



**Évaluation du patient et de ses besoins :
nécessité pour un continuum
de soins approprié**

**Dr. Eduardo Bruera
Journée Scientifique RQSPAL
4 octobre 2019**

Conflit d'intérêts

Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier:

Eduardo Bruera

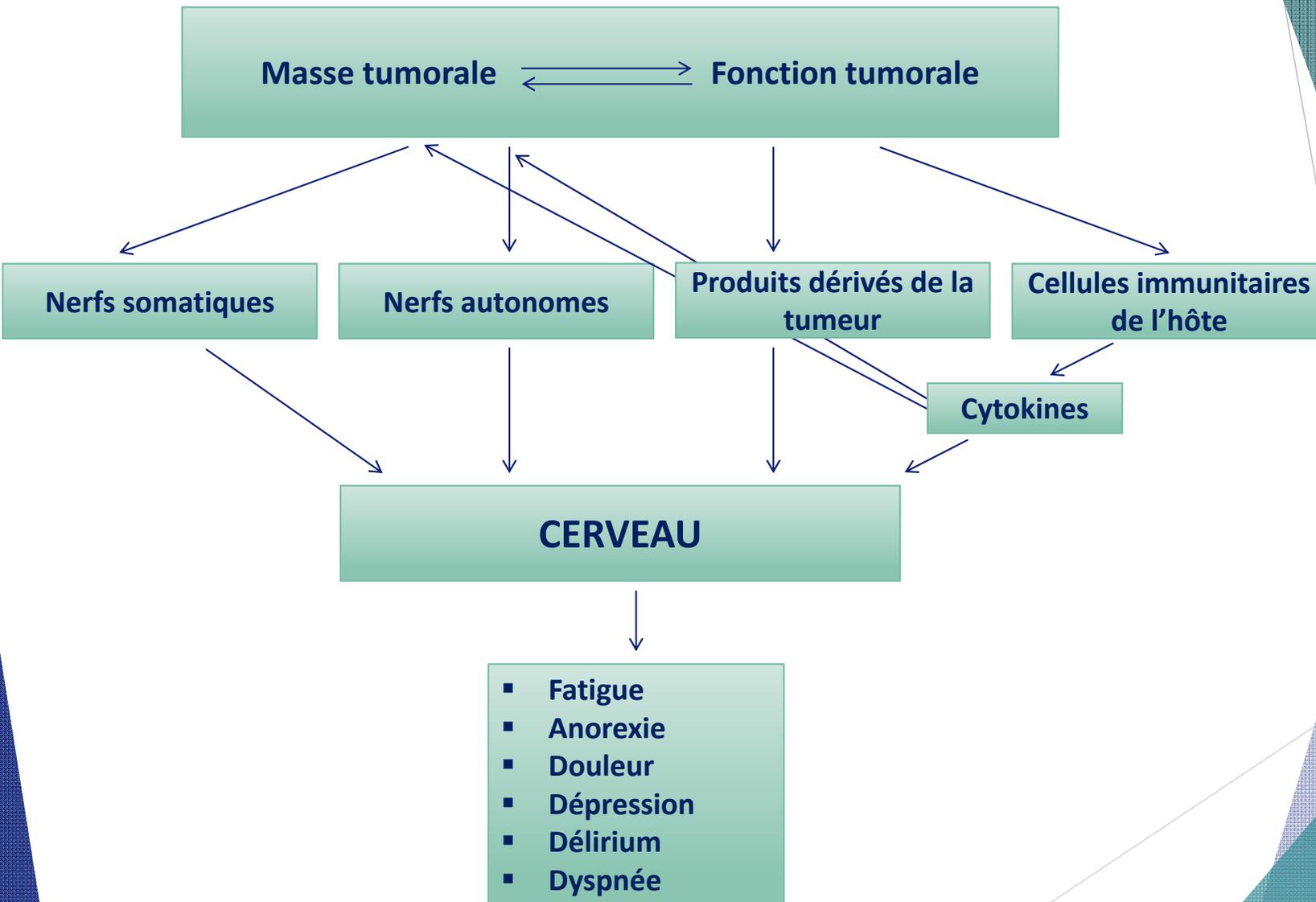
 Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Introduction



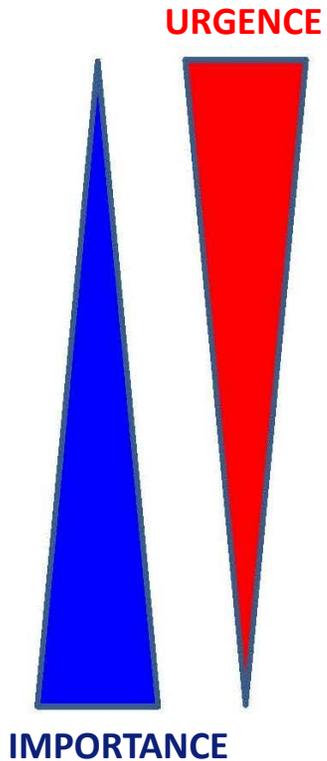
Problèmes du patient

- ▶ **Douleur (80%)**
- ▶ **Fatigue (90%)**
- ▶ **Perte de poids / Anorexie (80%)**
- ▶ **Douleur spirituelle (50%)**
- ▶ **Nausée / Vomissements (70%)**
- ▶ **Anxiété / dépression (25%)**
- ▶ **Essoufflement (50%)**
- ▶ **Confusion / Agitation (80%)**



Nous soulageons la souffrance





ROUGE Symptômes physiques : Douleur, dyspnée, nausées, autres
Délirium
Dépression (risque de suicide)

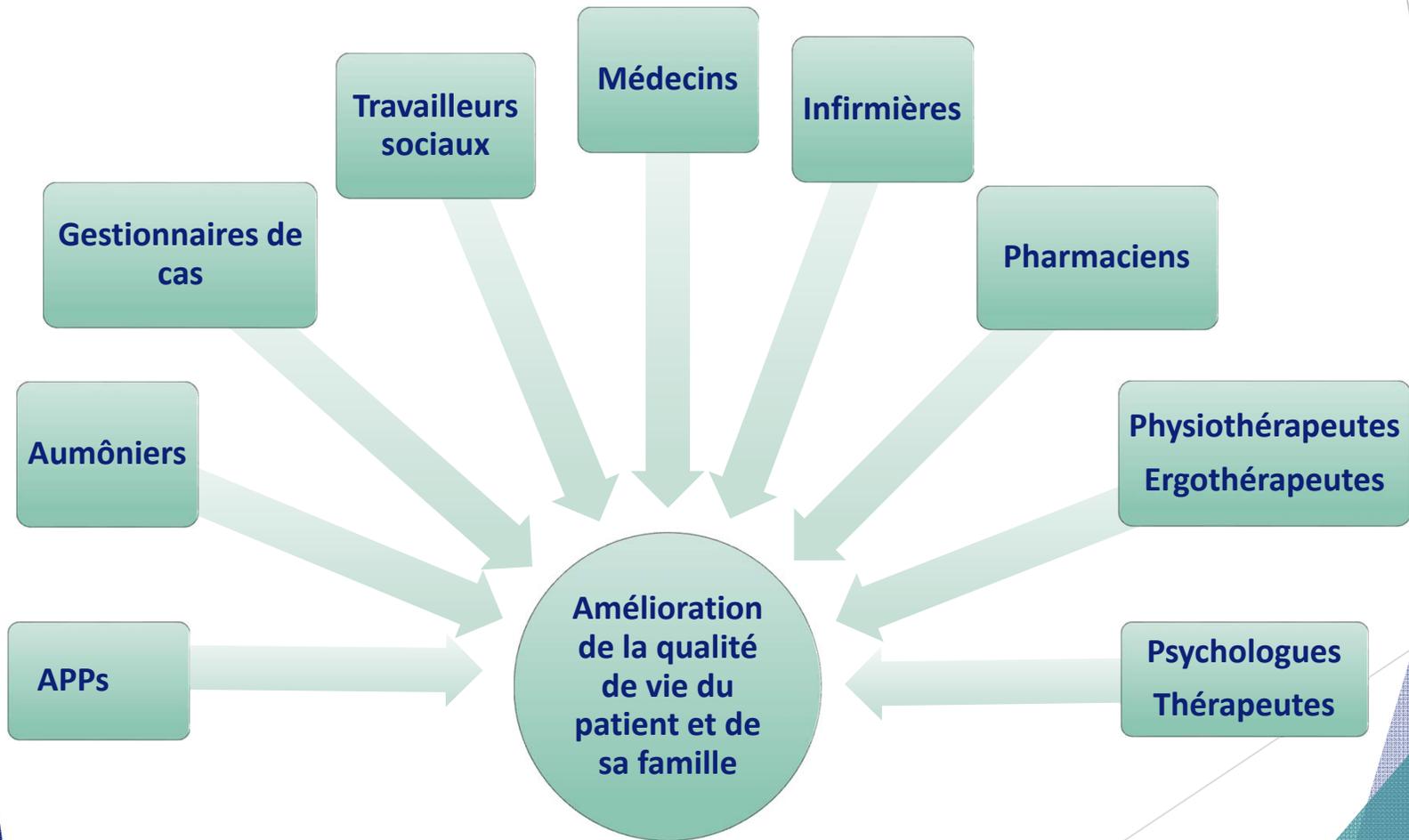
ORANGE Constipation
Symptômes physiques : Insomnie, anorexie, fatigue, sédation
Symptômes émotionnels : Anxiété, dépression
Nutrition

VERT Fonctions physique et sociale
Fonction et structure familiale
Finances
Spiritualité

Planification des soins avancés

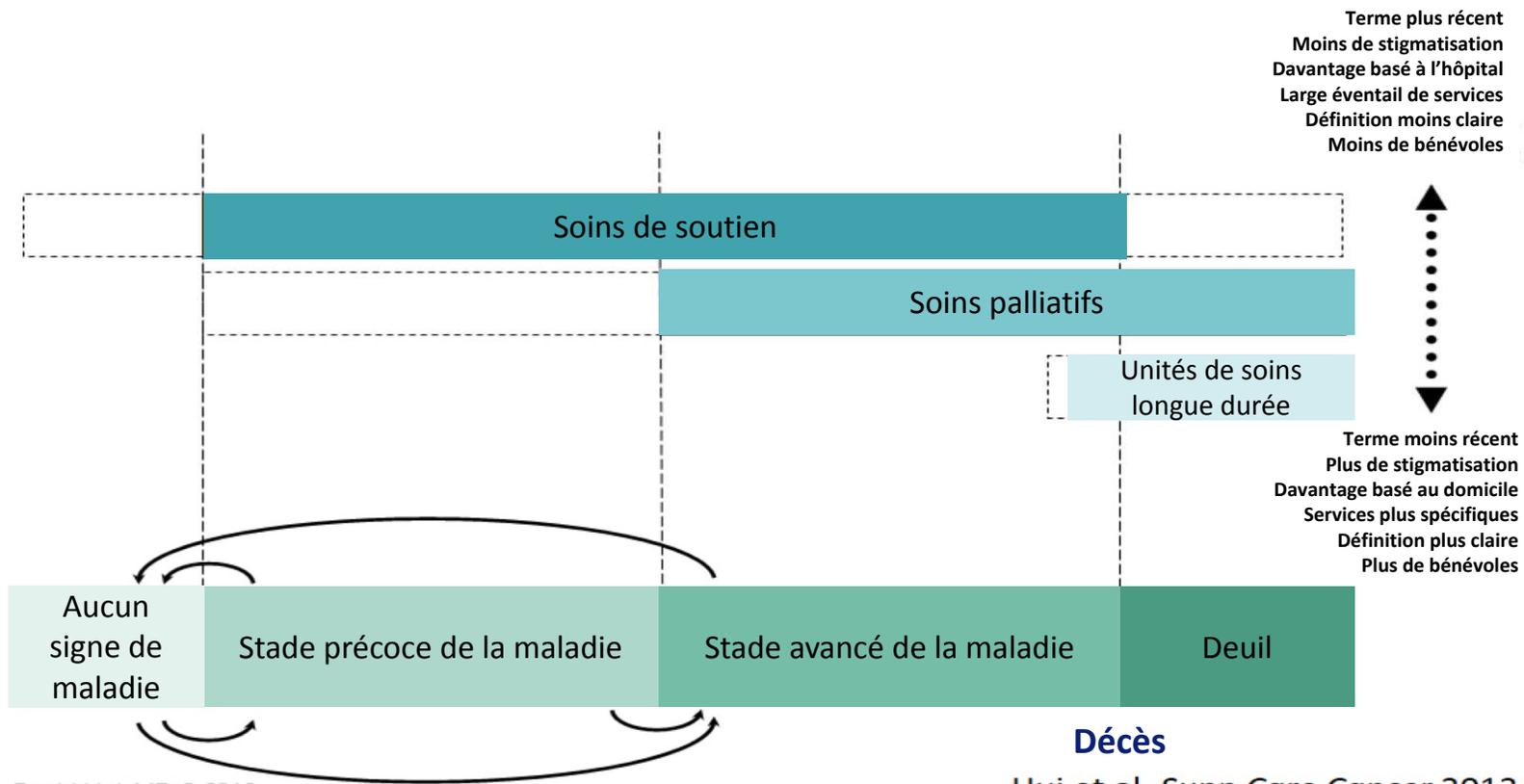
BLEU HÉRITAGE – Thérapie de la dignité
Signification – Logothérapie
Immortalité symbolique
Bien-être
Sources de joie

Équipe interdisciplinaire en soins palliatifs



Soins de soutien versus soins palliatifs

Une revue systématique



David Hui, MD © 2018

Hui et al. *Supp Care Cancer* 2012



Cancer et morbidité

Patients avec cancer avancé

Complications liées au cancer

- Invasion directe
- Obstruction
- Compression
- Effusion
- Infections
- Thrombose
- Saignements
- Inflammation
- Syndrome paranéoplasique

Effets indésirables du traitements

- Cardiaques
- Pulmonaires
- Gastro-intestinaux
- Hématologiques
- Infectieux
- Musculo-squelettiques
- Neurologiques
- Endocriniens
- Dermatologiques

Facteurs psychosociaux

- Diagnostic limité
- Crainte de progression du cancer
- Incertitudes
- Image corporelle
- Perte de fonction
- Emploi/passe-temps
- Relations familiales
- Préoccupations spirituelles
- Stress financier

Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)

MD Anderson
Cancer Center

Edmonton Symptom Assessment (ESAS-FS)

	Patient , ACCT# DOB	Print Date FC SEX	MDA # Location
Symptom Control and Palliative Care - Inpatient			
Date: _____ Inpatient Unit: _____			
No Pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Pain Imaginable
No Fatigue	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Fatigue Imaginable
No Nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Nausea Imaginable
No Depression	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Depression Imaginable
No Anxiety	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Anxiety Imaginable
No Drowsiness	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Drowsiness Imaginable
Best Appetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Appetite Imaginable
Best Feeling of Well-being	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Feeling of Well-being Imaginable
No Shortness of Breath	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Shortness of Breath Imaginable
Best Sleep	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Sleep Imaginable
No Financial Distress <i>(Distress/Suffering experienced secondary to financial issues)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Financial Distress
No Spiritual Pain <i>(Pain deep in your soul/being that is not physical)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Worst Spiritual Pain
Assessed by: _____			

Edmonton Symptom Assessment (ESAS-FS)
Symptom Control and Palliative Care - Inpatient
Page 1 of 1

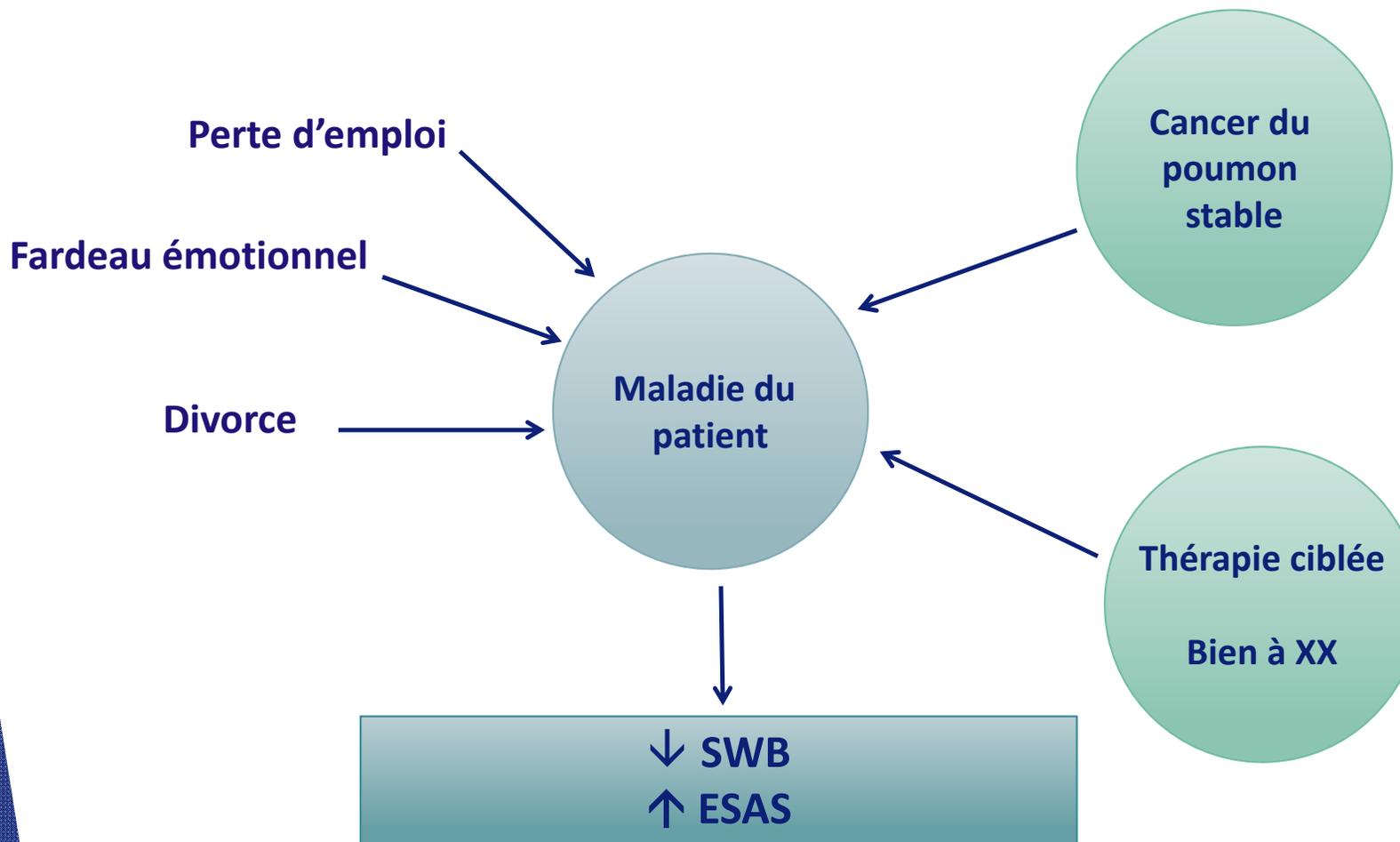
Do Not File In
Scanned Medical Record

SCP496051 (8/14/2012)

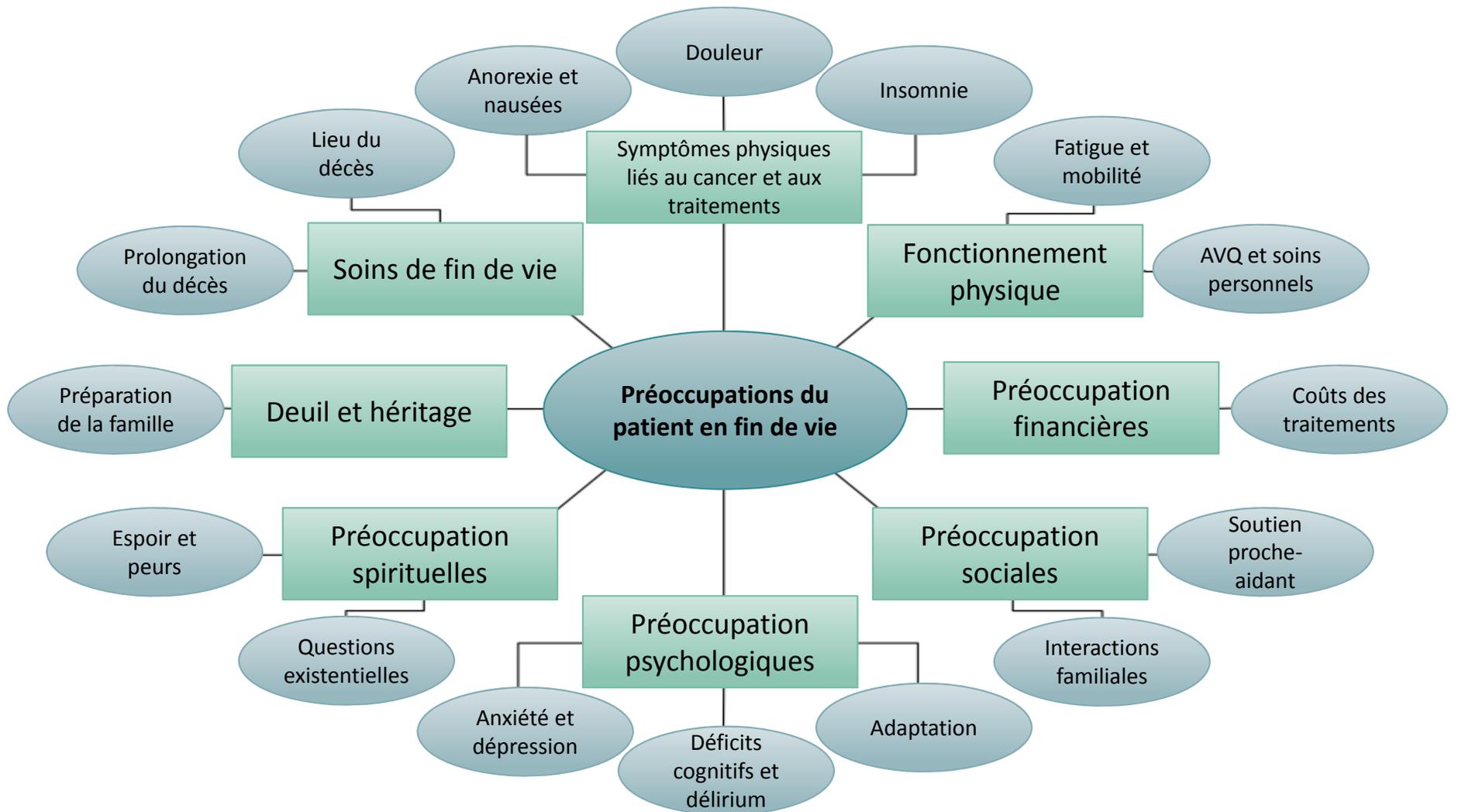
THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER

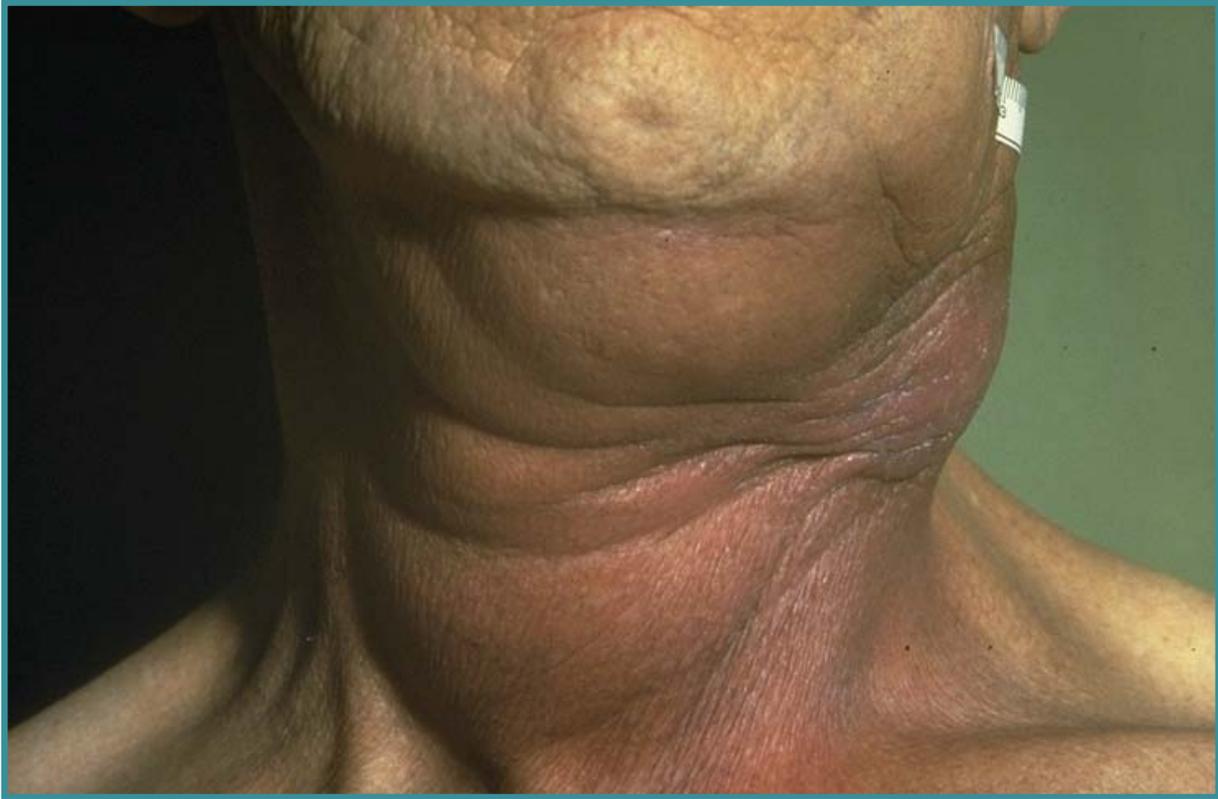
Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)

- Peut être complétée en une minute par le patient dans la salle d'attente
- Échelle validée
- Instrument le plus couramment utilisé en soins palliatifs
- **GRATUIT!** Téléchargez-le aujourd'hui et utilisez-le dès maintenant!

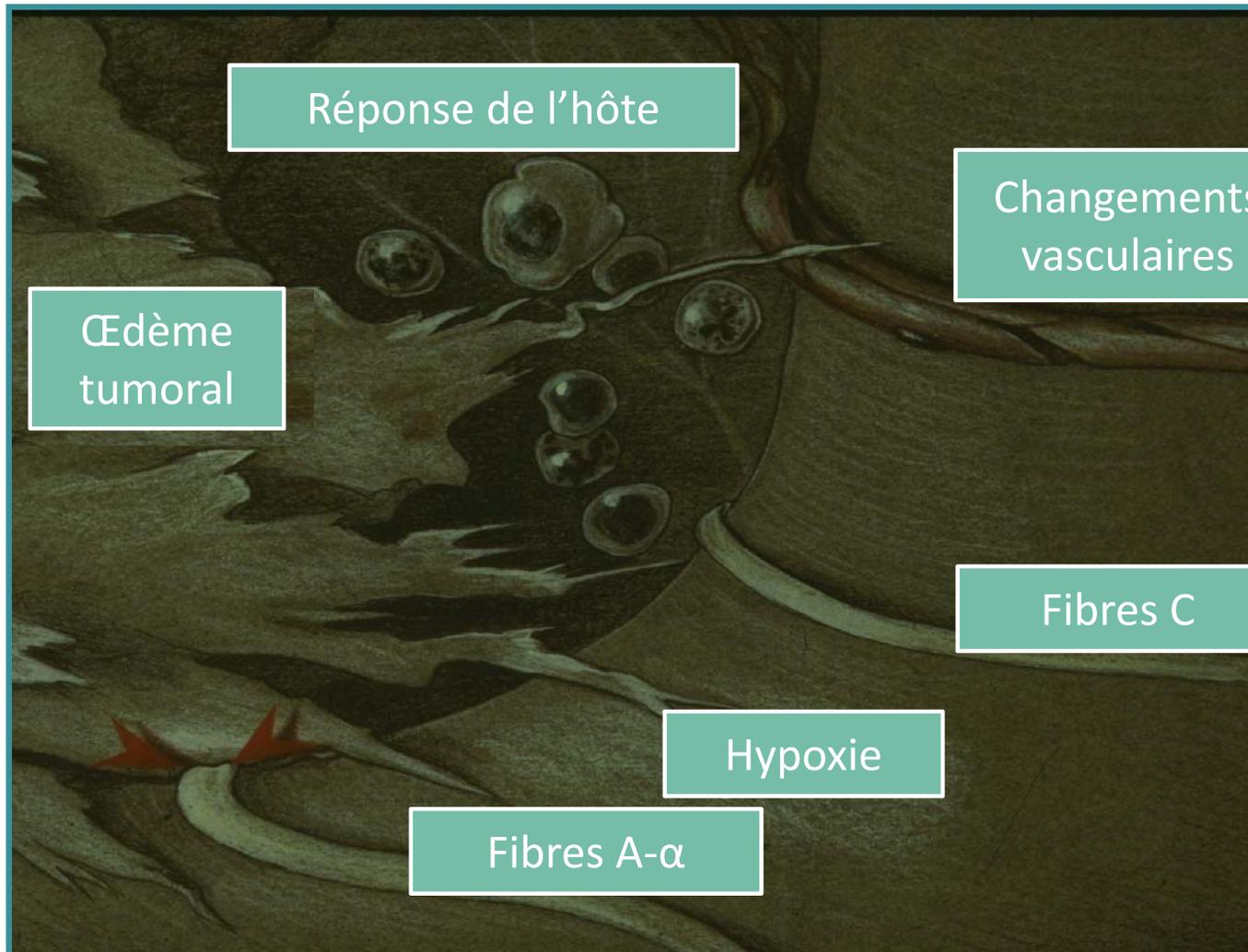


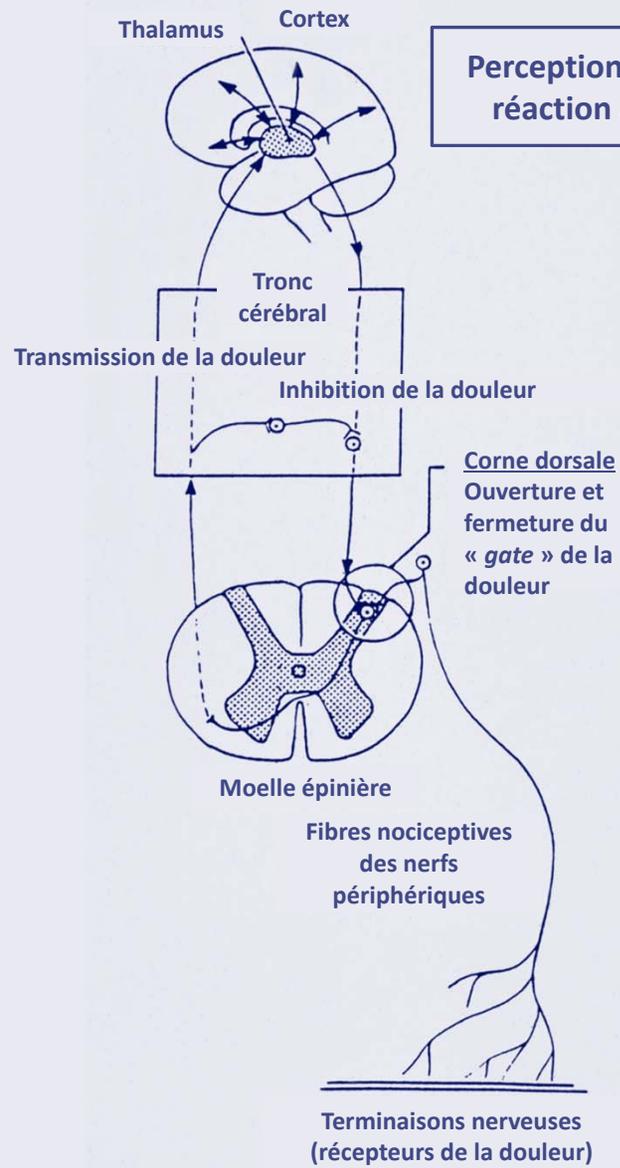
- Changements de médication
- Procédure de diagnostic invasive
- Crainte de progression du cancer



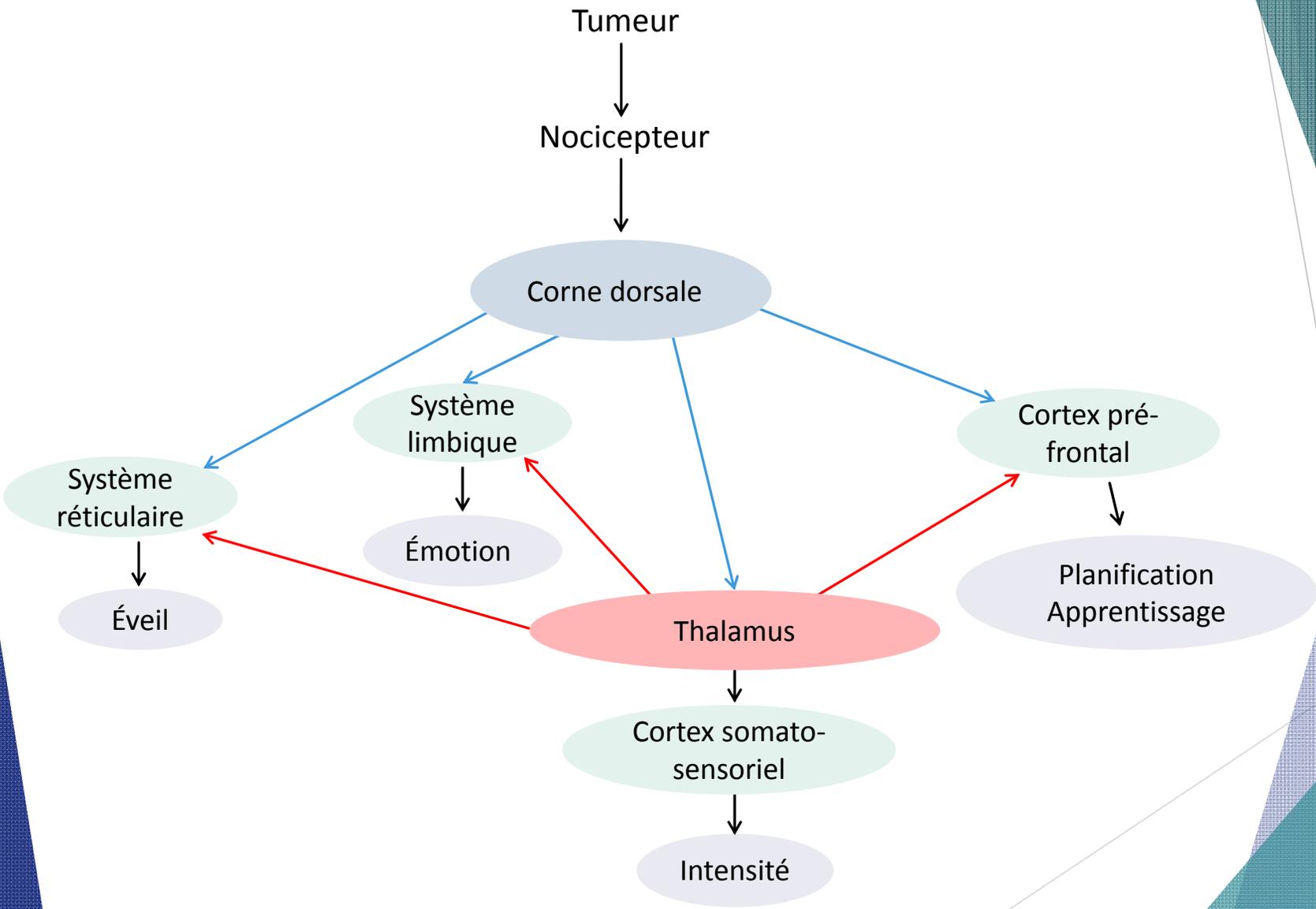






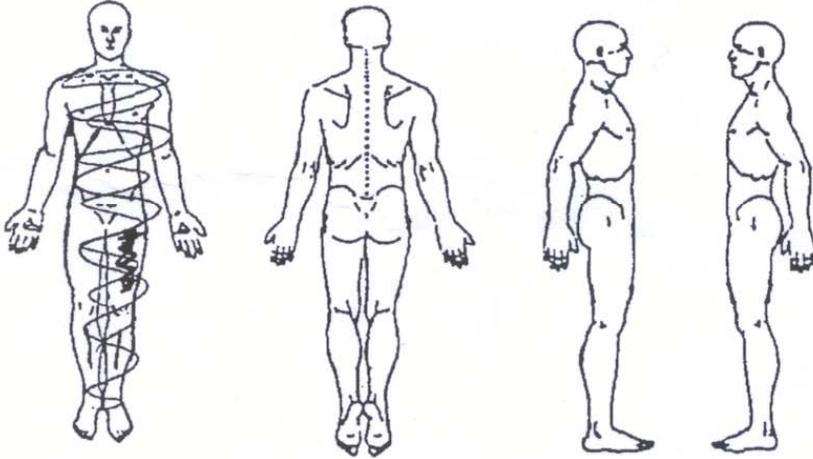


Perception, sensation et réaction à la douleur



SYMPTOM ASSESSMENT

Where is your pain located? Shade in the diagram and mark the worst spots with an X. 5 of 6 sessions of Chemotherapy?



GI - NSCLC (Worst Imaginable Day)

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0	5	7	0	7	7	5	7	0	6	
	Pain	Fatigue	Nausea	Depression	Anxiety	Drowsiness	Shortness of Breath	Appetite	Sleep	Feeling of Well Being

1.5
2.3
9.5

Check if N/A

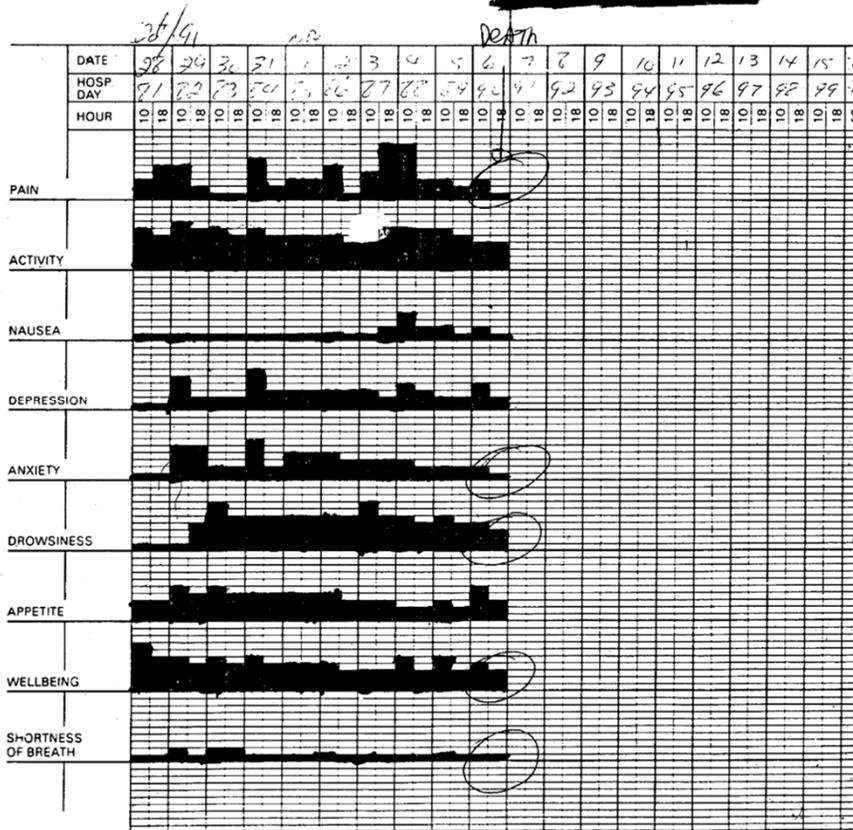
ÉVALUATION DES SYMPTÔMES – JOUR 1



The General Hospital
(Grey Nuns) of Edmonton

SYMPTOM ASSESSMENT GRAPH

[REDACTED]



ASSESSED BY: [Handwritten initials]

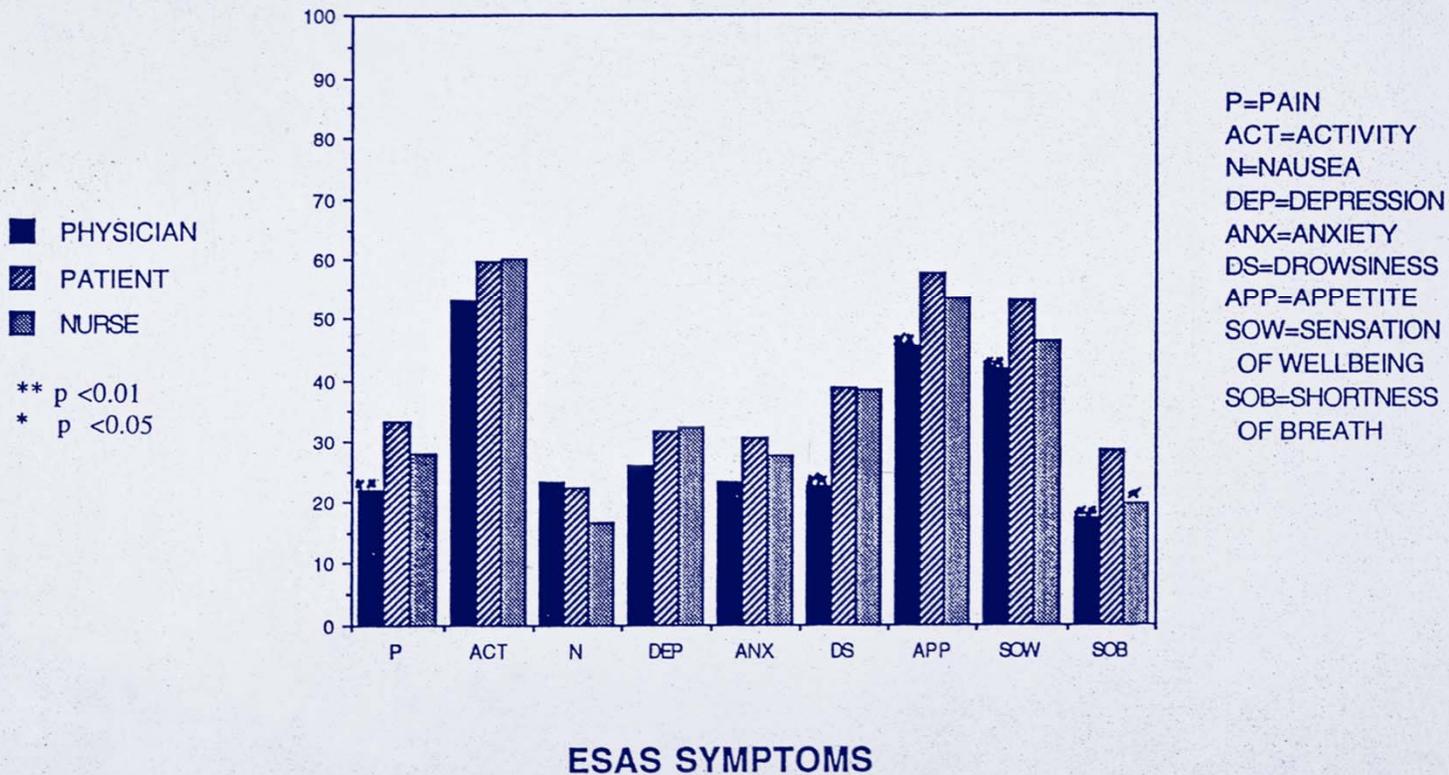
Code P - Patient N - Nurse NA - Nurse Assisted F - Family

Mini-Mental State Score: [Handwritten scores]

Pourquoi mesurer?

- 1. Identifier plus de symptômes : 2 vs 8**
- 2. Possibilité de comparer**
- 3. S'assurer de la qualité**

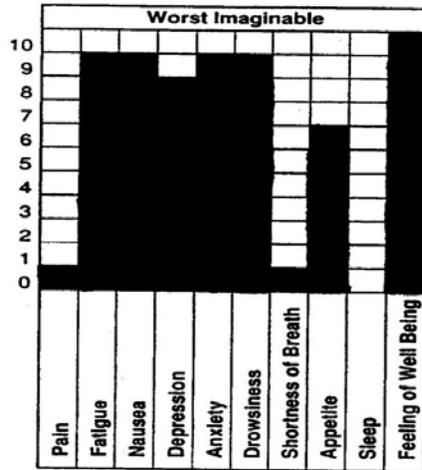
SYMPTOM INTENSITY AS ASSESSED BY THE PHYSICIAN, PATIENT, AND NURSE DAY 1-4



Interdisciplinary Assessment & Plan of Care

SYMPTOM ASSESSMENT

11/27/99



Mini Mental Status Score	<u>29</u> 30
Number of years of schooling?	
Mini Mental Status Score Normal for age and education	24
Cage Questionnaire Score (2/4 = a positive Cage)	<u>0</u> 4

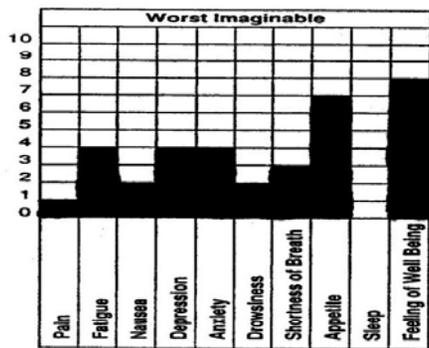
Information obtain from: Patient _____

Other (specify) _____

Interdisciplinary Assessment & Plan of Care

SYMPTOM ASSESSMENT

1/20/99



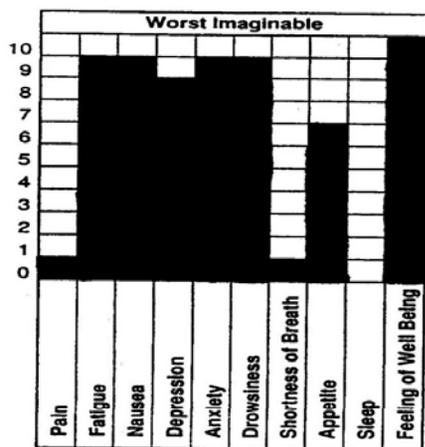
Mini Mental Status Score	<u>29</u> 30
Number of years of schooling?	
Mini Mental Status Score Normal for age and education	<u>24</u>
Cage Questionnaire Score (2/4 = a positive Cage)	<u>0</u> 4

Information obtain from: Patient _____
Other (specify) _____

Interdisciplinary Assessment & Plan of Care

SYMPTOM ASSESSMENT

1/27/99

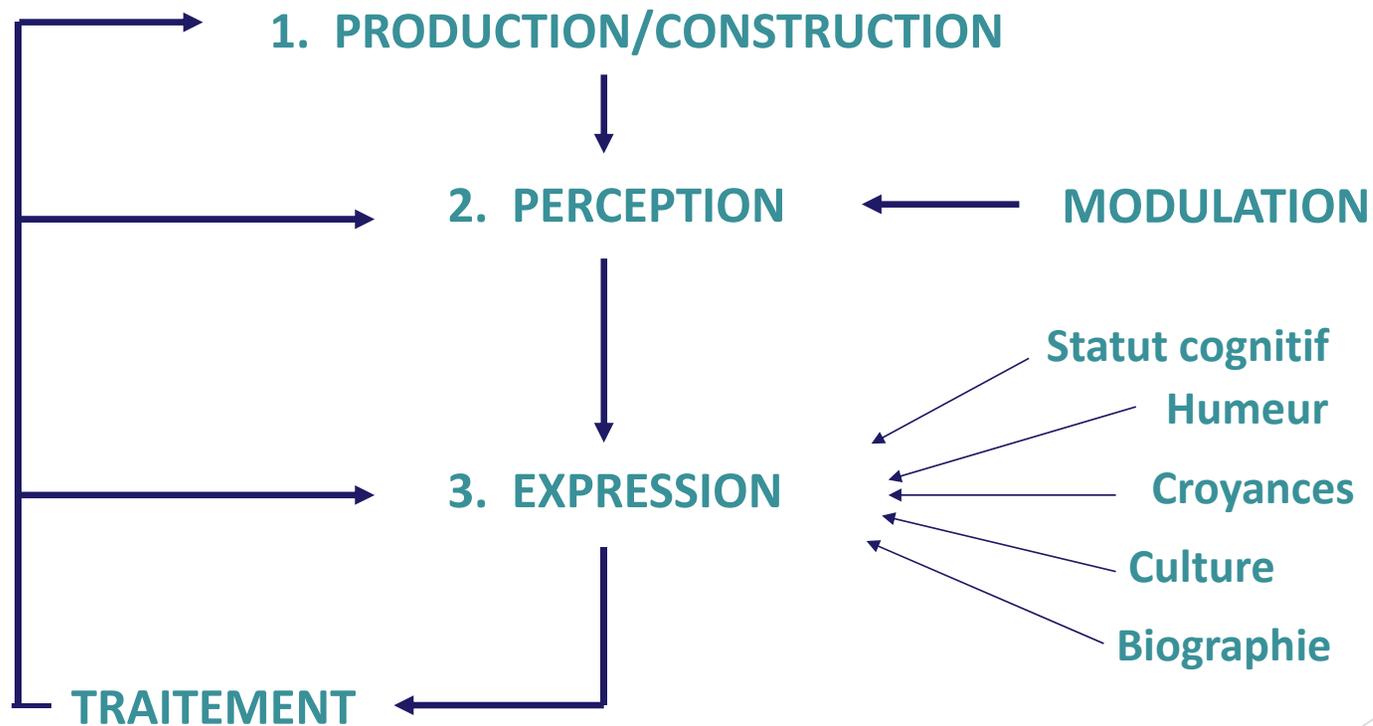


Mini Mental Status Score	$\frac{29}{30}$
Number of years of schooling?	
Mini Mental Status Score Normal for age and education	24
Cage Questionnaire Score (2/4 = a positive Cage)	$\frac{0}{4}$

Information obtain from: Patient _____

Other (specify) _____

Schéma de la construction d'un symptôme



Quels facteurs influencent l'intensité de la douleur 0-10?

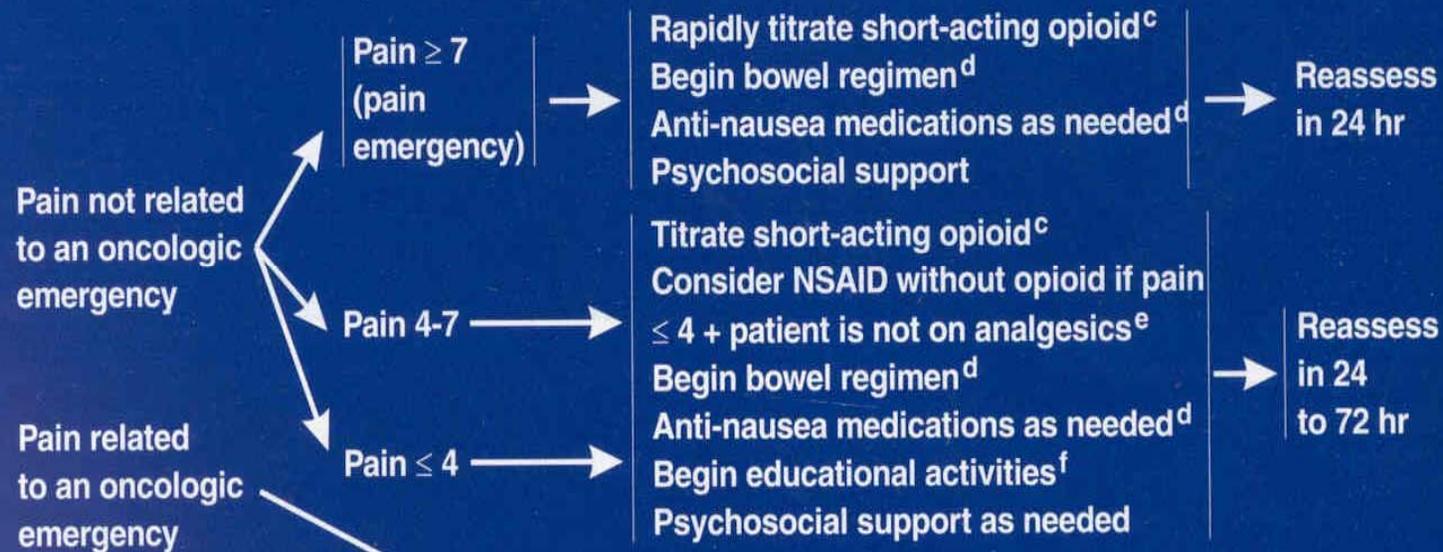
1. **Nociception afférente**
2. **Signification** (Cancer, ostéoporose?)
3. **Personnalité** (Stoïque, histrionique?)
4. **Expérience/Souvenir** (Père décédé dans la douleur)
5. **Alcoolisme/Drogues** (*Chemical coping*)
6. **Intelligence/Éducation** (Compréhension de la douleur et du traitement)
7. **Culture** (OK d'exprimer sa douleur?)
8. **Spiritualité** (Acceptation de la douleur? Puniton?)
9. **Gain secondaire** (Attention de la famille)
10. **Dépression/Anxiété** (Somatisation)
11. **Délirium** (Déshinibition)
12. **Confiance en l'équipe traitante** (Adhésion, placebo)

Intensité de la douleur : 8/10

	Patient #1	Patient #2
Nociception	85%	30%
Somatisation	5%	20%
<i>Chemical coping</i>	5%	30%
Tolérance	5%	0%
Douleur incidentale	<u>0%</u>	<u>20%</u>
	100%	100%

Cancer Pain

TREATMENT #1



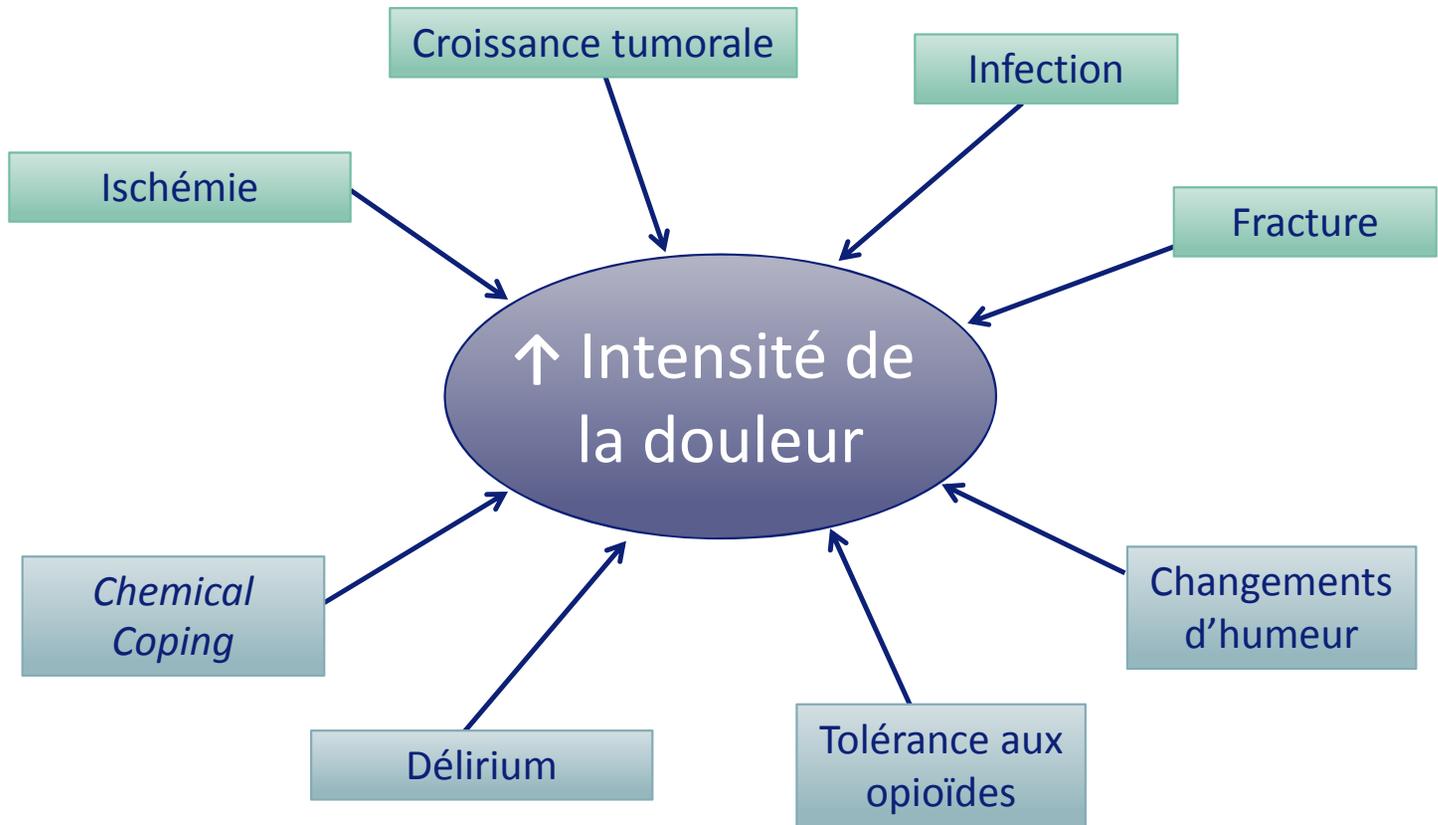
^cSee Opioid Prescribing and Titration (Table 2)

^dSee Management of Opioid Toxicities (Table 3) ^eSee NSAID Prescribing (Table 6) ^fSee Patient and Family Education (Table 5)

Intensité de la fatigue : 8/10

	Patient 1	Patient 2
Dépression	60%	10%
Cachexie	10%	50%
Anémie	10%	30%
Opioides	20%	0%
Autonome	0%	10%

Facteurs liés au cancer



Facteurs liés au patient

5 caractéristiques d'un mauvais pronostic de douleur

1. **Neuropathique**
2. **Incidentale (*Breakthrough Pain*)**
3. **Délirium**
4. **Somatisation**
5. ***Chemical coping***

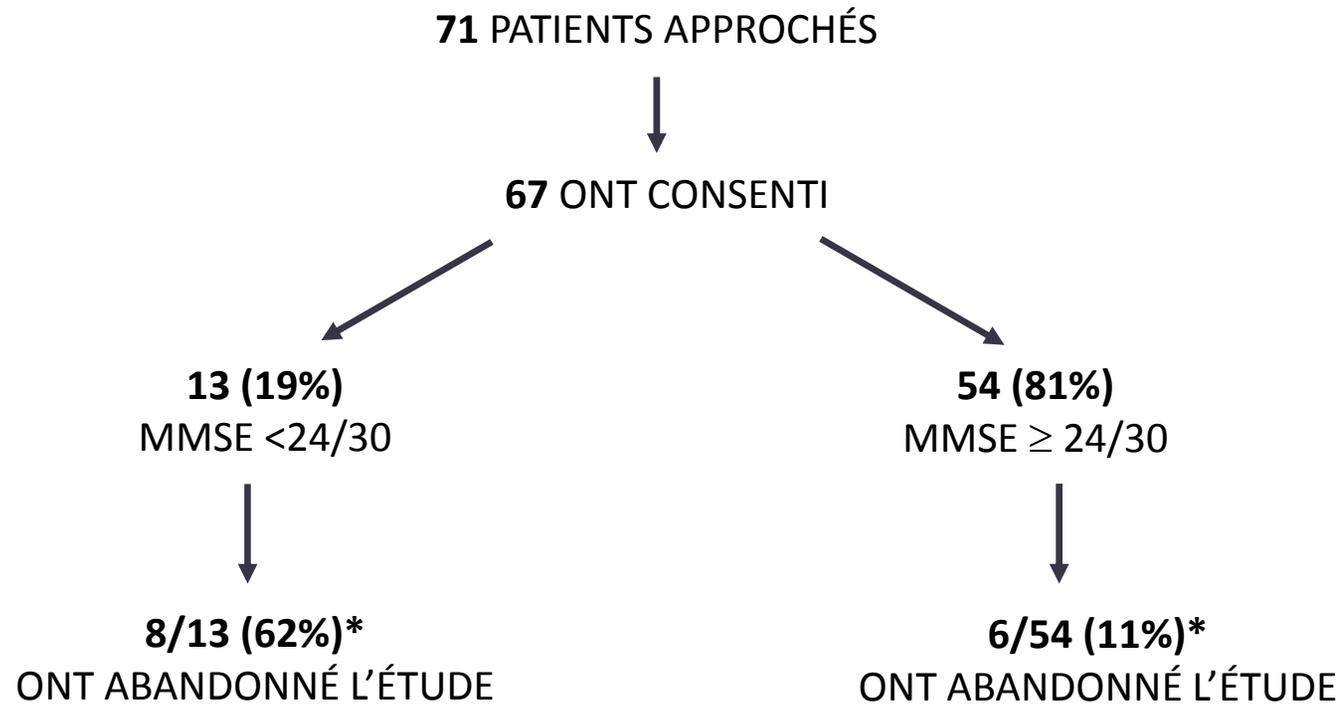
Pathophysiologie – Facteurs pronostiques

- Neuropathique
- Incidentale

Expression augmentée de la douleur – Facteurs pronostiques

1. Déshinhibition liée au délirium
2. *Chemical coping*
3. Somatisation (« douleur totale »)

Déficits cognitifs chez les patients avec cancer



* p,0.01, χ^2 Test

Bruera et al, Lancet, 1993

Occurrence et réversibilité du délirium

- Étude prospective, admissions à l'unité de soins palliatifs
- 44/104 (42%) délirium à l'admission
- 71/104 (68%) délirium à un certain moment
- 46 des 52 patients décédés (88%) ont eu un délirium terminal
- 46 des 94 épisodes (49%) étaient réversibles
- Réversibilité associée avec des médicaments psychoactifs
- Patients avec délirium avaient une survie inférieure aux contrôles

Lawlor et al. Arch Intern Med, 2000

Déficit cognitif

- Étude prospective, 61 admissions consécutives à l'unité de soins palliatifs
- Déficit cognitif déterminé par le MMSE*
- Déficit cognitif présent chez 39/47 (83%) des patients
- Amélioration avec ou sans traitement chez 22/66 (33%) des patients
- Médecin et infirmière ont manqué 15/66 (23%) et 13/66 (20%) des épisodes de déficits cognitifs

*Mini Mental State Questionnaire

Bruera et al. J Pain Symptom Manage 1992



The General Hospital
(Grey Nuns) of Edmonton

SYMPTOM ASSESSMENT GRAPH

C. FAILURE
CHANGE OPiate.
HALOPERIDOL
↓

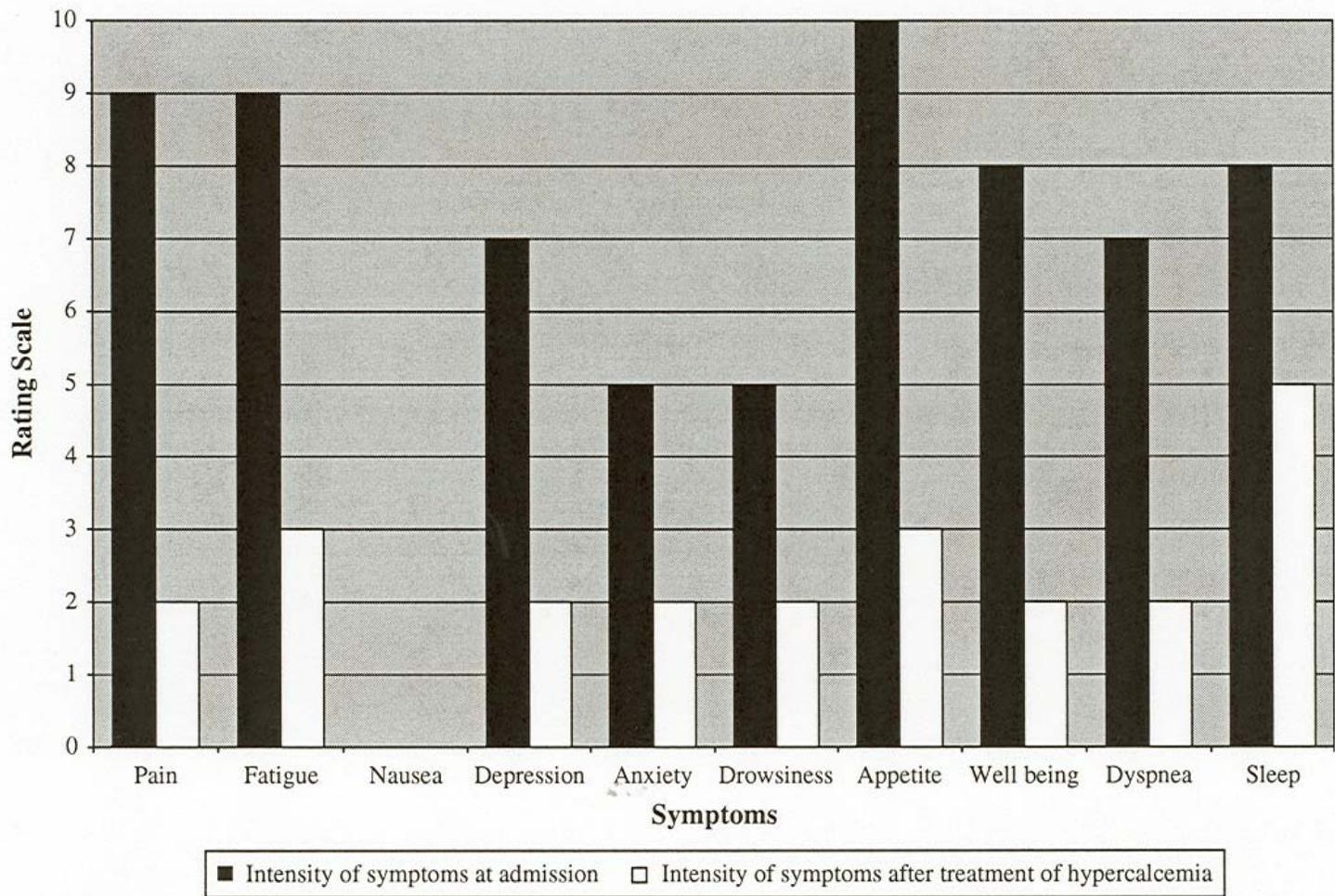


ASSESSED BY: P P P P P P P P P P P P P P P P N N N N N N N N N N F N N F N N P P P P N P P P P P P P

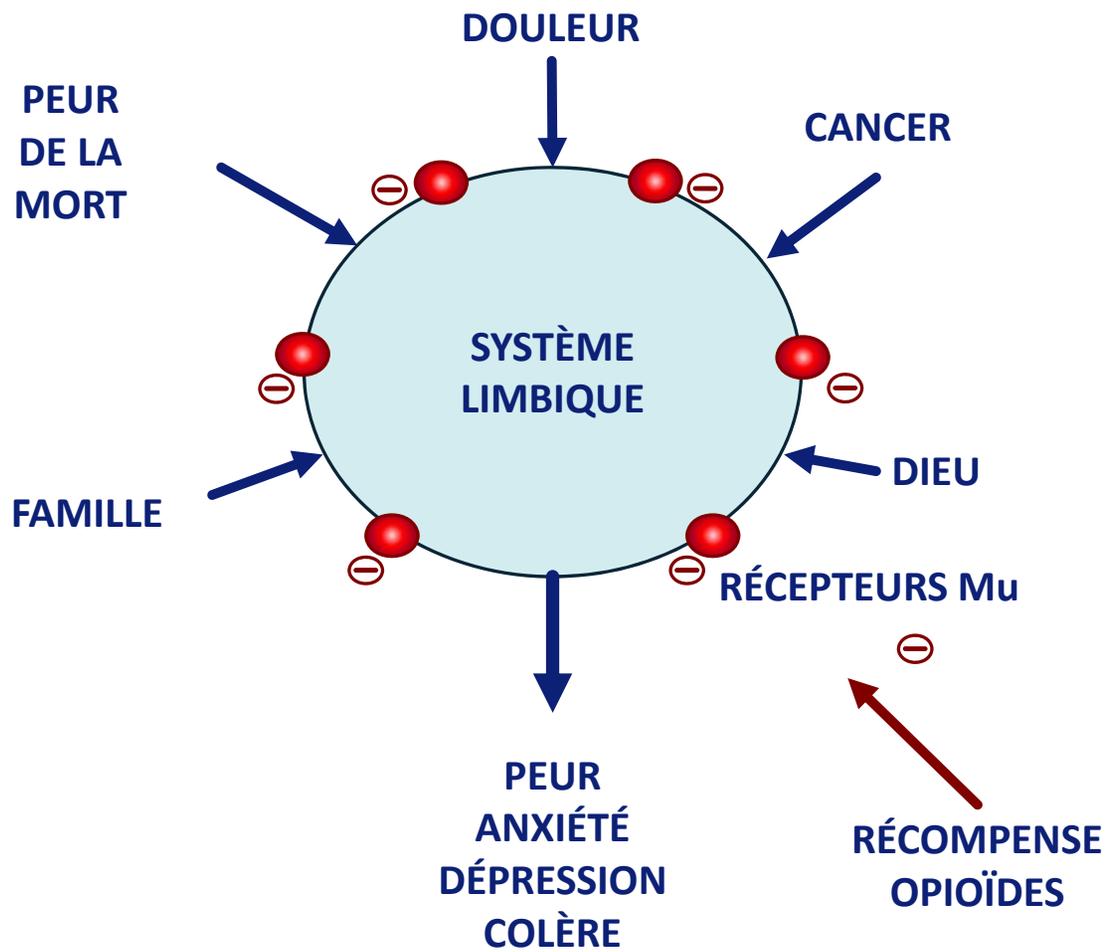
Code P - Patient N - Nurse NA - Nurse Assisted F - Family

Mini-Mental State Score: 30 28 27 19 5 0 16 24 28 27

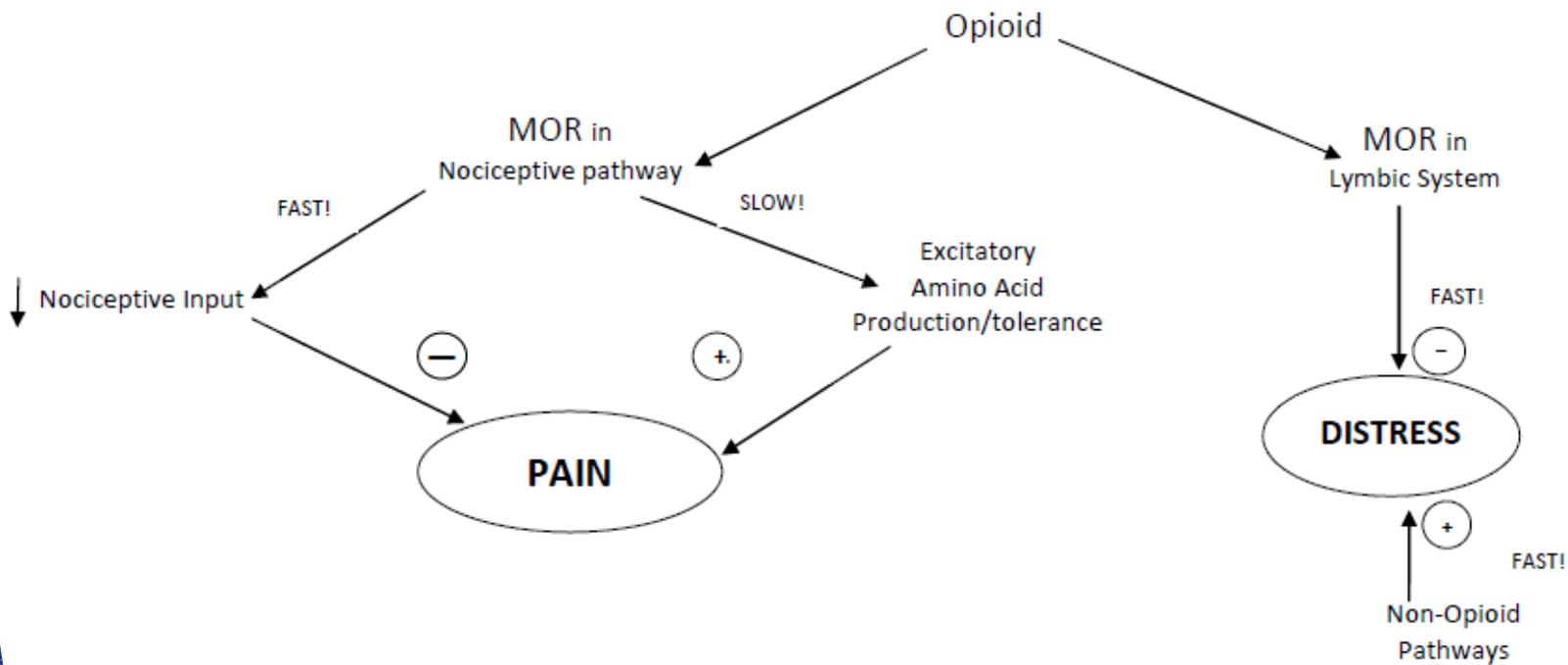
PSYCHOMOTOR: 0 0 0 1 3 3 2 1 0 0



Delgado-Guay MO, Yennurajalingam S, Bruera E. JPSM 2008; 36(4): 444



Effets des opioïdes sur les voies nociceptives et non-nociceptives



Chemical Coping

- **75% des individus consomment de l'alcool régulièrement**
- **7-9% sont alcooliques (CAGE questionnaire, etc.)**
- **20% CAGE + hospitalisés**
- **Cancer tête et cou avancé : 47% +**
- **Cancer du sein : 18% CAGE +**
- **Médiation de l'endorphine et récompense de l'éthanol**

PC Assessment

Le tabagisme est un facteur de risque

(Kim, Dev, et al JPSM 2016)

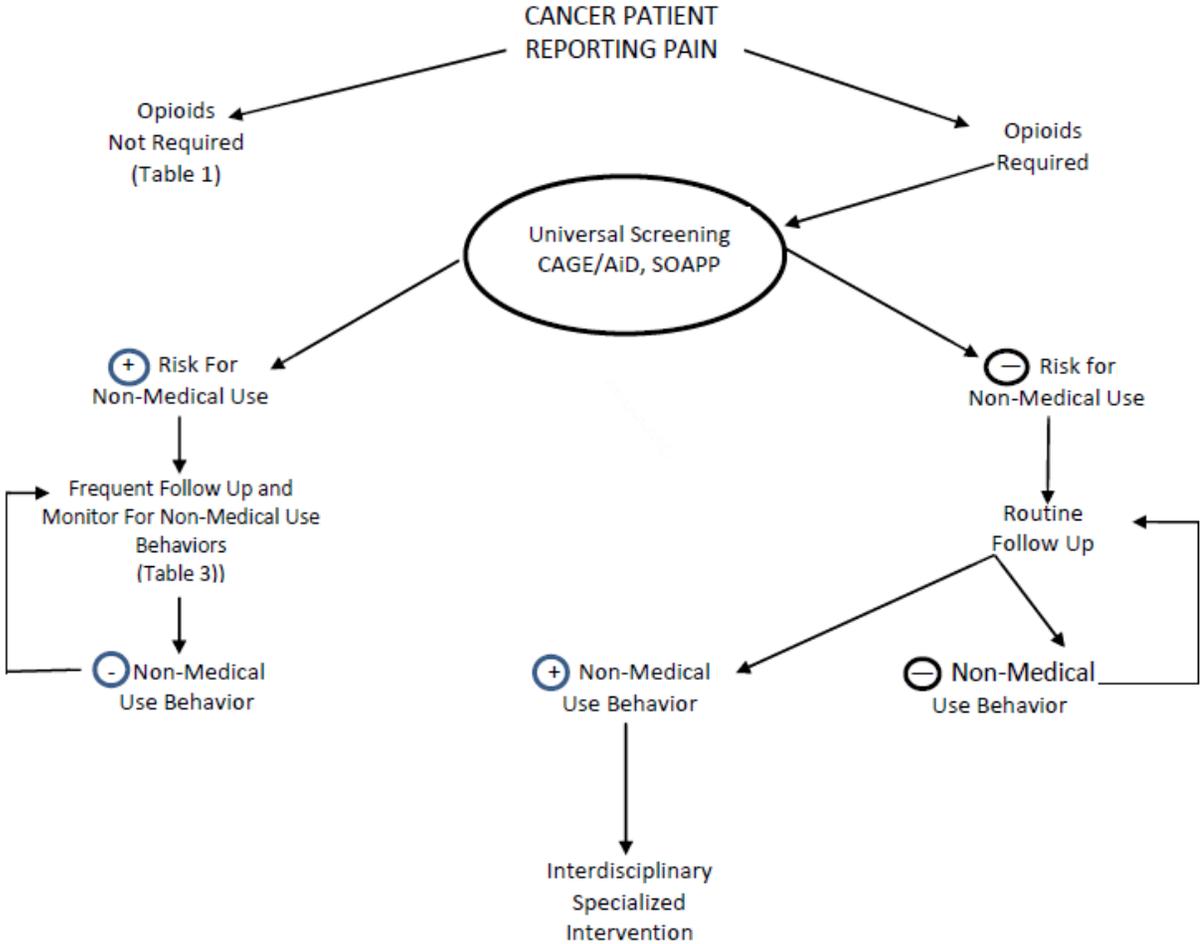
- **Évaluation comprehensive du tabagisme de 300 patients consécutifs avec cancer**
- **119 (40%) n'ont jamais fumé;**
- **148 (49%) ont déjà fumé;**
- **33 (11%) sont fumeurs.**
- **CAGE + : 3%, 12%, 42%**
- **Historique de consommation de drogues + : 3%, 16%, 33%**

Table 2
Characteristics of Advanced Cancer Patients According to Smoking Status

Characteristics, N = 300	Current Smokers, N = 33 (%)	Former Smokers, N = 148 (%)	Never Smokers, N = 119 (%)	P-value
Age, mean ± SD (yrs)	56 ± 13	63 ± 12	57 ± 13	<0.001
Gender				
Female	14 (42)	59 (40)	84 (71)	<0.001
Race				
White	22 (67)	111 (75)	81 (68)	0.35
Black	6 (18)	12 (8)	11 (9)	
Hispanic	4 (12)	16 (11)	17 (14)	
Asian/other	1 (3)	9 (6)	10 (8)	
Marital status				
Single	11 (33)	13 (9)	17 (14)	<0.01
Married	13 (39)	102 (69)	80 (67)	
Divorced/separated	4 (12)	23 (16)	11 (9)	
Widowed	5 (15)	7 (5)	11 (9)	
Other	0 (0)	3 (2)	0 (0)	
Primary cancer type				
Gastrointestinal	9 (27)	50 (34)	26 (22)	
Lung	7 (21)	42 (28)	11 (9)	
Breast	3 (9)	12 (8)	24 (20)	
Gynecologic	4 (12)	11 (7)	22 (18)	
Genitourinary	4 (12)	15 (10)	8 (7)	
Head and neck	2 (6)	3 (2)	5 (4)	
Hematologic	1 (3)	4 (3)	2 (2)	
Other	3 (9)	11 (8)	21 (17)	
Head and neck or lung Cancer				
Yes	9 (27)	45 (30)	16 (13)	<0.01
CAGE positive (≥2)				
Yes	14 (42)	31 (21)	4 (3)	<0.001
Illicit drug use history				
Yes	11 (33)	24 (16)	4 (3)	<0.001
MEDD (mg/day), median (IQR)	45 (25–100)	45 (3.4–112.5)	30 (0–95)	0.34
MEDD ≥ 30 mg/day				
Yes (initial consultation)	23 (70)	83 (56)	62 (52)	0.20
Medications including ≥1 sedative, hypnotic, or anxiolytic				
Yes	6 (18)	34 (23)	27 (23)	0.83
ESAS, median (IQR)				
Pain	7 (4–9)	5.5 (2–8)	5 (3–8)	0.02
Fatigue	5 (4–8)	6 (3.5–8)	5 (4–7)	0.59
Nausea	2 (0–4)	1 (0–4)	1 (0–3)	0.42
Depression	1 (0–5)	2 (0–5)	2 (0–5)	0.79
Anxiety	2 (0–7)	3 (1–5.5)	3 (0–6)	0.83
Drowsiness	4 (2–5)	4 (1–7)	4 (1–6)	0.60
Dyspnea	2 (0–6)	2.5 (0–5.5)	2 (0–5)	0.63
Anorexia	4 (3–8)	5 (3–8)	5 (2–7)	0.32
Feeling of well-being	5 (4–7)	5 (3–8)	5 (3–7)	0.76
Sleep	7 (3–7)	5 (2–7)	5 (2–8)	0.48
Symptom distress score	36 (22–50)	37 (25–47)	32 (24–48)	0.65

CAGE, Cut down/Annoyed/Guilty/Eye opener; MEDD, morphine equivalent daily dosing; IQR, interquartile range; ESAS, Edmonton Symptom Assessment Scale.

Dépistage et suivi des patients recevant des opioïdes pour une douleur liée au cancer



Que faire avec ces informations?

- **L'alcool nous fait sentir bien**
 - **90% consommation adaptée**
 - **8% consommation inadaptée (20% en cancer)**
- **CAGE + : les opioïdes réduisent la souffrance – différence avec la douleur**
- **Est-ce que les comportements à risque ou anormaux sont documentés?**

Gestion des opioïdes

- Documenter le *chemical coping* et l'usage inadapté des opioïdes (prendre des notes)

The
Oncologist[®]

Symptom Management and Supportive Care

Frequency, Predictors, and Medical Record Documentation of Chemical Coping Among Advanced Cancer Patients

JUNG HYE KWON,^{a,b,*} KIMBERSON TANCO,^{b,*} JI CHAN PARK,^e ANGELIQUE WONG,^b LISA SEO,^f DIANE LIU,^c GARY CHISHOLM,^d JANET WILLIAMS,^b
DAVID HUI,^b EDUARDO BRUERA^b

Méthodes

- 13 spécialistes en médecine palliative dans un Centre de soins de soutien ont évalué le *chemical coping* chez leurs patients suivis au cours des 40 derniers jours
- Révision des dossiers médicaux de 432 patients

Résultats

- 76 des 432 patients (18%) ont été catégorisés comme étant *chemically coping* par les médecins spécialistes en médecine palliative
- Le *chemical coping* avait été documenté dans seulement 15 des 432 dossiers (4%)

Table 3. Multicovariate logistic regression evaluating the effect of covariates on chemical coping by protocol definition

Variable	OR	95% CI	<i>p</i> value
CAGE	2.887	1.531–5.444	.0010
Age (per year)	0.971	0.950–0.994	.0123
ECOG PS (per point)	0.681	0.503–0.922	.0130
ESAS pain, initial (per point)	1.197	1.065–1.346	.0026
ESAS WB, initial (per point)	1.280	1.122–1.462	.0002

Abbreviations: CAGE, Cut-down, Annoyed, Guilty, and Eye-opener questionnaire; CI, confidence interval; ECOG PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status; ESAS WB, Edmonton Symptom Assessment System well-being.

Questionnaire CAGE

1. Have you ever felt that you should cut down on your drinking (or drugs)?
2. Have you ever been annoyed by people criticizing your drinking (or drugs)?
3. Have you ever felt bad or guilty about your drinking (or drugs)?
4. Have you ever had a drink first thing in the morning or a drink (or drugs) to get rid of a hangover (eye-opener)?

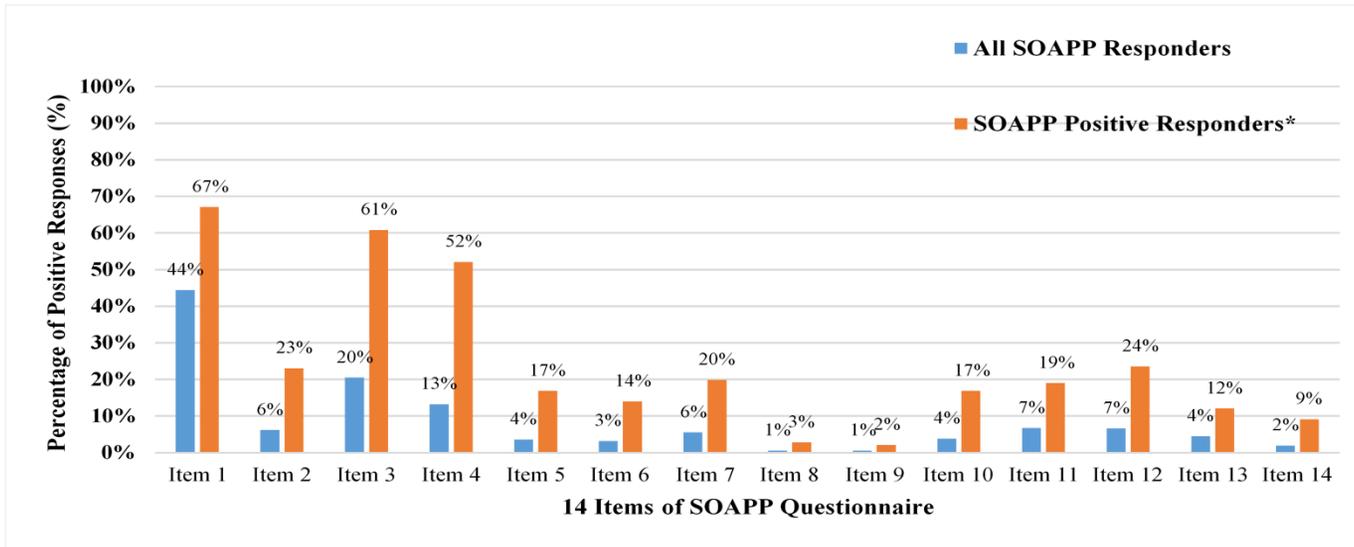
Pourquoi devriez-vous utiliser le CAGE ?

- Marqueur du *chemical coping*, pas seulement de la consommation d'alcool
- Récompense partagée de l'éthanol et des opioïdes
- Médecins ne diagnostiquent pas l'augmentation de dose et l'OIN du *chemical coping*
- Thérapie peut aider à réduire les doses et les conflits

D'autres instruments

- **Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP)**
- **Opioid Risk Tool (ORT)**
- **Entretiens exhaustifs**

Figure 1: Percentage of Positive Responses of 14 Items of the SOAPP Questionnaire among All SOAPP Responders and SOAPP Positive Responders



Item 1: mood swings; **Item 2:** smoke a cigarette within an hour after awake; **Item 3:** family members, including parents and grandparents, had a problem with alcohol or drugs; **Item 4:** close friends had a problem with alcohol or drugs; **Item 5:** others suggested that you have a drug or alcohol problem; **Item 6:** attended an AA or NA meeting; **Item 7:** taken medication other than the way that it was prescribed; **Item 8:** treated for an alcohol or drug problem; **Item 9:** medications been lost or stolen; **Item 10:** others expressed concern over your use of medication; **Item 11:** felt a craving for medication; **Item 12:** asked to give a urine screen for substance abuse; **Item 13:** used illegal drugs (for example, marijuana, cocaine, etc.) in the past five years; **Item 14:** in your lifetime, have you had legal problems or been arrested.

Positive Responses: responses of “sometimes”, “often” or “very often” of each item. * **SOAPP Positive Responders:** total SOAPP scores ≥ 7 .

The
Oncologist®

Symptom Management and Supportive Care

Frequency, Predictors, and Medical Record Documentation of Chemical Coping Among Advanced Cancer Patients

JUNG HYE KWON,^{a,b,*} KIMBERSON TANCO,^{b,*} JI CHAN PARK,^e ANGELIQUE WONG,^b LISA SEO,^f DIANE LIU,^c GARY CHISHOLM,^d JANET WILLIAMS,^b
DAVID HUI,^b EDUARDO BRUERA^b

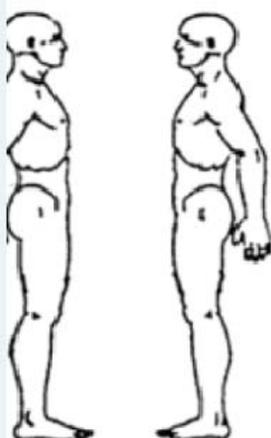
Méthodes

- 13 spécialistes en médecine palliative dans un Centre de soins de soutien ont évalué le *chemical coping* chez leurs patients suivis au cours des 40 derniers jours
- Révision des dossiers médicaux de 432 patients



Patient [redacted]
 ACCT# [redacted] Print Date 07/23/2015
 DOB 1983-06-21 FC C SEX F Location

m



		Worst Possible												
10														
9														
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														
	<input checked="" type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Family/Other	Pain	Fatigue	Nausea	Depression	Anxiety	Drowsiness	Shortness of Breath	Appetite	Feeling of Well Being	Sleep	Financial Distress	Spiritual Pain
			8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

above PPG, see IPOCTR for intervention
 Yes No



Print Date 02/21/2014

9 FC M SEX F Location RmA

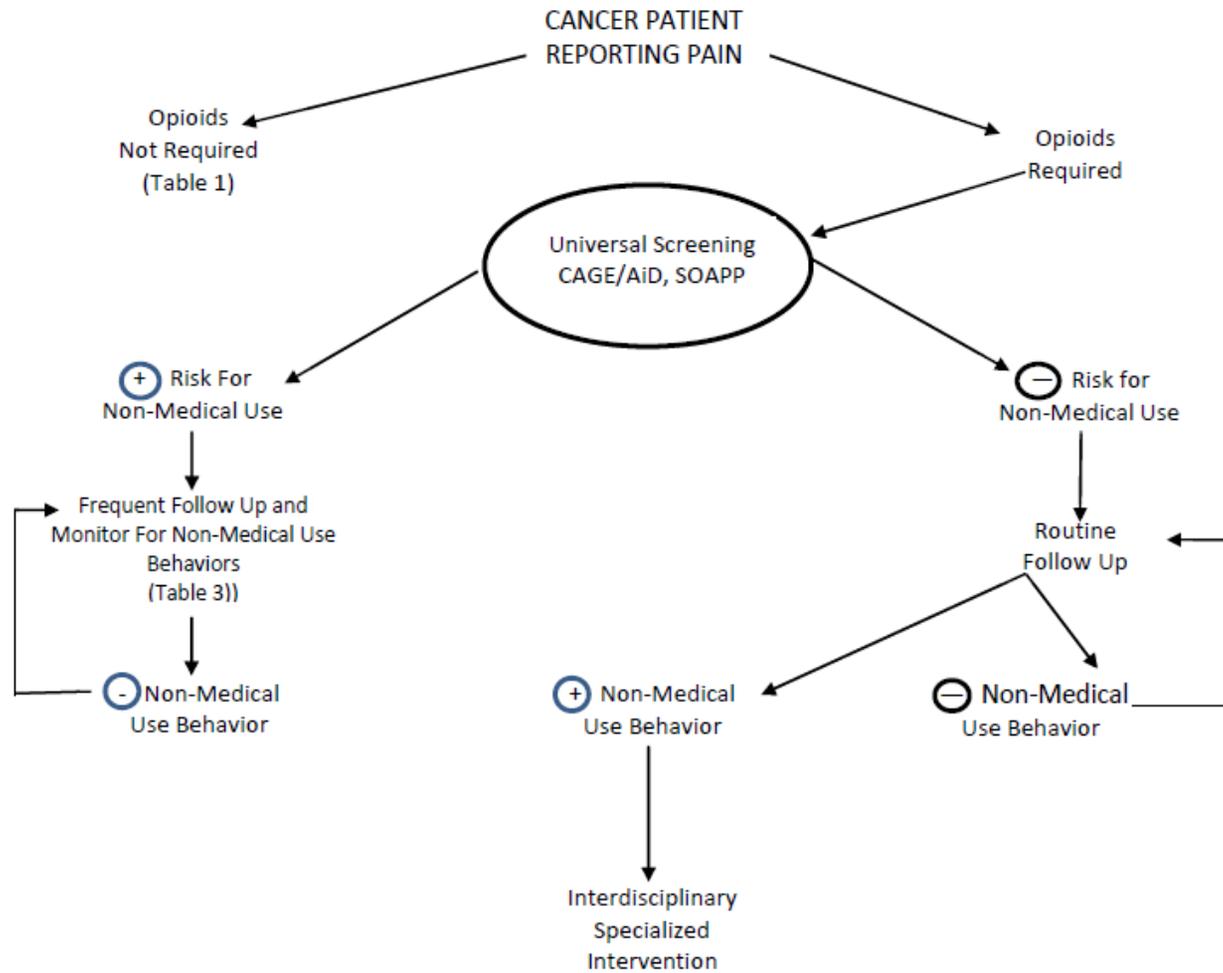
		Worst Possible											
10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
Other													
ntion		Pain	Fatigue	Nausea	Depression	Anxiety	Drowsiness	Shortness of Breath	Appetite	Feeling or Well Being	Sleep	Financial Distress	Spiritual Pain
		9	9	7	10	10	10	7	10	8	8	10	7

Table 1. Behaviors suggestive of aberrant opioid use*

Frequent unscheduled clinic appointments or telephone calls for early opioid refills
Self-escalation or request for excessive increase in the opioid dosage not consistent with patient's pain syndrome
Reports of lost or stolen opioid prescription/medication
Frequent emergency room visits for opioids
Seeking opioids from multiple providers ("doctor shopping")
Requests for a specific opioid
Resistance to changes in the opioid regimen even when clinically indicated
Use of non-prescribed restricted medications or illicit drugs
Requesting opioids for its euphoric effect or for symptoms such as anxiety or insomnia
Reports of impaired functioning in daily activities due to opioid use
Family members expressing concern over patient's use of opioids
Reports of hoarding drugs
Reports of stealing or selling prescription drugs
Obtaining opioids from non-medical sources
Reports of stealing, tampering or forging opioid prescriptions
Discrepancy in pill counts without good explanation

*Data adapted from Refs. 9, 18-20

Dépistage et suivi des patients recevant des opioïdes pour une douleur liée au cancer



Gestion des opioïdes

- Documenter le *chemical coping* et l'usage inadapté des opioïdes (prendre des notes)
- Nouvelle terminologie : l'usage non médical d'opioïdes (*non-medical opioid use*)

Tests de dépistage urinaire de drogue chez des patients avec cancer avancé (Arthur J et al, Cancer 2016)

- **Revue des dossiers médicaux de 1058 patients d'un centre de soins de soutien**
- **Groupe contrôle de patients n'ayant pas subi de test de dépistage**
- **61 des 1058 patients (6%) avaient subi un test de dépistage**
 - **33 des 61 patients (54%) avaient des résultats anormaux**

Coping chemically

- **Éducation au patient ET à la famille**
- **Environnement de soutien**
- **Prévenir l'augmentation des doses**
- **Écarter toute condition psychiatrique (affective, psychose)**

Douleur durant les traitements primaires

- **Reliée au cancer (65%)**
- **Chirurgie**
- **Mucosite induite par la radiothérapie et/ou la chimiothérapie**
- **Douleur neuropathique induite par la chimiothérapie**
- **Conditions pré-existantes (15%)**

Radiothérapie curative pour le cancer de la tête et du cou (Hye Kwon et al, Oncologist 2013)

- **70 patients référés à un centre de soins de soutien**
- **> 3 mois sans maladie**
- **Pas de traitement après la complétion de la radiothérapie**

Usage des opioïdes après le traitement

- 44/70 (63%) ont pris des opioïdes > 3 mois
- 23/70 (33%) ont pris des opioïdes > 6 mois
- 18/44 des patients n'ayant pas cessé (41%) vs 3/26 des patients ayant cessé (12%) avaient un score positif au CAGE (p=0.014)
- Durée médiane de la prise d'opioïdes
 - CAGE positif = 261 jours vs CAGE négatif = 93 jours
 - (p=0.008)

Somatisation

- « Douleur totale », « souffrance totale »
- Critère diagnostic pour les troubles affectifs
- Signification de la douleur pour le patient
- Peut être aggravée par des facteurs de stress
- Haute intensité exprimée (10/10)
- Plusieurs symptômes (« *all black graph* »)

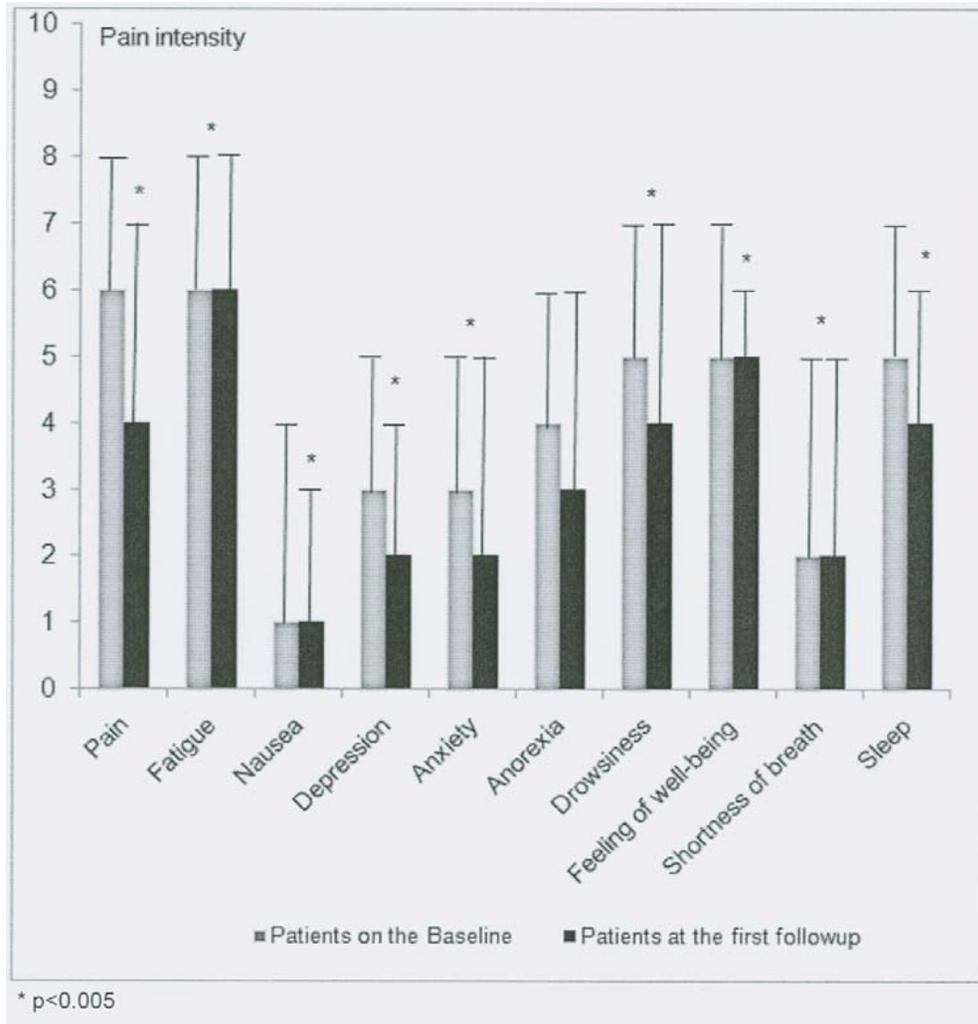
Somatisation

- Facteur associé à un mauvais pronostic
- Traiter les troubles affectifs
- Historique de *coping* (douleur chronique)

Instruments d'évaluation

- **Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)**
- **CAGE**
- **Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)**
- **Constipation**

Scores médians à l'ESAS à la première visite et aux rencontres de suivi

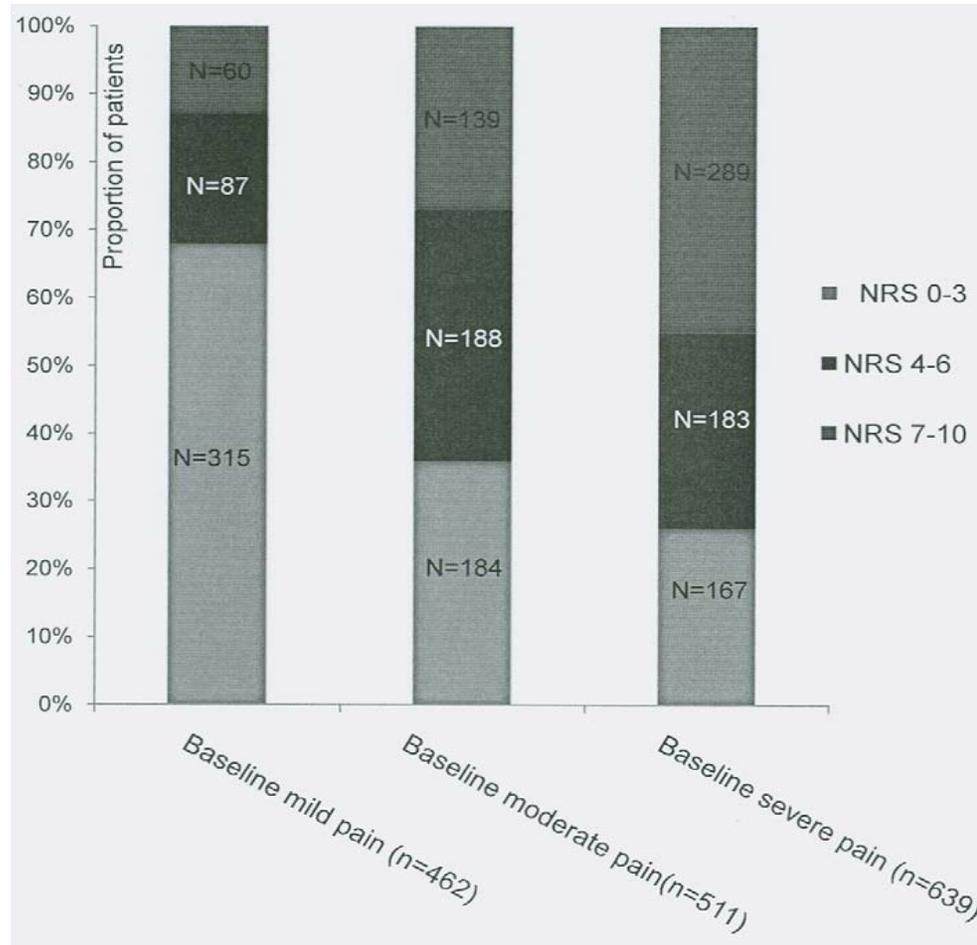


Pourcentage de patients ayant une réponse au traitement contre la douleur et pourcentage de patients ayant un bon contrôle de la douleur (douleur $\leq 3/10$) à la première visite de suivi

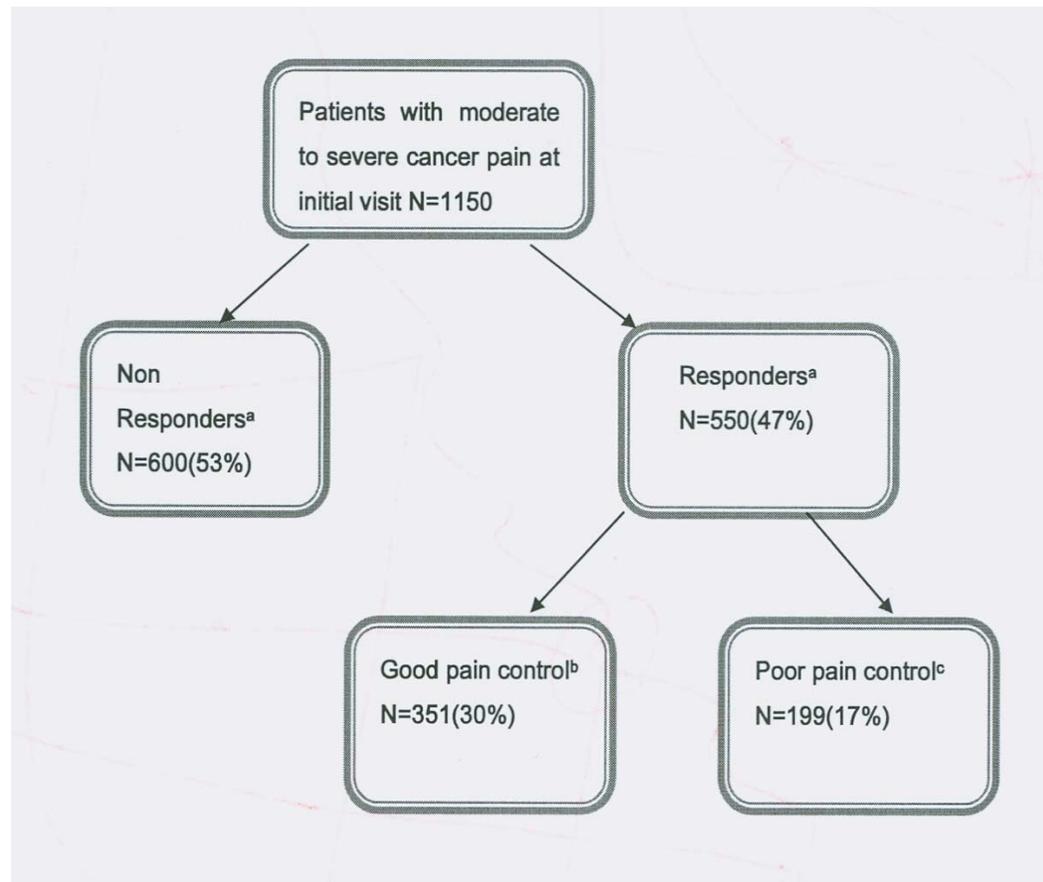
Pain at initial consult	Mild pain(n=462)	Moderate pain(n=511)	Severe pain(n=639)	Total n=1612
Responders(≥ 2 pts or $\geq 30\%$ improvement)	178(38%)	177(34%)	373(58%)	728(45%)†
Goodpain control($\leq 3/10$)	315(68%)	184(39%)	167(34%)	666(41%)††

†=total proportion of patients with pain treatment response; ††= total proportion of patients with good pain control

Intensité de la douleur au suivi en fonction de l'intensité initiale de la douleur



Réponse clinique au traitement et contrôle de la douleur au premier suivi chez des patients avec douleur modérée à sévère lors de la consultation initiale en soins palliatifs en consultation externe



a – ≥ 2 points or 30% decrease in pain score

b – Pain $\leq 3/10$

c – Pain $\geq 3/10$

(0-10 scale)

Original Article

Achievement of Personalized Pain Goal in Cancer Patients Referred to a Supportive Care Clinic at a Comprehensive Cancer Center. *CANCER 2012*

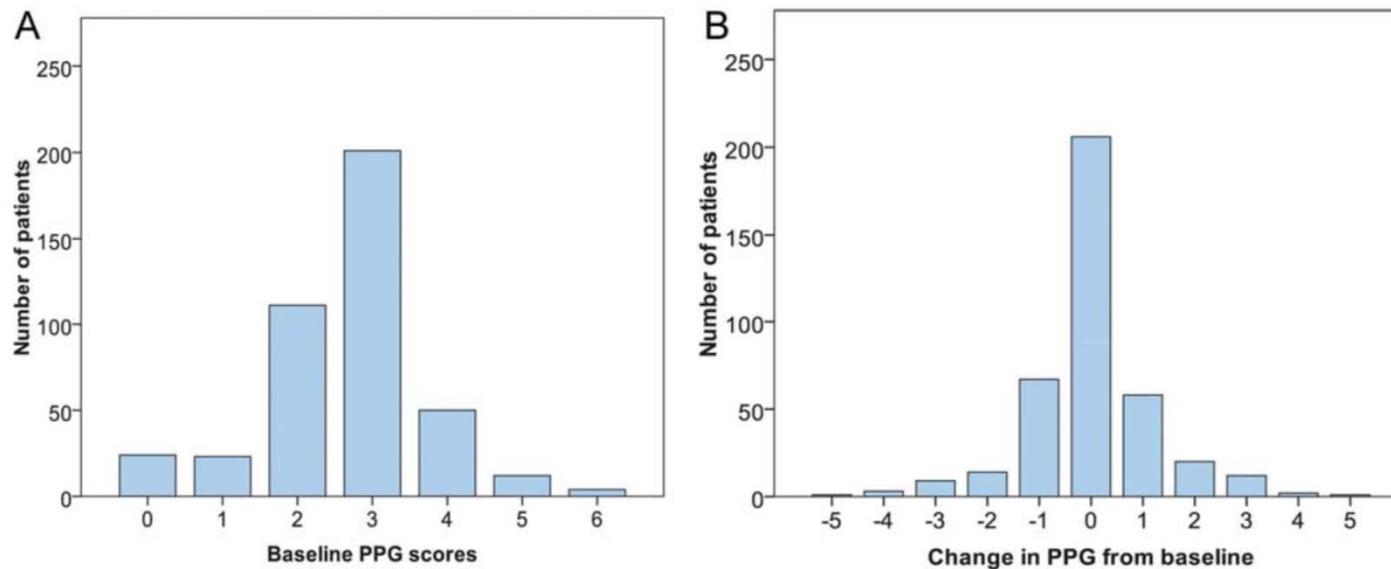
Shalini Dalal, MD; David Hui, MD, MSc; Linh Nguyen, MD; Ray Chacko, BBA; Cheryl Scott, RN; Lynn Roberts, RN;
and Eduardo Bruera, MD

- **Soulagement de la douleur : $\geq 2/10$ ou $\geq 33\%$**
- **Soulagement : 9 – 7?**
- **Quel est l'objectif du patient?**

- **465 patients rencontrés dans un Centre de soins de soutien par un médecin spécialiste en médecine palliative avec suivi dans 1 à 6 semaines**
- **ESAS**
- **CAGE**
- **MDAS**

Objectif personnalisé de contrôle de la douleur (*Personalized Pain Goal (PPG)*)

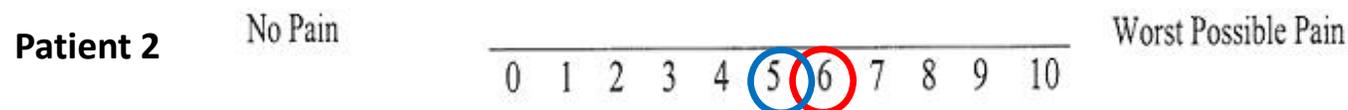
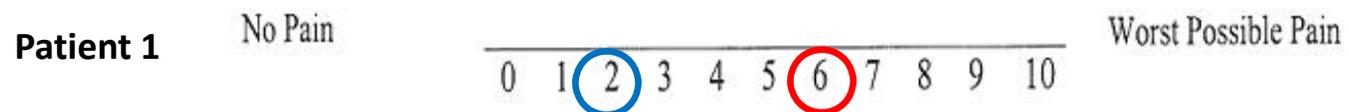
- 445 patients avec cancer suivis dans un centre de soins de soutien
- Suivi médian = 14 jours



Dalal et al. *Cancer* 2012

Objectif personnalisé de contrôle de la douleur (PPG)

L'histoire de deux patients



À quel niveau de douleur seriez-vous confortable?

Dalal et al. *Cancer* 2012

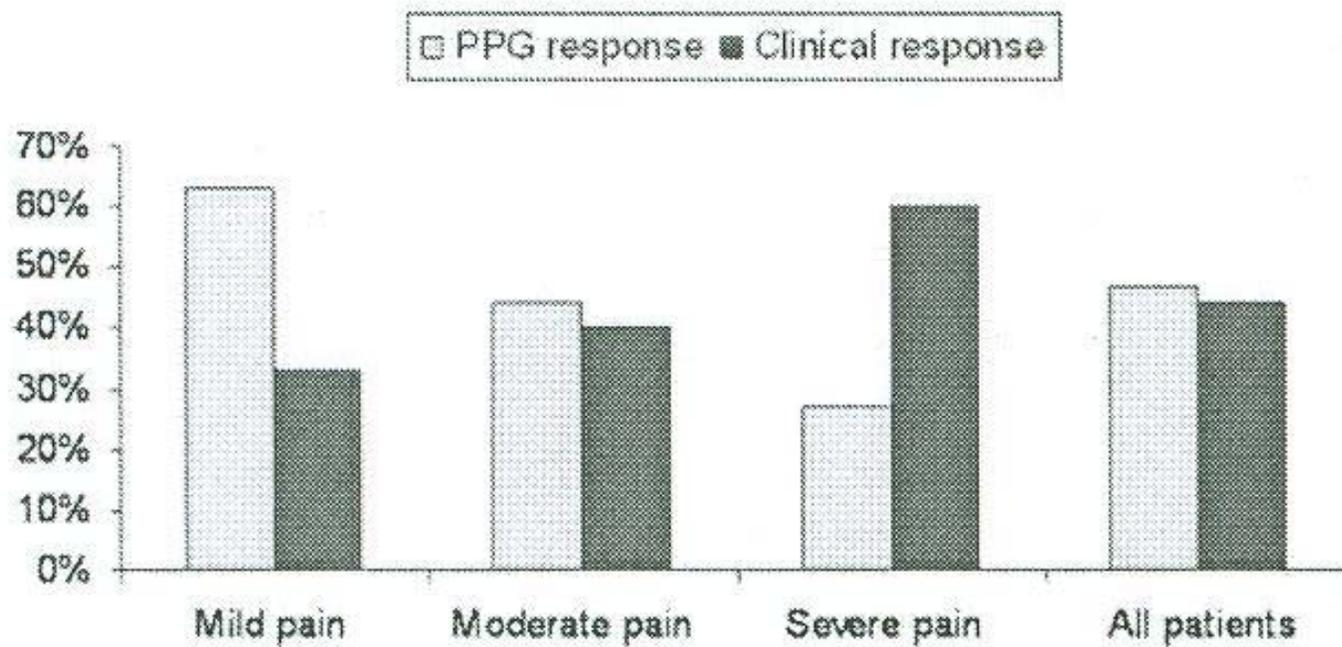


Figure 3. The proportion of patients who achieved clinical response and personalized pain goal (PPG) response is shown for all patients and by baseline pain category (mild, moderate, and severe).

Conclusions

- ▶ **Objectif personnalisé de contrôle de la douleur (PPG) = 3**
- ▶ **PPG est stable dans le temps**
- ▶ **53% des patients n'ont pas atteint leur PPG**

Personalized Symptom Goals and Response in Patients With Advanced Cancer *Cancer 2016*

David Hui, MD, MSc¹; Minjeong Park, PhD²; Omar Shamieh, MD³; Carlos Eduardo Paiva, MD, PhD⁴;
Pedro Emilio Perez-Cruz, MD, MPH⁵; Mary Ann Muckaden, MD⁶; and Eduardo Bruera, MD¹

Objectif personnalisé de contrôle de symptômes de l'ESAS (*Personalized Symptom Goal (PSG)*)

- 728 patients avec cancer avancé
- 5 sites à travers le monde
- ESAS + « à quel niveau seriez-vous confortable avec ce symptôme? »
- Suivi : réponse au symptôme et stabilité de la PSG

TABLE 2. Achievement of Personalized Symptom Goal

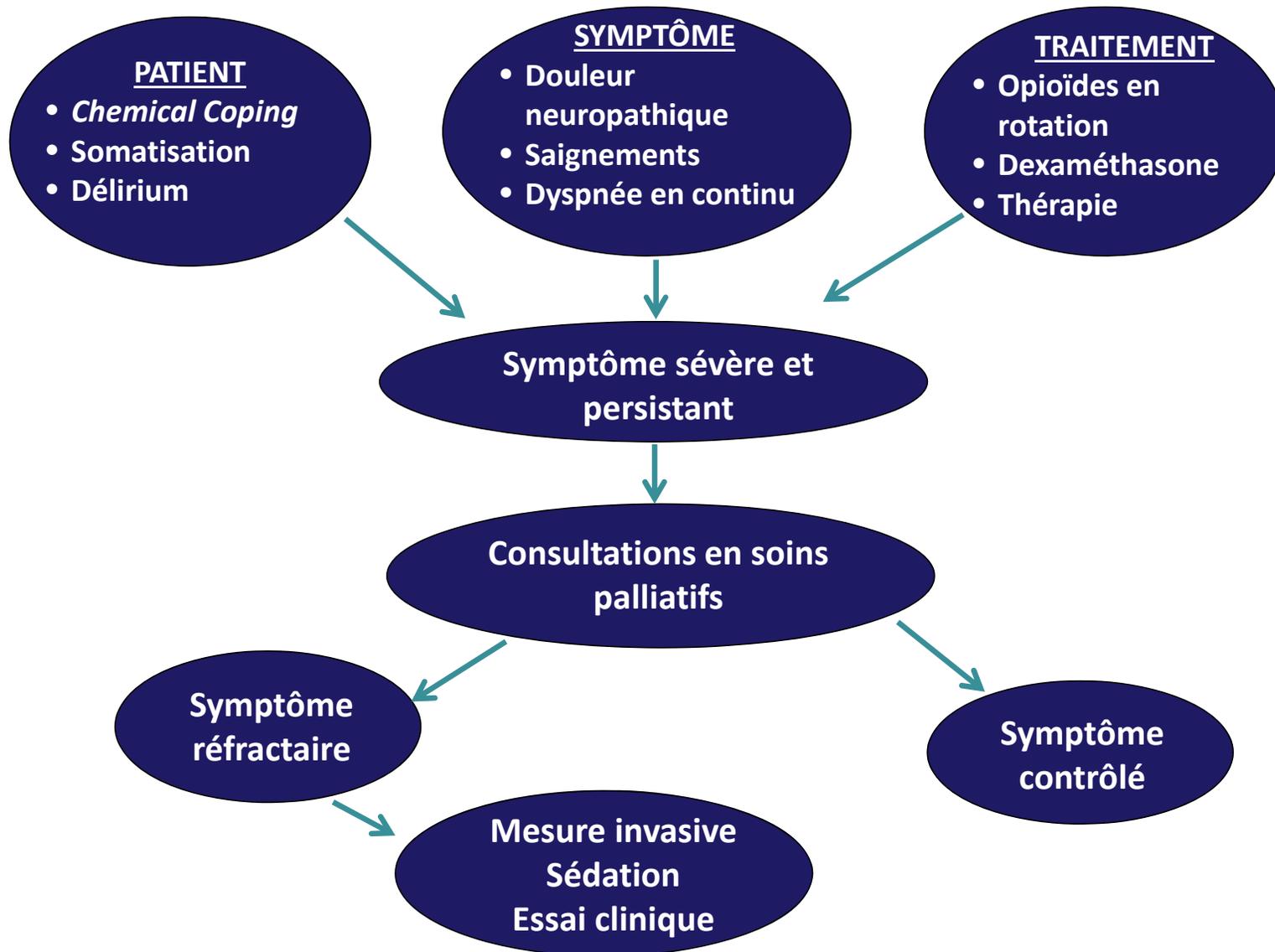
Symptom	No.	Median PSG Intensity (Q1-Q3)	Percentage of Patients With PSG ≤3 No. (%)	Percentage of Patients Who Achieved PSG at First Visit No. (%) ^a	Percentage of Patients Who Achieved PSG at Second Visit No. (%) ^a	Difference, %	P ^b
Pain	722	3 (1-4)	548 (76)	215 (30)	301 (42)	12	<.0001
Fatigue	722	3 (1-4)	541 (75)	182 (25)	235 (33)	8	<.0001
Nausea	721	1 (0-3)	645 (89)	485 (67)	526 (73)	6	.007
Depression	722	2 (0-3)	603 (84)	395 (55)	425 (59)	4	.03
Anxiety	723	2 (0-3)	593 (82)	333 (46)	392 (54)	8	<.0001
Drowsiness	722	2 (1-4)	564 (78)	342 (47)	354 (49)	2	.41
Appetite	722	3 (1-4)	505 (70)	279 (39)	334 (46)	7	.0002
Well-being	721	2 (1-3.5)	569 (79)	211 (29)	246 (34)	5	.009
Dyspnea	722	2 (0-3)	626 (87)	403 (56)	460 (64)	8	<.0001
Sleep	723	2 (1-4)	552 (76)	255 (35)	333 (46)	11	<.0001

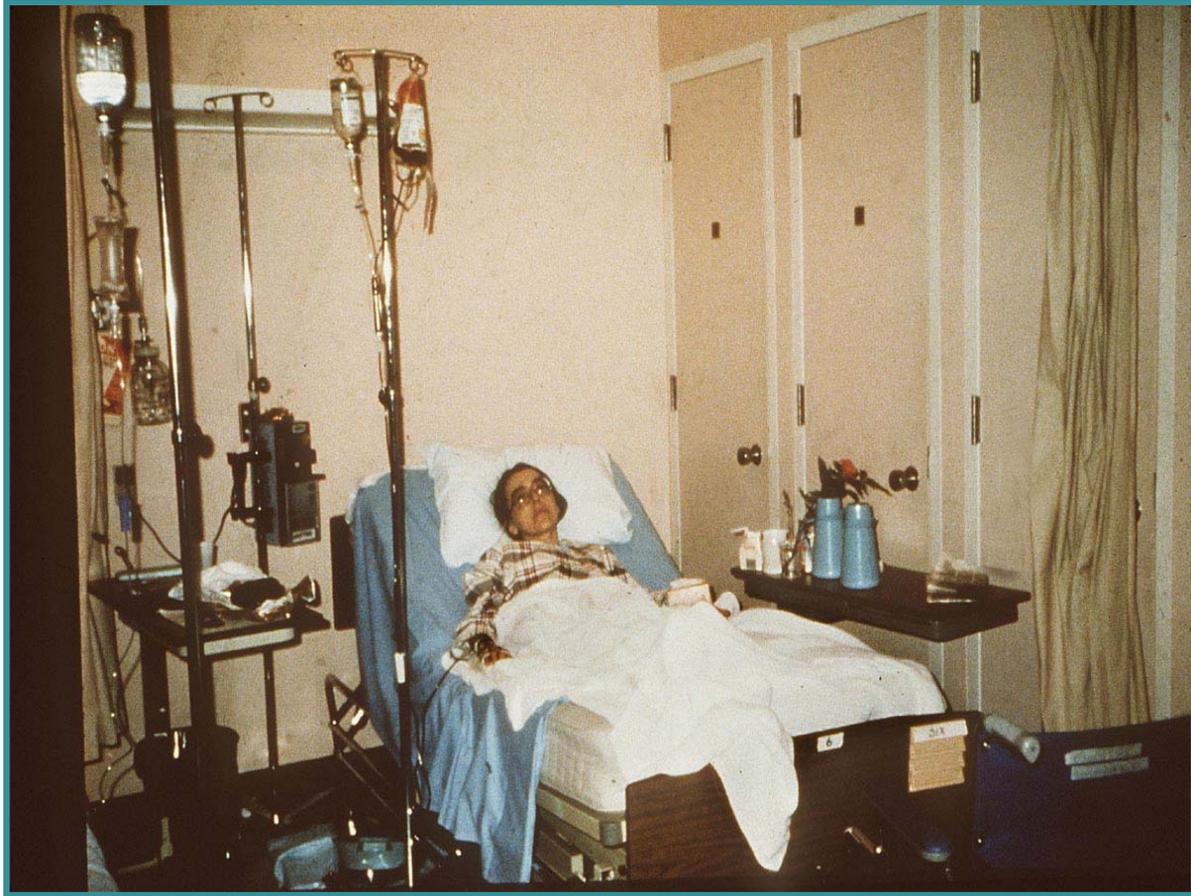
Abbreviations: PSG, personalized symptom goal; Q1-Q3, interquartile range.

^a Achievement of PSG was defined as symptom intensity less than or equal to the PSG for that symptom.

^b The percentage of patients who achieved PSG was compared between visit 1 and visit 2 using the McNemar test.

3











Qui veut que tu rentres chez toi?

- **Système d'assurance maladie**
- **Hôpital**
- **Sociétés pharmaceutiques, entreprises de radiologie et de laboratoire**
- **Décéder à la maison est une priorité chez 28/35 patients atteints de cancer avancé**

Table 2 Frequency of “Very Important” wishes and correlation between the first and second test

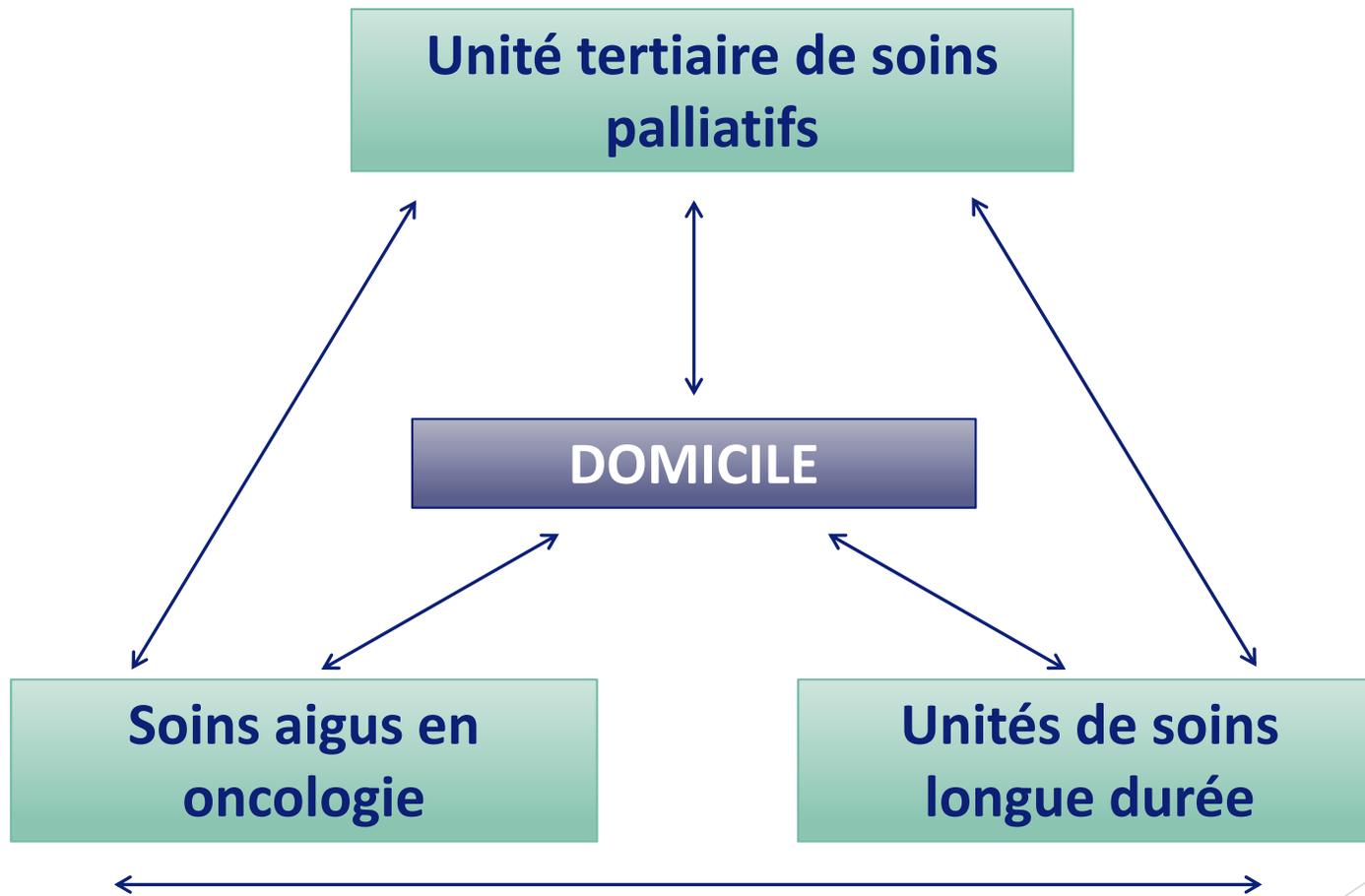
Item	Test 1 N = 100 n ^a	Test 2 N = 100 n ^a	Correlation ^b	
			r	p
1 To be at peace with God	74	71	0.73	<0.0001
2 To pray	62	61	0.57	<0.0001
3 To have my family with me	57	61	0.23	0.0280
4 To be free from pain	54	60	0.31	0.0019
5 Not being a burden to my family	48	49	0.23	0.0241
6 To trust my doctor	44	45	0.49	<0.0001
7 To keep my sense of humor	41	45	0.53	<0.0001
8 To say goodbye to important people in my life	41	37	0.46	<0.0001
9 To have my family prepared for my death	40	49	0.48	<0.0001
10 To be able to help others	36	31	0.52	<0.0001
11 To have my financial affairs in order	36	27	0.40	<0.0001
12 To maintain my dignity	33	34	0.40	0.0001
13 Not being short of breath	32	31	0.73	<0.0001
14 Not dying alone	29	31	0.52	<0.0001
15 Not being connected to machines	28	29	0.56	<0.0001
16 To prevent arguments by making sure my family knows what I want	28	22	0.55	<0.0001
17 To be kept clean	27	31	0.44	<0.0001
18 To be mentally aware	25	24	0.37	0.0003
19 To have a doctor who knows me as a whole person	25	21	0.57	<0.0001
20 To feel that my life is complete	24	26	0.32	0.0033
21 To be free from anxiety	23	24	0.50	<0.0001
22 To have my funeral arrangements made	22	23	0.63	<0.0001
23 To be treated the way I want	22	17	0.38	0.0004
24 To have someone who will listen to me	20	16	0.26	0.0167
25 To have close friends near	19	19	0.49	<0.0001
26 To take care of unfinished business with family and friends	17	15	0.45	<0.0001
27 To have human touch	14	14	0.50	<0.0001
28 To die at home	13	16	0.67	<0.0001
29 To have a nurse I feel comfortable with	13	10	0.40	0.0001
30 To be able to talk about what death means	11	9	0.24	0.0297
31 To be able to talk about what scares me	11	9	0.29	0.0060
32 To meet with clergy or chaplain	10	16	0.55	<0.0001
33 To know how my body will change	9	5	0.35	0.0011
34 To have an advocate who knows my values and priorities	7	15	0.44	<0.0001
35 To remember personal accomplishments	4	6	0.25	0.0247

^a Number (%) of patients who prioritized this item as “very important”

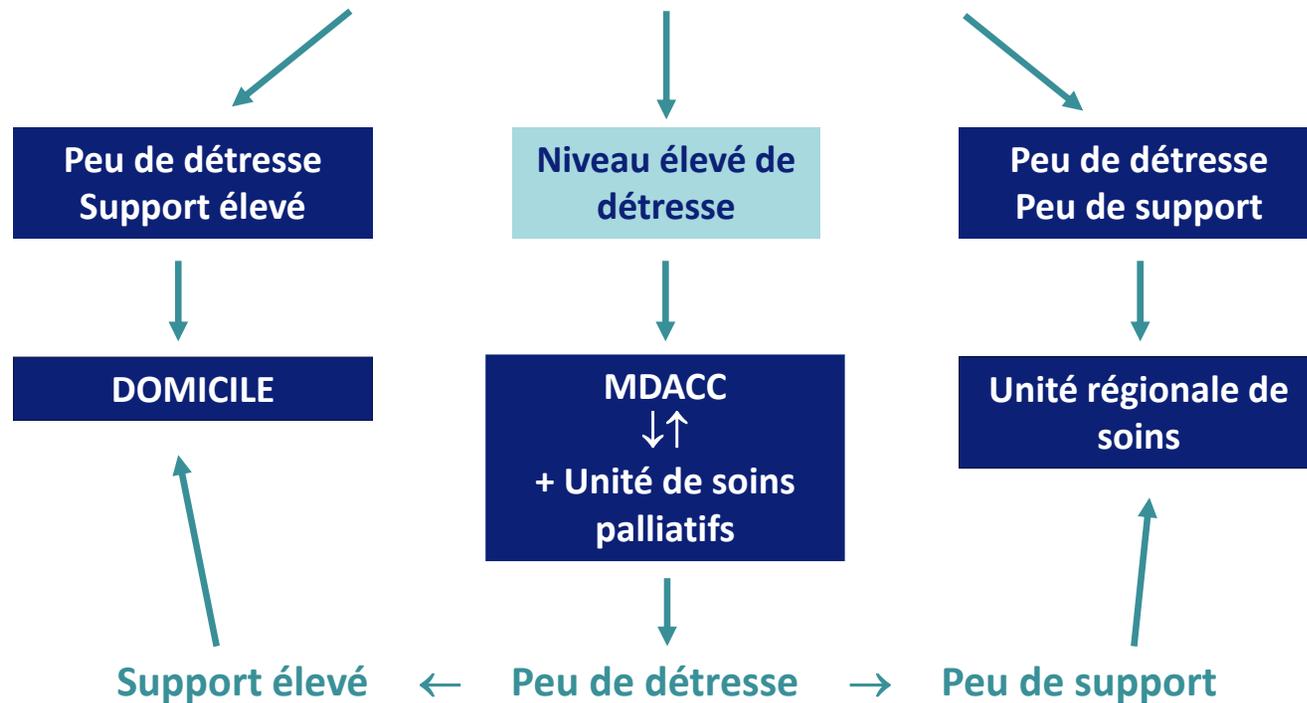
^b Spearman correlation coefficient between test 1 and test 2, which was completed 4–24 h after test 1







ÉVALUATION SCPC / ÉQUIPE MOBILE / DOMICILE

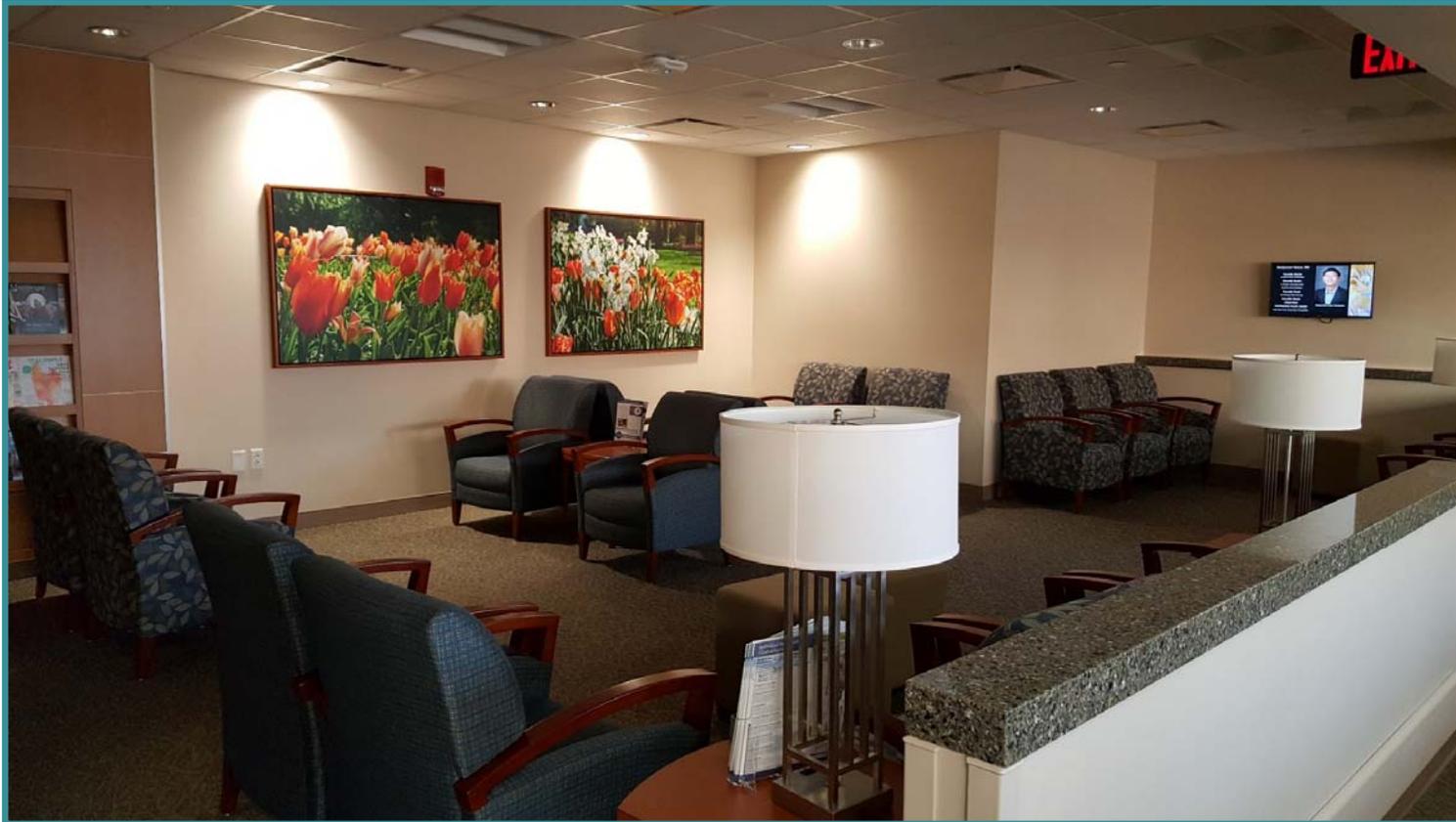


Différence principale avec les unités de longue durée (*Hospice*) : 1) Tous les patients resteront en contact avec leur oncologue principal et seront admissibles aux traitements de phase I et de recherche; 2) Les patients resteront des patients du MDACC.

**Différentes structures, processus et résultats
des soins axés sur la maladie.**

**Les différences sont toujours frustrantes pour
les administrateurs.**





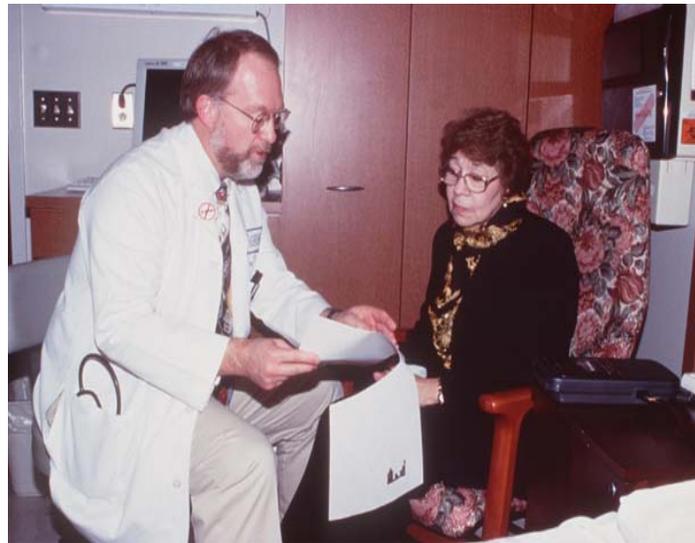




Supportive Care Clinic – R5
Lights with clouds overlay











Comment pouvons-nous augmenter les attentes d'amélioration? PLACEBO!

1. Communication active (téléphone / facetime du patient)
2. Préparer et donner une liste des questions suggérées
3. Assoyez-vous lorsque vous visitez le patient
4. Toujours faire un examen physique du patient
5. Offre d'enregistrement audio de la visite ou des recommandations
6. Demandez comment le patient préfère prendre des décisions
7. Jouer de la musique
8. Pas de salle d'attente, réceptionniste souriante, pas de salle d'examen, lumière rose, signe au plafond, animaux domestiques bienvenus et mariages

Comment pouvons-nous augmenter les attentes d'amélioration?

1. Communication active (téléphone / vidéo du patient) -
Prospective ouverte
2. Préparer et donner une liste des questions suggérées - **ECR**
3. Assoyez-vous lorsque vous visitez le patient - **ECR**
4. Faire toujours un examen physique du patient - **Prospective ouverte**
5. Offre d'enregistrement audio de la visite ou des recommandations - **ECR**
6. Demandez comment le patient préfère prendre des décisions -
Prospective ouverte
7. Jouer de la musique - **Prospective ouverte**
8. Pas de salle d'attente, pas d'utilisation d'ordinateur EPIC, éclairage rose, méthode d'introduction d'un conseiller

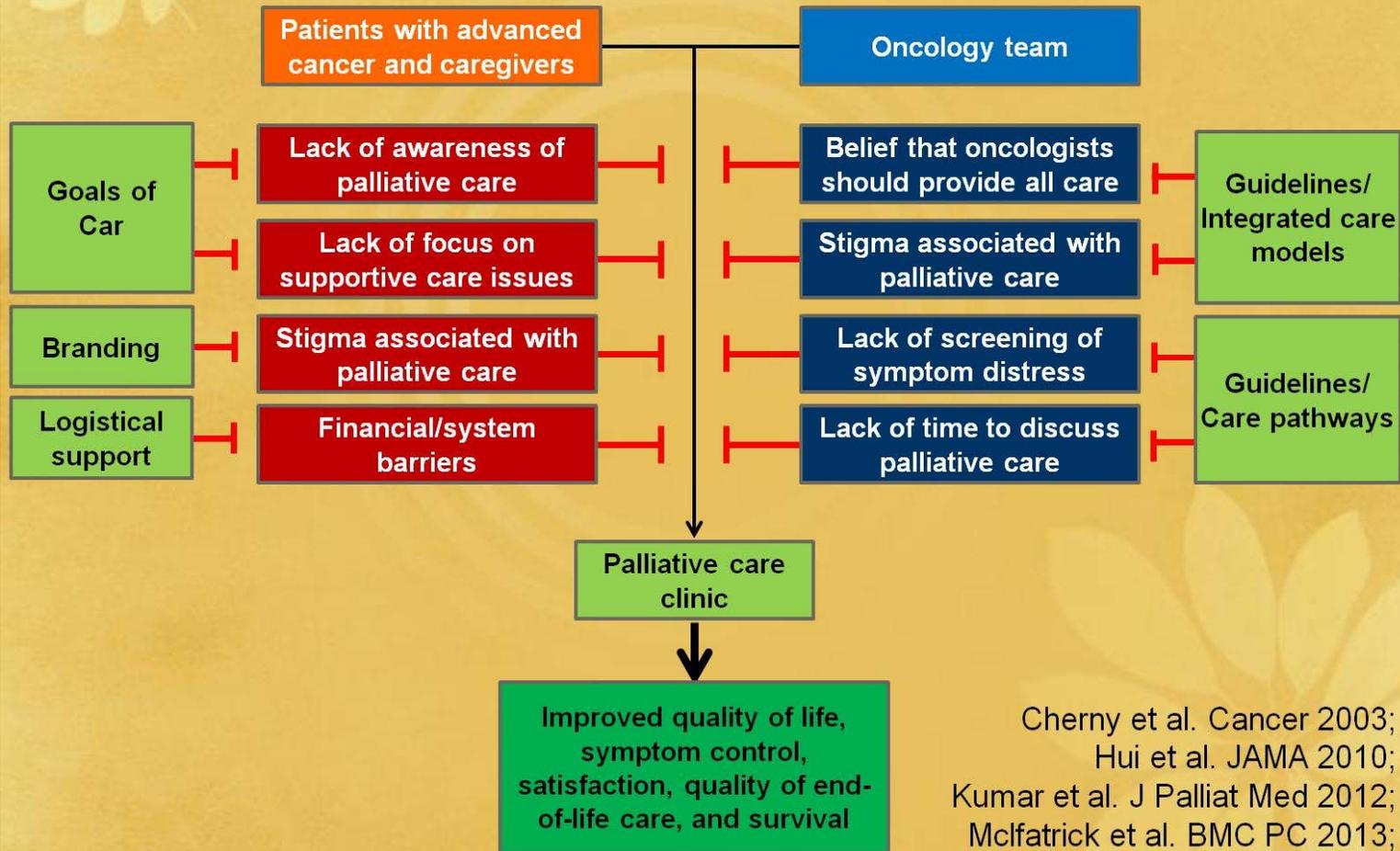
Quality of EOL Care

Outpatient vs. Inpatient Palliative Care

Within last 30 days of life	Outpatient Referral N=169 (%)	Inpatient Referral N=199 (%)	P-value
Any emergency room visit	80 (48)	135 (68)	<0.001
2 or more emergency room visits	18 (11)	51 (26)	<0.001
Any hospital admission	87 (52)	171 (86)	<0.001
2 or more hospital admissions	17 (10)	47 (24)	0.001
More than 14 days of hospitalization	14 (8)	40 (20)	0.002
Hospital death	30 (18)	67 (34)	0.001
Any ICU admission	7 (4)	28 (14)	0.001
ICU death	3 (2)	10 (5)	0.15
Chemotherapy and targeted agent use	41 (25)	55 (28)	0.55

Hui et al. *Cancer* 2014

Overcoming Barriers



Cherny et al. Cancer 2003;
 Hui et al. JAMA 2010;
 Kumar et al. J Palliat Med 2012;
 McIpatrick et al. BMC PC 2013;
 Schenker et al. JOP 2013

Use of Palliative Care Services in a Tertiary Cancer Center

SHALINI DALAL,^a SEBASTIAN BRUERA,^b DAVID HUI,^a SRIRAM YENNU,^a RONY DEV,^a JANET WILLIAMS,^a CHARLES MASONI,^a IJEOMA IHENACHO,^a
EMMANUEL OBASI,^a EDUARDO BRUERA^a

^aDepartment of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA;

^bDepartment of Internal Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA

Disclosures of potential conflicts of interest may be found at the end of this article.

Key Words. Palliative care • Supportive Care • Cancer • End-of-life care

2016

Table 1. Time interval to outpatient PC/SC consultation from date of registration and dates of advanced cancer diagnosis and hospital registration for FYs 2007, 2009, and 2012 compared with FY 2013

FY	Advanced cancer diagnosis to PC/SC consultation ^a			Hospital registration to PC/SC consultation ^a		
	Median interval (months), no. (95% CI)	HR (95% CI)	<i>p</i> value	Median interval (months), no. (95% CI)	HR (95% CI)	<i>p</i> value
2007	7.9 (6.7–9.2)	0.82 (0.74–0.91)	<.001	14.8 (12.7–17.0)	0.75 (0.69–0.82)	<.001
2009	4.7 (3.7–5.6)	1.03 (0.93–1.14)	.551	9.4 (8.1–10.7)	0.91 (0.83–1.00)	.032
2012	5.4 (4.4–6.4)	0.81 (0.74–0.89)	<.001	7.6 (6.4–8.8)	0.95 (0.87–1.03)	.174
2013	5.5 (4.6–6.5)	Reference		6.7 (5.4–7.9)	Reference	

^aAdvanced cancer and hospital registration status available for FYs 2007, 2009, 2012 and 2013.

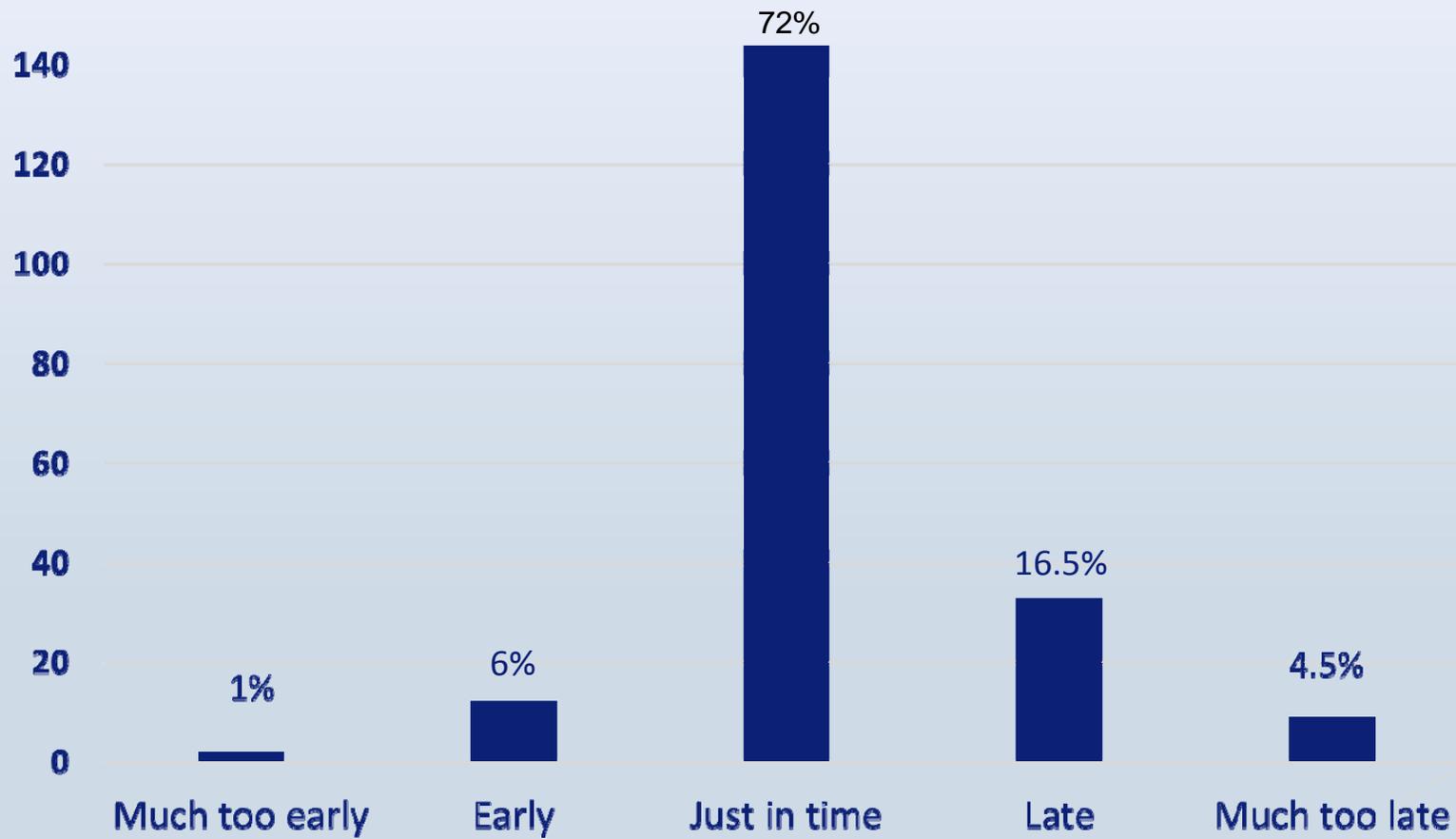
Abbreviations: CI, confidence interval; FY, fiscal year; HR, hazard ratio; PC, palliative care; SC, supportive care.

Table 2. Median survival estimates from date of outpatient consultation for FYs 2007–2012 as compared with FY 2013

Fiscal Year	All patients				Only patients with advanced cancer ^a			
	<i>n</i>	Median survival (months), <i>n</i> (95% CI)	HR (95% CI)	<i>p</i> value	<i>n</i>	Median survival (months), no. (95% CI)	HR (95% CI)	<i>p</i> value
2007	750	4.8 (4.2–5.4)	1.37 (1.23–1.53)	<.001	658	4.0 (3.5–4.6)	1.23 (1.10–1.37)	<.001
2008	718	5.1 (4.3–5.9)	1.26 (1.13–1.40)	<.001				
2009	814	6.0 (5.0–7.1)	1.17 (1.05–1.31)	.004	563	4.6 (4.0–5.2)	1.12 (1.05–1.32)	.005
2010	865	5.8 (5.1–6.4)	1.17 (1.05–1.30)	.004				
2011	1,086	7.2 (6.2–8.1)	1.06 (0.96–1.17)	.261				
2012	1,165	7.6 (6.8–8.4)	1.01 (0.92–1.12)	.797	944	5.7 (5.0–6.4)	1.00 (0.90–1.11)	.982
2013	1,225	7.9 (7.1–8.7)	Reference		968	5.9 (4.8–5.4)	Reference	

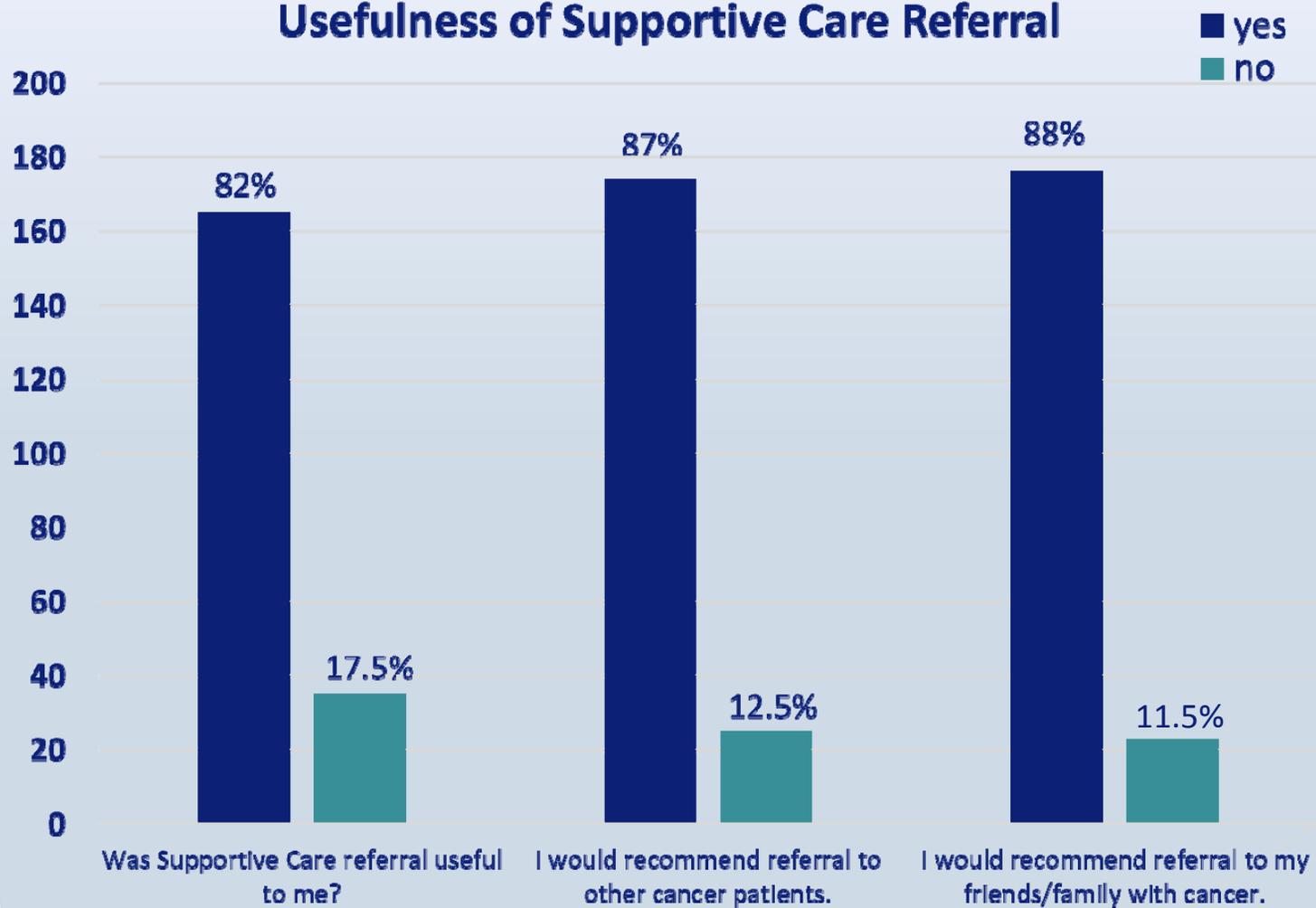
^aAdvanced cancer status available for FYs 2007, 2009, 2012, and 2013.
Abbreviations: CI, confidence interval; HR, hazard ratio.

I think my referral to Supportive Care was...



Wong et al, 2017 ASCO

Usefulness of Supportive Care Referral



Palliative Care Outcomes

- **Improved symptom control**
 - Pain control (OR 0.38) and Other symptoms (OR 0.51) (Higginson et al. JPSM 2003)
 - ESAS (Kavalieratos et al. JAMA 2016)
- **Improved quality of life**
 - HRQOL (Temel et al. NEJM 2010; Bakitas et al. JAMA 2010; Zimmermann et al. Lancet 2014; El-Jawahri JAMA 2016; Kavalieratos et al. JAMA 2016)
- **Improved quality of end-of-life care**
 - ER visits, hospitalizations, ICU in last days (Dudgeon et al. JPSM 2008; Hui et al. Cancer 2014; Jang et al. JNCI 2015)
 - ICU stay and intubation/ventilation (Wright et al. JAMA 2008)
 - Chemotherapy use in last days (Temel et al. NEJM 2010; Jang et al. JNCI 2015)
- **Improved communication**
 - Prognostic understanding (Temel et al. JCO 2011)
 - Advance care planning (Temel et al. NEJM 2014)
- **Improved patient satisfaction**
 - Satisfaction (Zimmermann et al. Lancet 2014)
- **Improved caregiver outcomes**
 - Better mood (Dionne-Odom et al. JCO 2015)
 - Less complicated bereavement (Wright et al. JAMA 2016)
 - Caregiver satisfaction (Zimmermann et al. JAMA 2008)
- **Improved oncologist related outcomes**
 - Saves consultation time (average 170 minutes) (Muir et al. JPSM 2010)
- **Reduced healthcare cost**
 - Save \$1696-\$4908/admission (Morrison et al. Arch Intern Med 2008; Smith et al. Pall Med 2014; Obermeyer et al. JAMA 2014)
 - Estimated savings of \$4 billion/yr if 5% of all hospitalized patients have PC access

