

Administration des médicaments
prescrits dans le cadre d'une
ordonnance individuelle en cas de
détresse chez une personne qui reçoit
des soins palliatifs

Annexes complémentaires

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

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien à la mise à jour du protocole médical national sur l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs.

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

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien à la mise à jour du protocole médical national sur l'administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de repérage d'information scientifique.....	1
ANNEXE B.....	4
Sélection des documents (Diagramme de flux).....	4
ANNEXE C.....	5
Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion.....	5
ANNEXE D.....	7
Liste et caractéristiques des documents inclus.....	7
ANNEXE E.....	9
Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique.....	9
ANNEXE F.....	10
Information issue des documents retenus.....	10
ANNEXE G.....	38
Traitement des commentaires des lecteurs externes.....	38
RÉFÉRENCES.....	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau C-1	Liste des documents et raison de l'exclusion.....	5
Tableau D-1	Liste des documents inclus et caractéristiques générales.....	7
Tableau F-1	Information extraite des documents retenus concernant la situation clinique et les contre-indications à l'application du protocole (Questions 1 et 2).....	10
Tableau F-2	Information clinique extraite des documents retenus sur les symptômes associés à la détresse (Question 3).....	12
Tableau F-3	Information extraite des documents retenus sur la conduite thérapeutique (Question 4).....	15
Tableau F-4	Information extraite des documents retenus sur l'information à transmettre (Question 5).....	17
Tableau F-5	Information extraite des documents retenus sur le suivi à effectuer relativement au traitement pharmacologique (Questions 6 à 8).....	18
Tableau F-6	Information extraite des documents retenus et des monographies de médicaments sur les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l'usage des médicaments prescrits en cas de détresse (Question 4).....	19
Tableau G-1	Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes.....	38
Tableau G-2	Traitement des commentaires des lecteurs externes.....	39

FIGURE

Figure B-1	Diagramme de flux.....	4
------------	------------------------	---

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM)	
Date du repérage : janvier 2020	
Limites : juillet 2016- ; anglais, français	
#1	Palliative Care[mh] OR Palliative Medicine[mh] OR Terminal Care[mh] OR Terminally Ill[mh]
#2	advanced cancer[tiab] OR advanced disease*[tiab] OR advanced illness*[tiab] OR dying[tiab] OR end-of-life[tiab] OR incurable[tiab] OR last days[tiab] OR palliative[tiab] OR terminal*[tiab]
#3	#1 OR #2
#4	Dyspnea[mh] OR Pain Management[mh] OR Tachypnea[mh]
#5	anticipatory prescribing[tiab] OR breathlessness*[tiab] OR (breath*[tiab] AND (difficult*[tiab] OR shortness*[tiab])) OR distress[tiab] OR dyspnea*[tiab] OR dyspnoea*[tiab] OR (respiratory[tiab] AND secretion*[tiab]) OR tachypnea*[tiab] OR (pain[tiab] AND (end-of-life[tiab] OR palliative[tiab] OR terminal[tiab]))
#6	#4 OR #5
#7	Drug Therapy[sh] OR Pharmacokinetics[sh] OR Therapeutic Use[sh]
#8	drug*[tiab] OR manag*[tiab] OR medication*[tiab] OR pharmaceutical*[tiab] OR pharmacokinetics[tiab] OR pharmacologic*[tiab] OR treating[tiab] OR treatment*[tiab]
#9	#7 OR #8
#10	Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Practice Guidelines as Topic[mh] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Clinical Protocols[mh] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR guidance*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR algorithm*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab]
#11	Systematic Review[pt] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab]))
#12	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#13	(#10 OR #11) NOT #12
#14	#3 AND #6 AND #9 AND #13

Embase (Ovid)	
Date du repérage : janvier 2020	
Limites : 2016- ; anglais, français	
1	*Palliative Therapy/ OR *Terminal Care/ OR *Terminally Ill Patient/
2	(advanced cancer OR advanced disease* OR advanced illness* OR dying OR end-of-life OR incurable OR last days OR palliative OR terminal*).ti,ab
3	1 OR 2
4	Dyspnea/ OR Tachypnea/
5	(anticipatory prescribing OR breathlessness* OR (breath* ADJ3 (difficult* OR shortness*)) OR distress OR dyspnea* OR dyspnoea* OR (respiratory AND secretion*) OR tachypnea* OR (pain AND (end-of-life OR palliative OR terminal))).ti,ab
6	4 OR 5
7	(Drug Therapy OR Pharmacology OR Pharmacokinetics OR Pharmaceuticals).fs
8	(drug* OR manag* OR medication* OR pharmaceutical* OR pharmacokinetics OR pharmacologic* OR treating OR treatment*).ti,ab

Embase (Ovid)	
Date du repérage : janvier 2020	
Limites : 2016- ; anglais, français	
9	7 OR 8
10	exp Practice Guideline/ OR Health Care Planning/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR (guideline* OR guide line* OR guidance* OR practical guide* OR CPG OR CPGs OR algorithm* OR committee opinion* OR consensus).ti,ab
11	Systematic Review/ OR "Systematic Review (Topic)"/ OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)).ti,ab
12	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
13	(10 OR 11) NOT 12
14	3 AND 6 AND 9 AND 13
15	"Conference Abstract".pt
16	14 NOT 15

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database	
Date du repérage : janvier 2020	
Limites : 2016- ; anglais, français	
1	(advanced cancer OR advanced disease* OR advanced illness* OR dying OR end-of-life OR incurable OR last days OR palliative OR terminal*).ti,ab
2	(anticipatory prescribing OR breathlessness* OR (breath* ADJ3 (difficult* OR shortness*)) OR distress OR dyspnea* OR dyspnoea* OR (respiratory AND secretion*) OR tachypnea* OR (pain AND (end-of-life OR palliative OR terminal*))).ti,ab
3	(drug* OR manag* OR medication* OR pharmaceutic* OR pharmacokinetics OR pharmacologic* OR treating OR treatment*).ti,ab
4	1 AND 2 AND 3

Recherche manuelle

Date de la consultation : janvier-février 2020

Limites : juillet 2016- ; anglais et français

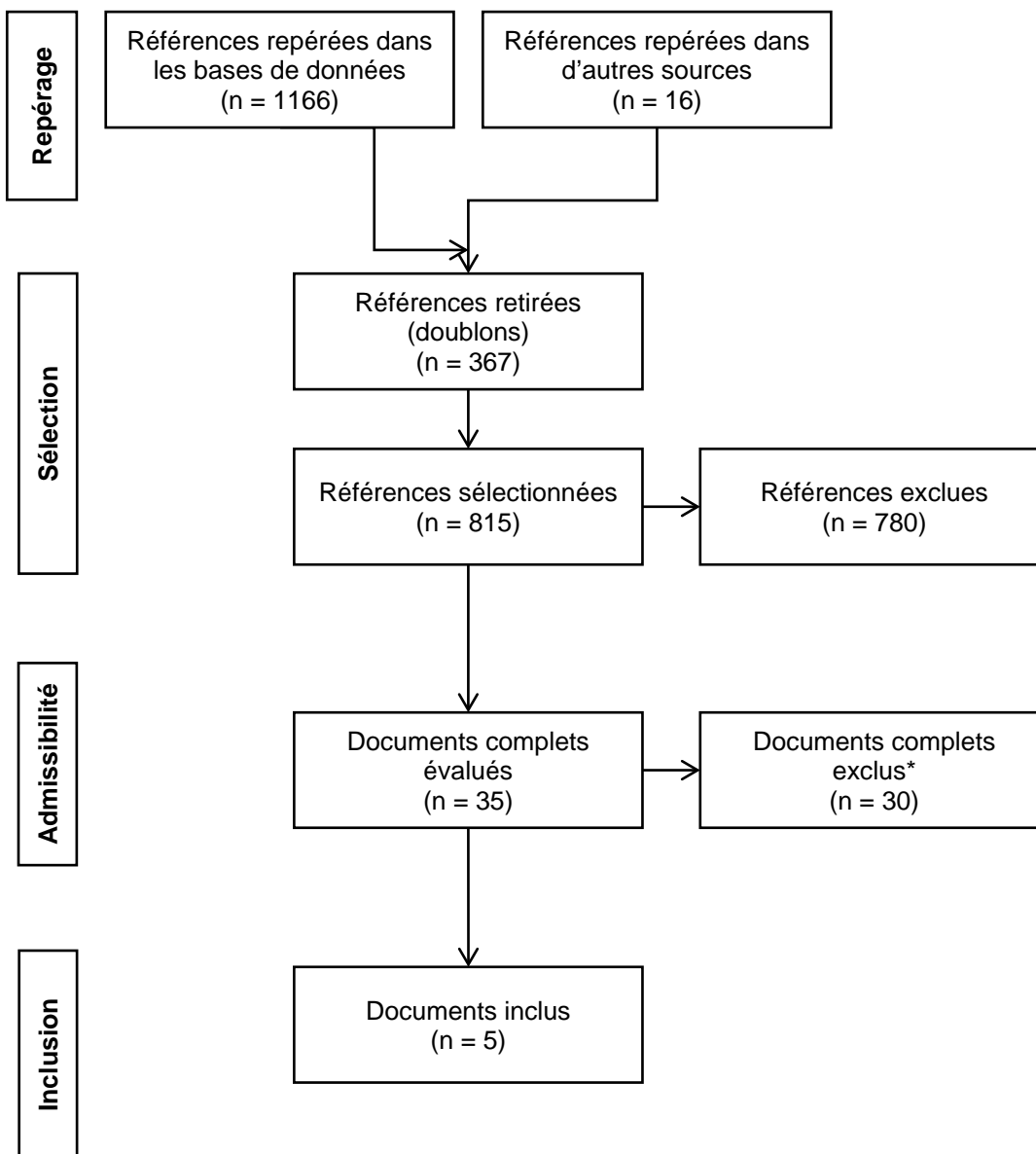
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) (www.cadth.ca)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (www.canada.ca/fr/sante-publique)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (www.ahrq.gov)
- Alberta Health Services (AHS) (www.albertahealthservices.ca)
- American Academy of Family Physicians (AAFP) (www.aafp.org)
- American College of Physicians (ACP) (www.acponline.org)
- American Geriatrics Society (AGS) (www.americangeriatrics.org)
- American Society for Hematology (ASH) (www.hematology.org)
- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (www.asco.org)
- Association canadienne de gastroentérologie (ACG) (www.cag-acg.org)
- Association canadienne de gérontologie (ACG) (acgcag.ca)
- Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ) (ageq.net)
- Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) (www.amgq.ca)
- Association des médecins omnipraticiens de Québec (AMOQ) (www.amoq.ca)
- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) (www.apesquebec.org)
- Association québécoise de gérontologie (AGQ) (www.aqq-quebec.org)
- BC Cancer (www.bccancer.bc.ca)
- BC Guidelines (www.bcguidelines.ca)
- Campbell Collaboration (campbellcollaboration.org)

- Canadian Geriatrics Society (CGS) (canadiangeriatrics.ca)
- Canadian Virtual Hospice (virtualhospice.ca)
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (kce.fgov.be)
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) (fafm.cfpc.ca)
- Collège des médecins du Québec (CMQ) (www.cmq.org)
- ECRI Guidelines Trust (guidelines.ecri.org)
- European LeukemiaNet (www.leukemia-net.org)
- European Society for Medical Oncology (www.esmo.org)
- Evidence-Based Medicine (EBM) Guidelines (www.ebm-guidelines.com)
- Fondation canadienne de la santé digestive (FCSD) (cdhf.ca)
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) (www.fcass-cfhi.ca)
- Guidelines International Network (G-I-N) (www.g-i-n.net)
- Haute Autorité de Santé (HAS) (www.has-sante.fr)
- Health Quality Ontario (HQO) (www.hqontario.ca)
- Infobanque de l'Association médicale canadienne (AMC) (jouleamc.ca)
- Institut national du cancer (www.e-cancer.fr)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) (www.ices.on.ca)
- Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) (www.ihe.net)
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (www.inahta.org)
- Medical Services Advisory Committee (MSAC) (www.msac.gov.au)
- Ministry of Health (Nouvelle-Zélande) (www.health.govt.nz)
- National Cancer Institute (NCI) (www.cancer.gov)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (www.nccn.org)
- National Guideline Clearinghouse (NGC) (www.ahrq.gov/gam)
- National Health and Medical Research Council (Australie) (NHMRC) (www.nhmrc.gov.au)
- National Health Service (NHS) (www.nhs.uk)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (www.nice.org.uk)
- National Institute for Health Research (NIHR) (www.nihr.ac.uk)
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (www.niddk.nih.gov)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) (www.health.govt.nz)
- Oncoline (www.oncoline.nl)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (www.who.int)
- Palli-Science (palli-science.com)
- Palliaguide.be (www.palliaguide.be)
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (rnao.ca)
- Santé Canada (www.canada.ca/fr/sante-canada)
- Santé publique Ontario (www.publichealthontario.ca)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (www.sign.ac.uk)
- Société québécoise de gériatrie (SQG) (www.sqgeriatrie.org)
- Toward Optimized Practice (TOP) (actt.albertadoctors.org)
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (www.fda.gov)

ANNEXE B

Sélection des documents (Diagramme de flux)

Figure B-1 Diagramme de flux



* Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible à l'annexe C

ANNEXE C

Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

Tableau C-1 Liste des documents et raison de l'exclusion

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
1	Expert consensus on the management of breakthrough cancer pain in older patients. A Delphi study [Alarcon <i>et al.</i> , 2019]	Absence de recommandations sur le sujet traité
2	Guidelines de soins palliatifs – Sédation palliative [Barthélémy <i>et al.</i> , 2020]	Méthodologie insuffisamment développée
3	Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: Pain and symptom management [BC Guidelines.ca, 2017]	Méthodologie insuffisamment développée
4	Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain [Bennett <i>et al.</i> , 2019]	Absence de recommandations sur le sujet traité
5	Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: Results of a Delphi study [Boceta <i>et al.</i> , 2016]	Méthodologie insuffisamment développée
6	Delirium in adult cancer patients: ESMO clinical practice guidelines [Bush <i>et al.</i> , 2018]	Absence de recommandations sur le sujet traité
7	Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer [Chapman <i>et al.</i> , 2020]	Absence de recommandations sur le sujet traité
8	Managing breathlessness: A palliative care approach [Chin et Booth, 2016]	Méthodologie insuffisamment développée
9	Symptom control management and the dying person [Clark <i>et al.</i> , 2017]	Absence de recommandations sur le sujet traité
10	Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain [Daeninck <i>et al.</i> , 2016]	Absence de recommandations sur le sujet traité
11	Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. SEDAPALL V1.0 [Devalois <i>et al.</i> , 2017]	Absence de recommandations sur le sujet traité
12	Clinical practice guidelines and consensus statements about pain management in critically ill end-of-life patients: A systematic review [Duran-Crane <i>et al.</i> , 2019]	Absence de recommandations sur le sujet traité
13	Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines [Fallon <i>et al.</i> , 2018]	Absence de recommandations sur le sujet traité
14	Hospice palliative care program: Symptom guidelines [Fraser Health, 2018]	Absence de recommandations sur le sujet traité
15	Palliative sedation for the terminally ill patient [Garetto <i>et al.</i> , 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
16	Breathlessness in palliative care: A practical guide [Gillon et Clifton, 2019]	Méthodologie insuffisamment développée
17	Improving the safety of opioid use for acute noncancer pain in hospitalized adults: A consensus statement from the Society of Hospital Medicine [Herzig <i>et al.</i> , 2018]	Ne correspond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs
18	Scottish palliative care guidelines [Health Improvement Scotland, 2019]	Absence de recommandations sur le sujet traité
19	Safe and appropriate use of methadone in hospice and palliative care: Expert consensus white paper [McPherson <i>et al.</i> , 2019]	Méthodologie insuffisamment développée
20	Te Ara Whakapiri: Principles and guidance for the last days of life [Ministry of Health (NZ), 2017]	Critère d'exclusion : contexte d'intervention inadéquat
21	Adult cancer pain [NCCN, 2020b]	Méthodologie insuffisamment développée

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
22	Palliative care program symptom guidelines [NH Medical Advisory Committee, 2019]	Absence de recommandations sur le sujet traité
23	Management of dyspnea in the terminally ill [Pisani <i>et al.</i> , 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
24	Pharmacological management of symptoms for adults in the last days of life clinical guideline [SA Health, 2019]	Méthodologie insuffisamment développée
25	Updates in palliative care – Recent advancements in the pharmacological management of symptoms [Star et Boland, 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
26	Pain control in palliative care [Tredgett, 2020]	Méthodologie insuffisamment développée
27	Sedative for palliative purposes guideline [Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), 2017]	Absence de recommandations sur le sujet traité
28	Updates in palliative care – Overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain [Wood <i>et al.</i> , 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
29	WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [World Health Organization (WHO), 2018]	Absence de recommandations sur le sujet traité
30	Treatment recommendations for respiratory symptoms in cancer patients: Clinical guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine [Yamaguchi <i>et al.</i> , 2016]	Absence de recommandations sur le sujet traité

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des documents inclus

Tableau D-1 Liste des documents inclus et caractéristiques générales

End-of-life care: Managing common symptoms [Albert, 2017]	
Organismes	American Academy of Family Physicians (AAFP)
Année	2017
Pays	États-Unis
Population	Personnes en fin de vie
Objectif	Éducation médicale continue pour guider les médecins dans le soulagement des symptômes des personnes en fin de vie, peu importe le contexte de soins.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Symptômes respiratoires, Guide pratique des soins palliatifs, 5^e édition [APES, 2019]	
Organismes	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)
Année	2019
Pays	Canada
Population	Personnes en soins palliatifs
Objectif	Supporter les pharmaciens et pharmaciennes, les médecins et les infirmières à prendre en charge les différents signes et symptômes des personnes en soin palliatif, peu importe le contexte de soins.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines [BCCPC, 2019]	
Organismes	BC Centre for Palliative Care (BCCPC)
Année	2019
Pays	Canada
Population	Adultes vivant avec une maladie avancée limitant la vie
Objectif	Supporter les cliniciens, les médecins, les infirmières et les personnes soignantes à prendre en charge les différents signes et symptômes de fin de vie des personnes en soin palliatif.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Palliative care [NCCN, 2020a]	
Organismes	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
Année	2020
Pays	États-Unis
Population	Patients dans les derniers douze mois de vie
Objectif	Assurer la meilleure qualité de vie possible à chaque patient atteint de cancer, et ce, tout au long de sa maladie en orientant l'équipe de soins primaires en oncologie.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Le grand livre des soins palliatifs Tome II chapitre 5 [Palli-Science, 2015]	
Organisme	Palli-Science
Année	2015
Pays	Canada
Population	Personnes en soins palliatifs
Objectif	Supporter les soignants dans la reconnaissance et la prise en charge des signes et symptômes de détresse respiratoire et détresse générale aigue chez les personnes en soins palliatifs.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique

Puisque les documents retenus dans le cadre de ce projet n'ont servi qu'à apporter des éléments contextuels de même que des informations cliniques sur les signes et symptômes pertinents pour le PMN, aucune évaluation méthodologique n'a été effectuée.

ANNEXE F

Information issue des documents retenus

Tableau F-1 Information extraite des documents retenus concernant la situation clinique et les contre-indications à l'application du protocole (Questions 1 et 2)

Détresse en soins palliatifs				
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	BCCPC – 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	AAFP – 2017 États-Unis [Albert, 2017]	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science – 2015 Québec [Palli-Science, 2015]
SITUATION CLINIQUE				
<ul style="list-style-type: none"> Personne adulte recevant des soins de fin de vie. Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (correspond à un niveau de soins D), et La présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1) doit être associée à un état de panique (critère 2) et à de l'agitation (critère 3). <p>Critère 1 : Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gêne respiratoire intolérable et constante au repos ▶ Tachypnée (≥ 28 respirations/min) ▶ Attention obnubilée par le besoin d'air ▶ Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus-claviculaire) ▶ Cyanose ▶ Grognement en fin d'expiration ▶ Battements des ailes du nez ▶ Embarras bronchique sévère 	<ul style="list-style-type: none"> Adults living with advanced life-limiting illnesses 	<ul style="list-style-type: none"> Persons at the end of life, whether in the home, assisted living facility, or nursing home environment 	<ul style="list-style-type: none"> La fin de vie d'un patient peut amener différentes situations de détresse nécessitant une action rapide. Une de ces situations est la détresse respiratoire. Celle-ci peut survenir lorsque la dyspnée atteint un degré où elle subjugue tous les aspects (physiologiques, sociaux, culturels, environnementaux, émotionnels et cognitifs) de la vie d'une personne L'ordonnance en cas de détresse doit être utilisée pour les situations où un retard du soulagement du patient serait inacceptable <p>Indications de l'ordonnance en cas de détresse</p> <ul style="list-style-type: none"> Détresse respiratoire toutes causes confondues : <ul style="list-style-type: none"> ○ Gêne respiratoire intolérable et constante au repos ○ Anxiété intense (peur) face à l'impression de mort imminente ○ Tachypnée (≥ 28 respirations/min) ○ Effort marqué pour prononcer deux ou trois mots ○ Attention obnubilée par le besoin d'air ○ Agitation presque constante : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ± confusion, 	<p>Lorsque ces signes et symptômes sont plus dramatiques, et qu'on progresse vers la défaillance d'un organe ou d'un système, on parle alors de détresse. Ce mot est à la fois ambigu et englobant, car il exprime aussi une détresse tant morale (stress, angoisse, peur de mourir) que physique.</p> <p>L'angoisse, l'impuissance et le désespoir doivent être présents pour parler d'une véritable détresse.</p> <p>Une détresse respiratoire aiguë ou hémorragique chez un patient encore conscient est toujours dramatique pour celui qui la vit et pour l'entourage médical et familial qui en est témoin.</p> <p>La dyspnée est intimement liée à la détresse, en étant parfois la cause, parfois la conséquence ou les deux; elle se définit comme la perception sensorielle et émotionnelle d'un inconfort respiratoire de qualité et d'intensité variables. Il y a difficulté à respirer et plus la difficulté est grande, d'apparition brusque et soutenue, plus il y a détresse. Tout comme dans la douleur, la perception est à la fois sensorielle et émotionnelle et encore plus désagréable, car la notion de « vie ou de mort immédiate » est présente ou vécue comme telle par le malade.</p>

<p>Douleur intolérable exprimée ou manifestée par la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Visage crispé ou grimaçant ▶ Présence de larmes ▶ Geignements ▶ Rigidité des membres ▶ Tachycardie (≥ 110 battements/min.) <p>Hémorragie massive</p> <p>Critère 2:</p> <p>État de panique</p> <p>Anxiété intense</p> <p>Regard effrayé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Yeux écarquillés ▶ Muscles du visage contractés ▶ Froncement des sourcils ▶ Bouche ouverte ▶ Dents serrées <p>Critère 3</p> <p>Agitation presque constante</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune position confortable ▶ Mouvements fréquents non intentionnels ▶ Agité, combatif 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ± diaphorèse, ▪ ± râles bronchiques, ▪ ± cyanose <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie grave avec détresse • Douleur importante impossible à soulager • Agitation réfractaire • Toute autre situation nécessitant la sédation urgente intermittente d'un patient en fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Quand penser à rédiger un protocole de détresse? <ul style="list-style-type: none"> • Gêne respiratoire au repos • Anxiété et impression de mort imminente • Tachypnée >28-30/min • Difficulté à la parole par essoufflement • Obnubilation par la recherche d'air • Utilisation des muscles accessoires de la respiration • Agitation quasi constante • Confusion • Diaphorèse • Râles • Cyanose • Embolie pulmonaire • Œdème aigu des poumons • Hémorragie ▶ Les urgences hémorragiques: on parle ici des hémorragies massives et souvent inattendues qui nous laissent bien dépourvus en terme d'action: ▶ Situation urgente: Hémoptysies massives et répétées. <ul style="list-style-type: none"> • Ligne de conduite palliative: Protocole de détresse. ▶ Situation urgente: Rupture d'un gros vaisseau artériel. <ul style="list-style-type: none"> • Ligne de conduite: Protocole de détresse. ▶ Situation urgente: Hémorragie digestive aigue. <ul style="list-style-type: none"> • Ligne de conduite: Protocole de détresse
<p align="center">Constat (Situation clinique)</p>	<p align="center">La population des quatre documents retenus correspond à la population cible du protocole médical national de l'INESSS.</p>			
<p align="center">CONTRE-INDICATIONS</p>				
<p>Une manifestation clinique isolée ou la présence d'une seule condition réfractaire (p. ex., embarras bronchique, dyspnée, délirium hyperactif avec agitation psychomotrice) doit faire l'objet d'une évaluation médicale.</p>	∅	∅	∅	<ul style="list-style-type: none"> • Toute dyspnée ne mérite pas obligatoirement un protocole de détresse respiratoire
<p align="center">Constat (Contre-indications)</p>	<p align="center">Seul le document de Palli-science mentionne que le protocole de détresse ne devrait pas nécessairement être exécuté pour un symptôme isolé comme la dyspnée, ce qui est en accord avec la contre-indication incluse dans la version 2016 du protocole médical national de l'INESSS.</p>			

Tableau F-2 Information clinique extraite des documents retenus sur les symptômes associés à la détresse (Question 3)

Signes et symptômes associés à la détresse				
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	BCCPC – 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	AAFP – 2017 États-Unis [Albert, 2017]	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science Québec [Palli-Science, 2015]
Détresse respiratoire ou dyspnée				
<p>Critère 1 : Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gêne respiratoire intolérable et constante au repos ▶ Tachypnée (≥ 28 respirations/min) ▶ Attention obnubilée par le besoin d'air ▶ Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus-claviculaire) ▶ Cyanose ▶ Grognement en fin d'expiration ▶ Battements des ailes du nez ▶ Embarras bronchique sévère 	<p>Dyspnea is the uncomfortable feeling of being short of breath. It may or may not be associated with hypoxia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Measuring and quantifying dyspnea in patients with decreased responsiveness at the end of life can be challenging because most dyspnea scales require the patient to report symptoms. The Respiratory Distress Observation Scale (http://homecareinformation.net/handouts/hen/Respiratory_Distress_Observation_Scale.pdf) is an eight-variable tool yielding a score of 0 (no dyspnea) to 16 (most dyspnea) based on observers' clinical assessments, and has been studied in the care of patients at the end of life. • Tachypnea, increased difficulty breathing, restlessness, and grunting are clinical signs of dyspnea, regardless of a patient's measured oxygen saturation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire toutes causes confondues: <ul style="list-style-type: none"> ○ gêne respiratoire intolérable et constante au repos; ○ anxiété intense (peur) face à l'impression de mort imminente; ○ tachypnée (≥ 28 respirations/min); ○ effort marqué pour prononcer deux ou trois mots; ○ attention obnubilée par le besoin d'air; ○ agitation presque constante: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ± confusion, ▪ ± diaphorèse, ▪ ± râles bronchiques, ▪ ± cyanose. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elle se définit comme une dyspnée importante d'apparition aiguë associée à une tachypnée, à des sécrétions bronchiques, à de l'anxiété, à de l'agitation et à la peur de mourir par suffocation. <p>28 cycles et plus par minute témoignent d'un rythme très rapide qui grève l'énergie musculaire respiratoire du patient déjà affaibli et souvent cachexique.</p>
Douleur				
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intolérable exprimée ou manifestée par la personne : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Visage crispé ou grimaçant ▶ Présence de larmes ▶ Geignements ▶ Rigidité des membres ▶ Tachycardie (≥ 110 battements/min.) 	<ul style="list-style-type: none"> • restlessness and rigidity, grimacing, and distressed vocalizations such as moaning and repeated calling out 	∅	<ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes associés: tachycardie, dyspnée, nausées et vomissements, diaphorèse, etc.; 	∅
Hémorragie				
Hémorragie massive	Bleeding is the loss of blood or blood escaping from the circulatory system.	∅	<ul style="list-style-type: none"> • Les hémorragies en soins palliatifs affectent 6 à 10 % des patients. Elles peuvent prendre plusieurs formes: 	<ul style="list-style-type: none"> • Les urgences hémorragiques : on parle ici des hémorragies massives et

Signes et symptômes associés à la détresse

<p style="text-align: center;">INESSS – 2016 Québec Protocole médical national</p>	<p style="text-align: center;">BCCPC – 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]</p>	<p style="text-align: center;">AAFP – 2017 États-Unis [Albert, 2017]</p>	<p style="text-align: center;">APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]</p>	<p style="text-align: center;">Palli-Science Québec [Palli-Science, 2015]</p>
	<p>Associated symptoms depend on the duration and rate of bleeding. The terms ‘massive’ or ‘catastrophic’ are sometimes preferred over the term ‘terminal’ hemorrhage because not all large bleeds result in death. This guideline will refer to severe bleeding which is a large amount of blood loss. The clinical presentation of bleeding in the palliative care setting is variable. It may be visible or invisible; volumes may vary from low-grade oozing to massive and catastrophic, continuous or intermittent. It may be localized or from multiple sites</p> <p>Recommendations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Use sedation as quickly as possible to relieve distress, when practical and timely. ▶ Midazolam 10 mg dose is most commonly used for major bleeds. ▶ Give midazolam IV (preferred) bolus, if IV access is possible. ▶ Alternatively give SC, IM (large deltoid or gluteal muscle), or buccal. ▶ Repeat dose if needed. IV within 5 minutes, SC, IM, buccal within 5 to 15 minutes. ▶ Alternatives include: Lorazepam 4 mg IV/SC/sublingual and Ketamine 150 to 250 mg IV, or 500 mg IM (large deltoid or gluteal muscle). ▶ Opioids are indicated for pain or dyspnea. Hemorrhage is usually not painful <p>Strength of recommendations: Use if benefits outweigh potential harm.</p>		<p>hémoptysie, saignement vaginal, saignement rectal, hématomèse, méléna, saignement de lésions cutanées, ecchymoses, pétéchies. La nature du saignement dépend du type de cancer primaire et de la localisation des métastases</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des sédatifs pour diminuer l'anxiété du patient (protocole de détresse; voir le chapitre sur les symptômes respiratoires). 	<p>souvent inattendues qui nous laissent bien dépourvus en termes d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoptysies massives et répétées • Rupture d'un gros vaisseau artériel • Hémorragie digestive aiguë

Signes et symptômes associés à la détresse				
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	BCCPC – 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	AAFP – 2017 États-Unis [Albert, 2017]	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science Québec [Palli-Science, 2015]
État de panique				
Critère 2: État de panique Anxiété intense Regard effrayé <ul style="list-style-type: none"> ▶ Yeux écarquillés ▶ Muscles du visage contractés ▶ Froncement des sourcils ▶ Bouche ouverte ▶ Dents serrées 	∅	∅	∅	∅
Agitation				
Critère 3 Agitation presque constante <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune position confortable ▶ Mouvements fréquents non intentionnels ▶ Agité, combatif 	∅	∅	∅	∅

Tableau F-3 Information extraite des documents retenus sur la conduite thérapeutique (Question 4)

Détresse en soins palliatifs		
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science – 2015 Québec [Palli-Science, 2015]
NOMBRE MAXIMAL D'ADMINISTRATIONS		
<p>En l'absence de directives médicales, administrer les médicaments prescrits une deuxième fois, si aucune réponse ou réponse partielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voie d'administration sous-cutanée : répéter après 20 minutes. • Voie d'administration intraveineuse : répéter après 10 minutes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le protocole prescrit se donne immédiatement (STAT) s'il y a détresse et peut parfois être répété une seule fois, 20 minutes plus tard, au besoin (débuter par la benzodiazépine, puis continuer avec l'opioïde et ensuite la scopolamine; toutefois, ces deux derniers agents pourraient être mis dans la même seringue et injectés à un autre site); l'intervalle entre deux administrations peut être plus court si elles se font par voie intraveineuse (10 min). • Il faut par contre éviter les administrations répétitives et inappropriées des médicaments de l'ordonnance en cas de détresse mais plutôt privilégier l'ajustement de la médication globale du patient. 	∅
Constat (Nombre maximal d'administrations)	Le document de l'APES recommande de suivre le protocole de détresse prescrit et de répéter les injections si nécessaire une seule fois, après 20 minutes par voie d'administration sous-cutanée ou après 10 minutes par voie d'administration intraveineuse. Ces recommandations sont les mêmes que celles indiquées dans le protocole médical national de 2016 de l'INESSS.	
PRÉCAUTIONS À PRENDRE		
∅	∅	∅
Constat (Précautions à prendre)	Aucune précaution particulière n'est mentionnée dans les documents consultés	
MOMENT ET MODALITÉS D'ADMINISTRATION		
<p>Administration des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • La benzodiazépine est administrée en premier (début d'action rapide, environ 10 minutes pour la voie sous-cutanée) suivi de l'opioïde et de l'anticholinergique (durée des effets entre 2 et 4 heures). • Les médicaments des deux dernières classes peuvent être préparés dans la même seringue. • Utiliser la voie d'administration sous-cutanée si la voie intraveineuse n'est pas disponible. • Les sites d'injection recommandés se situent au niveau du thorax et de l'abdomen supérieur (ligne inframmaire) puisqu'ils offrent une plus grande rapidité d'absorption. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin prescrit cette ordonnance à chaque patient individuellement, selon les besoins particuliers de celui-ci. C'est l'infirmière qui en évalue le mode d'exécution. • La voie sous-cutanée (SC) est la plus utilisée et la plus facile. Habituellement, l'injection se fait directement par voie SC, mais elle peut aussi se faire au moyen du papillon déjà installé pour l'administration du médicament spécifique au patient. On privilégiera l'administration parasternale, car elle permet une absorption plus rapide de l'agent en raison de la présence de nombreux ganglions lymphatiques dans cette région. • Le recours à voie intraveineuse (IV) est possible lorsque les installations ou les actes autorisés le permettent; cette voie d'administration peut favoriser une plus grande rapidité d'action du médicament lors de situations critiques (ex.: hémorragie massive). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le but du traitement de toute détresse est de parvenir à une sédation efficace rapidement et un contrôle possible du symptôme physique causal (dyspnée, hémorragie, convulsion, douleur, etc.). Le protocole de détresse consistera donc en l'administration d'une combinaison de médicaments qui visent à endormir le malade pour réduire sa détresse, tout en lui permettant de récupérer, si cela est possible, de cette complication. Cette sédation dure environ quatre heures si elle n'est pas répétée. Elle ne provoque pas la mort. ▶ Les molécules, le dosage et les intervalles posologiques se retrouvent dans la bible : Guide pratique des soins palliatifs, gestion de la douleur et autres symptômes, Association des pharmaciens des établissements de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs, 4^e édition complète 2008, p. 229-231

Détresse en soins palliatifs		
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science – 2015 Québec [Palli-Science, 2015]
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'injection des opioïdes se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à la vitesse de 3 à 5 mg/min pour la morphine ou à une vitesse équivalente pour un autre opioïde (ex. :1 mg/min pour l'hydromorphone) par la voie IV: on peut diluer la dose jusqu'à 10 ml dans du dextrose à 5 % ou une solution saline à 0,9 %; ▶ L'injection du midazolam par voie IV se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à une vitesse de 1 mg/min; on peut aussi le gicler à l'intérieur de la joue; ▶ L'injection du lorazépam par voie IV se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à une vitesse de 2 mg/min; il faut diluer la dose dans un volume égal d'eau stérile pour injection, de dextrose à 5 % ou d'une solution saline; ▶ L'injection de la scopolamine se fait lentement en 2 à 3 minutes; par la voie IV: on peut diluer la dose dans 10 ml d'eau stérile pour injection. 	
Constat (Moment et modalités d'administration)	Le document de l'APES recommande l'utilisation de la voie sous-cutanée mais privilégie la voie intraveineuse lorsqu'elle est disponible pour favoriser la rapidité d'action. Des directives semblables étaient données dans la version 2016 du protocole médical national de l'INESSS.	
EFFETS INDÉSIRABLES		
Effets indésirables à surveiller : confusion, réactions paradoxales (agitation, trouble du comportement, agressivité), délirium. La présence d'un globe vésical peut être secondaire à l'administration de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (opioïdes, ACh).	<ul style="list-style-type: none"> • Le malade doit être observé afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication et qu'une composante de délirium exacerbé par la prise de benzodiazépine ne s'installe pas. 	∅
Constat (Effets indésirables)	Le guide de l'APES mentionne la possibilité de réaction paradoxale et de délirium liée à la benzodiazépine. La version 2016 du protocole médical national de l'INESSS mentionnait ces effets indésirables et ajoutait la confusion et la présence d'un globe vésical.	

Tableau F-4 Information extraite des documents retenus sur l'information à transmettre (Question 5)

Détresse en soins palliatifs		
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science – 2015 Québec [Palli-Science, 2015]
INFORMATION À TRANSMETTRE		
<p>CONSIGNES ET INFORMATION À LA PERSONNE ET SES PROCHES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la personne et à ses proches les objectifs et les effets du traitement. • Préciser que les médicaments administrés en cas de détresse ne précipitent pas le décès de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner une information pertinente en termes compréhensibles pour le patient ou la famille; • Vérifier la compréhension du patient ou de la famille; 	∅
Constat (Information à transmettre)	<p>Le guide de l'APES recommande de s'assurer que la personne traitée et sa famille comprennent les enjeux de l'application du protocole de détresse. Ces recommandations sont similaires à celles qui se retrouvent dans la version 2016 du protocole médical national de l'INESSS.</p>	

Tableau F-5 Information extraite des documents retenus sur le suivi à effectuer relativement au traitement pharmacologique (Questions 6 à 8)

Détresse en soins palliatifs		
INESSS – 2016 Québec Protocole médical national	APES – 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]	Palli-Science – 2015 Québec [Palli-Science, 2015]
SUIVI		
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'efficacité des médicaments administrés : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 10 à 20 minutes après l'administration des médicaments, la personne devrait être calme même si certaines manifestations cliniques persistent (p. ex., sécrétions bronchiques, tachypnée). Surveiller l'évolution de l'état de santé de la personne : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Surveiller l'état respiratoire et suivre l'évolution des autres manifestations de détresse. La prise des signes vitaux devrait être évitée. INESSS Protocole médical national – Détresse en soins palliatifs Médicaments : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Surveiller la réponse associée au traitement de la détresse et l'apparition d'effets indésirables. Consulter la section 3.1 pour les caractéristiques des classes de médicaments (effets recherchés et effets indésirables à surveiller). 	<ul style="list-style-type: none"> Le malade doit être observé afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication et qu'une composante de delirium exacerbé par la prise de benzodiazépine ne s'installe pas. Le protocole prescrit se donne immédiatement (STAT) s'il y a détresse et peut parfois être répété une seule fois, 20 minutes plus tard, au besoin (débuter par la benzodiazépine, puis continuer avec l'opioïde et ensuite la scopolamine; toutefois, ces deux derniers agents pourraient être mis dans la même seringue et injectés à un autre site); l'intervalle entre deux administrations peut être plus court si elles se font par voie intraveineuse (10 min). 	∅
Constat (Suivi)	Seul le document de l'APES mentionne que la personne doit être observée pour détecter les effets indésirables après l'administration des médicaments ainsi que l'intervalle pour effectuer une deuxième administration. Ces éléments sont similaires à l'information qui se trouvait dans la version 2016 du protocole médical national de l'INESSS.	
DIFFÉRENCES SELON LES CONTEXTES DE SOINS		
∅	∅	∅
Constat (Différences selon les contextes de soins)	Aucun document ne mentionne des différences d'exécution selon les contextes de soins en centre hospitalier, en centre de soins de longue durée ou à domicile.	
SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE OU UNE RÉÉVALUATION		
<ul style="list-style-type: none"> Aviser le médecin immédiatement après avoir administré les médicaments prescrits dans le cadre de l'application du protocole médical. Une évaluation médicale est requise pour ajuster les doses des médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluation de la prescription <ul style="list-style-type: none"> • Lors de toute modification de la dose régulière d'opioïde, de benzodiazépine ou de scopolamine du patient; • Lorsqu'une ordonnance de détresse a été administrée au patient. 	∅
Constat (Situations qui exigent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation)	Le document de l'APES recommande de réévaluer l'ordonnance individuelle en cas de détresse lorsqu'il y a modification des doses régulières des médicaments prescrits et lorsque la personne a dû avoir recours au protocole de détresse. La version 2016 du protocole médical national de l'INESSS recommandait aussi une réévaluation après l'utilisation du protocole médical national.	

Tableau F-6 Information extraite des documents retenus et des monographies de médicaments sur les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l'usage des médicaments prescrits en cas de détresse (Question 4)

BENZODIAZÉPINES			
MONOGRAPHIE - 2015 [APhC, 2015]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
INDICATIONS			
<p>Emplois approuvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorazepam : anxiété, sédation, Midazolam : sédation Diazepam : anxiété, sédation Clonazepam : Ø <p>Emplois non approuvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Agitation Spasmes musculosquelettiques Dyspnée en fin de vie avec composante d'anxiété Clonazepam et Lorazepam pour trouble de panique 	<p>Severe distress:</p> <ul style="list-style-type: none"> Use opioid and adjunctive anxiolytics/sedatives until comfort is achieved. If patient anxious, use one of the following with opioid: either midazolam 2,5 à 5 mg SC or IV, or Lorazepam 5 mg SC or IV every 5 to 15 minutes PRN. 	<p>Can be considered for coexisting dyspnea and anxiety in palliative care for life expectancy to year, months, weeks or days.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Médicament habituellement compris dans le protocole de détresse. Utilisé lors de l'agitation terminale
MÉCANISME D'ACTION			
<ul style="list-style-type: none"> Les benzodiazépines sont douées d'une affinité pour les récepteurs de benzodiazépines qui agissent comme lieux de fixation spécifiques pour l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), principal neurotransmetteur inhibiteur dans le SNC. Si la dose de la benzodiazépine est augmentée, les effets anxiolytiques sont produits en premier, suivis des effets anticonvulsivants, d'une diminution du tonus musculaire, puis finalement des propriétés sédatives et hypnotiques. 	Ø	Ø	<ul style="list-style-type: none"> La benzodiazépine vise la sédation rapide du patient. Elle aura aussi un effet apaisant sur l'anxiété souvent associée à la dyspnée. Le début d'action rapide du midazolam explique sa grande fréquence d'utilisation. De plus, le midazolam a la propriété d'entraîner une amnésie antérograde (ce qui permet au patient de ne pas avoir de souvenir de l'évènement traumatique qui a eu lieu).
CONTRE-INDICATIONS			
<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité connue à cette classe de médicaments ou à tout composant du produit concerné Myasthénie grave Glaucome aigu à angle fermé. 	Ø	Ø	Ø
PRÉCAUTIONS			
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance pulmonaire grave ou apnée du sommeil, spécialement les patients âgés, très malades ou qui ont une réserve pulmonaire limitée. 	Ø	Ø	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation d'une dose de Midazolam supérieure à 10 mg SC devrait être réservée aux usagers présentant une tolérance aux benzodiazépines et reposer sur le jugement clinique du médecin traitant.

BENZODIAZÉPINES

<p align="center">MONOGRAPHIE - 2015 [APhC, 2015]</p>	<p align="center">BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]</p>	<p align="center">NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]</p>	<p align="center">APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ne doivent pas être administrés par voie iv aux patients en état de choc ou d'intoxication alcoolique aiguë, aux patients dans le coma ou à ceux qui ont récemment reçu d'autres dépresseurs respiratoires. • Patients fortement déprimés ou ceux que l'on soupçonne de dépression imminente accompagnée d'un trouble d'anxiété, surtout s'ils présentent un risque accru de tendances suicidaires. <p>Généralité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement par benzodiazépines doit être individualisé et étroitement surveillé, et la nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée fréquemment, surtout chez les personnes âgées. <p>Systeme nerveux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'ataxie et le risque de chute associée à une fracture de la hanche chez les personnes âgées surviennent plus souvent avec l'emploi des benzodiazépines à action prolongée qu'avec les agents à courte durée d'action. • De l'amnésie antérograde a été signalée après des doses thérapeutiques de benzodiazépines. La gravité et la durée de cet effet peuvent varier selon le médicament, la posologie, la voie d'administration ou le patient lui-même, p. ex. les patients âgés peuvent être particulièrement à risque. <p>Facultés mentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La stimulation paradoxale du SNC a été rapportée chez des patients ayant des troubles psychiatriques et des enfants hyperactifs et agressifs. Ces réactions comprennent : agitation, anxiété, manie, insomnie, perturbation du sommeil, spasticité musculaire accrue, colère exagérée et hyperactivité; elles sont apparues au début du traitement, habituellement au cours des 2 premières semaines. L'administration des benzodiazépines doit être interrompue en présence d'une stimulation du SNC. <p>Fonction rénale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients présentant une insuffisance rénale doivent être surveillés et la dose ajustée prudemment pour éviter l'accumulation. 			<ul style="list-style-type: none"> • Afin de minimiser le recours à des doses de midazolam supérieures à 10 mg, un ratio de conversion du clonazépam au lorazépam conservateur est proposé pour l'application de ce protocole.

BENZODIAZÉPINES			
MONOGRAPHIE - 2015 [APhC, 2015]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
Gériatrie <ul style="list-style-type: none"> Il faut user de vigilance lors de l'administration parentérale des benzodiazépines chez les patients âgés car ils peuvent être plus sujets à présenter de l'apnée, de l'hypotension, de la bradycardie ou un arrêt cardiaque. Le chlórdiazépoxide, le clorazépate, le diazépam, le flurazépam et le triazolam ne sont pas recommandés chez les patients âgés. 			
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES			
Dépresseurs du SNC. <ul style="list-style-type: none"> <u>Effet</u> : Effets dépressifs additifs sur le SNC. La consommation chronique d'alcool peut entraîner la tolérance précoce aux benzodiazépines. L'administration concomitante avec des opioïdes peut conduire à une augmentation de l'euphorie et de la dépendance psychologique. Augmentation du risque de comportements somnambuliqes complexes tels que conduire tout en n'étant pas complètement réveillé. <u>Commentaire clinique</u> : Éviter l'association si possible. Surveiller une augmentation des effets dépressifs sur le SNC. Avertir les patients des effets possibles de la combinaison de médicaments avec de l'alcool ou d'autres sédatifs. Inhibiteurs du CYP3A4 : <ul style="list-style-type: none"> <u>Effet</u> : Augmentation des concentrations sériques et des effets des benzodiazépines (p. ex., augmentation et prolongement de la sédation) métabolisées par l'enzyme touchée. <u>Commentaire clinique</u> : Surveiller une augmentation des effets des benzodiazépines. Réduire la dose de la benzodiazépine en conséquence. Inducteurs du CYP3A4 : <ul style="list-style-type: none"> <u>Effet</u> : Diminution des concentrations sériques et des effets des benzodiazépines métabolisées par l'enzyme touchée. <u>Commentaire clinique</u> : Surveiller une diminution de l'efficacité des benzodiazépines. Ajuster la dose en conséquence. 	∅	∅	∅

BENZODIAZÉPINES			
MONOGRAPHIE - 2015 [APhC, 2015]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>Inhibiteurs du CYP2C19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Effet</u> : Augmentation des effets pharmacologiques des benzodiazépines métabolisées par les enzymes touchées. • <u>Commentaire clinique</u> : Surveiller une augmentation des effets des benzodiazépines. Ajuster la dose en conséquence. <p>Interactions médicaments-aliment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le pamplemousse, les oranges de Séville, les pomélos et les limes peuvent augmenter les concentrations sériques du diazépam et du triazolam. Évitez la combinaison de ces fruits et de ces agents. Si cela est inévitable, diminuer la posologie des benzodiazépines. 			
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION			
<ul style="list-style-type: none"> • Les posologies des benzodiazépines doivent être individualisées et soigneusement titrées pour éviter une sédation excessive et une gêne mentale ou motrice. Utiliser la dose efficace la plus faible et réévaluer souvent la nécessité de continuer le traitement. Des doses plus élevées et une plus longue durée du traitement peuvent augmenter le risque de dépendance. <p>Gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées peuvent être particulièrement sensibles aux effets des benzodiazépines sur le SNC et elles peuvent avoir des demie-vies d'élimination plus longues en raison d'une diminution du métabolisme hépatique. En général, les doses des benzodiazépines pour les personnes âgées ont tendance à être environ un tiers à une-demie de la dose recommandée pour les adultes plus jeunes. 	∅	<p>Dyspnea in palliative care with anxiety :</p> <p>Lorazepam 0,25-1 mg PO q4h PRN for benzodiazepine naive.</p>	<p><u>Protocole de détresse respiratoire:</u></p> <p>Midazolam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids plus petit ou égal à 70 kg ET benzodiazépine dose équivalente plus petite que 3 mg de Lorazépam / 24 h <p>Midazolam 5 mg SC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids plus grand que 70 kg OU benzodiazépine dose équivalente plus grande ou égale à 3 mg ET plus petite ou égale à 12 mg de Lorazépam / 24 h <p>Midazolam 10 mg SC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazépine dose équivalente plus grande que 12 mg de Lorazépam / 24 h <p>Midazolam 15 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la 1^{ère} seringue, donner Midazolam SC STAT. • L'injection du Midazolam par voie IV se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à une vitesse de 1 mg/min; on peut aussi le gicler à l'intérieur de la joue. • L'injection du lorazépam par voie IV se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à une vitesse de 2 mg/ml; - il faut diluer la dose dans un volume égal d'eau stérile pour injection, de dextrose à 5 % ou d'une solution saline.

BENZODIAZÉPINES			
MONOGRAPHIE - 2015 [APhC, 2015]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
			Approche pharmacologique de l'agitation terminale : <ul style="list-style-type: none"> Lorazépam (AtivanMD) : 0,5 à 2 mg q 4 à 8 h; PO, SL, (SC), IR, IV. Diazépam (ValiumMD) : 5 à 10 mg q 12 h; PO, IR. Midazolam (VersedMD) : 1,5 mg q 1 ou 2,5 mg (ad 10 mg) q 2 à 4 h; (SC), IV, SL ou buccal (gicler à l'intérieur de la joue); perfusion sous-cutanée continue 0,5 ad 20 mg/h. Clonazépam (RivotrilMD) : 0,5 à 2 mg q 8 à 12 h; PO, SL, IR (voir chapitre sur les voies innovatrices).
EFFETS INDÉSIRABLES			
Les plus courants (≥1 %) SNC : <ul style="list-style-type: none"> Ataxie Étourdissements Somnolence y compris somnolence résiduelle Fatigue Fatigue musculaire Réactions ralenties <u>Commentaires cliniques relatifs</u> : Se manifestent habituellement durant les premiers jours du traitement et peuvent diminuer par la suite. Les patients âgés ou débilisés, les enfants et les patients ayant des troubles hépatiques ou un faible taux d'albumine sérique peuvent être plus particulièrement sensibles à ces effets sur le SNC.	∅	∅	∅
SUIVI ET ANALYSES			
Surdosage : <ul style="list-style-type: none"> Les symptômes d'un surdosage léger comprennent : somnolence, troubles de la coordination, diminution des réflexes, confusion et léthargie. Dans les cas plus graves, de l'ataxie, de l'hypotonie, de l'hypotension, de la dépression respiratoire et un coma peuvent s'ensuivre. Bien que des cas d'arrêt cardiaque aient été rapportés, des décès sont rarement survenus en l'absence d'ingestion concomitante d'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC. 	∅	∅	<ul style="list-style-type: none"> Effets recherchés : Sédation (début dans les 10 minutes) et amnésie antérograde

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
INDICATION			
<p>Indication approuvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> Traitement des percées de douleur liées au cancer chez les adultes tolérants aux opioïdes, c.-à-d. qui reçoivent déjà, depuis une semaine ou plus, un traitement par opioïdes équivalant à au moins 60 mg/jour de morphine orale : fentanyl, sous forme de pellicules à dissolution buccale/comprimés sublinguaux. <p>Indication non approuvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> La méthadone est utilisée comme analgésique dans les douleurs cancéreuses chroniques, les soins palliatifs et les troubles de douleur chronique. Les opioïdes, la morphine en particulier, sont les agents de première intention pour le traitement de la dyspnée chez les cancéreux et se sont montrés efficaces dans d'autres types de dyspnée. 	<ul style="list-style-type: none"> Opioids are indicated for pain or dyspnea. <p>Severe distress:</p> <ul style="list-style-type: none"> Use opioid and adjunctive anxiolytics/sedatives until comfort is achieved. 	<ul style="list-style-type: none"> Dyspnea (weeks to days to live) Opioids can be titrated aggressively for moderate/severe acute/chronic pain. 	<ul style="list-style-type: none"> Dyspnée Médicament habituellement compris dans le protocole de détresse.
MÉCANISME D'ACTION			
<ul style="list-style-type: none"> Les analgésiques opioïdes agissent principalement sur le SNC et les intestins. La liaison des analgésiques opioïdes à des récepteurs spécifiques situés dans le SNC modifie la perception de la douleur et la réponse émotionnelle envers ce phénomène. Outre l'analgésie, l'action des agonistes opioïdes dans le SNC produit une suppression du réflexe tussigène, une dépression respiratoire, des changements d'humeur, comme l'euphorie ou la dysphorie, et des modifications de l'EEG. La dépression respiratoire résulte d'une action directe des opioïdes sur les centres respiratoires du tronc cérébral. 	∅	∅	<ul style="list-style-type: none"> L'opioïde présent dans le protocole vise à soulager la sensation de dyspnée que subit le patient en détresse. Il permet également de soulager la douleur aiguë. On recourt fréquemment à la morphine, mais on peut aussi se tourner vers d'autres opioïdes. L'effet des opioïdes semble lié principalement à la réduction centrale de la demande ventilatoire et à l'altération de la perception de la dyspnée. La plupart des hypothèses indiquent que les opioïdes agiraient sur les récepteurs opioïdes centraux. Ils entraînent une diminution de la sensibilité et une modulation de la réponse des centres respiratoires à l'hypoxémie et à l'hypercapnée. Ils diminuent aussi la consommation d'oxygène, le travail respiratoire, la perception de la dyspnée de même que l'anxiété. Leur effet vasodilatateur pourrait aussi être salutaire dans certaines situations cliniques, comme la décompensation cardiaque.

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
			Enfin, leur effet analgésique serait aussi bénéfique, surtout en présence de respiration douloureuse.
CONTRE-INDICATIONS			
<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité aux opioïdes, aux ingrédients de la préparation ou aux constituants du contenant. • Insuffisance respiratoire grave, comprenant l'asthme aigu, la MPOC et l'obstruction des voies respiratoires supérieures. • Dépression du système nerveux central (SNC), traumatisme crânien et hausse de la pression du LCR. • Occlusion gastro-intestinale et affections qui perturbent le transit intestinal. • Appendicite ou pancréatite aiguës. • Troubles convulsifs. • Myasthénie grave, en raison de l'augmentation du risque de dépression respiratoire en cas de rigidité musculaire. • Alcool : éviter, en raison de l'augmentation du risque de dépression respiratoire et de dépression du SNC. • Choc circulatoire : risque de vasodilatation causée par les opioïdes. • IMAO : éviter 14 jours avant ou après. 	∅	∅	∅
PRÉCAUTIONS			
<p>Mise en garde :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dépression respiratoire, qui peut survenir avec n'importe quelle forme pharmaceutique, a parfois causé le décès. Partant, les opioïdes doivent être administrés le moins longtemps possible, et la dose utilisée doit être la plus petite faisant preuve d'efficacité. <p>Généralités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les opioïdes font partie de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada, agents qui peuvent avoir des conséquences particulièrement dévastatrices en cas d'erreur. Des mesures de protection 	∅	∅	∅

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>spéciales visant à réduire le risque d'erreurs doivent être établies.</p> <p>Appareil cardiovasculaire;</p> <ul style="list-style-type: none"> Le risque d'hypotension prononcée est plus probable en cas d'hypovolémie, de choc circulatoire ou de prise concomitante de médicaments qui abaissent la tension artérielle. Surveiller les signes d'hypotension orthostatique et avertir les patients de cette possibilité. <p>Dépendance/tolérance :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'emploi d'analgésiques opioïdes chez les patients qui suivent un traitement d'entretien par la méthadone doit être supervisé de près; outre la plus petite dose efficace administrée pendant la plus courte période possible, ces patients doivent recevoir un traitement non pharmacologique concomitant, et leurs besoins en matière de soulagement de la douleur doit être réévalué périodiquement. Des mesures de précaution semblables sont également recommandées en cas d'utilisation de benzodiazépines, de stimulants du SNC ou d'autres médicaments de ce genre chez ces patients. <p>Système endocrinien/métabolisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des cas rares mais graves d'insuffisance surrénale ont été observés. Employer les opioïdes avec prudence chez les patients atteints de la maladie d'Addison et surveiller les symptômes. L'installation de l'insuffisance surrénale peut prendre plus d'un an, mais elle peut aussi survenir en 1 jour. La prudence est de mise chez les patients atteints d'hypothyroïdie (augmentation du risque de dépression respiratoire et de dépression du SNC). <p>Appareil digestif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Presque tous les patients qui reçoivent des analgésiques opioïdes de manière régulière finissent par souffrir de constipation. La plupart des opioïdes peuvent provoquer un spasme du sphincter d'Oddi, ce qui peut causer une augmentation de la pression dans les voies biliaires. La 			

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>prudence est donc de mise chez les patients ayant un dysfonctionnement du tractus biliaire.</p> <p>Système immunitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les véritables réactions allergiques sont rares. Si un patient est allergique à un agent en particulier, il peut être possible de le remplacer par un opioïde possédant une structure différente. <p>Système nerveux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les effets sur le système nerveux central sont fréquents. Ils sont liés à la dose, peuvent être graves et sont particulièrement préoccupants chez les patients qui reçoivent d'autres déprimeurs du SNC en concomitance. La consommation d'alcool doit être évitée durant la prise d'opioïdes. • Tous les opioïdes peuvent faire augmenter la pression du LCR, ce qui commande la prudence chez les patients victimes d'un traumatisme crânien ou ayant des antécédents de crises épileptiques. • La survenue d'un syndrome sérotoninergique est également possible. • Des cas d'hyperalgie ne répondant pas à l'augmentation de la dose ont été signalés avec le butorphanol, la codéine, le fentanyl, la mépéridine, la morphine, l'oxycodone, la pentazocine, le tapentadol et le tramadol. Le cas échéant, réduire la dose ou administrer un opioïde différent. <p>Facultés mentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les opioïdes doivent être employés avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de dépendance ou des tendances suicidaires. Afin de diminuer le risque de dépendance, et si possible de réduire la douleur, les problèmes psychiques concomitants, comme l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique, doivent aussi être pris en charge lors du traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Surveiller les signes de dépendance, d'abus et de mésusage des opioïdes durant le traitement du patient. 			

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>Appareil respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dépression et l'arrêt respiratoires sont les plus importants effets toxiques associés à l'administration indue de doses élevées, aux interactions avec d'autres dépresseurs du SNC, à l'insuffisance pulmonaire, à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées ou les patients affaiblis. La fonction respiratoire doit être surveillée, au début du traitement surtout, mais aussi lorsqu'on augmente la dose ou qu'on change d'opioïde. • L'injection IV rapide d'analgésiques opioïdes augmente la fréquence des réactions indésirables comme la dépression respiratoire profonde et l'apnée, ainsi que la fréquence d'hypotension, de collapsus circulatoire et d'arrêt cardiaque. Le patient doit demeurer couché pendant l'administration IV. On ne doit pas administrer ces médicaments par voie IV à moins d'avoir immédiatement à sa disposition un antagoniste des opioïdes et le matériel nécessaire à la respiration assistée ou contrôlée. <p>Gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En raison de la possibilité d'insuffisance rénale ou hépatique chez les personnes âgées, le risque de dépression respiratoire est plus élevé chez ces patients. Les aînés peuvent en outre être plus vulnérables aux fécalomes en cas de constipation. Commencer par administrer de faibles doses tout en surveillant le patient attentivement. 			
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES			
<p>Interactions pouvant avoir des conséquences graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépresseurs du SNC : possibilité de sédation, de dépression respiratoire et de décès en cas de prise avec des opioïdes. Éviter la consommation d'alcool. Éviter, si possible, les autres dépresseurs du SNC (p. ex., benzodiazépines, gabapentine, prégabaline) ou réduire les doses et surveiller le patient. • IMAO : De graves réactions, dont la dépression respiratoire, ont été observées. L'administration d'IMAO est contre-indiquée dans les 14 jours qui précèdent ou qui suivent la prise d'opioïdes. 	∅	<ul style="list-style-type: none"> • The addition of benzodiazepines to opioids can increase the risk of respiratory depression 	∅

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<ul style="list-style-type: none"> L'administration conjointe d'opioïdes et d'agents sérotoninergiques peut entraîner un syndrome sérotoninergique. <p>Liste des interactions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Agents sérotoninergiques, p. ex., ISRS, IRSN, antidépresseurs tricycliques, triptans : <u>Effet</u> : Augmentation du risque de syndrome sérotoninergique. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence, surveiller. Alcool : <u>Effet</u> : Dépression additive du SNC, dépression respiratoire et décès. <u>Commentaire clinique</u> : Éviter. Anticholinergiques: <u>Effet</u> : Augmentation du risque de constipation ou de rétention urinaire. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence. Benzodiazépines: <u>Effet</u> : Dépression additive du SNC, dépression respiratoire et décès. <u>Commentaire clinique</u> : Éviter si possible. Cimétidine : <u>Effet</u> : Augmentation de la concentration des opioïdes métabolisés par les CYP, en raison de l'inhibition de ces enzymes. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence, surveiller. Dépresseurs du SNC, p. ex., antidépresseurs, antihistaminiques sédatifs, antipsychotiques, gabapentine, prégabaline, autres analgésiques : <u>Effet</u> : Dépression additive du SNC, dépression respiratoire et décès. <u>Commentaire clinique</u> : Éviter si possible. Inhibiteurs de la monoamine-oxydase: <u>Effet</u> : Réactions indésirables graves. <u>Commentaire clinique</u> : Contre-indiqués dans les 14 jours précédant ou suivant la prise d'opioïdes. Médicaments qui augmentent le risque de crises épileptiques, p. ex., certains antidépresseurs : <u>Effet</u> : Augmentation du risque de crises épileptiques. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence. Médicaments qui induisent le CYP3A4, p. ex., phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, rifampine: <u>Effet</u> : Diminution des niveaux d'opioïdes métabolisés par le CYP3A4 (buprénorphine, fentanyl, méthadone, oxycodone, sufentanil, tramadol. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence, surveiller. 			

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments qui inhibent le CYP2D6, p. ex., amiodarone, quinidine, certains antidépresseurs : <u>Effet</u> : Diminution de l'efficacité analgésique des opioïdes métabolisés en analgésiques plus puissants par le CYP2D6, p. ex., codéine, hydrocodone, tramadol; augmentation des taux et de la toxicité du composé parent s'il s'agit d'un opioïde métabolisé par le CYP2D6, p. ex., syndrome sérotoninergique avec le tramadol. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence, surveiller; dépend du génotype CYP2D6 du patient. • Myorelaxants: <u>Effet</u> : Augmentation du risque de dépression respiratoire. <u>Commentaire clinique</u> : Prudence. • Opioides agonistes-antagonistes ou agonistes opioïdes partiels: <u>Effet</u> : Possibilité de sevrage aigu chez les patients ayant une dépendance aux opioïdes. <u>Commentaire clinique</u> : Éviter si possible. 			
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION			
<p>Considérations posologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La posologie et l'administration de tous les opioïdes doivent être personnalisées en fonction des critères suivants : la nature et la gravité de la douleur et l'état médical du patient (p. ex., fonction hépatique ou rénale), la dose quotidienne, la demi-vie et la puissance des autres opioïdes ou médicaments administrés antérieurement (auquel cas on tiendra compte du moment de la dernière dose) ou en concomitance, et le degré de tolérance. L'emploi d'analgésiques opioïdes puissants pour le traitement de douleurs persistantes doit être précédé d'une évaluation approfondie du patient et du diagnostic de la douleur et de sa cause. • L'administration intraveineuse rapide peut augmenter le risque de dépression respiratoire et d'hypotension. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral or parenteral opioids are first line pharmacological treatment. 	<p>Dyspnea : Life expectancy weeks to days (dying patients):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morphine 2,5- 10 mg PO q2h PRN or 1-3 mg IV q2h PRN if opioid naive, increase dose by 25% for non-opioid naive. • For acute progressive dyspnea, or for patients who are not opioid naive, more aggressive titration may be required. 	<p>Morphine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dose reçue SC Q4h: 0 à 10 mg; Dose du protocole de détresse: 10 mg • Dose reçue SC Q4h: 11 à 30 mg; Dose du protocole de détresse: 15 mg • Dose reçue SC Q4h: ≥ 30 mg; Dose du protocole de détresse: 50 mg <p>Hydromorphone:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dose reçue SC Q4h: 0 à 2 mg; Dose du protocole de détresse: 2 mg • Dose reçue SC Q4h: 2,1 à 5 mg; Dose du protocole de détresse: 2,5 mg • Dose reçue SC Q4h: ≥ 5 mg; Dose du protocole de détresse: 50 % de la dose SC jusqu'à dose maximale de 10 mg. • Chez l'utilisateur naïf aux opioïdes, une dose de morphine 5 mg SC ou d'hydromorphone 1 mg SC pourrait être donnée à la discrétion du médecin.

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>Posologies recommandées et ajustement posologique : Dyspnée (emploi non approuvé par Santé Canada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Médicament</u> : Morphine <u>Voie</u> : Orale <u>Dose initiale</u> : Patients naïfs d'opioïdes : 2,5–5 mg peuvent suffire. Patients recevant des opioïdes pour la douleur : dyspnée légère : 25–50 % de la dose analgésique habituelle; dyspnée modérée : 50–100 % de la dose habituelle; dyspnée profonde : 100 % de la dose habituelle. <u>Commentaire clinique</u> : Divers schémas posologiques sont recommandés. <p>Douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Médicament</u> : Méthadone (emploi non approuvé par Santé Canada) <u>Voie</u> : Orale <u>Dose initiale</u> : 2,5–10 mg Q6–12H <u>Ajustement</u> : Augmenter les doses lentement, en fonction de la réponse du patient. Il peut s'écouler 3–5 jours avant que l'analgésie ne fasse pleinement effet. <u>Commentaire clinique</u> : Des analgésiques additionnels, y compris des opioïdes en doses légèrement plus élevées qu'à l'habitude, peuvent être nécessaires pour soulager la douleur aiguë chez les patients stabilisés sous méthadone. • <u>Médicament</u> : Morphine <u>Voie</u> : Orale <u>Dose initiale</u> : 10–30 mg Q4H jour et nuit. La dose quotidienne pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse doit être <50 mg. <u>Ajustement</u> : Ajuster la dose en fonction de la réponse du patient de manière à n'administrer que la plus petite dose efficace. Les ajustements ultérieurs se font à intervalles de 3 jours. <u>Dose maximale</u> : 90 mg/jour pour la douleur chronique non cancéreuse. • <u>Médicament</u> : Morphine <u>Voie</u> : IV, IM, SC <u>Dose initiale</u> : 1–20 mg Q4H <u>Ajustement</u> : Ajuster la dose en fonction de la réponse. • <u>Médicament</u> : Morphine <u>Voie</u> : Rectale <u>Dose initiale</u> : 10–20 mg Q4H <u>Ajustement</u> : Ajuster la dose en fonction de la réponse. <p>Gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commencer avec de faibles doses et surveiller. 			<ul style="list-style-type: none"> • Dans la 2^{ème} seringue, préparer et donner ensemble Scopolamine et Morphine SC • L'injection des opioïdes se fait lentement en 2 à 5 minutes et idéalement à la vitesse de 3 à 5 mg/min pour la morphine ou à une vitesse équivalente pour un autre opioïde (ex : 1mg/min pour hydromorphone) – par la voie IV : on peut diluer la dose jusqu'à 10 ml dans du dextrose à 5 % ou une solution saline à 0,9 %.

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>Insuffisance rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduire la dose du buprénorphine/naloxone, du butorphanol, de la codéine, du fentanyl, de l'hydromorphone, de la mépéridine, de la méthadone, de la morphine, de la nalbuphine, de l'oxycodone et du tramadol. Voir les monographies des produits. Certains opioïdes sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale grave <p>Insuffisance hépatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduire la dose de buprénorphine, du buprénorphine/naloxone, du butorphanol, de la codéine, du fentanyl, de l'hydromorphone, de la mépéridine, de la méthadone, de la morphine, de la nalbuphine, de l'oxycodone, de la pentazocine, du tapentadol et du tramadol. Voir les monographies des produits. Certains opioïdes sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale grave. <p>Polymorphisme génétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le CYP2D6 est une enzyme polymorphe qui convertit la codéine, l'hydrocodone et le tramadol en métabolites dotés de propriétés analgésiques plus puissantes. Par conséquent, chez les patients qui sont des métaboliseurs ultrarapides des substrats du CYP2D6, le risque d'intoxication par ces opioïdes est plus élevé même s'ils sont administrés en doses thérapeutiques. Réciproquement, l'effet analgésique sera moins prononcé chez les patients qui sont des métaboliseurs lents des substrats du CYP2D6 ou qui prennent des agents qui inhibent cette enzyme. 			
EFFETS INDÉSIRABLES			
<p>Effets indésirables les plus courants (≥1 %) :</p> <p>Appareil cardiovasculaire : Allongement de l'intervalle QTc (méthadone, buprénorphine). Commentaire clinique : effet lié à la dose. L'administration de doses très élevées peut être associée à des torsades de pointes. Hypotension. Commentaire clinique : La fréquence dépend de la dose.</p>	Drowsiness, nausea and constipation commonly occur with the use of opioids.	∅	∅

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<p>Appareil digestif : Anorexie (jusqu'à 17 %). Constipation (courant). <u>Commentaire clinique</u>: Effet ne donnant pas lieu à l'acquisition d'une tolérance. Songer à administrer des laxatifs. Sécheresse buccale (jusqu'à 20 %). Nausées (16–30 %). <u>Commentaire clinique</u> : Une tolérance finit par s'installer. Vomissements (jusqu'à 16 %).</p> <p>Appareil locomoteur : Rigidité musculaire (effet fréquent avec le fentanyl, le rémifentanyl et le sufentanyl) et mouvements musculaires (fentanyl IV). <u>Commentaire clinique</u> : La fréquence dépend de la dose et de la vitesse de perfusion IV. Administration prophylactique de bloqueurs neuromusculaires.</p> <p>Appareil respiratoire : Dépression respiratoire. <u>Commentaire clinique</u> : Effet lié à la dose; peut être mortel.</p> <p>Peau et annexes cutanées Hyperhidrose (jusqu'à 16 %). Prurit (4 %).</p> <p>Système nerveux central Étourdissements (fréquents, jusqu'à 30 %). <u>Commentaire clinique</u> : Peuvent être dus à l'hypotension orthostatique. Le décubitus peut aider. Céphalées (fréquentes, jusqu'à 16 %) Sédation (fréquents, jusqu'à 43 %). <u>Commentaire clinique</u> : En général, une tolérance finit par s'installer.</p> <p>Divers : Chutes (jusqu'à 3 %). Surdosage non mortel (0,1–1,8 %). <u>Commentaire clinique</u> : Risque plus élevé avec l'augmentation des doses.</p>			
SUIVI ET ANALYSES			
<p>Surveillance et épreuves de laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Surveiller la fonction respiratoire et celle du SNC au moment d'amorcer le traitement ainsi que lors de toute augmentation de la posologie. 	∅	∅	<p>Effets recherchés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diminution du rythme respiratoire jusqu'à l'atteinte du confort Diminution de la sensation de dyspnée

OPIOIDES			
MONOGRAPHIE - 2019 [APhC, 2019]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
			<ul style="list-style-type: none"> Potentialisation de l'effet sédatif de Midazolam et de la Scopolamine

ANTICHOLINERGIQUES			
MONOGRAPHIE - 2012 [APhC, 2012]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
INDICATION			
Bromhydrate de scopolamine (injection) <ul style="list-style-type: none"> Indication approuvée par Santé Canada : Ø Indication non approuvée par Santé Canada : réduction des sécrétions respiratoires («rôle agonique») en fin de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> Respiratory congestion: In BC, drug choices used are primarily either glycopyrrolate, atropine or scopolamine. 	<ul style="list-style-type: none"> Scopolamine, atropine, hyoscyamine and glycopyrrolate are options to reduce excessive secretions associated with dyspnea. 	Scopolamine : <ul style="list-style-type: none"> Médicament utilisé lors du protocole de détresse respiratoire.
MÉCANISME D'ACTION			
<ul style="list-style-type: none"> La scopolamine, tout comme l'atropine, est un agent antimuscarinique qui produit un antagonisme de l'action de l'acétylcholine aux récepteurs muscariniques. Les propriétés anticholinergiques de la scopolamine diffèrent de celles de l'atropine par son activité sédatrice, antisécrétoire et antiémétique plus puissante. 	Ø	Ø	<ul style="list-style-type: none"> L'anticholinergique utilisé doit de préférence traverser la barrière hémato-encéphalique, ce qui lui confère des propriétés amnésiantes et sédatives qui permettront d'améliorer le soulagement et le bien-être du malade en détresse. Le choix se porte souvent sur la scopolamine, puisqu'elle exerce un effet sur le système nerveux central et qu'elle entraîne la sédation et l'amnésie. De plus, l'anticholinergique permettra de diminuer les râles incommodants présents chez certains patients lors de leur épisode de détresse.
CONTRE-INDICATIONS			
<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à la scopolamine ou aux alcaloïdes de la belladone ou à l'un des ingrédients ou des composés de la préparation ou du dispositif d'administration. Glaucome ou prédisposition au glaucome à angle fermé; Hyperplasie prostatique Obstruction pylorique 	Ø	Ø	Ø

ANTICHOLINERGIQUES			
MONOGRAPHIE - 2012 [APhC, 2012]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
<ul style="list-style-type: none"> Tachycardie consécutive à une insuffisance cardiaque ou à une thyrotoxicose Iléus paralytique Myasthénie grave. 			
PRÉCAUTIONS			
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments agissant sur le SNC ou obstruction col de la vessie : Prudence chez les personnes prenant des médicaments agissant sur le SNC ou chez les personnes présentant une obstruction du col de la vessie. Des effets toxiques inopinés (perturbations marquées du SNC, tachycardie, mydriase, xérostomie) peuvent se produire aux doses thérapeutiques habituelles chez certains patients. Obstruction intestinale, gastroparésie, constipation ou tachyrythmies : Prudence lorsque des agents antiémétiques ou antimuscariniques sont administrés aux patients susceptibles de présenter une obstruction intestinale ou aux patients souffrant de gastroparésie, de constipation ou de tachyrythmies. Fièvre : Utiliser avec précaution chez les patients présentant de la fièvre ou lorsqu'ils sont exposés à des températures environnementales élevées à cause du risque d'hyperthermie. 	<ul style="list-style-type: none"> Glycopyrolate: Half dose in end-stage renal failure. Atropine: cardiac effects, at higher doses. Scopolamine: Avoid in end-stage renal failure due increased risk of delirium. Hyoscine butylbromide: Use may be confused with scopolamine due to similar name. Use TALLman lettering to differentiate. 	<ul style="list-style-type: none"> Scopolamine can be administered SC or transdermally; physicians should be aware that the onset of benefit for transdermal scopolamine patches is about 12 hours, and they thus may not be an appropriate choice for imminently dying patients. 	∅
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES			
<ul style="list-style-type: none"> Anticholinergiques: Leur combinaison avec la scopolamine peut entraîner des effets anticholinergiques additifs (p. ex., confusion, agitation, sécheresse buccale, constipation, tachycardie). Dépresseurs du SNC: Leur combinaison avec la scopolamine peut entraîner des effets dépresseurs additifs sur le SNC (p. ex., sédation, confusion, incoordination). Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : leur combinaison avec la scopolamine peut entraîner une 	∅	∅	∅

ANTICHOLINERGIQUES			
MONOGRAPHIE - 2012 [APhC, 2012]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
diminution de l'effet thérapeutique des deux médicaments.			
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION			
Bromhydrate de scopolamine (injection) : <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des sécrétions respiratoires («râle agonique») en fin de vie (emploi non approuvé par Santé Canada): <u>Adultes</u>: 0,3–0,8 mg Q2–8 heures prn sc ou iv. 	Respiratory congestion <ul style="list-style-type: none"> • Glycopyrolate: STAT and PRN SC dose: 0.2 mg-0.4 mg Q4-6H. CSCI per 24h: 0,6 à 1,2 mg. • Atropine: STAT and PRN SC dose: 0.4 mg-0.6 mg Q4-6H. CSCI per 24h: 1,2 à 2 mg. • Scopolamine: STAT and PRN SC dose: 0.4 mg-0.6 mg Q4-6H. CSCI per 24h: 1,2 à 2 mg. • Hyoscine butylbromure: STAT and PRN SC dose: 20 mg. Repeat doses every 4 to 6 hours. CSCI per 24h: 20 to 120 mg. 	Excessive secretions : <ul style="list-style-type: none"> • Scopolamine 0,4 mg SC q4h PRN or 1,5 mg patches or 1-3 patches Q72h. • Atropine ophthalmic solution 1-2 drops SL q4h PRN. • Glycopyrrolate 0,2- 0,4 mg IV or SC q4h PRN. • Scopolamine can be administered SC or transdermally. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posologie suggérée : 0,4 à 0,6 mg • Dans la 2^{ème} seringue, préparer et donner ensemble Scopolamine et Morphine SC. • L'injection de la scopolamine se fait lentement en 2 à 3 minutes; par la voie IV : on peut diluer la dose dans 10 ml d'eau stérile pour injection.
EFFETS INDÉSIRABLES			
<ul style="list-style-type: none"> • L'administration de doses normales de scopolamine produit une dépression du SNC se manifestant par des étourdissements, de l'euphorie, de l'amnésie, de la fatigue et un sommeil sans rêves. Paradoxalement, l'administration de doses normales de scopolamine peut à l'occasion causer de l'excitation, de l'agitation, des hallucinations et du délire lorsque le patient éprouve une douleur grave. • Plus fréquents : xérostomie et somnolence, qui surviennent chez 29 % et 17 % des patients, respectivement. • Moins fréquents : effets secondaires oculaires, p. ex. la vue brouillée, la mydriase ou la cycloplégie (qui peut être unilatérale si elle est causée par un contact digital après manipulation du disque transdermique) et un glaucome aigu à angle fermé chez les patients prédisposés, les effets sur le SNC, comme la désorientation, les hallucinations et la délirium (les personnes âgées y sont plus sensibles), les effets dermatologiques, dont les éruptions cutanées et l'érythème (rare) et la dermatite de contact, qui peut survenir tardivement au cours d'un traitement à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Glycopyrrolate: Does not cross BBB. CNS adverse effects may be minimized. • Atropine: May be stimulating, rather than sedating. Use IV may have risk of tachycardia. • Scopolamine: May be more sedating. • Hyoscine butylbromide : Does not cross BBB. CNS adverse effects may be minimized. 	<ul style="list-style-type: none"> • Glycopyrrolate does not effectively cross the blood-brain barrier and is less likely than the other drug to cause delirium. 	<p style="text-align: center;">∅</p>

ANTICHOLINERGIQUES			
MONOGRAPHIE - 2012 [APhC, 2012]	BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care (BCCPC), 2019]	NCCN - 2020 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2020a]	APES - 2019 Québec [Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), 2019]
SUIVI ET ANALYSES			
Pharmacocinétique : <ul style="list-style-type: none"> Le bromhydrate de scopolamine est rapidement absorbé après injection im ou sc. Le médicament commence à agir 5–10 minutes après l'administration iv et 15–20 minutes après l'administration im ou sc. Surdosage : mydriase, la vue brouillée, la photophobie, le glaucome aigu à angle fermé chez les personnes prédisposées, la soif, une diminution de la motilité gastro-intestinale, la rougeur, la chaleur et la sécheresse de la peau, la somnolence, la nervosité ou une sensation de tête légère évoluant vers la confusion et la psychose toxique aiguë, des convulsions ou le coma dans les cas graves, la dépression respiratoire, l'hyperthermie, la rétention urinaire, la tachycardie et, parfois, de l'hypertension et des arythmies. 	∅	∅	Effets recherchés : <ul style="list-style-type: none"> Amnésie persistante (début dans les 10 min et dure environ 2h). Diminution du volume des sécrétions pharyngées et bronchiques habituellement dans les 60 minutes qui suivent (les sécrétions déjà présentes pourraient ne pas disparaître). Diminution des efforts respiratoires. Sédation (début dans les 30 min et dure entre 2 et 4 heures).

ANNEXE G

Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau G-1 Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes

Guide à l'intention des lecteurs externes

Dossier : xxxxxxxx

Lecteur :

Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision des documents en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires.

Merci de votre collaboration.

1. CONTENU GÉNÉRAL

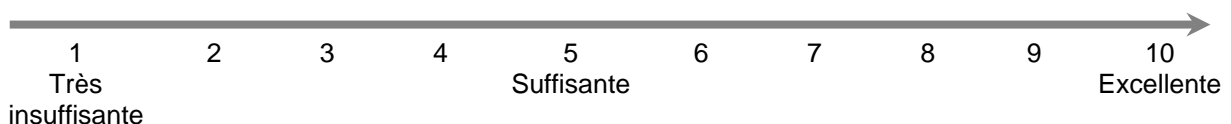
- 1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire?
- 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)?
- 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel?
- 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)?
- 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?
- 1.6. Les références sont-elles d'actualité?
- 1.7. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les contre-indications à l'application du PMN sont adéquates?
- 1.8. Dans le contexte d'un PMN appliqué au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les limites ou situations qui exigent une consultation obligatoire avec un prescripteur autorisé sont adéquates?

2. CONTENU SPÉCIFIQUE

Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.

3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE

De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?



___ /10

4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES

- 4.1. Quels groupes **spécifiques**, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?

Tableau G-2 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Lecteur externe 1	
<p><u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= X/10</u></p> <p>Je n'ai aucune expérience à ce niveau donc je préfère ne pas me prononcer. Toutefois, cela me semble très adéquat.</p>	
<p>1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u></p> <p>1.1. Oui</p>	Aucune action requise
<p>1.2. Je n'ai aucune expertise en méthodologie donc je ne peux pas me prononcer. Je suis une clinicienne.</p>	Aucune action requise
<p>1.3. C'est applicable dans l'ensemble, beaucoup plus que la version de 2016. Le seul problème majeur que je vois est le retrait de l'indication « douleur » du PMN. J'en parlerai davantage au point 2.</p>	Aucune action requise
<p>1.4. Oui, le rapport en soutien est clair</p>	Aucune action requise
<p>1.5. Oui sauf pour quelques mots de vocabulaire que je ne trouve pas suffisamment clairs. J'en reparle au point 2.</p>	Aucune action requise
<p>1.6. Oui</p>	Aucune action requise
<p>1.7. Oui</p>	Aucune action requise
<p>1.8. Oui</p>	Aucune action requise
<p>2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u></p> <p>2.1. Situation clinique : J'aurais écrit « Personne de 18 ans ou plus en soins palliatifs avec niveau de soins D... » car il n'y a pas vraiment de traitements en soins palliatifs selon moi, mais c'est discutable...</p>	Le terme « traitement a été retiré ».
<p>2.2. Situation clinique : Dans le critère 2, j'aurais gardé la manifestation clinique « douleur intolérable » : Je fais des soins palliatifs depuis bientôt 20 ans et la majorité des protocoles de détresse que j'ai vu donner l'ont été pour des détresses respiratoires. La deuxième cause la plus fréquente d'administration a été une douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide avec panique. J'ai eu rarement à faire face à des hémorragies massives donc c'est évidemment la raison la moins fréquente pour laquelle j'ai donné des protocoles. J'ai bien lu l'argumentation développée dans le rapport en soutien. Je peux confirmer cependant que même avec de bons soins palliatifs et des ajustements de doses adéquats, une douleur peut devenir subitement intolérable et paniquante (ex : rupture d'un organe interne, fracture pathologique importante). Il est vrai qu'une douleur intractable est une indication de sédation palliative. Toutefois, on n'obtient pas une sédation profonde rapidement. Il faut évaluer le patient, obtenir un</p>	L'indication « douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide » a été remise dans le critère 2 de la situation clinique et l'argumentation du rapport en soutien a été modifiée conséquemment.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>deuxième avis médical au besoin, faire signer le consentement et ajuster les doses de médicaments graduellement. Cela n'est pas assez rapide pour une douleur intolérable avec détresse subite. Le protocole de détresse est nécessaire à ce moment pendant qu'on ajuste nos soins.</p> <p>De plus, vous avez très clairement indiqué dans les contre-indications au PMN et aussi au point 2.2, que ce protocole ne peut pas être utilisé sans le critère de détresse. Je ne pense pas qu'il faut empêcher des patients avec douleur aiguë et panique de recevoir les soins appropriés parce que certains professionnels utilisent mal les protocoles de détresse.</p> <p>Dans notre région, l'indication douleur est encore sur les ordonnances individuelles de détresse. Je pense que si elle n'est pas dans le PMN, plusieurs médecins vont avoir tendance à prescrire une ordonnance individuelle à part pour la douleur.</p>	
<p>2.3. Situation clinique :</p> <p>Critère 1 : État de panique :</p> <p>Au-dessus de terreur, j'aurais gardé la formulation dans l'ancien PMN soit « signes suggestifs d'un état de panique »</p> <p>Puis j'aurais énuméré : Terreur</p> <p>Anxiété intense</p> <p>Agitation</p> <p>Cela laissera donc de la place pour le jugement clinique du personnel.</p> <p>J'aurais enlevé « personne tétanisée » car ce ne sera pas un vocabulaire assez clair pour tout le monde. Je me suis moi-même questionnée...</p> <p>J'aurais aussi enlevé « peut être accompagné de : et les 3 signes/symptômes énumérés en dessous » pour la simple raison que ça n'apporte rien de plus au protocole.</p>	<p>Le critère 1 a été modifié.</p>
<p>2.4. Situation clinique :</p> <p>Critère 2 :</p> <p>En dessous de « détresse respiratoire majeure subite : », j'aurais encore indiqué « signes suggestifs ».</p> <p>Puis j'aurais énuméré :</p> <p>Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos</p> <p>Dyspnée sévère (mais c'est synonyme...)</p> <p>Recherche constante d'air</p> <p>Tachypnée</p> <p>Embarras bronchique sévère</p>	<p>Le critère 2 a été modifié.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Bien sûr, j'aurais ajouté en dessous d'hémorragie massive « 3- Douleur intolérable » sans description spécifique.</p> <p>Ces changements augmenteraient, selon moi, l'acceptabilité et l'applicabilité du PMN (en tout cas dans notre région !).</p>	
<p>2.5. Contre-indications : section qui me semble très adéquate</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.6. Appréciation de la condition de santé : j'aurais modifié cette section selon mes commentaires faits dans la section situation clinique.</p>	<p>La section a été modifiée.</p>
<p>2.7. Section 2.1 Objectif de traitement : c'est clair</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.8. Section 2.2 Principe de traitement : très bien formulé et section importante</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.9. Section 2.3 Information générale :</p> <p>J'aurais enlevé la phrase sous le tableau « S'assurer que la personne en détresse soit supervisée... ». Je n'ai jamais vu une personne en détresse (ou pas en détresse) préparer les seringues elle-même. Cela doit être fait selon moi par une infirmière pour éviter les erreurs de dosage. Je fais des soins palliatifs dans différents milieux : CHSLD, RI, Maison de soins palliatifs et à domicile. Lorsque le patient est à risque élevé d'avoir un épisode de détresse et est à domicile, notre personnel infirmier prépare des seringues bien identifiées d'avance, qui pourront être administrés par un proche au besoin. Évidemment, le milieu doit être sécuritaire sans risque d'abus de substances.</p>	<p>La note visait plutôt le professionnel habilité qui devrait s'éloigner pour préparer la médication. Elle a toutefois été retirée compte tenu de l'ambiguïté qu'elle suscitait. Cet aspect fait appel aux bonnes pratiques cliniques de même qu'au jugement clinique du professionnel et n'a donc pas à être intégré au protocole médical national.</p>
<p>2.10. Section 2.4 Administration des médicaments :</p> <p>Pour la voie sous-cutanée : en région, nous répétons après 15 minutes plutôt que 20 minutes. Je n'ai par contre rien lu de clair à ce sujet...</p>	<p>Le délai proposé avant la deuxième administration du protocole l'est « à défaut d'autres directives médicales ». Le prescripteur autorisé pourrait spécifier dans l'ordonnance individuelle des médicaments en cas de détresse un intervalle d'administration différent ou encore ne pas permettre de seconde administration.</p>
<p>2.11. Section 3 Information à transmettre :</p> <p>Bien d'accord.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.12. Section 4 Suivi :</p> <p>Adéquat</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.13. Section 5 Situations qui exigent une réévaluation :</p> <p>Je suis très contente! Il y a encore plusieurs endroits où le médecin n'est avisé que si le protocole n'a pas fonctionné ou après un deuxième protocole! Ce qui est inadmissible selon plusieurs de mes collègues et moi-même. Un épisode de détresse est traumatisant pour le patient et la famille. Personne ne devrait avoir à vivre cela à répétition avant que le médecin fasse les ajustements de médicaments nécessaires!</p>	<p>Aucune action requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</p> <p>4.1. Tous les pharmaciens (communautaires et en établissement), infirmiers/infirmières, IPS et tous les médecins de famille devraient voir ce protocole lorsque terminé. J'ajouterais aussi tous les médecins spécialistes qui pourraient avoir à l'appliquer.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
Lecteur externe 2	
<p>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 7/10</p> <p>En fait, le PMN et la méthode utilisée est de qualité adéquate seulement que la qualité scientifique disponible portant sur la détresse n'est pas la meilleure.</p>	
<p>1. CONTENU GÉNÉRAL</p>	
<p>1.1. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.2. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.3. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.4. Oui, bien utile d'ailleurs pour le réviseur externe qui n'a pas assisté aux discussions justifiant certains changements</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.5. Certains de mes commentaires visent justement à faciliter la compréhension du lecteur non-spécialiste. Ce point m'apparaît particulièrement important puisque le protocole de détresse est utilisé dans presque toutes les unités. La majorité des utilisateurs sont des non-spécialistes en soins pall.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.6. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.7. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.8. Oui</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</p>	
<p>2.1. Situation clinique, critère 1 :</p> <p>Ajout aux signes et symptômes qui accompagnent l'état de panique : yeux écarquillés</p> <p>Explication : Le visage des patients en détresse est souvent parlant. Outre la contracture du visage, en détresse, le regard change. On voit rapidement que quelque chose ne va pas. On peut souvent y lire de la peur, de la détresse, un besoin d'aide. L'ajout du signe yeux écarquillés insiste sur le fait qu'il faut porter une attention au visage mais aussi au regard des patients en détresse.</p>	<p>Ces signes et symptômes ont été retirés de la situation clinique. Ils ne se trouvent que dans l'appréciation de la condition de santé où « yeux écarquillés » a été ajouté.</p>
<p>2.2. Situation clinique, critère 2 :</p> <p>Ajout aux signes et symptômes de la détresse respiratoire majeure subite : Tirage</p> <p>Explication : Signe facile à évaluer et très fréquent en détresse respiratoire. Ce signe était présent dans environ 30 % des épisodes de détresse dans notre revue d'utilisation des protocoles de détresse respiratoire à notre centre hospitalier.</p>	<p>Le « tirage » a été ajouté.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>2.3. Contre-indications à l'application de ce protocole, deuxième puce, exemple de symptôme réfractaire :</p> <p>« douleur » À retirer selon moi. Considérant que la douleur ne fait pas partie des critères d'administration du protocole. La section mentionne qu'un sx réfractaire sans signe de panique n'est pas un critère d'administration du protocole. À l'inverse, on comprend qu'un sx réfractaire accompagné d'une détresse doit mener à l'administration d'un protocole, et donc, qu'une douleur avec détresse se mérite un protocole. Pour éviter la confusion je ne mentionnerais pas la douleur ici.</p> <p>Ajout : embarras bronchique</p>	<p>Pour éviter le risque d'omettre un symptôme, la liste a été retirée pour que toute manifestation clinique isolée ou tout symptôme individuel qui n'est pas accompagné de panique soit une contre-indication à l'application du protocole.</p>
<p>2.4. Section 1.1 du protocole médical national</p> <p>Notion à inclure :</p> <p>Dans l'évaluation de la détresse respiratoire, la saturométrie ne reflète pas nécessairement le degré de dyspnée. Par conséquent, une saturométrie normale n'exclut pas la présence d'une détresse respiratoire.</p> <p>Explication : Il est tellement fréquent de voir la prise de la saturométrie en présence de dyspnée surtout sur les unités non-soins pall. Il faut se demander que fait-on avec le chiffre.</p> <p>J'aimerais que cette notion apparaisse dans le PNM mais je ne sais pas sous quel format. Le format en style bullet point n'est pas compatible avec un texte phrasé.</p>	<p>Le protocole médical national n'inclut que l'information essentielle à l'administration des médicaments prescrits en cas de détresse. Les notions de bonnes pratiques cliniques sur le traitement de la dyspnée ou la pertinence d'effectuer la prise des signes vitaux seraient tout à fait appropriées dans un guide d'usage optimal, par exemple, mais ne s'appliquent pas à ce protocole médical national.</p>
<p>2.5. Section 1.1 :</p> <p>Ajout à la fin de la section : S'assurer que la personne ne soit pas inconsciente.</p> <p>Explication : Considérant que cette condition est une contre-indication cela doit faire partie de l'évaluation.</p>	<p>Ce point a été ajouté.</p>
<p>2.6. Section 2.2 :</p> <p>Ajout à la suite : Le traitement de la dyspnée avec de la médication peut prévenir une escalade de la dyspnée et l'évolution vers une détresse respiratoire. Il est important de traiter la dyspnée en absence de détresse lorsqu'elle est objectivée avec une médication spécifique. Cependant, advenant une détresse malgré un traitement régulier, le protocole de détresse doit être utilisé.</p> <p>Explication : Mettre l'emphase sur le fait qu'il faut avoir un traitement de base de la dyspnée soit avec une médication régulière ou l'utilisation de PRN. Également il faut être proactif avec l'administration de PRN en présence de dyspnée et ne pas attendre que la détresse s'installe. Le protocole ne doit pas être la première option de traitement pour la dyspnée.</p>	<p>Ce protocole médical national a principalement pour but de clarifier la situation clinique qui permet d'administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse pour le professionnel habilité qui l'applique.</p> <p>Bien sûr, le traitement adéquat des symptômes individuels comme la dyspnée et la douleur chez une personne en soins palliatifs, de même que les suivis et les ajustements de médicaments nécessaires, sont d'une importance capitale. Un paragraphe à cet effet a été ajouté à la section 2.2.4.2 du rapport en soutien. Ces principes de bonnes pratiques cliniques n'ont toutefois pas été inclus au présent protocole.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>J'ai souvent la discussion avec des résidents afin d'expliquer qu'ils doivent prescrire par exemple : benzo+opioïde+scopo en PRN si détresse + une benzo en PRN si dyspnée + opioïde en PRN si dyspnée.</p> <p>Malgré que ces ordonnances semblent se dupliquer (pourquoi prescrire un opioïde et une benzo alors qu'il y en a dans le protocole), la notion à transmettre est que ces ordonnances ne seront pas utilisées au même moment dans l'escalade des sx.</p>	
<p>2.7. Section 2.3, troisième puce du mécanisme d'action des opioïdes - ↑ effet de la benzodiazépine et de l'anticholinergique :</p> <p>Et vice versa. La benzo peut potentialiser les effets de l'opioïde également puisque ces deux médicaments sont déresseurs du SNC. À retirer selon moi puisque ça ajoute peu à la compréhension du mécanisme d'action des opioïdes lors d'une détresse.</p>	<p>La puce a été retirée.</p>
<p>2.8. Section 2.3, deuxième puce du mécanisme d'action des anticholinergiques - ↓ effort respiratoire :</p> <p>Cet effet est plutôt associé aux opioïdes via la diminution de la sensibilité à l'hypercapnie. À mettre dans la colonne opioïdes</p>	<p>La puce a été déplacée dans la colonne opioïdes.</p>
<p>2.9. Section 2.4 :</p> <p>Ajout :</p> <p>Lors d'un épisode de détresse, les trois médicaments doivent être administrés.</p> <p>Explication : Dans notre revue d'utilisation à notre centre hospitalier un certain nombre de protocoles de détresse était administré partiellement surtout dans les unités non-soins pall. Le protocole n'est pas toujours bien compris.</p>	<p>La phrase a été modifiée pour spécifier que tous les médicaments doivent être administrés.</p>
<p>2.10. Section 3 :</p> <p>Message plus précis :</p> <p>Expliquer le traitement vise à soulager rapidement l'inconfort associé à l'épisode de détresse. La sédation induite par le traitement peut durer plusieurs heures suivant l'administration du protocole.</p> <p>Expliquer que l'épisode de détresse témoigne d'une maladie avancée et est un signe de mauvais pronostic. Les médicaments administrés en cas de détresse ne précipitent pas le décès.</p> <p>Explication : Ici je pense qu'un message déjà ``pré-mâché`` peut aider les intervenants non spécialistes dans leur communication avec les familles et le pt. Il faut garder à l'esprit que l'administration du protocole de détresse peut se faire autant sur les unités de soins pall que sur les</p>	<p>La section a été modifiée pour inclure certains éléments proposés. Toutefois, cette section se veut un soutien pour le professionnel habilité qui administre le protocole qui pourrait avoir à répondre à des questions de la personne ou de ses proches. Elle ne remplace pas l'information transmise par le prescripteur autorisé au moment de rédiger l'ordonnance individuelle des médicaments en cas de détresse qui en explique la raison, l'objectif, les effets et qui abordera également le pronostic. Cet aspect a été ajouté au rapport en soutien à la section 2.2.5.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>unités non-soins pall. Par contre la fréquence d'épisodes de détresse par unité non-soins pall est de qqe cas par année. Considérant que l'explication du protocole de détresse ne fait pas partie de la pratique courante de plusieurs intervenants et que plusieurs mythes entourant le protocole de détresse perdurent, un message simple peut faciliter la communication de l'information.</p>	
<p>2.11. Section 4 :</p> <p>Notion à inclure à la fin de la section : L'administration d'un protocole ne doit pas modifier l'horaire d'administration de la médication régulière déjà prescrite.</p> <p>Explication : Ajouter la notion que l'on ne décale pas l'horaire d'administration par exemple d'un opioïde régulier q4h, suite au protocole de détresse. Le protocole, un peu comme une entre-dose, est donné en plus de la médication régulière.</p>	<p>L'administration des autres médicaments prescrits au dossier de la personne ne fait pas l'objet du présent protocole qui doit être succinct et couvrir uniquement les aspects pertinents à l'administration des médicaments prescrits en cas de détresse. Le respect de l'horaire d'administration des médicaments prescrits fait partie des principes de bonnes pratiques cliniques.</p>
<p>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</p> <p>4.1. Le PMN sera utile autant aux intervenants qui feront l'évaluation de la détresse et/ou l'administration du protocole mais aussi à ceux qui côtoient des patients ayant un protocole prescrit qui peuvent être amenés à expliquer le protocole.</p> <p>médecin, infirmière, pharmacien, travailleuse sociale</p>	<p>Aucune action requise.</p>
Lecteur externe 3	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 9/10</u>	
1. CONTENU GÉNÉRAL	
1.1. Oui	Aucune action requise.
1.2. Oui	Aucune action requise.
1.3. Oui	Aucune action requise.
1.4. Oui	Aucune action requise.
1.5. Oui	Aucune action requise.
1.6. Oui	Aucune action requise.
1.7. Oui	Aucune action requise.
1.8. Oui	Aucune action requise.
2. CONTENU SPÉCIFIQUE	
<p>2.1. Pour le critère 1 de la situation clinique : Compte tenu que ces trois symptômes – contraction des muscles du visage, diaphorèse et peur de mourir, ne sont pas caractéristiques à une détresse et non requis pour l'administration du protocole, apportent-ils une valeur ajoutée à la compréhension?</p>	<p>Ces symptômes ont été retirés de la situation clinique puisqu'ils ne sont pas essentiels à l'application du protocole médical national.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>2.2. Pour le critère 2 de la situation clinique : Je placerais dyspnée sur une même ligne que difficulté respiratoire intolérable... On s'y perd dans les ET et les OU</p>	<p>Le critère 2 a été reformulé.</p>
<p>2.3. Section 1.1 du protocole médical national pour les signes et symptômes qui caractérisent l'état de panique : Terreur et agitation sont des états alors que personne tétanisée est plus de l'ordre de l'adjectif</p>	<p>Les signes et symptômes ont été reformulés.</p>
<p>2.4. Section 1.1 du protocole médical national, en lien avec les signes et symptômes qui accompagnent l'état de panique : Cela changera-t-il quelque chose si non présents?</p>	<p>Cette section a été reformulée.</p>
<p>2.5. Section 2.3 du protocole médical national, en lien avec la note de bas de tableau : Dans les milieux la médication sera préparée dans la pharmacie ou au poste infirmier, il pourrait être bénéfique de spécifier qu'une deuxième personne reste avec l'usager en détresse pendant la préparation de la médication.</p>	<p>La note de bas de tableau a été retirée puisqu'une deuxième personne ne sera pas toujours présente et disponible pour remplir cette tâche. Compte tenu du caractère obligatoire du protocole médical national, cela aurait empêché l'administration du protocole médical national pour la personne en détresse. Puisque cet aspect fait appel aux bonnes pratiques cliniques de même qu'au jugement clinique du professionnel habilité selon la situation, il n'était pas approprié d'ajouter cette contrainte au protocole médical national.</p>
<p>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES 4.1. Personnel infirmier dans les diverses missions, médecin, directrice des soins infirmiers des organisations et des maisons de soins palliatifs.</p>	<p>Aucune action requise</p>

RÉFÉRENCES

- Alarcon MD, Estevez FV, Cabezon-Gutierrez L, Padros MC, Martin-Arroyo JM, Rebollo MA, et al. Expert consensus on the management of breakthrough cancer pain in older patients. A Delphi study. *J Geriatr Oncol* 2019;10(4):643-52.
- Albert RH. End-of-life care: Managing common symptoms. *Am Fam Physician* 2017;95(6):356-61.
- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES). Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes. 5^e édition [voir chapitres 14 à 16, p. 317-92]. Montréal, Qc : APES; 2019.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Opioïdes – Monographie de l'APhC [site Web]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2019. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Benzodiazépines – Monographie de l'APhC [site Web]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2015. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Scopolamine et Scopolamine, bromhydrate de – Monographie de l'APhC [site Web]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2012. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Barthélémy N, Bouckenaere D, Desmedt M, Knoops L, Libert I. Guidelines de soins palliatifs – Sédation palliative [site Web]. Bruxelles, Belgique : Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus asbl; 2020. Disponible à : <http://www.palliaguide.be/sedation-palliative-soins-palliatifs/> (consulté le 30 janvier 2020).
- BC Centre for Palliative Care (BCCPC). B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines. New Westminster, BC : BCCPC; 2019. Disponible à : <https://bc-cpc.ca/cpc/wp-content/uploads/2019/10/SMG-Interactive-Oct-16-2019.pdf>.
- BC Guidelines.ca. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: Pain and symptom management. Victoria, BC : Guidelines and Protocols Advisory Committee; 2017. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/palliative-pain-management>.
- Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe— A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* 2019;23(4):660-8.

- Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sanchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: Results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol* 2016;18(11):1088-97.
- Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv143-65.
- Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fettes L, Malia C, et al. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2020;34(4):444-53.
- Chin C et Booth S. Managing breathlessness: A palliative care approach. *Postgrad Med J* 2016;92(1089):393-400.
- Clark R, Robinson C, Nwosu AC, Jones D, Khodabukus AF, Green P, et al. Guidelines for the use of symptom control medication and the dying person. Liverpool, Royaume-Uni : Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group (CMPCNAG); 2017. Disponible à : http://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/7314/9501/7628/Symptom_Control_Medication_and_The_Dying_Person_October_2015_FINAL_NICE.pdf.
- Daeninck P, Gagnon B, Gallagher R, Henderson JD, Shir Y, Zimmermann C, Lapointe B. Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Curr Oncol* 2016;23(2):96-108.
- Devalois B, Broucke M, Copel L, Mauviel M. Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. SEDAPALL V1.0. Paris, France : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP); 2017. Disponible à : http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf.
- Duran-Crane A, Laserna A, Lopez-Olivo MA, Cuenca JA, Diaz DP, Cardenas YR, et al. Clinical practice guidelines and consensus statements about pain management in critically ill end-of-life patients: A systematic review. *Crit Care Med* 2019;47(11):1619-26.
- Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv166-91.
- Fraser Health. Hospice palliative care program: Symptom guidelines. Surrey, BC : Fraser Health Authority (FHA); 2018. Disponible à : https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-01-05-FH--Sym_Guide-Intro-v05FINAL.pdf.
- Garetto F, Cancelli F, Rossi R, Maltoni M. Palliative sedation for the terminally ill patient. *CNS Drugs* 2018;32(10):951-61.
- Gillon S et Clifton IJ. Breathlessness in palliative care: A practical guide. *Br J Hosp Med (Lond)* 2019;80(2):72-7.

- Healthcare Improvement Scotland. Scottish palliative care guidelines [site Web].
Edimbourg, Écosse : NHS Scotland; 2020. Disponible à :
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>.
- Herzig SJ, Mosher HJ, Calcaterra SL, Jena AB, Nuckols TK. Improving the safety of opioid use for acute noncancer pain in hospitalized adults: A consensus statement from the Society of Hospital Medicine. *J Hosp Med* 2018;13(4):263-71.
- McPherson ML, Walker KA, Davis MP, Bruera E, Reddy A, Paice J, et al. Safe and appropriate use of methadone in hospice and palliative care: Expert consensus white paper. *J Pain Symptom Manage* 2019;57(3):635-45.e4.
- Ministry of Health. Te Ara Whakapiri: Principles and guidance for the last days of life. Wellington, Nouvelle-Zélande : New Zealand Government; 2017. Disponible à :
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/te-ara-whakapiri-principles-guidance-last-days-of-life-apr17.pdf>.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Palliative care. Version 1.2020. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2020a. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Adult cancer pain. Version 1.2020. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2020b. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
- NH Medical Advisory Committee (Northern Health). Palliative care program symptom guidelines. 4th edition. Prince George, BC : Northern Health Authority (NHA); 2019. Disponible à : https://www.northernhealth.ca/sites/northern_health/files/health-professionals/palliative-care/documents/symptom-guidelines-4th-edition.pdf.
- Palli-Science. Le grand livre des soins palliatifs – Dyspnée et détresses en soins palliatifs [site Web]. Saint-Mathieu-de-Beloil, Qc : Palli-Science; 2015. Disponible à : <https://palli-science.com/le-grand-livre-des-soins-palliatifs/tome-ii-dyspnee-et-detresses-en-soins-palliatifs> (consulté le 30 janvier 2020).
- Pisani L, Hill NS, Pacilli AMG, Polastri M, Nava S. Management of dyspnea in the terminally ill. *Chest* 2018;154(4):925-34.
- South Australia Health (SA Health). Pharmacological management of symptoms for adults in the last days of life clinical guideline Adelaïde, Australie : SA Health; 2019. Disponible à :
https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/303827804a23c94db3fdf390d529bdaa/Clinical_Guideline_Pharmacological_Management_of_Symptoms_for_Adults_v2.0_12.04.19.pdf.
- Star A et Boland JW. Updates in palliative care – Recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clin Med (Lond)* 2018;18(1):11-6.
- Tredgett KM. Pain control in palliative care. *Medicine (Abingdon)* 2020;48(1):2-8.

- Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). Sedation for palliative purposes guideline. Evidence Informed Practice Tools. Winnipeg, MB : WRHA; 2017. Disponible à : <https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/eipt/files/EIPT-045.pdf>.
- Wood H, Dickman A, Star A, Boland JW. Updates in palliative care – Overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. Clin Med (Lond) 2018;18(1):17-22.
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Genève, Suisse : WHO; 2018. Disponible à : <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>.
- Yamaguchi T, Goya S, Kohara H, Watanabe H, Mori M, Matsuda Y, et al. Treatment recommendations for respiratory symptoms in cancer patients: Clinical guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine. J Palliat Med 2016;19(9):925-35.

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

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

