger, La perception de la douleur d'autrui, *Aïe*, octobre 2012 ; 0 : 8-10.
25. Lund I, Lundeberg T, Sandberg I, Budh CN, Kowalski J, Svensson E. Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales : a cross sectional description of pain etiology groups. *BMC Med Res Methodol* 2005 ; 5: 31.
26. Brunelli et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. *Health Qual Life Outcomes* 2010 ; 8 : 42.
27. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse. RESO Nantes : témoignage d'un groupe de 53 médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs* 2007 ; 8, 5: 313-318.
28. L. Brasseur. Communication. La prise en charge des douleurs des patients cancéreux en France : une évolution sur 12 ans. (Étude EFIC 2006). *Douleurs* 2010 ; 11 : 5-8.
29. Arnould M, Raineri F. Communication. Freins et obstacles des médecins généralistes à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3. Que pensent les médecins et leurs patients ? 4ème congrès de Médecine Générale de Nice (24-26 juin 2010) Société Française de Médecine Générale.
30. N. Mathieu et T. Tuna. Antalgiques et soins palliatifs. *Rev Med Brux* 2008; 29 : 441-5.
31. Van den Beuken – van Everdingen MH, et al. Prevalence of pain in patients with cancer. A systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, 2007; 18: 1437-1449.
32. Timothy R Deer et al. Comprehensive Consensus Based Guidelines on intrathecal Drug Delivery Systems in the Treatment of Pain Caused by Cancer Pain. *Pain Physician* 2011; 14: E283-E312.
33. Burton A, Rajagopal A, Shah H, et al: Epidural and intrathecal analgesia is effecting in treating refractory cancer pain. *Pain Med* 2004; 5: 239-247.
34. Smith T.J., Coyne P.J. How to use implantable intrathecal drug delivery systems for refractory cancer pain *J Support Oncol* 2003; 1 : 73-76.
35. Marco R. Perez, MD, Steven C. Pulley, MD. Intrathecal analgesia in cancer pain. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2010; 14: 10-18.

36. D. Dupoirson, D. Lefebvre – Kuntz, O. Brenet, S. de Bourmont, F. Grelon, F. Dixmeria, N. Buisset, N. Lebrech, F. Bore, D. Monnin. Douleur chronique cancéreuse et analgésie intrathécale : expérience de trois centres de lutte contre le cancer. *Douleurs* 2011 ; 12: 140-146. Doi :10.1016/j.douler.2001.05.001.
37. Haute Autorité de Santé: Commission d'évaluation des produits et prestations : Pompe Synchromed II- Avis de la commission, 2008.
38. Afssaps : Recommandations de bonne pratique : douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. *Médecine palliative* 2011; 10 : 90-105.
39. G. Laval, M-L Viallard. Recueil des Pratiques Professionnelles en Soins Palliatifs. Version 3: 6 février 2006 : 49-50. Consultable sur : <http://www.sfap.org/pdf/VIII-C1-pdf.pdf>. (accès le 20/12/2012).
40. Brian M. Yan, M.D., F.R.C.P.C and Robert P. Myers, M.D., F.R.C.P.C. Neurolytic Celiac Plexus Block for Pain Control in Unresectable Pancreatic Cancer. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 430-438.
41. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, et al. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 3: CD007519.
42. Wong GY, Schroeder DR, Carns PE, et al. Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004 ; 29 : 1092-1099.
43. B. Fougère, I. Mytych, C. Baudemont, E. Gautier – Roques, L. Montaz. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine Palliative* 2012 ; 11: 90-97. DOI : 10.1016/j.medpal.2011.11.002.
44. Manoury. Les soins palliatifs à domicile, enquête auprès des médecins généralistes de Seine et Marne. Thèse de médecine générale, 2011 : Créteil.
45. Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Consultable sur : <http://www.sfap.org/pdf/III-B6b-pdf.pdf>. (accès le 20/12/2012).
46. L. Seresse. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ?. *Médecine palliative* 2011 ; 10: 286-291.
47. G. Lanusse – Cazalé. Fins de vie à domicile : un challenge pour le médecin généraliste. *Médecine palliative* 2011; 10: 183-185.

48. G. Hirsch. Prescriptions anticipées en soins palliatifs. Rev Prat (médecine générale) 2011; 25: 208-209.
49. D. Deheeger. Place du généraliste dans le réseau de soins à l'heure palliative. Rev Prat (médecine générale) 2011; 25: 166-167.
50. S. Cayer. Mourir à domicile mission impossible ? Le médecin du Québec 2008; 43: 45-50.
51. M. Pêchard. Urgences thérapeutiques et/ou éthique concernant les patients en Soins Palliatifs : utilité de remplir une fiche de transmission médicale dans le cadre de l'organisation des soins de premiers secours. Thèse octobre 2011, Angers.
52. G. Texier, et al. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Médecine palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique (2012), doi : 10.1016/j.medpal.2012.02.006.
53. D. de Broucker. Enseignement universitaire. Consultable sur : <http://www.sfap.org/content/enseignement-universitaire>. (accès le 20/12/2012).
54. D. de Broucker. Enjeux de la formation en soins palliatifs : retour sur 25 années d'expérience à l'Université Catholique de Lille. ASP Liaisons 2012; 44: 11-13.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Caractéristiques sociodémographiques des médecins.
Tableau II :	Caractéristiques sociodémographiques des patients.
Tableau III :	Répartition des localisations tumorales selon le sexe du patient.
Tableau IV :	Localisation des tumeurs révélées par la douleur.
Tableau V :	Localisations des tumeurs présentant une douleur secondaire.
Tableau VI :	Nombre de patients ayant consulté pour une douleur.
Tableau VII :	Répartition des prescripteurs.
Tableau VIII :	Données croisées entre le nombre de médecins généralistes ayant pensé à une pompe intrathécale (PIT) et le nombre de pompes réellement posées.
Tableau IX :	Comparaison entre l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur par les médecins généralistes et leur sentiment de facilité où non à évaluer cette douleur.
Tableau X :	Avez-vous souhaité une aide et a-t-elle été facile à obtenir ?
Tableau XI :	Combien de médecins ont exprimé une difficulté.
Tableau XII :	Souhait d'une formation par les médecins généralistes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
PLAN.....	10
INTRODUCTION.....	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	13
RÉSULTATS.....	15
A. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES : ANALYSE HORIZONTALE.....	15
I. Caractéristiques sociodémographiques des deux populations.....	15
1. Population des médecins généralistes.....	15
2. Population des patients.....	16
II. Caractéristiques des pathologies.....	17
1. Localisations.....	17
2. Signes cliniques de découvertes.....	17
3. Localisations des tumeurs révélés par la douleur.....	18
4. Localisations des tumeurs présentant une douleur secondaire.....	18
III. Motifs de consultations auprès du médecin généraliste.....	19
1. Patients ayant consulté leur médecin généraliste pour une douleur.....	19
2. Autres motifs de consultation que la douleur.....	19
IV. Résultats concernant les traitements antalgiques.....	20
1. Type d'antalgie.....	20
2. Qui en est le prescripteur ?.....	20
3. Difficultés d'adaptation du traitement antalgique.....	21
4. Effets secondaires rencontrés.....	21
5. Recours aux « paliers 4 ».....	22

6.	Refus initial de traitements antalgiques.....	23
V.	Évaluation de la douleur.....	24
1.	Cette évaluation est-elle simple ?.....	24
2.	Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur.....	24
3.	Quelles échelles ont été utilisées ?.....	25
4.	Les échelles apportent-elles une aide au médecin pour évaluer la douleur ?....	25
VI.	Échelles d'évaluation de la qualité de vie.....	26
1.	Étaient-elles utilisées ?.....	26
2.	Présentaient-elles un intérêt en soin primaire ?.....	26
VII.	Autres problématiques que la douleur dans cette situation précise.....	27
VIII.	Aides à la prise en charge de la douleur.....	28
1.	Avez-vous souhaité une aide et a-t-elle été facile à obtenir ?.....	28
2.	Vers qui vous êtes-vous tournés ?.....	28
3.	La réponse a-t-elle été aidante ?.....	29
IX.	Difficultés des praticiens face aux patients douloureux en soins palliatifs.....	29
1.	Combien de médecins ont exprimé une difficulté ?.....	29
2.	Quels sont ces difficultés ?.....	30
3.	Comment y répondre selon les médecins ?.....	31
X.	Formation.....	32
1.	Les médecins généralistes souhaitent-ils une formation en douleur soins palliatifs.....	32
2.	Corrélation entre la difficulté à évaluer la douleur pour les médecins Généralistes et leur souhait d'une formation complémentaire.....	32
3.	Quel type de formation souhaite les médecins généralistes ?.....	33
B.	ANALYSES CROISÉES ENTRE LES DOSSIERS MÉDICAUX HOSPITALIERS ET LES QUESTIONNAIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ANALYSE VERTICALE.....	34
I.	Relevé patient par patient.....	34
II.	A propos des pompes intrathécales.....	36

DISCUSSION.....	37
- Analyses critiques de la méthode.....	37
- Données sociodémographiques concernant les patients.....	37
- Données sociodémographiques concernant les médecins généralistes.....	37
- Caractéristiques de la pathologie tumorale.....	38
- Caractéristiques des signes de découverte de la maladie.....	38
- Caractéristiques de la douleur.....	38
- Évaluation de la douleur par le médecin généraliste.....	39
- Traitements de la douleur.....	40
- Par qui ?.....	40
- Lesquels ?.....	41
- Problématiques rencontrées par rapport à l'utilisation des antalgiques chez ces 23.....	42
- Quelles solutions peut-on proposer pour aider les généralistes dans la prise en charge.....	43
- « Paliers 4 ».....	44
- Pompes intrathécales.....	44
- Neurolyse du plexus coeliaque.....	45
- Évaluation de la qualité de vie.....	45
- Problématiques des situations de soins palliatifs à domicile.....	46
- Problématiques autres que la douleur, évoquées dans cette situation précise.....	46
- La prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les généralistes pose-t-elle des problèmes ?.....	47
- Alors comment répondre à ces problématiques ?	47
- Quid de la formation.....	48
- Analyse des biais.....	49
CONCLUSION.....	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52

LISTE DES TABLEAUX.....	57
TABLE DES MATIÈRES.....	58
ANNEXE.....	62

ANNEXE

Chère consœur, cher confrère,

Je vous remercie d'avoir accepté, suite à notre entretien téléphonique, de participer à cette enquête dans le cadre de ma thèse pour le doctorat de médecine générale s'intéressant à :

« L'état des lieux des différents problèmes pratiques rencontrés par les médecins généralistes, concernant la douleur des patients ayant une tumeur du pancréas au stade palliatif : à partir d'observations. »

- Les médecins généralistes étant peu confrontés à cette pathologie, cette enquête a donc été ciblée sur des praticiens ayant eu un patient suivi soit en gastro entérologie au CHU d'Angers, soit au Centre Paul Papin, soit aux soins de suite de Saint Barthélémy d'Anjou sur une période d'un an entre juillet 2011 et juillet 2012.
- Toutes les données recueillies lors de cette enquête seront bien entendu totalement anonymisées dans le travail de thèse en ce qui concerne les patients et leurs médecins généralistes.

A. Concernant votre pratique professionnelle.

- Êtes-vous une femme ou un homme ?
- Année de votre installation ?
- Exercez-vous en milieu rural ou urbain ?
- En cabinet de groupe ou seul ?

B. Votre patient avant la découverte de son cancer du pancréas.

1°) Votre patient présentait-il avant la découverte du cancer du pancréas, une pathologie pouvant entraîner des douleurs ? OUI NON

2°) Si oui de quel ordre était cette affection douloureuse :

(ex : rhumatologique, orthopédique, neurologique....)

3°) Prenait-il pour cette raison des traitements antalgiques ? OUI NON

4°) Si oui de quelle classe thérapeutique :

Paliers de l'OMS :	anti	anxiolytique	Co Antalgiques	Autres que médicamenteux
1. Paracétamol	dépresseur		(AINS	(Relaxation, Kinésithérapie, ...)
2. Codéine/tramadol	/anti		,antispasmodi	
3. morphiniques	épileptique		ques...)	

5°) Mode de vie avant le diagnostic :

- Votre patient vivait-il en famille : OUI NON
- Votre patient vivait-il en institution : OUI NON
- Votre patient vivait-il seul : OUI NON
- Avait-il encore une activité professionnelle : OUI NON

C. Votre patient et les douleurs en lien avec son cancer du pancréas.

6°) Quels ont été les premiers signes de la maladie qui ont entraîné les investigations (douleur, ictère, perte de poids,...)

7°) Une douleur est-elle apparue secondairement ?

8°) Au cours de sa maladie pour quel(s) motif(s) avez-vous été amené à voir votre patient ? (entourez les réponses correspondantes et précisez si possible)

- douleur (physique, psychique....)
- suivi / renouvellement d'ordonnance
- autres (troubles digestifs, effets secondaires liés aux traitements...)

9°) Quels types de traitements (médicamenteux ou non) ont été mis en place ? Et vous serait-il possible de retracer l'évolution de ces traitements de façon chronologique ?

10°) Par qui ces traitements ont-ils été institués et par qui les adaptations ont-elles été réalisées ?

11°) L'adaptation de ces traitements, si elle a été réalisée par vos soins, vous a-t-elle posé des soucis :

OUI NON

- si oui lesquels (ex : passage en équivalence de doses d'une voie à l'autre, entre deux paliers, apparition d'effets secondaires ...) ?

12°) Y a-t-il eu des effets secondaires liés directement aux antalgiques et si oui avez-vous pu les gérer seul à domicile ou ont-ils nécessité un avis spécialisé ou une hospitalisation ?

13°) Dans cette prise en charge vous êtes vous à un moment donné, posé la question de techniques antalgiques plus invasives telles que l'alcoolisation coeliaque, les KT/pompes péridurale ou intrathécale ?

14°) Avez-vous rencontré de la part de votre patient un refus (ou une réticence) des antalgiques et si oui pour quel motif (culturelle, la peur des morphiniques, le souhait de garder toutes ses facultés...) ?

15°) Dans ce cas avez vous réussi à trouver une solution à ce problème ?

16°) Cette situation vous a-t-elle posé d'autres problèmes que ceux de la douleur dans la prise en charge et de quel ordre étaient ils ? (éthique, accompagnement de la famille...)

D. Généralités sur la douleur.

17°) La reconnaissance et l'évaluation de la douleur vous semblent t'elles faciles ? OUI NON

18°) Vous arrive-t-il d'utiliser à cet effet des échelles de douleur ? OUI NON

- Si oui lesquelles et cela vous aide t'il dans la conduite à tenir ?

- Si non pour quelles raisons ne vous en servez-vous pas ?

19°) Avez vous utilisé des échelles d'évaluation de qualité de vie chez votre patient? OUI NON

Si oui lesquelles :

-Y voyez-vous un intérêt en soins primaires ?

E. Communication entre les différents intervenants.

20°) Dans la prise en charge de la douleur, avez-vous souhaité une aide/ des conseils/ ou une consultation avec le spécialiste s'étant occupé initialement de votre patient pour refaire le point ensemble?

OUI NON

21°) Si OUI, dans cette situation, avez-vous pu obtenir facilement et rapidement une réponse ?

OUI NON

22°) Vers qui vous êtes-vous tourné ?

Un des spécialistes qui avait suivi votre patient initialement

- Gastroentérologue
- Chirurgien viscéral
- Anesthésiste

Les spécialistes de la prise en charge de la douleur

- Equipe mobile de soins palliatifs du CHU
- Unité de soins palliatifs (si précédente hospitalisation), notamment l'hospitalisation de Jour
- La CATU (cellule d'appels téléphoniques urgents du CPP)
- La consultation douleur chronique
- Autres

23°) La réponse a-t-elle été suffisamment rapide et aidante pour vous ?

F. Formations

24°) Est-ce que la prise en charge de patients douloureux en soins palliatifs, pose des difficultés particulières en ambulatoire ? Si oui lesquelles ?

Comment y répondre ?

25°) Souhaiteriez – vous réaliser une formation complémentaire dans ce domaine ?

OUI NON

26°) Si oui sous quelle forme ?

- formation continue (groupe de pairs, ou formation organisée par les laboratoires...)
- formation conventionnelle sur deux jours (financées par OGC)
- formation complète (universitaire : DU / Capacité)

En vous remerciant sincèrement de l'aide que vous nous avez apportée.

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles questions : luciepatarin@hotmail.fr, 07 77 60 66 10

5 square Alexis CARREL, 49100 ANGERS.

|