



Qu'est-ce qui mène à l'utilisation du PDR? Le rôle de l'infirmière dans le recours au protocole de détresse respiratoire

Congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs
6 mai 2022

Présenté par

Marie-Eve Cimon, Inf. B. Sc., Étudiante au doctorat
Florence Martineau, Inf. B. Sc., Étudiante à la maîtrise avec mémoire
Diane Tapp, Ph. D., Professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec
Membres de l'Institut de soins palliatifs et de fin de vie Michel Sarrazin - Université Laval



Faculté des
sciences infirmières



UNIVERSITÉ
LAVAL

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Marie-Eve Cimon, Florence Martineau et Diane Tapp



Nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Plan de la présentation

- Objectifs de la présentation
- Mise en contexte
- Problématique
- État des connaissances
- But
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion



Objectifs de la présentation

- 1 Distinguer la détresse respiratoire des autres manifestations
- 2 Rapporter l'état de la littérature actuelle sur le protocole de détresse respiratoire
- 3 Discuter des résultats de recherche en lien avec l'administration du protocole de détresse respiratoire
- 4 Sensibiliser à l'influence de l'évaluation et des interventions infirmières

Dyspnée et détresse respiratoire en fin de vie

Dyspnée

Expérience subjective multidimensionnelle, reliée à un inconfort respiratoire qui varie en intensité

(Parshall et al., 2012)

Détresse respiratoire

Association entre des manifestations cliniques de dyspnée aiguë et un état de panique

(INESSS, 2020)

Protocole de détresse respiratoire (PDR)



Description

- Administration simultanée d'un opioïde, d'un sédatif et d'un anticholinergique
- Traitement d'urgence et de dernier recours



Indications

1. État de panique, ET;
2. Une des trois manifestations suivantes :
 - Détresse respiratoire subite et aigue;
 - Douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide;
 - Hémorragie massive



Contre-indications

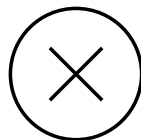
- Symptôme isolé
- Inconscience

Revue de la littérature



13 à 29,5 % des personnes en fin de vie

- 1/3 de ces patients ont reçu le PDR plus d'une fois
- Âge moyen de 74 ans



Administré de façon **non-conforme** dans **62 %** des cas



Utilisation variable d'un milieu à l'autre



Effets du PDR peu documentés

Aucune donnée sur l'évaluation et les interventions de l'infirmière en lien avec le PDR

But de l'étude

Décrire et évaluer l'influence des évaluations et des interventions infirmières relatives à la dyspnée, dans l'utilisation du protocole de détresse respiratoire auprès des personnes âgées en fin de vie dans différents milieux cliniques de la région de Québec.

Méthode

Devis	<ul style="list-style-type: none">• Étude rétrospective de cohorte
Échantillon	<ul style="list-style-type: none">• Dossiers médicaux de patients décédés• Milieux de soins variés
Recrutement	<ul style="list-style-type: none">• Critères d'inclusion : 65 ans et +, fin de vie et PDR prescrit• Critères d'exclusion : < 65 ans, mort subite, pas de PDR prescrit
Processus de collecte	<ul style="list-style-type: none">• Extraction des données par équipe d'auxiliaires de recherche formés
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none">• Descriptives et statistiques• Incluant sept jours précédant le décès

Maison de soins palliatifs (1)

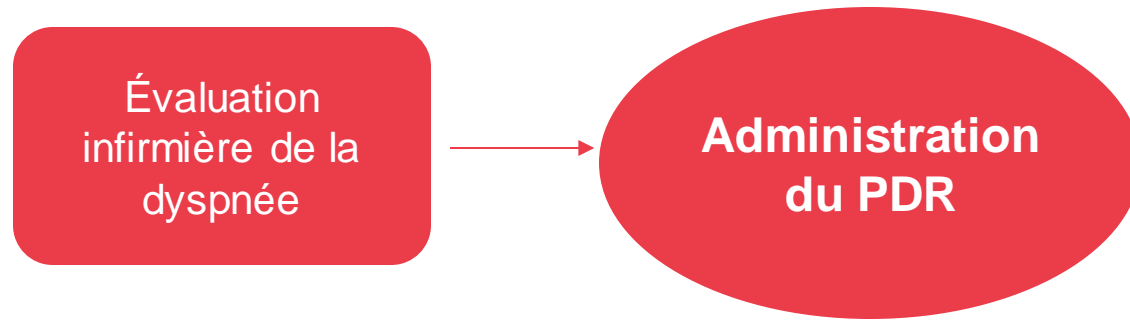
CHSLD public (2)

CHSLD privé (1)

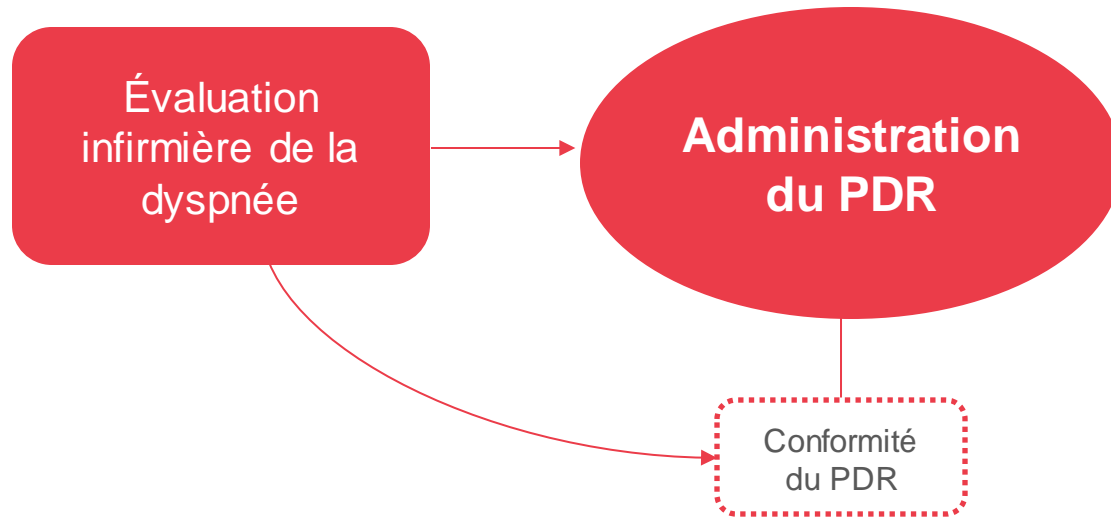
Unité de soins intensifs (3)

Unité de soins palliatifs (1)

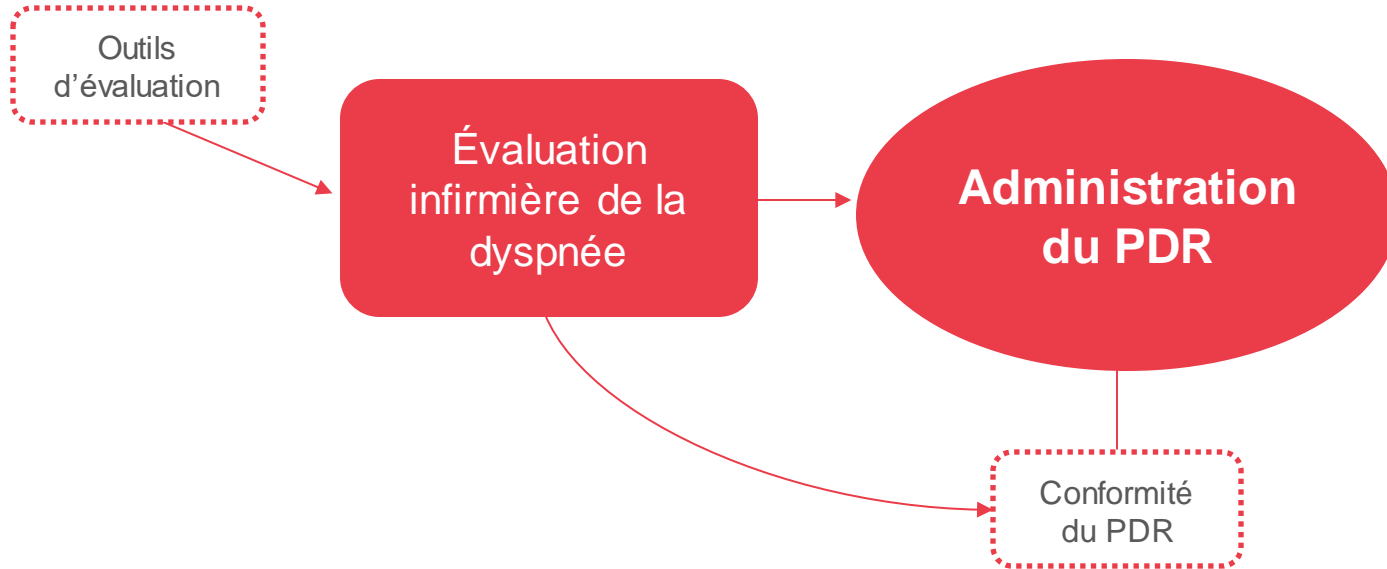
Modèle logique de l'étude



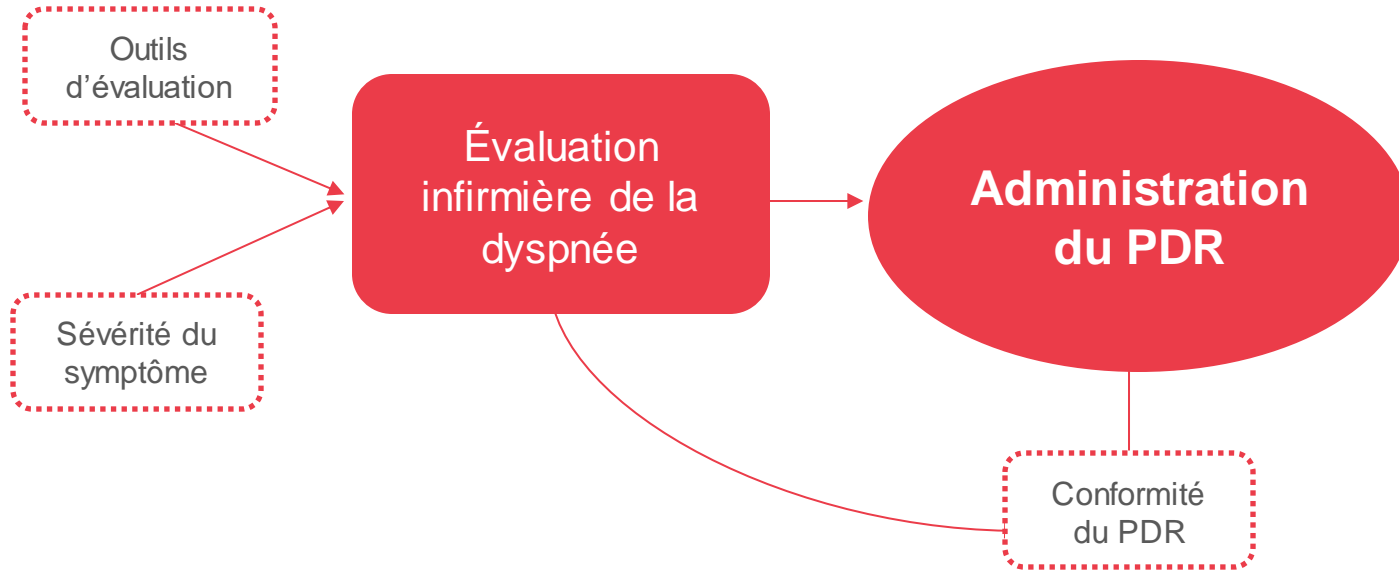
Modèle logique de l'étude



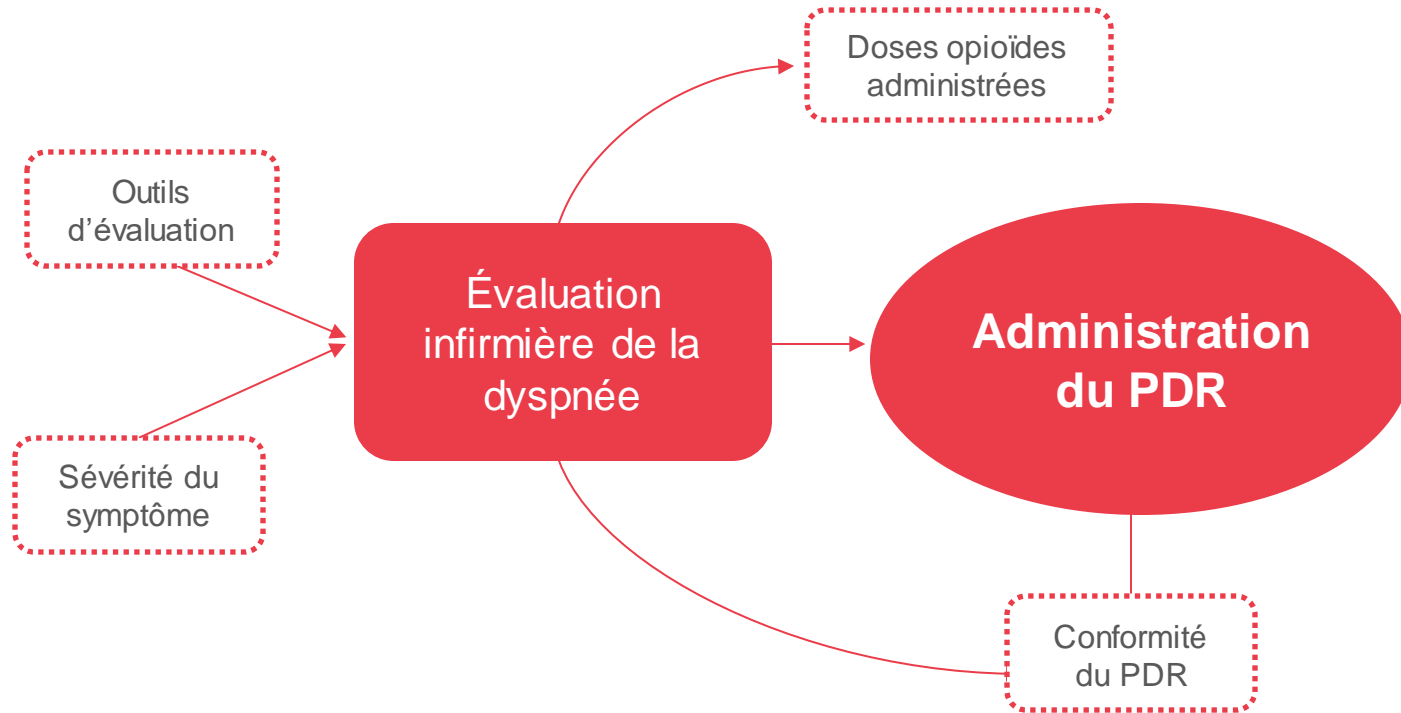
Modèle logique de l'étude



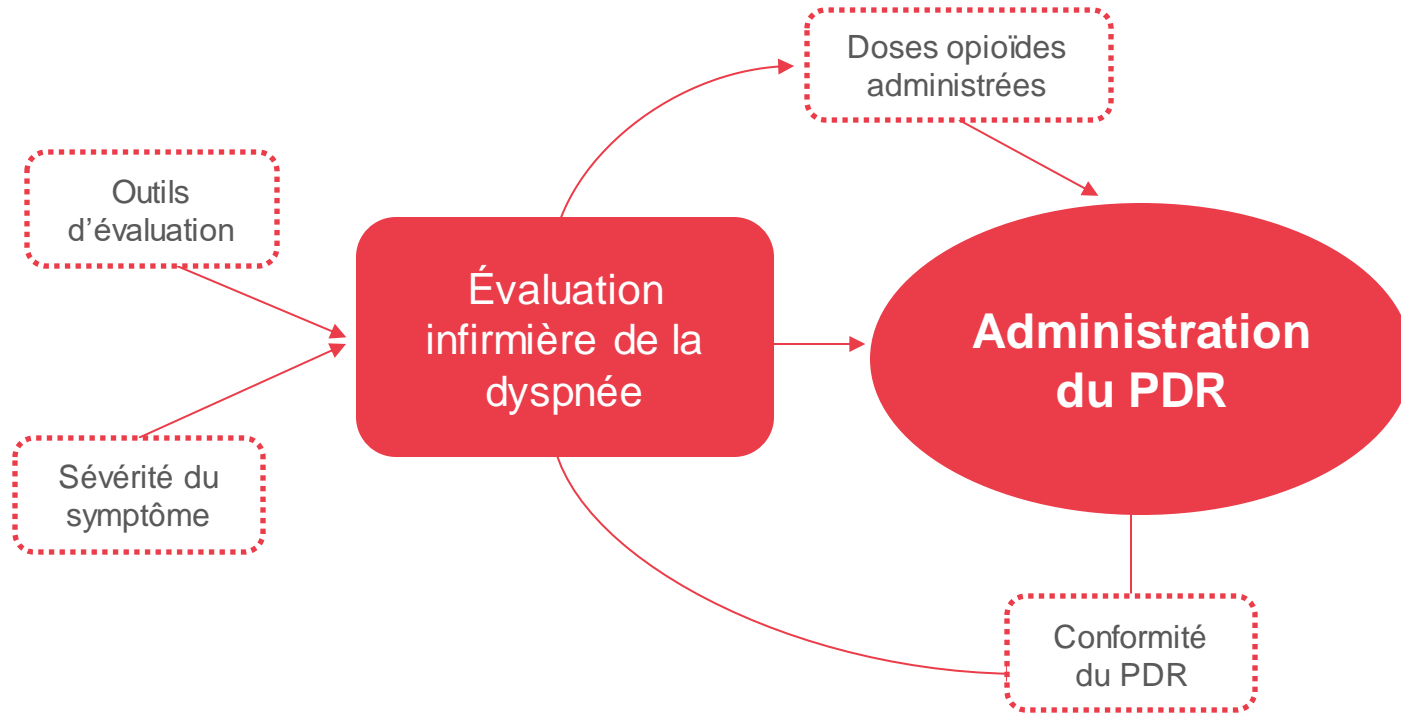
Modèle logique de l'étude



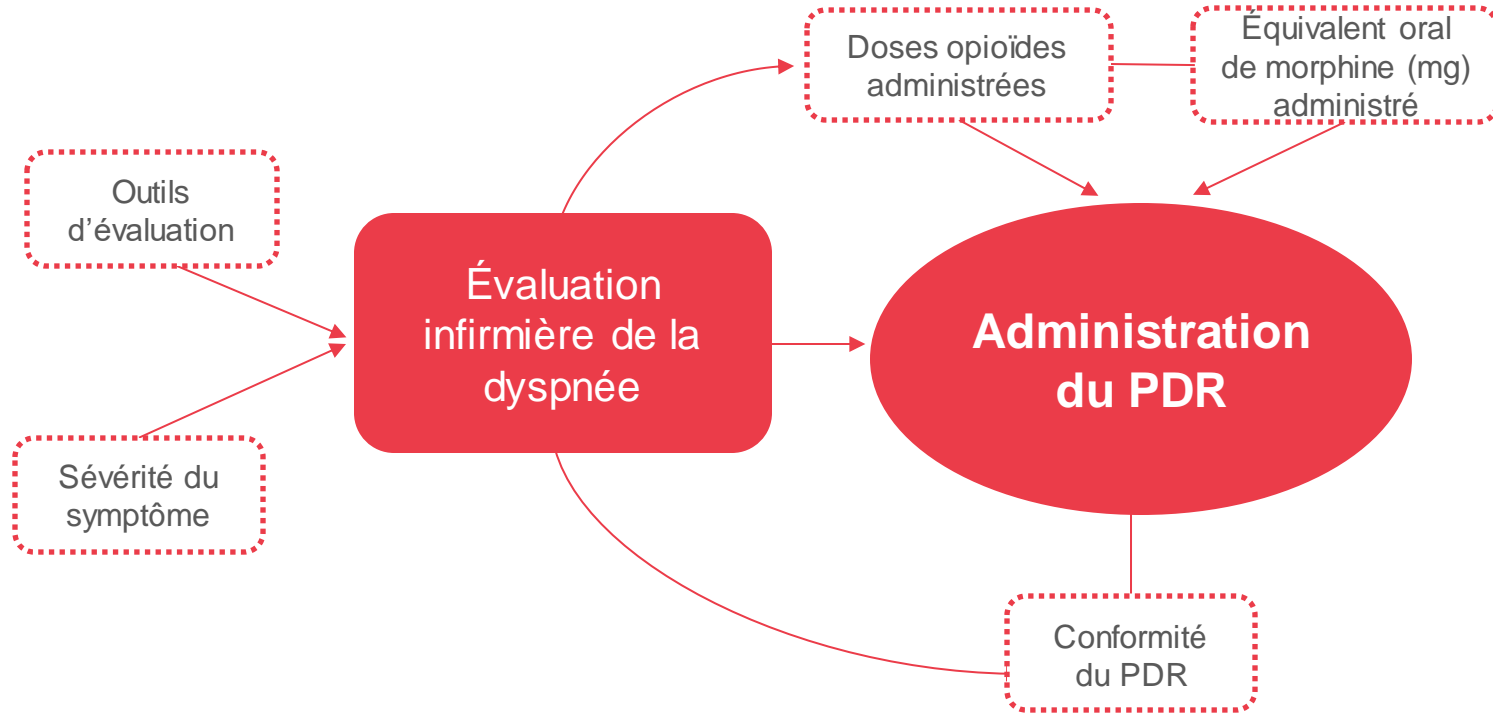
Modèle logique de l'étude



Modèle logique de l'étude



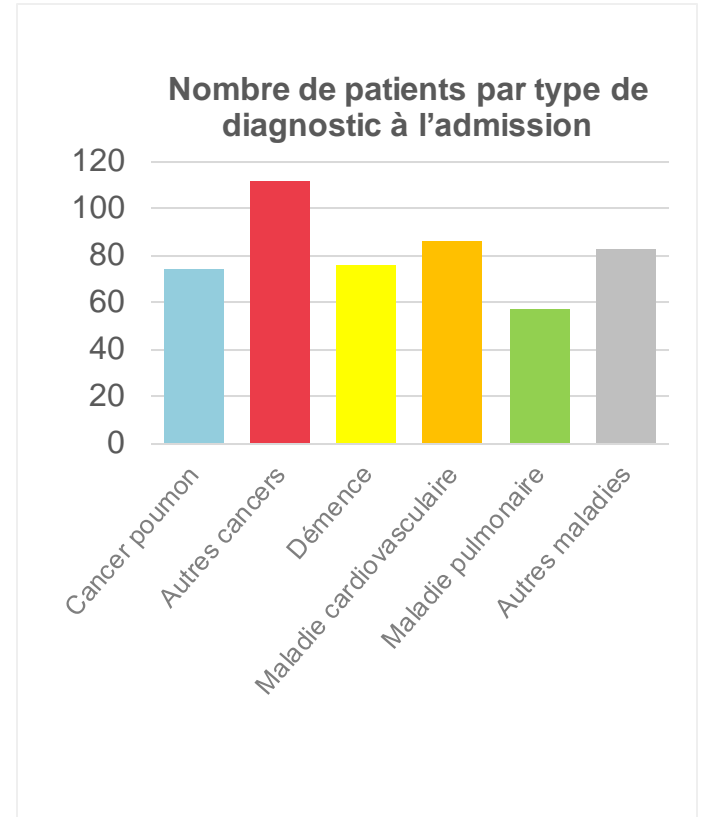
Modèle logique de l'étude



Résultats descriptifs

Données sociodémographiques

- 488 dossiers médicaux
- Moyenne d'âge de 81,1 ans ($\pm 9,1$)
- Femme 55,3 % ($n=270$)
- Patients par type de milieux de soins :
 - 34,6 % sur l'unité de soins palliatifs – CH ($n=169$)
 - 32,6 % en CHSLD ($n=159$)
 - 21,7 % à la maison de soins palliatifs ($n=106$)
 - 11,1 % sur l'unité de soins intensifs – CH ($n=54$)



Résultats descriptifs

Utilisation du PDR :

- **16,0 %** des patients ont reçu au moins un PDR (n = 78)
- Total de **127 PDR** administrés
- 27 patients ont reçu le PDR plus d'une fois

Principales indications :

1. **Embarras respiratoire** (51,2 %)
2. Tachypnée (39,4 %)
3. Agitation (35,4 %)

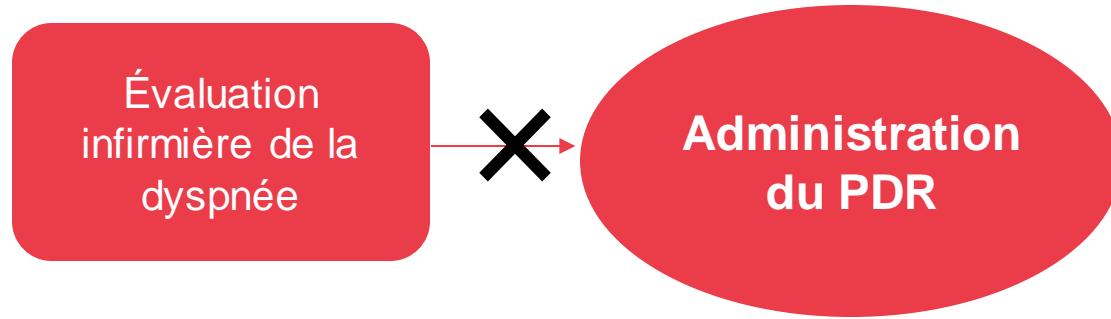
Non-conformité:

- **50,4 %** des administrations étaient **non-conformes** (n = 64)

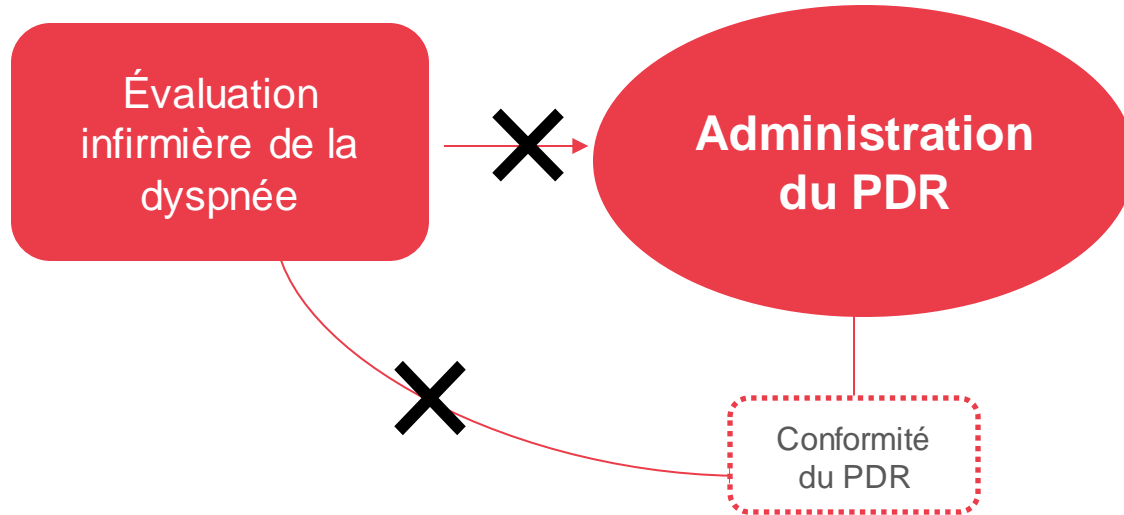
Principales contre-indications :

1. **46,5 % sans situation clinique requise** (n = 59)
2. 13,4 % inconscience (n = 17)

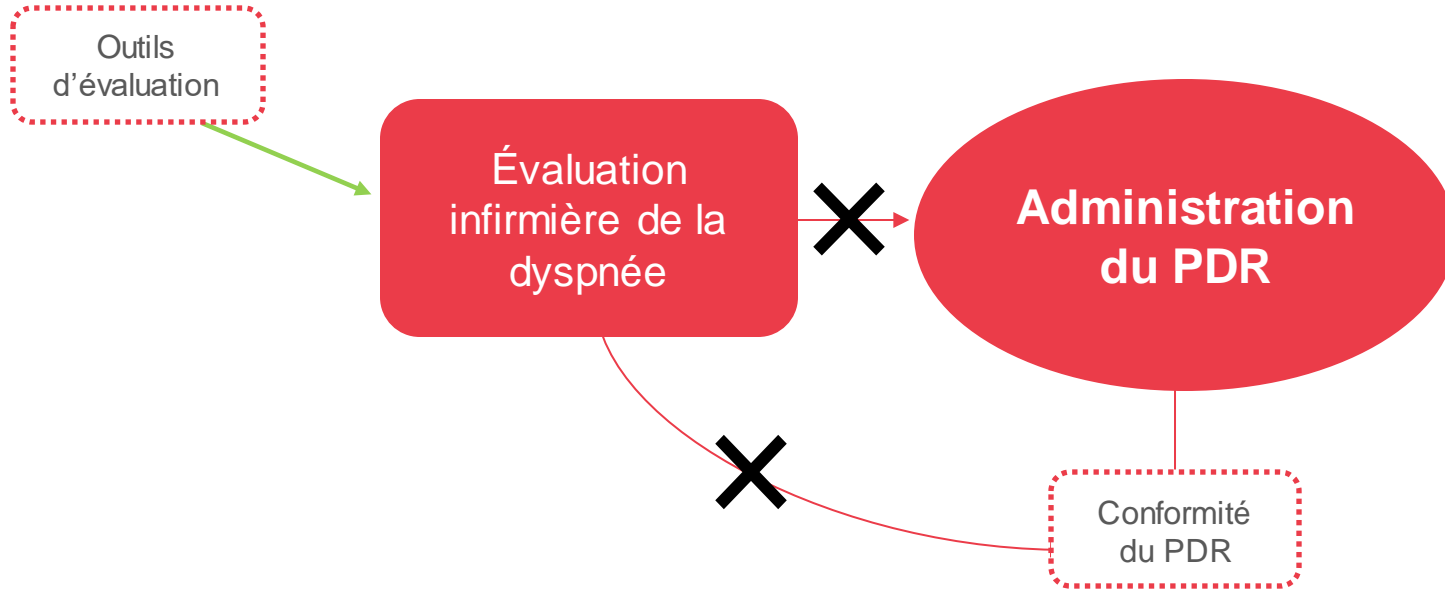
Résultats



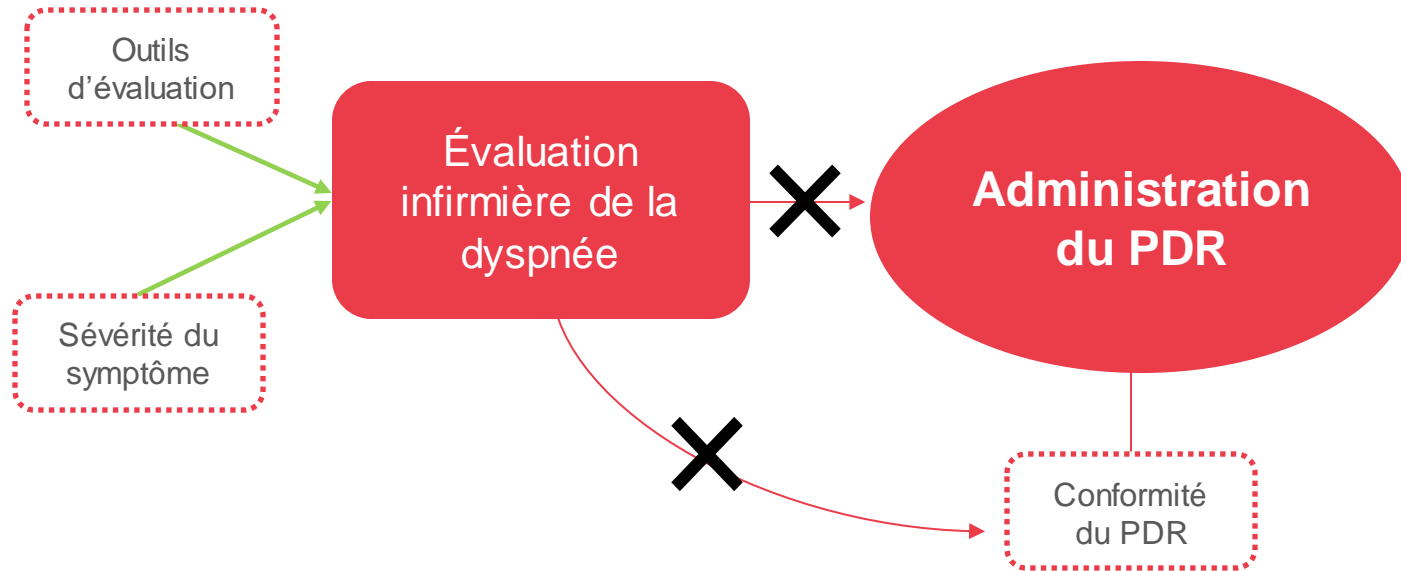
Résultats



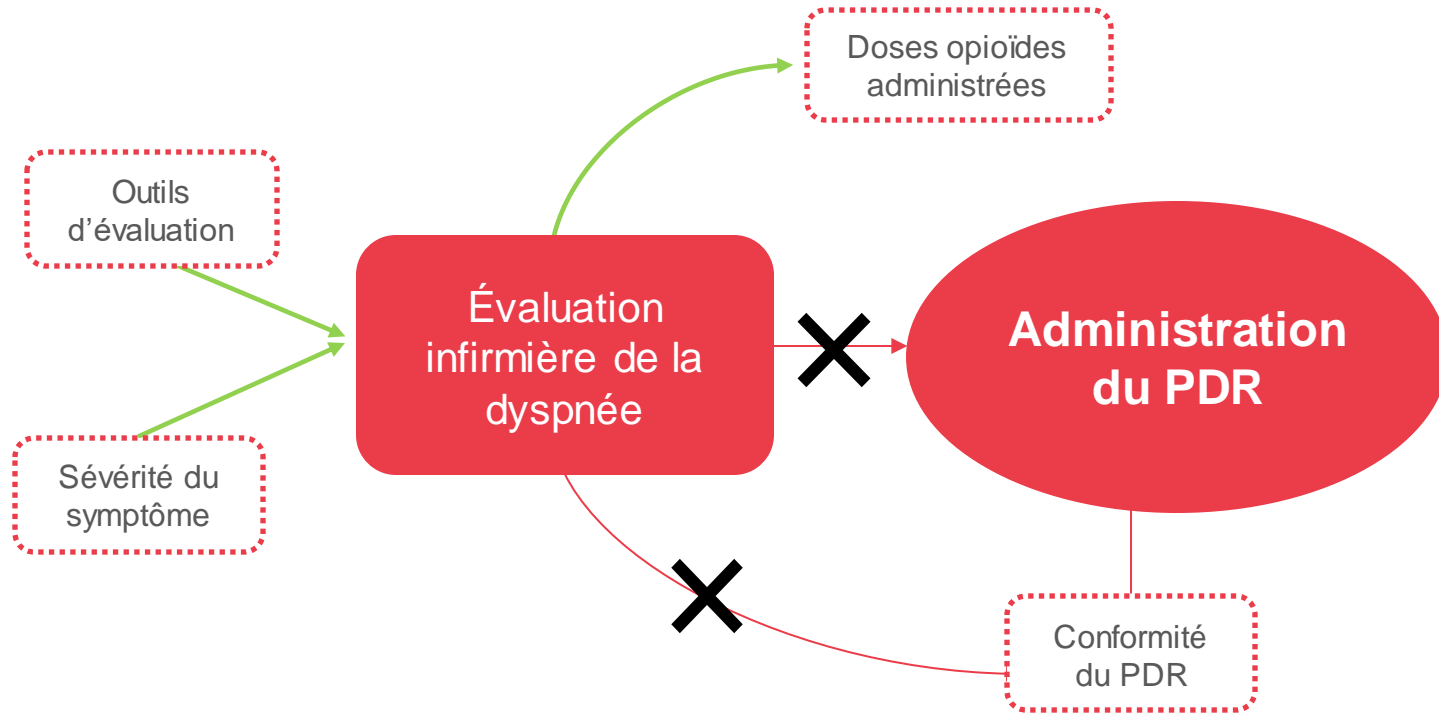
Résultats



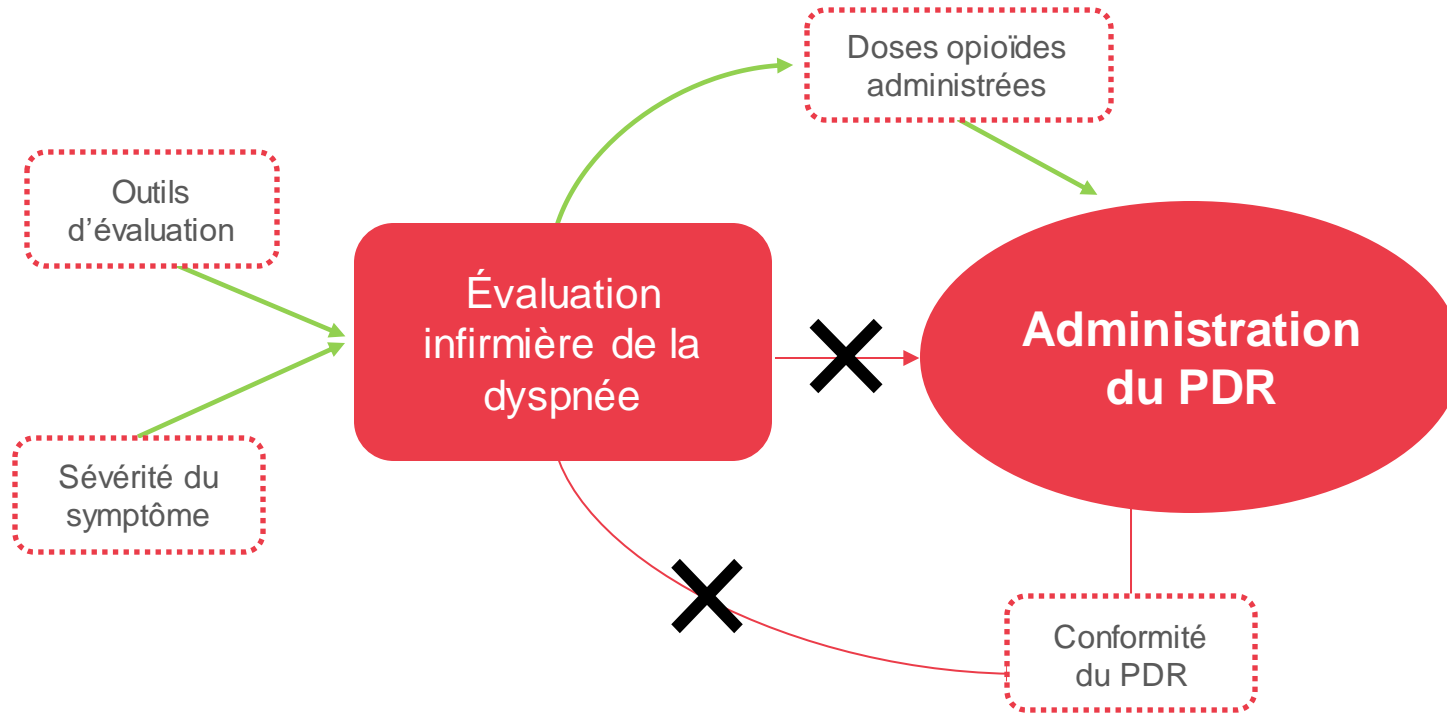
Résultats



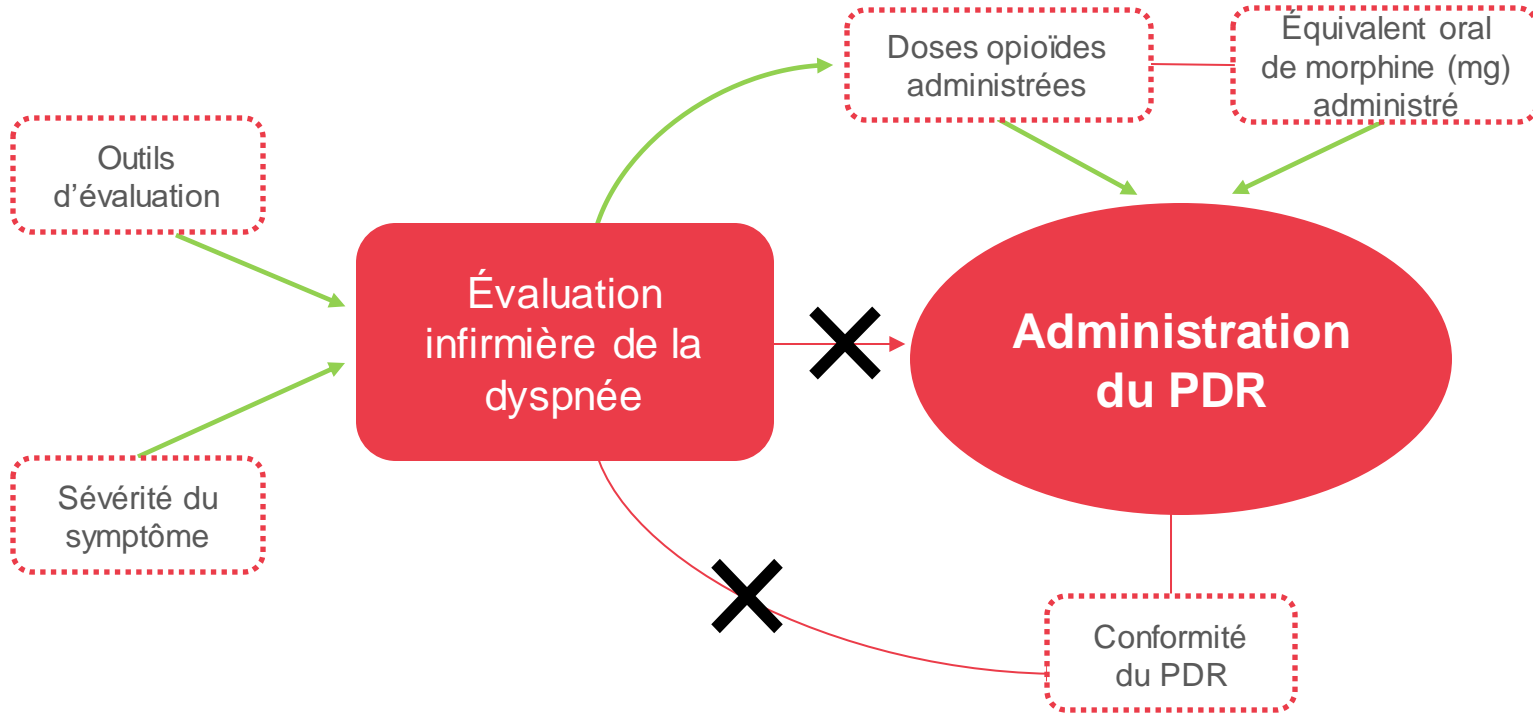
Résultats



Résultats



Résultats



Discussion

Comparaison avec études antérieures sur l'utilisation du PDR

Taux d'administration de 16 %

Similaire

Nombre de patients ayant reçu plus d'un PDR (34,6 %)

Inférieur

Non-conformité de l'administration du PDR (50,4 %)

Inférieure

Nombre d'interventions pharmacologiques

Inférieur

Forces et limites

Forces

1^{ère} étude sur ce qui précède
l'utilisation du PDR

Rigueur et démarche
structurée

1^{ère} étude en CHSLD

Limites

Plusieurs données difficiles à
comparer

Pas le portrait exact de la pratique

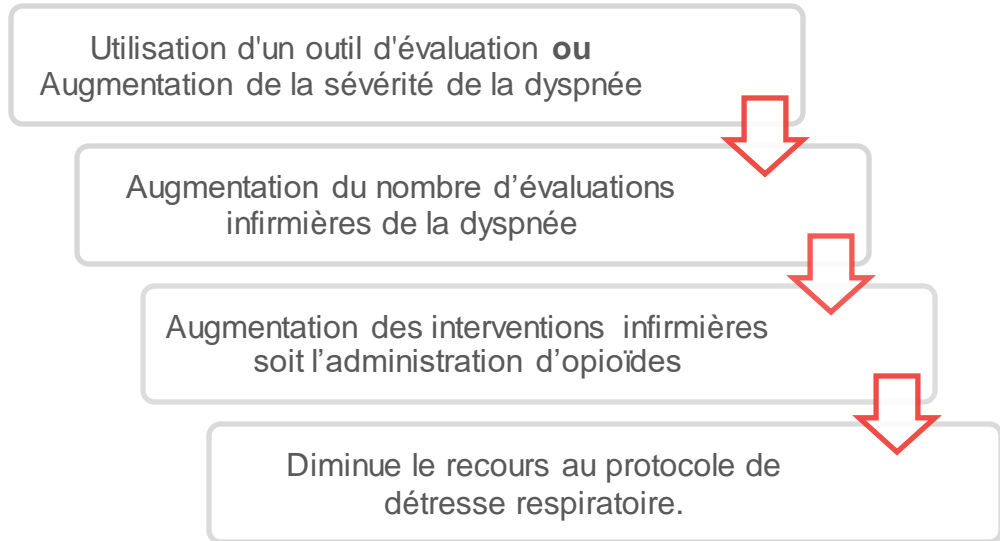
Absence de comparaison entre les
milieux

Données provenant d'une seule
région

Conclusion



Qu'est-ce qui mène à l'utilisation du PDR?



Merci!

Questions ou commentaires,

Contactez-nous:

marie-eve.cimon.1@ulaval.ca

florence.martineau.1@ulaval.ca

diane.tapp@fsi.ulaval.ca

Merci à la Chaire de recherche en soins palliatifs de l'Université Laval

Merci au Programme -Universités- du Ministère de l'Enseignement Supérieur (MES)

Merci à la Fondation Drummond

Un merci spécial à Diane Tapp, Serge Simard et Alexis Chavanon!



Faculté des
sciences infirmières



UNIVERSITÉ
LAVAL

Références

- Tapp, D., Cimon, M-E., Martineau, F., Abba, F., Plamondon, L. & Plaisance A. (Document accepté en attente de publication). Le protocole de détresse respiratoire chez les personnes âgées en fin de vie: Un choix thérapeutique de dernier recours? *L'Infirmière Clinicienne*, vol. 19, no 1.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., Kühnbach, R., Haberland, B., & Higginson, I. J. (2010). Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive pulmonary disease: results from a longitudinal study. *Palliative medicine*, 24(8), 777-786.
- Cherny, N. I., & Group, E. G. W. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol*, 25 Suppl 3, iii143-152. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>
- Chin, C., & Booth, S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate medical journal*, 92(1089), 393-400.
- Coutu, I., Foucault, C. & De Carufel, F. (2013). Pratiques entourant la prise en charge de la détresse respiratoire en fin de vie. Bulletin du réseau de soins palliatifs de Québec 21 (1). Récupéré de : http://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2014/04/4862_Bulletin_RSPO_vol21_num1.pdf
- Dufort-Rouleau, C., Martin, B., Barré, V., Bédard, V., Rouleau, É. D., Beauchesne, M.-F., . . . 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.
- Gagnon, P., Allard, P., Désilet, O., Lasnier, O., Croteau, L., Ouellette, M., . . . Harel, F. (Non-publié, 1999). *Subcutaneous Emergency Pharmacological Protocol for Catastrophic Complications of Terminal Cancer*. Quebec, Qc.
- Godbout, K., Tremblay, L., & 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.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., . . . 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.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2017). *Protocole médical: Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne recevant des soins palliatifs*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (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). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocol.pdf
- Massart Annie, A. (2021). Management of Refractory Breathlessness: a Review for General Internists. *Journal of General Internal Medicine*, 36(4), 1035.