



29^e congrès annuel
AQSP

Association québécoise
de soins palliatifs

8, 9 et 10 mai 2019
DoubleTree
par Hilton Montréal

www.pluricongres.com/aqsp2019

Le raisonnement clinique
L'approche par problèmes

En situation palliative



29^e congrès annuel
AQSP

Association québécoise
de soins palliatifs

8, 9 et 10 mai 2019
DoubleTree
par Hilton Montréal

www.pluricongres.com/aqsp2019

I - Le raisonnement clinique devant une souffrance résistante et complexe

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Benoît BURUCOA



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du Co-conférencier: Camille SAUSSAC

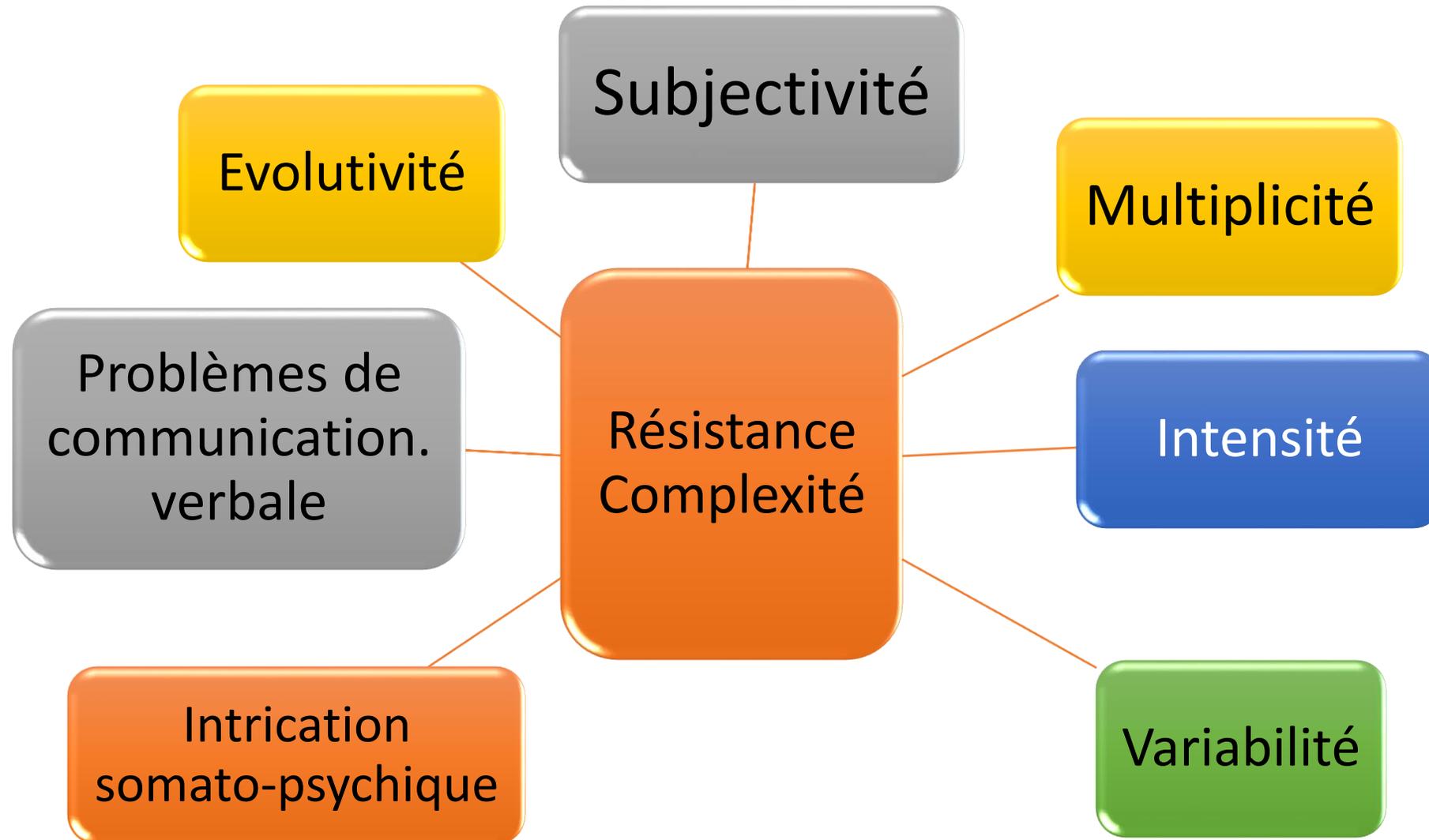


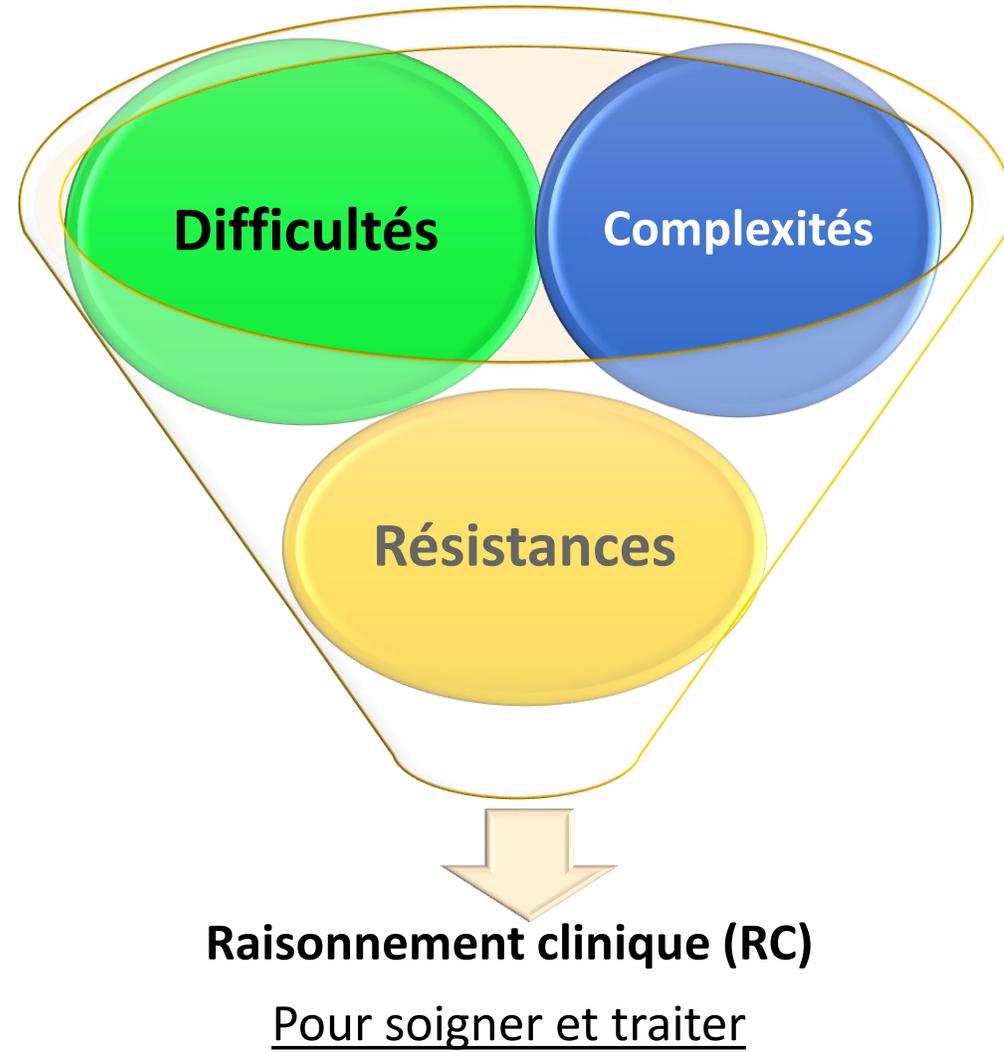
Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Question 1 : Difficultés ?

- Face à des symptômes résistants ?

Symptômes résistants??

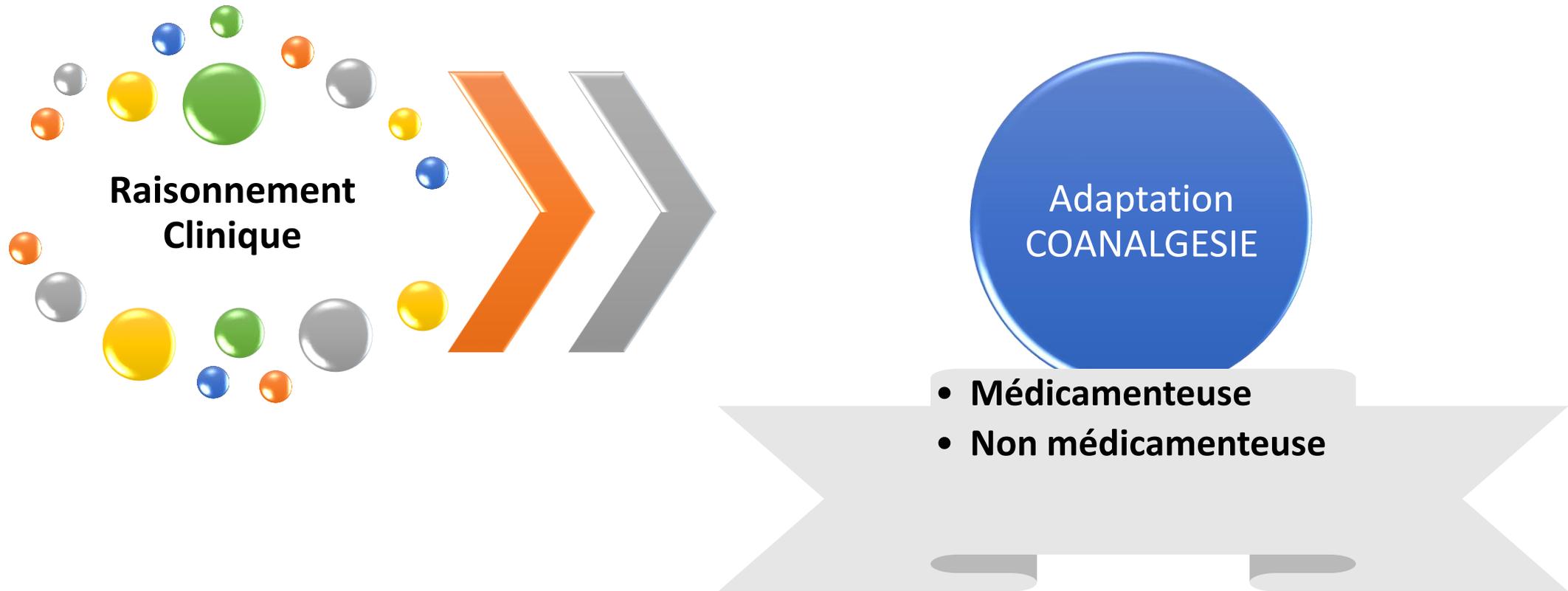




Objectifs et avantages du raisonnement clinique

- Analyser et expliquer les différents mécanismes
- Créer un langage commun
- **Ajuster les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses**

Raisonnement clinique analytique



Question 2

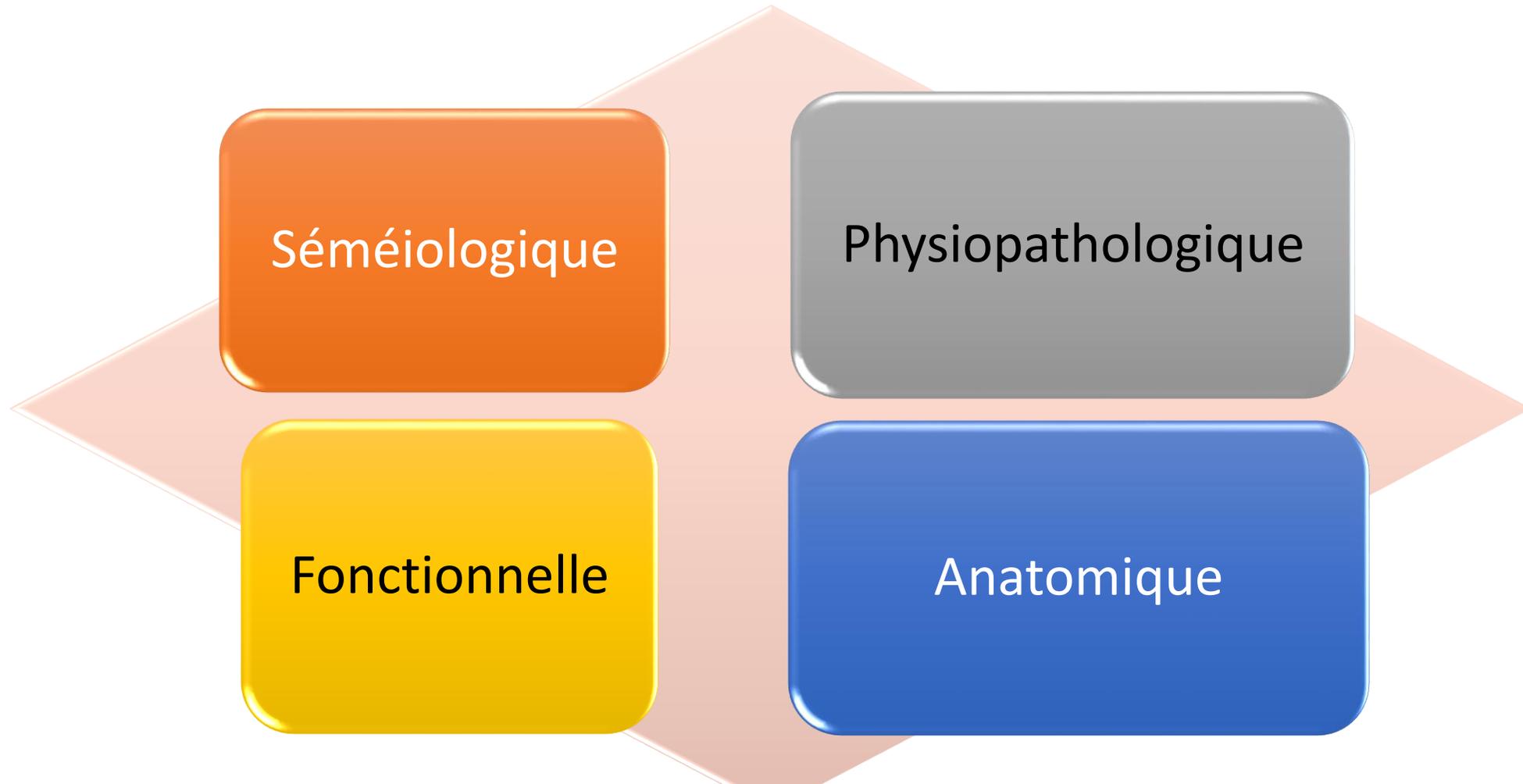
Comment raisonner devant un symptôme complexe et résistant?

Attention !

Quelles approches utiliser pour analyser les différents mécanismes?



Raisonnement clinique en 4 approches



Approches et Raisonnement Clinique

Quels sont les caractères du symptôme ?

Approche séméiologique

+

Quels organes sont concernés ?

Approche anatomique

Qu'est-ce qui dysfonctionne ?

Approche fonctionnelle

Quelle physiopathologie ?

Approche physiologique



Illustration clinique 1.0

- Mr C. 48 ans, occitan, divorcé, 3 enfants.
- Cancer de la gorge avec extension locorégionale.
- CACHEXIE. AGONIE. Douleurs intenses soulagées avec par jour Oxycodone orale : 360 mg, Diclofénac (Voltarène) 200 mg, gabapentine (Neurontin) 1200 mg par jour. Une infection trachéobronchique survient.

Illustration clinique 1.1

- Mr C. 48 ans, occitan, divorcé, 3 enfants.
- Cancer de la gorge avec extension locorégionale.
- CACHEXIE. AGONIE. Douleurs intenses soulagées avec par jour Oxycodone orale : 360 mg, Diclofénac (Voltarène) 200 mg, gabapentine (Neurontin) 1200 mg par jour. Une infection trachéobronchique survient.
- Approche sémiologique : TILT :
Type/Intensité/Localisation/Temps - DN4
- Retentissements : sommeil/mobilisation/appétit/humeur

Illustration clinique 1.2

- Mr C. 48 ans, occitan, divorcé, 3 enfants.
- Cancer de la gorge avec extension locorégionale.
- CACHEXIE. AGONIE. Douleurs intenses soulagées avec par jour Oxycodone orale : 360 mg, Diclofénac (Voltarène) 200 mg, gabapentine (Neurontin) 1200 mg par jour. Une infection trachéobronchique survient.
- Approche anatomique : Larynx, pharynx, trachée, bronches, poumons, peau, muqueuses, muscles, ganglions, nerfs, os (mandibule), vaisseaux (artère, veine) ? Selon l'extension...

Illustration clinique 1.3

- Mr C. 48 ans, occitan, divorcé, 3 enfants.
- Cancer de la gorge avec extension locorégionale.
- CACHEXIE. AGONIE. Douleurs intenses soulagées avec par jour Oxycodone orale : 360 mg, Diclofénac (Voltarène) 200 mg, gabapentine (Neurontin) 1200 mg par jour. Une infection trachéobronchique survient.
- Approche fonctionnelle : Infiltration-Induration et pression du cou, compression et/ou infiltration de nerfs du cou et/ou du plexus brachial sus-claviculaire ? Inflammation, obstruction trachéo-bronchique ? Ankylose articulaire ? Contracture musculaire ? Pression cutanée ?
- Et Tension psychique intérieure ? Altération de l'image corporelle ?

Illustration clinique 1.4

- Mr C. 48 ans, occitan, divorcé, 3 enfants.
- Cancer de la gorge avec extension locorégionale.
- CACHEXIE. AGONIE. Douleurs intenses soulagées avec par jour Oxycodone orale : 360 mg, Diclofénac (Voltarène) 200 mg, gabapentine (Neurontin) 1200 mg par jour. Une infection trachéobronchique survient.
- Approche physiopathologique : Excès de nociception intense et multifactoriel ? Neuropathie ? Catabolisme et insuffisance d'apport conjugués ?

Illustration Clinique 2.0

- Mme L. 65 ans mariée, béarnaise, 2 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, suspicion d'occlusion, CONSTIPATION.
- Pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales, pesanteurs, coliques, nausées, anorexie, grabatisation, quelques selles au TR, ballonnement.



Illustration Clinique 2.1

- Mme L. 65 ans mariée, béarnaise, 2 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, suspicion d'occlusion, CONSTIPATION.
- Pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales, pesanteurs, coliques, nausées, anorexie, grabatisation, quelques selles au TR, ballonnement.
- **Approche séméiologique** : TILT
Type/Intensité/Localisation/Temps
Retentissements sommeil/mobilisation/appétit/humeur ?

Illustration Clinique 2.2

- Mme L. 65 ans mariée, béarnaise, 2 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, suspicion d'occlusion, CONSTIPATION.
- Pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales, pesanteurs, coliques, nausées, anorexie, grabatisation, quelques selles au TR, ballonnement.
- **Approche anatomique** : Colon, péritoine, peau-tendons-muscles (par cachexie et immobilisation)

Illustration Clinique 2.3

- Mme L. 65 ans mariée, béarnaise, 2 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, suspicion d'occlusion, CONSTIPATION.
- Pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales, pesanteurs, coliques, nausées, anorexie, grabatisation, quelques selles au TR, ballonnement.
- **Approche fonctionnelle** : Masses péritonéales ? Spasmes coliques ? Bouchon (constipation) ou compression extrinsèque (nodules péritonéaux) ?? Compression cutanée ? Contracture musculaire et amyotrophie ? Ankylose articulaire ?
- Souffrance morale : dépendance, souffrances sociales, familiales...



Illustration Clinique 2.4

- Mme L. 65 ans mariée, béarnaise, 2 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, suspicion d'occlusion, CONSTIPATION.
- Pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales, pesanteurs, coliques, nausées, anorexie, grabatisation, quelques selles au TR, ballonnement.
- **Approche physiopathologique** : Sub-occlusion fonctionnelle ou occlusion lésionnelle ?
- Excès de nociception lié à la grabatisation ?
- Anxiété et/ou dépression ?





29^e congrès annuel
AQSP

Association québécoise
de soins palliatifs

8, 9 et 10 mai 2019
DoubleTree
par Hilton Montréal

www.pluricongres.com/aqsp2019

II - L'approche par problèmes face à la complexité des situations palliatives

Approche par problèmes: 4 grandes étapes

1. Approche descriptive:

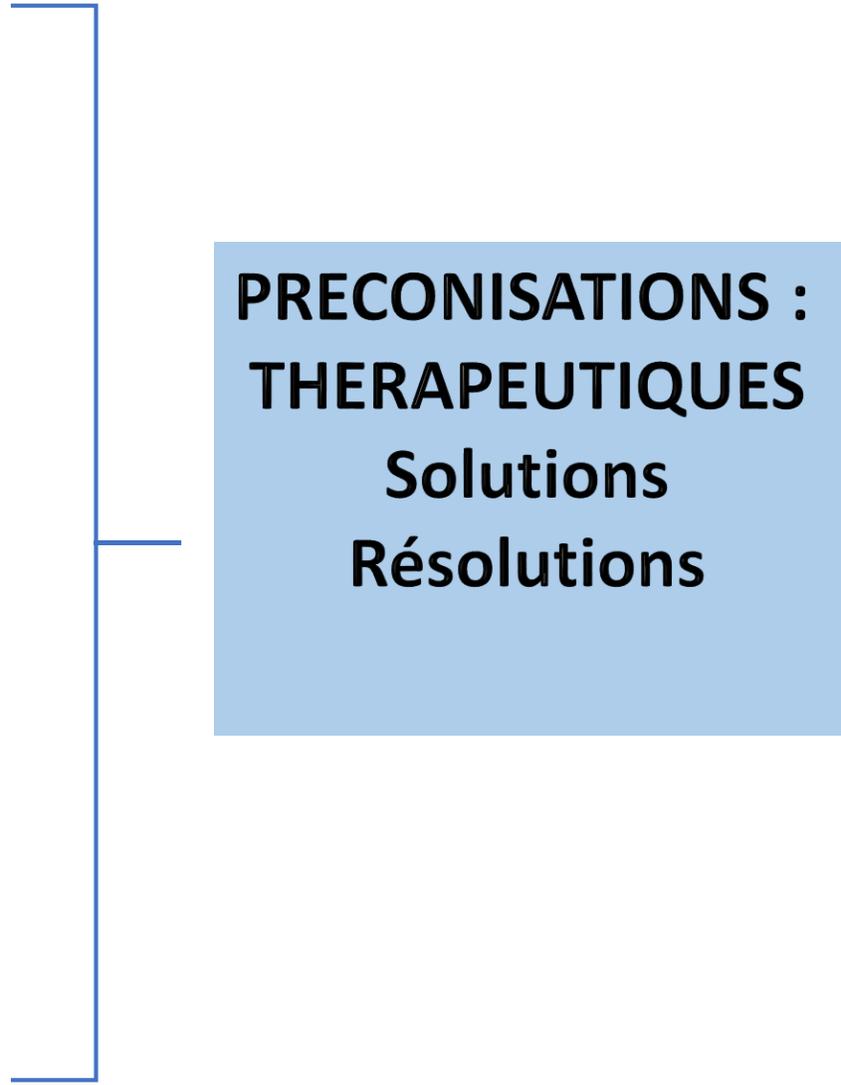
- ⇒ Prendre en compte, recueillir, lister,
- ⇒ prioriser le ou les problèmes

2. Approche macro-analytique:

- ⇒ Définir le ou les champs théoriques rencontrés dans la situation clinique

3. Approche réflexive

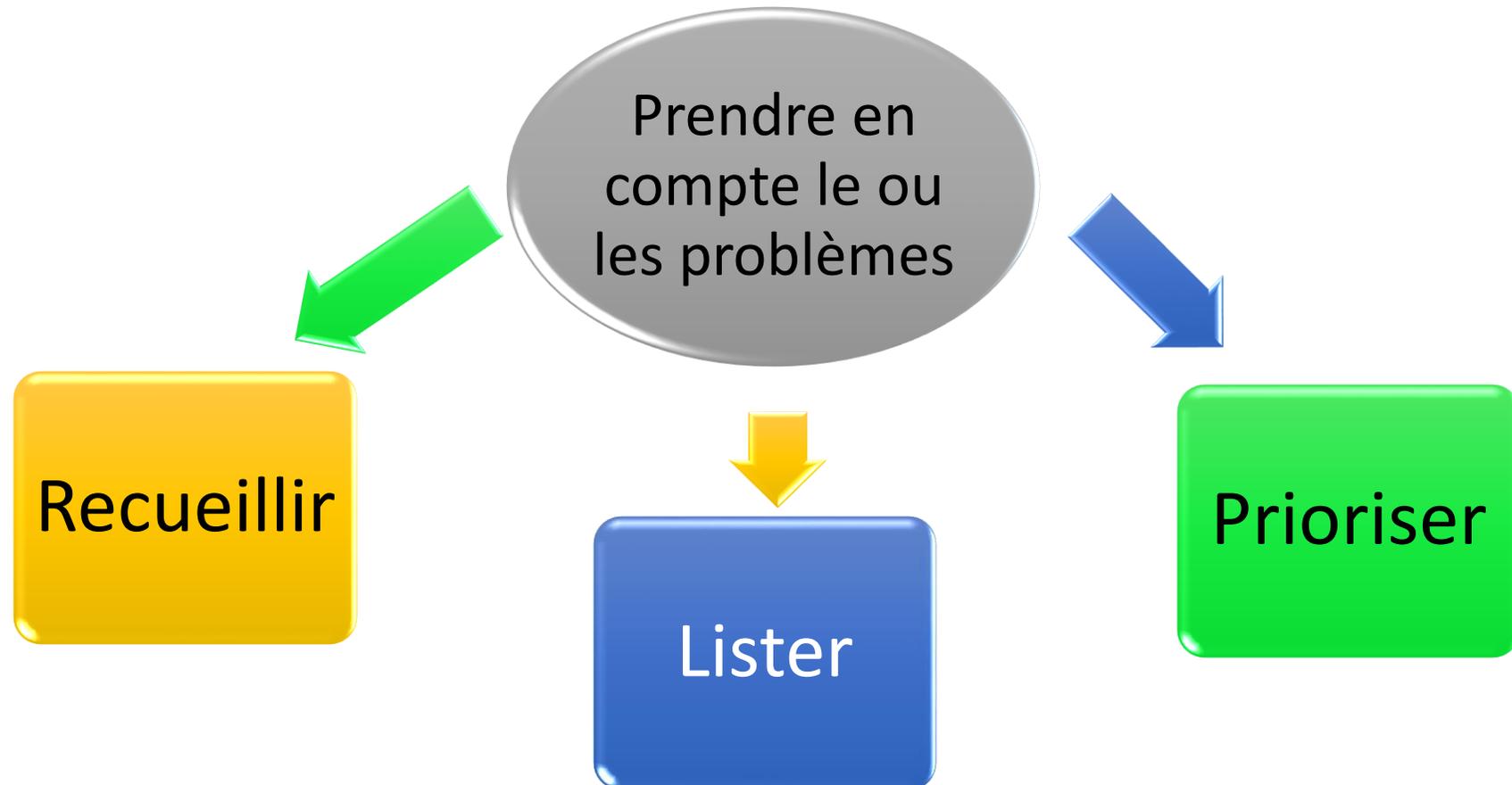
- ⇒ Relire, essayer de comprendre
- ⇒ Renommer le ou les problèmes, ce qui revient à poser des « diagnostics »



PRECONISATIONS :
THERAPEUTIQUES
Solutions
Résolutions

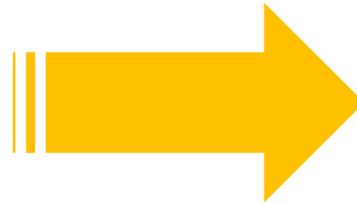
Approche descriptive ou « Vision d'en bas »

Sur le terrain, au quotidien: c'est **LA CLINIQUE**



Approche macro-analytique: « Vision d'en haut »

*Prise de
hauteur
et recul*



Définir le ou les champs théoriques
rencontrés dans la situation clinique

Les champs théoriques : Lesquels ?

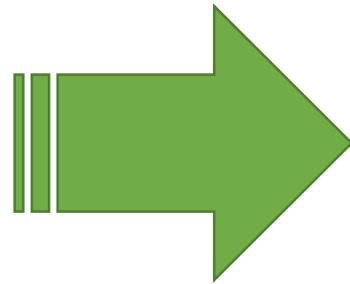
Dans la pratique des soins palliatifs

Clinique	<i>au sens interprofessionnel</i>
Thérapeutique	<i>au sens interprofessionnel</i>
Relationnel	<i>concernant plusieurs sujets</i>
Ethique	<i>plutôt clinique et décisionnelle</i>
Organisationnel	<i>fonctionnement et structures</i>
Pédagogique	<i>transmission, apprentissage</i>
Economique	<i>coût, ressources, structures...</i>

Approche réflexive

« Vision intermédiaire entre ciel et terre »

- Relire
- Essayer de comprendre
- Renommer le ou les problèmes



Poser des diagnostics
Définir des MOTS- CLES
ou MOTS GENERIQUES

LANGAGE

REFERENCES

PROBLEMATIQUE



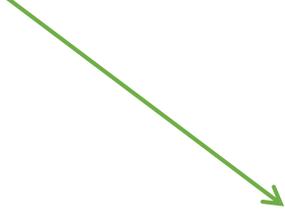
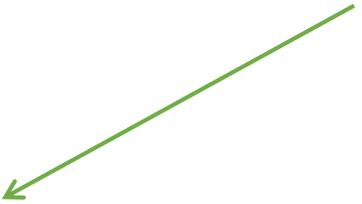
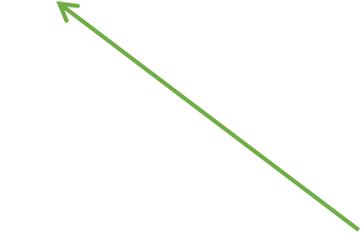
**MOTS-CLES
GENERIQUES**



PROBLEMES
MULTIPLES

REFLEXIVITE

ANALYSE

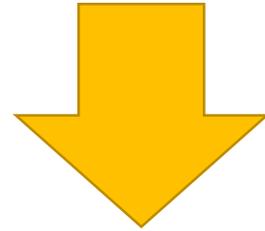


Au total: Approche par problèmes



Approche par problèmes : Etape 4

Préconiser



THERAPEUTIQUES

Solutions, résolutions

Sur le terrain, Au Quotidien

REFERENCES

- Burucoa B., Saussac-Pietri C., Paternostre B., Lafargue A., Hiriart T. Paternostre B. L'utilisation d'un guide de raisonnement clinique pour douleurs : Etude de faisabilité auprès de médecins d'Unités de Soins Palliatifs en Aquitaine , à paraître dans Médecine palliative
- Chamberland M. Comment exploiter les résultats de la recherche pour améliorer nos activités d'enseignement et d'apprentissage du raisonnement clinique ? Pédagogie Médicale. Novembre 2005 ; 6(4)
- Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique, Pédagogie Médicale 2005 ; 6 : 224-33
- Higgs J, Jones M. Clinical reasoning in the health professions, Butterworth-Heinemann Ltd, 2000
- Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale 2005 ; 6 : 235–254
- Rousset, H. Le diagnostic clinique en Médecine. *Ann. Médecine Interne* **150**, 17–23 (1999)
- Setoain A., Saussac C., Charrazac S., Burucoa B. Face aux douleurs complexes liées au cancer, analyse critique d'un outil d'évaluation par des médecins généralistes du Pays Basque en 2016, Revue internationale de soins palliatifs, 2018/1, 33, 7-13