

LA GESTION DES SYMPTÔMES EN SOINS PALLIATIFS AU-DELÀ DE LA MÉDICATION

MARIE SOLANGE BERNATCHEZ, B.A.
École de psychologie, Université Laval
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Centre de recherche sur le cancer de l'Université Laval

JOHANNE COLLIN, PH. D.
Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MÉOS)
Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)

PIERRE GAGNON, M.D.
Faculté de pharmacie, Université Laval
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Centre de recherche sur le cancer de l'Université Laval

MARC HAMEL, PH. D.
Programme psychosocial en oncologie,
Centre universitaire de santé McGill

SÉVERINE HERVOUET, PH. D.
Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis

ANNE LEIS, PH. D.
Department of Community Health & Epidemiology,
College of Medicine, University of Saskatchewan

JOSÉE SAVARD, PH. D.
École de psychologie, Université Laval
Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
Centre de recherche sur le cancer de l'Université Laval*

INTRODUCTION

Le 28 novembre 2014 se tenait la journée scientifique annuelle de l'Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs, sous la présidence de Josée Savard, Ph. D. Le thème de cette journée de formation était « Approches non pharmacologiques en soins palliatifs ». Le but de la journée était principalement d'échanger sur la tendance dans la société actuelle à traiter les symptômes majoritairement par l'usage de médicaments et de réfléchir sur

la possibilité d'incorporer davantage d'interventions non pharmacologiques à la pratique courante en soins palliatifs. Cet article résume les grandes lignes des présentations qui ont été effectuées par les différents conférenciers lors de cette journée.

* La liste des auteurs est en ordre alphabétique. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à : Josée Savard, Ph.D., Centre de recherche de L'Hôtel-Dieu de Québec, 11, côte du Palais, Québec (Québec), G1R 2J6. Courriel : josee.savard@psy.ulaval.ca

ASPECTS SOCIAUX DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS EN SOINS PALLIATIFS (J. COLLIN)

Les fonctions sociales du médicament

De plus en plus, le médicament envahit toutes les sphères de la vie sociale dans nos sociétés occidentales contemporaines, bien au-delà de la maladie avérée et de la médecine. Au cours des dernières décennies, le médicament n'a cessé de gagner du terrain. Les usages prescrits et non prescrits sont en augmentation. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale et quant à l'usage des médicaments psychotropes. Au-delà des fondements médicaux et scientifiques supportant le recours à un traitement pharmacologique, cet accroissement de la consommation laisse présager des transformations plus profondes et nous parle de notre rapport à la santé, au corps et à la mort. Si les médicaments nous accompagnent à ce point dans la vie saine, qu'en est-il de leur place en fin de vie dans des contextes de maladie grave et de souffrance? La réponse devrait être évidente et, pourtant, il importe de la poser ici.

Certaines grandes questions traversent le champ des soins palliatifs à propos de la place des aspects relationnels, psychosociaux et holistiques dans l'accompagnement des mourants. En ayant recours de manière importante aux médicaments, les soins palliatifs conduisent-ils à une médicalisation de la fin de vie ou à son humanisation? Dans ce contexte, y a-t-il acceptation ou déni de la mort?

En fait, le médicament comme objet social appelle une réflexion quant à notre rapport au corps, à la maladie, à la souffrance. Il représente l'assurance d'un certain contrôle sur la douleur, sur les émotions et sur la maladie. Il cristallise les promesses de la science de freiner le vieillissement et d'agir sur ses conséquences. Il recèle la promesse d'arriver rapidement et efficacement, souvent sans effort, à un état de bien-être, de confort et d'équilibre et d'atteindre

des sommets de performance et d'efficacité. Dans les sociétés occidentales contemporaines, le médicament est devenu central dans la vie des individus. De la naissance à la mort, il envahit l'ensemble du cycle de la vie et toutes les sphères de la vie sociale. On constate un accroissement considérable du recours au médicament, mais plus encore, on observe un élargissement remarquable de ses usages. En effet, les finalités de l'usage du médicament dans nos sociétés débordent largement la sphère médicale pour s'inscrire dans des logiques de performance, d'apparence, de plaisir, d'appartenance, d'identité, au fur et à mesure que se brouillent les frontières entre confort et santé, entre performance et thérapeutique (Collin, sous presse). Toutefois, ce recours sous tous azimuts au médicament pour « rester dans la course » et pour éviter de souffrir soulève la question de la signification, aujourd'hui, du « phénomène médicament », omniprésent et multiforme.

Des tendances fortes quant à l'usage des médicaments psychotropes illustrent bien ce phénomène. On constate en effet une augmentation importante du nombre d'individus qui les consomment, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ainsi, la prescription d'antidépresseurs a quadruplé entre 1988 et 2008 aux États-Unis (Pratt, Brody et Gu, 2011). En outre, s'il y a de plus en plus de consommateurs, on observe également que la durée d'utilisation est de plus en plus longue. Le nombre de patients faisant un usage chronique ou à long terme de médicaments psychotropes est en hausse. Par exemple, plus de 60% des Américains sous antidépresseurs le seraient depuis au moins 2 ans, et 14%, depuis 10 ans ou plus (Pratt, et al., 2011). Finalement, le nombre de médicaments prescrits pour un même patient est en hausse. On parle alors de polymédication ou de prescription concomitante. Cette réalité est particulièrement présente chez les patients en soins palliatifs. Une étude récente menée en contexte de cancer avancé a montré que les patients souffrant de douleur consommaient en moyenne 7,8 médicaments et que plus du quart d'entre eux utilisaient dix médicaments ou plus, dont plusieurs jugés

possiblement non nécessaires (Kotlinska-Lemieszek, Paulsen, Kaasa et Klepstad, 2014).

Quête de la santé parfaite

En fait, le médicament s'inscrit dans un registre plus vaste, celui de la quête de la « santé parfaite ». Deux changements épistémologiques majeurs au 20^e siècle sont à l'origine de cette quête et de la centralité conséquente de la place qu'occupe le médicament dans nos vies. Le premier vient de la redéfinition de ce qu'est la santé par l'Organisation mondiale de la santé (1948) à la fin des années quarante. Dès lors, la santé n'est plus simplement assimilée à une absence de maladie, mais plutôt à un état constant de bien-être physique, psychique et moral. Le second changement majeur est relié à l'émergence, avec le développement de la santé publique, d'une nouvelle médecine fondée sur la surveillance sanitaire des populations normales (Armstrong, 1995 ; Lupton, 1995). Celle-ci a impliqué une reconfiguration profonde de la relation entre symptômes, signes cliniques et pathologie, conduisant ainsi à brouiller la frontière entre santé et maladie (Greene, 2007). La rencontre entre l'aspiration à « être mieux que bien » (Elliott, 2003) du côté des profanes et à « faire mieux que bien » du côté de la médecine conduit à anticiper la survenue de la maladie et à agir dès l'apparition de ses signes avant-coureurs. Ce brouillage de la frontière entre santé et maladie conduit à un abaissement des seuils à partir desquels on intervient médicalement, notamment en ayant recours aux médicaments (Collin, 2007).

Quête de la performance et extension des limites corporelles

L'accroissement du recours aux médicaments est également associé à un élargissement des usages, c'est-à-dire à une tendance croissante à consommer des médicaments à des fins autres que thérapeutiques, par exemple, chez des individus sains, pour mieux performer socialement ou intellectuellement.

Le phénomène du dopage sportif est emblématique de la quête de la performance et du dépassement dans les sports. Toutefois, un autre phénomène de plus en plus visible est l'usage non médical de médicaments psychotropes pour mieux performer sur le plan cognitif. Ainsi, selon certaines études, entre 16 et 25% des étudiants sur les campus américains auraient eu recours au moins une fois à des psychostimulants pour faciliter l'étude (Outram, 2010). Les finalités des usages à des fins non médicales vont d'ailleurs encore plus loin, c'est-à-dire vers l'extension des limites corporelles, comme dans le cadre de la médecine anti-âge (quête d'immortalité) ou lorsque l'on supprime médicalement le besoin de dormir (extension des limites corporelles). L'objectif de performance est présent à un point tel qu'il pousse à vouloir continuer à performer et à être productif même dans le contexte d'une maladie évolutive qui affecte significativement le fonctionnement.

De nouvelles logiques sociales sont à l'origine de cette quête de la performance et du dépassement. Axées sur la performance continue (au travail, à l'école, dans la famille), elles suscitent une profonde redéfinition des identités (être jeune, être travailleur, être vieux, etc.). Tout se passe comme s'il y avait remplacement des valeurs morales, telles que la famille et la religion, par d'autres, centrées sur la santé, sur le corps, sur l'apparence, sur la productivité et sur la consommation. Les modes d'action de la politique et des institutions feraient de plus en plus appel à la responsabilité individuelle, les normes de conduite en société exerçant en ce sens de fortes pressions sur l'individu afin qu'il se prenne en charge. Dans ce contexte, de nouvelles normes poussent l'individu à augmenter son potentiel de développement individuel et à optimiser son autonomie personnelle ainsi que ses façons d'être et de paraître. Le médicament permet alors un accroissement des autocontrôles et une extension des pratiques de modification de soi (Ehrenberg, 1998).

En somme, dans les sociétés occidentales contemporaines, le médicament est présent dans

toutes les sphères de la vie sociale, à tous les âges de la vie, pour soigner et soulager, mais également à bien d'autres fins. Cette centralité du médicament témoigne d'un certain rapport au bien-être, au confort et à la performance. Mais, par le fait même, elle nous parle également de notre rapport à la douleur, à la souffrance psychique et à nos limites corporelles et autres. Elle nous parle en fait d'une intolérance face à ces dimensions. Il faut peut-être y voir aussi une nouvelle forme de déni de la mort, se révélant à travers le désir de toujours repousser les limites de son propre corps, de repousser le vieillissement, de repousser la maladie. Ces valeurs et ces aspirations vont peut-être à contre-courant de l'acceptation de la mort et du rôle que peut y jouer le médicament.

GESTION NON PHARMACOLOGIQUE DE DIFFÉRENTS SYMPTÔMES EN SOINS PALLIATIFS – DOULEUR (S. HERVOUET)

L'expérience de la douleur est très fréquente en fin de vie. Ces dernières années, une amélioration de la gestion pharmacologique de la douleur en soins palliatifs a été observée. Néanmoins, le traitement de ce symptôme demeure souvent sous-optimal puisqu'il vise principalement le soulagement de ses composantes physiques, et qu'il sous-estime les facteurs psychologiques pourtant reconnus comme étant fortement associés à la douleur persistante (Sullivan, Rodgers et Kirsch, 2001). Selon l'*International Association for the Study of Pain*, la prise en charge efficiente de la douleur doit s'inscrire dans un modèle biopsychosocial qui tient compte des facteurs physiques associés à la douleur, mais également psychologiques (ex. : dépression) et sociaux (ex. : impact financier, isolement).

Douleur et facteurs psychologiques

La récente méta-analyse menée par Syrjala et ses collègues (2014) a démontré un lien étroit entre la douleur associée au cancer et la présence de détresse

psychologique, de dépression et d'anxiété, lorsque ces dernières ne sont pas dépistées ou traitées adéquatement. De plus, les facteurs psychologiques influencent aussi la réponse au traitement contre la douleur. Par conséquent, à cause de la détresse psychologique associée, l'expérience de la douleur peut perdurer ou s'intensifier malgré les ajustements pharmacologiques répétés des médecins et des pharmaciens pour soulager le patient. Dans une étude longitudinale menée auprès de patients atteints de cancer (N=274), Wang et al. (2012) ont montré qu'une meilleure gestion des symptômes dépressifs avait plus d'effet sur le soulagement de la douleur que l'inverse. Ainsi, intervenir précocement sur certaines composantes psychologiques de la douleur semble être directement lié au confort et à la qualité de vie du patient.

Les stratégies d'adaptation (*coping*) utilisées par le patient pour composer avec la douleur seraient également étroitement liées à l'expérience de celle-ci (Syrjala, et al., 2014). Par exemple, l'usage de l'imagerie positive et de la distraction, le changement d'activité, l'expression de ses sentiments de même qu'une perception d'efficacité personnelle plus élevée quant au contrôle de la douleur seraient associés à une meilleure gestion de celle-ci. À l'inverse, il est reconnu que la tendance à « catastrophiser » la douleur (ex. : « Cette douleur ne partira jamais et ne fera que s'aggraver », « Je ne peux pas continuer à vivre avec cette douleur ») est associée à une intensité et à un impact de la douleur plus élevés en phase avancée de cancer (Syrjala, et al., 2014 ; Zaza et Baine, 2002).

Par ailleurs, il arrive que certains patients évitent de faire des mouvements de peur que la douleur augmente, phénomène appelé kinésiophobie, ce qui peut créer un cercle vicieux pouvant également accentuer l'expérience de la douleur (Leeuw, et al., 2007). En effet, le déconditionnement physique qui en résulte est fréquemment associé à un niveau de fatigue plus élevé chez les patients, ce qui peut être lié à une perception accrue de la douleur (Velthuis, et al., 2012). Toutefois, peu d'études ont été spécifiquement menées sur la relation entre la diminution des activités physiques et la douleur en soins palliatifs.

Stratégies non pharmacologiques pour gérer la douleur

Les données décrites précédemment suggèrent qu'intervenir sur des facteurs psychologiques (cognitifs et comportementaux), tels que le catastrophisme et l'évitement, peut aider à diminuer la douleur. En effet, il semble que le fait d'enseigner aux patients des façons actives de gérer la douleur (ex. : reprise graduelle d'activités), plutôt que passives (ex. : focaliser son attention sur la douleur), ait un effet bénéfique sur ce symptôme.

Dans les formes avancées de cancer, des interventions non pharmacologiques telles que l'apprentissage d'habiletés de gestion de la douleur (ex. : psychoéducation sur la douleur, stratégies visant l'amélioration de la perception d'efficacité personnelle à l'aide de stratégies cognitivo-comportementales, relaxation avec imagerie) ainsi que l'hypnose contribuent à améliorer le soulagement de la douleur. En effet, l'utilisation de ces stratégies s'appuie sur des données probantes issues d'études rigoureuses (méta-analyses et études expérimentales avec groupe contrôle; Syrjala et al., 2014). Les interventions cognitivo-comportementales ont largement démontré leur efficacité dans le contrôle, le soulagement et la gestion de la douleur persistante, et cette approche est recommandée dans les guides de pratique de l'Association for the Study of Pain.

Par ailleurs, Hokka, Kaakinen et Polkki (2014) ont effectué une recension systématique de la littérature évaluant l'efficacité d'autres interventions non pharmacologiques dans la gestion de la douleur en phase avancée de cancer. Ces auteurs ont observé que la massothérapie, la musicothérapie, la neurostimulation (TENS) et l'acupuncture présentent certains effets bénéfiques, et ce, principalement à court terme. Néanmoins, la validité des résultats est limitée par les types de devis de recherche utilisés (ex. : absence de groupe contrôle), la petite taille des échantillons et le nombre restreint d'études portant spécifiquement sur la phase avancée de cancer. D'autres études sont

donc nécessaires pour établir l'efficacité de ces autres approches.

En résumé, la pharmacothérapie demeure un incontournable dans le soulagement de la douleur en fin de vie. Néanmoins, il existe des stratégies psychologiques (ex. : thérapie cognitivo-comportementale) complémentaires dont l'efficacité est bien démontrée. Des équipes multidisciplinaires sont nécessaires à la prise en charge efficiente de la douleur en soins palliatifs et devraient inclure des professionnels ayant une expertise en intervention psychologique. L'exploration avec le patient non seulement des symptômes physiques de la douleur, mais aussi de sa compréhension, de ses attentes, des répercussions de la douleur sur sa vie quotidienne et sur son vécu émotionnel, est un élément important à prendre en compte dans l'évaluation et le traitement de la douleur. Une approche centrée sur le patient guidée par un modèle biopsychosocial est préconisée afin d'intégrer cette compréhension à une démarche globale de soins de fin de vie.

LES DIFFICULTÉS DE SOMMEIL ET LA SOMNOLENCE EXCESSIVE (M.S. BERNATCHEZ)

Chez les personnes suivies en soins palliatifs, la prévalence des difficultés de sommeil varie entre 12 et 85%. Cette population rapporte une variété de difficultés dont des problèmes d'endormissement, des éveils fréquents au cours de la nuit, des réveils trop tôt le matin, un nombre insuffisant d'heures de sommeil, une sensation de ne pas être reposé au réveil et de la somnolence diurne excessive (Akechi, 2012; Bernatchez, Savard et Ivers, 2012; Davis, Khoshknabi, Walsh, Lagman et Platt, 2013; Delgado-Guay, Yennurajalingam, Parsons, Palmer et Bruera, 2011; Gibbins, et al., 2009; Parker, et al., 2008; Sela, Watanabe et Nikolaichuk, 2005). Les personnes suivies en soins palliatifs montrent aussi des perturbations du cycle éveil-sommeil qui

se traduisent par plus de sommeil le jour et moins la nuit, et qui sont plus prononcées chez les patients ayant un moins bon statut de performance (Levin, et al., 2005).

Le développement de symptômes d'insomnie et de somnolence diurne excessive chez les patients en soins palliatifs impliquerait les deux mécanismes qui régulent les cycles éveil-sommeil, soit l'homéostasie du sommeil et les rythmes circadiens. L'homéostasie du sommeil réfère au fait que plus une personne passe de temps éveillée au cours de la journée, plus la pression du sommeil se fait sentir le soir venu (Kryger, Roth et Dement, 2011). Chez les personnes suivies en soins palliatifs, ce mécanisme est souvent perturbé en raison des siestes fréquentes effectuées durant la journée, et ce, particulièrement si elles sont effectuées tard en après-midi (Gibbins, et al., 2009 ; Roscoe, et al., 2007). En effet, le sommeil obtenu durant les siestes de fin de journée permet d'atteindre les stades plus profonds du sommeil à ondes lentes, ce qui réduit le besoin nocturne pour ce type de sommeil. Les rythmes circadiens, qui incluent le cycle éveil-sommeil, sont des rythmes biologiques d'environ 24 heures. Le cycle éveil-sommeil est influencé par d'autres rythmes circadiens, dont celui de la température corporelle, de la sécrétion du cortisol et de la mélatonine, ainsi que par des facteurs environnementaux tels que l'exposition à la lumière (Kryger, et al., 2011). La faible exposition à la lumière le jour pourrait jouer un rôle central dans la survenue de perturbations du sommeil en contexte de soins palliatifs (Ancoli-Israel, et al., 2003 ; Shochat, Martin, Marler et Ancoli-Israel, 2000 ; Sun, et al., 2014).

Stratégies non pharmacologiques pour diminuer les difficultés de sommeil et la somnolence diurne

Actuellement, les médicaments hypnotiques tels que les benzodiazépines sont de loin le traitement le plus utilisé pour les difficultés de sommeil (Garrido, Prigerson, Penrod, Jones et Boockvar, 2014 ; Henderson, MacGregor, Sykes et Hotopf,

2006 ; Wolkove, Elkholy, Baltzan et Palayew, 2007). Les benzodiazépines peuvent occasionner certains effets secondaires comme de la somnolence diurne, déjà très présente chez cette clientèle, des vertiges, des difficultés cognitives, une augmentation du risque de fractures de la hanche ainsi qu'un risque de dépendance, surtout psychologique. De plus, l'efficacité de ces médicaments demeure toujours à être établie dans un contexte de soins palliatifs (Hirst et Sloan, 2001 ; Kryger, et al., 2011 ; Stone, Lawlor, Savva, Bennett et Kenny, 2012).

Bien que les hypnotiques soient le traitement le plus utilisé pour les difficultés de sommeil, c'est une intervention non-pharmacologique, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui est maintenant considérée comme le traitement de choix pour traiter l'insomnie chronique (Morin, et al., 2009). Son efficacité a notamment été démontrée auprès de personnes atteintes d'un cancer non métastatique dans quelques études contrôlées et randomisées (Espie, et al., 2008 ; Savard, Simard, Ivers et Morin, 2005). Toutefois, la TCC de l'insomnie ne peut pas être utilisée dans sa forme standard auprès de personnes en fin de vie, car elle est trop longue et exigeante. Par exemple, à un stade avancé de la maladie, les personnes peuvent devoir passer beaucoup de temps dans leur lit et faire des siestes au cours de la journée. Il est alors irréaliste de demander à ces personnes de ne faire aucune sieste le jour et de restreindre leur temps passé au lit à la durée réelle de sommeil comme le demande la TCC de l'insomnie standard (Kvale et Shuster, 2006 ; Quesnel, Savard, Simard, Ivers et Morin, 2003). De plus, ce traitement ne comprend pas de composantes permettant de diminuer la somnolence diurne excessive, une problématique particulièrement présente chez les personnes suivies en soins palliatifs. Il est intéressant de mentionner que certains auteurs ont évalué l'effet de la relaxation sur l'amélioration du sommeil de patients atteints d'un cancer avancé sans toutefois obtenir de changement significatif (Ducloux, Guisado et Pautex, 2013 ; Kristine L Kwekkeboom, et al., 2012).

Malgré le fait qu'aucun traitement n'ait encore été validé pour améliorer les cycles éveil-sommeil des personnes suivies en soins palliatifs, les stratégies cognitivo-comportementales suivantes sont proposées dans la littérature (Hearson et Sawatzky, 2008) : (1) maintenir un horaire régulier d'éveil-sommeil ; (2) être actif le plus possible durant le jour (ex. : jouer aux cartes, lire, écouter les nouvelles, tenir un journal relatant les faits marquants de sa vie, mettre de l'ordre dans ses photos, faire un cahier de ses meilleures recettes, etc.) afin de contrer la somnolence et d'augmenter la probabilité qu'elle survienne au moment opportun le soir venu ; (3) réduire le nombre et la durée des siestes durant le jour et éviter les siestes en fin de journée ; (4) le plus possible, sortir du lit le jour (ex. : s'asseoir dans un fauteuil ou, si impossible, adopter la position assise dans le lit) afin de renforcer l'association entre le sommeil et le lit ; (5) discuter de ses problèmes et de ses préoccupations le jour ou utiliser la restructuration cognitive pour éviter que les pensées dérangeantes surviennent à l'heure du coucher ; (6) éviter les substances stimulantes (ex. : café, chocolat, nicotine) à partir de la fin de l'après-midi ; (7) instaurer une routine avant le coucher afin de préparer le corps au repos (ex. : soins corporels, massage, lecture, musique relaxante) ; (8) si possible, sortir du lit lorsque incapable de s'endormir ou de se rendormir lors des éveils nocturnes en moins d'environ 30 minutes.

Des stratégies environnementales peuvent aussi être employées, telles que : (1) la réduction du bruit la nuit (ex. : utiliser des bouchons ; pour le personnel soignant, réduire au minimum les conversations la nuit et baisser le ton de voix) ; (2) l'augmentation de l'intensité lumineuse le jour afin de réduire la somnolence et de favoriser la régulation des rythmes circadiens (ex. : ouvrir les rideaux, aller à l'extérieur si possible) et sa réduction la nuit pour favoriser l'endormissement (utiliser des toiles opaques dans les fenêtres, utiliser un masque pour les yeux, tamiser les lumières lors des éveils nocturnes) ; (3) la réduction des soins la nuit (ex. : s'assurer que les besoins primaires ont été comblés avant le coucher, combiner les

soins à recevoir la nuit). En raison de leur simplicité, ces stratégies s'avèrent particulièrement pertinentes chez les personnes hospitalisées.

En somme, les difficultés de sommeil et la somnolence diurne représentent des problèmes non négligeables chez les personnes suivies en soins palliatifs, auxquels les intervenants devraient porter une attention particulière en raison des conséquences négatives qui peuvent en découler. Bien que les médicaments hypnotiques soient actuellement le traitement le plus utilisé chez cette population pour améliorer le sommeil, plusieurs stratégies non pharmacologiques, la plupart très simples, peuvent aussi être employées.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION (M. HAMEL)

Les intervenants en soins palliatifs ont tendance à se centrer davantage sur les besoins physiques (ex. : douleur physique) de leurs patients que sur ceux de nature émotionnelle. Par conséquent, les besoins psychosociaux des patients sont souvent mal satisfaits, ce qui est même susceptible d'aggraver leur détresse émotionnelle. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait. Premièrement, une croyance répandue veut que la souffrance psychique fasse partie intégrante du vécu des patients en soins palliatifs. Les symptômes psychologiques tels que la dépression ou l'anxiété sont donc souvent perçus comme étant une réaction typique ou normale à la maladie en phase terminale, donc inévitable et attendue (Noorani et Montagnini, 2007). Deuxièmement, il est fréquent d'attribuer la souffrance psychique uniquement à la douleur physique et de croire, par exemple, que lorsque la douleur physique est contrôlée, la détresse psychologique est soulagée. Troisièmement, le patient lui-même s'absent parfois de dévoiler sa souffrance émotionnelle de peur d'être jugé comme étant faible par les autres (ex. : ses proches ou le personnel soignant) ou encore pour éviter d'inquiéter ses proches (Hinton, 1994). Finalement, la culture peut influencer sur le dévoilement de ses souffrances psychiques. En effet, dans certaines cultures, les troubles psychiatriques sont si

fortement stigmatisés que les personnes sont très réticentes à partager leur vécu psychologique (Searight et Gafford, 2005).

Plusieurs facteurs spécifiques aux soignants contribuent aussi à l'omission d'évaluer la détresse émotionnelle chez les patients en soins palliatifs. Par exemple, certains intervenants négligent d'évaluer l'état psychique du patient, car ils ne savent pas quoi demander ni comment y répondre adéquatement (Malloy, Virani, Kelly et Munévar, 2010). D'autres soignants rapportent un malaise à aborder le sujet de la mort (Granek, Krzyzanowska, Tozer et Mazzotta, 2013). De plus, le manque de temps dans un cadre de travail lourd ainsi que l'épuisement professionnel chez le personnel soignant sont souvent rapportés comme étant des obstacles importants à la prise en compte des émotions du patient (Schulman-Green, 2003).

Réactions psychologiques du patient

Il existe plusieurs facteurs pouvant contribuer à la détresse émotionnelle chez le patient en soins palliatifs. Le corps du patient est souvent changé par la maladie. Par exemple, les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie peuvent causer des changements importants sur le plan corporel (ex. : cachexie). Ces changements physiques peuvent affecter le patient psychiquement. Le patient fait aussi face à de multiples pertes, incluant le deuil de son rôle social, comme son rôle de père pourvoyeur ou de mère veillant sur ses jeunes enfants. Plusieurs patients éprouvent aussi le sentiment d'avoir « échoué », car ils n'ont pas répondu favorablement aux traitements. Enfin, la dépendance vis-à-vis des autres et du système de santé engendre souvent un sentiment de perte de contrôle. De plus, les patients craignent souvent d'être éventuellement abandonnés par leurs proches et de perdre leur dignité.

Les données de prévalence provenant des différentes études indiquent que les complications psychiatriques ne sont pas « normales » chez les patients en soins palliatifs. En effet, même si les troubles

psychologiques sont présents chez plusieurs, ce ne sont pas tous les patients qui souffrent d'une dépression majeure ou d'un trouble anxieux sévère, par exemple. Les taux de symptômes psychologiques observés chez les patients ayant un cancer avancé sont de l'ordre de 20 à 25%, jusqu'à 50% pour ce qui est des symptômes dépressifs et d'environ 10% pour l'anxiété (Breitbart et Dickerman, 2015 ; Irwin et Hirst, 2015 ; O'Connor, White, Kristjanson, Cousins et Wilkes, 2010 ; Wilson, et al., 2007). Certains chercheurs suggèrent même que les taux de dépression et d'anxiété sont similaires lorsqu'on compare les patients ayant un cancer avancé à ceux étant à un stade précoce de la maladie lorsque les mêmes mesures sont utilisées. (Mitchell, et al., 2011). En effet, les taux de prévalence des troubles psychologiques varient selon les mesures utilisées pour identifier ces symptômes, de même que selon certaines caractéristiques des échantillons, notamment selon les différents types de cancer (Wilson, Chochinov, De Faye et Breitbart, 2000). Il est aussi à noter qu'il existe une comorbidité fréquente entre la dépression et les troubles anxieux en contexte de cancer avancé (Chochinov, Wilson, Enns et Lander, 1997 ; Derogatis, et al., 1983).

Évaluation de la détresse psychologique

Différents outils permettent de dépister les symptômes dépressifs et anxieux chez les patients en soins palliatifs. Pour la dépression, des chercheurs ont démontré qu'une simple question telle que « Vous sentez-vous déprimé? » est utile afin de dépister l'état dépressif chez un patient ayant un cancer avancé (Chochinov, et al., 1997). D'autres auteurs préconisent l'utilisation de deux courtes questions telles que « Vous sentez-vous déprimé? » et « Avez-vous perdu l'intérêt? » (Mitchell, 2008). Enfin, des échelles de mesure brèves comme le *Brief Edinburg Depression Scale* (BEDS ; Lloyd-Williams, Shiels et Dowrick, (2007) permettent de dépister efficacement un trouble dépressif. Un avantage de cette dernière échelle est que l'évaluation ne repose pas sur les symptômes

physiques, qui peuvent amener à surestimer la présence d'un trouble dépressif dans cette population. Il est important de noter qu'un dépistage effectué à l'aide d'un tel outil doit être suivi d'une évaluation plus complète afin de confirmer le diagnostic.

Psychothérapie en soins palliatifs

Les recommandations quant aux types d'intervention psychologique à privilégier pour traiter la dépression et l'anxiété chez les patients en soins palliatifs sont souvent basées sur les résultats de recherches menées dans d'autres populations (ex. : patients ayant un cancer moins avancé ou souffrant d'une maladie chronique autre que le cancer). Par exemple, l'efficacité de différentes approches non pharmacologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la psychoéducation (ex. : sur les troubles psychologiques, les stratégies à utiliser pour gérer ses symptômes psychologiques) et la thérapie de soutien est bien reconnue (Howell, et al., 2010). Toutefois, très peu d'essais contrôlés et randomisés ont évalué l'efficacité des différents types d'intervention spécifiquement auprès des patients en soins palliatifs souffrant d'un trouble de l'humeur. Quelques études ont cependant documenté les bienfaits associés à des techniques propres à la TCC, dont la restructuration cognitive, afin de diminuer les états dépressifs et anxieux (Anderson, Watson et Davidson, 2008; Jaiswal, Alici et Breitbart, 2014; Roth, Massie, Chochinov et Breitbart, 2009). D'autres thérapies dites existentielles, telles que la thérapie de la dignité proposée par Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson et Harlos (2002), ont démontré leur efficacité à donner plus de sens à la vie des patients, à améliorer leur qualité de vie et à diminuer les symptômes dépressifs et anxieux (Chochinov, et al., 2005; Chochinov, et al., 2011; Juliao, Barbosa, Oliveira, Nunes et Vaz Carneiro, 2013). Plus récemment, des bénéfices possibles associés à la thérapie basée sur la pleine conscience chez les patients en soins palliatifs ont été décrits (Beng, et al., 2015).

Finalement, même si elles demeurent encore peu étudiées, il est important de souligner l'importance des interventions effectuées auprès des familles. L'adaptation du patient en soins palliatifs est parfois le reflet de celle des membres de sa famille. Une intervention qui offre à la famille (avec ou sans la présence du patient, selon ses désirs) l'occasion de se réunir avec différents membres de l'équipe soignante et d'exprimer sa souffrance s'avère souvent efficace pour atténuer les conflits et faciliter l'accompagnement de son proche malade (Hudson, Quinn, O'Hanlon et Aranda, 2008).

En conclusion, bien que présents, les troubles de l'humeur tels que la dépression et l'anxiété ne sont pas « normaux » ou habituels chez les personnes en fin de vie. Une bonne intervention pour répondre à ces troubles commence par une évaluation appropriée. Il existe plusieurs interventions psychologiques pour soulager ces symptômes et permettre que le patient et sa famille puissent mieux vivre leurs derniers moments ensemble.

DELIRIUM (P. GAGNON)

Le delirium, ou état confusionnel aigu, est un trouble mental d'étiologie organique caractérisé par une perturbation de l'attention et de la concentration associée à des troubles cognitifs, comportementaux et perceptuels. Pouvant être associé à d'autres symptômes psychiatriques, il se développe sur une courte période de temps, soit en termes d'heures ou de jours. Les causes du delirium sont multifactorielles et comprennent des facteurs prédisposants (âge avancé, antécédent d'atteinte cognitive) et précipitants (infection, médication, trouble métabolique) (Maldonado, 2008). La résolution du delirium dépend principalement de l'identification et de la gestion des facteurs précipitants.

Le delirium est associé à une importante morbidité et à une mortalité élevée (Maldonado, 2008). Son impact sur la qualité de vie des patients et leurs proches est majeur. Il nuit aussi au soulagement des

autres symptômes, compliquant ainsi considérablement le travail des professionnels et des bénévoles, et augmentant leur fardeau. Ce syndrome provoque souvent l'hospitalisation, qui pourra se prolonger s'il est trop sévère et difficile à traiter. Autant chez les patients que chez leur famille, le delirium cause de l'anxiété, du stress, de l'impuissance, de la frustration et de l'épuisement (Breitbart, Gibson et Tremblay, 2002; Bruera, et al., 2009). Le delirium étant souvent sous-diagnostiqué, des instruments de dépistage et de diagnostic ont été développés pour faciliter la surveillance des symptômes cognitifs des patients sur une base régulière. Les outils *Confusion Assessment Method* (CAM), *Nursing Delirium Screening Scale* (Nu-DESC), Repérage actif du delirium adapté à la routine (RADAR), *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS), *Mini-Mental State Examination* (MMSE) et Test élémentaire de concentration, orientation et mémoire (Télécom) sont couramment utilisés en milieu clinique et en recherche (Lawlor et Bush, 2015).

Une étude menée à la Maison Michel-Sarrazin a montré que plus de 50% des patients présentaient des symptômes de confusion à un moment ou à un autre de leur séjour. Toutefois, même en phase terminale, près de la moitié des patients qui développent un delirium vivent une rémission au moins partielle (Gagnon, Allard, Mâsse et DeSerres, 2000).

Stratégies non pharmacologiques pour prévenir et gérer le delirium

Le traitement optimal du delirium comprend un volet pharmacologique, mais également des interventions non pharmacologiques qui, ensemble, permettent une amélioration plus rapide des symptômes. Utilisées fréquemment en prévention, les approches non pharmacologiques ont des résultats tangibles quant à l'incidence de ce syndrome (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014; O'Mahony, Murthy, Akunne et Young, 2011). Les recommandations sont variées (Gagnon, et al., 2002; Inouye, et al., 2014; Maldonado, 2008) et peuvent être effectuées par les

professionnels de la santé, mais également parfois par les proches aidants.

Dans un premier temps, il importe d'analyser le profil pharmacologique du patient et d'évaluer si certains médicaments psychoactifs peuvent être cessés, réduits ou encore être substitués par des molécules moins propices à induire un delirium. Dans la mesure du possible, on essaie de limiter les doses « au besoin – *prn* » et de favoriser des approches non pharmacologiques pour le sommeil et l'anxiété, telles que les stratégies décrites dans les autres sections de cet article. Il est aussi important d'identifier les problèmes de santé (ex. : infection, trouble métabolique, hypoxie) et de surveiller l'équilibre hydroélectrolytique et les fonctions rénales et hépatiques. Il ne faut pas oublier d'assurer un bon contrôle de la douleur et de maintenir une bonne hydratation et une nutrition adaptée.

Les stratégies de réorientation et de soutien psychosocial sont particulièrement utiles en prévention et l'on suggère d'impliquer fortement les familles, les proches aidants et les bénévoles, au besoin. Il s'agit de réorienter le patient dans ses différentes sphères pour éviter les répercussions négatives sur les troubles perceptuels. Même si le patient passe ses journées au lit, il est important de corriger les déficits sensoriels en lui fournissant ses lunettes, son appareil auditif ou même un interprète. Il est essentiel de maintenir une stimulation intellectuelle et environnementale adéquate et de réduire l'isolement environnemental même si le patient demeure alité. On peut fournir un environnement relaxant, sécuritaire, rassurant et chaleureux en plaçant, par exemple, des objets significatifs dans la chambre des patients. En intégrant des éléments d'orientation dans la conversation, en se nommant et en appelant la personne par son nom, en plaçant une horloge et un calendrier à la vue du patient, on permet à celui-ci de mieux se situer dans le temps. Lors de toute conversation avec le patient, il est suggéré de l'aborder avec un langage simple et clair, un ton de voix doux et rassurant, un visage souriant et détendu tout en établissant un contact visuel.

On recommande d'éviter d'argumenter et de hausser la voix. Il ne faut pas hésiter à utiliser le toucher affectif, qui permet d'apporter à la personne malade du réconfort et de la sécurité.

Lorsque possible, on recommande d'enlever tout ce qui favorise l'immobilisation (ex. : voies intra-veineuses, cathéters, drains thoraciques, sondes) et de n'utiliser qu'en dernier recours la contention physique, puisqu'elle peut exacerber les symptômes neurocomportementaux et induire un syndrome d'immobilisation. Il faut encourager le patient à participer à ses soins d'hygiène et d'habillement, et favoriser sa mobilisation précoce et une amplitude active des mouvements en le déplaçant un minimum de trois fois par jour. Par ailleurs, afin de ne pas désorienter le patient, il est souhaitable de conserver au maximum un cycle éveil-sommeil normal, même si le patient demeure alité. Pendant le jour, on évitera ou limitera les siestes et l'on encouragera l'exposition à la lumière naturelle en ouvrant les rideaux, par exemple. Il est toutefois important de ne pas créer de surcharges sensorielles tant le jour que la nuit (changement brusque de luminosité, bruits forts). Pendant la nuit, on procure un environnement calme et propice au sommeil, avec une luminosité minimale (on peut installer des veilleuses près des salles de bain, par exemple), et l'on minimise les interventions. Il est préférable de favoriser un sommeil continu, mais de limiter l'utilisation de médication pour ce faire.

Il ne faut pas négliger l'apport des proches aidants dans la prévention du delirium. Les proches aidants, étant régulièrement au chevet du patient, jouent un rôle clé dans la surveillance de son état cognitif. Une étude réalisée à la Maison Michel-Sarrazin a permis de mettre sur pied, avec la collaboration de professionnels de la santé et de proches aidants, une intervention psychoéducatrice sur le delirium (Gagnon, et al., 2002). Cette intervention, habituellement effectuée par l'infirmière de chevet auprès du proche, inclut : 1) des explications simples sur sa définition, ses causes fréquentes, son caractère

réversible, ses symptômes ; 2) un bref dépliant explicatif ; 3) des explications sur les interventions non pharmacologiques pouvant aider à prévenir, à traiter et à diminuer les effets négatifs du delirium ; 4) à chaque visite, un suivi de l'état cognitif du patient auprès de la famille est effectué par l'infirmière de chevet ; 5) une vérification des besoins de la famille (ses préoccupations, ses peurs, ses craintes, ses attentes) et une modulation de l'intervention du professionnel de la santé en fonction de ses besoins ; 6) la réassurance des familles et des patients en lien avec l'expérience du delirium. On suggère aux proches aidants d'aviser l'équipe traitante le plus rapidement possible si le patient présente des signes de confusion, interprète mal les paroles ou les bruits qu'il entend ou les choses qu'il voit, a des hallucinations visuelles ou auditives, s'il survient un changement dans sa capacité à s'exprimer, sur le plan de sa personnalité ou de ses émotions, ou si son fonctionnement global diminue subitement.

En somme, les interventions non pharmacologiques pour prévenir et atténuer le delirium peuvent se résumer à la création d'un « écrin » sécurisant pour le patient et ses proches qui consiste à orienter, à familiariser, à éduquer, à mobiliser, à régulariser le cycle éveil-sommeil, à rassurer et à impliquer les proches.

LES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS (A. LEIS)

Qui ne connaît pas l'expression idiomatique : *Avoir plus d'une corde à son arc* ? Les approches complémentaires représentent une corde supplémentaire à l'arc des soins palliatifs. Les deux ont un certain nombre de points communs. Leurs philosophies humanistes visent le soutien global de la personne aux prises avec des pathologies ou des situations complexes. Leurs buts ultimes sont de soulager la souffrance en réduisant ou en éliminant les symptômes dérangeants et d'améliorer la qualité de vie.

Selon le *National Center for Complementary and Integrative Health*, les approches complémentaires regroupent des thérapies, des pratiques, des produits de santé et médicaux qui ne sont habituellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle, à un endroit et à une période donnés. Ces traitements peuvent être complémentaires (utilisés en complément de la médecine conventionnelle) ou alternatifs (utilisés à la place de la médecine conventionnelle). La notion de médecine intégrative désigne le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux approches complémentaires dont l'efficacité a été démontrée. Ce qui est recherché, ce sont les effets synergiques entre les traitements afin d'en tirer le meilleur parti.

La typologie généralement acceptée pour décrire ces approches est la suivante. **Les systèmes médicaux alternatifs** (Ritenbaugh, Verhoef, Fleishman, Boon et Leis, 2003) réfèrent à des systèmes holistiques anciens ayant une histoire, des fondements philosophiques et théoriques, des méthodes diagnostiques et des applications thérapeutiques, et incluent l'homéopathie, la naturopathie, la médecine traditionnelle chinoise et l'Âyurveda. **Les approches corps-esprit** prônent l'utilisation de l'esprit pour favoriser l'adaptation à la maladie, la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. Les groupes de soutien, la méditation, la prière, l'art, la musique et la danse en sont quelques exemples. **Les produits de santé naturels** sont extrêmement populaires et sont fabriqués à partir de substances trouvées dans la nature telles que les suppléments alimentaires, les herbes, les aliments thérapeutiques et les vitamines. **Les traitements axés sur le corps** font appel à la manipulation ou le mouvement d'une ou de plusieurs parties du corps et comprennent l'ostéopathie, la chiropratique ou la massothérapie. Finalement, **les traitements énergétiques** sont fondés sur l'énergie corporelle (ex. : Qi Gong, Reiki, toucher thérapeutique) et sur le bioélectromagnétisme, qui fait appel à l'utilisation non conventionnelle des champs électromagnétiques.

LES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS : DES RÉSULTATS PROMETTEURS AUX DONNÉES PROBANTES

L'évaluation de l'efficacité des traitements et soins holistiques est souvent complexe, car ils entrent mal dans le moule méthodologique des essais cliniques randomisés exigeant un contrôle de toutes les variables et leur mesure à l'aveugle. En effet, étant donné la complexité inhérente aux soins palliatifs et les effets synergiques des différentes approches complémentaires, c'est un défi de tester ce genre d'interventions thérapeutiques difficilement réductibles à des mécanismes d'action isolés. Leur impact peut s'observer au fil du temps ou en termes qualitatifs en prenant en compte le contexte, les perceptions et les expériences individuelles. Par conséquent, les données probantes d'efficacité des approches complémentaires sont peu nombreuses et un certain nombre de publications rapportent des résultats non concluants.

Il est important de noter d'emblée que : (1) naturel ne veut pas dire sans danger (ex. : certains champignons sont nocifs); (2) l'absence de preuves ne signifie pas la preuve de l'inefficacité de la modalité, mais plutôt que les recherches à son endroit n'ont pas encore été faites ou n'ont pas vraiment abouti à des résultats concluants. Il est aussi possible qu'un produit donné soit reconnu pour son efficacité pour une indication précise, mais reste sans efficacité pour d'autres conditions (par exemple, le millepertuis est efficace contre la dépression majeure, mais inefficace quant au contrôle des effets secondaires de la chimiothérapie (Linde, Berner et Kriston, 2008).

Les recherches des dernières décennies ont révélé des résultats probants surtout sur le plan du soulagement de la douleur et de certains autres symptômes tels que les vomissements, la nausée, la fatigue, l'anxiété et la dépression. L'efficacité de l'acupuncture est reconnue pour réduire les nausées et leur sévérité ;

par contre, son effet sur la douleur liée au cancer est controversé et demeure à être démontré. Des recensions systématiques d'essais contrôlés randomisés établissent également avec un niveau de preuves élevé (A et B) que la méditation, les techniques de relaxation, le massage et les thérapies par l'art peuvent soulager

le stress, l'anxiété et la dépression. Les techniques de Tai Chi ou Qi gong aident à rééquilibrer l'énergie et à contrer le sentiment de fatigue. Le tableau suivant résume les preuves disponibles qui s'appliquent aux personnes atteintes de cancer en incluant celles ayant un cancer avancé :

Symptômes	Modalités	Effet	Références
Fatigue et faiblesse	Exercice aérobique Acupuncture Ginseng Yoga, Qi Gong Tai Chi	Augmentation de la résistance pendant ou après les traitements adjuvants et réduction de la fatigue Qualité de vie augmentée	Cramp et Byron-Daniel (2012) Bower et al. (2012) Marchand (2014)
Nausées et vomissements	Acupuncture Gingembre	Soulagement Diminution de la durée des épisodes	Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman et Leipzig (2000)
Douleur et neuropathie périphérique	Acupuncture	Effet non concluant de l'acupuncture pour soulager la douleur associée au cancer	Paley, Johnson, Tashani et Bagnall (2011) Choi, Lee, Kim, Zaslowski et Ernst (2012) Bao et al. (2014) Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman et Leipzig (2000)
	Massage Relaxation Musique	Réduction de la douleur (relaxation musculaire)	Kwekkeboom, Cherwin, Lee et Wanta (2010)
Anxiété, stress, dépression	Aromathérapie Massage Toucher thérapeutique Musicothérapie Méditation de pleine conscience (MBSR) Acupuncture	Diminution de l'anxiété et du stress Réduction de la détresse Augmentation de la qualité de vie Diminution des symptômes dépressifs	Falkensteiner, Mantovan, Muller et Them (2011) Fellowes, Barnes, et Wilkinson (2008) Cramer, Lauche, Paul et Dobos (2012) Bradt, Dileo, Grocke et Magill (2011) Dean-Clower et al. (2010)

Verhoef (2012) a recensé la littérature pour mieux comprendre les raisons incitant les patients ayant une maladie avancée ou en phase palliative à se tourner vers les thérapies complémentaires. Les principales raisons invoquées sont le contrôle des symptômes, le prolongement de la vie, une meilleure chance de guérison et la détente ou la relaxation (Eliott, Kealey et Olver, 2008 ; Trinkaus, et al., 2011). Il faut

malheureusement noter que les patients et les professionnels de la santé négligent parfois d'avoir une discussion ouverte sur les thérapies complémentaires. Ce manque de communication fait en sorte que les patients se tournent souvent vers d'autres modalités sans savoir si elles sont sécuritaires et efficaces (Truant, Porcino, Ross, Wong et Hilario, 2013).

Une décision éclairée quant aux possibles effets bénéfiques et délétères des thérapies complémentaires implique un accès à des informations fiables. Les sites Web listés ci-dessous fournissent de l'information sur un grand nombre d'approches complémentaires.

- CAMline www.camline.ca
- Centre national pour la santé complémentaire et intégrative — National Institutes of Health, USA <https://nccih.nih.gov>
- Natural Standard www.naturalstandard.com
- Natural Medicines Comprehensive Database www.naturaldatabase.com
- PasseportSanté, Québec www.passeportsanté.net

STRATÉGIES D'INTÉGRATION ET LIGNES DIRECTRICES

À la suite d'un sondage effectué dans neuf maisons de soins palliatifs en Colombie-Britannique, 81% des personnes interrogées ont dit souhaiter avoir accès aux thérapies complémentaires à l'intérieur de l'établissement (Rahim-Jamal, et al., 2011). En 2009, la Société d'oncologie intégrative (Deng, et al., 2009) a publié des lignes directrices pour encourager l'utilisation des approches complémentaires en oncologie. Toutefois, les approches complémentaires sont recommandées quand l'intention est de soulager les symptômes et que la décision de les intégrer au plan de soins fait suite à une discussion ouverte entre le professionnel de la santé et le patient, pour en garantir la sécurité (Mansky et Wallerstedt, 2006). Le modèle intégratif de Pineda et Singh (2012), promouvant le recours à des soins holistiques en oncologie, s'articule autour de quatre secteurs d'intervention qui se renforcent mutuellement, soit : 1) les traitements conventionnels ; 2) les soins de soutien ; 3) les modalités complémentaires et intégratives ; 4) les modifications du style de vie. Pour reprendre notre métaphore de départ, ces quatre « cordes à l'arc » utilisées à bon escient et combinées de façon synergique permettent de mieux traiter la maladie tout en per-

mettant de soutenir le patient ou de l'outiller selon ses besoins et en tenant compte de son contexte de vie. Il en résulte ainsi une qualité de vie accrue et possiblement un prolongement de la vie. En effet, des recherches récentes confirment l'existence de liens étroits entre l'esprit et le corps, par exemple, en montrant comment des mécanismes au niveau moléculaire peuvent être affectés par la méditation, des groupes de soutien et une meilleure hygiène de vie (Ornish, et al., 2008).

En somme, la fréquence élevée d'utilisation des approches complémentaires, surtout en phase avancée et terminale, est démontrée par de nombreuses recherches. Il est essentiel que les patients s'informent auprès de sources sûres et qu'un échange en toute confiance ait lieu avec les professionnels de la santé à ce sujet. Un changement de paradigme vers une médecine intégrative (Leis, et al., 2010) qui tient compte des données probantes ainsi que de l'expertise clinique et des valeurs du patient, comme décrit par Sackett (2000), facilite l'intégration des approches complémentaires à la médecine conventionnelle. Cela requiert une ouverture d'esprit et une collaboration entre tous les professionnels impliqués, qui se fondent sur une compréhension commune des besoins du patient, placé au centre des soins.

CONCLUSION

Cette journée de réflexion a permis de relever que l'usage courant de médicaments pour traiter les symptômes en soins palliatifs se situe dans un contexte social particulier. Une variété d'interventions non pharmacologiques a été proposée pour prévenir ou gérer la douleur, la détresse psychologique, le sommeil et la somnolence diurne excessive, et le delirium. Plusieurs de ces stratégies sont faciles à implanter par les soignants en place, ainsi que parfois par les bénévoles et les proches aidants. Leur inclusion dans la pratique courante est possible et pourrait permettre de diminuer la prescription de plusieurs types de médication et la survenue d'effets indésira-

bles, qui sont souvent eux aussi traités par d'autres médicaments. De plus, des appuis empiriques de plus en plus nombreux supportent le recours à certaines thérapies complémentaires, quoique leur utilisation devrait être davantage discutée avec les intervenants de la santé afin d'éviter que les patients n'utilisent des produits ou des services démontrés sans effet ou qui pourraient leur être néfastes. Dans une société où l'usage des médicaments ne cesse de croître, il serait pourtant bénéfique de favoriser le recours à davantage de stratégies non pharmacologiques, qui sont grandement susceptibles de contribuer au mieux-être des patients en fin de vie.

RÉFÉRENCES

- Akechi, T. (2012). Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*, 42(12), 1113-1119.
- Ancoli-Israel, S., Gehrman, P., Martin, J. L., Shochat, T., Marler, M., Corey-Bloom, J., et al. (2003). Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(1), 22-36.
- Anderson, T., Watson, M. et Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine*.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393-404.
- Bao, Y., Kong, X., Yang, L., Liu, R., Shi, Z., Li, W., et al. (2014). Complementary and alternative medicine for cancer pain: An overview of systematic reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 170396.
- Beng, T. S., Chin, L. E., Guan, N. C., Yee, A., Wu, C., Jane, L. E., et al. (2015). Mindfulness-based supportive therapy (MBST): Proposing a palliative psychotherapy from a conceptual perspective to address suffering in palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(2), 144-160.
- Bernatchez, M. S., Savard, J. et Ivers, H. (2012). *Low consultation rates of cancer patients with insomnia*. Paper presented at the 14th World Congress of Psycho-Oncology.
- Bower, J. E., Garet, D., Sternlieb, B., Ganz, P. A., Irwin, M. R., Olmstead, R., et al. (2012). Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*, 118(15), 3766-3775.
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D. et Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8), CD006911.
- Breitbart, W. et Dickerman, A. (2015). Assessment and management of depression in palliative care. In T. W. Post (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA.
- Breitbart, W., Gibson, C. et Tremblay, A. (2002). The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43, 183-194.
- Bruera, E., Bush, S. H., Willey, J., Paraskevopoulos, T., Li, Z., Palmer, J. L., et al. (2009). Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115(9), 2004-2012.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S. et Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525.
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. et Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54(3), 433-443.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet Oncology*, 12(8), 753-762.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. et Lander, S. (1997). Are you depressed? Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 674-676.
- Choi, T. Y., Lee, M. S., Kim, T. H., Zaslowski, C. et Ernst, E. (2012). Acupuncture for the treatment of cancer pain: A systematic review of randomised clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1147-1158.
- Collin, J. (2007). Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 99-122.
- Collin, J. (sous presse). On social plasticity: The transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology of Health and Illness*.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A. et Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer—a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology* 19(5), e343-352.
- Cramp, F. et Byron-Daniel, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD006145.
- Davis, M. P., Khoshknabi, D., Walsh, D., Lagman, R. et Platt, A. (2013). Insomnia in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice Palliative Care*.

- Dean-Clower, E., Doherty-Gilman, A. M., Keshaviah, A., Baker, F., Kaw, C., Lu, W., et al. (2010). Acupuncture as palliative therapy for physical symptoms and quality of life for advanced cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 9(2), 158-167.
- Delgado-Guay, M., Yennurajalingam, S., Parsons, H., Palmer, J. L. et Bruera, E. (2011). Association Between Self-Reported Sleep Disturbance and Other Symptoms in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 819-827.
- Deng, G. E., Frenkel, M., Cohen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., et al. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: Complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- Ducloux, D., Guisado, H. et Pautex, S. (2013). Promoting sleep for hospitalized patients with advanced cancer with relaxation therapy experience of a randomized study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(6), 536-540.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: O. Jacob.
- Elliott, J. A., Kealey, C. P. et Olver, I. N. (2008). (Using) complementary and alternative medicine: The perceptions of palliative patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 11(1), 58-67.
- Elliott, C. (2003). *Better than well: American medicine meets the American dream*. New York: W.W. Norton.
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A., et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(28), 4651-4658.
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Muller, I. et Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature. *ISRN Nurs*, 2011, 929868.
- Fellowes, D., Barnes, K. et Wilkinson, S. S. (2008). WITHDRAWN: Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD002287.
- Gagnon, P., Allard, P., Mâsse, B. et DeSerres, M. (2000). Delirium in terminal cancer: A prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(6), 412-426.
- Gagnon, P., Charbonneau, C., Allard, P., Soulard, C., Dumont, S. et Fillion, L. (2002). Delirium in advanced cancer: A psychoeducational intervention for family caregivers. *Journal of Palliative Care*, 18(4), 253-261.
- Garrido, M. M., Prigerson, H. G., Penrod, J. D., Jones, S. C. et Boockvar, K. S. (2014). Benzodiazepine and sedative-hypnotic use among older seriously ill veterans: Choosing wisely? *Clinical Therapeutics*, 36(11), 1547-1554.
- Gibbins, J., McCoubrie, R., Kendrick, A. H., Senior-Smith, G., Davies, A. N. et Hanks, G. W. (2009). Sleep-wake disturbances in patients with advanced cancer and their family carers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 860-870.
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R. et Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice*, JOP. 2012.000800.
- Greene, J. A. (2007). Prescribing by numbers: Drugs and the definition of disease, from <http://site.ebrary.com/id/10256363>
- Hearson, B. et Sawatzky, J. A. (2008). Sleep disturbance in patients with advanced cancer. *International of Journal of Palliative Nursing*, 14(1), 30-37.
- Henderson, M., MacGregor, E., Sykes, N. et Hotopf, M. (2006). The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative Medicine*, 20(4), 407-412.
- Hinton, J. (1994). Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliative Medicine*, 8(3), 183-196.
- Hirst, A. et Sloan, R. (2001). Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. *Cochrane Database Systematic Reviews*(4), CD003346.
- Hokka, M., Kaakinen, P. et Polkki, T. (2014). A systematic review: Non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1954-1969.
- Howell, D., Keller-Olaman, S., Oliver, T., Hack, T., Broadfield, L., Biggs, K., et al. (2010). A pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress (depression, anxiety) in adults with cancer. *Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology*.
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B. et Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliat Care*, 7, 12.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.

- Irwin, S. A. et Hirst, J. M. (2015). Overview of anxiety in palliative care. In T. W. Post (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA.
- Jaiswal, R., Alici, Y. et Breitbart, W. (2014). A comprehensive review of palliative care in patients with cancer. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 87-101.
- Juliao, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B. et Vaz Carneiro, A. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 11(6), 481-489.
- Kotlinska-Lemieszek, A., Paulsen, O., Kaasa, S. et Klepstad, P. (2014). Polypharmacy in patients with advanced cancer and pain: A European cross-sectional study of 2282 patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1145-1159.
- Kryger, M. H., Roth, T. et Dement, W. C. (2011). *Principles and practice of sleep medicine* (5 ed.). Missouri, USA: Elsevier Saunders.
- Kvale, E. A. et Shuster, J. L. (2006). Sleep disturbance in supportive care of cancer: A review. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 437-450.
- Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. C. et Ward, S. E. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(6), 810-822.
- Kwekkeboom, K. L., Cherwin, C. H., Lee, J. W. et Wanta, B. (2010). Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 126-138.
- Lawlor, P. G. et Bush, S. H. (2015). Delirium in patients with cancer: Assessment, impact, mechanisms and management. *Nature Reviews. Clinical Oncology*, 12(2), 77-92.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. et Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94.
- Leis, A., Sagar, S., Verhoef, M., Balneaves, L., Seely, D. et Oneschuk, D. (2010). Shifting the paradigm: From complementary and alternative medicine (CAM) to integrative oncology. *Cancer Control*, 239-258.
- Levin, R. D., Daehler, M. A., Grutsch, J. F., Quiton, J., Lis, C. G., Peterson, C., et al. (2005). Circadian function in patients with advanced non-small-cell lung cancer. *British Journal of Cancer*, 93(11), 1202-1208.
- Linde, K., Berner, M. M. et Kriston, L. (2008). St John's wort for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD000448.
- Lloyd-Williams, M., Shiels, C. et Dowrick, C. (2007). The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 259-264.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage Publications.
- Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: Characteristics, diagnosis and treatment. *Critical Care Clinics*, 24(4), 657-722, vii.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. et Munévar, C. (2010). Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(3), 166-174.
- Mansky, P. J. et Wallerstedt, D. B. (2006). Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *The Cancer Journal*, 12(5), 425-431.
- Marchand, L. (2014). Integrative and complementary therapies for patients with advanced cancer. *Ann Palliat Med*, 3(3), 160-171.
- Mitchell, A. J. (2008). Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 98(12), 1934-1943.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174.
- Morin, C. M., Vallieres, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Merette, C., et al. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2005-2015.
- Noorani, N. H. et Montagnini, M. (2007). Recognizing depression in palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 10(2), 458-464.
- O'Connor, M., White, K., Kristjanson, L. J., Cousins, K. et Wilkes, L. (2010). The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. *Medical Journal of Australia*, 193(5 Suppl), S44-47.
- O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A. et Young, J. (2011). Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), 746-751.
- Ornish, D., Lin, J., Daubenmier, J., Weidner, G., Epel, E., Kemp, C., et al. (2008). Increased telomerase activity and comprehensive lifestyle changes: A pilot study. *The Lancet Oncology*, 9(11), 1048-1057.

- Outram, S. M. (2010). The use of methylphenidate among students: The future of enhancement? *Journal of Medical Ethics*, 36(4), 198-202.
- Paley, C. A., Johnson, M. I., Tashani, O. A. et Bagnall, A. M. (2011). Acupuncture for cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD007753.
- Pan, C. X., Morrison, R. S., Ness, J., Fugh-Berman, A. et Leipzig, R. M. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(5), 374-387.
- Parker, K. P., Bliwise, D. L., Ribeiro, M., Jain, S. R., Vena, C. I., Kohles-Baker, M. K., et al. (2008). Sleep/wake patterns of individuals with advanced cancer measured by ambulatory polysomnography. *Journal of Clinical Oncology*, 26(15), 2464-2472.
- Pineda, M. J. et Singh, D. K. (2012). What is integrative oncology and can it help my patients? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 39(2), 285-312.
- Pratt, L. A., Brody, D. J. et Gu, Q. (2011). Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*, 2011(76), 1-8.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H. et Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 189-200.
- Rahim-Jamal, S., Sarte, A., Kozak, J., Bodell, K., Barroetavena, M. C., Gallagher, R., et al. (2011). Hospice residents' interest in complementary and alternative medicine (CAM) at end of life: A pilot study in hospice residences in British Columbia. *Journal of Palliative Care*, 27(2), 134.
- Ritenbaugh, C., Verhoef, M., Fleishman, S., Boon, H. et Leis, A. (2003). Whole systems research: A discipline for studying complementary and alternative medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(4), 32.
- Roscoe, J. A., Kaufman, M. E., Matteson-Rusby, S. E., Palesh, O. G., Ryan, J. L., Kohli, S., et al. (2007). Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*, 12 Suppl 1, 35-42.
- Roth, A. J., Massie, M. J., Chochinov, H. et Breitbart, W. (2009). Anxiety in palliative care. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*, 2, 69-80.
- Sackett, D. L. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Santé, O. m. d. l. (1948, 7 avril). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H. et Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.
- Schulman-Green, D. J. (2003). Psychosocial issues in palliative care: Physicians' self-perceived role and collaboration with hospital staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 20(1), 34-40.
- Searight, H. R. et Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician*, 71(3), 515-522.
- Sela, R. A., Watanabe, S. et Nikolaichuk, C. L. (2005). Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliative and Supportive Care*, 3(1), 23-31.
- Shochat, T., Martin, J., Marler, M. et Ancoli-Israel, S. (2000). Illumination levels in nursing home patients: Effects on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research*, 9(4), 373-379.
- Stone, C. A., Lawlor, P. G., Savva, G. M., Bennett, K. et Kenny, R. A. (2012). Prospective study of falls and risk factors for falls in adults with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(17), 2128-2133.
- Sullivan, M. J., Rodgers, W. M. et Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91(1-2), 147-154.
- Sun, J.-L., Wu, S.-C., Chang, L.-I., Chiou, J.-F., Chou, P.-L. et Lin, C.-C. (2014). The relationship between light exposure and sleep, fatigue, and depression in cancer outpatients: Test of the mediating effect. *Cancer Nursing*, 37(5), 382-390.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M. et Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1711.
- Trinka, M., Burman, D., Barmala, N., Rodin, G., Jones, J., Lo, C., et al. (2011). Spirituality and use of complementary therapies for cure in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 20(7), 746-754.
- Truant, T. L., Porcino, A. J., Ross, B., Wong, M. et Hilario, C. (2013). Complementary and alternative medicine (CAM) use in advanced cancer: A systematic review. *Journal of Supportive Oncology*, 11(3), 105-113.
- Velthuis, M. J., Van den Bussche, E., May, A. M., Gijzen, B. C., Nijs, S. et Vlaeyen, J. W. (2012). Fear of movement in cancer survivors: Validation of the modified Tampa scale of kinesiphobia-fatigue. *Psycho-Oncology*, 21(7), 762-770.

- Verhoef, M. (2012). Complementary and alternative approaches in palliative care: Why are advanced cancer patients using them? *Progress in Palliative Care*, 20(5), 264-271.
- Wang, H. L., Kroenke, K., Wu, J., Tu, W., Theobald, D. et Rawl, S. M. (2012). Predictors of cancer-related pain improvement over time. *Psychosomatic Medicine*, 74(6), 642-647.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., De Faye, B. J. et Breitbart, W. (2000). Diagnosis and management of depression in palliative care. In H. M. Chochinov et W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 25-49). Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., et al. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. et Palayew, M. (2007). Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *Canadian Medical Association Journal*, 176(10), 1449-1454.
- Zaza, C. et Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526-542.