

Nouvel outil pour la gestion des
symptômes: le protocole
COSTaRS

Marie-Hélène Lavoie BSc inf,
CSIO(C)

Contexte

- Présentation faite à l'AQIO 2013
- Équipe du centre de santé Mc Gill

Plan de la présentation

- Pratique au téléphone
- Les symptômes
- Les protocoles d'évaluation/gestion des sx

Pratique au téléphone

Norme 6 : Relation thérapeutique

Les personnes atteintes de cancer et leur famille ont droit, tout au long de l'expérience du cancer, à une relation thérapeutique basée sur le soutien et le caring (c'est-à-dire la réelle préoccupation pour l'autre), avec des professionnels de la santé ayant les connaissances nécessaires.

Norme 7 : Soins fondés sur des données probantes

Les personnes atteintes de cancer et leur famille ont droit à des soins qui se fondent sur des connaissances théoriques et scientifiques (sciences physiologiques et psychosociales) et qui intègrent les principes de la pratique infirmière fondée sur des données probantes, des pratiques exemplaires ou des résultats disponibles.

Pratique au téléphone

Petit rappel:

- Conversation téléphonique
- Qualité de la voix
- Capacité d'écoute
- Stratégies d'entrevue
- Terminer l'entrevue

Pratique au téléphone

Barrières:

- Langage inapproprié
- Faire la leçon
- Prendre l'appel dans un lieu bruyant
- Mâcher de la gomme ou manger pendant l'appel
- Blâmer le patient ou les autres membres de l'équipe interdisciplinaire
- Avoir des préjugés...

Pratique au téléphone

Attitudes aidantes:

- Questions ouvertes (patient peut décrire) (PQRST)
- Prendre le temps (5 à 10 min pour avoir l'info nécessaire)
- Environnement adéquat
- Utiliser un langage que le patient peut comprendre (éviter les termes médicaux)
- Valider avec le patient
- Accepter l'auto-diagnostic
- Connaissances adéquates (on peut ne pas connaître la réponse mais on doit se préoccuper de la connaître)

Pratique au téléphone

Documentation:

- Le cliché du pt(nom, no de téléphone, DDN)
- Raison de l'appel
- Signes et symptômes
- Protocole particulier utilisé
- Informations ou conseils donnés
- Orientation(urg, md de famille)
- Suivi nécessaire
- Signature

Importance de l'évaluation à distance

- De plus en plus de thérapies per os donc, pris à domicile.
- Les effets secondaires ont lieu à la maison
- Aspect géographique(notre réalité régionale)
- Coûts
- Pratique de plus en plus courante et importante

Quels sont les principaux
symptômes pour lesquels nous
sommes contactés?

Les symptômes au téléphone

- 1) LA DOULEUR et ses déclinaisons (maux de tête, dlr musculaires, dysphagie, mucosites, etc.)
et ce pour tout type de cancer confondus.
- 2) Fatigue/nausées
- 3) Œdème/diarrhée
- 4) Dyspnée
- 5) Anorexie

Les symptômes au téléphone

- Selon une étude canadienne(Macartney et all) :
 1. La fatigue
 2. La douleur
 3. La nausée
 4. La constipation
 5. L'anxiété

ÉVALUATION À DISTANCE: LES PROTOCOLES

- Quels protocoles/lignes directrices utilisez-vous dans votre pratique?

ÉVALUATION À DISTANCE: LES PROTOCOLES

- Le plus connu et celui qui était la référence lors de l'implantation du rôle de l'infirmière pivot: Pratique des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes de ACO. (action cancer ontario)2004

ACO



Pratique des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes

Comité consultatif des spécialistes en soins infirmiers

April 2004

LIGNES DIRECTRICES SUR LA DOULEUR

Doleur : inconfort aigu ou chronique dont l'intensité peut varier. « La douleur est ce que le patient déclare qu'elle est. »	
Termes courants : douleur continue, inconfort, endolorissement	
Évaluation générale	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom, date de naissance, N° d'identification clinique, médecin ▪ Diagnostic, traitement : type, date du dernier traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments actuels, allergies ▪ Nom et numéro de la pharmacie
Évaluation des symptômes	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endroit : noter si la douleur est externe ou interne, stationnaire ou irradiante. S'agit-il d'un nouvel endroit douloureux? ▪ Intensité (0 à 10) : Indiquer la note sur l'échelle, la note quand la douleur est la plus grande et la plus faible, ainsi que la douleur acceptable. ▪ Description : Reprendre les mots du patient, p. ex., légère, endolorissement, aiguë, atroce, profonde, pénible, crampes, brûlures, aiguilles, en coup de poignard ▪ Symptômes associés : nausées, vomissements, constipation, anxiété, dyspnée, insensibilisation ou picotements, rétention urinaire, anorexie, faiblesse motrice, douleur reliée à la détresse, effets sur la capacité de réaliser les activités courantes ▪ Durée : Pendant combien de temps la douleur persiste-t-elle généralement? P. ex. secondes, minutes, heures, constante ▪ Facteurs qui aggravent ou soulagent la douleur : marcher, se déplacer, manger, heure du jour (quand), chaleur, froid, distraction, massage, rester immobile, relaxation, changer de position, médicaments, autres ▪ Quels sont les médicaments pris actuellement contre la douleur? ▪ Qu'est-ce que la douleur empêche de faire? P. ex., vie courante, activités sociales, sommeil ou repos, parler de ses émotions, appétit ▪ Qu'est-ce qui a été prescrit contre les effets secondaires des médicaments? ▪ Quelles sont les attentes du patient touchant la réduction de ses douleurs? 	

Imminents	Urgents	Non urgents
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient présentant une détresse ou un inconfort aigu ▪ Apparition soudaine et aiguë de la douleur ▪ Exacerbation aiguë des niveaux précédents ▪ Douleurs à un nouvel endroit ▪ Faiblesse motrice associée ▪ Analgésique empêchant la réalisation des activités courantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur modérée ▪ Douleur ou analgésiques réduisant les fonctions mais n'empêchant pas les activités courantes ▪ Le patient déclare qu'il ne peut réduire ses douleurs avec son traitement actuel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient ne prend pas correctement ses analgésiques ▪ Douleur légère qui n'empêche pas les activités courantes ▪ Prescription ou orientation nécessaire
↓	↓	↓
Nécessite des soins médicaux immédiats	Nécessite des soins médicaux dans les 24 heures	Soutien, enseignement et suivi au besoin

Enseignement aux patients
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre régulièrement les analgésiques tel que prescrit. Prendre des entre-doses au besoin. Noter dans un journal les douleurs et l'efficacité ainsi que les effets secondaires des analgésiques. Évaluer les habitudes intestinales. ▪ Si le patient se réveille la nuit, il peut prendre une entre-dose avant d'aller au lit. ▪ Prévoir les activités qui peuvent être douloureuses, p. ex. bain, et prendre des analgésiques une heure à l'avance ▪ Passer en revue les mesures non pharmacologiques qui peuvent s'ajouter aux analgésiques : techniques d'imagerie et de distraction en attendant que les analgésiques fassent effet, massage pour favoriser la relaxation musculaire, la chaleur ou le froid peut réduire la sensation de douleur, des activités sociales peuvent fournir une distraction, la musique et les exercices de relaxation facilitent la concentration et portent l'attention sur des sensations autres que la douleur.
Suivi, évaluation, documentation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noter la date et l'heure de l'appel téléphonique ▪ Noter l'évaluation, les interventions et les plans de suivi ▪ Faire au besoin une orientation vers les services de soins appropriés : communautaires, hospitaliers ou autres ressources indiquées ▪ Demander au patient de rappeler si ses symptômes ne s'améliorent pas ou si son état se détériore

- Rappeler au patient les situations qui nécessitent des soins médicaux immédiats

LIGNES DIRECTRICES SUR LA DOULEUR

Annexe

Complications possibles

- Perturbation des activités courantes
- Détresse psychosociale, p. ex. anxiété et dépression
- Diminution de la qualité de vie
- Une réduction insuffisante des douleurs accroît la détresse reliée à la douleur, ce qui peut perturber davantage les activités courantes

Facteurs de risque, causes possibles

- **Urgence oncologique** : compression de la moelle épinière, syndrome de compression de la veine cave supérieure
- **Facteurs de risque pour une réduction inappropriée de la douleur : perte cognitive**
 - Atteinte tumorale
 - Métastase tumorale
 - Mucosite
 - Intervention diagnostique ou thérapeutique
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Période postchirurgicale
 - Non reliés à un cancer

Bibliographie

- Brant, J. (2003). *Pop quiz: all about pain*. Clinical Journal of Oncology Nursing 7(1), 101-102.
- McCaffery, M., Pasero, C. (2003) *Breakthrough pain: It's common in patients with chronic pain*. AJN 103(4), Apr , pp 83-86.
- Oncology Nursing Society. (2001). *Chemotherapy and Biotherapy: Guidelines and Recommendations for Practice*.
- Oncology Nursing Society, PRISM. (2002). Pain. *Cancer Symptoms.org*. Retrieved January 8, 2004 from <http://www.cancersymptoms.org/symptoms/pain>.
- Pestonjee, S.F. (2000). Nurses Handbook of Patient Education. *Registered Nurses Association of Ontario*. 226
- RNAO. Best Practice Guidelines. *Assessment and management of pain*. Retrieved January 22, 2004 from http://www.mao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C2_pain_asp.
- Wells, N., Murphy, B., Wujcik, D. and Johnson, R. (2003). *Pain-related distress and interference with daily life of ambulatory patients with cancer with pain*. Oncology Nursing Forum 30(6), 977-986.
- West, C.M., Dodd, M.J., Paul, S.M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P. and Miasdowski, C. (2003). *The PROSELF Pain control program – an effective approach for cancer pain management*. Oncology Nursing Forum 30(1), 65-73.

Protocole du CCO

- Avantages:

Lignes directrices sur 12 sx

Utilisation facile

- Limites:

Outil fait en Ontario avec leurs normes à eux.

Déjà 10 ans d'existence

On doit écrire nos notes sur un autre document

ÉVALUATION À DISTANCE: LES PROTOCOLES

- Nous sommes en 2013 (presque 2014)
- Est-ce encore un outil valide? À jour?
- Norme 7

Norme 7 : Soins fondés sur des données probantes

Les personnes atteintes de cancer et leur famille ont droit à des soins qui se fondent sur des connaissances théoriques et scientifiques (sciences physiologiques et psychosociales) et qui intègrent les principes de la pratique infirmière fondée sur des données probantes, des pratiques exemplaires ou des résultats disponibles.



**Projet pancanadien de triage des symptômes et d'aide à distance en oncologie
(COSTaRS: Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support)**

**Protocoles d'évaluation à distance des symptômes
pour les personnes suivant des traitements contre le cancer**

Mars 2012

ÉVALUATION À DISTANCE: LES PROTOCOLES

- Un groupe d'inf piloté par Dawn Stacey inf pour le comité d'orientation de Pan-canadian Oncology Symptom triage and remote Support (COSTaRS). Université d'Ottawa et la Corporation du Partenariat canadien contre le cancer. 2011

COSTaRS

- Construire un outil validé ayant pour assise des données probantes
- Utilisable dans la pratique
- Utilisation du ESAS/EESE
- Se transpose aisément dans le dossier électronique
- Langage simple
- Outil pan canadien

ESAS/EESE

- Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton
- Échelle numérique de 0-10

3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS)

Pour chaque item suivant, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état de santé au cours des **DERNIERES 24 HEURES**.

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de bien-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? Oui Non

COSTaRS



Protocole d'évaluation de la constipation Évaluation à distance, triage et gestion de la constipation chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

Constipation : Réduction de l'évacuation de selles formées, caractérisée par des selles plus dures et plus difficiles à évacuer.¹

1. Évaluation de la gravité de la constipation (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre constipation?

Aucune constipation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire constipation possible ^{ESAS}

À quel point cette constipation vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ³	0-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Inquiétude du patient (note ci-dessus)	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>		
Combien de jours de retard avez-vous sur votre rythme normal pour aller à la selle? ²	≤ 2 jours	<input type="checkbox"/>	3 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	3 jours ou plus avec médication	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous, en ce moment, des médicaments pour aider à soulager la constipation?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, par intermittence	<input type="checkbox"/>	Oui, régulièrement	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des douleurs abdominales? ² Décrivez.	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Votre ventre est-il anormalement gonflé? ² Semble-t-il anormalement dur? <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	De plus en plus	<input type="checkbox"/>	Beaucoup, rigide	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des nausées, une perte d'appétit ou des vomissements? ^{1,2}	Non	<input type="checkbox"/>	Nausée, perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<input type="checkbox"/>
Si vous avez vomi, vos vomissements sentaient-elles les selles? ² <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? ²	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sensibilité au toucher a-t-elle changé (engourdissement, picotements, sensation de brûlure)?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Faiblesse dans les bras ou les jambes?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Changement à vos habitudes urinaires (incontinence, incapacité à vider votre vessie)?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez.	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>



1 Léger

Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.



2 Modéré

Passez en revue les autosoins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.



3 Grave

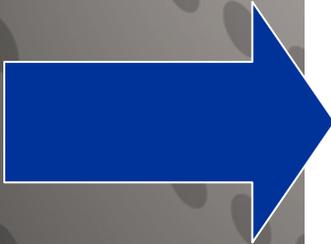
En présence d'un symptôme ou plus avec constipation, consultez immédiatement un médecin.

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/2 lignes directrices)

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

COSTaRS



Nom du patient _____

3. Vérification de toute la médication du patient pour la constipation (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 1/2 lignes directrices)

Usage actuel	Médicaments pour la constipation*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Type de données
<input type="checkbox"/>	senné (Senokot®) ¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	docusate sodique (Colace®) ¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Suppositoires** (Dulcolax®/bisacodyl, glycérine) ¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	Golytely® ¹		Avis d'expert + données peu probantes
<input type="checkbox"/>	Lactulose ¹		Avis d'expert
<input type="checkbox"/>	hydroxyde de magnésium (Lait de magnésie®) ¹		Avis d'expert

*Considérez la possibilité d'une constipation due aux opioïdes. Les données sont limitées ou inadéquates pour ce qui est de la constipation liée aux traitements contre le cancer. ** Vérifiez la formule sanguine avant d'utiliser des suppositoires.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 1/2 lignes directrices)

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou info transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous êtes constipé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez :
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelles sont vos habitudes d'élimination? Renforcez si pertinent. Précisez :
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essayez-vous de boire 8 verres de liquides, surtout tièdes ou chauds, par jour? ¹
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous ajouté des fibres à votre alimentation? (Adéquat uniquement en présence d'une consommation adéquate de liquides et d'activité physique.) ¹
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour aller à la selle, disposez-vous d'un endroit calme, confortable et privé? ¹
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous accès facilement à une toilette ou à une chaise d'aisance, ainsi qu'aux dispositifs d'aide dont vous avez besoin (siège de toilette surélevé)? Si possible, évitez de recourir à une bassinet. ¹
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évitez-vous le sirop de maïs non stérilisé et l'huile de ricin? ¹ (Le sirop de maïs est parfois source d'infection; l'huile de ricin peut provoquer des crampes sévères.)
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous présentez un nombre de neutrophiles bas, essayez-vous d'éviter les examens rectaux, les suppositoires et les lavements? ¹
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources.
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous discuté, avec un médecin ou un pharmacien, des médicaments que vous prenez et qui pourraient avoir un effet constipant? ¹
11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous parlé à un ou une nutritionniste? ¹

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/>	Aucun changement, poursuivre les stratégies d'autosoins et la médication (si pertinent).
<input type="checkbox"/>	Le patient accepte d'essayer l'autosoin n° : À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)?
<input type="checkbox"/>	Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite. Précisez :
<input type="checkbox"/>	Redirigé vers (service et date) :
<input type="checkbox"/>	Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai :
<input type="checkbox"/>	Patient avisé de rappeler dans 12 à 24 heures si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme.

Nom _____ Signature _____ Date _____

1. Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H. F., Gaido, L., Yemulevich, M., et al. (2008). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 317-337. (AGREE Rigour score 80%)
2. Cancer Care Ontario. (2004). Telephone nursing practice and symptom management guidelines. Retrieved from: <http://www.onc.ca/library/repository/mon/9000/245778.pdf>. (AGREE Rigour score 11%)
3. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
4. National Institutes of Health: National Cancer Institute. (2010). Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) v4.03. Retrieved from: <http://evs.nci.nih.gov/fpi1/CTCAE/About.html>.

COSTaRS

Protocole d'évaluation de la dépression Évaluation à distance, triage et gestion de la dépression chez les adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
date de naissance
Sexe
N° de carte d'hôpital

Date et heure

Dépression : Gamme de sentiments et d'émotions allant d'une tristesse normale à chronique, affect émotif déprimé incluant la dépression clinique (selon les critères validant un désordre psychiatrique)³; sentiment de désespoir, d'impuissance.

1. Évaluation de la gravité de la dépression (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous déprimé?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire dépression possible^{ESAS}

À quel point cet état vous inquiète-t-il?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Avez-vous des soucis qui peuvent nourrir votre sentiment de dépression (ex. : événements récents, insomnie, tracas financiers)? Oui Non Précisez : _____

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ^{2,3}	0-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Inquiétude du patient (ci-dessus)	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous été déprimé ou avez-vous ressenti une perte de plaisir pendant au moins 2 semaines, tous les jours, pendant presque toute la journée? ^{2,3}	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vécu l'une ou l'autre des conditions suivantes pendant 2 semaines ou plus (encerclez) : sentiment d'inutilité, sentiment de culpabilité, sommeil insuffisant ou excessif, prise ou perte de poids? ^{2,3}	Aucun	<input type="checkbox"/>	2 sur 4	<input type="checkbox"/>	4 sur 4	<input type="checkbox"/>
Votre dépression interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? ² Décrivez.	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous fatigué, las ou épuisé? Décrivez. ^{2,3}	Non/ Peu	<input type="checkbox"/>	Plutôt	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous agité (peu inclure avoir des tics ou tourner en rond) ou avez-vous plus de difficulté à réfléchir? ^{2,3}	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres facteurs de risque, comme (encerclez) : symptômes gênants, soutien social insuffisant, antécédents de dépression ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues, vivre seul, maladie récurrente ou avancée, plus jeune (< 30 ans)? ²	Aucun	<input type="checkbox"/>	Quelques-uns	<input type="checkbox"/>	Plusieurs	<input type="checkbox"/>

1 Léger

2 Modéré

3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/2 lignes directrices)

<input type="checkbox"/> Passez en revue les auto-soins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.	<input type="checkbox"/> Passez en revue les auto-soins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.	<input type="checkbox"/> Pensez-vous à la mort ou au suicide de manière récurrente? ^{2,3} Si oui, recommandez immédiatement une évaluation plus approfondie. <input type="checkbox"/> Si non, mais en présence d'un symptôme ou plus avec dépression, consultez un médecin, mais non urgent. Vérifiez les auto-soins. Vérifiez la prise de médicaments, si pertinent.
--	--	---

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

COSTaRS

Nom du patient _____

3. Vérification de toute la médication du patient pour la dépression (sous ordonnance, en vente libre et suppléments de plantes médicinales) (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

Usage actuel	Médicaments pour la dépression*	Notes (ex. : dose, suggérez de respecter la posologie)	Type de données
<input type="checkbox"/>	ISRS : fluoxétine (Prozac [®]), sertraline (Zoloft [®]), paroxétine (Paxil [®]), citalopram (Celexa [®]), fluvoxamine (Luvox [®]), escitalopram (Lexapro [®]) ³		Revue systématique
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Elavil [®]), imipramine (Tofranil [®]), désipramine (Norpramin [®]), nortriptyline (Pamelor [®]), doxépine (Sinequan [®]) ³		Revue systématique

*L'usage d'antidépresseurs dépend des profils d'effets secondaires des médicaments et du risque d'interaction avec les autres médicaments consommés.

4. Vérification des stratégies d'autogestion (Données probantes : 2/2 lignes directrices)

Le patient l'utilise déjà	Stratégies proposées ou info transmise	Le patient accepte d'essayer	Stratégies d'autosoins
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorsque vous êtes déprimé, qu'est-ce qui vous aide? Renforcez si pertinent. Précisez :
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous aviez plus d'information sur vos symptômes, cela vous aiderait-il à mieux les gérer? Si oui, donnez de l'info ou proposez des sources. ²
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous l'impression d'avoir assez d'aide à la maison et pour vous rendre à vos rendez-vous/traitements (transport, aide financière, médicaments)? ²
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faites-vous partie de groupes d'aide ^{2,3} ou avez-vous des amis ou de la famille sur qui compter?
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé la relaxation ou la visualisation? ^{2,3} (revue systématique avec méta-analyse)
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous essayé une thérapie comme la thérapie cognitivo-comportementale ou eu des consultations individuelles afin de vous aider à gérer la dépression? ^{2,3}

5. Résumé et documentation du plan d'action convenu avec l'appelant (cochez tout ce qui s'applique)

- Aucun changement, poursuivre les stratégies d'auto-soins et la médication (si pertinent).
- Le patient accepte d'essayer l'auto-soin n° :
À quel point croyez-vous pouvoir essayer ce que vous avez accepté de faire? (0=pas du tout, 10=assurément)?
- Le patient accepte de prendre ses médicaments et de respecter la médication qu'on lui a prescrite.
Précisez : _____
- Redirigé vers (service et date) : _____
- Redirigé vers (service et date) : _____
- Le patient accepte de consulter un médecin; précisez dans quel délai : _____
- Patient avisé de rappeler dans 1 à 2 jours si aucune amélioration, aggravation du symptôme ou nouveau symptôme.

Nom	Signature	Date
-----	-----------	------

- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7(2):6-9.
- Howell D, Currie S, Mayo, S, Jones G, Boyle M, et al. (2009) A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the adult cancer patient. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Retrieved from: <http://www.capo.ca/about-capo/professional-student-info/> (AGREE rigour score 85.4%)
- Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Mairs JA, Reese JM. (2008, Feb). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 131-140. (AGREE rigour score 43.8%)

Et si on appliquait le protocole...

Monsieur Dupuis est atteint d'un cancer urologique. Se plaint d'être constipé depuis 4 jours (n: id). Se sent inconfortable avec une douleur abdominale évaluée à 4/10. Dit avoir l'abdomen gonflé. Pas de nausées ni de vomissements sont présents. L'appétit est conservé. M se dit très inquiet. N'a pas de laxatifs de prescrits.

Protocole d'évaluation de la constipation
Évaluation à distance, triage et gestion de la constipation chez les
adultes en cours de traitement contre le cancer

Nom
 date de naissance
 Sexe
 N° de carte d'hôpital

Constipation : Réduction de l'évacuation de selles formées, caractérisée par des selles plus dures et plus difficiles à évacuer.¹

Date et heure

1. Évaluation de la gravité de la constipation (données probantes : 2/2 lignes directrices)

Sur une échelle de 0 à 10, comment décririez-vous la gravité de votre constipation?

Aucune constipation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire constipation possible^{ESAS}

À quel point cette constipation vous inquiète-t-elle?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

Demandez au patient si les éléments suivants sont présents ou non.

Note accordée par le patient (échelle ESAS ci-dessus) ³	0-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input checked="" type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Inquiétude du patient (note ci-dessus)	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input checked="" type="checkbox"/>		
Combien de jours de retard avez-vous sur votre rythme normal pour aller à la selle? ²	≤ 2 jours	<input type="checkbox"/>	3 jours ou plus	<input checked="" type="checkbox"/>	3 jours ou plus avec médication	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous, en ce moment, des médicaments pour aider à soulager la constipation?	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui, par intermittence	<input type="checkbox"/>	Oui, régulièrement	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous des douleurs abdominales? ² Décrivez.	Non/léger 0-3	<input type="checkbox"/>	Modéré 4-6	<input checked="" type="checkbox"/>	Grave 7-10	<input type="checkbox"/>
Votre ventre est-il anormalement gonflé? ² Semble-t-il anormalement dur? <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>	De plus en plus	<input checked="" type="checkbox"/>	Beaucoup, rigide	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des nausées, une perte d'appétit ou des vomissements? ^{1,2}	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	Nausée, perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<input type="checkbox"/>
Si vous avez vomi, vos vomissures sentaient-elles les selles? ² <input type="checkbox"/> Incertain	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous récemment subi une chirurgie abdominale? ²	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre sensibilité au toucher a-t-elle changé (engourdissement, picotements, sensation de brûlure)?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>		
Faiblesse dans les bras ou les jambes?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Changement à vos habitudes urinaires (incontinence, incapacité à vider votre vessie)?	Non	<input type="checkbox"/>			Oui	<input type="checkbox"/>
Votre constipation interfère-t-elle avec vos activités quotidiennes, à la maison ou au travail? Décrivez.	Non	<input type="checkbox"/>	Oui, un peu	<input type="checkbox"/>	Oui, beaucoup	<input type="checkbox"/>



1 Léger



2 Modéré



3 Grave

2. Triage du patient, gestion du symptôme en fonction de la gravité la plus élevée (données probantes : 1/2 lignes directrices)

Passez en revue les auto-soins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu.

Passez en revue les auto-soins. Vérifiez la prise de la médication s'il y a lieu. Conseillez de rappeler si le symptôme s'aggrave, si de nouveaux symptômes apparaissent ou s'il n'y a aucune amélioration d'ici 1 à 2 jours.

En présence d'un symptôme ou plus avec constipation, consultez immédiatement un médecin.

Si le patient ressent d'autres symptômes, avez-vous utilisé les protocoles correspondants? Si oui, précisez :

Autres commentaires :

COSTaRS

- **Avantages:**

À jour

Pan-canadien

En développement (possibilité d'émettre des commentaires)

Expérience du patient, médication et auto-soins inclus

Sert de feuille de note à même la grille d'évaluation

Outil validé

- **Limites:**

Outil non complété et donc seulement 13 symptômes inclus pour le moment.

Le symptôme le plus fréquent (la douleur) n'y est pas encore...

Comparaison des sx selon les 2 protocoles

COSTaRS (13) 2012

(anorexie) la perte d'appétit

l'anxiété*

des saignements

la dyspnée

la constipation*

la dépression

la diarrhée

la fatigue

la neutropénie fébrile

des stomatites et plaies buccales

la nausée et des vomissements

la neuropathie périphérique

des réactions cutanées

ACO/CCO(12) 2004

anorexie

la dyspnée

la constipation

la diarrhée

problème urinaire

la fatigue

la fièvre

des stomatites et plaies buccales

la nausée et des vomissements

la douleur

alteration de la peau

réactions cutanées causées par la radiothérapie

COSTaRS

- http://www.ktcanada.ohri.ca/costars/docs/COSTaRS_Protocolles_francais_mars_2013.pdf

Applications cliniques

Dans la vraie vie:

- Appui aux décisions (aide à trancher)
- Utile surtout dans les cas complexes
- Permet de donner du poids à nos évaluations (réf aux médecins de famille)
- Faisabilité pour toutes les situations: non.

Ce qu'il faut retenir...

- Peu importe le protocole utilisé cela reste avant tout un outil pour nous soutenir dans nos décisions cliniques afin d'offrir les meilleurs soins possibles à nos patients.
- On doit alors toujours revenir à nos normes de pratique...

Bibliographie

- Stacey and all. Protocole COSTaRS: système pancanadien de triage des symptômes oncologiques et des soins de soutien à distance, corporation du Partenariat canadien contre le cancer, mars 2012.
- Action cancer ontario: Pratique des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes, Comité consultatif des spécialistes en soins infirmiers, avril 2004.
- Lignes directrices de triage et d'évaluation à distance des symptômes pour les personnes suivant des traitements contre le cancer, présentation faite à AQIO avril 2013 par Astride Bazile et Myriam Skutkowski du CUSM
- Flannery and all. Telephone calls by individuals with cancer, ONF vol 40, no 5, sept 2013
- Macartney et all. Priorités, obstacles et facilitateurs concernant le traitement à distance des symptômes du cancer: enquête auprès des infirmières en oncologie du Canada, RCSIO, automne 2012