



RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (RQSPAL)

Portes ouvertes sur la pharmacie des patients atteints de cancer avancé

Par Emmanuelle Doucet BSc inf, MSc (c) pharm.
Sous la direction de Pierre Gagnon M.D, FRCPC

★ 19 octobre 2018

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Mise en contexte du projet de maîtrise
- Revue de littérature (3 axes)
- Projet de recherche :
 - Méthodologie
 - Analyse
 - Résultats
 - Discussion / Conclusion

Situation du projet dans le cadre d'une étude plus vaste



ERMMS
ÉQUIPE DE RECHERCHE MICHEL-SARRAZIN
EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SOINS PALLIATIFS



Canadian
Cancer
Society

Société
canadienne
du cancer

 **RQSPAL**
RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE
EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE


**CHU
de Québec**
Université Laval
Centre de recherche


AXE ONCOLOGIE


CENTRE DE RECHERCHE
SUR LE CANCER

RECENSION DES ÉCRITS

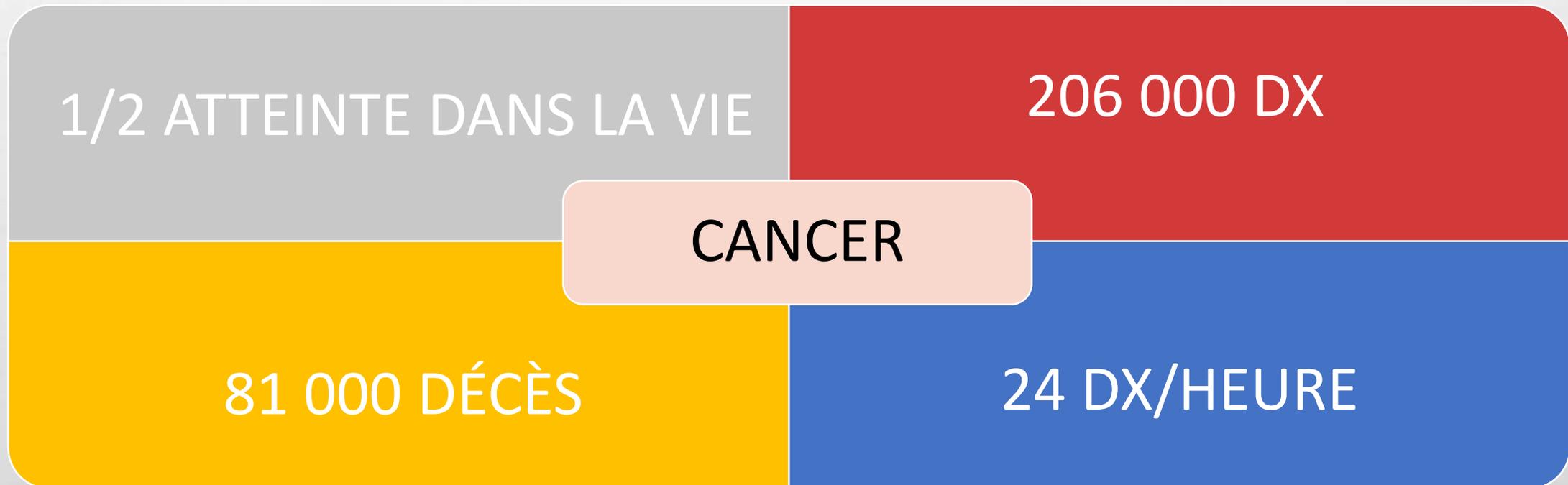
(3 THÈMES)





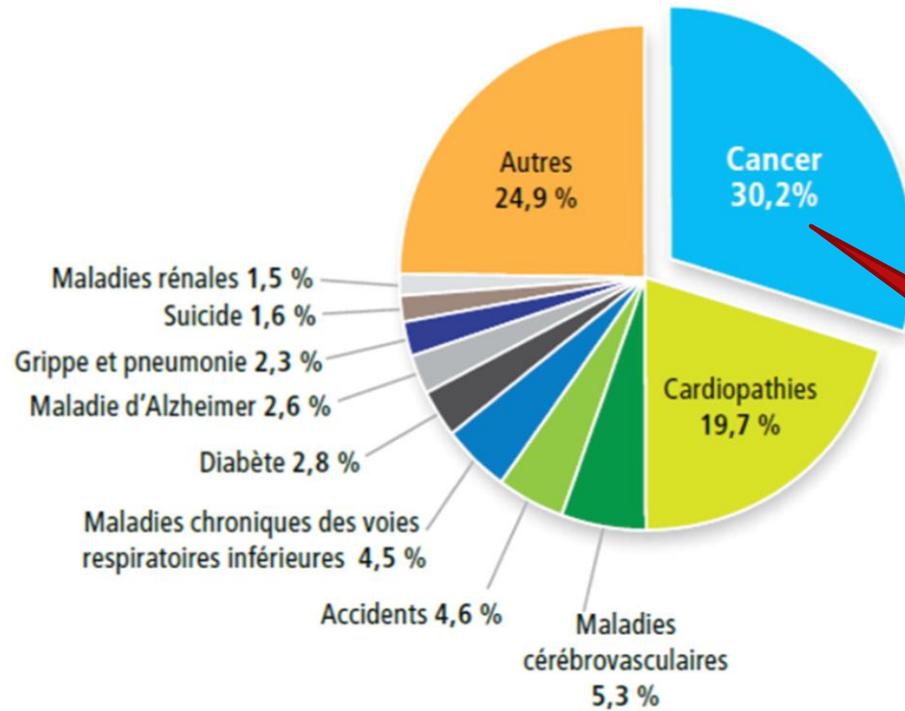
1. SITUATION DU CANCER AU CANADA

SITUATION DU CANCER AU CANADA, 2017



Société canadienne du cancer, 2017

FIGURE A Pourcentage de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2012



Nota : En 2012, le nombre total de décès, toutes causes confondues au Canada, était de 246 596.
Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada⁽¹⁾

CANCER : PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS AU CANADA

30,2 %

Société canadienne du cancer, 2012



2. PROFIL PSYCHOLOGIQUE ET CANCER AVANCÉ

DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE EN ONCOLOGIE

Prévalence de la détresse^{1,2,3}

35-45%: Oncologie
58-79%: Soins palliatifs



Troubles cliniques en oncologie⁴

Troubles cliniques	Prévalence moyenne (%)
Trouble de l'adaptation	19,4
Dépression	16,3
Troubles anxieux	10,3

¹Partenariat canadien contre le cancer (2012) ; ²Potash et Breitbart (2002) ; ³Fitch (2008) ; ⁴Mitchell et al. (2011).



3. PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET CANCER AVANCÉ

PSYCHOPHARMACOTHÉRAPIE : GÉNÉRALITÉS

- Oncologie > clientèle générale ^{1,2}
- Prescrit pour symptômes neuropsychiatriques et physiques ³
- Peu d'études en contexte de cancer avancé ⁴



¹Dérogatis et al. (1979); ²Ng et al. (2012); ³Grassi (2014); ⁴Farriols et al. (2012)

PROJET DE RECHERCHE





OBJECTIF PRINCIPAL DE RECHERCHE

Objectif 1

Décrire les prescriptions et l'usage réel de médicaments psychotropes et analgésiques des participants à une étude visant l'amélioration de la qualité de vie en phase avancée de cancer.



MÉTHODOLOGIE



RÉPARTITION ALÉATOIRE

N=137	Groupe intervention (N=71)	Groupe contrôle (N=66)
Répartition aléatoire	Soutien standard équipe soignante + Intervention cognitive-existentielle* 8 rencontres téléphoniques 1 X / semaine (60 minutes)	Soutien standard équipe soignante

*Intervention offerte par travailleur social spécialement formé

L'INTERVENTION COGNITIVE-EXISTENTIELLE

- Conjugue deux modèles d'intervention complémentaires :

Approche cognitivo-comportementale	Approche existentielle
<ul style="list-style-type: none">• Favorise une meilleure connaissance, compréhension et maîtrise des pensées, émotions et comportements ;• Permet de développer une perspective plus large de soi, qui sert de tremplin pour accéder à la composante existentielle	<ul style="list-style-type: none">• S'inspire de la logothérapie (thérapie par le sens) du psychiatre autrichien Viktor Frankl• Permet d'accompagner la personne dans sa recherche de sens, besoin significatif chez 40% des personnes atteintes de cancer.• Permet de développer :<ul style="list-style-type: none">• De l'espoir face à la vie• Un sentiment d'accomplissement• Une certaine sérénité face à la mort. 

Fankl (1988) ; Gagnon (2008) : Lemay & Wilson, (2008)

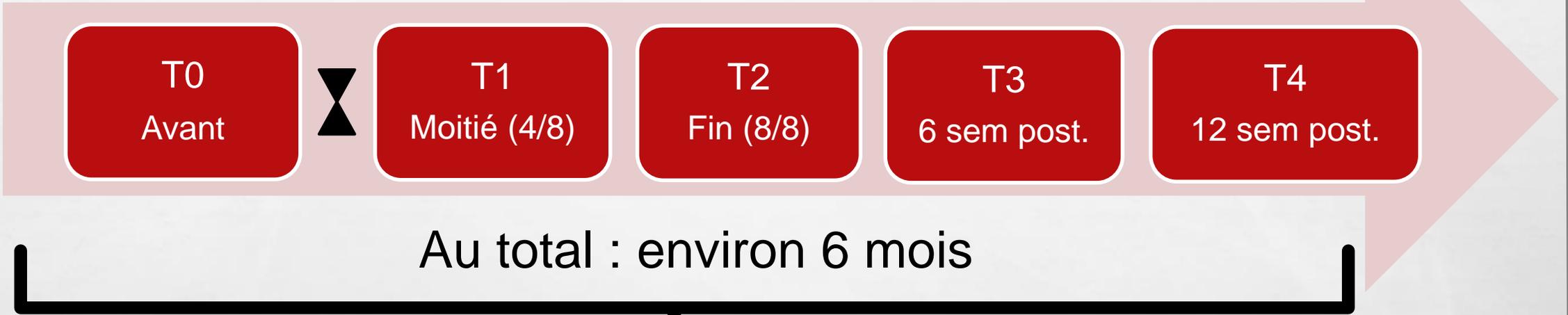
INTERVENTION COGNITIVE-EXISTENTIELLE

- Permet d'améliorer la qualité de vie **globale** et **existentielle** des personnes atteintes de cancer ainsi que le bien-être spirituel, facteur de protection contre :
 - La détresse psychologique
 - La dépression
 - La perte d'espoir
 - Le désir de mourir précipitamment



Kissane et al. (2003) ; Gagnon et al. (2008) ; Breitbart et al. (2002)

TEMPS DE MESURES



 Distribution aléatoire

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON



N = 137

65,5 % ♀  34,5% ♂

Âge moyen : 65 ans (24 à 89 ans)

Diplôme universitaire = 48%

3 principales catégories de cancer :

1- Sein (25%)

2- Système respiratoire (17%)

3- organes génitaux féminins (14%)

77% = Cancers métastatiques

HOMOGENÉITÉ DES GROUPES :

LES 2 GROUPES SE RESSEMBLENT EN TOUT POINT



RÉSULTATS : OBJECTIF 1



UN PORTRAIT PHARMACOLOGIQUE DES PARTICIPANTS

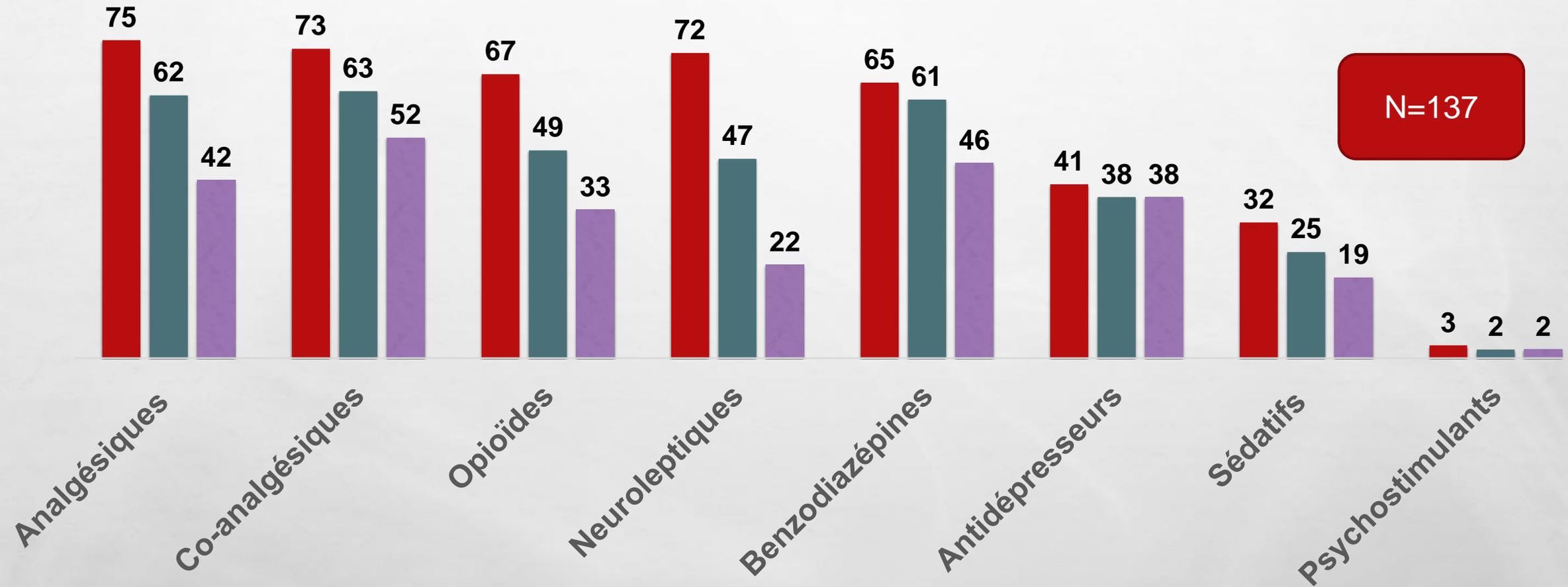


22



DESCRIPTION DU PROFIL PHARMACOLOGIQUE

■ Qui en a de prescrit ■ Qui dit en faire usage ■ Qui peut préciser la dose



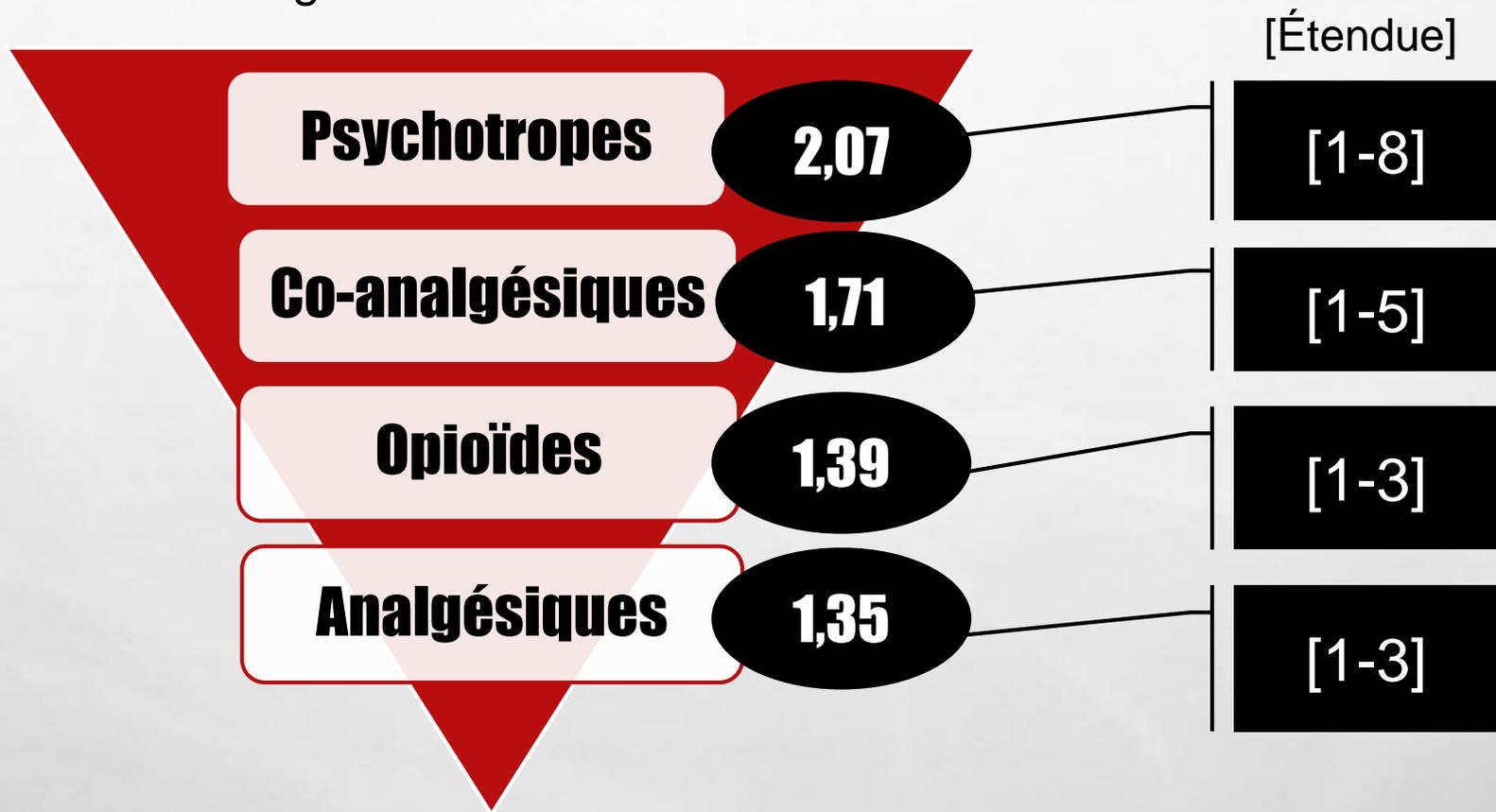
ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENCE DES PRESCRIPTIONS DE PSYCHOTROPES



¹Dérogatis et al. (1979) ; Jeager et al. (1985) ; Farriols et al. (2012)

NOMBRE MOYEN DE MÉDICAMENTS CONSOMMÉS PAR PERSONNE

*Parmi ceux en faisant usage



TOP 3 DES MOLÉCULES LES PLUS UTILISÉES DE CERTAINES CLASSES

Analgésiques opioïdes	<ol style="list-style-type: none">1. Hydromorphone2. Morphine3. codéine
Analgésiques non-opioïdes / Co-analgésiques	<ol style="list-style-type: none">1. Acétaminophène2. Prégabaline3. Dexaméthasone
Antidépresseurs	<ol style="list-style-type: none">1. Venlafaxine2. Citalopram3. Amitriptyline
Benzodiazépines	<ol style="list-style-type: none">1. Lorazépam2. Oxazépam3. Clonazépam
Neuroleptiques	<ol style="list-style-type: none">1. Prochlorpérazine2. Olanzapine3. Quétiapine

PARFOIS PLUSIEURS CLASSES CONSOMMÉES

Fréquence de participants faisant usage de plusieurs classes de médicaments

Nombre de classes	0	1	2	3	4	5	6	7
Fréquence (%)	21,6	12,4	24,2	17,0	13,1	8,5	2,6	0,7

41,9 % ≥ 3 CLASSES

Comparaisons avec la littérature

32% (1979)

36% (1990)



Dérogatis et al. (1979); Stiefel et al. (1990)

UN APERÇU DES DOSES UTILISÉES



28



DOSE MOYENNE ÉQUIVALENTE CONSOMMÉE

* parmi les participants en faisant usage et pour qui j'avais une dose précisée

Classes (n)	Dose moyenne journalière consommée (mg)	[min-max]	Écart-type
Opioides (33)	63,7 (équivalent morphine)	[0-500]	99,4
Antidépresseurs (38)	11,5 (équivalent citalopram)	[0-80]	20,2
Benzodiazépines (46)	1,7 (équivalent lorazépam)	[0-12]	1,8
Neuroleptiques (22)	0,7 (équivalent halopéridol)	[0-5]	1,1

DEFINED DAILY DOSE (DDD)

DDD = dose d'entretien moyenne supposée / jour, pour un médicament utilisé chez l'adulte

Standard international recommandé pour les études sur l'utilisation des médicaments (établie par consensus d'expert de l'OMS).



« DÉNOMINATEUR COMMUN »

Permet de comparer les doses de médicaments.
(de même classe et de classes différentes)

*** Ne reflète pas la dose journalière recommandée ou prescrite**

EXEMPLE DE CALCUL DE RATIO DDD

Exemple Rx de M. Tremblay

Lorazépam 1mg SL HS reg

DDD* établi par l'OMS

Lorazépam SL	= 2,5 mg
--------------	----------

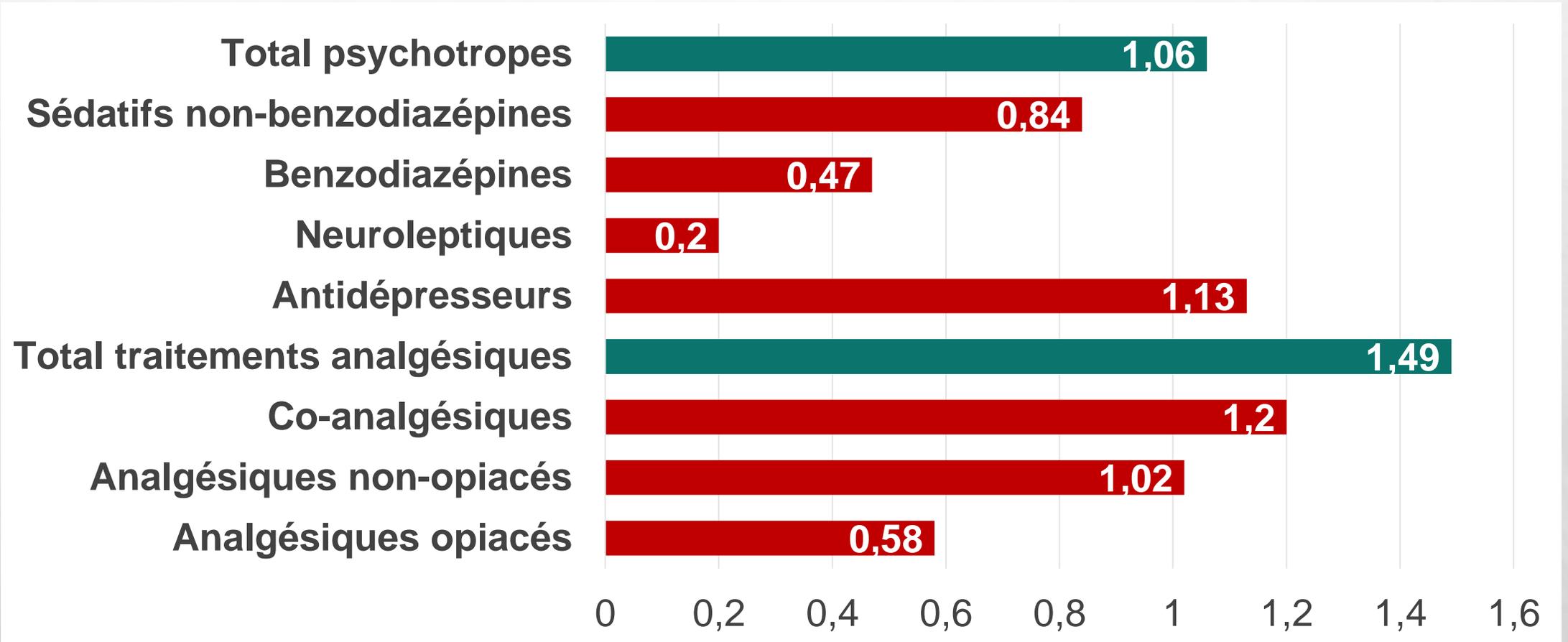
Calcul du ratio DDD de M. Tremblay

Lorazépam : $1\text{mg}/2,5\text{mg} = 0,4$

*https://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=N05AD01

RATIO DDD MOYEN CONSOMMÉ

* parmi les participants en faisant usage et pour qui j'avais une dose précisée



CONCLUSION

- ✓ Gestion de la douleur et des symptômes émotionnels → place importante dans le profil pharmacologique des patients en cancer avancé (détresse +++, douleur +++)
- ✓ Certains prennent +++ classes de médicaments simultanément malgré des conditions qui affectent +++++ pharmacocinétique des médicaments :
 - Âge avancé
 - Cancer et ses traitements
 - État de dénutrition
 - Diminution de la fonction rénale et hépatique
 - Diminution de l'absorption au niveau du gros intestin, etc.





APERÇU DE L'OBJECTIF 2

Objectif 2

Explorer l'impact potentiel d'une intervention psychologique visant l'amélioration de la qualité de vie en phase avancé de cancer sur l'usage de médicaments psychotropes et analgésiques.



ANALYSE OBJECTIF 2 : EFFET TEMPS (PARTIE 1)

- Test de rang de Wilcoxon (et test du signe) comparer des doses aux différentes périodes de temps pour les participants du même groupe.

T0 vs T1

T0 vs T2

T0 vs T3

T0 vs T4

*non-paramétrique car non-respect de la condition de normalité

ANALYSE OBJECTIF 2 : EFFET GROUPE/GROUPE*TEMPS (PARTIE 2)

- Modèles de régression linéaire de type GEE
(Generalized estimating equation)
- Dans l'échantillon complet puis dans celui des consommateurs uniquement
 - Avec et sans ajustement de la dose au T0
 - Avec et sans interaction groupe*temps

RÉSULTATS : OBJECTIF 2



INFLUENCE DE L'INTERVENTION

Peu de résultats **statistiquement significatifs**

✓ Effet TEMPS

✓ Effet GROUPE

*****LIMITE** : patients à domicile et usage auto-rapporté

✓ Effet TEMPS*GROUPE

Mais cliniquement... résultats intéressants :

- Effet TEMPS : Doses T3-T4 > doses T0
- Effet GROUPE : ↓ des doses de certains mx pendant a durée de l'intervention
(voir graphique)

DOSE MOYENNE JOURNALIÈRE (MG) DE BENZODIAZÉPINES EN ÉQUIVALENT LORAZÉPAM



* Échantillon de consommateurs uniquement

RATIO DDD MOYEN DE CO-ANALGÉSIIQUES



CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA PRÉSENTATION

ET PERSPECTIVES FUTURES...

41



RÉPERCUSSIONS DU PROJET

- Permet de raffiner l'évaluation de l'usage de psychotropes et d'analgésiques en contexte de cancer avancé et de décrire le phénomène chez un échantillon québécois.
- Amène une réflexion sur le phénomène de polymédication en soins palliatifs.
- Porte à réfléchir aux bienfaits potentiels des interventions non-pharmacologiques sur le bien-être émotionnel des patients en oncologie.
- Ouvre la porte à d'autres projets similaires
 - MSP, hôpital
 - Utilisation de technologies numériques, téléphone : ↑ accès

- Fonds d'enseignement et de recherche (FER)
- Société canadienne du cancer (SCC)
- Équipe ERMOS :

- Pierre Gagnon
- Joanie LeMoignan
- François Tardif
- Marie-Anik Robitaille

MERCI !

Élisabeth Beaunoyer, Stéphanie Mathieu, Jamie Woods,
Catherine Bédard, Marie-Claude Gilbert, Simon Paré-
Gaudreault, Cinthia Lacroix

Ainsi que David Simonyan et Mamadou Yauck

