



# Confusion et Dépression en Soins Palliatifs

## *Revue de la littérature*

Professeur Laurent Calvel

*Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs  
(SASP)*

*Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*



## *Absence de lien d'intérêts déclarés par l'intervenant*



## Définitions et présentations

- Confusion
  - Hypo ou hyperactive
    - Syndrome confusionnel
    - Delirium avec ou sans démence
- Dépression
  - DSM-V:
    - le trouble dépressif majeur,
    - le trouble dépressif persistant,
    - le trouble dysphorique prémenstruel,
    - le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.



## Contexte des soins palliatifs

- Confusion et Dépression :
  - Complexité de la prise en charge
  - Altération de la qualité de vie voire du pronostic de vie
  - Fréquentes
  - Sous traitées et sous-diagnostiquées



## Méthode



- Recueillir des données
- Revue systématisée de la littérature
- Choix de la littérature à haut niveau de preuves
  - Revues,
  - Méta-analyse,
  - Essai clinique randomisé (RCT)
- Moteurs de recherche
  - Medline et Cochrane



## Exemple de requête « Confusion » à partir de Medline

```
((((((((confusion[Title/Abstract] OR delirium[Title/Abstract]))  
AND (palliative care[Title/Abstract] OR support  
care[Title/Abstract] OR palliative[Title/Abstract] OR end of  
life[Title/Abstract]))) AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh]  
OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR (Randomized  
Controlled Trial[ptyp] OR "Review Literature as Topic"[Mesh]  
OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature  
review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]))
```



## Exemple de requête « Depression » à partir de Medline

```
((((depress*[Title/Abstract] OR dysthymi*[Title/Abstract]  
OR "adjustment disorder"[Title/Abstract] OR "affective  
disorder"[Title/Abstract] OR "affective symptoms"[Title/Abstract]  
AND (palliative care[Title/Abstract] OR support  
care[Title/Abstract] OR palliative[Title/Abstract] OR end of  
life[Title/Abstract])))  
AND (("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR  
"Meta-Analysis "[Publication Type] OR (Randomized Controlled  
Trial[ptyp] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta  
Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or  
"Quantitative Review" [Title/Abstract])))
```





- Méthodologie standardisée de référence:  
« PRISMA Statement »
- « Les résultats d'une revue systématique dépendent de l'étendue et de la qualité des études incluses. »
- Lucidité sur la qualité des constats obtenus

## GRILLE D'ÉVALUATION<sup>1</sup> DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES Essai clinique randomisé

<b>Auteur (s)</b>		<b>Date de publication</b>	
<b>Objet d'étude</b>			
<b>Évaluateur</b>		<b>Date</b>	

OBJECTIF			
<b>O1</b>	Est-ce que l'objectif de l'article est énoncé en spécifiant le problème, l'intervention, la population et l'indicateur principal (outcome)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MÉTHODOLOGIE			
<b>M1</b>	Est-ce que les critères d'éligibilité de l'étude sont spécifiés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M2</b>	Est-ce que l'assignation des sujets aux groupes de traitement est effectuée selon une méthode appropriée (randomisation)?**	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M3</b>	Est-ce que l'assignation est faite à l'insu de l'évaluateur?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M4</b>	Est-ce que l'assignation est faite à l'insu des participants?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M5</b>	Est-ce que l'administration de l'intervention est faite à l'insu de l'intervenant?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M6</b>	Est-ce que l'administration de l'intervention est faite à l'insu du participant?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M7</b>	Est-ce que l'évaluation des résultats est faite à l'insu des évaluateurs?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M8</b>	Est-ce que l'intervention ciblée est décrite (dosage, mode d'administration, intervenant, autres paramètres)?**	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M9</b>	Est-ce que l'intervention alternative (contrôle) est suffisamment décrite (placebo, autre traitement)?**	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M10</b>	Exception faite de l'intervention, est-ce que les groupes sont traités de la même façon?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M11</b>	Est-ce que les indicateurs (outcomes) d'efficacité sont bien définis a priori?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M12</b>	Est-ce que les indicateurs (outcomes) d'innocuité/sécurité sont définis a priori?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M13</b>	Est-ce que tous les outils de mesures utilisés sont standardisés, valides et fiables?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M14</b>	Est-ce que des analyses incluant tous les sujets tels que distribués initialement dans chaque groupe (intention to treat) sont planifiées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M15</b>	Est-ce que les analyses statistiques prévues sont appropriées?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>M16</b>	Est-ce qu'une estimation du nombre de participants nécessaire pour assurer une puissance statistique adéquate est effectuée?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RÉSULTATS			
<b>R1</b>	Est-ce que le déroulement de l'étude est clairement présenté (n éligibles, n randomisés, croisements, abandons)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>R2</b>	Est-ce que le nombre de participants analysés est suffisant	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## GRILLE D'ÉVALUATION<sup>1</sup> DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES Essai clinique randomisé

	pour assurer la puissance statistique de l'étude pour l'évaluation de l'indicateur principal?		
R3	Est-ce que les caractéristiques de la population de l'étude sont suffisamment décrites?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R4	Est-ce que la population étudiée est représentative de la population visée? **	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R5	Est-ce que le pourcentage de perte de sujets dans chaque groupe est plus petit que 20 %?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R6	Est-ce que les raisons des pertes au suivi pour chacun des groupes sont identifiées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R7	Est-ce que l'adhésion au traitement (observance) est évaluée?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R8	Est-ce que les analyses sont réalisées telles que planifiées (ITT, analyses de sous-groupe,...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R9	Est-ce que les résultats sont présentés avec des intervalles de confiance, des écarts-types ou écarts interquartiles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
R10	Si l'étude est multicentrique, est-ce que les résultats sont comparables dans tous les sites?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
<b>DISCUSSION</b>			
D1	Est-ce que les conclusions de l'étude abordent les objectifs principaux?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
D2	Est-ce que les auteurs identifient les limites de l'étude?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
D3	Est-ce que la cohérence des résultats avec ceux d'autres études est discutée?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
D4	Est-ce que les conclusions de l'étude sont cohérentes avec les résultats clés?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>AUTRES CONSIDÉRATIONS</b>			
A1	Est-ce que le financement de l'étude est rapporté?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
A2	Est-ce que les conflits d'intérêts sont abordés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
A3	Est-ce qu'il existe une possibilité de conflits d'intérêts?*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>ÉVALUATION GLOBALE DE LA QUALITÉ DE L'ÉTUDE**</b>			
<b>La qualité générale de l'étude est</b>		Satisfaisante <input type="checkbox"/>	Insatisfaisante <input type="checkbox"/>

\*\* Questions impliquant un jugement ou une appréciation personnelle de l'évaluateur

<sup>1</sup> D'après COMPUS Adapted SIGN 50 Checklist for Randomised Control Trials (<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>), l'échelle Downs and Black (1996) (Downs, 1996), la grille CONSORT (Begg, 1996; Schulz, 2010), le Cochrane Handbook (Higgins, 2011) et l'outil CASP (Critical Appraisal Skills Programme) pour l'évaluation de la qualité méthodologique des essais comparatifs avec randomisation tel que traduit par INESSS (2015)

### Références

Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin L et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *Jama*. 1996; 276(8): 637-9.  
Downs, S.H., Black, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology Community Health*. 1998; 52: 377-384.  
Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2011; 9(8): 672-7.  
Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).  
Olino SA, Macedo LG, Gaddoti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*. 2008 Feb;88(2):156-75.  
Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (<http://www.caspc-uk.net/>). 11 questions pour interpréter les essais comparatifs avec randomisation. Traduction libre de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) du Québec, 2015. Disponible à [http://www.inesss.qc.ca/leadm/vto/INESSS/DocuMetho/CASP\\_ECR\\_FR2013\\_V14012015.pdf](http://www.inesss.qc.ca/leadm/vto/INESSS/DocuMetho/CASP_ECR_FR2013_V14012015.pdf)

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.**

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
<b>TITRE</b>			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
<b>RÉSUMÉ</b>			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS <sup>2</sup> ).	
<b>MÉTHODE</b>			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : $I^2$ ) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> .	

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).**

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
<b>RÉSULTATS</b>			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
<b>FINANCEMENT</b>			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

\*Note du traducteur : Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design

contradictoires, pour être confrontées, discutées et régularisées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.

Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• **Commentaires particuliers**

La traduction intègre la correction de l'item 21 recommandée sur le site officiel, et tel que spécifié dans le document d'explications [3] : « *Present the main results of the review. If meta-analyses are done, include for each, confidence intervals and measures of consistency* ».

L'acronyme anglophone de la méthode « PICOS » a été conservé ; sa signification complète est précisée en note de bas de page.

L'expression anglophone couramment utilisée « *risk ratio* » a été conservée puisqu'il s'agit d'une méthode de calcul du risque relatif qui prend en compte le délai de survenue des événements, et ne peut donc être complètement assimilée à la notion de « risque relatif » [13,14].

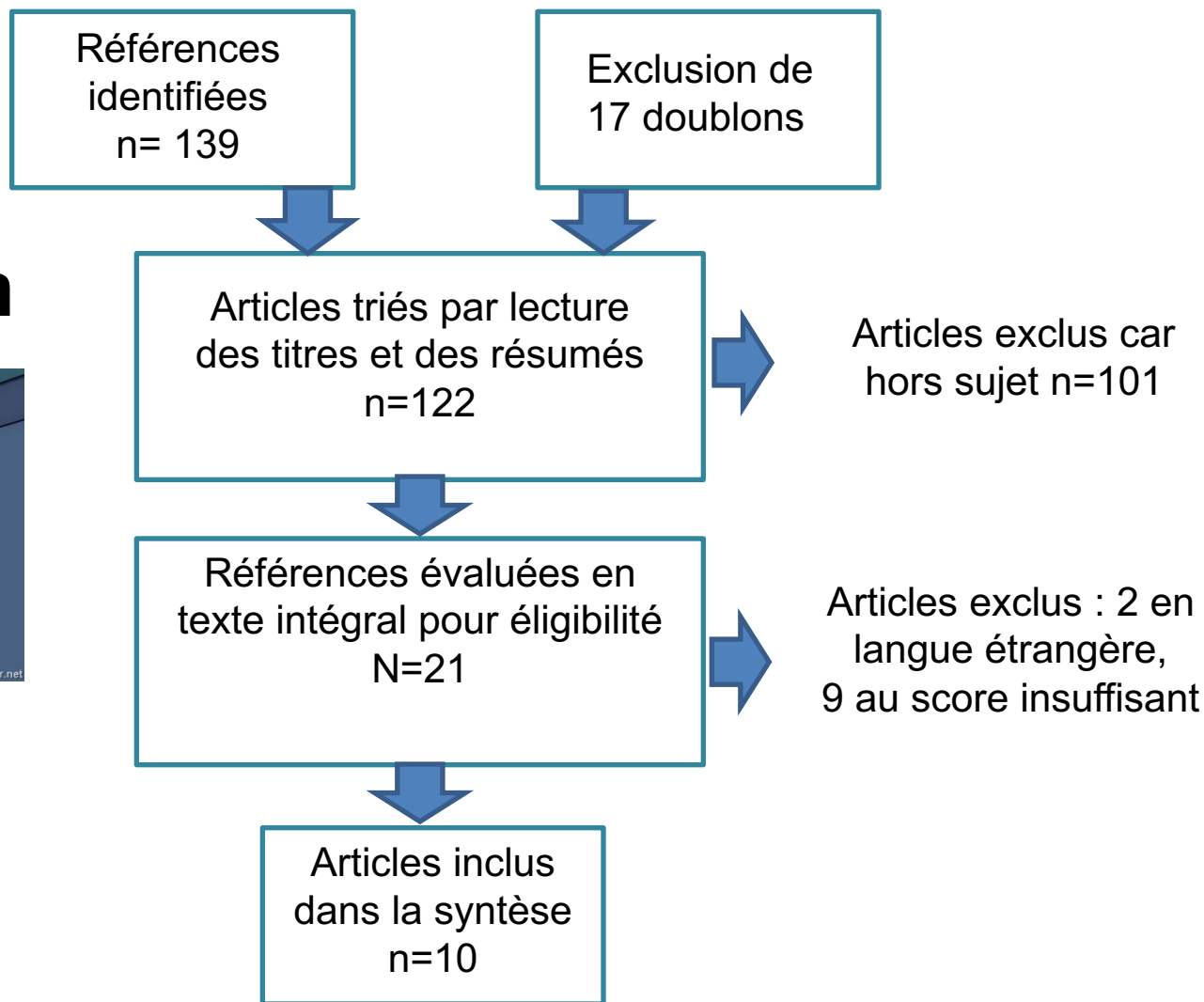
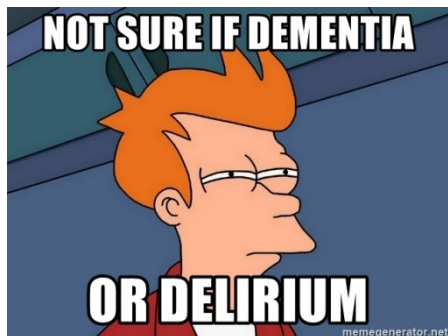
L'expression anglophone « *measures of consistency* » a été traduite par la locution « tests d'hétérogénéité », plus usuelle dans le langage francophone pour désigner les moyens de vérifier l'hypothèse d'homogénéité [10,13,15,16].

Pour faciliter l'appropriation de la traduction, l'appellation anglophone « *forest plot* », très couramment usitée par les professionnels francophones, est citée entre parenthèses à la suite de sa traduction officielle « *graphique en forêt* », moins connue mais aussi employée.



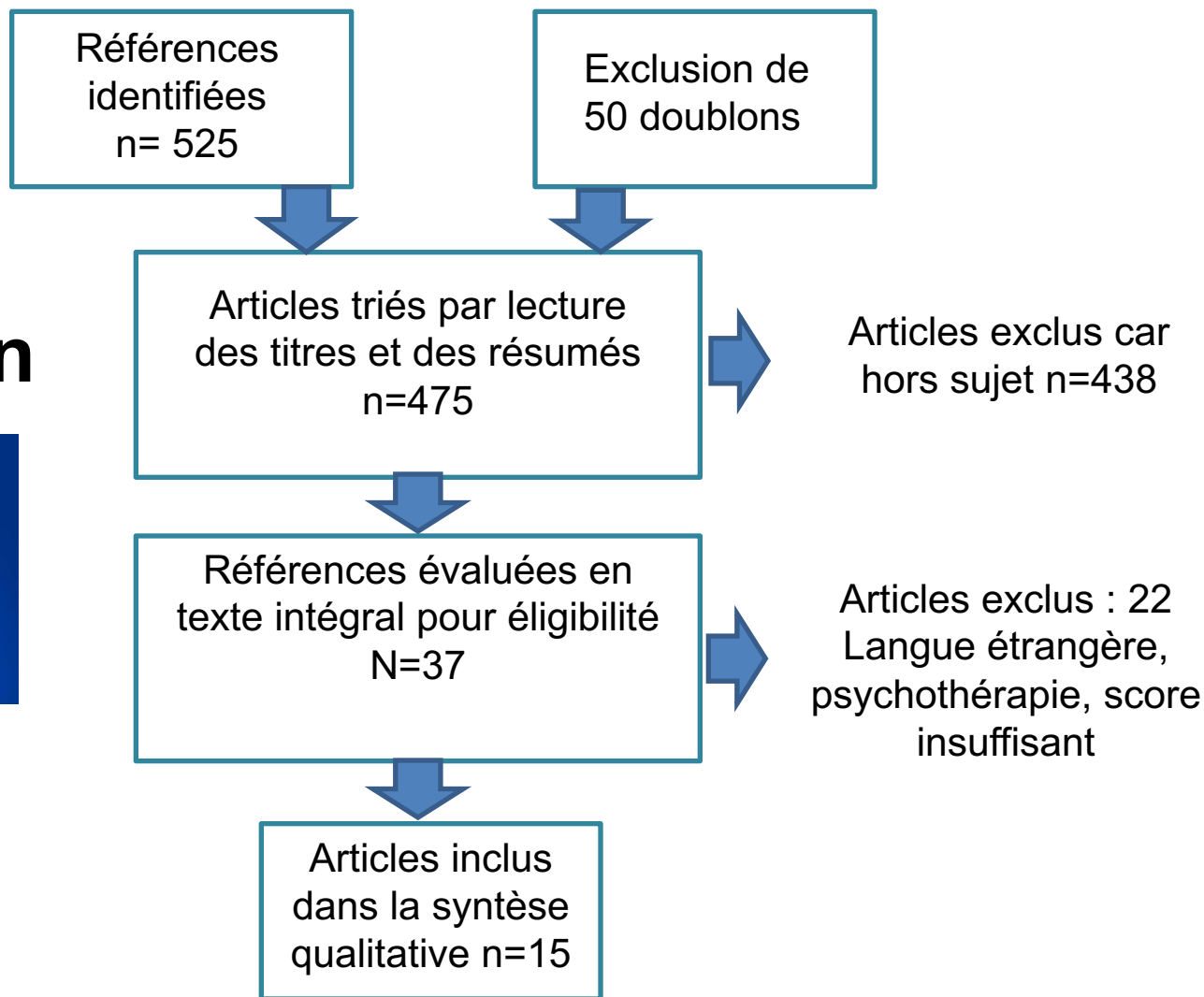
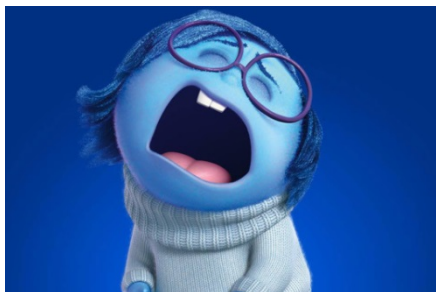
- Recherche effectuée jusqu'à avril 2017
- Evaluation de la qualité de chaque étude retenue par les critères méthodologiques
  - Confusion : 9 revues systématiques, 1 RCT
  - Dépression : 5 Méta-analyses, 7 revues systématiques, 3 RCT

## Confusion





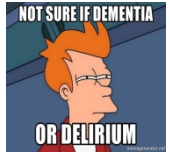
## Dépression







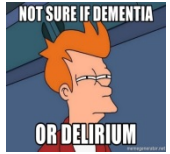
## Résultats



- Prévalence en USP :
  - A l'admission :13,3-42,2%
  - Durant le séjour: 26-62%
  - A l'approche de la mort: 59-88%

*(Hosie et al. 2013)*
- Sous-diagnostic des confusions hypoactives  
*(Spiller et al. 2006)*
- 50% de ces confusions réversibles  
*(Spiller et al. 2006)*

## Démarche diagnostique: Place centrale



- De l'évaluation pluridisciplinaire
  - Echelles de dépistage et d'évaluation=outils
    - Confusion Assessment Method (CAM),
    - Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS),
    - Nursing **Delirium** Screening Scale (Nu-Desc)
- Du respect et de la prise en compte
  - De la fragilité du patient
  - De la communication
  - Des sensorialités
- De l'accompagnement des proches

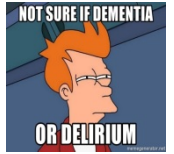
## Démarche thérapeutique:

- **Préserver les fonctions cognitives**
- **Assurer la sécurité**
- **Améliorer les symptômes potentiellement stressantes**



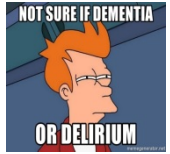
## Place centrale

- **Des mesures non médicamenteuses,**
- Du traitement des facteurs réversibles
- Qu'est-ce qu'on traite : agitation ? léthargie?
- **Aucune recommandation médicamenteuse**
  - **robuste et exclusive:**
    - neuroleptiques,
    - benzodiazépines,
    - psychostimulants



## **Approches** (Reich et al. 2011, hors revue PRISMA):

- Préventive
- Symptomatique
- Etiologique
- Environnementale
- « Supportive » (accompagnement et soutien)



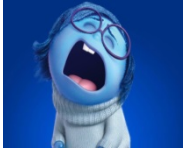
## Etudes récentes confirmatoires:

### – *Agar et al. JAMA intern. Med. 2017:*

- Effets délétères d'halopéridol et rispéridone versus placebo sur les symptômes de confusion ainsi que sur la survie globale dans le bras halopéridol.

### – *Hui et al. JAMA 2017:*

- Effet positif sur l'agitation, de l'adjonction de Lorazépam à l'halopéridol sur une confusion hyperactive ou mixte.

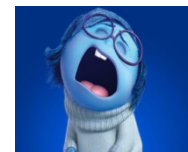


- Prévalence selon les critères DSM-IV:
  - 16,5% en soins palliatifs, de Dépression.  
*(Mitchell et al. 2011)*
  - 29% de troubles de l'humeur (troubles adaptatifs, anxiété, dépression).  
*(Mitchell et al. 2011)*
- Sous estimée?
- Sous diagnostiquée?
- Sous traitée?

## Démarche diagnostique:

### Place centrale:

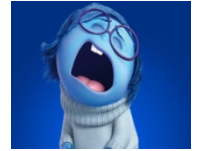
- Repérage pluridisciplinaire
- Evaluation experte
  - Gold Standard : entretien clinique par professionnel expérimenté
  - Critères nosographiques du DSM-V
- Echelles validées en français=outils: *(Mitchell et al. , 2012, Rayner et al., 2011)*
  - Beck Depression Inventory (BDI-II )
  - Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)
  - En fait, 1 à 2 questions discriminantes en soins palliatifs



Screening tool	Sensitivity	Specificity
Single-item 'Are you depressed?'	0.42-0.86	0.74-0.92
Two-item 'During the last month, have you been bothered by feeling down, depressed or hopeless?' 'During the last month, have you been bothered by having little interest or pleasure in doing things?'	0.91-1.00	0.57-0.86



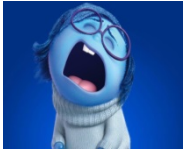
## Démarche thérapeutique:



- Traitements médicamenteux recommandés
  - **IRS et Tricycliques** :
    - Efficacité comparable, profil toxicités différentes
    - Peu de doute sur l'efficacité du traitement médicamenteux
    - NST : 9 à 5 de 4 à 12 semaines
    - Problème d'identification des patients à traiter  
(*Rayner et al. 2011*)
  - **Méthylphénidate** :
    - RCT robustes, mais faibles effectifs
- Psychothérapie : pas de données randomisées



# Discussion

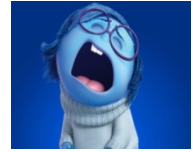
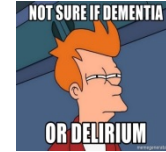


Questions en suspens:

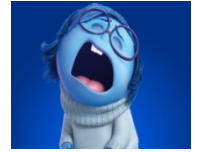
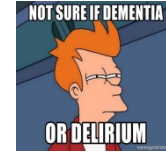
- Quelle démarche de repérage?
  - Quelle démarche diagnostique?
  - Quelles approches / symptômes physiques ?
- (Hotopf et al. 2002)*

## Limites

- Faibles effectifs
  - Hétérogénéité
    - des méthodes d'évaluation
    - des traitements évalués
  - Contraintes de la recherche en SP :
    - Consentement,
    - Acceptabilité des interventions
    - Biais, notamment de sélection
- > **Faibles niveaux de preuves**

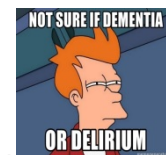


## Limites



- Quelle valeur accorder à l'extrapolation ?
  - Intérêt d'un élargissement:
    - des critères d'inclusion
    - des mots clés
    - des moteurs de recherche
- > **Faibles niveaux de preuves**

## La confusion, par exemple?

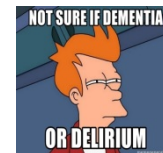


- Multiples recommandations de bonne pratiques (AFSOS, ASCO, EAPC, revues de littérature diverses.)
- Altération importante
- de la qualité de vie des patients et leurs proches (*Bruera et al. 2009*)
- Symptôme fréquent
- Source de détresse pour le patient, ses proches, les professionnels (*Belanger et al. 2011*)

### Comment aborder cette question?

- **Améliorer la prise en charge**
- **Respecter chacun**

## Proposer une fiche « mémo » ?



### Critères diagnostiques de la confusion :

#### CAM (Confusion Assessment Method)

- **Critère 1 : Début soudain et fluctuation des symptômes**
  - Existe-t-il l'évidence d'un changement aigu dans le statut mental de base ? Cet état est-il fluctuant dans la journée ?
- **Critère 2 : Troubles de l'attention**
  - Le patient a-t-il des difficultés à maintenir son attention ? Est-il facilement distrait ou a-t-il des difficultés pour saisir ce que l'on vient de lui dire ?
- **Critère 3 : Désorganisation de la pensée**
  - La pensée du patient est-elle désorganisée ou incohérente, le discours est-il décousu ou la conversation inadaptée ? L'idéation est-elle illogique et le malade saute-t-il du coq-à-l'âne ?
- **Critère 4 : Altération de la conscience**
  - Globalement le niveau de vigilance du patient est-il alerte, vigilant (=hyper-alerte), léthargique, stuporeux ?

### Fiche Mémo

### SYNDROME CONFUSIONNEL EN SOINS PALLIATIFS

#### Points clés

Tout changement brutal de l'état mental, cognitif ou comportemental du patient doit faire évoquer la possibilité d'un délirium

#### Causes fréquentes de délirium : DELIRIUM

- **D**rugs/**D**ehydratation
- **E**lectrolyte imbalance (natrémie, calcémie)
- **L**evel of pain
- **I**nfection/**I**nflammation
- **R**espiratory failure (hypoxie, hypercapnie)
- **I**mpaction of faeces (fécalome)
- **U**rinary retention
- **M**etabolic Disorder (insuffisance rénale, hépatique, hypo/hyperglycémie)

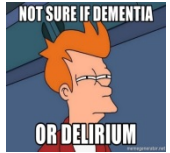
#### Conduite à tenir :

- Réévaluer les traitements, arrêter les traitements non indispensables
- Rechercher et corriger un facteur déclenchant
- Réorienter fréquemment le patient
- Rassurer le patient et sa famille

#### Traitement médicamenteux :

- Halopéridol en titration
- Attention au risque de survenue de syndrome extrapyramidal et d'allongement du QT

## En théorie

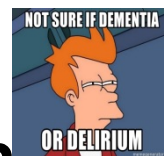


- **Recommandées si:**
  - « Existence de données récentes sur le thème...préférentiellement
    - RBP françaises et étrangères
    - Méta-analyses bien conduites »
  - « Absence de controverse importante sur le thème. »
- **Méthodologie HAS** Fiche Mémo 2016
  - Objectifs:
    - Amélioration par la standardisation des pratiques
    - Aider à la prise de décision
    - Promouvoir les actes pertinents non réalisés



## En pratique, la « Fiche Mémo »

- **Peu adapté au contexte et à l'incertitude des SP**  
(Situations complexes et singulières en soins palliatifs)
- Peu de recommandations robustes.
- Intérêt d'une fiche mémo supplémentaire ?
- Controverses à propos
  - Des échelles d'évaluation,
    - Intérêts?
    - Avantages?
    - Inconvénients?
  - Des définitions
  - Périmètres diagnostiques et thérapeutiques
    - Dépression ? Confusion?





## Quelle attitude face à la complexité ?

- Inter et pluridisciplinarités :
  - Repérage
  - Analyse
  - Réflexion
  - Elaboration
- Globalité et personnalisation
- Symptômes = motif de recours aux équipes spécialisées



## Quelle attitude face à la complexité ?

- Démarche **versus/plutôt que** guide pratique
- Interroger et contextualiser ses pratiques
- Intégrer une démarche d'amélioration
- Limiter et éviter
  - les attitudes réflexes
  - La labilité des approches
- Evaluer ses pratiques pour les ajuster  
*(Bush et al 2014)*



# Conclusion



- Attitude diagnostique systématisée et contextualisée
- Attitude thérapeutique adaptée et ajustée

## **De quoi avons-nous besoin à l'avenir ?**

- D'une démarche collaborative et pluridisciplinaire
- D'une démarche d'intégration et d'évaluation des pratiques
- D'études cliniques adaptées et robustes
- D'une mesure des impacts correctifs



# Bibliographie issue de la revue et hors revue

## • Confusion

- Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: A systematic review. *Palliat Med.* 1 juin 2013;27(6):486-98.
- Hui D, Frisbee-Hume S, Wilson A, Dibaj SS, Nguyen T, De La Cruz M, et al. Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 19 2017;318(11):1047-56.
- Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 janv 2017;177(1):34-42.
- Michel Reich, Ophélie Soulié, Julia Revnic, *Médecine palliative* Février 2011, Vol 10, n°1 pages 4-13.

## • Dépression

- Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 1 janv 2011;25(1):36-51
- Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med.* 1 mars 2002;16(2):81-97.
- Kerr CW, Drake J, Milch RA, Brazeau DA, Skretny JA, Brazeau GA, et al. Effects of Methylphenidate on Fatigue and Depression: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management.* 1 janv 2012;43(1):68-77.
- Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders.* 1 oct 2012;140(2):149-60.



# Journée d'Actualités Médicales 2018

MERCI pour votre attention !

