


Traitement pharmacologique visant  
l'élimination fécale chez une personne  
qui reçoit des soins palliatifs ou qui  
présente un profil gériatrique

Rapport en soutien au protocole médical national  
et au modèle d'ordonnance collective

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé





Traitement pharmacologique visant  
l'élimination fécale chez une personne  
qui reçoit des soins palliatifs ou qui  
présente un profil gériatrique

Rapport en soutien au protocole médical national  
et au modèle d'ordonnance collective

*Rédaction*

Geneviève Duplain Cyr

*Collaboration*

Caroline Poisson

*Coordination scientifique*

Marie-Claude Breton

*Direction*

Catherine Truchon

Ann Lévesque





Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

### **Membres de l'équipe de projet**

#### **Auteure principale**

Geneviève Duplain Cyr, B. Pharm., M. Sc.

#### **Collaboratrice interne**

Caroline Poisson, Ph. D.

#### **Coordonnatrice scientifique**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

#### **Directrice adjointe**

Ann Lévesque, Ph. D.

#### **Directrice**

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

#### **Repérage de l'information scientifique**

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

#### **Soutien documentaire**

Bin Chen, techn. docum.

#### **Soutien administratif**

Laura Guiol

---

### **Équipe de l'édition**

Jean Talbot

Nathalie Vanier

#### **Sous la coordination de**

Catherine Olivier, Ph. D.

#### **Avec la collaboration de**

Littera Plus, révision linguistique

Traductions Alain Gélinas inc., traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-00178-7 (PDF) (2<sup>e</sup> édition – 2025)

ISBN 978-2-550-86568-1 (PDF) (1<sup>re</sup> édition – 2020)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.qc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.qc.ca).

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique. Rapport en soutien rédigé par Geneviève Duplain Cyr. Québec, Qc : INESSS; 2025. 61 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.



## Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif sont :

**M<sup>me</sup> Isabelle Beaulieu**, pharmacienne, Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec, Maison Michel-Sarrasin

**M. Simon Dumont-Lavolette**, pharmacien, Centre intégré en santé et services sociaux (CISSS) de Lanaudière

**D<sup>re</sup> Justine Farley**, médecin de famille en gériatrie et soins palliatifs, Maison d'Esther, Lachine

**M<sup>me</sup> Marie-Ève Hunter**, infirmière conseillère-cadre, CISSS de la Gaspésie – Hôpital de Gaspé

**D<sup>re</sup> Gabrielle Leclerc**, médecin de famille, Cité des retraités et Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal

## Lectrices externes

Pour ce rapport les lectrices externes sont :

**M<sup>me</sup> Maude Larouche**, pharmacienne, CISSS de la Gaspésie – Réseau local de soins du Rocher-Percé

**D<sup>re</sup> Thérèse Nguyen**, médecin de famille, Clinique des Réfugiés, Centre local de services communautaires (CLSC) et Centre de services ambulatoires Ruisseau-Papineau, Maison de la Sérénité de Laval, Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée et CHSLD Val-des-Brises, cochef de service médical de l'hébergement du CISSS de Laval

**D<sup>re</sup> Vanessa Purcell-Lévesque**, médecin de famille, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, UCDG de l'Hôpital Notre-Dame et médecin responsable du CHSLD Jean-de-la-Lande, CISSS Lanaudière – Hôpital Pierre-Le Gardeur, unité d'hospitalisation en médecine générale

## Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les onze personnes qui ont contribué à la validation externe du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective à titre de futurs utilisateurs.

Les futurs utilisateurs qui ont accepté d'être nommés sont :

**M. Martin Desaulniers**, infirmier clinicien, CISSS de Laval, chef de service (cadre intermédiaire) en GMF

**M<sup>me</sup> Roxanne Dionne**, conseillère-cadre par intérim, CISSS de Laval

**M<sup>me</sup> Carol-Ann Ferlatte**, conseillère-cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Linda Marchand**, infirmière, CISSS de Lanaudière

**M<sup>me</sup> Kathleen Matte**, assistante infirmière-chef, Hôpital régional de Portneuf, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Amélie Paquet**, conseillère clinique en pratique infirmière avancée, Maison Michel-Sarrazin

**M<sup>me</sup> Manon Thibodeau**, infirmière clinicienne, cheffe d'unité du CHSLD Chandler, CISSS de la Gaspésie

## **Déclaration d'intérêts**

L'auteure de ce rapport déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux. Les parties prenantes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnées ci-dessous.

**D<sup>re</sup> Justine Farley** : membre bénévole de l'Association québécoise de soins palliatifs et de l'Association canadienne de soins palliatifs

**D<sup>re</sup> Thérèse Nguyen** : membre du comité directeur de la Communauté de pratique des médecins en CHSLD

## **Responsabilité**

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Ses conclusions et ses recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	3
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	4
2.1 Situation clinique ou clientèle.....	5
2.1.1 Situation clinique ou clientèle visée par le protocole médical national.....	5
2.1.2 Indication du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale.....	7
2.2 Contre-indications à l'application de ce protocole.....	8
2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus.....	8
2.2.2 Perspective des parties prenantes.....	8
2.3 Appréciation de la condition de santé.....	9
2.3.1 Symptômes.....	10
2.3.2 Habitudes intestinales.....	11
2.3.3 Histoire de santé.....	11
2.3.4 Histoire médicamenteuse.....	13
2.3.5 Habitudes de vie.....	14
2.3.6 Examens physiques.....	15
2.3.7 Examens complémentaires.....	17
2.4 Conduite thérapeutique.....	17
2.4.1 Objectif de traitement.....	17
2.4.2 Traitements pharmacologiques recommandés.....	18
2.5 Information à transmettre.....	33
2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus.....	33
2.5.2 Perspective des parties prenantes.....	33
2.6 Suivi.....	34
2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus.....	34
2.6.2 Perspective des parties prenantes.....	34
2.7 Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire.....	36
2.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus.....	36
2.7.2 Perspective des parties prenantes.....	36
2.8 Modèle d'ordonnance collective.....	37
2.8.1 Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective.....	37
2.8.2 Exemples de limites ou situations exigeant une consultation obligatoire.....	38

FORCES ET LIMITES .....	40
CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX.....	42
FUTURE MISE À JOUR .....	44
RÉFÉRENCES .....	45
ANNEXE I .....	47
Méthodologie .....	47
ANNEXE II .....	60
Description des documents retenus .....	60

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Modifications issues des travaux de 2024 .....	4
Tableau 2	Approche pharmacologique initiale selon la médication en cours.....	24
Tableau 3	Approche pharmacologique orale .....	24
Tableau 4	Information générale sur les traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale....	26
Tableau I-1	Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques .....	51
Tableau I-2	Formulation des recommandations.....	57

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1	Algorithme décisionnel de l'approche orale .....	31
Figure 2	Algorithme décisionnel de l'approche rectale .....	32

# RÉSUMÉ

## Introduction

La constipation est un problème très courant dans la population de profil gériatrique ou qui reçoit des traitements en soins palliatifs, en raison des nombreux facteurs prédisposants qui sont fréquents dans cette population. La constipation peut nuire significativement à la qualité de vie des personnes atteintes en raison de la douleur, de la sensation d'inconfort ou de la détresse qu'elle peut entraîner, et elle peut mener à des complications – p. ex. obstruction intestinale, ralentissement de la récupération fonctionnelle, délirium. La gestion des problèmes occasionnels de constipation entraîne de très nombreuses consultations chez les cliniciens, particulièrement pour la clientèle de profil gériatrique ou qui reçoit des traitements en soins palliatifs.

L'engagement de l'ensemble des professionnels habilités à la prise en charge de la constipation, dont les infirmiers et les infirmières, est important en raison de la prévalence élevée de cette condition et des conséquences qu'un délai de prise en charge peut entraîner. Un protocole médical national a été publié à ce sujet en avril 2020, mais certains enjeux liés à son applicabilité en contexte de soins ont été soulevés, notamment au sujet de la complexité de ce protocole. L'inclusion des personnes suivies en soins à domicile est également souhaitée. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux le mandat de réaliser des travaux visant la mise à jour du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective au regard du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs ou qui présentent un profil gériatrique, et ce, afin de soutenir les cliniciens.

## Méthodologie

Une revue systématique de la littérature portant sur les meilleures pratiques cliniques pour assurer la prise en charge pharmacologique de la constipation a été réalisée selon les normes usuelles de l'Institut. L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur la perspective des différentes parties prenantes consultées. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été créé. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que par de futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

## Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et faciliter le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs ou qui présentent un profil gériatrique.

### **Le protocole médical national vise les adultes de profil gériatrique ou qui reçoivent des traitements en soins palliatifs et qui présentent un problème ponctuel de constipation.**

Le présent protocole vise les personnes de 18 ans ou plus de profil gériatrique ou qui reçoivent des traitements en soins palliatifs et qui présentent une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes de constipation depuis 48 heures ou plus. Ces symptômes sont des selles difficiles à évacuer, des selles petites et dures ou massives et volumineuses, une douleur ou une sensation d'inconfort à la défécation, une sensation d'évacuation incomplète des selles, un effort à la défécation, une envie non productive de déféquer ou l'absence de selles. La mise à jour a permis d'ajouter le changement de comportement chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif comme étant l'un des symptômes possibles de la constipation et d'inclure le suivi des personnes qui reçoivent des soins à domicile.

### **Une appréciation de la condition de santé est requise pour reconnaître la situation clinique et identifier les contre-indications à l'application du protocole médical national.**

Les symptômes, les conditions qui contre-indiquent l'application du protocole et l'information sur les habitudes intestinales qui permet de confirmer la situation clinique, telle que la fréquence habituelle de défécation ou le jour des dernières selles, sont les premiers éléments à évaluer chez les personnes qui présentent de la constipation. À cela s'ajoutent certains éléments relatifs à l'histoire de santé ou médicamenteuse, tels que la recherche d'un trouble de la déglutition qui empêche l'usage de l'approche orale ou la prise de laxatifs au moment de l'application du protocole.

Le seul examen physique à effectuer est l'examen digital rectal, recommandé seulement lorsqu'une approche pharmacologique par voie rectale est envisagée. Chez les personnes qui reçoivent de la chimiothérapie ou qui sont atteintes d'une maladie hématologique autre que l'anémie, il importe de s'assurer au préalable de l'absence de contre-indication à l'approche rectale, telle que la neutropénie et la thrombocytopenie sévère. La mise à jour a permis de préciser que l'examen digital rectal peut être omis en cas de refus de la personne ou d'une expérience antérieure difficile relativement à cet examen. Le cas échéant, il est recommandé de procéder minimalement à un examen visuel de la région anale.

**La conduite thérapeutique doit comprendre la vérification de la médication laxative en cours et de l'état clinique de la personne afin de prescrire le traitement pharmacologique approprié.**

Lors de l'amorce d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale, l'approche orale sera envisagée en première intention. Le protocole médical national propose une approche pharmacologique orale simplifiée dont le but est de favoriser la production d'une selle pour soulager rapidement un épisode de constipation ponctuelle. Ainsi, deux approches orales ont été proposées : la première, à privilégier en situation clinique usuelle, utilise le polyéthylène glycol en première intention de traitement, alors que la deuxième, privilégiant l'utilisation d'un laxatif stimulant en première intention, est privilégiée lorsqu'un soulagement rapide est souhaité ou encore lorsqu'un laxatif stimulant est déjà en cours au moment de l'application du protocole médical national. Les deux approches se déclinent en quatre étapes simples et mènent à l'approche rectale au quatrième ou cinquième jour, selon l'approche choisie, en cas d'inefficacité de l'approche orale. À noter que certaines circonstances justifient toutefois l'emploi de l'approche rectale en première intention, comme lors de la prise d'une combinaison d'un laxatif osmotique et d'un laxatif stimulant au moment de l'application du protocole.

### **Recommandations et outils cliniques**

À la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, où l'information clinique et les recommandations tirées de la littérature, les éléments contextuels et la perspective de différentes parties prenantes consultées ont été triangulés, une série de constats et de recommandations ont été formulés relativement au traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique. Ces recommandations sont mises en encart tout au long du présent rapport et elles sont intégrées dans les outils cliniques qui découlent de ces travaux, soit un protocole médical national et un modèle d'ordonnance collective associé.

### **Conclusion**

La mise à jour du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. Ces outils devraient permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent un problème de constipation occasionnel.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement des gestionnaires de groupes de médecine familiale, des directions de soins infirmiers et des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens à adopter ou adapter le modèle d'ordonnance collective associé au protocole médical national;
- de l'établissement de conditions gagnantes au travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins, notamment en première ligne;
- de la disponibilité de formations lorsque nécessaire;
- et de la promotion de ces outils au sein du réseau de la santé.

### **Prochaine mise à jour**

La pertinence de mettre à jour de nouveau les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de la publication de ce guide selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, l'inscription de nouveaux médicaments aux listes ou des changements significatifs dans les critères de remboursement au régime public d'assurance médicaments ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

# SUMMARY

Pharmacological treatment for fecal elimination in a person receiving palliative care or a person with a geriatric profile

Supporting report for the national medical protocol and the associated group prescription template

## Introduction

Constipation is a very common problem in the geriatric or palliative care population, due to the many predisposing factors that are common in this population. Constipation can significantly impair quality of life due to pain, discomfort and distress, and can lead to complications such as intestinal obstruction, slowed functional recovery and delirium. The management of occasional constipation results in a large number of consultations with clinicians, particularly for clients with a geriatric profile or receiving palliative care treatments.

Due to the high prevalence of this condition, and the consequences of delaying its management, it is important to involve all professionals authorized to manage constipation, including nurses. A national medical protocol was published on this subject in April 2020, but certain issues relating to its applicability in the care setting have been raised, particularly regarding the complexity of this protocol. The inclusion of homecare patients is also desired. As a result, the Ministère de la Santé et des Services sociaux has mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux to update the Quebec's national medical protocol and the collective prescription template regarding pharmacological treatment for fecal elimination in people receiving palliative care or presenting a geriatric profile in order to support clinicians.

## Methodology

A systematic review of the literature on best clinical practices for the pharmacological management of constipation was conducted in accordance with the Institute's usual standards. The information was analyzed from the perspective of Quebec practice contextualization, based in particular on aspects of the legislative, regulatory and organizational context specific to Quebec, and then on the perspective of the various stakeholders consulted. To gather the stakeholders' perspective, an advisory committee was set up, made up of clinicians from various specialties and areas of expertise. Finally, the overall quality of the work, its acceptability and applicability were assessed by external readers specializing in the field of interest, as well as by future users who had not participated in the work.

## Results

At the end of the analysis of all the information gathered and the iterative process with the members of the advisory committee, the following key findings and messages were recognized as promising for supporting the harmonization of clinical practice and facilitating pharmacological treatment aimed at fecal elimination in people receiving palliative care or presenting a geriatric profile.

### **The national medical protocol is aimed at adults with a geriatric profile or who are receiving palliative care treatments and who experience occasional constipation.**

This protocol is intended for people aged 18 or over with a geriatric profile or who are receiving palliative care treatments and who have had a decrease in the usual frequency of defecation and at least one of the symptoms of constipation for 48 hours or more. These symptoms are bowel movements that are difficult to evacuate, stools that are small and hard or massive and bulky, pain or discomfort during defecation, a feeling of incomplete evacuation of stools, straining during defecation, a non-productive urge to defecate or the absence of bowel movements. The update adds behavioural change in a person with a neurocognitive disorder as a possible symptom of constipation and includes follow-up of people receiving home care.

### **A health condition assessment is required to recognize the clinical situation and identify contraindications to the application of the national medical protocol.**

Symptoms, conditions that contraindicate application of the protocol, and information on bowel habits to confirm the clinical situation, such as the usual frequency of defecation or the day of the last bowel movement, are the first areas to assess in people with constipation. Added to this are certain aspects relating to health or medication history, such as the detection of a swallowing disorder that prevents the use of the oral approach, or the use of laxatives at the time of application of the protocol.

The only physical assessment required is a digital rectal examination, recommended only when a pharmacological rectal approach is being considered. In patients receiving chemotherapy or suffering from a hematological disease other than anemia, it is important to first ensure that there are no contraindications to the rectal approach, such as neutropenia and severe thrombocytopenia. The update clarifies that the digital rectal examination may be omitted in the event of refusal on the part of the patient, or in the event of a difficult previous experience with this examination. In such cases, a visual examination of the anal region is recommended.

### **Therapeutic management must include verification of current laxative medication and the patient's clinical condition, in order to prescribe the appropriate pharmacological treatment.**

When initiating pharmacological treatment aimed at fecal elimination, the oral approach should be considered as the first line of treatment. The national medical protocol recommends a simplified oral pharmacological approach aimed at encouraging bowel movements to rapidly relieve a one-off episode of constipation. Accordingly, two oral

approaches have been recommended: the first, which is preferred in the usual clinical situation, uses polyethylene glycol as the first-line treatment, while the second, which favors the use of a stimulant laxative as the first-line treatment, is preferred when rapid relief is desired, or when a stimulant laxative is already being used at the time of application of the national medical protocol. Both approaches involve four simple steps, leading to the rectal approach on the fourth or fifth day, depending on the approach chosen, if the oral approach is ineffective. In certain circumstances, however, the rectal approach may be used as a first-line treatment, e.g., when taking a combination of an osmotic laxative and a stimulant laxative at the time the protocol is applied.

## **Recommendations and Clinical Tools**

Following an iterative process with advisory committee members, in which clinical information and recommendations from the literature, contextual aspects and the perspective of various stakeholders consulted were triangulated, a series of findings and recommendations were formulated for pharmacological treatment aimed at fecal elimination in a person receiving palliative care or presenting a geriatric profile. These recommendations are presented throughout this report and are integrated into the resulting clinical tools: a national medical protocol and an accompanying collective prescription template.

## **Conclusion**

The updated Quebec's national medical protocol and collective prescription template on pharmacological treatment for fecal elimination in palliative care patients and geriatric patients are based on clinical practice recommendations that have been enhanced by the perspective of the stakeholders consulted and contextualized in relation to Quebec practice. These tools should enhance and harmonize practice and contribute to the effective management of people with occasional constipation.

The enhancement and harmonization of practice will, however, depend on:

- the distribution of the updated national medical protocol and collective prescription model;
- adherence to the changes and adoption of the recommendations by the healthcare professionals involved;
- the commitment of family medicine group managers, nursing directors and physician, dentist and pharmacist boards to adopt or adapt the collective prescription model to the national medical protocol;
- the establishment of winning conditions for interprofessional work in the various care settings, particularly on the front line;
- the availability of training when needed;
- and the promotion of these tools within the healthcare network.

**Next update**

The relevance of updating the recommendations will be assessed in four years' time from the date of publication of this guide, depending on the progress of scientific data and the evolution of clinical practices, the inclusion of new drugs on formularies or significant changes in reimbursement criteria under the public drug insurance plan, and the needs of the health and social services network.

## SIGLES ET ACRONYMES

AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
DGAPA	Direction générale des aînés et proches aidants
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISMP	Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Ordonnance collective
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PEG	Polyéthylène glycol
PIPOH	Population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt ( <i>outcomes</i> ) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention ( <i>health care setting</i> )
PMN	Protocole médical national
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
UCDG	Unité de courte durée gériatrique



# INTRODUCTION

## Problématique

La constipation désigne le passage difficile ou peu fréquent des selles (moins de trois selles par semaine) et elle peut être aiguë ou chronique (si elle dure plus de trois mois) [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023; Sarrio *et al.*, 2021; Couture, 2020; RNAO, 2020]. Si la prévalence de la constipation est variable, elle est généralement élevée dans la population gériatrique et chez les personnes en soins palliatifs [NCCN, 2024a; Couture, 2020; RNAO, 2020]. Parmi les facteurs de risque de constipation, plusieurs sont souvent présents dans ces populations, tels les changements de diète, l'inactivité physique, certaines maladies (p. ex. néoplasies, accident vasculaire cérébral), les traitements reçus (p. ex. chimiothérapie), la prise de médicaments (p. ex. opioïdes), les troubles métaboliques ou neurologiques ainsi que certains facteurs psychosociaux (p. ex. les événements anxigènes) [NCCN, 2024a; Couture, 2020; Davies *et al.*, 2020]. La forme de constipation la plus fréquente est cependant la constipation fonctionnelle, pour laquelle il n'existe pas de cause sous-jacente décelable aux examens radiologiques, biochimiques ou histochimiques [Brenner *et al.*, 2024; Couture, 2020; RNAO, 2020]. La constipation peut nuire significativement à la qualité de vie des personnes atteintes en raison de la douleur, de la sensation d'inconfort ou de la détresse qu'elle peut entraîner et elle peut mener à des complications – p. ex. obstruction intestinale, ralentissement de la récupération fonctionnelle [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023; Sarrio *et al.*, 2021; Couture, 2020; RNAO, 2020]. Le traitement de la constipation et un suivi adéquat sont donc primordiaux.

## Contexte de l'amorce des travaux

Un protocole médical national a été publié à ce sujet en avril 2020, mais certains enjeux liés à son applicabilité en contexte de soins ont été soulevés, notamment au sujet de la complexité du protocole. L'inclusion des personnes suivies en soins à domicile est également souhaitée. Ainsi, à la suite d'un exercice de priorisation, la Direction générale des aînés et proches aidants (DGAPA) et la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat mettre à jour le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance collective (OC) pour que ceux-ci soient davantage arrimés aux soins et à l'organisation du travail, et ce, afin de soutenir les cliniciens en cette matière.

## Objectif

Mise à jour du protocole médical national *Traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique* et du modèle d'ordonnance collective associé.

## **Livrables**

- Protocole médical national
- Modèle d'ordonnance collective
- Rapport associé aux outils cliniques
- Tutoriel

## **Aspects exclus**

Les aspects suivants ont été exclus des travaux :

- Recension de données scientifiques, de normes ou de recommandations portant sur des aspects économiques;
- Élaboration de la conduite associée à un élément non documenté dans le cadre du protocole.

# 1 MÉTHODOLOGIE

Les questions d'évaluation et la méthodologie complète pour mener ces travaux à terme sont décrites à l'[annexe I](#) du présent document.

## 2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente la synthèse de l'information clinique tirée des dix documents retenus ainsi que l'information contextuelle et la perspective des parties prenantes consultées. La description complète des documents sélectionnés est consultable à l'[annexe II](#) du présent document.

Le [tableau 1](#) illustre les répercussions de la présente mise à jour sur les travaux antérieurs datant de 2020.

**Tableau 1 Modifications issues des travaux de 2024**

Thèmes	Modifications issues des travaux 2024
<b>Protocole médical national</b>	
Situation clinique ou clientèle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inclusion des personnes suivies par les soins à domicile.</li> <li>▪ Ajout d'un symptôme possible : changement de comportement chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif.</li> </ul>
Contre-indications à l'application du protocole	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajout de deux contre-indications à l'application du protocole :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise d'autres médicaments pour traiter la constipation (p. ex. linaclotide, méthylnaltrexone, naloxegol, plécanatide, prucalopride);</li> <li>– Soins de fin de vie ou de confort (sans alimentation ni hydratation).</li> </ul> </li> </ul>
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajout d'un symptôme à rechercher : changement de comportement – peut parfois être un symptôme de constipation chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif.</li> </ul>
Habitudes intestinales	Révision sans modification significative
Histoire de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comme les laxatifs figurent sur la liste des médicaments d'exception de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), des précisions quant aux éléments à rechercher et aux codes de médicaments d'exception ont été ajoutées pour l'application du protocole aux personnes en soins à domicile.</li> </ul>
Histoire médicamenteuse	Révision sans modification significative
Habitudes de vie	Révision sans modification significative
Examen digital rectal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retrait de « suspicion de neutropénie » des éléments à rechercher préalablement à l'approche rectale. Seules la neutropénie et la thrombocytopénie — accompagnées des critères numériques — sont mentionnées afin d'éliminer toute ambiguïté.</li> <li>▪ Ajout d'une mention selon laquelle l'examen digital rectal peut être omis si refus ou expérience antérieure difficile de la personne avec un examen digital rectal.</li> </ul>
Objectif de traitement	Révision sans modification significative

Thèmes	Modifications issues des travaux 2024
Information générale sur les traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déplacement de l'information générale sur les traitements visant l'élimination fécale en annexe afin d'alléger le protocole.</li> <li>▪ Certaines précautions et contre-indications ont été précisées.</li> </ul>
Choix du traitement pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simplification du choix du traitement pharmacologique en fonction de la médication en cours au moment de l'application du protocole et de la situation clinique (c.-à-d. si un soulagement rapide est souhaité ou non).</li> <li>▪ Allègement de l'approche pharmacologique orale : combinaison de deux étapes d'optimisation du traitement oral afin de réduire le nombre de jours maximal avant de passer à l'approche rectale, si nécessaire. Plus précisément, après l'administration d'un laxatif osmotique durant 2 jours, l'optimisation de sa dose est concomitante à l'ajout d'un laxatif stimulant, plutôt que séquentielle.</li> <li>▪ La simplification de l'approche orale a permis le retrait de tous les algorithmes de traitement, à l'exception de l'algorithme de l'approche rectale.</li> </ul>
Approche rectale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'algorithme de l'approche rectale a été simplifié par le retrait du microlavement, qui a été discontinué au Canada.</li> </ul>
Information à transmettre	Révision sans modification significative
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajout du suivi pour les personnes en soins à domicile.</li> </ul>
Ordonnance collective	
Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajout d'une situation : après l'application du protocole aux personnes dont le traitement laxatif initial est composé uniquement de docusate sodique ou calcique et/ou de psyllium.</li> </ul>
Autres sections	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Révision sans modification significative ou mêmes modifications que celles du PMN.</li> </ul>

## 2.1 Situation clinique ou clientèle

### 2.1.1 Situation clinique ou clientèle visée par le protocole médical national

#### 2.1.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Aucun document retenu n'a été utilisé pour préciser la population visée par ces travaux, puisque le mandat confié à l'INESSS est l'élaboration du protocole médical national pour le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez la personne qui reçoit des traitements en soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique.

### 2.1.1.2 Perspective des parties prenantes

Le PMN antérieur concernait le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale pour deux populations distinctes, soit la population adulte de 18 ans ou plus qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique, défini comme une personne qui présente un déclin fonctionnel associé à une perte d'autonomie ou un trouble neurocognitif majeur. Le protocole était applicable aux personnes hospitalisées ou en hébergement.

La possibilité d'élargir la situation clinique à toute la clientèle adulte, quel que soit son milieu de soins (hospitalisation, hébergement, soins à domicile ou ambulatoire) a été discutée avec les parties prenantes lors de la mise à jour du PMN. À ce sujet, il a été souligné que les adultes qui reçoivent des traitements en soins palliatifs ou de profil gériatrique représentent la majorité de la population souffrant de constipation. Selon les parties prenantes consultées, l'application du PMN à l'ensemble de la clientèle adulte hospitalisée pourrait être inappropriée en raison des nombreuses particularités propres aux soins aigus – p. ex. aux soins intensifs ou à l'urgence.

En ce qui concerne les soins en milieu ambulatoire, les parties prenantes ont souligné que les pharmaciens du milieu communautaire sont en mesure de prescrire les traitements laxatifs en externe. Par conséquent, l'inclusion de la clientèle adulte en milieu ambulatoire dans le PMN serait inutile.

Cependant, l'inclusion des personnes suivies en soins à domicile dans la clientèle visée par le PMN est appropriée, selon les parties prenantes consultées, dans la mesure où elles correspondent aux critères mentionnés dans le protocole, soit les soins palliatifs ou le profil gériatrique, y compris le déclin fonctionnel associé à une perte d'autonomie.

#### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que les recommandations contenues dans le PMN devraient s'adresser aux situations cliniques ou clientèles suivantes :

- ▶ Personne de 18 ans ou plus qui reçoit des traitements en soins palliatifs

#### **OU**

- ▶ Personne de 18 ans ou plus de profil gériatrique défini comme une personne qui présente un déclin fonctionnel associé à une perte d'autonomie ou un trouble neurocognitif majeur

## **2.1.2 Indication du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale**

### **2.1.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus**

Les documents retenus rapportent sensiblement les mêmes symptômes pour définir la constipation, soit : la diminution de la fréquence des selles [Chang *et al.*, 2023; Sarrío *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020; RNAO, 2020; Rogers *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020], l'évacuation de moins de trois selles par semaine [Brenner *et al.*, 2024; Davies *et al.*, 2020; RNAO, 2020], l'évacuation incomplète ou insatisfaisante des selles [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023; Sarrío *et al.*, 2021; Serra *et al.*, 2020], des selles petites et dures [Brenner *et al.*, 2024; Sarrío *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020], des selles difficiles à évacuer ou un effort à la défécation [Brenner *et al.*, 2024; Sarrío *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020], la douleur lors du passage des selles [Davies *et al.*, 2020], le changement dans la fréquence habituelle de défécation [Sarrío *et al.*, 2021; Rogers *et al.*, 2020] et la perception d'une inquiétude chez la personne concernant ses habitudes intestinales [Sarrío *et al.*, 2021].

### **2.1.2.2 Perspective des parties prenantes**

La version antérieure du PMN concernait le traitement pharmacologique pour la clientèle susmentionnée qui présente une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes de constipation depuis 48 heures ou plus, soit : selles difficiles à évacuer, selles petites et dures ou massives et volumineuses, douleur ou sensation d'inconfort à la défécation, sensation d'évacuation incomplète des selles, effort à la défécation, envie non productive de déféquer ou absence de selles.

Certaines parties prenantes ont ajouté que, chez la clientèle gériatrique atteinte d'un trouble neurocognitif, un changement de comportement est fréquemment l'un des seuls symptômes de constipation observables par les proches aidants ou l'équipe de soins. Ainsi, ce symptôme a été ajouté à la liste des indications déjà présentes dans la version antérieure du PMN. Certaines parties prenantes ont souligné l'importance de s'assurer que la fréquence de la diminution des selles accompagne le changement de comportement, afin de ne pas retarder l'évaluation et le traitement d'un potentiel délirium.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES — INDICATION

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que le PMN devrait s'appliquer à l'indication suivante :

Personne qui présente une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes suivants depuis 48 heures ou plus :

- ▶ Selles difficiles à évacuer
- ▶ Selles petites et dures ou massives et volumineuses
- ▶ Douleur ou sensation d'inconfort à la défécation
- ▶ Sensation d'évacuation incomplète des selles
- ▶ Effort à la défécation ou envie non productive de déféquer
- ▶ Absence de selles
- ▶ Changement de comportement chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif

## 2.2 Contre-indications à l'application de ce protocole

### 2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

La plupart des documents retenus ne mentionnent aucune contre-indication au traitement pharmacologique de la constipation. Deux documents signalent que l'obstruction intestinale doit être évaluée et traitée [NCCN, 2024a; Sarrio *et al.*, 2021]. Un autre document recommande qu'une prise en charge médicale soit préconisée en présence de douleur ou de saignement lors de la défécation [RNAO, 2020].

### 2.2.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, plusieurs contre-indications à son application avaient été retenues après discussions avec les membres du comité consultatif. Toutes ces contre-indications ont été maintenues lors de la mise à jour du protocole.

Des préoccupations en lien avec l'applicabilité du protocole chez les personnes qui prennent d'autres médicaments pour traiter la constipation – p. ex. : linaclotide, méthylnaltrexone, naloxegol, plécanatide, prucalopride – ont été soulevées, particulièrement à propos du traitement de la constipation induite par les opiacés. En effet, la majorité des documents retenus recommandent des approches thérapeutiques distinctes en cas de constipation aiguë chez les personnes qui prennent d'autres médicaments que les laxatifs conventionnels pour traiter la constipation [NCCN, 2024a; 2024b; Chang *et al.*, 2023; Sarrio *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020; Rogers *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020; Hisanaga *et al.*, 2019]. Ainsi, les parties prenantes ont été en accord avec l'ajout de la prise d'autres médicaments pour traiter la constipation dans les contre-indications à l'application du PMN.

Certaines parties prenantes ont également indiqué que les personnes en fin de vie, particulièrement celles qui ne s'alimentent plus et ne s'hydratent plus, devraient être exclues du PMN afin d'éviter d'appliquer ses recommandations au détriment des soins de confort.

### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir les conditions suivantes en tant que contre-indications à l'application du PMN :

- ▶ Présence ou suspicion de présence d'une occlusion intestinale : vomissements avec coliques ou fécaloïdes ou douleur abdominale intense
- ▶ Perforation intestinale connue
- ▶ Douleur abdominale aiguë
- ▶ Stomie
- ▶ Maladies inflammatoires de l'intestin : maladie de Crohn, colite ulcéreuse ou diverticulite
- ▶ Saignements gastro-intestinaux
- ▶ Chirurgie rectale, intestinale, abdominale, urinaire, gynécologique ou pelvienne au cours des six dernières semaines
- ▶ Grossesse ou allaitement
- ▶ Diarrhée, gastroentérite ou infection à *C. difficile* au cours des cinq derniers jours
- ▶ Prise d'autres médicaments pour traiter la constipation – p. ex. linaclotide, méthylnaltrexone, naloxegol, plécanatide, prucalopride
- ▶ Contre-indication à l'usage de tous les médicaments recommandés
- ▶ Soins de fin de vie ou de confort (sans alimentation ni hydratation)

## **2.3 Appréciation de la condition de santé**

Lors de l'élaboration initiale du PMN, les parties prenantes étaient d'avis qu'une anamnèse complète – comprenant l'histoire médicale et médicamenteuse, les habitudes intestinales, une évaluation des symptômes de la constipation, les habitudes de vie et de l'information sur l'environnement de la personne – s'avère utile dans le cadre de la prise en charge globale d'un cas de constipation chronique diagnostiquée, mais qu'elle n'est pas nécessaire pour traiter un événement ponctuel de constipation.

## 2.3.1 Symptômes

### 2.3.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Selon deux documents retenus, le diagnostic de constipation peut être établi sur la base des symptômes seuls, tels que décrits à la [section 2.1.2](#) [Sarrío *et al.*, 2021; Serra *et al.*, 2020].

### 2.3.1.2 Perspective des parties prenantes

Selon les parties prenantes consultées, la liste des symptômes à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé incluse au PMN antérieur, composée des symptômes qui permettent de reconnaître la situation clinique, est adéquate. À cela s'ajoute la présence d'un changement de comportement, qui peut parfois être un symptôme de constipation chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif, conformément à ce qui a été mentionné à la [section 2.1.2](#).

#### RECOMMANDATIONS CLINIQUES — APPRÉCIATION DES SYMPTÔMES

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait aux symptômes, devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Rechercher si au moins un des symptômes suivants est présent depuis 48 heures ou plus :
  - Selles difficiles à évacuer
  - Selles petites et dures ou massives et volumineuses
  - Douleur ou sensation d'inconfort à la défécation
  - Sensation d'évacuation incomplète des selles
  - Effort à la défécation ou envie non productive de déféquer
  - Absence de selles
- ▶ Rechercher :
  - Fuites de selles liquides (suggèrent la présence d'un fécalome)
  - Changement de comportement – peut parfois être un symptôme de constipation chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif

## 2.3.2 Habitudes intestinales

### 2.3.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Selon les documents retenus, il convient de s'informer sur les habitudes intestinales suivantes lors de l'appréciation de la condition de santé : date des dernières selles [RNAO, 2020], fréquence habituelle de défécation [Davies *et al.*, 2020; RNAO, 2020], consistance des selles (selon l'échelle de Bristol) [Davies *et al.*, 2020; RNAO, 2020], difficulté à évacuer les selles [Davies *et al.*, 2020], sensation d'évacuation incomplète [Davies *et al.*, 2020] et changement de fonction intestinale depuis l'amorce ou l'ajustement d'opiacés, le cas échéant [Davies *et al.*, 2020].

### 2.3.2.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, les parties prenantes avaient décrété que la seule information nécessaire au traitement ponctuel d'un épisode de constipation était celle qui permet de confirmer la situation clinique, soit la diminution de la fréquence habituelle de défécation. Selon les cliniciens qui avaient alors été consultés, la collecte des renseignements relatifs aux habitudes intestinales de la personne est pertinente surtout pour la prise en charge de la constipation chronique. Aucune modification n'a été apportée à cette section du PMN lors de la mise à jour.

#### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — APPRÉCIATION DES HABITUDES INTESTINALES**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait aux habitudes intestinales, devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Rechercher si une diminution de la fréquence habituelle de défécation est présente :
  - Fréquence habituelle de défécation
  - Jour des dernières selles

## 2.3.3 Histoire de santé

### 2.3.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Deux des documents retenus recommandent de rechercher les comorbidités pouvant augmenter le risque de constipation [NCCN, 2024a; RNAO, 2020]. Un de ces documents recommande également d'évaluer l'état fonctionnel et cognitif de la personne [RNAO, 2020].

### 2.3.3.2 Perspective des parties prenantes

Comme déterminé lors de l'élaboration initiale du protocole, l'information qui doit être obtenue concernant l'histoire de santé se limite aux éléments qui permettent de reconnaître la situation clinique (voir [section 2.1.2.](#)), les contre-indications à l'application du protocole (voir [section 2.2.](#)) ou un trouble de la déglutition qui préviendrait l'usage d'un traitement par voie orale.

Lors des consultations avec les parties prenantes, il a été rapporté que certains milieux de soins aimeraient que le PMN spécifie la conduite à tenir en présence de différents degrés de dysphagie. Les parties prenantes sont toutefois d'avis qu'une dysphagie qui n'a pas été évaluée au préalable devrait être une contre-indication à l'application du PMN. À la suite de l'évaluation, si les liquides clairs sans agents épaississants sont permis, alors l'approche orale est possible et le protocole serait applicable. Dans le cas contraire, un protocole personnalisé devrait être privilégié.

Par ailleurs, l'inclusion des personnes suivies en soins à domicile au PMN exige qu'une attention soit portée à la couverture des traitements pharmacologiques de la constipation par la RAMQ. En effet, les médicaments laxatifs font partie de la liste des médicaments d'exception. Un code de médicament d'exception devra donc être apposé sur l'ordonnance pharmaceutique externe afin que ce médicament soit remboursé par la RAMQ.

Codes d'exception qui doivent être appliqués aux traitements pharmacologiques de la constipation lorsqu'ils sont prescrits en externe aux personnes assurées par la RAMQ :

- ▶ Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie (GI27)
- ▶ Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament (GI28)

Ainsi, deux éléments à rechercher ont été ajoutés à l'histoire de santé, soit la prise de médicaments pouvant causer de la constipation et la présence de comorbidités pouvant causer de la constipation. Selon les parties prenantes consultées, il serait difficile d'inclure une liste de ces médicaments ou de ces comorbidités, puisque celles-ci sont très nombreuses. Les professionnels de la santé connaissent généralement les causes médicales et médicamenteuses principales de la constipation, selon les parties prenantes.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES — APPRÉCIATION DE L'HISTOIRE DE SANTÉ

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'histoire de santé, devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Rechercher :
  - Contre-indications à l'application de ce protocole (listées à la [section 2.2](#)).
  - Trouble de la déglutition qui empêche l'usage de l'approche orale
- ▶ Pour les personnes en soins à domicile, rechercher :
  - Prise de médicaments pouvant causer de la constipation
  - Présence de comorbidités pouvant causer de la constipation
  - Le cas échéant, apposer le code de médicament d'exception RAMQ GI28 (si prise d'un médicament pouvant causer la constipation) ou GI27 (si présence d'une comorbidité pouvant causer la constipation) sur l'ordonnance pharmaceutique externe

### 2.3.4 Histoire médicamenteuse

#### 2.3.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Certains documents retenus recommandent de documenter l'usage de laxatifs ou d'autres mesures visant à soulager la constipation [Davies *et al.*, 2020], la prise d'opiacés [NCCN, 2024b; Sarrio *et al.*, 2021] et la prise de médicaments pouvant causer la constipation [NCCN, 2024a; RNAO, 2020].

#### 2.3.4.2 Perspective des parties prenantes

La version antérieure du PMN incluait seulement la recherche de l'information nécessaire pour connaître l'approche thérapeutique appropriée à la personne, soit la prise actuelle de laxatifs et les contre-indications à l'usage des médicaments recommandés dans le cadre du PMN.

À la suite de questions soulevées lors des consultations avec des parties prenantes, une précision a été apportée dans la mise à jour du PMN, soit la mention de tenir compte de la prise de laxatifs, que ce soit régulièrement ou au besoin.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES — APPRÉCIATION DE L'HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'histoire médicamenteuse, devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Rechercher :
  - Prise de laxatifs (régulièrement ou au besoin)
  - Contre-indications à l'usage des médicaments recommandés au [tableau 4](#) pour le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale

### 2.3.5 Habitudes de vie

#### 2.3.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Selon les documents retenus, la consommation de fibres alimentaires [NCCN, 2024b; Chang *et al.*, 2023; RAO, 2020] et de liquides [NCCN, 2024b; RAO, 2020] fait partie des habitudes de vie à évaluer en présence de constipation. L'un des documents retenus mentionne également l'importance de s'assurer que la personne dispose de suffisamment d'intimité et des équipements nécessaires pour aider l'élimination fécale [Davies *et al.*, 2020].

#### 2.3.5.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du protocole, il a été déterminé que la seule information pertinente à obtenir pour amorcer ou ajuster un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale est la présence d'une restriction liquidienne qui pourrait compromettre le traitement administré. Les parties prenantes avaient toutefois souligné qu'il est essentiel de discuter des habitudes de vie (diète, consommation de fluides, mobilité, éléments environnementaux) avec la personne. Cet aspect est traité à la [section 2.5](#) du présent document. Aucune modification n'a été apportée à cette section du PMN lors de la mise à jour.

## RECOMMANDATION CLINIQUE — APPRÉCIATION DES HABITUDES DE VIE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait aux habitudes de vie, devrait inclure l'élément suivant :

- ▶ Rechercher :
  - Restriction liquidienne

## 2.3.6 Examens physiques

### 2.3.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Deux des documents retenus recommandent qu'un examen digital rectal soit effectué avant d'amorcer un traitement visant l'élimination fécale [Davies *et al.*, 2020; RNAO, 2020]. Selon certains documents, un examen de l'abdomen [Sarrío *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020] ou de la peau périanale [RNAO, 2020] serait également recommandé.

En ce qui concerne les contre-indications à l'application des mesures rectales, seul un des documents retenus mentionne que l'usage des suppositoires et des lavements intrarectaux est contre-indiqué chez les personnes atteintes de neutropénie ou de thrombocytopénie [NCCN, 2024b].

### 2.3.6.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du protocole, les parties prenantes avaient souligné qu'un examen abdominal n'est requis qu'en présence d'une douleur abdominale aiguë ou diffuse et intense. Puisque ces situations sont des contre-indications à l'application du protocole, il a été déterminé qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer un examen abdominal dans le cadre du présent PMN. En ce qui concerne l'examen digital rectal, les parties prenantes engagées dans l'élaboration de la version antérieure du PMN avaient confirmé que l'examen digital n'est nécessaire qu'avant d'amorcer un traitement par voie rectale. Cet examen permet de déterminer la méthode rectale appropriée à la situation et les contre-indications spécifiques à ces approches telles que des hémorroïdes douloureuses ou volumineuses.

Selon certaines parties prenantes, des difficultés liées à l'examen digital rectal ont été rapportées – particulièrement chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs en hébergement de longue durée. Les parties prenantes ont convenu qu'il est effectivement préférable d'omettre l'examen digital rectal en cas d'expérience antérieure difficile ou de refus de la personne. En milieu hospitalier, l'option de remplacement de l'examen digital rectal est généralement la radiographie de l'abdomen simple, qu'il ne serait pas pertinent de proposer dans le cadre du présent PMN afin d'éviter un usage excessif des ressources, selon les membres du comité consultatif. Cependant, certaines parties prenantes ont souligné qu'un examen visuel de la région anale peut mettre en évidence certaines conditions et que cet examen devrait être proposé dans le PMN lorsqu'un examen digital rectal ne peut être fait.

En ce qui concerne les contre-indications à l'application des mesures rectales, la version antérieure du PMN indiquait de rechercher les contre-indications à l'approche rectale lorsque celle-ci est envisagée chez les personnes qui reçoivent de la chimiothérapie ou qui sont atteintes d'une maladie hématologique autre que l'anémie, puisque celle-ci ne constitue pas une contre-indication à l'usage de la voie rectale. La neutropénie et la thrombocytopénie sévère – définies respectivement par des neutrophiles inférieurs à  $1 \times 10^9/L$  ou des plaquettes inférieures à  $30 \times 10^9/L$  – ou encore une suspicion de

neutropénie sont les contre-indications à l'approche rectale qui avaient alors été déterminées par consensus.

Certaines parties prenantes ont souligné que ce dernier critère, soit la suspicion de neutropénie, peut être difficile à évaluer s'il n'y a pas de résultat d'analyses de laboratoire. De l'avis des parties prenantes, la demande d'un bilan hématologique avant d'appliquer toute mesure rectale constituerait un usage excessif des ressources.

En outre, les personnes qui reçoivent de la chimiothérapie ou qui sont atteintes d'une maladie hématologique autre que l'anémie effectuent des analyses sanguines régulièrement, et les résultats peuvent être facilement consultables dans leur dossier. Le consensus des parties prenantes a donc proposé de retirer la mention de suspicion de neutropénie des contre-indications à l'application de l'approche rectale.

### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — EXAMENS PHYSIQUES**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait aux examens physiques à effectuer, devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Lorsque l'approche rectale est envisagée, rechercher les contre-indications à son utilisation chez les personnes qui reçoivent de la chimiothérapie ou qui sont atteintes d'une maladie hématologique autre que l'anémie :
  - Neutropénie (neutrophiles inférieurs à  $1 \times 10^9/L$ )
  - Thrombocytopénie sévère (plaquettes inférieures à  $30 \times 10^9/L$ )
- ▶ S'il n'y a pas de contre-indications, procéder à l'examen digital rectal.
- ▶ L'examen peut être omis si refus ou expérience antérieure difficile de la personne avec un examen digital rectal. Le cas échéant, procéder minimalement à un examen visuel de la région anale.
- ▶ Rechercher :
  - Fissures anales douloureuses ou déchirures
  - Hémorroïdes externes douloureuses ou volumineuses
  - Présence ou absence de selles dans le rectum
  - Masse rectale
  - Sang
- ▶ Documenter :
  - Dilatation de l'ampoule rectale
  - Tonus du sphincter anal

## 2.3.7 Examens complémentaires

### 2.3.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Quatre des documents retenus dans le cadre de la mise à jour abordent les examens complémentaires [NCCN, 2024a; Sarrio *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020]. La radiographie abdominale est à envisager, notamment en cas de constipation résistante au traitement [Davies *et al.*, 2020] ou pour éliminer la présence d'une obstruction intestinale [NCCN, 2024a]. L'un des documents retenus propose divers examens fonctionnels en cas d'échec de plusieurs lignes de traitement [Serra *et al.*, 2020]. Enfin, un document mentionne que des investigations supplémentaires ne sont pertinentes que lorsqu'une cause distincte de la prise d'opiacés est suspectée [Sarrio *et al.*, 2021].

### 2.3.7.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, les parties prenantes avaient confirmé que l'inclusion de tests supplémentaires au PMN n'était pas nécessaire. Aucune modification n'a été apportée à cette section du protocole lors de la mise à jour.

## 2.4 Conduite thérapeutique

### 2.4.1 Objectif de traitement

#### 2.4.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Seuls deux documents retenus abordent l'objectif du traitement pharmacologique de la constipation, soit le passage non forcé d'une selle tous les jours ou tous les deux jours [NCCN, 2024a; 2024b].

#### 2.4.1.2 Perspective des parties prenantes

La version antérieure du PMN stipulait que l'objectif global du protocole est de soulager un problème ponctuel d'élimination fécale. L'efficacité du traitement pharmacologique est déterminée par le soulagement de la sensation d'inconfort et le passage non forcé d'une selle. Aucune modification n'a été apportée à cette section du PMN lors de la mise à jour.

#### CONSTATS — OBJECTIF DE TRAITEMENT

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'objectif du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Soulager un problème ponctuel d'élimination fécale.
- ▶ Le traitement est efficace s'il y a soulagement de la sensation d'inconfort et passage non forcé d'une selle.

## 2.4.2 Traitements pharmacologiques recommandés

La version antérieure du PMN incluait seulement certains traitements pharmacologiques oraux, soit le polyéthylène glycol (PEG), le lactulose en cas de contre-indication au PEG, les sennosides et le bisacodyl. Aucune modification n'a été apportée à ces choix lors de la mise à jour.

### 2.4.2.1 Laxatifs osmotiques

#### 2.4.2.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Parmi les laxatifs osmotiques, le PEG est recommandé pour le traitement de la constipation dans cinq des documents retenus [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023; Davies *et al.*, 2020; Rogers *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020]. D'autres documents retenus recommandent l'administration de laxatifs osmotiques, sans préciser lesquels [NCCN, 2024a; Hisanaga *et al.*, 2019]. Un seul document mentionne que le lactulose peut être considéré dans le traitement de la constipation chronique ou en cas d'échec ou d'intolérance aux autres laxatifs conventionnels [Chang *et al.*, 2023; Serra *et al.*, 2020].

Les laxatifs à base de magnésium pourraient être envisagés comme traitement de la constipation en cas d'échec des traitements de première intention [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023]. Le risque d'hypermagnésémie, particulièrement chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale, pourrait cependant limiter leur administration [NCCN, 2024a; Chang *et al.*, 2023].

Aucun document retenu ne mentionne le sorbitol. Ce médicament n'est pas couramment administré au Québec selon les parties prenantes consultées lors de l'élaboration initiale du protocole; il ne fait d'ailleurs pas partie de ceux couverts par le régime public d'assurance médicaments du Québec de la RAMQ et il n'est pas indiqué à la Liste des médicaments fournis en établissement pour le traitement de la constipation.

#### 2.4.2.1.2 Perspectives des parties prenantes

Selon les parties prenantes, le PEG est donc encore le laxatif osmotique à privilégier pour le PMN, et le lactulose demeure une option de rechange en cas de contre-indication. Les laxatifs à base de magnésium, comme le lait de magnésie, ne sont plus couramment utilisés dans la plupart des milieux de soins.

Cependant, certaines parties prenantes ont souligné les difficultés d'adhésion liées à ces traitements oraux en externe. En effet, les médicaments sous forme de poudre ou de liquide ne pouvant pas être intégrés à un pilulier, certaines personnes omettent de les prendre. Dans ces situations, les options de traitement sous forme de comprimés ou de capsules peuvent être envisagées.

### 2.4.2.2 Laxatifs stimulants

#### 2.4.2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Parmi les laxatifs stimulants, le bisacodyl et les sennosides sont recommandés pour le traitement de la constipation par trois des guides retenus [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023; Serra *et al.*, 2020]. Selon les documents retenus qui présentent des recommandations distinctes pour le bisacodyl et les sennosides, le bisacodyl fait l'objet d'une recommandation forte, bénéficiant de preuves de qualité modérée, alors que les preuves analysées pour les sennosides sont de faible qualité, entraînant une recommandation faible [Chang *et al.*, 2023; Serra *et al.*, 2020]. D'autres documents retenus recommandent les laxatifs stimulants, sans préciser lesquels [NCCN, 2024a; Rogers *et al.*, 2020; Hisanaga *et al.*, 2019].

Le picosulfate n'est recommandé que dans deux des documents retenus [Brenner *et al.*, 2024; Chang *et al.*, 2023]. Ce médicament n'est pas disponible en formulation simple. Seule une formule combinée de picosulfate de sodium, d'oxyde de magnésium et d'acide citrique est disponible et indiquée pour la préparation intestinale à un examen. Cette option n'est donc pas appropriée pour le présent PMN et elle en est exclue.

Aucun document retenu ne recommande d'autres laxatifs stimulants, tels que la cascara et l'aloès.

#### 2.4.2.2.2 Perspective des parties prenantes

Selon les parties prenantes, les sennosides et le bisacodyl demeurent les deux laxatifs stimulants à inclure dans le PMN.

### 2.4.2.3 Autres laxatifs

#### 2.4.2.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les laxatifs de lest, ou fibres, sont recommandés dans le traitement de la constipation chronique dans deux des documents retenus [Chang *et al.*, 2023; Serra *et al.*, 2020].

Un autre document souligne toutefois que les données sont insuffisantes pour recommander les fibres pour le traitement de la constipation occasionnelle, particulièrement lorsqu'un délai d'action rapide est souhaité [Brenner *et al.*, 2024].

Les laxatifs émoullissants, comme le docusate, ne sont recommandés dans aucun document retenu. Deux documents mentionnent que le docusate semble avoir une efficacité limitée dans le traitement de la constipation [Brenner *et al.*, 2024; NCCN, 2024b].

Finalement, aucun document retenu ne recommande l'usage de laxatifs lubrifiants, tels que la paraffine liquide, l'huile minérale et l'huile de ricin.

#### 2.4.2.3.2 Perspective des parties prenantes

Tout comme lors de l'élaboration initiale du PMN, les parties prenantes soutiennent la décision d'exclure les laxatifs émoullissants et les laxatifs de lest des traitements pharmacologiques recommandés par le protocole.

#### 2.4.2.4 Laxatifs intrarectaux

##### 2.4.2.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Selon les documents retenus, les suppositoires et les lavements rectaux ne devraient être utilisés que lorsque les autres options de traitement ont échoué ou en présence de selles dans le rectum ou le colon descendant, après s'être assuré de l'absence de contre-indication à l'approche rectale [NCCN, 2024a; 2024b; Sarrio *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020]. La majorité des documents ne donnent cependant pas de précisions quant à la méthode à privilégier, à l'exception de deux d'entre eux qui recommandent le suppositoire de glycérine, avec ou sans lavement à l'huile minérale, ou encore l'ajout d'un suppositoire de bisacodyl ou d'un lavement au phosphate de sodium en cas de constipation persistante [NCCN, 2024a; 2024b].

##### 2.4.2.4.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, en raison du manque de précision des guides de pratique clinique en ce qui concerne l'approche rectale à privilégier, les données expérientielles provenant des membres du comité consultatif ont été une source importante pour déterminer l'approche adéquate pour le protocole. L'approche qui avait alors été proposée consistait à administrer une combinaison d'un suppositoire de glycérine et d'un suppositoire de bisacodyl en présence de matière fécale dans le rectum. Un rectum vide ou l'échec des suppositoires menaient au lavement au phosphate de sodium, alors que la présence d'un fécalome entraînait l'administration d'un lavement à l'huile minérale. Pour les milieux où le microlavement est disponible, il était une option en cas de rectum plein ou vide. Lors de la mise à jour du PMN, l'approche rectale est restée inchangée, à l'exception du retrait du microlavement comme option de traitement, puisque celui-ci n'est plus commercialisé au Canada.

#### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES RECOMMANDÉS DANS LE PMN**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que les traitements pharmacologiques inclus dans le PMN sont les suivants.

Traitements oraux :

- ▶ Laxatifs osmotiques : polyéthylène glycol (PEG) ou lactulose en cas de contre-indication au PEG
- ▶ Laxatifs stimulants : sennosides ou bisacodyl

Traitements rectaux :

- ▶ Combinaison d'un suppositoire de glycérine et d'un suppositoire de bisacodyl lorsqu'il y a présence de matière fécale dans le rectum;
- ▶ Lavement au phosphate de sodium en présence d'un rectum vide ou si échec des suppositoires;
- ▶ Lavement à l'huile minérale en présence d'un fécalome.

## 2.4.2.5 Modalités pour l'amorce du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale

### 2.4.2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus privilégient les laxatifs osmotiques ou stimulants, seuls ou en combinaison, en première intention lors de l'amorce d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale [Brenner *et al.*, 2024; NCCN, 2024a; Hisanaga *et al.*, 2019]. Toutefois, certaines circonstances justifient l'emploi de l'approche rectale en première intention. Cette approche est recommandée par l'un des documents retenus en présence d'impaction fécale [NCCN, 2024a]. L'un des documents retenus soutient que les données actuelles sont insuffisantes pour conclure à la supériorité d'un traitement par rapport à un autre [Hisanaga *et al.*, 2019].

Certains documents retenus suggèrent qu'autant les laxatifs osmotiques que les stimulants peuvent être considérés en première intention de traitement [Brenner *et al.*, 2024; NCCN, 2024a; Rogers *et al.*, 2020]. L'un de ces documents spécifie que l'amorce avec un laxatif stimulant pourrait être privilégiée pour les personnes chez qui un soulagement rapide est souhaité, en raison du délai d'action plus court [Brenner *et al.*, 2024]. Deux des documents retenus privilégient l'usage des laxatifs stimulants en traitement de secours [Chang *et al.*, 2023; Serra *et al.*, 2020]. Selon un de ces documents, les laxatifs stimulants devraient être administrés en deuxième intention en cas de réponse insatisfaisante aux laxatifs osmotiques ou de lest [Serra *et al.*, 2020].

### 2.4.2.5.2 Perspective des parties prenantes

Selon les éléments présentés à la section précédente à propos des traitements pharmacologiques recommandés, l'approche orale sera envisagée en première intention.

La version antérieure du PMN privilégiait le PEG comme premier choix de traitement pharmacologique oral. Cependant, lors de la mise à jour du protocole, les parties prenantes ont souligné que l'amorce avec un laxatif stimulant en première intention de traitement pourrait être appropriée lorsqu'un soulagement rapide est souhaité, notamment en présence d'inconfort, de douleur, de changement de comportement ou encore si 72 heures ou plus se sont écoulées depuis la dernière selle. Ainsi, deux approches orales ont été proposées : la première, à privilégier en situation clinique usuelle, administre le PEG en première intention de traitement, alors que la deuxième, privilégiant l'utilisation d'un laxatif stimulant en première intention, sera privilégiée lorsqu'un soulagement rapide est souhaité ou encore si un laxatif stimulant est déjà en cours d'utilisation au moment de l'amorce du PMN.

Certaines parties prenantes ont souligné que la conduite à tenir lorsqu'un laxatif au besoin est prescrit au dossier de la personne n'était pas mentionnée dans la version antérieure du protocole. Les documents retenus n'ont donné aucune information à ce sujet. Lors des discussions avec les parties prenantes, il a été déterminé que la prise réelle du laxatif prescrit au besoin au cours des trois jours précédant le début du protocole doit d'abord être validée. Si le médicament a été pris régulièrement durant les

trois derniers jours, on considèrera que la prise est régulière et l'approche correspondant au type de laxatif et à la dose réellement prise devrait être amorcée. Si, au contraire, la prise réelle a été irrégulière (c.-à-d. moins d'une fois par jour) durant les trois jours précédant l'amorce du protocole, on considèrera que la personne ne prend aucun laxatif.

Comme mentionné précédemment, certaines circonstances justifient l'emploi de l'approche rectale en première intention. En outre, lors de l'élaboration initiale du PMN, d'autres circonstances pour lesquelles l'approche rectale doit être privilégiée en première intention ont été reconnues : lors de la prise d'une combinaison d'un laxatif osmotique et d'un laxatif stimulant au moment de l'application du protocole, en présence d'une fuite de selles liquides (suggérant un fécalome), s'il n'y avait pas eu de selles depuis sept jours ou si l'approche orale était impossible. Les parties prenantes avaient également jugé utile d'ajouter une directive supplémentaire pour définir les situations qui permettent d'opter pour l'approche rectale en cours de traitement, soit si la personne traitée le demande, si la sensation d'inconfort de la personne augmente ou requiert un soulagement plus rapide, s'il y a contre-indication au traitement pharmacologique oral ou si l'approche orale est inefficace. Aucune modification significative n'a été apportée à ce sujet au moment de la mise à jour. Seule une précision a été ajoutée à la suite de commentaires reçus lors des consultations avec les parties prenantes : en ce qui concerne la prise d'une combinaison de laxatifs osmotiques et stimulants, l'approche rectale devra être favorisée, quelles que soient les doses des laxatifs oraux administrées.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES — MODALITÉS POUR L'AMORCE DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE VISANT L'ÉLIMINATION FÉCALE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que le choix du traitement pharmacologique initial devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Privilégier l'approche orale pour le traitement pharmacologique initial, selon la médication en cours au moment de l'application du protocole (voir [tableau 2](#), [tableau 3](#) et [figure 1](#)), sauf lors des situations mentionnées au point suivant.
- ▶ Utiliser l'approche rectale pour le traitement pharmacologique initial, quelle que soit la médication en cours au moment de l'application du protocole, dans les situations suivantes :
  - Prise d'une combinaison de laxatif osmotique (PEG, lactulose ou laxatifs à base de magnésium comme le lait de magnésie) ET de laxatif stimulant (sennosides, bisacodyl ou cascara) (quelles que soient les doses administrées)
  - Fuite de selles liquides
  - Absence de selles depuis sept jours
  - Approche orale impossible
- ▶ Passer à l'approche rectale à tout moment en cours de traitement :
  - si la personne traitée le demande
  - si la sensation d'inconfort de la personne augmente ou requiert un soulagement plus rapide
  - s'il y a contre-indication au traitement pharmacologique oral
  - si l'approche orale est inefficace
- ▶ Vérifier la présence d'une contre-indication à l'utilisation de l'approche rectale (voir [section 2.3.6](#)).

**Tableau 2 Approche pharmacologique initiale selon la médication en cours**

MÉDICATION EN COURS AU MOMENT DE L'APPLICATION DU PROTOCOLE	APPROCHE PHARMACOLOGIQUE INITIALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun laxatif pris régulièrement (y compris laxatif au besoin pris moins d'une fois par jour au cours des 3 derniers jours)</li> <li>Prise régulière depuis au moins 3 jours de : <ul style="list-style-type: none"> <li>Laxatif osmotique (PEG, lactulose ou laxatifs à base de magnésium comme le lait de magnésie)</li> <li>Docusate sodique ou calcique</li> <li>Psyllium</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir entre l'approche orale A ou B (voir le <a href="#">tableau 3</a> ci-bas) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Approche orale A — situation clinique usuelle</li> <li>Approche orale B — soulagement rapide souhaité (p. ex. en cas d'inconfort, douleur, 72 heures ou plus sans selles, changement de comportement).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laxatif stimulant (sennosides ou bisacodyl) pris régulièrement depuis au moins 3 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commencer par l'approche orale B (voir le <a href="#">tableau 3</a> ci-bas)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Combinaison d'un laxatif osmotique (PEG, lactulose ou laxatifs à base de magnésium comme le lait de magnésie) <b>ET</b> d'un laxatif stimulant (sennosides, bisacodyl ou cascara) (quelles que soient les doses administrées)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passer directement à l'approche rectale (voir <a href="#">figure 2</a>)</li> </ul>

**Tableau 3 Approche pharmacologique orale**

NOMBRE DE JOURS D'APPLICATION DU PROTOCOLE	APPROCHE PHARMACOLOGIQUE ORALE	
	A : SITUATION CLINIQUE USUELLE	B : SOULAGEMENT RAPIDE SOUHAITE OU PRISE REGULIERE DE LAXATIFS STIMULANTS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la personne prend déjà du PEG ou du lactulose sur une base régulière, passer directement au jour 3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la personne prend déjà des sennosides ou du bisacodyl sur une base régulière, passer directement au jour 2.</li> </ul>
JOUR 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commencer par un laxatif osmotique x 2 jours (PEG 17 g PO DIE ou lactulose 15 mL PO DIE si contre-indication à l'usage du PEG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commencer par un laxatif stimulant x 1 jour (sennosides 17,2 mg PO DIE ou bisacodyl 5 mg PO DIE)</li> </ul>
JOUR 2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Majorer la dose de laxatif stimulant aux doses maximales indiquées dans ce protocole (sennosides 17,2 mg PO BID ou bisacodyl 5 mg PO BID) x 1 jour</li> </ul>
JOUR 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Majorer la dose de laxatif osmotique aux doses maximales indiquées dans ce protocole (PEG 17 g PO BID ou lactulose 15 mL PO BID)</li> <li><b>ET</b></li> <li>Ajouter un laxatif stimulant (sennosides 17,2 mg PO DIE ou bisacodyl 5 mg PO DIE) x 1 jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajouter le PEG 17 g PO BID x 1 jour</li> </ul>
JOUR 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Majorer la dose de laxatif stimulant aux doses maximales indiquées dans ce protocole (sennosides 17,2 mg PO BID ou bisacodyl 5 mg PO BID) x 1 jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre la médication ajustée en cours et passer à l'approche rectale</li> </ul>
JOUR 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre la médication ajustée en cours et passer à l'approche rectale</li> </ul>	-

#### 2.4.2.6 Indication des traitements pharmacologiques

Tous les médicaments proposés dans le cadre de ce protocole médical national sont indiqués pour le traitement de la constipation et homologués par Santé Canada.

## 2.4.2.7 Information générale sur les traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale

### 2.4.2.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus contiennent peu d'information concernant les différents traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale. Toutefois, l'information présente était globalement conforme aux éléments trouvés dans les diverses monographies des médicaments, qui ont été extraits et synthétisés dans la version antérieure du PMN. Il est à noter que, dans le cadre de la mise à jour du protocole, seules les monographies canadiennes mises à jour depuis avril 2019 ont été retenues, soit celle du bisacodyl en comprimé ou en suppositoire et celle des sennosides [Purdue Pharma, 2020; Sanofi Santé Grand Public, 2019]. Dans le cas des sennosides, seule la monographie de sa combinaison avec le docusate est disponible en ligne.

### 2.4.2.7.2 Information contextuelle

Santé Canada a publié, en décembre 2019, une étude de cas relatant l'interaction entre le PEG et les agents épaississants à base d'amidon. Ce document rapporte une déclaration concernant la possible aspiration par les voies respiratoires, chez un homme de 88 ans, d'un mélange composé de PEG et d'un liquide épaissi [Santé Canada, 2019b]. L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) a formulé plusieurs recommandations associées à ce même cas, visant à éviter que des agents épaississants à base d'amidon ne soient utilisés avec le PEG [ISMP, 2019a].

### 2.4.2.7.3 Perspective des parties prenantes

L'information générale sur les traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale présentée dans le PMN est globalement la même que dans sa version antérieure, à l'exception du retrait d'information superflue dans le cadre de l'application du protocole, soit les interactions médicamenteuses, qui sont inexistantes ou cliniquement peu pertinentes. Les parties prenantes ont également remis en question la présence des maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite) parmi les contre-indications à la majorité des laxatifs. En effet, selon les documents consultés, seule la monographie des sennosides inclut ces conditions dans les contre-indications [Purdue Pharma, 2020]. Les maladies inflammatoires de l'intestin ont donc été retirées des contre-indications de tous les laxatifs, à l'exception des stimulants. Il est toutefois à noter que les maladies inflammatoires de l'intestin ont été incluses aux contre-indications à l'application du PMN (voir [section 2.2](#)).

En accord avec l'avis de Santé Canada au sujet de l'interaction entre le PEG et les agents épaississants à base d'amidon abordée dans la section précédente, certaines parties prenantes ont suggéré que la prise de ces agents épaississants soit ajoutée comme contre-indication à l'utilisation du PEG dans le cadre du PMN.

Certaines parties prenantes ont souligné que l'insuffisance rénale, citée comme précaution à l'usage de certains laxatifs, est un critère peu précis qui peut être mal interprété par les professionnels de la santé qui appliqueront le PMN. Aucun document retenu dans le cadre de ces travaux ne précise ce critère. L'ajout d'une précision – soit une clairance à la créatinine de moins de 30 mL/minute – a été proposé et accepté par les membres du comité consultatif. De plus, selon certaines parties prenantes consultées, il serait judicieux de préciser que le risque d'aggraver un déséquilibre électrolytique avec des laxatifs stimulants chez les personnes qui prennent des diurétiques thiazidiques, des corticostéroïdes ou d'autres médicaments pouvant compromettre l'équilibre électrolytique ne se présente qu'en cas de diarrhée secondaire aux laxatifs stimulants.

Il est également à noter que, lors de l'élaboration initiale du PMN, les doses maximales choisies pour les laxatifs osmotiques étaient volontairement inférieures à celles indiquées dans les monographies. Selon les parties prenantes concernées, l'approche à préconiser en cas d'inefficacité avec des doses optimales serait d'ajouter un deuxième laxatif plutôt que d'augmenter davantage la dose du laxatif en cours jusqu'à la dose maximale permise selon la monographie.

L'information incluse au PMN pour les différents laxatifs est résumée au [tableau 4](#).

**Tableau 4 Information générale sur les traitements pharmacologiques visant l'élimination fécale**

LAXATIFS OSMOTIQUES		
	1 <sup>ER</sup> CHOIX DE LAXATIF OSMOTIQUE : POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (PEG)	2 <sup>E</sup> CHOIX DE LAXATIF OSMOTIQUE : LACTULOSE
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance au PEG</li> <li>▶ Besoin d'un agent épaississant à base d'amidon pour la prise de liquides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance au lactulose ou aux produits dérivés du lait</li> <li>▶ Galactosémie</li> </ul>
	▶ Présence ou suspicion d'occlusion intestinale ou de perforation	
<b>Précautions</b>	▶ Liquéfie les liquides épaissis avec un agent épaississant à base d'amidon	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Interventions d'électrocautère au cours d'une proctoscopie ou d'une coloscopie</li> <li>▶ Diabète</li> </ul>
<b>Dose maximale pour ce protocole</b>	▶ 34 g/jour (17 g BID)	▶ 30 mL/jour (15 mL BID)
<b>Délai d'action</b>	▶ 1 à 4 jours	▶ 1 à 2 jours
<b>Particularités liées à l'administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prendre avec 125 à 250 mL de liquide par dose de 17 g               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Restriction liquidienne : réduire le volume de liquide (minimum 90 mL)</li> </ul> </li> </ul>	▶ Peut être mélangé dans une boisson (eau, jus, lait, thé ou café) pour en améliorer le goût qui est désagréable pour certaines personnes.
<b>Effets médicamenteux indésirables les plus fréquents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nausées</li> <li>▶ Ballonnements</li> <li>▶ Crampes abdominales</li> <li>▶ Diarrhée</li> <li>▶ Flatulences (lactulose)</li> </ul>	

LAXATIFS STIMULANTS		
	SENNOSIDES	BISACODYL
<b>Contre-indications</b>	▶ Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance aux sennosides	▶ Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance au bisacodyl, au galactose, au fructose ou à la tartrazine
	▶ Présence ou suspicion d'occlusion intestinale ▶ Douleur abdominale aiguë ▶ Maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite)	
<b>Précautions</b>	▶ Prise de médicaments susceptibles d'aggraver un déséquilibre électrolytique si diarrhée secondaire aux laxatifs stimulants (p. ex. diurétiques thiazidiques, corticostéroïdes et autres) ▶ Insuffisance rénale (clairance à la créatinine inférieure à 30 mL/minute) ou prise de digoxine ou autres médicaments antiarythmiques	
<b>Dose maximale pour ce protocole</b>	▶ 34,4 mg/jour (17,2 mg BID)	▶ 10 mg/jour (5 mg BID)
<b>Délai d'action</b>	▶ 6 à 12 heures	
<b>Particularités liées à l'administration</b>	▶ Aucune	▶ Avaler le comprimé sans le croquer ▶ Ne pas prendre de lait ou d'antiacides dans un délai d'une heure avant ou après la prise de bisacodyl
<b>Effets médicamenteux indésirables les plus fréquents</b>	▶ Crampes abdominales ▶ Diarrhée ▶ Décoloration de l'urine et des fèces : rouge violacé ou brun jaune (sennosides seulement) ▶ Désordre électrolytique	
SUPPOSITOIRES		
	GLYCERINE	BISACODYL
<b>Contre-indications</b>	▶ Neutropénie (neutrophiles inférieurs à $1 \times 10^9/L$ ) ou thrombocytopénie (plaquettes inférieures à $30 \times 10^9/L$ ) ▶ Présence ou suspicion d'occlusion intestinale ▶ Douleur abdominale aiguë ▶ Antécédent de réaction allergique ou d'intolérance au bisacodyl (bisacodyl seulement)	
<b>Précautions</b>	▶ Aucune	▶ Fissures anales et rectite ulcéreuse : peut causer de la douleur et de l'irritation locale
<b>Dose maximale pour ce protocole</b>	▶ 1 suppositoire de 2 g de glycérine et 1 suppositoire de 10 mg de bisacodyl/12 heures	
<b>Délai d'action</b>	▶ 15 à 30 minutes	▶ 15 à 60 minutes
<b>Particularités liées à l'administration</b>	▶ Conserver en place pendant un minimum de 15 minutes	▶ Placer contre la paroi rectale ▶ Ne pas insérer dans les selles
<b>Effets médicamenteux indésirables les plus fréquents</b>	▶ Sensation d'inconfort rectal ▶ Irritation locale, sensation de brûlure ▶ Diarrhée ▶ Fuite de matière fécale	

LAVEMENTS		
	PHOSPHATE DE SODIUM	HUILE MINERALE
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neutropénie (neutrophiles inférieurs à <math>1 \times 10^9/L</math>) ou thrombocytopénie (plaquettes inférieures à <math>30 \times 10^9/L</math>)</li> <li>▶ Utilisation concomitante avec d'autres produits contenant du phosphate de sodium (phosphate de sodium seulement)</li> </ul>	
<b>Précautions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diète stricte en sodium</li> <li>▶ Insuffisance rénale (clairance à la créatinine inférieure à 30 mL/minute)</li> </ul>	▶ Aucune
<b>Dose maximale pour ce protocole</b>	▶ 1 bouteille de 130 mL (dose administrée d'environ 120 mL)	
<b>Délai d'action</b>	▶ 1 à 5 minutes	▶ 2 à 15 minutes
<b>Particularité liée à l'administration</b>	▶ Aucune	
<b>Effets médicamenteux indésirables les plus fréquents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Irritation locale</li> <li>▶ Diarrhée (phosphate de sodium seulement)</li> </ul>	

#### 2.4.2.8 Modalités d'ajustement du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale

##### 2.4.2.8.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus discutent peu des modalités d'ajustement du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale. Un des documents retenus recommande d'ajuster les laxatifs selon la réponse et les effets indésirables [Chang *et al.*, 2023]. D'autres documents recommandent de titrer la dose du laxatif osmotique ou stimulant amorcé initialement chaque jour ou tous les deux jours [NCCN, 2024a; 2024b] ou d'envisager l'ajout ou le remplacement par un autre laxatif conventionnel [Davies *et al.*, 2020].

##### 2.4.2.8.2 Perspective des parties prenantes

En ce qui concerne l'ajustement du traitement, la version antérieure du PMN préconisait l'optimisation de la dose du PEG (ou du lactulose si contre-indication au PEG), suivie de l'ajout d'un laxatif stimulant. Cette approche, lorsqu'elle est amorcée chez les personnes qui ne prenaient soit aucun laxatif, soit du docusate ou du psyllium à l'amorce du PMN, impliquait que les laxatifs stimulants n'étaient administrés qu'au cinquième jour du protocole, entraînant parfois un délai considérable avant la production d'une selle, selon les parties prenantes consultées lors de la mise à jour.

Les parties prenantes ont proposé une approche simplifiée dont le but est de favoriser la production d'une selle rapidement pour soulager un épisode de constipation ponctuelle. Ainsi, en accord avec le savoir expérientiel des parties prenantes et les recommandations des documents retenus, les modalités d'ajustement des deux approches orales discutées précédemment (voir la [section 2.4.2.3.](#)) ont été déterminées. La première approche, en quatre étapes, consiste à amorcer un laxatif osmotique, suivi

deux jours plus tard d'un laxatif stimulant en même temps que de la majoration de la dose du laxatif osmotique aux doses maximales indiquées dans ce PMN, puis de la majoration de la dose du laxatif stimulant aux doses maximales indiquées dans ce PMN le lendemain et enfin de l'approche rectale le cinquième jour en cas d'inefficacité de l'approche orale. Comme discuté précédemment, cette première approche est privilégiée dans les situations cliniques usuelles.

Si un soulagement plus rapide est souhaité ou si la personne prend déjà un laxatif stimulant, la deuxième approche orale, également en quatre étapes, consiste en l'amorce avec un laxatif stimulant en première intention, suivie de la majoration de la dose du laxatif stimulant aux doses maximales indiquées dans ce PMN le lendemain, puis de l'ajout d'un laxatif osmotique le jour suivant et enfin de l'approche rectale le quatrième jour en cas d'inefficacité à l'approche orale.

Conformément aux discussions lors de l'élaboration initiale du PMN et aux traitements pharmacologiques recommandés dans le cadre de ces travaux (voir [section 2.4.2.1](#)), les membres du comité consultatif ont jugé qu'il est préférable de ne pas optimiser le laxatif en cours pour les personnes qui prennent des laxatifs contenant du magnésium, le psyllium ou encore le docusate au moment de l'application du protocole.

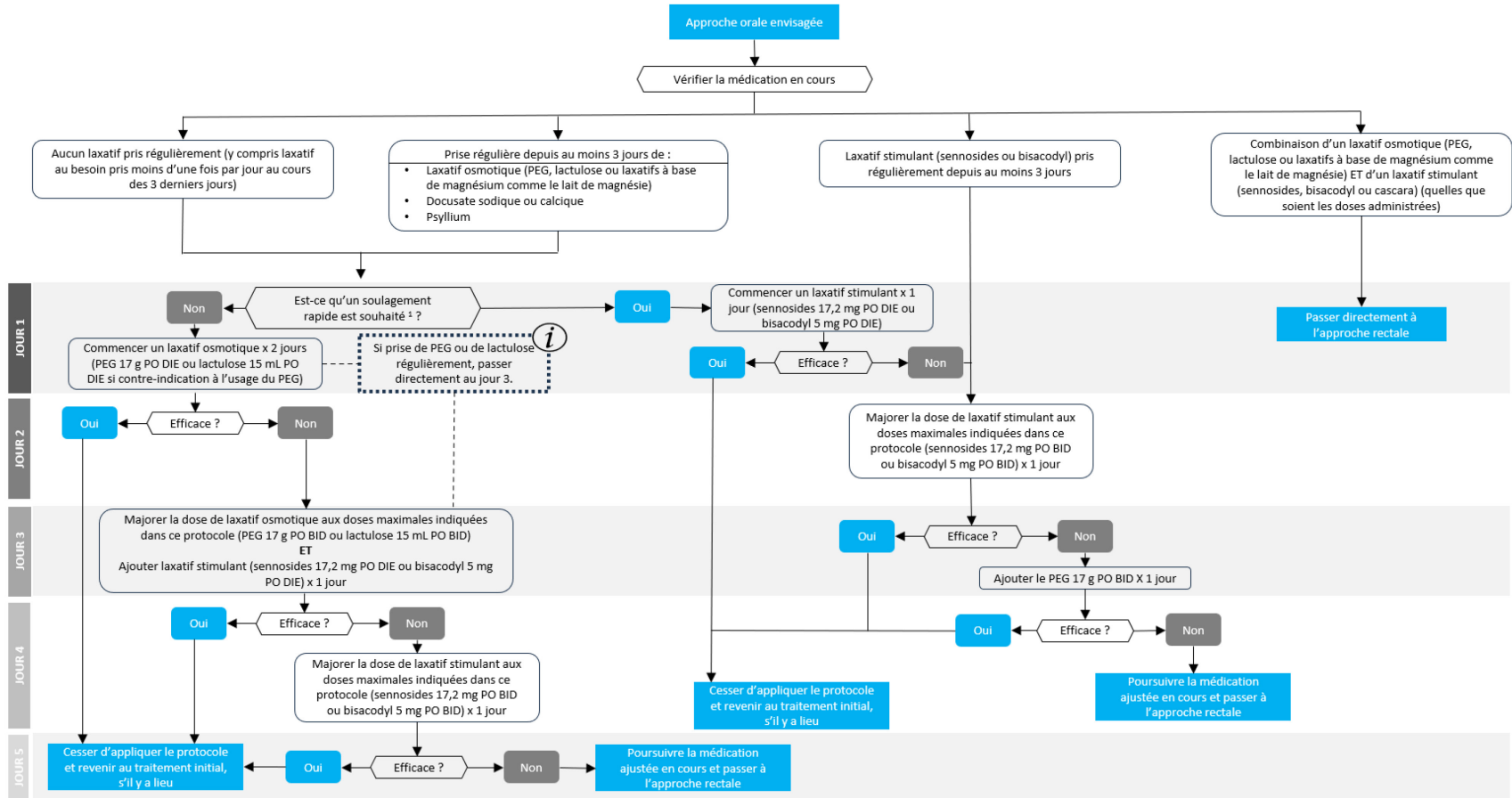
Les modalités d'ajustement pour l'approche rectale sont demeurées les mêmes que dans la version antérieure du PMN et elles sont illustrées à la [figure 2](#). Les parties prenantes ont toutefois souligné qu'une analgésie préalable au curage rectal devrait être suggérée afin que la personne soit à l'aise pendant cette procédure. Cependant, il a été convenu qu'une telle recommandation ne peut être ajoutée à ce PMN, puisqu'elle nécessiterait l'inclusion de médicaments analgésiques aux traitements pharmacologiques recommandés, ce qui dépasse l'objectif du présent protocole.

Il est à noter que l'ajustement du traitement laxatif régulier de la personne, le cas échéant, ne fait pas l'objet du présent PMN. Lorsque le traitement oral ou rectal est efficace, le protocole doit être interrompu et le traitement initial de la personne doit être poursuivi, c'est-à-dire celui qui était en cours au moment de l'application du protocole. Ce choix des membres du comité consultatif est appuyé par le fait que l'épisode de constipation qui a justifié l'usage du PMN pourrait n'être qu'un cas isolé indépendamment duquel le traitement régulier serait efficace. L'ajustement du traitement régulier nécessite une appréciation de la condition de santé plus poussée que celle effectuée dans le cadre du PMN. Toutefois, les parties prenantes ont souligné qu'une réévaluation du traitement par un prescripteur autorisé serait pertinente en cas d'application répétée du PMN ou de prise de docusate ou de psyllium seulement comme traitement laxatif de base.

**RECOMMANDATION CLINIQUE — MODALITÉ POUR L'AJUSTEMENT DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE VISANT L'ÉLIMINATION FÉCALE**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que les modalités d'ajustement du traitement pharmacologique devraient inclure les étapes d'ajustement présentées au [tableau 3](#) et à la [figure 1](#) pour l'approche orale ou à la [figure 2](#) pour l'approche rectale.

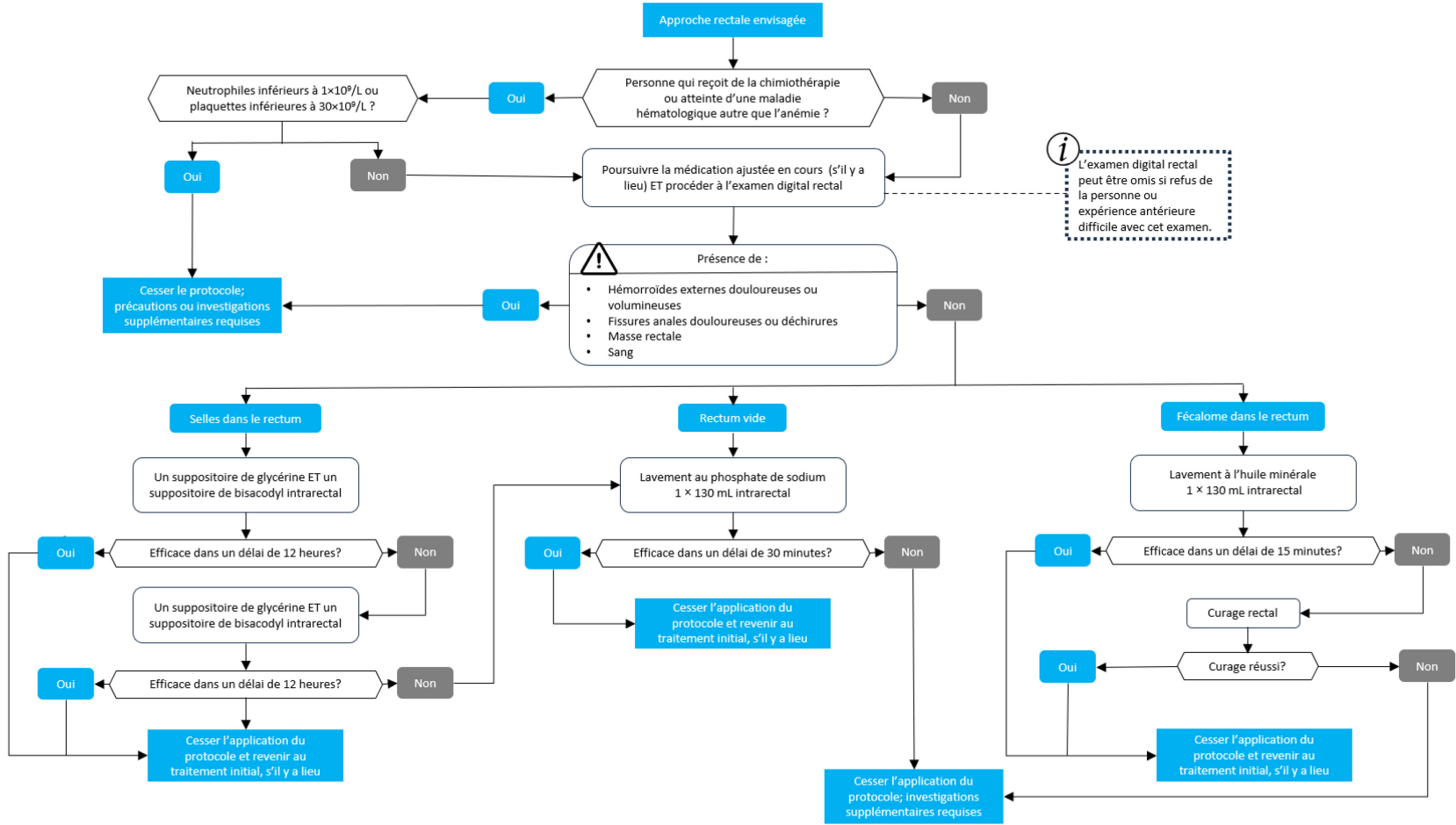
**Figure 1** Algorithme décisionnel de l'approche orale



1. P. ex. : en cas d'inconfort, douleur, 72 heures ou plus sans selles, changement de comportement

PEG : Polyéthylène glycol

**Figure 2** Algorithme décisionnel de l'approche rectale



## 2.5 Information à transmettre

### 2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Concernant l'information à transmettre aux personnes, certains documents retenus recommandent d'encourager l'hydratation, la consommation de fibres alimentaires ainsi que l'activité physique selon la tolérance personnelle, bien que ces mesures soient rarement suffisantes pour prévenir la constipation chez les patients atteints d'un cancer [NCCN, 2024b; Davies *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020]. Toutefois, certains documents précisent que, s'il n'y a pas de déshydratation, l'augmentation de la consommation de liquides seule n'a aucun effet sur la constipation [Davies *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020].

Un des documents retenus recommande également de mettre en œuvre des mesures pour que l'environnement de la personne favorise l'élimination fécale – p. ex. en fournissant suffisamment d'intimité et les équipements nécessaires comme une toilette privée au moment adéquat ou un tabouret rehausseur pour les pieds, permettant l'adoption d'une position optimale pour la défécation [Davies *et al.*, 2020].

Certains documents recommandent également de rechercher et d'éliminer, si possible, les causes et les facteurs aggravants réversibles de la constipation, y compris les comorbidités et les médicaments non essentiels qui peuvent provoquer la constipation [NCCN, 2024a; 2024b; Sarrio *et al.*, 2021; Davies *et al.*, 2020; Serra *et al.*, 2020].

### 2.5.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, une liste des éléments à discuter avec la personne traitée, un proche aidant ou l'équipe de soins avait été élaborée sur la base de l'information obtenue des documents retenus et des savoirs expérientiels.

Les renseignements recueillis pendant cette discussion ont pour but de permettre au professionnel de la santé de préciser les aspects à optimiser et de déterminer la nécessité d'instaurer ou non des mesures préventives. Aucune modification n'a été apportée à cette section lors de la mise à jour.

#### RECOMMANDATIONS CLINIQUES — INFORMATION À TRANSMETTRE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'information à transmettre à la personne traitée, son proche aidant ou son équipe de soins devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ Discuter des aspects suivants avec la personne, son proche aidant ou l'équipe de soins :

Habitudes de vie :

- Consommation quotidienne de liquide
- Diètes, régimes ou autres « règles alimentaires » volontaires ou prescrits

- Consommation quotidienne de fibres alimentaires
- Horaire habituel de défécation (à favoriser et respecter autant que possible)
- Activité physique et mobilité, y compris le besoin d'assistance et la disponibilité des accompagnateurs, si besoin

Environnement :

- Accessibilité de la toilette au moment requis (y compris en cas d'urgences fécales qui demandent un accès rapide)
  - Intimité et temps adéquats
  - Besoins en équipements particuliers (p. ex. siège d'aisance, siège rehausseur, baignoire)
- Optimiser avec l'équipe interprofessionnelle la prise en charge des conditions qui favorisent l'élimination fécale, si requis.

## 2.6 Suivi

### 2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Peu d'information concernant le suivi de l'efficacité et de l'innocuité du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale sont disponibles dans les documents retenus. Selon l'un d'eux, l'état des personnes qui souffrent de constipation devrait être réévalué régulièrement [Davies *et al.*, 2020]. Un autre document recommande de vérifier l'efficacité du traitement aussitôt que possible, particulièrement durant la première semaine après son amorce [Sarrío *et al.*, 2021].

### 2.6.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du PMN, qui visait seulement la clientèle hébergée ou hospitalisée, l'efficacité du traitement devait être évaluée au moins une fois par jour et ajustée selon le délai d'action du traitement. D'après les parties prenantes consultées, ce suivi régulier est d'une grande importance pour les populations visées par le PMN, particulièrement les personnes qui doivent prendre des opioïdes, puisqu'elles sont plus susceptibles aux complications liées aux troubles d'élimination fécale, tels que le délirium ou la dénutrition.

L'inclusion des personnes suivies en soins à domicile dans la mise à jour du PMN exige que les modalités de suivi qui concernent cette population soient précisées. Selon la pratique courante, aucun suivi n'est généralement effectué d'emblée dans le contexte des soins à domicile, puisque les personnes concernées ou leur proche aidant se procurent généralement les médicaments prescrits à leur pharmacie communautaire. Il convient cependant de discuter de l'efficacité et du délai d'action selon le traitement prescrit ainsi que des effets indésirables possibles avec la personne ou son proche aidant. De plus, il importe de leur mentionner d'aviser l'équipe des soins à domicile ou de

la pharmacie communautaire si le traitement est inefficace au terme du délai communiqué ou si une situation qui exige une investigation supplémentaire ou une réévaluation se présente (voir [section 2.7](#)).

Certaines parties prenantes ont souligné qu'il arrive régulièrement que des personnes en soins à domicile ne soient pas en mesure de faire leur suivi et qu'elles n'ont pas de proche aidant. Dans ces cas, un aide-soignant fait généralement une visite quotidienne et peut remplacer un proche aidant. Il a donc été décidé d'ajouter un membre de l'équipe de soins à domicile comme étant l'une des personnes qu'il est possible d'informer à propos des éléments de suivi à effectuer.

### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — SUIVI**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que le suivi devrait inclure les éléments suivants :

#### **Pour les personnes en hébergement**

- ▶ Détecter les effets indésirables du traitement pharmacologique.
- ▶ Évaluer l'efficacité du traitement au moins une fois par jour. La fréquence d'évaluation de l'efficacité devrait être ajustée selon le délai d'action du traitement (voir le [tableau 4](#)).

#### **Pour les personnes en soins à domicile**

- ▶ Discuter des aspects suivants avec la personne, son proche aidant ou un membre de l'équipe de soins à domicile :
  - L'efficacité et le délai d'action selon le traitement prescrit (voir le [tableau 4](#)). Demander à la personne, son proche aidant ou l'aide-soignant d'aviser l'équipe des soins à domicile ou de la pharmacie communautaire si le traitement est inefficace au terme de ce délai ou si une situation qui exige une investigation supplémentaire ou une réévaluation se présente (voir [section 2.7](#)).
  - Les effets indésirables possibles du traitement pharmacologique (voir le [tableau 4](#)).

## 2.7 Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire

### 2.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Selon l'information disponible dans les documents retenus, l'orientation vers la médecine spécialisée est recommandée en cas de constipation résistante aux traitements usuels [NCCN, 2024a; Davies *et al.*, 2020]. Aucune autre situation qui exigerait des précautions particulières, une investigation supplémentaire ou une réévaluation n'est mentionnée dans les documents retenus.

### 2.7.2 Perspective des parties prenantes

Lors de l'élaboration initiale du protocole, les parties prenantes avaient identifié certaines situations pour lesquelles une investigation supplémentaire ou une réévaluation devrait être effectuée, soit en cas d'échec des traitements oraux et rectaux, de douleur abdominale persistante malgré le passage non forcé d'une selle ou de suspicion de compression médullaire non connue – qui peut se manifester par les symptômes suivants : paresthésie, hypoesthésie, nouvelle douleur lombaire ou augmentation d'une douleur lombaire existante ou nouveau dysfonctionnement vésico-sphinctérien. Aucune modification n'a été apportée à cette section lors de la mise à jour du PMN.

#### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES — SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que les situations qui exigent une réévaluation ou une investigation supplémentaire devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ Échec des traitements oraux et rectaux
- ▶ Douleur abdominale persistante malgré le passage non forcé d'une selle
- ▶ Suspicion de compression médullaire (non connue) : paresthésie, hypoesthésie, nouvelle douleur lombaire ou augmentation d'une douleur lombaire existante ou nouveau dysfonctionnement vésico-sphinctérien

## 2.8 Modèle d'ordonnance collective

### 2.8.1 Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective

Dans le modèle d'ordonnance collective, les éléments listés dans la section sur les contre-indications sont des exemples de ce que pourraient être des contre-indications à l'application de l'ordonnance pour un groupe précis de professionnels habilités. Les mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du PMN sont incluses dans cette section.

#### **INFORMATION CLINIQUE — Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance dans le modèle d'OC**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective :

- ▶ Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national N° 628016, soit :
  - Présence ou suspicion de présence d'une occlusion intestinale : vomissements avec coliques ou fécaloïdes ou douleur abdominale intense
  - Perforation intestinale connue
  - Douleur abdominale aiguë
  - Stomie
  - Maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite)
  - Saignements gastro-intestinaux
  - Chirurgie rectale, intestinale, abdominale, urinaire, gynécologique ou pelvienne au cours des six dernières semaines
  - Grossesse ou allaitement
  - Diarrhée, gastroentérite ou infection à *C. difficile* au cours des cinq derniers jours
  - Prise d'autres médicaments pour traiter la constipation – p. ex. linaclotide, méthylnaltrexone, naloxegol, plécanatide, prucalopride
  - Contre-indication à l'usage de tous les médicaments recommandés
  - Soins de fin de vie ou de confort (sans alimentation ni hydratation)

### **2.8.2 Exemples de limites ou situations exigeant une consultation obligatoire**

Dans le modèle d'ordonnance collective, les éléments listés dans cette section sont des exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire pour un groupe précis de professionnels habilités.

Outre les situations de la section *Situations qui exigent une réévaluation ou une investigation supplémentaire* du protocole médical national (voir [section 2.7](#)), d'autres peuvent devenir des exemples de motifs de consultation obligatoire pour un groupe précis de professionnels habilités, selon les parties prenantes. Lors de l'élaboration initiale du protocole, les parties prenantes avaient décidé d'ajouter quatre situations pour lesquelles les professionnels qui appliquent l'ordonnance collective devaient obligatoirement demander une consultation avec un prescripteur autorisé, soit l'utilisation de cette ordonnance deux fois en un mois, une réaction allergique au traitement, l'apparition d'une contre-indication à l'application du protocole et après une utilisation de cette ordonnance pour les personnes qui n'ont pas de traitement laxatif prescrit et qui prennent des médicaments pouvant causer de la constipation, comme les opioïdes ou les suppléments de fer ou de calcium par voie orale.

Certaines parties prenantes ont souligné que la prise de docusate ou de psyllium avant l'application du protocole devrait également être une situation qui exige une réévaluation du traitement de base par un prescripteur autorisé étant donné l'efficacité modeste ou nulle de ces traitements, particulièrement s'ils sont administrés seuls. Cet énoncé a donc été ajouté à la liste des situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire dans le modèle d'ordonnance collective.

### **INFORMATION CLINIQUE — Exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire**

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire :

- ▶ Utilisation de l'ordonnance collective deux fois en un mois
- ▶ Réaction allergique au traitement
- ▶ Apparition d'une contre-indication à l'application du protocole
- ▶ Échec des traitements oraux et rectaux
- ▶ Douleur abdominale persistante malgré le passage non forcé d'une selle
- ▶ Suspicion de compression médullaire (non connue) : paresthésie, hypoesthésie, nouvelle douleur lombaire ou augmentation d'une douleur lombaire existante, ou nouveau dysfonctionnement vésico-sphinctérien
- ▶ Après l'application de l'ordonnance collective pour les personnes qui n'ont pas de traitement laxatif prescrit et qui prennent des médicaments qui peuvent occasionner de la constipation – p. ex. opioïdes, fer ou calcium par voie orale
- ▶ Après l'application de l'ordonnance collective à des personnes dont le traitement laxatif initial est composé uniquement de docusate sodique ou calcique et/ou de psyllium.

## FORCES ET LIMITES

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature scientifique ou grise, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge d'un épisode ponctuel de constipation.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou la perspective clinique nécessaire aux travaux était constitué de professionnels qui représentaient la majorité des professionnels touchés par ces recommandations — médecins de famille et pharmaciens en gériatrie ou en soins palliatifs et infirmière conseillère-cadre. Ce comité a aussi été invité à apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux afin de favoriser l'adhésion aux recommandations par les milieux de soins concernés. Par ailleurs, la validation externe du rapport par des lectrices externes – deux médecins de famille en gériatrie ou en soins palliatifs et une pharmacienne en établissement de santé – a permis de vérifier en amont de sa publication la clarté et l'utilité des outils, et de préciser des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations transmises dans les outils cliniques. Afin de s'assurer que les outils cliniques découlant des travaux seront clairs, utiles à la pratique et adaptés à la réalité du terrain, onze infirmier(ères) futur(es) utilisateur(trices) potentiel(les) pratiquant dans différentes régions du Québec ont aussi été consulté(es).

Même si les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Parmi les 13 documents retenus pour les travaux, selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II), la rigueur du processus d'élaboration de certains guides est limitée et peu de documents contiennent une évaluation des forces et des limites de la preuve scientifique en appui aux recommandations élaborées. De plus, de nombreux documents présentent peu de recommandations applicables dans le contexte d'un protocole médical national – p. ex. plusieurs documents présentent des recommandations sur les autres médicaments pour traiter la constipation, comme le naloxéfol ou le prucalopride, non remboursés par le régime public d'assurance médicaments. Par ailleurs, bien que la stratégie de recherche indique des dates de publication récentes, les documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui devraient parfois être actualisés. Aussi, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires sur l'efficacité et l'innocuité des traitements, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus.

Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées. Aucune analyse d'impact budgétaire concernant l'application des recommandations de traitements n'a été réalisée.

Enfin, bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risque associé, et elle demeure incomplète à plusieurs égards. De plus, en raison de la portée des travaux qui concernent principalement les professionnels de la santé, la perspective des personnes ciblées par ce protocole, soit les adultes de profil gériatrique ou qui reçoivent des traitements en soins palliatifs, n'a pas été colligée, ni celle de citoyens. Enfin, la perspective des ordres, fédérations et associations professionnelles, par le biais d'un comité de suivi, n'a pas été recueillie dans le cadre de ces travaux.

## CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

La constipation est un problème très courant dans la population de profil gériatrique ou qui reçoit des traitements en soins palliatifs, en raison des nombreux facteurs prédisposants qui sont fréquents dans cette population. La gestion d'un problème occasionnel de constipation entraîne de très nombreuses consultations chez les cliniciens. Sans se substituer au jugement clinique, les outils découlant des présents travaux devraient permettre de soutenir les professionnels habilités dans l'application des mesures d'appréciation de la condition de santé et dans le choix du traitement pharmacologique. Ultiment, ces outils devraient permettre d'améliorer l'expérience de soins des personnes qui présentent un problème ponctuel de constipation et de favoriser le travail interprofessionnel des cliniciens. De plus, l'élargissement du PMN aux personnes en soins à domicile augmentera l'applicabilité de ce protocole à un plus grand nombre de personnes. Enfin, le protocole et le modèle d'ordonnance collective permettront d'harmoniser les pratiques au Québec et de soutenir les nombreux professionnels qui ont pour mandat d'élaborer ou de mettre à jour des ordonnances locales.

À la suite de la publication du PMN sur l'élimination fécale en 2020, des professionnels de la santé ont souligné un frein à son applicabilité. La complexité, l'exhaustivité et la longueur du protocole ont notamment été nommées. Un autre enjeu d'importance est le fait que la version antérieure du protocole s'étirait sur un grand nombre de jours, ce qui pouvait entraîner un délai avant l'application de mesures de traitement efficaces. La simplification du PMN et plus précisément des approches de traitement oral en plus de l'ajout d'une approche à privilégier lorsqu'un soulagement rapide est souhaité ont pour objectif d'aborder ces enjeux afin de limiter les obstacles associés à la mise en œuvre.

L'inclusion des personnes en soins à domicile, qui reçoivent leurs médicaments par le biais de leur pharmacie communautaire, peut également entraîner certains enjeux, notamment en ce qui a trait au suivi de l'efficacité et de l'innocuité ainsi qu'au remboursement des traitements pharmacologiques par la RAMQ, qui nécessitent l'application d'un critère de médicament d'exception. En outre, la disponibilité rapide des médicaments pour les personnes en soins à domicile soulève un enjeu, puisqu'il faut tenir compte du délai nécessaire à la préparation et à la livraison des médicaments par la pharmacie communautaire.

La mise à jour du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. À terme, ces outils devraient permettre le rehaussement et l'harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent un problème ponctuel de constipation.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du PMN et du modèle d'OC mis à jour;
- de l'adhésion à ces changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement des gestionnaires de groupes de médecine familiale, des directions de soins infirmiers et des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens à adopter ou adapter le modèle d'OC de l'INESSS associé au PMN;
- de l'établissement de conditions gagnantes au travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins;
- de la disponibilité de formations lorsque nécessaire;
- et de la promotion de ces outils au sein du réseau.

## FUTURE MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication de ce guide, soit en 2029, selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, l'inscription de nouveaux médicaments aux listes ou des changements significatifs dans les critères de remboursement au régime public d'assurance médicaments ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux au regard de travaux futurs relatifs au traitement pharmacologique visant l'élimination fécale. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être réalisée. Au besoin, les cliniciens qui ont accompagné les travaux pourraient être consultés afin de vérifier s'ils jugent pertinent de faire une mise à jour du protocole médical national.

## RÉFÉRENCES

- Alvaro D, Caraceni AT, Coluzzi F, Gianni W, Lugoboni F, Marinangeli F, et al. What to Do and What Not to Do in the Management of Opioid-Induced Constipation: A Choosing Wisely Report. *Pain Ther* 2020;9(2):657-67.
- Brenner DM, Corsetti M, Drossman D, Tack J, Wald A. Perceptions, Definitions, and Therapeutic Interventions for Occasional Constipation: A Rome Working Group Consensus Document. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2024;22(2):397-412.
- British Columbia Centre for Palliative Care (BCCPC). B.C. Inter-professional Palliative Symptom Management Guidelines. New Westminster, BC : BCCPC; 2019.
- Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario CV, Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology* 2023;164(7):1086-106.
- Couture JA, Lambert C, Courtemanche F. Gestion de la constipation en UCDG. Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives du Canada; Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 3e édition 2020(Annexe 14).
- Davies A, Leach C, Caponero R, Dickman A, Fuchs D, Paice J, Emmanuel A. MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2020;28(1):23-33.
- De Giorgio R, Zucco FM, Chiarioni G, Mercadante S, Corazziari ES, Caraceni A, et al. Management of Opioid-Induced Constipation and Bowel Dysfunction: Expert Opinion of an Italian Multidisciplinary Panel. *Adv Ther* 2021;38(7):3589-621.
- Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, et al. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *J Palliat Med* 2019;22(8):986-97.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Québec, QC : INSPQ; 2021.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) : Palliative Care, Version 1.2024. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2024a.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) : Adult Cancer Pain, Version 2.2024. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2024b.
- Okdahl T, Emmanuel A, Morlion B, Farmer A, Varrassi G, Drewes AM. Recommendations for the management of opioid-induced constipation - how to improve usability in clinical practice. *Expert rev* 2023;17(10):975-83.

- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews* 2021;10(1):1-11.
- Purdue Pharma. Senokot®S séné (sennosides standardisés)— docusate de sodium, Laxatif stimulant—Émollient fécal. 2020;
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A proactive approach to bladder and bowel management in adults. 4th ed. Toronto, ON : RNAO; 2020.
- Rogers B, Ginex PK, Anbari A, Hanson BJ, LeFebvre KB, Lopez R, et al. ONS Guidelines TM for Opioid-Induced and Non-Opioid-Related Cancer Constipation. *Oncol Nurs Forum* 2020;47(6):671-91.
- Sanofi Santé Grand Public. Dulcolax, bisacodyl, Laxatif stimulant. 2019;
- Sarrio RG, Calsina-Berna A, Garcia AG, Esparza-Minana JM, Ferrer EF, Porta-Sales J. Delphi consensus on strategies in the management of opioid-induced constipation in cancer patients. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):1.
- Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducrotte P, Gourcerol G, et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil* 2020;32(2):e13762.

# ANNEXE I

## Méthodologie

### Questions

Dans le but de répondre le mieux possible aux besoins associés aux travaux, les questions d'évaluation ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PIPOH<sup>1</sup> (population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées, paramètres d'intérêt [*outcome*] et le milieu et contexte clinique où s'applique l'intervention [*health care setting*]).

### Protocole médical national

#### Situation clinique/contre-indications

1. Quels sont les critères pour définir la situation clinique qui fait l'objet du protocole, soit la constipation – p. ex. absence de selles durant plus de 72 heures et diminution du rythme habituel d'élimination intestinale?
2. Quelles sont les contre-indications à l'application du protocole – p. ex. maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable, occurrence de *C. difficile*, présence d'une stomie, etc.?

#### Appréciation de la condition de santé

3. Quels sont les symptômes et signes à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé?
4. Quels sont les symptômes et signes compatibles avec d'autres conditions cliniques à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé (diagnostic différentiel)?
5. Quels sont les antécédents médicaux qu'il est pertinent de rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé?
6. Quelle est l'information sur les habitudes de vie et leurs changements à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé – p. ex. habitudes alimentaires, activité physique, éléments environnementaux?
7. Quelle est l'information liée à l'histoire médicamenteuse à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé – p. ex. usage de laxatifs ou de diurétiques, médicament pouvant entraîner une diminution de la fréquence de l'élimination?

---

<sup>1</sup> <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>.

8. Quelle est l'information sur le profil habituel d'élimination fécale et la situation dite d'irrégularité intestinale à rechercher lors de l'évaluation de la condition de santé – p. ex. fréquence, caractéristiques des selles, horaire, mode d'élimination?
9. Quels sont les examens physiques à réaliser – présence de selles dans le rectum, abdomen distendu?
10. Quelles sont les autres investigations à effectuer?

### **Conduite thérapeutique**

11. Quels sont les traitements pharmacologiques recommandés pour la régularisation du transit intestinal?
12. Quelles sont les modalités de meilleures pratiques cliniques pour l'amorce de la médication visant la régularisation du transit intestinal en ce qui concerne les aspects suivants :
  - i. Les indications de traitement?
  - ii. Les posologies employées?
  - iii. La durée du traitement?
  - iv. Le moment de l'administration?
  - v. Les contre-indications?
  - vi. Les précautions particulières?
  - vii. Les effets indésirables?
  - viii. Les principales interactions médicamenteuses à connaître avant d'entreprendre le traitement?

### **Suivi**

13. Quels sont les éléments à rechercher lors du suivi
  - i. Pour apprécier l'efficacité et l'innocuité du traitement?
  - ii. Pour vérifier l'absence de complications – p. ex. symptômes et signes d'alarme?
14. Quelles sont les modalités de meilleures pratiques cliniques concernant l'ajustement des doses du traitement initial?
15. Quelles sont les modalités de meilleures pratiques cliniques concernant l'ajout d'une ou de plusieurs médicaments en combinaison avec le traitement initial et leurs ajustements?
16. Quelles sont les différences des modalités de suivi selon les contextes de soins – p. ex. centre d'hébergement ou soins à domicile?
17. Quelles sont les interventions préventives à appliquer à la suite du traitement pharmacologique?

### **Ordonnance collective**

18. Quelles sont les situations qui constituent des contre-indications à l'application de l'ordonnance collective?
19. Quelles sont les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire?

## **Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques ainsi que des données scientifiques**

### **Type de revue de la littérature**

Revue systématique de la littérature ciblant des documents présentant de l'information ou des recommandations cliniques.

### **Sources de données et stratégies de recherche de la littérature**

Pour l'actualisation du protocole médical national, la même stratégie de recherche que celle employée précédemment a été mise à jour. Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet.

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews et CINAHL Complete ont été interrogées en août 2024 en tenant compte des concepts suivants : élimination fécale et traitement pharmacologique.

La stratégie ciblait les guides de pratiques cliniques et les revues systématiques publiés en anglais ou en français depuis avril 2019, date du repérage précédent, jusqu'en août 2024. Basée sur la stratégie initiale, elle a été élaborée d'abord dans MEDLINE et adaptée dans chacune des bases de données consultées.

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée par un professionnel scientifique en consultant les sites Web des agences et organismes d'évaluation des technologies de la santé, de sociétés savantes ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux ou paragonnementaux internationaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec le thème des travaux. Seuls les sites Web d'agences d'évaluation des technologies de la santé et d'autres organismes établis dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les revenus, le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada ont été consultés – p. ex. les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Belgique, la France, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni (y compris l'Écosse) et le Japon.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées se trouvent à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

Enfin, les listes de références des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents (méthode « boule-de-neige »).

### **Documentation de la recherche de la littérature**

La conseillère en information scientifique désignée pour le projet a élaboré, en collaboration avec la professionnelle scientifique, la stratégie de repérage dans les sources de données susmentionnées. Ce processus était itératif afin d'optimiser la recherche documentaire. La recherche de la littérature scientifique dans les bases de données a été documentée par la conseillère en information scientifique.

### **Critères de sélection de la littérature**

La sélection à partir du titre et du résumé des publications repérées par la recherche bibliographique a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques pour l'ensemble des publications, et ce, en considérant les critères d'inclusion et d'exclusion établis et présentés ci-dessous (voir [tableau I-1](#)). Les deux professionnelles scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de citations pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection des documents répondant aux questions de la dimension clinique. La sélection a ensuite été réalisée par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue aux fins d'analyse.

Quant aux documents repérés par la recherche manuelle et par « boule-de-neige », une professionnelle scientifique en a effectué la sélection par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux à partir des mêmes critères. Une deuxième professionnelle scientifique a réalisé la sélection des textes intégraux sélectionnés au préalable par la première professionnelle scientifique.

À l'étape de la sélection à partir de la lecture des textes intégraux, la raison d'une exclusion a été inscrite dans un tableau. Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA [Page MJ *et al.*, 2021], illustrant le processus de sélection des documents retenus pour les revues systématiques, se trouve à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*.

La liste et les caractéristiques des documents inclus et la liste des documents exclus et les raisons de leur exclusion se trouvent aux annexes C et D du document *Annexes complémentaires*, respectivement.

**Tableau I-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques**

<b>Critères d'inclusion — Études scientifiques</b>	
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulte de 18 ans et plus recevant des soins palliatifs et présentant une absence de selles durant plus de 48 heures ou</li> <li>▪ Population gériatrique présentant une absence de selles durant plus de 72 heures</li> </ul>
<b>INTERVENTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laxatifs de lest (p. ex. psyllium, méthylcellulose)</li> <li>▪ Laxatifs osmotiques (p. ex. polyéthylène glycol, lactulose)</li> <li>▪ Agents surfactants (p. ex. docusate de sodium)</li> <li>▪ Laxatifs stimulants (p. ex. bisacodyl, sennosides)</li> <li>▪ Lavements (p. ex. eau saline, huile)</li> <li>▪ Autres interventions non pharmacologiques (p. ex. extraction manuelle si fécalome)</li> </ul>
<b>PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Professionnels autorisés</li> </ul>
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT (OUTCOMES)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition de la situation clinique applicable au protocole</li> <li>▪ Contre-indications à l'application du protocole</li> <li>▪ Principaux paramètres pertinents à l'évaluation de l'état de santé</li> <li>▪ Examens physiques et autres évaluations à effectuer</li> <li>▪ Traitements pharmacologiques à privilégier, y compris posologie, ajustement, contre-indications, moment d'administration et précautions à prendre</li> <li>▪ Principaux effets indésirables et interactions médicamenteuses</li> <li>▪ Éléments de suivi</li> </ul>
<b>MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulatoire</li> <li>▪ Établissements de santé/hébergement</li> <li>▪ Groupe de médecine de famille (GMF)</li> <li>▪ Soins à domicile</li> <li>▪ Recommandations de pays de l'OCDE dont les revenus, le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada – p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, Espagne, Suisse, France, Royaume-Uni (Écosse comprise), Japon.</li> </ul>
<b>LANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En français ou en anglais</li> </ul>
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides de bonnes pratiques cliniques, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques</li> </ul>
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avril 2019 à août 2024</li> </ul>

<b>Critères d'exclusion — Études scientifiques</b>	
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne ayant : maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable ou autres maladies inflammatoires de l'intestin, diverticulite, obstruction intestinale, maladie de Parkinson</li> <li>▪ Personne portant une stomie</li> </ul>
<b>INTERVENTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres interventions pharmacologiques (p. ex. sécrétagogues [linaclotide, plécanatide], agonistes du récepteur 5-HT4 [prucalopride], antagonistes des récepteurs opioïdes <math>\mu</math> [méthylaltréxone, naloxéol])</li> <li>▪ Probiotiques ou prébiotiques</li> </ul>
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT (OUTCOMES)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traitements visant à prévenir la constipation</li> </ul>
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents reprenant des recommandations d'un autre document retenu</li> <li>▪ Documents dont les recommandations reposent sur des recommandations de GPC obsolètes (publiés avant 2019 et dont des mises à jour sont disponibles)</li> <li>▪ Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) et sans recommandations</li> <li>▪ Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, résumé de conférence, autre type de devis d'études primaires</li> </ul>

### **Évaluation de la qualité méthodologique**

Après une phase pilote concluante portant sur quelques publications incluses, l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à l'aide des outils d'évaluation énumérés ci-dessous. Toute discordance a été discutée entre les deux professionnelles scientifiques et arbitrée par une troisième personne, lorsque cela était nécessaire.

Les guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille AGREE II.

Les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus à l'étape de la sélection à partir de leur lecture sont rapportés à l'annexe E du document *Annexes complémentaires*.

### **Extraction**

Pour les documents qui intègrent des recommandations cliniques, seuls ceux dont la qualité méthodologique a été jugée acceptable, basée sur le domaine de la rigueur scientifique de l'outil d'évaluation AGREE II, ont été retenus pour l'extraction et l'analyse.

L'extraction a été effectuée par une professionnelle à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les extractions ont été contrevérifiées par une deuxième professionnelle.

### **Analyse et synthèse**

Une analyse des documents retenus a été effectuée par une professionnelle scientifique pour repérer les similarités et les différences entre l'information, les recommandations, les données scientifiques extraites et les caractéristiques distinctives entre les documents. L'ensemble a été résumé dans une synthèse narrative, et ce, en tenant

compte de la qualité méthodologique des documents – p. ex. rigueur d'élaboration, indépendance éditoriale. Cette analyse et synthèse a été validée par une deuxième professionnelle scientifique. La force des recommandations extraites des guides de pratique clinique et lignes directrices ainsi que la qualité de la preuve scientifique qui appuie ces recommandations ont été précisées lorsque disponibles.

## Méthode de synthèse des éléments contextuels

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, programmes, outils cliniques, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada.

### Type de revue de la littérature

Revue narrative<sup>2</sup> de la littérature.

### Sources de données et stratégie de collecte

Une recherche manuelle a été effectuée par une professionnelle scientifique en consultant les sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux et provinciaux, de regroupements, de communautés de pratique ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine des travaux ou encore ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec.

Les critères de remboursement des médicaments du régime général d'assurance médicaments du Québec et les monographies officielles homologuées par Santé Canada ont aussi été consultés, et ce, par le biais de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par l'*Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS). Dans le cadre de la mise à jour de ce protocole, seules les monographies mises à jour depuis avril 2019 ont été retenues. Si aucune monographie canadienne n'était disponible, l'information sur les médicaments a été tirée du site *Vigilance Santé*.

### Extraction

À l'exception de l'information tirée des monographies, aucune extraction dans un tableau n'a été faite pour les autres aspects documentés servant à contextualiser l'information ou les recommandations tirées des documents retenus aux fins d'analyse. L'extraction a été réalisée par une professionnelle scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. Les extractions ont été vérifiées par une deuxième professionnelle.

---

<sup>2</sup> Selon la définition de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une revue narrative se définit comme étant une revue ayant pour objectif de « présenter un état de connaissances, une synthèse, une information de base ou une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique » [INSPQ, 2021].

## **Méthodes d'analyse et synthèse**

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents pour les travaux ont ensuite été synthétisés de façon narrative par une professionnelle scientifique, puis vérifiés par une deuxième personne.

## **Gestion des références**

La gestion des références a été réalisée à l'aide du logiciel bibliographique EndNote. Les publications ont été classées par groupes identifiés selon les questions d'évaluation et l'information pertinente à référencer dans le rapport. Le fichier EndNote a été enregistré dans un répertoire électronique réservé au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

## **Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies lors de consultations**

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Cette collecte de données à partir de consultations a permis de compléter les autres sources de données pour mieux répondre aux questions d'évaluation et de comparer, notamment, l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise. Les noms des personnes consultées sont indiqués dans les pages liminaires du rapport associé aux travaux.

## **Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie**

### **Informateurs clés**

Des informateurs clés ont été consultés avant même de commencer l'exercice de mise à jour du protocole médical national afin d'identifier les obstacles, les éléments facilitants et les enjeux liés à l'application du protocole déjà en place. À partir d'une série de questions servant à documenter les différents enjeux des travaux, des consultations individuelles ont été tenues.

Deux membres de l'équipe projet (une professionnelle scientifique et une coordonnatrice scientifique) ont assisté aux entretiens. Des comptes rendus de ces discussions ont été rédigés par une professionnelle scientifique et validés par la coordonnatrice scientifique. Les documents sont tous consignés dans un espace de travail commun alloué aux présents travaux.

## **Comité consultatif**

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec le thème des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet. Il était composé de professionnelles de la santé détenant différentes spécialités et expertises qui exercent leur profession selon le thème des travaux. Le comité consultatif avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des recommandations formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par une professionnelle scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, un résumé des échanges et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par les membres de l'équipe de projet présents aux rencontres. Ces documents ont été consignés dans un espace de travail commun alloué aux présents travaux.

## **Analyse et synthèse**

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par une professionnelle scientifique selon des thèmes liés aux questions d'évaluation. Une portion de l'information extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi à étayer la perspective des cliniciens dans l'ensemble des documents produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer l'information tirée des différentes perspectives recueillies. Une deuxième personne s'est assurée de la justesse des propos rapportés.

## **Méthodes d'analyse économique et d'impact budgétaire**

Aucune analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire n'a été effectuée, puisque les travaux visaient principalement à soutenir la pratique clinique des professionnels de la santé et qu'aucune recommandation à l'attention des décideurs n'a été élaborée.

## **Processus et méthode d'élaboration des recommandations et de l'outil clinique**

Les recommandations ont été élaborées en collaboration avec le comité consultatif. Pour chacune des questions d'évaluation, l'ensemble de l'information recueillie a été colligé en fonction des grandes étapes du cheminement clinique. Pour mettre à jour les propositions de recommandations cliniques et du protocole médical national, l'ensemble de la preuve a été analysé en considérant, lorsque pertinent, les dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle. De plus, l'information clinique ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques, l'information contextuelle et les perspectives des parties prenantes ont également été considérées. Un tableau qui met en parallèle l'information originale, les nouvelles

données et les propositions préliminaires de modifications aux recommandations a été élaboré à partir des critères présentés au [tableau I-2](#). Basé sur l'ensemble de la preuve, cet outil associe le temps du verbe avec le niveau de confiance que les avantages d'adopter une recommandation excèdent les inconvénients ainsi que le degré attendu d'adoption de celle-ci.

Les membres du comité consultatif ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, sur l'ensemble de la preuve, et à réagir sur les propositions préliminaires formulées par l'équipe de projet et destinées ultimement à l'élaboration du protocole médical national. À cette étape, ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve scientifique, si pertinent, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers, puis à examiner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité ainsi que les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources afin d'en venir à une décision pour chacune des propositions. Les principaux constats découlant de ces consultations ont été compilés et analysés. Le contenu a été retenu après l'approbation de l'ensemble des membres du comité consultatif.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif se sont prononcés par courriel sur les documents finaux. L'approbation finale des recommandations contenues dans le protocole médical national a été considérée comme unanime lorsque 100 % des participants étaient en accord, et majoritaire lorsqu'au moins 80 % des participants étaient favorables. Un avis partagé a été considéré lorsque 51 % à 79 % des membres étaient en accord.

À la suite des rencontres, le rapport et l'outil clinique élaborés par l'équipe de projet ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et les informer de l'issue des recommandations cliniques à la suite du processus itératif. Les documents ont ensuite été soumis à un processus de validation externe. Lorsque des changements au contenu ont été proposés en cours de validation, les membres du comité consultatif ont été consultés par courriel afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non les recommandations.

**Tableau I-2 Formulation des recommandations**

NIVEAU DE CONSENSUS BASÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS	DIRECTIVE POUR LA FORMULATION DE LA RECOMMANDATION
<p>Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ est associée à une obligation légale</li> <li>✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en employant le verbe « devoir », ou le verbe à l'infinitif.</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ que, pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les avantages l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse; et</li> <li>✓ que l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u></b> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>devrait être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe,</p> <p>en employant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action, ou</p> <p>en employant un verbe d'action directif à l'infinitif (p. ex. prescrire, recourir, mesurer, administrer, discuter, demander).</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les avantages l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse</li> <li>✓ l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité),</li> <li>✓ d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins coûteux sont disponibles et peuvent être envisagés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u></b> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>pourrait être appliquée</u></b> selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe</p> <p>en employant un verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, ou</p> <p>en employant un verbe d'action subjectif (p. ex. proposer, envisager, considérer, offrir, suggérer)</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sans données probantes, les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants ou à certains choix décisionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait être considérée au cas par cas</u></b> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <b><u>pourrait être considéré au cas par cas</u></b> selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>Le verbe « considérer/envisager au cas par cas » est employé.</p>

## **Validation par les pairs**

Des lectrices externes ont été invitées à évaluer la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des travaux. Elles ont été choisies selon leur expertise et leur engagement dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ces personnes ont été conviées à formuler des commentaires sur une version préliminaire du rapport, du protocole médical national et de l'ordonnance collective. Bien qu'elles aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lectrices externes n'ont pas révisé ni approuvé les versions finales.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du protocole médical national, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, plusieurs futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été sollicités pour répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire du protocole médical national. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive de ce protocole.

Les commentaires des lectrices externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et ont été consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, les documents ont été ajustés en conséquence. Les noms et affiliations des lectrices externes et des futurs utilisateurs figurent dans les pages liminaires du rapport. Les questions du guide de lecture externe et du sondage pour les futurs utilisateurs sont consultables aux annexes G et H du document *Annexes complémentaires*, respectivement.

## **Confidentialité et aspects éthiques**

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des personnes participantes. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux, à l'exception des informateurs clés, a été invité à prendre connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

## **Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toute personne appelée à collaborer, à l'exception des informateurs clés et des futurs utilisateurs qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière spécifique sur les aspects précités, a dû déclarer les intérêts ou rôles d'ordre personnel, professionnel ou institutionnel susceptibles de la placer dans une situation propice à la survenue de conflits d'intérêts ou de rôles, comme définis dans la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les

collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles et les modalités de gestion qui ont été appliquées sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du rapport « Guides et normes », par souci de transparence.

## ANNEXE II

### Description des documents retenus

Une recherche systématique a été effectuée afin de repérer des documents présentant de l'information ou des recommandations cliniques concernant la constipation aiguë chez l'adulte. Cela a permis de repérer 1 281 documents publiés entre avril 2019 et août 2024 auxquels s'ajoutent 10 documents provenant de la littérature grise. À la suite du processus de sélection, 13 documents publiés par des associations, sociétés savantes ou groupes d'experts associés aux questions d'évaluation ont été retenus, soit :

- Choosing Wisely
  - *What to Do and What Not to Do in the Management of Opioid-Induced Constipation: A Choosing Wisely Report* [Alvaro et al., 2020]
- Rome Foundation Working Group (RFGW)
  - *Perceptions, Definitions, and Therapeutic Interventions for Occasional Constipation: A Rome Working Group Consensus Document* [Brenner et al., 2024]
- American Gastroenterological Association - American College of Gastroenterology (AGA-ACG)
  - *American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation* [Chang et al., 2023]
- Palliative Care Study Group of the Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC)
  - *MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer* [Davies et al., 2020]
- Italian multidisciplinary panel on the management of opioid- induced constipation (OIC) and bowel dysfunction
  - *Management of Opioid-Induced Constipation and Bowel Dysfunction: Expert Opinion of an Italian Multidisciplinary Panel* [De Giorgio et al., 2021]
- Japanese Society of Palliative Medicine (JSPM)
  - *Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations* [Hisanaga et al., 2019]
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
  - *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Palliative Care, Version 1.2024 — February 16, 2024* [NCCN, 2024a]

- *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Adult Cancer Pain, Version 2.2024 — March 11, 2024* [NCCN, 2024b]
- Okdahl *et al.*
  - *Recommendations for the management of opioid-induced constipation - how to improve usability in clinical practice* [Okdahl *et al.*, 2023]
- Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO)
  - *Une approche proactive de la gestion de la vessie et des intestins chez les adultes* [RNAO, 2020]
- Oncology Nursing Society (ONS)
  - *ONS Guidelines™ for Opioid-Induced and Non-Opioid-Related Cancer Constipation* [Rogers *et al.*, 2020]
- Sarrio *et al.*
  - *Delphi consensus on strategies in the management of opioid-induced constipation in cancer patients* [Sarrio *et al.*, 2021]
- European society of neurogastroenterology and motility (ESNM)
  - *European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults* [Serra *et al.*, 2020]

Ces documents ont été évalués, et la qualité méthodologique de trois d'entre eux a été jugée inadéquate pour leur utilisation selon l'outil d'évaluation AGREE II, compte tenu de lacunes importantes en ce qui a trait à la rigueur d'élaboration [Okdahl *et al.*, 2023; De Giorgio *et al.*, 2021; Alvaro *et al.*, 2020].

D'autres documents de référence, dont la qualité méthodologique n'a pas été appréciée, ont également été utilisés dans le cadre des travaux. Il s'agit, entre autres, de monographies de médicaments. Les monographies de la base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada (BDPP) ou celles de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) concernant les traitements recommandés dans le protocole médical national (PEG, lactulose, sennosides, bisacodyl en comprimé ou en suppositoire) sont celles qui ont été consultées. Aucune monographie canadienne n'a été trouvée concernant les lavements intrarectaux et la glycérine en suppositoire.

Le processus de sélection des documents à partir de la recherche systématique de la littérature scientifique et de la recherche de la littérature grise, sous forme de diagramme de flux, la liste des documents exclus ainsi que la description et l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus sont présentés dans le document *Annexes complémentaires*.

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

