

InfoPOEMs The Clinical Awareness System™

LE MÉDECIN DU QUÉBEC publie, à l'occasion, des résumés d'articles de recherche provenant du site Essential Evidence Plus. La liste complète des sujets se trouve au www.essentialevidenceplus.com/content/poems. Ces articles ont pour objectif de fournir des preuves dignes de confiance orientées vers le patient et transférables à la pratique de l'omnipraticien. Ils constituent la quintessence des connaissances scientifiques pertinentes à la médecine de première ligne. Des critères sérieux ont présidé à leur choix. Le niveau de preuve s'appuie sur les critères établis par le groupe de travail sur la médecine factuelle. Le niveau 1 est le plus fort et le niveau 5, le plus faible. Un omnipraticien choisit les résumés d'articles qui seront publiés en fonction du contexte de la pratique médicale au Québec.

Ces résumés aideront les lecteurs à évaluer si les résultats de certaines études peuvent s'appliquer dans leur pratique quotidienne, à exercer leur esprit critique et à faire une lecture efficace de la littérature.

Instrument servant à évaluer la capacité à prendre une décision à caractère médical

Existe-t-il des instruments permettant d'évaluer la capacité d'un patient à prendre une décision relative à ses soins médicaux ?

Conclusion

L'évaluation cognitive s'est révélée intimement liée à la capacité d'un patient de prendre une décision relative à ses soins médicaux. Le test de Folstein est utile lorsque le résultat obtenu est inférieur à 20 ou supérieur à 24, tout comme le questionnaire Aid to Capacity Evaluation (ACE), le test d'évaluation des compétences de Hopkins (HCAT) et le test Understanding Treatment Disclosure (UTD).

Niveau de preuve : 1a-

Source : Sessums LL, Zembruska AH, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA* 2011 ; 306 (4) : 420-7.

Type d'étude : Revue systématique

Financement : Inconnu ou non déclaré

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé

Les chercheurs ont notamment parcouru MEDLINE et EMBASE pour trouver des études de langue anglaise qui portaient sur la précision des instruments servant à estimer la capacité des patients à prendre, au cabinet du médecin, des décisions concernant leurs soins médicaux. Seules des études prospectives de grande qualité ($n = 43$) d'un niveau de preuve d'au moins 3 sur 5 ont été choisies. La plupart évaluait la fonction cognitive, élément qui s'est révélé très lié à la capacité décisionnelle. Les instruments étaient comparés aux résultats d'une évaluation d'un expert psychiatre ou d'un panel d'experts. Dans la majorité des études ($n = 23$), c'est le test de Folstein qui était employé pour mesurer les fonctions cognitives. La probabilité d'une incapacité était significativement plus importante lorsque le score était inférieur à 20 (rapport de vraisemblance [RV] positif = 12 ; IC à 95 % : 5,3–27) et moins importante au-delà de 24 (RV- = 0,14 ; IC à 95 % : 0,06–0,34). Un résultat entre 20 et 24 ne permettait pas d'établir la capacité décisionnelle du patient. Trois autres instruments se sont avérés utiles : l'ACE (RV+ = 8,5 ; IC à 95 % : 3,9–19 ; RV- = 0,21 ; IC à 95 % : 0,11–0,41), le HCAT (RV+ = 54 ; IC à 95 % : 3,5–846 ; RV- = 0,0 ; IC à 95 % : 0,0–0,52) et l'UTD (RV+ = 6,0 ; IC à 95 % : 2,1–17 ; RV- = 0,16 ; IC à 95 % : 0,06–0,41). Même si

Thèmes de formation continue *des prochains numéros*

- **Mars 2013**
**Les affections de la main
et du poignet**
- **Avril 2013**
L'insuffisance cardiaque
- **Mai 2013**
Les techniques en médecine familiale
- **Juin 2013**
Les soins palliatifs
- **Juillet 2013**
L'épilepsie et les convulsions
- **Août 2013**
Le TDAH à tous les âges
- **Septembre 2013**
L'athérosclérose coronarienne
- **Octobre 2013**
La hanche



les valeurs obtenues au test HCAT semblaient bonnes, les auteurs ont souligné que cet outil n'avait été utilisé que dans une seule petite étude et sur un nombre restreint de sujets. Le questionnaire ACE, quant à lui, emploie des scénarios adaptés à l'état du patient. Les auteurs fournissent une référence pour obtenir des exemplaires gratuits de chacun des outils mentionnés. Souvent, le médecin n'arrivait pas à reconnaître une incapacité en se fiant à son seul jugement (RV⁻ = 0,61 ; IC à 95 % : 0,48–0,74). Toutefois, quand il en soupçonnait la présence, il avait habituellement raison (RV⁺ = 7,9 ; IC à 95 % : 2,7–13).

Une seule sigmoïdoscopie diminue la mortalité par cancer

Une sigmoïdoscopie unique est-elle associée à un résultat favorable par rapport à l'absence de dépistage ?

Conclusion

Dans une vaste étude menée au Royaume-Uni, l'incidence du cancer colorectal et le taux de mortalité associé étaient moins élevés chez les patients qui avaient subi une sigmoïdoscopie que chez les sujets témoins, tandis que le taux de mortalité toutes causes confondues était légèrement inférieur. L'étude ne dit pas si cette méthode est aussi efficace que le dépistage périodique ou qu'une coloscopie ponctuelle.

Niveau de preuve : 1b

Source : Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I et coll. pour les chercheurs de l'étude UK Flexible Sigmoidoscopy. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010 ; 375 (9726) : 1624-33.

Type d'étude : Étude à répartition aléatoire
(sans insu)

Financement : Gouvernement

Contexte : Étude de population

Affectation : Cachée

Résumé

Les chercheurs du Royaume-Uni ont envoyé un questionnaire sur le cancer colorectal et la sigmoïdoscopie à plus de 350 000 hommes et femmes âgés de 55 à 64 ans. Les personnes ayant montré un intérêt pour le dépistage en retournant le questionnaire ont été réparties au hasard dans deux groupes, soit dans celui du dépistage par sigmoïdoscopie ($n = 57\,237$), soit dans le groupe témoin ($n = 113\,195$). Les participants ont ensuite été inscrits au registre national des services de santé à des fins de suivi et d'établissement de l'état vital. Lorsqu'un patient succombe à un cancer colorectal, un expert indépendant qui ne connaissait pas les groupes d'affectation effectuait une double vérification de la cause du décès. L'analyse des données s'est faite en intention de traiter et selon le respect du protocole. Après onze ans, les auteurs disposaient de données sur 99,7 % des patients. Le taux de cancer colorectal était de 12,4 pour 1000 dans le groupe ayant subi une sigmoïdoscopie contre 16,1 chez les sujets témoins. Il a donc fallu soumettre 270 personnes au dépistage pour prévenir un cancer. Le taux vérifié de décès par cancer colorectal était de 3,9 pour 1000 années-personnes dans le groupe expérimental contre 5,6 dans le groupe témoin. Ainsi, il a fallu procéder à un dépistage chez 589 patients pour prévenir un décès par cancer colorectal par rapport au groupe témoin. Le taux de mortalité total s'élevait à 1093 pour 100 000 années-personnes chez les patients ayant subi le dépistage comparativement à 1124 chez les sujets témoins. Il a donc fallu soumettre 3200 patients à la sigmoïdoscopie pour prévenir un décès, toutes causes confondues. Les auteurs n'indiquent pas le taux d'effets indésirables liés aux examens de dépistage. 



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

14 et 15 mars 2013

L'appareil locomoteur
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

11 et 12 avril 2013

L'endocrinologie
Hôtel Delta Québec, Québec

9 et 10 mai 2013

La pédiatrie
Centre Mont-Royal, Montréal

6 et 7 juin 2013

La néphrologie et la cardiologie
Hôtel Delta Québec, Québec

12 et 13 septembre 2013

La neurologie
Centre Mont-Royal, Montréal

10 et 11 octobre 2013

Santé voyage
Hôtel Delta Québec, Québec

7 et 8 novembre 2013

La santé des hommes
Hôtel Delta Québec, Québec