

Prise en charge clinique en physiothérapie oncologique: promotion d'une décision partagée dans le contexte des soins palliatifs

ARTICLE (RÉVISION PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Stéphanie Grégoire¹, Claudia Maltais², Maude Laliberté^{1,3}

Reçu/Received: 10 Sept 2012

Publié/Published: 26 Jun 2013

Éditeurs/Editors: Renaud Boulanger & Charles Dupras

Évaluateurs externes/Peer-Reviewers: Ana Maria Rodriguez & Didier Marcant

© 2013 S Grégoire, C Maltais, M Laliberté, [Creative Commons Attribution 3.0 Unported License](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

Résumé

Plusieurs physiothérapeutes éprouvent des réticences à traiter une clientèle avec des métastases osseuses, car les indications au traitement ne sont pas clairement définies. Le cas paradigmatique présenté ainsi qu'une revue de la littérature permettent de mettre en lumière certains enjeux éthiques et cliniques de la physiothérapie en soins de fin de vie, particulièrement chez un patient présentant des métastases osseuses. L'objectif de cet article n'est pas de créer un modèle décisionnel éthique, mais plutôt de servir de guide complémentaire aux modèles décisionnels existants en réadaptation. Ce guide est basé sur le principlisme et il est spécifique à la clientèle oncologique en soins palliatifs. Les principes proposés, sans être exhaustifs, sont la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. L'article permet également de clarifier les risques théoriques et les risques basés sur les évidences, à l'aide d'une revue des indications et des précautions cliniques. Ces principes constituent des pistes de réflexion pour guider la prise en charge de ces patients. Ainsi, le physiothérapeute est en mesure d'effectuer une analyse critique, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, dont le but est de respecter le droit à des soins au bon moment et ce, en fonction des besoins cliniques.

Mots clés

Principlisme, oncologie, métastases osseuses, physiothérapie, soins palliatifs, code de déontologie

Abstract

Many physiotherapists are reluctant to treat a client with bone metastases, as treatment indications are not clearly defined. The paradigmatic case presented here, and a review of the literature, allow us to highlight some ethical and clinical issues in physiotherapy care at the end of life, particularly for patients with bone metastases. The objective of this article is not to create an ethical decision making model but rather to serve as additional guidance to existing decision models in rehabilitation. This guidance is based on Principlism and is specific to the oncology clients in palliative care. The proposed principles, without being exhaustive, are beneficence, non-maleficence, respect for autonomy and justice. With a review of clinical indications and precautions, the article also helps to clarify both the theoretical and the evidence-based risks. These principles provide avenues for reflection to guide the management of these patients. The physiotherapist will then be able to conduct a critical analysis, in collaboration with the interdisciplinary team, whose goal is to respect the client's right to appropriate care at the right time and that is based on clinical need.

Keywords

Principlism, oncology, bone metastases, physiotherapy, palliative care, code of ethics

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹ Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada

² Programme-clientèle d'oncologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, Canada

³ Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

Correspondance / Correspondence

Maude Laliberté, maude.laliberte@umontreal.ca

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier Mélissa Lacoursière et Jonathan Lai Kwan pour leurs commentaires et suggestions sur les versions antérieures de cet article. Merci également pour la contribution éditoriale de Renaud Boulanger et les commentaires des évaluateurs externes, M. Didier Marcant et Dr. Ana Maria Rodriguez.

Conflit d'intérêts

Stéphanie Grégoire et Claudia Maltais n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer en lien avec cet article. Maude Laliberté est éditrice de section pour les études de cas de *BioéthiqueOnline* et est étudiante au doctorat sous la supervision de Bryn Williams-Jones, éditeur en chef.

Acknowledgements

The authors wish to thank Mélissa Lacoursière and Jonathan Lai Kwan for their comments and suggestions on earlier versions of this article. Thanks also for the editorial contribution of Renaud Boulanger and comments from the external evaluators, Didier Marcant and Ana Maria Rodriguez.

Conflicts of Interest

Stéphanie Grégoire and Claudia Maltais have no conflicts of interest to declare in relation to this article. Maude Laliberté is Case Study Section Editor for *BioéthiqueOnline*, and is a doctoral student under the supervision of Bryn Williams-Jones, Editor-in-chief.

Introduction

En 2012, la Société canadienne du cancer (1) a évalué le nombre de nouveaux cas de cancer au Canada à 186 000. On estime que 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens auront le cancer au cours de leur vie. Cette maladie constitue la principale cause de décès prématuré. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la peau, du poumon, de la prostate, du sein, du côlon et du rectum. En excluant le cancer de la peau, ces cinq types de cancer représentent 54 % des nouveaux cas. En outre, l'Agence de la santé publique du Canada (2) affirme que « le cancer secondaire des os découle souvent de la métastase d'un cancer du sein, de la prostate, du rein, du poumon ou de la glande thyroïde ». Ces cancers sont à eux seuls responsables de 80 % des métastases osseuses (3). Ainsi, un nombre important de patients risque d'en présenter.

Les physiothérapeutes peuvent être impliqués en oncologie auprès de gens en traitement actif ou encore en soins palliatifs (4). L'Association canadienne de soins palliatifs estime que la demande pour tous les types de soins de fin de vie va croître dans les quarante prochaines années et que « 90 % des Canadiens mourants pourraient bénéficier de soins palliatifs » (5). La littérature récente affirme également que, dans le meilleur intérêt des patients, les physiothérapeutes devraient être davantage impliqués en soins palliatifs (6, 7).

Ce constat engendre beaucoup de questionnement aux niveaux éthique et clinique en physiothérapie. Un modèle décisionnel en réadaptation, tel que le *Patient-Centered Care Ethics Analysis Model for Rehabilitation*, permet déjà de guider le raisonnement moral des cliniciens dans les situations complexes (8). Ce modèle, centré sur le patient, encourage les prises de décisions partagées et met l'accent sur les préférences de l'individu et la considération de son contexte social. Le modèle passe par plusieurs étapes pour faciliter le raisonnement moral, de l'identification des enjeux éthiques à la prise de décision. L'objectif de cet article n'est donc pas de créer un nouveau modèle décisionnel, mais plutôt de proposer un guide pratique et complémentaire aux modèles décisionnels existants en réadaptation. De façon plus précise, une réponse est proposée à la question suivante : Sur quels principes doit-on s'appuyer pour décider d'offrir des traitements à un patient avec métastases osseuses en soins de fin de vie? Cet article utilise un cas paradigmatique avec une approche par étude de cas et principiste pour proposer une série de principes, non exhaustifs, que les

physiothérapeutes devraient prendre en considération lors de la prise de cette décision. Le principisme – tel que développé par Beauchamp et Childress (9) – a été choisi car il s’agit d’une théorie très influente en Amérique du Nord qui a longtemps été l’outil principal d’analyse en bioéthique. Cette théorie, très concrète, s’applique aussi aux situations cliniques. Ce cadre éthique est un de ceux les plus utilisés dans une variété de domaines (10), et de façon prédominante en santé (11). Par ailleurs, le parcours d’un patient en soins oncologiques étant complexe, l’ensemble des détails cliniques est important pour mieux appuyer la réflexion éthique. En utilisant cette approche mixte, nous proposons les principes suivants : 1) la bienfaisance, 2) la non-malfaisance 3) le respect de l’autonomie et 4) la justice. L’article permet également de clarifier les risques théoriques et ceux basés sur les évidences, à l’aide d’une revue des indications et des précautions cliniques.

L’étude de cas présentée est fictive et s’inspire d’un exemple tiré de « *Physiotherapy in palliative care - a clinical handbook* » (12). Pour s’assurer de son réalisme, elle a été modifiée avec l’aide de deux cliniciens ayant une grande expérience clinique dans le domaine, soit une physiothérapeute et un oncologue travaillant dans un centre spécialisé en oncologie d’un hôpital montréalais. Il est à noter qu’uniquement les soins palliatifs en milieu hospitalier sont abordés dans cet article car, au Québec, en 2008, près de 85% des gens sont décédés en centre hospitalier (13).

Présentation du cas

Monsieur Legault est un homme de 52 ans qui a eu un cancer de la prostate il y a trois ans. Il y a un an, M. Legault a dû être hospitalisé pour une récurrence de son cancer de la prostate avec métastases osseuses au fémur droit ainsi qu’aux vertèbres lombaires (bas du dos) L2-L3 avec compression médullaire. Une radiothérapie, qui consiste à diriger des radiations vers les cellules cancéreuses pour les éliminer et les empêcher de se régénérer (14), fut effectuée d’urgence pour décompresser la moelle épinière. Cette méthode fut combinée à l’administration de corticostéroïdes à haute dose, qui ont aussi un effet antiprolifératif. Durant son séjour à l’hôpital, M. Legault fut de plus référé en physiothérapie pour parésie au niveau des membres inférieurs, c’est-à-dire une paralysie incomplète accompagnée d’une faiblesse musculaire. À l’évaluation initiale, la physiothérapeute, Julie, nota une douleur importante au niveau du dos et de la jambe droite, de la fatigue, du gonflement, une diminution de la sensibilité au niveau des jambes, de même qu’un essoufflement anormal lors de tâches simples (dyspnée). M. Legault était également incapable de se tenir debout et de marcher, même sur de courtes distances comme celle entre son lit et la salle de bain.

Après deux mois d’hospitalisation durant lesquels il se montra positif et collabora bien aux traitements, M. Legault put retourner chez lui. Il se déplaçait alors à l’aide d’une marchette et pouvait utiliser les escaliers avec une canne simple puisqu’il avait récupéré de la force musculaire. Il recevait des traitements de physiothérapie à domicile et poursuivait une hormonothérapie. Des suivis réguliers en oncologie étaient effectués. Pendant un temps, son état fonctionnel s’améliora, mais M. Legault se plaignait toujours de douleur aux jambes et au bas du dos. De plus, une fatigue résiduelle le limitait dans ses activités et l’empêchait de travailler à nouveau.

Après cinq mois, malgré les traitements de physiothérapie à domicile sur une base régulière, une détérioration de sa condition est notée. L’oncologue observe la progression de la maladie néoplasique et l’apparition de nombreuses métastases osseuses au niveau de la colonne vertébrale ainsi qu’une nouvelle compression médullaire au niveau des vertèbres lombaires L4-L5. Cette atteinte de la moelle épinière engendre de la difficulté à la marche, une parésie au niveau des membres inférieurs, des troubles sphinctériens et de la fatigue. Le médecin détermine que le cancer est de stade avancé et que le pronostic est sombre. Il estime qu’il ne reste que deux ou trois mois à vivre à M. Legault.

Les options thérapeutiques sont maintenant clairement palliatives et une radiothérapie est envisagée pour diminuer la douleur et améliorer le confort de M. Legault. Avec l’accord du patient, on le transfère à l’unité des soins palliatifs. L’oncologue consulte Julie, la physiothérapeute, et lui demande de

réévaluer M. Legault pour aider au soulagement de sa douleur et à l'amélioration de sa qualité de vie. M. Legault fera ainsi partie du faible pourcentage (16 % à 30 %) des Canadiens qui recevront des services de soins palliatifs (5). De ceux-ci, encore moins recevront des soins palliatifs spécialisés, dont fait partie la physiothérapie. Montagnini et collègues considèrent pourtant que la physiothérapie est sous-utilisée en soins palliatifs, bien qu'elle soit bénéfique pour la clientèle (15).

Les critères de références médicales aux services de physiothérapie de la plupart des grands centres de santé spécialisés canadiens ne sont pas strictement définis, ce qui explique en partie que des patients qui bénéficieraient de traitements en physiothérapie ne sont pas toujours référés par les médecins (16). Les autres raisons expliquant la sous-utilisation de la réadaptation chez les patients ayant le cancer incluent l'absence d'évaluation fonctionnelle effectuée par les oncologues; le manque de formation, d'outils facilement applicables et de temps; la tendance qu'ont les patients à ne pas rapporter leurs incapacités par crainte de ne pouvoir poursuivre leurs traitements contre le cancer (17); la méconnaissance des bienfaits possibles de la réadaptation pour cette clientèle; et le travail en silo plutôt qu'en équipe interdisciplinaire (7). Dans le cas de M. Legault, sur quels principes Julie doit-elle s'appuyer pour décider de maintenir ou de suspendre des soins de physiothérapie?

Analyse basée sur le principisme

Pour amorcer cette réflexion, il faut rappeler que les éléments qui composent le principisme de Beauchamp et Childress sont les suivants (9) :

- Bienfaisance (amélioration de la qualité de vie et plus généralement de la santé);
- Non-malfaisance (*primum non nocere*);
- Respect de l'autonomie (passant par des notions telles que le consentement éclairé et la collaboration avec le patient, visant une autonomie relationnelle);
- Justice (18).

En plus du principisme, la physiothérapeute doit considérer son code de déontologie puisque celui-ci revêt un aspect réglementaire et normatif (19). Le code de déontologie de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec encadre la pratique du professionnel lorsqu'il agit avec un patient pris en charge. Il a également pour objectif de favoriser l'intériorisation de valeurs professionnelles communes. Ces valeurs professionnelles s'inspirent en partie du principisme (3, 20). Par contre, le code de déontologie ne considère pas les « patients potentiels » qui ne sont pas encore suivis, c'est-à-dire ceux qui sont sur la liste d'attente. Le principe de justice, essentiel au principisme, peut cependant combler cette lacune et guider de façon pratique et plus pragmatique la décision quant à l'initiation de traitements de physiothérapie. Ailleurs dans le monde, les codes de déontologie des physiothérapeutes ne partagent pas nécessairement cette lacune présente dans le code de déontologie québécois. Par exemple, aux États-Unis, le code de déontologie de l'American Physical Therapy Association (APTA) (21) a été récemment modifié pour inclure les notions de responsabilité sociale et d'accès équitable aux soins de santé (18, 22).

Les principes mentionnés ci-haut sont donc proposés afin de pouvoir guider les physiothérapeutes dans la prise de décision concernant la prestation de traitements aux patients avec métastases osseuses en soins palliatifs, comprenant à la fois le début de la prise en charge et la cessation des traitements. Ces principes doivent être soupesés en fonction de la réalité du patient. Il y a un spectre de possibilités de prise en charge entre le fait de décider de traiter un patient ou de ne pas le traiter. Cependant, seules ces positions extrêmes seront abordées. Il existe d'autres alternatives de réadaptation, par exemple des exercices en groupe ou avec un préposé, mais celles-ci dépassent le cadre de cet article.

Bienfaisance

Le premier principe pour appuyer l'analyse de cas est le principe de bienfaisance. La bienfaisance implique que nos actions cliniques soient orientées vers l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de notre patient. La bienfaisance, bien qu'elle n'y soit pas réduite, passe inévitablement par une analyse de l'efficacité du traitement. En effet, il faut que la physiothérapie soit bénéfique pour le patient.

Bien qu'il n'y ait pas d'indication précise dans la littérature, s'il n'y a plus de maintien ou d'amélioration de la condition du patient, la physiothérapie n'est plus indiquée. Pour cesser les traitements, la façon la plus simple est évidemment de démontrer que les objectifs cliniques ont été atteints (23), par exemple l'autonomie aux transferts et à la marche. Par contre, il arrive que ce ne soit pas le cas. Si l'état de M. Legault s'aggrave de façon importante et que les modalités analgésiques de physiothérapie sont sans effet, alors il ne sert à rien de poursuivre les traitements. Si M. Legault désire poursuivre la physiothérapie alors qu'elle n'améliore plus sa condition, le devoir de Julie est de cesser ses interventions. En effet, son code de déontologie souligne d'éviter de multiplier les traitements s'ils ne sont pas requis (19).

Même si la physiothérapie aide moralement le patient et lui permet de garder une humeur positive, la thérapeute doit lui expliquer pourquoi les traitements vont cesser et l'accompagner lors de cette période difficile. Si le patient accepte très mal l'arrêt de la physiothérapie, la connaissance des étapes du deuil peut aider le thérapeute à distinguer le processus de deuil normal d'une possible dépression (24, 25). Au besoin, une référence en psychologie peut alors être envisagée. Les évidences à ce sujet sont limitées mais démontrent tout de même une tendance vers l'efficacité en ce qui concerne la diminution des symptômes de dépression (26). À cette étape, il est important que la physiothérapeute elle-même soit aussi émotionnellement prête à cesser de voir son patient. En effet, lorsqu'un thérapeute suit un patient depuis longtemps, qu'il s'est attaché et qu'il l'a accompagné dans certains moments difficiles de sa vie, il n'est pas évident de ne plus le voir et de briser volontairement le lien thérapeutique qui était entretenu (27, 28).

Une période de transition pourrait s'avérer essentielle pour laisser le temps au patient de s'adapter et d'accepter la fin des traitements de physiothérapie. Par exemple, si les modalités ne semblent plus fonctionner, à cette étape la physiothérapeute peut commencer à parler d'un arrêt de traitement. Par la suite, si la condition du patient ne s'améliore pas dans les séances suivantes, et ce malgré une modification des paramètres, la fin des soins de physiothérapie ne sera pas une surprise. Une diminution de la fréquence des séances avant de cesser les traitements est aussi une option envisageable. Bref, il importe de ne pas brusquer les choses, tant pour le patient que pour la thérapeute.

Le principe de bienfaisance permet de s'assurer que les interventions sont appliquées lorsqu'elles ont un effet bénéfique, en plus de respecter le besoin d'une période de transition et d'adaptation si les modalités n'ont plus l'effet escompté.

Application au cas de la bienfaisance : les indications médicales

Certains critères médicaux vont justifier la prise en charge en physiothérapie. Les patients en soins palliatifs ne font pas d'emblée l'objet d'une référence en physiothérapie, car il faut avoir des motifs suffisants pour en justifier la prestation. Certains établissements de santé possèdent leurs propres critères de référence. Par exemple, ceux de la clinique de soins palliatifs de physiothérapie Oaks au Royaume-Uni comprennent, outre le fait d'être en fin de vie, des symptômes tels que la douleur, la fatigue, la faiblesse musculaire, une mobilité réduite et un risque de chute, une raideur articulaire postopératoire, des cicatrices qui guérissent mal ou encore des bouffées de chaleur pour lesquelles des modalités non pharmacologiques pourraient aider (23). M. Legault répond à ce genre de critères, puisqu'en plus d'avoir des métastases osseuses et d'être en soins palliatifs, il présente de la douleur

aux membres inférieurs, de la fatigue, de la faiblesse et une difficulté à marcher. À d'autres endroits, comme au Centre de soins palliatifs de Whistler/Pemberton, les critères de référence en physiothérapie ne sont pas clairement établis et c'est plutôt un formulaire de référence général en soins palliatifs qui est utilisé (29). Les critères de la plupart des autres grands centres de santé spécialisés canadiens ne sont pas strictement définis, ce qui explique en partie que des patients qui bénéficieraient de traitements en physiothérapie ne sont pas toujours référés par les médecins (16). Les indications médicales aident ainsi en partie à identifier les patients pouvant bénéficier de physiothérapie, à l'aide d'indices physiques et d'informations sur la condition médicale.

Opposition des moyens proportionnés aux moyens disproportionnés

Pour aider les cliniciens à choisir leurs interventions et à décider s'il est justifié de les appliquer, une évaluation de la bienfaisance s'impose. L'idée est d'opposer les moyens ordinaires/proportionnés aux moyens extraordinaires/disproportionnés afin de s'assurer que les ressources investies ne sont pas exagérées par rapport aux résultats attendus.

Selon le site d'Ascension Health, un organisme sans but lucratif offrant des soins de santé aux États-Unis, un moyen proportionné est un traitement qui offre un espoir raisonnable de bénéfices et qui n'occasionne pas une charge de travail trop lourde pour le patient ou le thérapeute (30). Au contraire, un moyen disproportionné est un traitement qui n'offre pas d'espoir raisonnable de bénéfice ou qui occasionne une charge de travail trop grande comparée aux effets bénéfiques attendus. Par exemple, un traitement simple, habituel, non invasif, peu coûteux et ayant de bonnes chances de succès serait plus indiqué que l'inverse (27). Par contre, le jugement clinique est toujours essentiel, étant donné qu'un traitement plus compliqué et invasif, mais qui a de meilleures chances de réussite, pourrait être plus avantageux. Ainsi, cette méthode permet au physiothérapeute d'être juste même dans ses interventions, en s'assurant que les coûts et les ressources impliquées pour chaque patient demeurent toujours raisonnables par rapport aux bénéfices attendus.

À la lumière de l'ensemble de ces considérations sur la bienfaisance et les indications cliniques, il devient alors indiqué, dans la mesure du possible, de continuer les traitements de physiothérapie à l'unité de soins palliatifs et de prioriser un patient qui, comme M. Legault, était déjà suivi, et ce en fonction des besoins cliniques. Les traitements de physiothérapie constitueraient en outre un élément familier pour M. Legault et lui permettraient de mieux garder le moral, sa dignité et ses acquis (31), si petits soient-ils considérant que sa condition s'est détériorée. Puisqu'il retirerait des bénéfices pour sa santé physique et psychologique, l'idéal serait donc que M. Legault profite de soins en physiothérapie dès son arrivée à l'unité.

Non-malfaisance

La non-malfaisance est le deuxième principe. Celui-ci exige que l'on évite de nuire au patient. Pour ce faire, la physiothérapeute doit connaître les précautions et contre-indications associées à ses interventions et savoir si elles s'appliquent à son patient. La physiothérapeute doit s'assurer de proposer des interventions qui ne nuisent pas, par exemple en évitant d'exacerber la douleur du patient (*primum non nocere*). Malheureusement, les données probantes sont insuffisantes pour bien des modalités cliniques et un doute persiste souvent quant aux risques de fracture ou de propagation supplémentaire des métastases osseuses (32-40). Le manque d'évidences met ainsi en lumière une limite du principisme. Effectivement, le principe de non-malfaisance est plus difficile à respecter si le thérapeute n'est pas certain des effets des modalités utilisées. Au fur et à mesure que les données probantes augmenteront, les informations sur les traitements seront bonifiées et la physiothérapeute sera de plus en plus en mesure de mieux agir pour le patient. La thérapeute doit donc s'assurer d'être à l'affût des nouvelles données probantes pour maintenir ses connaissances à jour.

Application au cas de la non-malfaisance : les précautions cliniques et éthiques en physiothérapie

Le respect du principe de non-malfaisance passe inévitablement par la considération des précautions et contre-indications des modalités de physiothérapie. Afin de faire justice à l'analyse du cas de M. Legault, il est donc essentiel de présenter ici les évidences disponibles en lien avec les modalités de son traitement. Pour améliorer le confort de M. Legault, les massages peuvent être une bonne modalité si certaines précautions sont prises. Le massage, comparativement au simple toucher, permettrait de mieux soulager la douleur à court terme et améliorerait l'humeur (41). Il aiderait aussi à relâcher les tensions musculaires (12). Toutefois, puisque les massages augmentent la circulation et ainsi pourraient contribuer à la propagation des cellules cancéreuses, il est suggéré d'éviter de masser les endroits où des métastases superficielles seraient logées ou seraient à risque de se loger. En effet, les métastases ont des affinités avec certains tissus osseux plus que d'autres, principalement les vertèbres dorsales et lombaires, le fémur proximal et le bassin (33, 34). Il serait possible d'éviter de masser les régions où sont logées les métastases osseuses de M. Legault, c'est-à-dire la colonne vertébrale et le fémur droit.

Pour ce qui est de la douleur, il faut retenir que la chaleur et l'hydrothérapie sont contre-indiquées localement pour les cancers. Ainsi, il ne faut pas les appliquer directement sur les sites avec métastases. Pour ce qui est de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), un appareil d'électrothérapie couramment utilisée pour gérer la douleur, la contre-indication serait générale (32), mais il est précisé que « dans certaines conditions (ex. : soins palliatifs), dans une décision interdisciplinaire, on peut utiliser la modalité chez des patients cancéreux en fin de vie » (35, 36). La cryothérapie (glace), quant à elle, n'est pas contre-indiquée si la sensibilité à l'endroit d'application n'est pas altérée (32).

Les recherches concernant la physiothérapie en soins palliatifs se sont beaucoup concentrées sur l'effet des exercices, mais peu concernent spécifiquement les patients avec métastases osseuses. De plus, les interventions sont très hétérogènes, ce qui ne permet pas de cibler un type d'exercices en particulier (38). Avant toute chose, il faut tenter d'évaluer le risque de fracture du patient, bien qu'il n'y ait pas une méthode unique préconisée. Par exemple, des indices radiologiques ou des marqueurs biochimiques, dont les valeurs et interprétations sont disponibles dans les études qui traitent de ce sujet, peuvent aider à identifier quels os sont plus à risque (39). Il est difficile de le déterminer précisément, mais il faut prendre des précautions avec M. Legault, sachant qu'il a dû subir une radiothérapie suite à la compression de la moelle épinière par L2-L3, qu'il a d'autres métastases osseuses vertébrales et que la fonction de la marche est altérée en raison des métastases à la jambe droite. Des exercices fonctionnels à mise en charge progressive seraient donc plus appropriés, avec une aide technique au besoin, comme une canne, des béquilles ou une marchette, ce que M. Legault utilise déjà (40). Ainsi, si le patient est à risque de fracture au niveau des membres inférieurs, l'aide technique permet une mise en charge partielle pouvant la prévenir. Si le risque de fracture est plus important, des exercices au lit ou en position assise, sans mise en charge, peuvent être préférables. Il faut trouver des moyens pour que le patient puisse bouger avec le moins de douleur possible et de façon sécuritaire. Les études ne s'entendent pas sur les paramètres des exercices, mais elles tendent à montrer que l'activité physique a des effets positifs, ne serait-ce que l'évitement des effets délétères de l'immobilité. D'ailleurs, une étude a même démontré que le repos au lit ne prévient pas nécessairement les fractures pathologiques (37). Il y a également de nombreuses évidences qui soutiennent que l'exercice physique réduit la fatigue reliée au cancer (42) et améliore l'autonomie du patient, son bien-être (43) et sa qualité de vie (12). Enfin, dans le cas de M. Legault, des exercices respiratoires seraient aussi utiles pour diminuer la dyspnée (44, 45).

Au niveau de la continuité des soins, une des possibilités à l'arrivée du patient en centre hospitalier est d'arrêter le suivi déjà entrepris à domicile. Ceci causerait une discontinuité des traitements de physiothérapie, ce qui pourrait causer des torts à M. Legault. Il est plutôt suggéré, lors d'un transfert

en soins palliatifs, de maintenir une continuité dans les soins afin que la transition ne soit pas trop brusque (31). En effet, un changement de l'équipe de soins en plus d'un nouveau milieu de vie peut s'avérer stressant pour le patient (46), s'ajoutant à l'incertitude occasionnée par la progression imprévisible de la maladie. Le *Modèle de guide des soins palliatifs*, rédigé par l'Association canadienne de soins palliatifs et basé sur les principes et les normes de pratique nationaux, insiste donc sur le fait que les intervenants en soins de fin de vie doivent être capables de faciliter le changement et d'accompagner les patients lors des transitions (47). Une autre étude recommande fortement que la réadaptation soit amorcée le plus tôt possible suite à l'admission en soins palliatifs (48).

Cette section nous a permis de constater que de nombreuses options thérapeutiques, tant actives que passives, peuvent donc être envisagées. Cependant, leur application demande une conscience accrue des risques, une connaissance approfondie des précautions à prendre et une communication étroite entre la physiothérapeute et le patient. De plus, ces évidences aident à soupeser la bienfaisance et la malfaisance, qui dans les faits s'évaluent de façon concomitante.

Respect de l'autonomie

Le respect de l'autonomie du patient repose sur l'inclusion du patient dans les décisions qui sont prises à son sujet et sur son implication dans le plan de traitement. L'autonomie est généralement comprise comme le libre arbitre et l'autodétermination du patient (49). Ce principe inclut donc le consentement libre et éclairé du patient. Une approche relationnelle de l'autonomie suppose que des efforts seront faits par l'équipe traitante et l'entourage pour que les décisions concernant le patient soient cohérentes avec ses valeurs (49). Le partage décisionnel est un principe important dans une approche centrée sur l'individu, impliquant la collaboration et la participation du patient à ses soins.

Consentement libre et éclairé

Si un suivi en physiothérapie est entrepris, l'établissement du plan de traitement repose sur le consentement libre et éclairé du patient (50). Particulièrement dans un contexte de soins en fin de vie, le patient est le maître à bord. Avant de pouvoir obtenir le consentement, il faut bien informer le patient de la raison pour laquelle les modalités sont appliquées, de manière honnête et sans entretenir de faux espoirs. Les interventions sont palliatives et non pas curatives, et cela doit être clair dans l'esprit du patient. Il est primordial d'expliquer le faible risque de propagation du cancer attribuable aux modalités de physiothérapie. En contrepartie, le patient doit savoir que ces mêmes modalités peuvent avoir un effet antalgique et permettre de réduire la consommation de médicaments et leurs effets secondaires associés (32). Le risque de fracture doit aussi être abordé. Ainsi, si M. Legault comprend les risques et bénéfices possibles des interventions de même que les autres alternatives de traitement, alors il est en mesure de choisir les modalités auxquelles il consent à être exposé en lien avec ses valeurs et ses objectifs (51).

Collaboration

De la même façon, consentir ne signifie pas collaborer. De nombreuses modalités de traitement en physiothérapie sont actives (ex. : exercices) et nécessitent une implication étroite du patient. M. Legault a démontré une bonne adhérence aux interventions de physiothérapie par le passé, alors on peut présumer que sa collaboration à un plan de traitement adapté à sa présente condition ne devrait pas être un problème. Ainsi, il doit contribuer au plan de traitement avec la thérapeute, l'approuver et démontrer de la motivation (52). Ensemble, ils doivent se mettre d'accord sur des buts réalistes et préciser les moyens de les atteindre. L'implication du patient est fondamentale, même dans le cas où la majorité des traitements sont plutôt passifs (ex. : massage, cryothérapie). Enfin, puisque la condition d'un patient en fin de vie varie beaucoup, il faut être prêt à modifier les objectifs afin de toujours répondre aux besoins du patient (53).

Bref, le respect de l'autonomie du patient permet de s'assurer qu'il est bien informé de toutes les implications des décisions prises concernant son traitement et de favoriser sa responsabilisation face à la réadaptation.

Justice

Au-delà des indications et des précautions cliniques et éthiques en physiothérapie, la décision de débiter ou de cesser un traitement avec un patient présentant des métastases osseuses en soins palliatifs doit respecter le principe de justice. Dans le but de limiter la discrimination d'une population vulnérable et de mieux respecter le droit à des soins au bon moment (54), un processus décisionnel du physiothérapeute, appuyé par l'équipe interdisciplinaire, est à envisager. Il faut tenir compte du principe de justice dès que le patient est référé dans une nouvelle unité de soins et que les différentes options thérapeutiques sont explorées. Avant toute chose, la communication entre les équipes de soins est primordiale afin d'avoir déjà une idée des buts et des attentes du patient concernant son transfert en soins palliatifs (55). Toutefois, considérant la charge de travail importante dans le réseau public, et le fait que des conditions plus critiques ou aigües sont priorisées, les physiothérapeutes ne peuvent traiter tous les patients en soins palliatifs qui pourraient bénéficier de la réadaptation. Il est donc possible que toutes les attentes du patient ne puissent être satisfaites, ou qu'il y ait un certain délai avant le début des traitements.

Le thérapeute qui œuvre dans le réseau public est donc confronté à un dilemme : débiter un suivi en priorisant le patient sur la liste d'attente, ou ajouter le patient sur la liste d'attente, sans le prioriser et sachant que la mort peut survenir à tout moment. Malheureusement, la plupart des études évaluent l'efficacité des systèmes de triage et de priorisation aux urgences et le peu de recherches concernant la priorisation dans les autres départements de santé démontrent des résultats conflictuels (56). Une revue systématique conclut que la combinaison d'une méthode de triage avec un traitement initial semble résulter en un meilleur rendement, mais d'autres études sont nécessaires pour appuyer cette affirmation (56). Actuellement, les données suggèrent plutôt qu'une approche unique ou technique pour gérer les listes d'attente n'est pas suffisante (57). Bien qu'il n'y ait pas de recette miracle pour prioriser les patients, une évaluation des besoins de chaque patient en fonction des évidences présentées précédemment pourra guider les thérapeutes vers le choix le plus judicieux.

Conclusion

En définitive, l'étude du cas de M. Legault et une revue de la littérature ont permis d'identifier des principes qui se veulent une base pour guider la réflexion des physiothérapeutes concernant leur décision de prioriser, poursuivre ou cesser les traitements de patients ayant des métastases osseuses en soins palliatifs. Ces principes sont la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie (consentement libre et éclairé, collaboration) et la justice (9). L'article permet également de clarifier les risques théoriques et ceux basés sur les évidences, à l'aide d'une revue des indications et des précautions cliniques. Les indications médicales sont un premier pas vers l'identification des patients pouvant bénéficier de traitements en réadaptation. Lors de la prise en charge, le patient doit être mis à contribution pour l'élaboration de son plan d'intervention, ce qui permet en outre de favoriser une collaboration optimale et une meilleure adhérence aux traitements. Les modalités utilisées, quant à elles, doivent non seulement ne pas nuire au patient, mais elles doivent en plus lui être bénéfiques. L'équilibre entre la bienfaisance et la non-malfaisance est maintenu grâce à la connaissance des précautions et contre-indications associées aux modalités de physiothérapie. Pour ce qui est du principe de justice, il est impossible et pas nécessairement utile de prodiguer des soins de physiothérapie à tous les patients en soins de fin de vie. Il ne s'agit pas de priver un patient mourant de soins bénéfiques, mais plutôt de tenir compte du contexte de soins. Il importe que les ressources matérielles, humaines et financières consacrées à une personne ne soient pas démesurées ou offertes de façon inefficace. Le processus de priorisation s'avère plus

complexe que d'effectuer une simple liste d'options de suivi. Le principe de justice est intrinsèque à toute décision et la gestion des listes d'attente demeure un travail d'équipe qui peut se faire à l'aide d'outils, comme l'opposition des moyens proportionnés aux moyens disproportionnés. Cela étant dit, il faut toujours garder en tête qu'un outil ou une méthode ne saurait remplacer le bon jugement des membres de l'équipe. Bref, après avoir considéré tant les principes proposés que le cadre normatif (code de déontologie), la décision finale nécessite l'analyse critique du physiothérapeute en lien avec le patient et ses besoins cliniques, de même que la contribution des autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

Références

1. Société canadienne du cancer. [Statistiques générales sur le cancer en bref](#). 2012 [updated 2012; cited 2012/ 09/28].
2. Agence de la Santé publique du Canada. [Cancer des os](#). [cited 2012/09/28]
3. Estesio A. [Référentiel douleurs et métastases osseuses](#). Service d'oncologie médicale de l'Hôpital Tenon; 2005 [updated 2008/11; cited 2013/04/21].
4. Cuccurullo S. Physical Medicine and Rehabilitation Board Review. New York: Demos Medical Publishing; 2004. p. 628-44.
5. Association canadienne de soins palliatifs. [Feuille de données : Les soins palliatifs au Canada](#). [cited 2012/09/28].
6. Kumar SP, Jim A. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian journal of palliative care*. 2010;16(3):138-46.
7. Gamble G, Gerber L, Spill G, Paul K. The future of cancer rehabilitation: emerging subspecialty. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90(suppl):S83-S94.
8. Hunt MR, Ells C, MRH OT. A patient-centered care ethics analysis model for rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2013.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
10. United Kingdom Clinical Ethics Network. [Practical Guide to Clinical Ethics Support](#). [cited 2012/09/28].
11. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective. *JAMA*. 1993;269(9):1158-62.
12. Frymark U, Hallgren L, Reisberg A-C. [Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook](#). Sweden: Palliative Centre, Stockholms Sjukhem; 2009.
13. Statistiques Canada. [Décès 2008](#). [cited 2013/02/26].
14. Société canadienne du cancer. [Radiothérapie](#). [cited 2012/10/5].
15. Montagnini M, Lodhi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *Journal of palliative medicine*. 2003;6(1):11-7.
16. Paul K, Buschbacher R. Cancer rehabilitation: Increasing awareness and removing barriers. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90(suppl):S1-S4.
17. Cheville A, Kornblith A, Basford JR. An examination of the causes for the underutilization of rehabilitation services among people with advanced cancer. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90(suppl.):S27-S37.
18. Edwards I, Delany CM, Townsend AF, Swisher LL. New perspectives on the theory of justice: implications for physical therapy ethics and clinical practice. *Phys Ther*. 2011;91(11):1642-52.
19. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). [Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique](#). 2007 [updated 2007; cited 2013/03/01].
20. Porter RB. The American Nurses Association Code of Ethics: It is more than skin deep. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*. 2013;5(1):31-4.
21. American Physical Therapy Association. [Code of Ethics for the Physical Therapist](#). 2009 [updated 2009; cited 2013/ 02/26].

22. Swisher LL, Hiller P. The revised APTA Code of Ethics for the physical therapist and Standards of Ethical Conduct for the Physical Therapist Assistant: Theory, purpose, process, and significance. *Physical Therapy*. 2010;90(5):803-24.
23. Compton Hospice. [Referrer Info - Physiotherapy](#). 2012 [updated 2012; cited 2012/09/28].
24. Noorani N, Montagnini M. Recognizing depression in palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2007;10(2):454-64.
25. Axelrod J. [The 5 stages of Loss and Grief](#). Psych Central; 2006 [updated 2006; cited 2013/03/01].
26. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2006;94(3):372-90.
27. Lynn J, Childress JF. Must patients always be given food and water? *The Hastings Center Report*. 1983;13(5):17-21.
28. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med*. 2005;19(2):143-50.
29. Whistler and Pemberton Health Care Centers. [Whistler/Pemberton Palliative and Supportive Care Program Referral](#). 2011 [updated 2011; cited 2012/09/28].
30. Ascension Health. [Key Ethical Principles : Principle of Proportionate and Disproportionate Means](#). 2012 [updated 2012; cited 2012/09/28].
31. Ryndes T, Emanuel L. Is discontinuity in palliative care a culpable act of omission? *Hastings Center Reports Special Supplement*. 2003;33(2):S45-7.
32. Legault J, Laliberté M, Dyer JO. Analyse éthique : l'utilisation du TENS en soins palliatifs oncologiques – Primum non nocere. *Physio-Québec*. 2012;37(1):16-8.
33. Curties D. Could massage therapy promote cancer metastasis? *Massage Therapy Journal*. 2000:83-8.
34. Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2nd ed.; Canada: Edisem. 2008. p. 1134.
35. Houghton PE, Nussbaum EL, Hoens AL. Contraindications and precautions: An evidence-based approach to clinical decision making in physical therapy. *Physiother Can*. 2012;62(5):1-80.
36. École de réadaptation de l'Université de Montréal. [Électrologie - TENS](#). 2012 [updated 2012; cited 2012/ 09/28].
37. Bunting R, Lamont-Havers W, Schweon D, Kliman A. Pathologic fracture risk in rehabilitation of patients with bony metastases. *Clin Orthop*. 1985(192):222-7.
38. Beaton R, Pagdin-Friesen W, Robertson C, Vigar C, Watson H, Harris SR. Effects of exercise intervention on persons with metastatic cancer: A systematic review. *Physiother Can*. 2009;61(3):141-53.
39. Coleman RE. Clinical features of metastatic bone disease and risk of skeletal morbidity. *Clin Cancer Res*. 2006;12(20 Pt. 2):6243s-9s.
40. Bunting RW, Shea B. Bone metastasis and rehabilitation. *Cancer*. 2001;92(4 Suppl):1020-8.
41. Kutner J, Smith M, Corbin L, Hemphill L, Benton K, Mellis B, et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2008 1021;149(6):369-79.
42. Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane database of systematic reviews*. 2008(2):1-39.
43. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken AN, et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(5):421-30.
44. Ripamonti C. Management of dyspnea in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7(4):233-43.
45. Lamallem H, Margery J, Ruffie P, Di Palma M. Prise en charge de la dyspnée chez le patient cancéreux. *Bull Cancer (Paris)*. 2003;90(3):214-8.

46. Burge F, Lawson B, Critchley P, Maxwell D. [Transitions in care during the end of life: changes experienced following enrolment in a comprehensive palliative care program](#). *BMC Palliative Care*. 2005;4(1):3.
47. Ferris F, Balfour H, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. [Modèle de guide des soins palliatifs fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux](#). Ottawa (Ontario): L'Association canadienne de soins palliatifs; 2002
48. Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994;73(3):199-206.
49. Kaizer F, Spiridigliozzi A-M, Hunt MR. Promoting shared decision-making in rehabilitation: Development of a framework for situations when patients with dysphagia refuse diet modification recommended by the treating team. *Dysphagia*. 2012;27(1):81-7.
50. Gouvernement du Québec. Code civil du Québec, art. 11. (1991).
51. Venesy BA. A clinician's guide to decision making capacity and ethically sound medical decisions. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994 Jun;73(3):219-26.
52. Meier RH, Purlilo RB. Ethical issues and the patient-provider relationship. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994 Sep-Oct;73(5):365-6.
53. Guidance on Cancer Services; Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The Manual. England: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.
54. Gouvernement du Québec. Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux, art. 7. (1991).
55. Hauser JM. Lost in transition: the ethics of the palliative care handoff. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(5):930-3.
56. Harding K, Taylor N, Leggat S. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Aust Health Rev*. 2011;35(3):371-83.
57. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. [Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success](#). *BMC Health Services Research*. 2004 4(1):25.