

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Éviter de retarder l'administration de soins palliatifs au patient gravement malade, présentant une détresse physique, psychologique, sociale ou spirituelle, sous prétexte qu'il reçoit un traitement visant la maladie.

Les soins palliatifs procurent un soutien accru au patient atteint d'une maladie limitant son espérance de vie ainsi qu'aux membres de sa famille. Peu importe la maladie diagnostiquée, le pronostic et le schéma thérapeutique, le patient symptomatique peut bénéficier de soins palliatifs. Des études révèlent que l'intégration des soins palliatifs à un traitement modifiant l'évolution de la maladie permet de soulager la douleur et les symptômes en plus d'accroître la qualité de vie du patient et le degré de satisfaction des membres de sa famille. Il est prouvé que l'administration précoce de soins palliatifs rend moins nécessaire le recours à des traitements énergiques en fin de vie, tout en prolongeant la vie dans certaines populations de patients et en réduisant considérablement les coûts d'hospitalisation.

2 Éviter de retarder les discussions sur la planification préalable des soins.

La planification préalable des soins est une démarche qui comporte la désignation d'un mandataire ou d'une personne qui prendra les décisions à la place d'une autre, transmettra ses valeurs ou ses désirs en ce qui concerne les soins médicaux. Cette démarche vise à aider une personne à se préparer à prendre des décisions ponctuelles d'ordre médical et à guider son mandataire ou représentant pour le cas où elle deviendrait incapable de prendre elle-même des décisions. La planification préalable des soins est une bonne mesure à prendre tant pour les adultes en bonne santé, les patients et les membres de leurs familles que pour les fournisseurs de soins de santé; c'est une démarche qu'il faut faire tôt et répéter à intervalles réguliers et à mesure que les circonstances changent. Il est démontré que le fait de discuter de la planification préalable des soins hausse le degré de satisfaction du patient et des membres de sa famille, permet de faire concorder les volontés du patient et celles de sa famille, accélère la préparation des documents de planification préalable des soins, réduit le risque que les patients reçoivent des soins à l'hôpital et raccourcit la durée du séjour à l'hôpital, et augmente les chances pour un patient de recevoir des soins palliatifs.

3 Éviter l'administration d'oxygène pour traiter une dyspnée non hypoxique.

On administre souvent de l'oxygène pour soulager l'essoufflement chez des patients atteints d'une maladie au stade avancé. Pourtant, l'apport d'oxygène ne procure aucun bienfait au patient essoufflé mais qui n'est pas hypoxique. Il est démontré qu'un supplément d'air est aussi efficace qu'un apport d'oxygène dans ce cas.

4 Éviter d'utiliser les émoullients fécaux sans autre agent pour prévenir la constipation causée par les analgésiques opioïdes.

Le docusate sodique est un émoullient fécal d'usage répandu. Une revue des preuves révèle qu'il n'est pas plus efficace qu'un placebo dans la prévention ou la prise en charge de la constipation et qu'en plus, il est très peu utile lorsqu'il est administré pour soulager la constipation causée par les analgésiques opioïdes. Par rapport à un placebo, le docusate sodique n'a pas permis d'augmenter la fréquence des selles ni de les ramollir. Il n'a pas non plus soulagé les symptômes fréquents de la constipation causée par les analgésiques opioïdes, comme la difficulté d'évacuation des selles, les selles dures, les crampes abdominales et l'évacuation incomplète des selles.

5 Éviter la transfusion de globules rouges lorsque les seuils de concentration d'hémoglobine ou l'hématocrite ont été établis de façon arbitraire en l'absence de symptômes ou si les transfusions antérieures n'ont été d'aucune utilité.

La nécessité d'une transfusion sanguine varie selon l'évaluation clinique et l'étiologie de l'anémie. Aucun test de laboratoire ni aucun paramètre physiologique ne permet de prédire à lui seul la nécessité d'une transfusion sanguine. Les transfusions sanguines sont associées à un risque accru de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés très vulnérables. Les événements défavorables vont de bénins à graves, y compris des réactions allergiques, des réactions hémolytiques aiguës, un choc anaphylactique, une lésion pulmonaire grave reliée à une transfusion, une surcharge circulatoire reliée à une transfusion et la septicémie.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) a réuni un petit groupe de membres auquel elle a demandé de choisir 5 recommandations importantes parmi une courte liste de 10 suggestions. Les recommandations étaient fondées sur l'expérience et la pertinence pour l'exercice de la médecine palliative au Canada. On a fait circuler la courte liste de recommandations parmi les membres du conseil de la SCMSP et tous les organismes provinciaux et nationaux œuvrant dans le domaine des soins palliatifs et représentant un vaste éventail de régions géographiques, de milieux d'exercice, de types d'établissements de soins de santé et d'expérience pour recueillir des commentaires. Après avoir revu la liste, les membres de la SCMSP ont été invités à répondre à un sondage en ligne et à établir une liste de 10 suggestions par ordre d'importance et de pertinence. Le sondage a été mis en ligne lors de la conférence internationale annuelle de SCMSP. À l'aide des commentaires obtenus des répondants, on a établi une liste de 5 suggestions principales et revu leurs formulations. On a examiné et revu les recommandations en collaboration avec l'équipe de la campagne Choisir avec soin pour s'assurer qu'elles cadraient bien avec les objectifs globaux de la campagne. On a cherché de la documentation servant à soutenir les recommandations avec l'aide de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et de Qualité des services de santé Ontario. La recommandation 1 a été adaptée avec la permission de l'American Academy of Hospice and Palliative Medicine à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question in Hospice and Palliative Medicine. © 2013 American Academy of Hospice and Palliative Medicine. La recommandation 5 a été adoptée à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question. © 2014 Société canadienne de médecine interne établie.

Sources

- 1** Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et coll. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, le 19 août 2009; 302(7):741-749.
Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et coll. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*, juillet 2007; 55(7):993-1000.
Ciemiens EL, Blum L, Nunley M, Lasher A, Newman JM. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. *J Palliat Med*, décembre 2007; 10(6):1347-1355.
Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. *Cancer*, le 15 janvier 2009; 115(2):437-445.
Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*, le 10 août 2008; 26(23):3860-3866.
Fowler R, Hammer M. End-of-life care in Canada. *Clin Invest Med*, 2013; 36(3):E127-132.
Gade G, Venohr I, Conner D, et coll. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med*, mars 2008; 11(2):180-190.
Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et coll. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, le 1er février 2012; 30(4):394-400.
Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et coll. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*, le 8 septembre 2008; 168(16):1783-1790.
Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et coll. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, le 15 janvier 2008; 148(2):141-146.
Temel JS, Greer JA, Admane S, et coll. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol*, le 10 juin 2011; 29(17):2319-2326.
Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et coll. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, le 19 août 2010; 363(8):733-742.
- 2** Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 2010; 340:c1345.
Houben CH, Spruit MA, Groenen MT, Wouters EF, Janssen DJ. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*, juillet 2014; 15(7):477-489.
Newton J, Clark R, Ahlquist P. Evaluation of the introduction of an advanced care plan into multiple palliative care settings. *Int J Palliat Nurs*, novembre 2009; 15(11):554-561.
Poppe M, Burleigh S, Banerjee S. Qualitative evaluation of advanced care planning in early dementia (ACP-ED). *PLoS One*, 2013; 8(4):e60412.
- 3** Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et coll. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, le 4 septembre 2010; 376(9743):784-793.
Booth S, Kelly MJ, Cox NP, Adams L, Guz A. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med*, mai 1996; 153(5):1515-1518.
Bruera E, Sweeney C, Willey J, et coll. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. *Palliat Med*, décembre 2003; 17(8):659-663.
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) evidentiary framework. *Ont Health Technol Assess Ser*, 2012; 12(2):1-97.
Philip J, Gold M, Milner A, Di Iulio J, Miller B, Spruyt O. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, décembre 2006; 32(6):541-550.
Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*, le 29 janvier 2008; 98(2):294-299.
- 4** Ahmedzai SH, Boland J. Constipation in people prescribed opioids [Internet]. *Clin Evid*, 2010 [consulté le 2 juin 2014]. Disponible ici : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907601/pdf/2010-2407.pdf>.
Fosnes GS, Lydersen S, Farup PG. Effectiveness of laxatives in elderly--a cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatr*, 2011; 11:76.
Hawley PH, Byeon JJ. A comparison of sennosides-based bowel protocols with and without docusate in hospitalized patients with cancer. *J Palliat Med*, mai 2008; 11(4):575-581.
Ruston T, Hunter K, Cummings G, Lazarescu A. Efficacy and side-effect profiles of lactulose, docusate sodium, and sennosides compared to PEG in opioid-induced constipation: a systematic review. *Can Oncol Nurs J*, automne 2013; 23(4):236-246.

Tarumi Y, Wilson MP, Szafran O, Spooner GR. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral docusate in the management of constipation in hospice patients. *J Pain Symptom Manage*, janvier 2013; 45(1):2-13.

5

Bracey AW, Radovancevic R, Riggs SA, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. *Transfusion (Paris)*, octobre 1999; 39(10):1070-1077.

Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 4:Cd002042.

Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med*, le 11 février 1999; 340(6):409-417.

Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. *Crit Care Med*, septembre 2008; 36(9):2667-2674.

Papaoannou A, Morin S, Cheung AM, et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ*, le 23 novembre 2010; 182(17):1864-1873.

Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*, le 3 janvier 2013; 368(1):11-21.

Susantitaphong P, Altamimi S, Ashkar M, et al. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *Am. J. Kidney Dis.* Jun 2012;59(6):829-840.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne Choisir avec soin reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de La Société canadienne des médecins de soins palliatifs

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCMSP est une organisation qui regroupe des membres cliniciens, éducateurs, universitaires, chercheurs et spécialistes consacrés à l'amélioration des soins palliatifs aux patients et à leurs familles par le biais de l'avancement et de l'amélioration de la médecine palliative et de la formation en médecine palliative.