

# Le protocole de détresse respiratoire chez les personnes âgées en fin de vie: Un choix thérapeutique de dernier recours?

Diane Tapp<sup>a</sup>, inf., Ph.D., Marie-Eve Cimon<sup>b</sup>, Inf., M.Sc., Florence Martineau<sup>c</sup>, Inf. B.Sc., Laurie Plamondon<sup>c</sup>, Inf. B.Sc., Abba Fadimatou<sup>d</sup> Inf., B.Sc. et Ariane Plaisance<sup>e</sup>, Ph.D.

<sup>a</sup> Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

<sup>b</sup> Étudiante au doctorat en sciences infirmières, Université Laval

<sup>c</sup> Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval

<sup>d</sup> Infirmière clinicienne, Centre hospitalier universitaire de Québec- Université Laval

<sup>e</sup> Professionnelle de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

---

## Résumé

**Contexte.** Au Québec, le protocole de détresse respiratoire (PDR) est prescrit aux patients recevant des soins palliatifs et de fin de vie. Il s'agit de l'administration simultanée d'un opioïde, d'un anticholinergique et d'un sédatif par une infirmière permettant d'induire une sédation et de diminuer rapidement les symptômes aigus d'un patient en fin de vie. Selon le protocole médical de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), le PDR devrait être une mesure d'urgence et de dernier recours. Son utilisation est peu documentée et serait fréquente auprès des aînés. **But et méthodes.** Le but de cet article est de décrire la prévalence, la fréquence et les motifs justifiant le recours au PDR, ainsi que les administrations non conformes chez les personnes âgées dans différents milieux cliniques. Une étude de cohorte rétrospective transversale multicentrique a été effectuée dans six unités de soins de la grande région de Québec. Quatre-cents quatre-vingt (488) dossiers de patients décédés alors qu'ils étaient âgés de plus de 65 ans ont été analysés. **Résultats.** La moyenne d'âge au décès était de 81,1 ans ( $\pm 9,2$ ). Globalement, 78 patients ont reçu un total de 127 PDR. Soixante-quatre PDR (50,4 %) administrés étaient non-conformes. Les prévalences de l'administration du PDR et de la non-conformité sont plus élevées aux soins intensifs. **Discussion.** Les pratiques actuelles de gestion des symptômes aigus chez des patients âgés en fin de vie doivent être améliorées. **Retombées.** La mise en perspective de ces constats permettra d'améliorer la qualité des soins offerts de même que de réduire les disparités entre les milieux cliniques.

**Mots-clés :** fin de vie, protocole de détresse respiratoire, personne âgée, dyspnée sévère.

## The Respiratory Distress Protocol in the Elderly at the End of Life: A Therapeutic Choice of Last Resort?

**Context.** In the province of Quebec, the respiratory distress protocol (RDP) is prescribed to patients receiving palliative and end-of-life care. It is the administration of an opioid, an anticholinergic and a sedative by a nurse aiming to induce sedation and rapidly reduce the acute symptoms of a patient at the end of life. According to the national medical protocol (INESSS), RDP should only be administered to conscious persons facing a specific clinical situation and should be an emergency, last resort measure. Its use is poorly documented and is likely to be frequent with elderly persons. **Purpose and methods.** The purpose was to describe the prevalence, frequency, reasons for RDP use in the elderly, as well as non-compliant administration in different clinical settings. A multicenter, cross-sectional, retrospective cohort study was conducted in six care units in the greater Quebec City area. Four hundred and eighty-eight (488) records of patients who died while over the age of 65 years were analyzed. **Results.** Mean age at death was 81.1 years ( $\pm 9.2$ ). Overall, 78 patients received a total of 127 RDPs. Sixty-four RDPs (50.4%) administrations were not compliant. The prevalence of RDP administration and non-compliance are higher in the ICU. **Discussion.** Current practices for the management of acute symptoms of patients at the end of life need to be improved. **Conclusion.** Challenging current practices will improve the quality of care offered to persons at the end of their life and reduce disparities between clinical settings.

**Keywords :** End of life, respiratory distress protocol, elder, severe dyspnea.

---

Cette recherche a été subventionnée par la Fondation Drummond qui contribue à l'amélioration du vieillissement en santé des personnes âgées défavorisées. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Diane Tapp, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, [diane.tapp@fsi.ulaval.ca](mailto:diane.tapp@fsi.ulaval.ca) [diane.tapp@fsi.ulaval.ca](mailto:diane.tapp@fsi.ulaval.ca)

Toutes pathologies confondues, 90% des patients en fin de vie vivront un épisode de dyspnée (Baker Rogers et al., 2021). Dans le continuum de fin de vie et plus précisément dans les sept derniers jours de vie, la sévérité de la dyspnée tend à augmenter et à prendre de plus en plus de place dans les activités quotidiennes de la personne (Lewthwaite et al., 2021). La dyspnée est une sensation de respiration inconfortable altérant de façon significative la qualité de vie des personnes (Baker Rogers et al., 2021). Il s'agit d'une expérience multidimensionnelle reliée à un inconfort respiratoire variant en intensité (Parshall et al., 2012). Elle est qualifiée de modérée, lorsqu'elle se manifeste à l'effort et de sévère lorsqu'elle se manifeste à la parole ou au repos complet (Berliner, 2016). En l'absence de traitements appropriés, la dyspnée peut se détériorer rapidement et engendrer une crise dyspnéique (Mularski, 2013). Les lignes directrices internationales suggèrent l'utilisation d'opioïdes pour la prise en charge de la dyspnée sévère en fin de vie. En cas de persistance ou d'aggravation du symptôme, une benzodiazépine peut être ajoutée (Slawnych, 2020). De plus, des méthodes non pharmacologiques existent pour prévenir la dyspnée sévère en fin de vie, comme le repositionnement du patient, des techniques de relaxation ou de respiration contrôlée et l'utilisation d'un ventilateur à air ambiant installé devant le visage du patient (Baldeo, 2020; Booth et Johnson, 2019; Zemel Rachel, 2021).

Au Québec, la crise dyspnéique est communément appelée la « détresse respiratoire » (Viel et Lefebvre, 2020). Celle-ci se définit comme une détérioration subite et aiguë de la fonction respiratoire s'accompagnant d'agitation, d'anxiété et de tachypnée (Dufort-Rouleau et al., 2020). Dans les établissements de santé et de services sociaux de la province, face à une telle situation, une intervention pharmacologique communément appelée « protocole de détresse respiratoire » (PDR) est utilisée. Même s'il est prescrit pratiquement d'emblée à tous les patients en fin de vie, il s'agit d'une mesure de dernier recours réservée aux personnes conscientes présentant une situation clinique précise soit un état de panique, et une des trois manifestations cliniques suivantes: la détresse respiratoire majeure subite, la douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide ou l'hémorragie massive (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2017, 2020). Ainsi, le PDR peut aussi être administré à des patients ne présentant pas une détresse respiratoire. Le PDR consiste en l'administration, par l'infirmière de benzodiazépines, d'opioïdes, d'anticholinergiques à fortes doses ayant pour objectif de causer rapidement une sédation temporaire, une amnésie antérograde et ainsi soulager les symptômes du patient en fin de

vie (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2017, 2020). Or, l'utilisation d'anticholinergiques, un des trois médicaments inclus dans le PDR, est indiquée uniquement en contexte de sécrétions respiratoires et d'embaras, car bien que permettant la réduction des sécrétions bronchiques, ils causent également une importante sédation (Al Rihani, 2021). De plus, chacune de ces molécules est généralement recommandée à faible dose afin d'éviter d'administrer de fortes doses rapidement à des populations fragilisées telles que les personnes âgées (Cardinale et al., 2021).

Quelques études scientifiques québécoises ont analysé l'utilisation du PDR chez une population hospitalisée. Dans une étude prospective réalisée au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie ayant inclus 467 patients majeurs, 175 PDR ont été administrés à 75 patients. Sur les 175 PDR, 62,3% étaient non conformes, l'inconscience étant la raison de non-conformité la plus fréquente (93,2%) (Dufort-Rouleau et al., 2020). Dans cette étude, la conformité a été définie à l'aide d'un questionnaire complété par l'infirmière avant et après l'administration d'un PDR qui avait pour but de documenter les indications du recours au PDR. Ce questionnaire, révisé par sept experts en soins palliatifs, ciblait la conformité au PDR en soulevant au moins un symptôme psychologique et un symptôme respiratoire chez un patient conscient (Dufort-Rouleau et al., 2020). Dans une étude rétrospective réalisée à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec dans laquelle 200 dossiers de patients majeurs atteints de maladies pulmonaires ont été analysés, 29,5% des patients ont reçu au moins un PDR, 41,7% des administrations de PDR étaient non conformes (Godbout et al., 2016). Ici, pour être conforme, le PDR devait avoir été administré pour l'un des quatre motifs suivants : la détresse respiratoire, l'hémorragie sévère avec détresse, douleur aiguë intolérable ou pour une détresse significative requérant une sédation urgente (Godbout et al., 2016). Ces travaux soulèvent des disparités quant à la conformité au PDR et quant à la manière d'évaluer la conformité.

Aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement au recours au PDR pour des patients âgés et aucune étude publiée ne s'est attardée à documenter l'utilisation du PDR en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en maison de soins palliatifs. Par ailleurs, aucune étude ne s'est appuyée sur les indications du protocole national médical pour évaluer la conformité des PDR.

## But

Le but de cet article est de décrire la prévalence, la fréquence et les motifs justifiant le recours au

PDR, ainsi que les administrations non conformes chez les personnes âgées dans différents milieux cliniques.

## Méthode

Une étude de cohorte rétrospective transversale multicentrique sur 488 dossiers de patients décédés âgés de 65 ans et plus a été réalisée. Les dossiers provenaient de six unités de soins toutes situées en milieu urbain : une unité de soins intensifs d'un centre hospitalier (CH) universitaire, une unité de soins palliatifs du même CH universitaire, une maison de soins palliatifs et deux CHSLD publics et un CHSLD privé. Ces unités ont été sélectionnées pour représenter des milieux de nature et de taille différentes où des soins palliatifs et de fin de vie sont offerts à une clientèle âgée.

### Collecte de données

Les dossiers inclus étaient ceux de patients qui étaient considérés en fin de vie au moment du décès et chez qui un PDR était prescrit. Pour que le patient soit considéré en fin de vie, le dossier devait mentionner un pronostic de moins d'un mois, un suivi avec une équipe de soins palliatifs ou une note d'un médecin ou d'une infirmière mentionnant clairement que le patient était en phase terminale. Étaient exclus les patients morts subitement. Les patients devaient être décédés entre avril 2016 et septembre 2019. Tous les dossiers des patients décédés pendant la période visée ont été soumis aux critères de sélection afin d'obtenir un échantillon représentatif.

Un guide d'extraction a été développé à partir des objectifs de recherche. Ensuite, celui-ci a été prétesté avec 10 dossiers choisis au hasard dans chacun des milieux de soins. Une fois la grille d'extraction révisée, elle a été transformée sur la plateforme de collecte de données en ligne REDCap (Harris et al., 2019). L'extraction des données a été effectuée par une équipe de six auxiliaires de recherche en sciences de la santé de juin 2019 à décembre 2020. Ceux-ci ont été préalablement formés par la coordonnatrice de recherche. Cette dernière a également effectué une vérification aléatoire des dossiers médicaux collectés en plus de soutenir ceux-ci dans la collecte des données directement.

De plus, une procédure de collecte standardisée a permis d'augmenter la validité des données et d'assurer une traçabilité. En effet, en cherchant les éléments toujours dans le même ordre, malgré les différences importantes du dossier médical d'un milieu à l'autre, les auxiliaires de recherche ont effectué un travail standardisé. Pour chaque dossier, les auxiliaires colligeaient le nombre d'administrations de PDR. Puis, pour chaque

administration, ils consignaient les motifs justifiant le recours au PDR : la présence des critères requis à l'administration du protocole médical national, soit l'état de conscience, l'état de panique et autres manifestations cliniques. Les données sociodémographiques, l'âge, le sexe, le statut matrimonial et le diagnostic principal, ont également été extraites.

### Analyse de données

Les données des trois CHSLD ont été regroupées. Les diagnostics principaux extraits des dossiers ont été codifiés en utilisant la version canadienne de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Institut canadien d'information sur la santé, 2022). Pour documenter la conformité du PDR, les critères d'administration du protocole médical national de 2017 ont été utilisés. En fait, en l'absence de la situation clinique requise qui justifiait l'utilisation du PDR selon le protocole national, la non-conformité au PDR pouvait être soulevée. La situation clinique requise chez des patients conscients, était composée de deux éléments minimalement requis. Ces éléments sont un état de panique ET une des trois manifestations cliniques parmi la détresse respiratoire majeure subite, la douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide et l'hémorragie massive (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020). Les signes suggérant un état de panique sont l'agitation, l'angoisse et le visage apeuré (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2017). Des statistiques descriptives telles que des pourcentages, des moyennes et des écart-types, ont été produites afin de comparer les résultats entre les milieux de soins.

### Considérations éthiques

Le projet a fait l'objet d'une demande multicentrique au comité d'éthique de la recherche d'un Centre hospitalier affilié (#MP-10-2019-3138). Les données ont été anonymisées dès la collecte puis conservées sur un serveur sécurisé.

## Résultats

Quatre-cent-quatre-vingt-huit dossiers médicaux de patients décédés ont été analysés. La majorité de l'échantillon (55,3 %) était composé de femmes. L'âge moyen au moment du décès était de 81,1 ans (ÉT=9,1). Le diagnostic principal le plus fréquent était le cancer (38,1 %). En CHSLD, le diagnostic principal était plutôt la démence, où 46,5 % des patients présentaient ce diagnostic (Tableau 1).

**Tableau 1***Données sociodémographiques et diagnostics d'admission*

Caractéristiques	Total (N=488)		Soins intensifs (CH) (n = 54)		Soins palliatifs (CH) (n = 169)		Maison soins palliatifs (n = 106)		CHSLD (n = 159)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Genre</b>										
Homme	218	44,7	25	45,3	89	52,7	47	44,3	57	35,8
Femme	270	55,3	29	53,7	80	47,3	59	55,7	102	64,2
<b>Statut matrimonial</b>										
Marié	217	44,5	28	51,9	81	47,9	55	51,9	53	33,3
Célibataire	69	14,1	9	16,7	28	16,6	7	6,6	25	15,7
Veuf	127	26,9	4	7,4	20	11,8	28	26,4	75	47,2
Divorcé	40	8,2	1	1,9	18	10,7	16	15,1	5	3,1
<b>Âge</b>										
Moyenne (E.T.)	81,1 (9,1)		76,7 (7,9)		79,9 (9,0)		76,7 (7,4)		85,3 (8,9)	
<b>Diagnostic principal</b>										
Cancer	186	38,1	5	9,3	50	29,6	105	99,0	24	15,1
Démence	76	15,6	0	0,0	2	1,2	0	0,0	74	46,5
Maladie cardiovasculaire	86	17,6	38	70,4	34	20,1	0	0,0	14	8,8
Maladie pulmonaire	57	11,7	8	14,8	41	24,3	1	0,9	7	4,4
Autres	83	17,0	3	5,5	42	24,9	0	0,0	38	23,9

**Prévalence**

Au total, 16,0 % (n=78) des patients ont reçu au moins un PDR. Tel que présenté dans le tableau 2, le recours au PDR variait d'un milieu à un autre. À l'unité de soins intensifs, la proportion de patients qui ont reçu au moins un PDR est de 37,0 % (n=20) comparativement à 1,9 % (n=20) à la maison de soins palliatifs. Aussi, en CHSLD cette proportion se situe à 22,6 % (n=36) (Tableau 2).

**Fréquence**

Dans l'ensemble, 127 PDR ont été administrés à 78 patients ce qui signifie que certains d'entre eux l'ont reçu à plusieurs reprises. En effet, 34,6 % (n=27) de ces patients ont reçu plus d'une fois cette intervention. Le nombre de PDR administré à une même personne variait également d'un milieu à l'autre. À l'unité de soins intensifs, quatre patients en ont reçu chacun quatre lorsqu'aucun patient n'a reçu plus d'un PDR à la maison de soins palliatifs (Tableau 3).

**Tableau 2***Patients ayant reçu au moins un PDR*

Milieus de soins	n	%
Total (n = 488)	78	16,0
Soins intensifs (CH) (n = 54)	20	37,0
Soins palliatifs (CH) (n = 169)	20	11,8
Maison de soins palliatifs (n = 106)	2	1,9
CHSLD (n = 159)	36	22,6

**Motifs d'administration**

Les motifs d'administration les plus fréquents étaient l'embarras (51,2 %), la tachypnée (39,4 %) et l'agitation (35,4 %). La douleur intolérable a été retracée à 24 reprises dans les dossiers analysés. Davantage de motifs d'administration ont été répertoriés dans les dossiers des patients en CHSLD (Tableau 4).

**Tableau 3**

Nombre de PDR administré par patient par milieu

PDR par patient	Total (N=488)		Soins intensifs (CH) (n = 54)		Soins palliatifs (CH) (n=169)		Maison soins palliatifs (n = 106)		CHSLD (n = 159)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	410	83,3	34	63,0	149	85,8	104	98,1	123	75,5
1	51	10,5	11	20,4	16	9,5	2	1,9	22	15,3
2	15	3,1	4	7,4	4	2,4	0	0	7	4,9
3	4	0,8	1	1,8	0	0	0	0	3	1,8
4	6	1,2	4	7,4	0	0	0	0	2	1,8
5	2	0,4	0	0,0	0	0	0	0	2	0,6

**Tableau 4**

Motifs d'administration par milieu

Motifs d'administration	Total (N=127)		Soins intensifs (CH) (n = 38)		Soins palliatifs (CH) (n=24)		Maison soins palliatifs (n = 2)		CHSLD (n = 63)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Signes respiratoires</b>										
Embarras respiratoire	65	51,2	20	52,6	11	45,8	0	0,0	34	54,0
Tachypnée	50	39,4	5	13,2	8	33,3	0	0,0	37	58,7
Tirage respiratoire	28	22,1	3	7,9	6	25,0	1	50,0	18	28,6
Toux	7	5,5	1	2,6	2	8,3	0	0,0	4	6,3
<b>Signes suggérant un état de panique</b>										
Agitation	45	35,4	12	31,6	8	33,3	2	100,0	23	36,5
Angoisse	15	11,8	0	0,0	1	4,2	1	50,0	13	20,6
Visage apeuré	15	11,8	0	0,0	2	8,3	0	0,0	13	20,6
<b>Douleur intolérable</b>	24	18,9	2	5,3	2	8,3	0	0,0	20	31,7
<b>Hémorragie sévère/massive</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0

**Non-conformité**

Sur les 127 PDR administrés, 50,4 % (n=64) ne respectaient pas les critères établis dans le protocole national médical de l'INESSS. Plus précisément, 65,8 % (n=25) des PDR administrés à l'unité des soins intensifs et 47,6 % (n=30) de ceux administrés en CHSLD l'ont été en l'absence de la situation clinique requise. Globalement, 13,4 % (n=17) ont été administrés à des patients qui étaient

inconscients et 46,5 % (n=59) à des patients ne présentant pas de détresse respiratoire et/ou pas d'agitation et/ou pour des raisons non prévues au protocole national médical de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020). Parmi ces raisons non prévues, il y avait entre autres, des PDR administrés à la demande de la famille ou pour assurer le confort lors de l'extubation ou du retrait du respirateur (Tableau 5).



**Tableau 5***Conformité de l'administration*

Conformité	Total N=127		Soins intensifs (CH) (n = 38)		Soins palliatifs (CH) (n=24)		Maison soins palliatifs (n = 2)		CHSLD (n = 63)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non conforme</b>	<b>64</b>	<b>50,4</b>	<b>25</b>	<b>65,8</b>	<b>9</b>	<b>37,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>47,6</b>
Sans situation clinique requise*	59	46,5	21	55,3	8	23,4	0	0	30	47,6
Inconscience	17	13,4	11	28,9	5	20,1	0	0	1	1,6

\*un état de panique ET une des trois manifestations cliniques suivantes : a) détresse respiratoire majeure subite, b) douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide, c) hémorragie massive

## Discussion

Le but de cet article était de décrire le recours au protocole de détresse respiratoire chez les personnes âgées de 65 ans et plus au moment de leur décès dans quatre milieux de soins. Les résultats montrent que le recours au PDR était plus prévalent à l'unité de soins intensifs et en CHSLD qu'à la maison de soins palliatifs. En effet, l'unité de soins intensifs a enregistré la plus haute prévalence de PDR (37,0 %) suivi du CHSLD (22,6 %). De ces administrations, plus du deux tiers à l'unité de soins intensifs ainsi que près de la moitié en CHSLD se sont avérées non conformes. L'unité de soins palliatifs du centre hospitalier et la maison de soins palliatifs, quant à elles, présentaient des prévalences plus faibles (respectivement 8 % et 1,9 %). La non-conformité était également plus faible à l'unité de soins palliatifs et aucun PDR non conforme n'a été administré en maison de soins palliatifs.

Ces résultats mettent en évidence que le PDR est administré fréquemment et en l'absence des indications justifiant son utilisation dans les milieux de soins, à l'exception de la maison de soins palliatifs. Ces résultats sont en phase avec ceux émanant des travaux réalisés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie qui ont eux aussi identifié une forte prévalence de l'utilisation du PDR malgré la présence de contre-indications telles que l'inconscience (93,2 %), l'absence de symptômes psychologiques (64,4 %) et l'absence de symptômes respiratoires (23,7 %) (Dufort-Rouleau et al., 2020). Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude sont aussi cohérents avec ceux de l'étude réalisée à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec ayant

démontré que pour les patients atteints de maladies pulmonaires, 41,7 % des administrations de PDR étaient non conformes (Godbout et al., 2016).

Par ailleurs, le PDR a également été administré pour des raisons non prévues par le protocole médical national de l'INESSS, soit pour donner suite à une demande de la famille ou pour assurer le confort lors de l'extubation ou du retrait du respirateur. Lors de la dernière mise à jour de ses recommandations, l'INESSS a précisé qu'il était primordial de clarifier les signes et symptômes justifiant le recours au protocole de détresse respiratoire de manière à limiter son utilisation (Viel et Lefebvre, 2020). Nos résultats soutiennent leurs observations indiquant que le PDR serait administré trop fréquemment ou dans des circonstances inadéquates (Viel et Lefebvre, 2020).

Certaines pistes, notamment historiques, permettent d'expliquer la variation dans les pratiques et la forte utilisation du PDR dans les milieux cliniques au Québec. Le PDR est apparu en sol québécois au tout début du mouvement des soins palliatifs et plus précisément à l'ouverture de la première maison de soins palliatifs à Québec en 1985. Utilisé au départ uniquement dans les maisons et les unités spécialisées de soins palliatifs, ce protocole est maintenant largement diffusé et répandu dans l'ensemble des milieux de soins québécois offrant des soins palliatifs et de fin de vie (Viel et Lefebvre, 2020). Néanmoins, l'utilisation du PDR semble s'être intégrée inégalement aux cultures de soins. Par exemple, les soins intensifs sont caractérisés par une culture interventionniste et peu de formation en soins palliatifs (Mercadante, 2018). Le PDR y est fréquemment utilisé après l'extubation de patients en phase terminale et déjà inconscients (Dufort-Rouleau et al., 2020), ce qui ne correspond pas à la définition de la détresse respiratoire en soins

palliatifs et de fin de vie. Même si le PDR était utilisé au départ principalement en maison de soins palliatifs, son utilisation y est aujourd'hui rarissime. Ceci s'explique probablement par un meilleur accès aux connaissances sur les alternatives pharmacologiques et non pharmacologiques et la présence d'une plus grande expertise clinique au sein des équipes médicales et infirmières.

La gestion des signes et symptômes chez la clientèle recevant des soins palliatifs et de fin de vie requiert une surveillance et une régularité de l'évaluation permettant d'assurer un ajustement des options thérapeutique en continu. Or, la formation sur le PDR, et plus largement sur les soins palliatifs et de fin de vie, n'est pas systématiquement offerte dans les milieux non spécifiques dédiés à cette clientèle (Peh, 2017; Rosa, 2017). De plus, les options thérapeutiques prévues aux prescriptions des patients en soins palliatifs et de fin de vie soignés dans des milieux non spécifiquement dédiés à cette clientèle sont peu personnalisées limitant la gestion optimale des manifestations cliniques en fin de vie. Ces éléments pourraient pousser les infirmières à administrer le PDR puisqu'il deviendrait le seul choix thérapeutique disponible dans l'immédiat, l'accès rapide à un médecin pouvant prescrire des options alternatives n'étant pas toujours possible.

La variabilité de l'utilisation du PDR constatée entre les différents milieux soulève des questions quant à l'absence d'encadrement de cette pratique. La Loi concernant les soins de fin de vie (Loi concernant les soins de fin de vie, 2021) balise et encadre l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue. La commission sur les soins de fin de vie quant à elle, monitore et rapporte le recours à ces interventions annuellement (Commission sur les soins de fin de vie, 2019). Le protocole de détresse respiratoire n'est ni balisé ni monitoré. Par ailleurs, un article de Radio-Canada a rapporté que la Société québécoise des médecins de soins palliatifs a décrié la mise en place d'un protocole inspiré du PDR mais présentant des dosages plus élevés pour induire des sédations chez des patients atteints de la COVID-19 (Boily et Gentile, 2022). Cette pratique a été identifiée comme à risque de dérapages et contraire à l'esprit des soins palliatifs, qui ne visent pas à hâter ni retarder la mort, mais bien à offrir les meilleurs soins possibles à la fin de la vie (Loi concernant les soins de fin de vie, 2021).

### Forces, limites et pistes futures

Ce projet comporte plusieurs forces telles que la diversité des milieux de soins étudiés et le nombre de dossiers inclus. Le devis rétrospectif présente cependant des limites importantes, car seulement les données consignées au dossier du patient ont pu être colligées et non l'ensemble des motifs et des

critères relatifs à l'administration du PDR que l'infirmière aurait omis de documenter. De plus, la notion d'inconscience n'était pas parfaitement documentée dans les notes infirmières. Lors de l'extraction, des différences sémantiques ont été identifiées entre ce terme et d'autres états tels que la stupeur ou le coma. Le devis uniquement quantitatif limite aussi l'interprétation des résultats et la compréhension du contexte d'administration du PDR. Des recherches futures devraient notamment s'intéresser aux éléments influençant en amont l'administration du PDR tels que la démarche de soins infirmiers relative à la dyspnée en fin de vie. La remise en question et la révision des pratiques actuelles contribueront à leur amélioration, surtout en matière de gestion des symptômes en fin de vie. Elles permettront également de réduire les disparités et les iniquités en matière de soins de fin de vie entre les milieux cliniques. Les résultats de ce projet permettent de jeter les bases de cette remise en question et d'offrir une lecture critique sur les pratiques réalisées au Québec en matière de gestion de symptômes en fin de vie.

## Conclusion

Les résultats de ce projet ont permis de démontrer une grande variation dans l'administration du protocole de détresse respiratoire selon les milieux, notamment une haute prévalence du recours à cette mesure de dernier recours à l'unité de soins intensifs et en CHSLD. Également, l'utilisation de cette intervention sans considération des critères requis a été répertoriée dans trois des quatre milieux de soins. D'autres travaux détaillant la démarche de soins infirmiers en lien avec l'évaluation du patient et le recours aux méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques permettant de prévenir l'administration du protocole de détresse respiratoire sont en cours et permettront d'expliquer plus largement ces résultats descriptifs. À terme, ces travaux favoriseront la qualité des soins offerts aux personnes en fin de vie, et ce, indépendamment du milieu de soins.

## Références

- Al Rihani, S. B. (2021). Quantifying anticholinergic burden and sedative load in older adults with polypharmacy: a systematic review of risk scales and models. *Drugs and Aging*, 38(11), 977. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00895-x>
- Baker Rogers, J., Modi, P., et Minter, J. F. (2021, May 1, 2022). *Dyspnea in Palliative Care*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>

- Baldeo, R. (2020). Dyspnea in Hospice and Palliative Medicine. *Physician Assistant Clinics*, 5(3), 351-360.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpha.2020.02.007>
- Berliner, D. (2016). The differential diagnosis of dyspnea. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(49), 834.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0834>
- Boily, D., et Gentile, D. (2022). Des médecins en soins palliatifs inquiets de dosages « potentiellement excessifs » Ici, Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1858948/medecins-soins-palliatifs-dosage-protocole>
- Booth, S., et Johnson, M. J. (2019). Improving the quality of life of people with advanced respiratory disease and severe breathlessness. *Breathe*, 15(3), 198-215.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1183/20734735.0200-2019>
- Cardinale, Kumapley, Wong, Kuc, et Beagin. (2021). Impact of a Nurse-Driven Opioid Titration Protocol on Quality of Orders at End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(1), 78-83.  
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000716>
- Commission sur les soins de fin de vie. (2019). *Rapport sur les soins de fin de vie*. Gouvernement du Québec.
- Dufort-Rouleau, C., Martin, B., Barré, V., Bédard, V., Rouleau, É. D., Beauchesne, M.-F., Quenneville, J., et Berteau, M. (2020). Conformity in Prescription and Administration of Respiratory Distress Protocols in a Tertiary Care Hospital in the Province of Quebec: RELIEVE Study. *Journal of palliative care*, 35(1), 21-28.  
<https://doi.org/10.1177/0825859719835555>
- Godbout, K., Tremblay, L., et Lacasse, Y. (2016). A distress protocol for respiratory emergencies in terminally ill patients with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(9), 817-822.  
<https://doi.org/10.1177/1049909115599952>
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., et Kirby, J. (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics*, 95, 103208.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10e version, Canada). <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC1860>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne recevant des soins palliatifs* (N°628020).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Protocole médical national: Administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs*. (N°888020).
- Lewthwaite, H., Jensen, D., et Ekström, M. (2021). How to Assess Breathlessness in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 16, 1581.  
<https://doi.org/10.2147/COPD.S277523>
- Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ chap. 2, art. 4 (2021). <https://canlii.ca/t/dj7m>
- Mercadante, S. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 1.  
<https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>
- Mularski, R. A. (2013). An official American Thoracic Society workshop report: assessment and palliative management of dyspnea crisis. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(5), 98.  
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-169ST>
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Giff, A. G., Harver, A., et Lareau, S. C. (2012). An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 185(4), 435-452.  
<https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Peh, T. Y. (2017). Do Doctors Gain More Confidence from a Longer Palliative Medicine Posting? *Journal of palliative medicine*, 20(2), 141.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0293>
- Rosa, W. (2017). Interprofessional development in palliative care: cultural humility and a collaborative future for nursing and medicine. *Nursing and palliative care*, 2(2).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.15761/npc.1000146>
- Slawnych. (2020). Management of dyspnea at the end of life. *CMAJ*, 192(20), E550-E550.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.200488>
- Viel, et Lefebvre. (2020). *Administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Detresse/INESSS\\_PM\\_N\\_Detresse\\_Rapport.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PM_N_Detresse_Rapport.pdf)



- Zemel Rachel, A. R. (2021). Pharmacologic and Non-Pharmacologic Dyspnea Management in Advanced Cancer Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/10499091211040436>
- Carrie, A. G., Grymonpre, R. E., & Blandford, A. A. (2006). Impact of residence on prevalence and intensity of prescription drug use among older adults. *Ann Pharmacother*, 40, 1932-1938.
- Chan, D. C., Hao, Y. T., & Wu, S. C. (2009). Polypharmacy among disabled Taiwanese elderly: a longitudinal observational study. *Drugs Aging*, 26(4), 345-354. doi:10.2165/00002512-200926040-00005