

Faculté des sciences de la motricité

La dyspnée épisodique en soins palliatifs et les thérapeutiques non pharmacologiques qui s’y rapportent

Enquête sur les attitudes et connaissances du personnel soignant

Auteur : CHARLES Madeleine

Promoteur(s) : REYCHLER Gregory

Année académique 2023-2024

Master en Sciences de la Motricité, orientation générale [120.0] – MOTR2M

Finalité approfondie

Un tout grand merci à Gregory de m'avoir motivée à recommencer une seconde année de master 9 ans après ma première, pour ses conseils et son suivi, à Agathe pour sa relecture, à Benoit pour son soutien permanent et à Maya qui m'apprend le lâcher prise.

ABSTRACT

Contexte : Aucune recommandation n'existe pour la prise en charge non pharmacologique du patient souffrant de dyspnée épisodique en soins palliatifs.

Objectifs : Confronter les évidences scientifiques aux pratiques de terrain, concernant l'évaluation du patient en crise de dyspnée, les modalités non pharmacologiques de prise en charge et leur application par les soignants, les connaissances théoriques s'y rapportant et les croyances face à leur efficacité.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé à des médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes prenant en charge des patients en statut palliatif. Une analyse descriptive et inférentielle des résultats a été effectuée.

Résultats : Sur un total de 290 professionnels, 94,5% évaluent la dyspnée épisodique du patient selon son état clinique, 87% selon ses mots et 76% selon sa saturation. 53% des soignants combinent les modalités pharmacologiques et non pharmacologiques pour gérer la crise. 82% des professionnels utilisent l'oxygène, et 70% le délivrent chez un patient qu'ils considèrent non hypoxémique. Les trois techniques non pharmacologiques jugées les plus efficaces par les soignants sont le positionnement, les techniques de relaxation et de respiration spécifique.

Conclusion : Les stratégies de soins avec un faible niveau d'évidence scientifique, mais jugées efficaces par les patients sont appliquées sur le terrain. Les soignants n'utilisent pas les modalités recommandées en première intention, telles que le ventilateur, l'oxygène chez les patients hypoxémiques, l'ODH et la VNI. L'oxygène est souvent proposé aux patients non hypoxémiques.

INTRODUCTION

Environ la moitié des patients ayant une pathologie avancée souffre de dyspnée, et ce, malgré la prise en charge optimale de la maladie sous-jacente (Simon et al., 2013a). En 1999, la dyspnée a été définie par l'American Thoracic Society (ATS) comme « une expérience subjective d'inconfort respiratoire, qui consiste en des sensations qualitativement distinctes, qui varient en intensité » (Parshall et al., 2012).

Des études récentes suggèrent la distinction entre la dyspnée continue ou de fond et la dyspnée épisodique ou de crise (Johnson et al., 2012; Reddy et al., 2009; Simon et al., 2013b). Les épisodes de dyspnée intermittents et aigus de fin de vie ont été définis par l'ATS comme « un inconfort respiratoire soutenu et sévère au repos, survenant chez les patients atteints de pathologies avancées et souvent mortelles, et qui submerge la capacité du patient et des soignants à soulager le symptôme » (Mularski et al., 2013). Une étude Delphi menée en 2014 a suggéré une nouvelle définition de cette dyspnée épisodique comme « une forme d'essoufflement caractérisée par une aggravation sévère de son intensité ou de son caractère désagréable au-delà des fluctuations habituelles de la perception du patient » (Simon, Weingartner, et al., 2014). La durée des épisodes intermittents varie de quelques secondes à quelques heures. Ils se présentent avec ou sans dyspnée continue sous-jacente. On les qualifie de prédictibles ou non, selon qu'un ou des déclencheurs sont identifiés (Simon, Weingartner, et al., 2014).

Afin d'identifier les patients à risque ou en crise de dyspnée, une évaluation appropriée est indispensable. La notion de dyspnée épisodique étant récente, il n'existe pas, à notre connaissance, de guideline sur son évaluation. Cependant, la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO) préconise une mesure de l'intensité de la dyspnée à l'aide d'une échelle unidimensionnelle (par exemple, l'échelle numérique analogique (ENA)) et de son impact fonctionnel (comme l'échelle « Medical Research Council » (MRC)). L'ATS recommande également une ENA pour mesurer l'inconfort et le stress engendrés par la crise ainsi qu'une évaluation subjective de l'expérience (Mularski et al., 2013). La fréquence et la durée moyenne des épisodes, leur intensité et les déclencheurs potentiels doivent être évalués (Hui et al., 2020). Face au patient chez qui l'auto-évaluation de la dyspnée est impossible, des évaluations comportementales sont recommandées, en

recherchant des signes de détresse respiratoire, tels que la tachypnée, la tachycardie, le recrutement des muscles accessoires et le battement des ailes du nez (Campbell, 2008; Mularski et al., 2013). Adaptée aux patients en soins palliatifs (SP) (Zhuang et al., 2019), l'échelle « Respiratory Distress Observation Scale » (RDOS) est fiable et valide pour mesurer la dyspnée chez le patient non-communicant (Campbell et al., 2010).

L'ATS propose que les traitements pharmacologique et non pharmacologique soient combinés. Elle insiste sur une approche individualisée en tenant compte de l'avis du patient (Mularski et al., 2013). Plusieurs auteurs ont confirmé l'importance d'offrir les deux types de traitements en parallèle, étant donné que le délai d'action de la plupart des médicaments est supérieur au temps de la crise (Mercadante, 2018; Simon et al., 2013a; Weingartner et al., 2013; Weingartner et al., 2015). Nombreux sont les auteurs qui insistent sur les recherches encore à mener sur les deux types de thérapies pour la gestion de la dyspnée épisodique (Julià-Torras et al., 2023; Mercadante, 2018; Mercadante et al., 2020; Mularski et al., 2013; Simon, Weing, et al., 2014; Weingartner et al., 2013; Weingartner et al., 2015).

A ce jour, aucune recommandation n'existe pour la prise en charge non pharmacologique du patient en crise de dyspnée en soins palliatifs. Pour le patient souffrant de dyspnée continue, les guidelines proposent le ventilateur, l'oxygène, l'oxygénothérapie à haut débit (ODH), la ventilation non invasive (VNI), les techniques respiratoires (et techniques de désencombrement pour les patients souffrant de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)), le positionnement, les techniques de relaxation (mindfulness), l'éducation et l'auto-gestion (pacing), la revalidation pulmonaire et l'activité physique, l'acupressure et la réflexologie, les aides à la mobilité et les thérapies complémentaires (massage, hypnose, acuponcture, Reiki, etc.). Ces traitements ont des niveaux de preuve variables (Bott et al., 2009; Hui et al., 2021; Hui et al., 2020; Lanken et al., 2008; Parshall et al., 2012).

La gestion de la dyspnée épisodique en SP est aujourd'hui inadéquate (Mularski et al., 2013). Le but de cette étude est de confronter les évidences scientifiques aux pratiques de terrain, en identifiant les moyens d'évaluation du patient en crise de dyspnée, les modalités non pharmacologiques de prise en charge, leur application

sur le terrain, les connaissances théoriques des soignants s’y rapportant, et leurs croyances face à l’efficacité de ces techniques.

METHODOLOGIE

Design

Une étude observationnelle sous forme d’enquête de terrain a été réalisée.

Contexte

Une revue systématique de la littérature a été effectuée de septembre à novembre 2023 sur les modalités non pharmacologiques de gestion de la dyspnée épisodique en fin de vie. Ces techniques devaient être prouvées efficaces et applicables sur le terrain par les médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes. L’équation de recherche a été construite selon les critères PICO(TS) (annexe 1), et menée dans les bases de données Pubmed et Embase. Suite à cette revue, 9 techniques non pharmacologiques ont été sélectionnées.

Questionnaire et variables

Le questionnaire a été construit sur base des résultats de la revue de la littérature. Il comportait des données personnelles et des questions de connaissances et d’opinions sur les modalités sélectionnées, ainsi que sur leurs effets sur la prolongation de la vie des patients. Au départ, 65 questions étaient posées. Le questionnaire a été relu par trois professionnels du domaine respiratoire ayant au minimum 10 ans d’expérience (F. E., A-C. L. et G. R.). Ils ont évalué la faisabilité, le contenu et la clarté du questionnaire. Cinq questions ont été ajoutées, et certaines formulations ont été modifiées. Trois kinésithérapeutes hors domaine respiratoire, travaillant en Maison de Repos et de Soins (MRS), en hôpital et en cabinet (P. L., T. D. et A. C.) ont ensuite répondu aux questions pour valider la compréhension du questionnaire. Deux questions ont été adaptées. Le questionnaire final comporte 70 questions (annexe 2). Il était obligatoire de répondre aux 32 questions (et 38 sous-questions) de l’étude. La description des variables étudiées se trouve en annexe 3.

Population et taille d’échantillon

L’étude transversale a été réalisée chez des médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes de la Communauté française de Belgique prenant en charge des patients en statut palliatif. Seuls les professionnels travaillant en Maison de Repos

pour Personnes Agées (MRPA), MRS, en unité de soins prenant en charge des patients en statut palliatif, à domicile ou en hôpital avec une équipe de seconde ligne ou au sein de l'équipe ont été contactés.

Le questionnaire a été envoyé par mail aux directeurs et directrices de MRPA et MRS de Wallonie (580 établissements) et de Bruxelles (134 établissements), via les listes de structures publiées sur les sites de l'AVIQ et d'IRISCARE. Il a aussi été partagé aux responsables des unités prenant en charge des patients en statut palliatif (médecins ou infirmier(e) en chef) et des équipes de seconde ligne grâce aux listings de contacts des Fédérations Wallonnes et Bruxelloises des SP. Il leur a été demandé de partager l'étude à l'ensemble de leur personnel soignant s'occupant de patients en statut palliatif.

Le questionnaire a été envoyé à 3 reprises, à minimum 15 jours d'intervalle, entre décembre 2023 et février 2024. L'étude a aussi été postée en février 2024 sur le site internet de Brusano, qui soutient les acteurs de santé sociale à Bruxelles.

Biais

Il est possible que les listes des établissements ne soient pas mises à jour régulièrement, et que les nouvelles structures n'aient pas été touchées. Pour les unités de SP et les équipes de seconde ligne, les Fédérations Wallonne et Bruxelloise n'ont pas l'autorisation de partager leur liste de contacts. Ne sachant pas vérifier si tous les établissements s'y trouvent, nous avons contacté par nous-même plus de 20 structures par téléphone ; toutes avaient reçu le mail de la Fédération Wallonne. La taille de notre échantillon dépendait du partage ou non de notre étude par les directeurs et chefs de service. Chaque travailleur n'a pu être touché de manière individuelle. Nous ne savons pas non plus combien de personnes ont commencé à remplir le questionnaire en arrêtant en cours, sans le soumettre.

Analyse statistique

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS (version 27.0). Une analyse descriptive (moyenne et déviation standard) et inférentielle a été effectuée pour évaluer les caractéristiques des répondants et la fréquence de leurs réponses. Elles sont exprimées en pourcentage et nombre de répondants pour chaque question posée.

RESULTATS

Participants

Un total de 290 professionnels éligibles a complété le questionnaire, dont une majorité d'infirmier(e)s. Les soignants exercent en moyenne le métier depuis 20 ans et travaillent avec des patients en statut palliatif depuis 14 ans. La majorité travaille en MRPA ou MRS, suivies par les unités de SP, les équipes de seconde ligne, les soins à domicile, les autres unités de soins et le cabinet (para)médical. L'ensemble des données professionnelles se trouve dans le tableau 1.

Tableau 1 : Données professionnelles

Métier	Pourcentage (nombre)
Infirmier	56 (161)
Médecin	11 (32)
Kinésithérapeute	33 (97)
Nombre d'années d'expérience	
0-5 ans	11,5 (33)
5-10 ans	12,5 (36)
Plus de 10 ans	76 (221)
Nombre d'années d'expérience en soins palliatifs	
0-5 ans	22 (64)
5-10 ans	15 (43)
Plus de 10 ans	63 (183)
Lieu de travail principal	
Hôpital USP	19 (54)
Hôpital, autres US	3 (9)
Equipe de seconde ligne ou de liaison palliative	12 (35)
MRPA / MRS	61 (178)
Soins à domicile	4 (11)
Cabinet	1 (3)
Formation spécifique en SP	
Oui	56 (163)
Non	44 (127)

USP, unité de soins palliatifs ; US, unité de soins ; MRPA, Maison de Repos pour Personnes Agées ; MRS, Maison de Repos et de Soins.

Données descriptives

Quatre réponses sur l'ensemble des données ont dû être supprimées, car nous ne pouvions les comprendre ou les interpréter. Sur demande de certains soignants, 37 réponses ont été retirées. Ils estimaient leurs réponses faussées, ne connaissant ou pratiquant pas les techniques non pharmacologiques décrites.

Résultats principaux

94,5 % des soignants évaluent le patient en dyspnée épisodique selon son état clinique, 87 % selon ses mots, 76 % selon sa saturation, 14.5 % selon les échelles ou questionnaires et 7 % via une autre méthode. Parmi les échelles citées, les plus fréquentes étaient l'échelle visuelle analogique (EVA) (32 %), l'échelle de Borg (14 %), l'ENA (12 %) et la RDOS (12 %). L'ensemble des échelles citées se trouve en annexe 4.

53 % des professionnels combinent les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques face au patient en crise de dyspnée. 23 % disent qu'en fonction de son projet de soins et demandes anticipées (32 soignants), de son état (28), de la cause de la crise (21), de ses antécédents (7) et de son environnement (5), la prise en charge pourra varier. 18 % proposent les thérapies non pharmacologiques en première intention et 6 % les moyens pharmacologiques.

Les objectifs de recherche suivants s'intéressaient aux connaissances des soignants sur les modalités non pharmacologiques, à leur mise en place et utilité sur le terrain.

L'oxygénothérapie

82 % des professionnels utilisent l'oxygène (O₂) pour traiter une crise de dyspnée, et parmi ceux-ci, 74 % adaptent la titration en fonction du taux de saturation. Les 26 % autres utilisent, par ordre de citation, l'état clinique du patient, ses ressentis et ses mots, la prescription médicale, sa pathologie, la balance entre son confort et son inconfort ou l'intuition du thérapeute.

Concernant le seuil de saturation sous lequel administrer de l'O₂, 57 % ont répondu 90 ou moins, 25 % plus, et 18 % n'ont pas indiqué de réponse. 70 % reconnaissent administrer de l'O₂ si la saturation du patient est supérieure au seuil qu'ils estiment limite, en fonction de la crise de dyspnée (100 soignants), de l'état clinique du patient (36), de son état anxieux ou son besoin d'être rassuré (33), de la demande du médecin (20), des circonstances (19), de la famille (7) ou de de l'échec de tout ce qui a été tenté précédemment (3). A la question de savoir si l'administration d'O₂ prolonge la vie du patient, 57 % ont répondu non.

46 % ont répondu qu'il fallait délivrer 1L d'O₂ au minimum au patient qui porte des lunettes nasales, et 52 % une autre valeur ou ne savaient pas. 2 % ont précisé

que cela dépendait de la prescription médicale. Il leur était ensuite demandé le nombre de litres d'O₂ maximal à administrer au patient. 11 % ont répondu 6L, 85 % une autre valeur ou ne savaient pas et 4 % en fonction de la prescription médicale. Enfin, au nombre de litres minimal à mettre au patient qui possède un masque nasobuccal, 12 % ont répondu 5L, 2 % selon la prescription médicale et 86 % une autre valeur ou ne savaient pas.

La ventilation non invasive

80 % des professionnels n'utilisent pas la VNI. Parmi les 20 % qui l'utilisent, la moitié (52 %) font eux-mêmes les réglages. Les raisons pour ne pas les faire par eux-mêmes sont qu'un autre collègue s'en occupe (14 répondants), que le soignant ne maîtrise pas la VNI (11), ou l'usage d'un programme pré-enregistré (3). Il était demandé si un guide d'utilisation était disponible avec l'appareil. Dans 56 % des cas, la réponse est oui. Sur les 14 personnes qui ont répondu non, 10 pensent qu'ils utiliseraient plus souvent la VNI si un guide était disponible. A la question de savoir si la VNI prolonge la vie du patient, 54.5 % estiment que oui.

Sur les 32 répondants qui effectuent les réglages de la VNI, 24 ne visent pas de pression inspiratoire. Sur les 8 professionnels sur 290 qui la visent, un a répondu 12 cm H₂O, et les 7 autres une autre valeur ou n'ont pas répondu. Sur les 10 répondants qui visent une pression expiratoire, 2 personnes ont indiqué les valeurs de 4 et 5 cm H₂O, et 8 une autre valeur ou ne savaient pas. Enfin, sur les 10 soignants qui règlent une fréquence respiratoire, 2 professionnels ont répondu 15 respirations/min, et 8 une autre valeur ou n'ont pas répondu.

Dans 56 % des cas, un guide d'usage est disponible avec la VNI. Selon les 44 % qui n'en possèdent pas, plus de 2/3 pensent qu'ils l'utiliseraient si un guide était disponible.

L'oxygénothérapie à haut débit

32 soignants (11 %) utilisent l'ODH. Parmi ceux-ci, 21 modifient eux-mêmes les paramètres. Les raisons qui font que 11 répondants ne le font pas sont qu'ils ne maîtrisent pas l'ODH (5 personnes), qu'ils suivent les réglages des prescripteurs (4) ou qu'ils utilisent un programme préenregistré (2). Dans un peu plus d'un cas sur deux, un guide est disponible avec l'appareil. Chez les 9 répondants qui ne possèdent pas de guide, 5 pensent qu'ils utiliseraient plus souvent l'appareil s'il

était disponible. A la question de savoir si l'ODH prolonge la vie du patient, 50 % pensent que oui.

Seuls 5 soignants visent une fraction inspirée en oxygène (FiO₂). Parmi ceux-ci, un a proposé une valeur à 50 %, un autre ajuste selon la prescription, et les 3 derniers une autre valeur ou ne savaient pas. Sur les 4 qui mettent un débit de gaz, 2 proposent un débit à 30 ou 35 L/min, et les 2 autres ont répondu une autre valeur ou « je ne sais pas ».

Le ventilateur

77 % des répondants n'utilisent pas le ventilateur.

Les techniques respiratoires spécifiques

57 % utilisent des techniques respiratoires, parmi lesquelles ; la respiration contrôlée avec mimétisme ou non du professionnel (62 personnes), la relaxation, y compris la pleine conscience, la cohérence cardiaque, la sophrologie et l'hypnose (48), la respiration abdominale ou diaphragmatique (36), les lèvres pincées (22), les techniques de désencombrement bronchique (15), l'expiration lente (glotte ouverte ou non) ou la respiration de récupération (8), la respiration carrée (3), le mouvement (2) et le puff (1). 23 répondants vont chercher l'aide du kinésithérapeute.

Le positionnement

98 % des professionnels utilisent le positionnement. Parmi ceux-ci, 57 % proposent la position semi-assise, 47 % assise, 11 % la position choisie par le patient, 4 % l'assis penché en avant, 4 % le couché latéral, 1 % debout, 0.7 % le couché ventral et 0.3 % la variation de positions.

Le menthol

Seuls 4,5 % proposent le menthol à leur patient, que ce soit sous forme locale, en huiles essentielles, ou en bonbon et chewing-gum.

Le massage

35 % utilisent le massage. Parmi les soignants qui le pratiquent, 57 choisissent une durée dépendante de la dyspnée épisodique ou de la réponse du patient, 38 masseront moins de 15 minutes et 12 plus de 15 minutes.

Les techniques de relaxation et la pleine conscience

52 % des professionnels proposent des techniques de relaxation.

Les autres moyens de prise en charge non pharmacologiques

Sur les 17 % qui utilisent une autre technique, nous retrouvons ; la présence, l'écoute et la réassurance (18 soignants), l'aromathérapie (15), l'hypnose (6), l'aération de la pièce (6), la thérapie par la musique (4), mais aussi le Reiki (1), la distraction (1), les aérosols (1), les fleurs de Bach (1), la stimulation du nerf trijumeau (1) et la stimulation basale (1). Les professionnels estiment dans la plupart des cas que leur technique est plutôt efficace, voire très efficace pour la gestion de la dyspnée épisodique.

Autres résultats

L'évaluation de l'efficacité de chaque modalité de prise en charge non pharmacologique par les professionnels est représentée sur la fig.1.

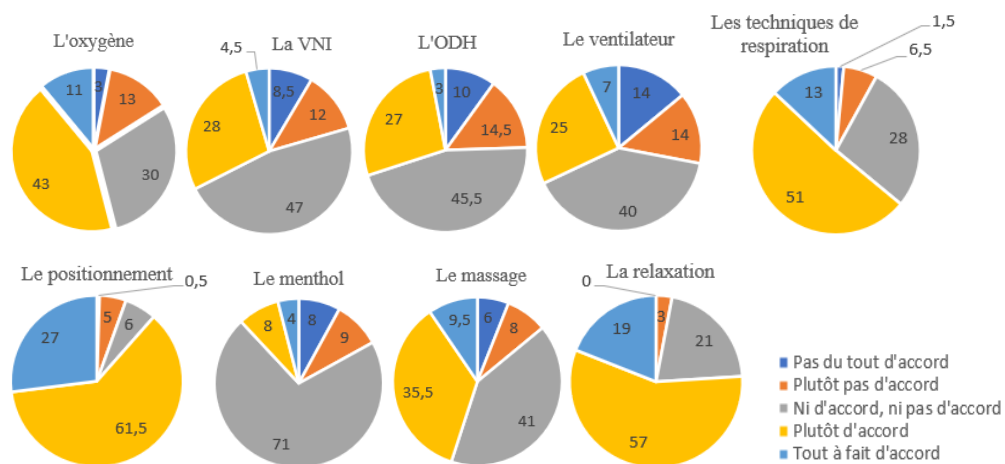


Fig.1. Efficacité des techniques non pharmacologiques selon les professionnels.

Les techniques jugées les plus efficaces par les soignants sont le positionnement, les techniques de relaxation et de respirations spécifiques. A l'inverse, les thérapies les moins efficaces sont le ventilateur, l'ODH et la VNI.

DISCUSSION

Le but de cette étude était d'identifier les moyens d'évaluation et de prise en charge non pharmacologiques du patient souffrant de dyspnée épisodique, les connaissances théoriques des professionnels et leurs croyances face à l'efficacité de ces modalités.

Analyse des principaux résultats

Evaluation de la crise de dyspnée

La majorité des professionnels évalue la dyspnée épisodique du patient par son état clinique (94 %), ses mots (87 %) et sa saturation (76 %). Cela va en partie dans le sens des recommandations de l'ATS et de l'ESMO, qui proposent que le patient évalue lui-même l'inconfort et le stress généré par la crise via une ENA, ainsi que par une évaluation subjective de l'expérience. Une observation de son état clinique n'est proposée que si le patient ne communique pas. A aucun moment les recommandations ne parlent de la saturation (Hui et al., 2020; Mularski et al., 2013).

Priorité de prise en charge

Un peu plus de la moitié des professionnels instaurent en parallèle les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, comme recommandé en première intention par l'ATS (Mularski et al., 2013). Près d'un professionnel sur quatre a répondu que cela dépendait de certains facteurs (projet de soins, demandes anticipées, état du patient, etc.). Cela rejoint les précisions de l'ATS, qui proposent d'anticiper, d'éduquer et de planifier la prise en charge des patients de manière individualisée, via un plan d'action. Il doit être revu régulièrement, être en accord avec les attentes du patient et des soignants et favoriser les thérapies qui ont prouvé leur efficacité par le passé (Mularski et al., 2013).

Connaissances théoriques et application des techniques non pharmacologiques

L'oxygénothérapie

82 % des professionnels utilisent l'O₂ pour traiter un patient en crise de dyspnée, et parmi ceux-ci, 70 % admettent en délivrer pour une valeur supérieure au seuil de saturation qu'ils estiment limite. En 2005, Abernethy et al. ont interrogé des médecins spécialistes en SP et des kinésithérapeutes respiratoires sur leur usage de

l'O₂, et 58 % estimaient que l'oxygénothérapie était bénéfique pour les patients (69 % de médecins et 48 % de kinés). Cela confirme que la supplémentation en oxygène est souvent prescrite chez les patients en fin de vie pour soulager la dyspnée, même s'ils ne sont pas hypoxémiques (Davies, 2019). Or, l'oxygénothérapie conventionnelle est utilisée pour améliorer l'hypoxémie et est efficace chez les patients hypoxémiques sévères ou souffrant de BPCO (Uronis & Abernethy, 2008), mais ne le serait pas pour diminuer la sévérité de la dyspnée en SP (O'Driscoll et al., 2017; Ruangsomboon et al., 2020). Une revue systématique a démontré que pour les patients dyspnéiques non hypoxémiques atteints de diverses pathologies (cancers, insuffisance cardiaque chronique, cyphoscoliose, BPCO et maladies pulmonaires interstitielles), l'administration d'air ou d'oxygène via des lunettes nasales n'engendrait aucune différence. Ils suggèrent que le débit d'air serait responsable du soulagement de la dyspnée (Swan et al., 2019). L'O₂ pourrait améliorer le confort du patient par l'attention supplémentaire qui lui est accordée, ou par la sensation du passage de l'air dans le nez, bien que ce ne soit pas sans cout et sans charge pour le personnel soignant (Davies, 2019).

Concernant le seuil de saturation sous lequel les soignants administrent de l'O₂, 57 % ont répondu 90 ou moins, 25 % plus, et 18 % n'ont pas indiqué de réponse. Dans les guidelines de gestion du patient dyspnéique lors d'un cancer avancé, l'ASCO suggère d'utiliser l'oxygène chez les patients dyspnéiques hypoxémiques, avec une saturation inférieure à 90 % à l'air ambiant. Elle demande de ne pas mettre de supplémentation en oxygène si les patients ne sont pas hypoxémiques (niveau de preuve modéré, force de recommandation intermédiaire) (Hui et al., 2021). La « British Thoracic Society » (BTS) confirme que l'O₂ ne devrait être délivrée que pour les patients en SP ayant une saturation en-dessous de 90 %, ou chez ceux qui sont soulagés de manière significative par l'O₂ (O'Driscoll et al., 2017). L'ATS suggère aussi l'usage de l'O₂ s'il a été jugé utile précédemment (Mularski et al., 2013). Bien que les preuves de l'efficacité de l'O₂ soient très mitigées sur le soulagement de la dyspnée chez les patients non hypoxémiques, il reste encore largement prescrit en SP. Le seuil de saturation de 90 % ne semble pas encore connu de tous les thérapeutes.

Maunder et al. suggèrent que l'administration d'O₂ pourrait prolonger le processus de mort du patient (article d'origine non disponible) (Quinn-Lee et al., 2012). Cet avis est partagé par 43% des soignants.

En ce qui concerne les connaissances théoriques de l'O₂, la majorité des professionnels ne connaît pas les valeurs de débits minimaux et maximaux de délivrance d'O₂ via des lunettes nasales (1L et 6L), ni ceux minimaux d'un masque naso-buccal (5L) (O'Driscoll et al., 2017).

La Ventilation non invasive

80 % des professionnels n'utilisent pas la VNI. L'ATS recommande son usage dans la gestion de la dyspnée épisodique de manière appropriée et individualisée (Mularski et al., 2013). L'ATS et l'ERS suggèrent, avec un niveau de preuve modéré, l'usage de la VNI chez le patient dyspnéique en fin de vie. Elle ne doit pas entraîner de conséquences négatives, telles qu'un inconfort lié au masque ou une prolongation non souhaitée de la vie (Rochweg et al., 2017). L'ASCO suggère de l'utiliser, si elle est disponible, chez les patients cancéreux qui ont une dyspnée importante, si les mesures standards n'aident pas et que le patient n'a pas de contre-indication (niveau de preuve bas, force de recommandation modérée) (Hui et al., 2021). L'usage de la VNI en fin de vie reste cependant controversé, car bien qu'elle puisse parfois améliorer le confort ou la qualité de vie du patient, elle peut aussi prolonger la durée de vie sans soulager la souffrance (Steindal et al., 2024). Un peu plus d'un soignant sur deux partage cet avis.

Très peu de professionnels (3 %) réalisent les réglages de la VNI par eux-mêmes. Sur les répondants, seuls un ou deux, selon les questions, donnent les bonnes valeurs de pression inspiratoire (12-15 cm H₂O), pression expiratoire (4-5 cm H₂O) et fréquence respiratoire (15 respirations/min) (Baudouin et al., 2002; Hui et al., 2021).

L'oxygénothérapie à haut débit

89 % des professionnels n'utilisent pas l'ODH, qui délivre pourtant au patient un gaz réchauffé et humidifié à un débit pouvant aller jusqu'à 60 L/min, via une canule nasale (Ruangsomboon et al., 2020). Elle permet au patient de parler et manger, à l'inverse de la VNI (Shah et al., 2017). Les guidelines de l'ATS ne le mentionnent pas (Mularski et al., 2013). Cela s'explique peut-être par le peu de publications

disponibles à l'époque. Depuis, Hui et al. (2021) ont démontré que la dyspnée du patient cancéreux non-hypoxémique était soulagée rapidement grâce à l'ODH. Il s'agirait d'un meilleur traitement que l'oxygénothérapie à bas débit pour diminuer la sévérité de la dyspnée chez les patients dyspnéiques hypoxémiques en statut palliatif. L'ODH serait mieux tolérée que la VNI, bien que des études en SP soient encore nécessaires (Davies, 2019; Spicuzza & Schisano, 2020). L'ASCO suggère de l'utiliser, si elle est disponible, pour les patients souffrant d'une dyspnée significative et hypoxémique, malgré une supplémentation en O₂ (niveau de preuve bas, force de recommandation modérée) (Hui et al., 2021). Les recommandations des réglages de l'ODH en SP dépendront du confort du patient, avec une température à régler entre 34 et 37°C, et un débit initial à 45-50 L/min, mais pouvant être abaissé à 20 L/min et augmenté à 60 L/min en suivant les préférences du patient (Hui et al., 2021). La FIO₂ pourra être ajustée entre 20 et 100 % (Ruangsomboon et al., 2020), pour que la saturation reste supérieure à 90 % (Shah et al., 2017). Sur les soignants interrogés, seuls un a su donner une FIO₂ correcte, et deux un bon débit.

Comme toute technologie employée en fin de vie, il faudra être prudent avec son usage, car l'ODH pourrait prolonger la durée de vie du patient (Shah et al., 2017). 50 % des soignants partagent cet avis.

Le ventilateur

La « fan therapy », ou l'usage d'un ventilateur électrique, soulage la dyspnée à court terme. Les raisons de son efficacité ne sont pas encore très claires, mais l'apport d'air stimulerait les récepteurs TRPM8 du nerf trijumeau, la muqueuse nasale et le pharynx, et le refroidissement de ces zones modifierait le pattern respiratoire du patient (Kako et al., 2019). La commande neurale respiratoire serait diminuée, et la dyspnée réduite (Swan et al., 2019). En 2019, Swan et al. confirment que son usage chez le patient souffrant d'une pathologie avancée apporterait un réel bénéfice à l'auto-gestion de la dyspnée chronique au repos, et une utilité potentielle dans certaines situations, telles qu'une crise de dyspnée. Au niveau pratique, le ventilateur se met vite en place, et plusieurs études ont montré que 5 minutes étaient suffisantes pour diminuer l'intensité de la dyspnée. C'est le patient qui décidera de la distance, de l'emplacement, de l'intensité, de l'oscillation et du côté du visage ventilé selon ses préférences (Booth et al., 2015; Galbraith et al., 2010; Puspawati

et al., 2017). La méta-analyse de Yu et al. relève le risque de biais important et la puissance faible des études, mais confirme l'effet à court terme du ventilateur (Yu et al., 2019). Son utilisation fait partie des recommandations de l'ATS pour la gestion de la dyspnée épisodique, ainsi que des guidelines de l'ASCO, l'ESMO et la BTS, qui le suggèrent comme première modalité à proposer au patient dyspnéique.

Les techniques respiratoires spécifiques

Etant donné qu'il s'agit de techniques simples à réaliser, sans cout ou risque important, et ayant tendance à montrer une efficacité, les techniques respiratoires spécifiques (TRS) sont recommandées chez les patients cancéreux dyspnéiques (Hui et al., 2021). Booth et al. (2011) ont indiqué cinq TRS à proposer aux patients dyspnéiques, se basant sur les recommandations pour les patients BPCO de la BTS et de l'« Association of Chartered Physiotherapists in Respiratory Care » (ACPRC). Il s'agit des respirations *contrôlée, diaphragmatique, lèvres pincées, de récupération et rythmée*. Chacune a un niveau de preuve faible (niveau de preuve 4, opinions d'experts) (Bott et al., 2009). L'ASCO a aussi intégré les respirations *lèvres pincées, abdominales et rythmées* à ses recommandations, après le ventilateur, l'O₂, l'ODH et la VNI (niveau de preuve bas, force de recommandation faible) (Hui et al., 2021). L'ESMO propose les techniques *lèvres pincées, diaphragmatique, contrôlée* ou *rythmée* en seconde position, en insistant sur le fait qu'il faut tenir compte du pattern respiratoire et de la pathophysiologie de chacun (Hui et al., 2020). L'ATS propose aussi d'intégrer les techniques respiratoires *lèvres pincées, respiration lente et expiration prolongée* dans l'éducation du patient en crise de dyspnée (Mularski et al., 2013). Chez les professionnels belges francophones, 57 % utilisent les TRS. Les respirations *contrôlée, diaphragmatique et lèvres pincées* sont le plus souvent citées, en lien avec les recommandations. Nombreux sont les participants (48) qui ont aussi parlé des techniques respiratoires relaxantes (cohérence cardiaque, sophrologie, hypnose et pleine conscience).

Le positionnement

Il s'agit de la technique non pharmacologique la plus pratiquée (98 %). Actuellement, il existe peu d'études sur les positions qui facilitent la respiration. Le positionnement est utilisé dans plusieurs services spécialisés sur la prise en charge de la dyspnée des patients en pathologie avancée. Ces services ont prouvé leur efficacité, mais la multitude de thérapies proposées ne permet pas de dire que le positionnement est efficace comme technique isolée (Chan et al., 2016; Farquhar et al., 2014; Higginson et al., 2014). L'ATS recommande cependant le changement de posture dans l'éducation du patient en crise de dyspnée (Mularski et al., 2013).

Les 3 positions citées le plus fréquemment par les professionnels sont les 'semi-assise', 'assise' et la 'position choisie par le patient'. Ceci ne va pas dans le sens des recommandations. L'ASCO suggère les positions 'assise penché en avant', 'debout contre un mur' ou 'couché latéral' pour améliorer la dynamique respiratoire (niveau de preuve bas, force de recommandation faible) (Hui et al., 2021). La position 'assise penché en avant' peut aussi être utilisée en dyspnée de récupération en association avec la respiration lèvres pincées et le ventilateur (Booth et al., 2011). L'ESMO recommande une éducation du patient dans laquelle on lui apprend les positions qui peuvent l'aider à mieux respirer, comme l' 'assise penché en avant', mains ou coudes sur les cuisses, 'debout', se tenant sur un support ou 'couché sur le côté', avec la tête et la poitrine soutenues (Hui et al., 2020). Pour le patient BPCO, la BTS et l'ACPRC soulignent l'importance de fixer sa ceinture scapulaire passivement pour maximiser l'efficacité des muscles ventilatoires et soulager la dyspnée (recommandation de grade D) (Bott et al., 2009). La position 'semi-assise', avec un dossier incliné à 45° permet que l'abdomen ne soit pas trop comprimé (Booth et al., 2014).

Le menthol

Le menthol est une solution sûre et efficace pouvant soulager la dyspnée des sujets sains au repos ou à l'effort (Kanezaki & Ebihara, 2017). Son usage est proposé dans les épisodes de dyspnée épisodique chez les patients BPCO, étant donné son impact à court terme (Kanezaki et al., 2020). Dans les populations cancéreuses, plusieurs études ont prouvé que l'inhalation du menthol ou l'usage d'un ventilateur, qui tous deux sont présumés activer le récepteur TRPM8 situé sur le nerf trijumeau, soulage

la dyspnée au repos ou à l'exercice (Aucoin et al., 2023). Bien que l'usage du menthol nécessite encore des études approfondies, ces résultats prometteurs ne sont pas encore bien connus des professionnels, puisque seuls 4,5 % en proposent sous forme locale, en huiles essentielles ou en chewing-gum et bonbon.

Le massage

En Europe, le massage est une technique pratiquée couramment en SP (Armstrong et al., 2019). Bien qu'aucune étude n'associe directement massage et évolution de la dyspnée (Beaumont et al., 2023; Zeng et al., 2018), une étude récente de 2024 a montré que 15 minutes de massage, une fois par semaine pendant 3 semaines diminuaient de manière significative l'anxiété chez les patients hospitalisés en unité stérile d'hématologie (Simon et al., 2024). On peut supposer qu'en diminuant la composante émotionnelle, le massage pourrait avoir un effet sur la dyspnée. Comme il ne semble pas porter préjudice aux patients, il est proposé de continuer à l'utiliser comme moyen non pharmacologique (Candy et al., 2020). Si l'ASCO et l'ATS ne parlent pas du massage, l'ESMO le suggère comme moyen complémentaire, pouvant offrir des effets limités à court terme (Hui et al., 2020). En pratique clinique, 35 % des soignants le proposent aux patients.

Les techniques de relaxation et la pleine conscience

Dans une revue systématique de 2019 portant sur les services holistiques pour traiter la dyspnée, 11 études proposaient la relaxation comme technique non pharmacologique. Ces services incluant plusieurs modalités, il est difficile de déterminer laquelle est efficace et à quel niveau (Brighton et al., 2019). L'ATS suggère la réassurance et les techniques de relaxation comme moyens de prise en charge non pharmacologiques. Elle propose qu'avec le mindfulness, la méditation, l'imagerie guidée et les stratégies de distraction, ces techniques fassent partie de l'éducation du patient sujet aux épisodes de dyspnée (Mularski et al., 2013). L'ASCO propose aussi d'utiliser la relaxation et la méditation malgré des preuves faibles, car elles n'apportent qu'un risque minimal (niveau de preuve bas, force de recommandation faible) (Hui et al., 2021). Un professionnel sur deux partage cet avis et propose la relaxation au patient en crise de dyspnée.

Autres techniques non pharmacologiques proposées par les professionnels

Sur les 17 % qui utilisent une autre technique de prise en charge non pharmacologique, nous retrouvons la présence, l'écoute et la réassurance (18 personnes), l'aromathérapie (15), l'hypnose (6), l'aération de la pièce (6), la thérapie par la musique (4), mais aussi le Reiki (1), la distraction (1), les aérosols (1), les fleurs de Bach (1), la stimulation du nerf trijumeau (1) et la stimulation basale (1). L'hypnose, la création d'un courant d'air, la thérapie par la musique, le Reiki et la distraction sont toutes proposées par l'ESMO ou l'ASCO en tant que thérapies complémentaires pouvant aider certains patients, et ayant montré une efficacité à court terme (Hui et al., 2021; Hui et al., 2020).

Efficacité des prises en charge non pharmacologiques

Les trois techniques jugées les plus efficaces par les professionnels sont dans l'ordre, le positionnement, les techniques de relaxation et de respiration spécifiques. Ces résultats sont soutenus par l'avis des patients, qui utilisent ces trois stratégies pour gérer leur dyspnée épisodique. Ils citent le plus souvent la réduction de l'activité physique, les techniques respiratoires et le positionnement, les stratégies cognitives et psychologiques (telles que la relaxation), l'air et l'oxygène et les stratégies environnementales comme modalités qui les aide en cas de crise (Simon et al., 2016). Linde et al. ont mis en évidence l'utilité des stratégies cognitives et psychologiques, des techniques respiratoires, du positionnement et de la présence de quelqu'un chez les patients BPCO et atteints de cancers pulmonaires avancés qui souffrent de crises de dyspnée (Linde et al., 2018). Ceci ne rejoint pas les guidelines, qui ne proposent pas ces modalités en première intention, étant donné leur faible niveau d'évidence scientifique. Les positions jugées efficaces par les soignants ne sont pas non plus celles qui sont recommandées (Hui et al., 2021; Hui et al., 2020; Mularski et al., 2013).

Les trois thérapies jugées les moins efficaces par les soignants sont le ventilateur, l'ODH et la VNI. Ceci est en opposition avec les guidelines qui les proposent, avec l'oxygénothérapie chez le patient hypoxémique, en première intention chez le patient cancéreux dyspnéique (Hui et al., 2021).

Limites

Nous ne connaissons pas la représentativité de cette étude. Nous avons tenté de trouver combien de médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes travaillaient en USP, en autre unité de soins, en équipe de seconde ligne, à domicile ou en MRPA et MRS en Communauté française de Belgique, mais la Fédération Wallonne des SP nous a confirmé qu'elle n'avait pas la connaissance de ces données.

Nous avons fait le choix d'inclure au questionnaire l'oxygénothérapie, la VNI, l'ODH et le menthol, bien que ces techniques soient parfois répertoriées comme des traitements pharmacologiques. Ce choix pourrait être discutable.

Très peu de professionnels ont indiqué utiliser la VNI et l'ODH. Nombreuses sont les institutions qui ne possèdent pas ces appareils. Plusieurs répondants ont signalé ne pas savoir répondre à la question de l'efficacité d'une technique ne la pratiquant pas. Nous avons chaque fois retiré leurs réponses, mais d'autres participants ont pu rencontrer la même difficulté, sans pour autant le préciser.

Recherches futures

A notre connaissance, il s'agit de la seule étude analysant les opinions et attitudes du personnel soignant face aux thérapeutiques non pharmacologiques pour gérer la dyspnée épisodique. La disparité de modalités et d'avis montre que l'existence de recommandations sur l'évaluation et la prise en charge du patient en crise de dyspnée serait nécessaire, bien qu'il faille l'adapter à chaque patient, selon ses préférences et les moyens de l'institution dans laquelle il se trouve. Cela permettrait aux soignants de connaître l'ensemble des techniques non pharmacologiques existantes, celles à proposer en premier recours et la manière de les appliquer correctement. Chaque technique devrait aussi être évaluée de manière individuelle.

CONCLUSION

Dans la majorité des cas, les professionnels évaluent la dyspnée épisodique du patient par son état clinique, ses mots ou sa saturation en O₂. Pourtant, seules des échelles comme l'EVA et l'ENA devraient être utilisées en première intention pour mesurer l'inconfort et le stress du patient. L'évaluation par l'état clinique doit être réservée aux patients qui ne peuvent pas communiquer.

Une disparité de prise en charge non pharmacologique existe sur le terrain. Des stratégies de soins avec un niveau faible d'évidence scientifique sont appliquées, telles que le positionnement, les techniques de relaxation et de respirations spécifiques, bien qu'elles soient jugées efficaces par le patient. A l'inverse, les soignants n'utilisent pas les stratégies recommandées en première intention pour la dyspnée, telles que le ventilateur, l'ODH et la VNI. Le peu de moyens financiers de certaines structures comme les MRPA et MRS ne permet peut-être pas aux soignants de disposer des appareils nécessaires. L'oxygène, dont l'usage est recommandé uniquement chez les patients hypoxémiques, est encore utilisé trop souvent en pratique clinique pour soulager le patient dyspnéique non hypoxémique.

ANNEXES

Annexe 1 : Equations de recherche

53 articles correspondaient à la recherche (« episodic breathlessness » OR « dyspnea crisis ») sur Pubmed ; sur Embase, cette recherche affichait 74 résultats. Le concept de dyspnée épisodique est récent, nous avons choisi d'élargir la recherche à la dyspnée.

Equation de recherche sur Embase :

('dyspnea'/exp OR dyspnea OR 'breathing difficulties' OR 'breathing difficulty' OR 'breathlessness' OR 'difficult breathing' OR 'difficult respiration' OR 'difficulty breathing' OR 'dyspnea' OR 'dyspneas' OR 'dyspneic syndrome' OR 'dyspnoea' OR 'dyspnoeae' OR 'dyspnoeas' OR 'labored respiration' OR 'laboured respiration' OR 'shortness of breath' OR 'episodic breathlessness'/exp OR 'episodic breathlessness') AND ('non pharmacological intervention'/exp OR 'non pharmacological intervention' OR 'non pharmacological treatment'/exp OR 'non pharmacological treatment' OR 'alternative medicine'/exp OR 'alternative medicine' OR 'alternative therapies' OR 'alternative therapy' OR 'complementary medicine' OR 'complementary therapies') AND ('palliative therapy'/exp OR 'palliative therapy' OR 'palliation':ti,ab,kw OR 'palliative care':ti,ab,kw OR 'palliative medicine':ti,ab,kw OR 'palliative therapy':ti,ab,kw OR 'palliative treatment':ti,ab,kw OR 'symptomatic treatment':ti,ab,kw OR 'advanced disease'/exp OR 'advanced disease')

Equation de recherche sur Pubmed :

("dyspnea" OR "dyspnoea" OR "breathless*" OR "respiratory distress" OR "respiratory failure" OR "shortness of breath" OR "difficulty breathing" OR "laboured breathing") AND ("holistic services" OR "nonpharmacological interventions" OR "nonpharmacological therapies" OR "complementary therapies" OR "alternative medicine") AND ("Palliative Care" OR "Palliative Medicine" OR "Terminal Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospices" OR "end of life")

Annexe 2 : Questionnaire

La crise de dyspnée en soins palliatifs et les thérapeutiques non pharmacologiques qui s’y rapportent

Le but de cette enquête est d’évaluer les connaissances et attitudes non pharmacologiques du personnel soignant (médecin, infirmier(e) et kinésithérapeute) face au patient dyspnéique en soins palliatifs (SP). Cette étude inclut tout patient en projet palliatif (sans traitement curatif, séjournant ou non en unité de SP), qui ressent une dyspnée suite à l’évolution de sa maladie. Elle exclut les patients souffrant de pathologies respiratoires chroniques, qui connaissent et font face à la dyspnée depuis de nombreuses années (BPCO, asthme, maladie pulmonaire dégénérative, etc).

Pour cette étude, nous nous focalisons sur la crise de dyspnée, ou « inconfort respiratoire soutenu et sévère au repos, survenant chez les patients atteints de pathologies avancées et souvent mortelles, et qui submerge la capacité du patient et des soignants à soulager le symptôme » (Mularsky et al., 2013).

Ce questionnaire est anonyme, et prendra 5 minutes à être rempli. Un grand merci pour votre participation !

1. Je suis (infirmier, médecin, kinésithérapeute)
2. Lieu où j’exerce mon métier

Si j’ai répondu "autre", lieu où j’exerce mon métier (Réponse courte)

3. J’ai suivi une formation complémentaire et spécifique en SP après mes années d’études (oui/non)

Description du type de formation(s) suivie(s) spécifique(s) en SP (Réponse courte)

4. J’exerce le métier de soignant depuis combien d’années ? (Réponse courte)
5. Je travaille avec des patients palliatifs depuis combien d’années ? (Réponse courte)

6. Face à un patient communiquant en crise de dyspnée en SP, sur quels paramètres se baser pour l'évaluer (plusieurs réponses possibles) ?

Si j'ai répondu "Echelles/Questionnaires", lesquels vais-je utiliser pour évaluer la crise de dyspnée du patient ? (Réponse courte)

Si j'ai répondu "Autre", quel(s) autre(s) moyen(s) vais-je utiliser pour évaluer la crise de dyspnée du patient ? (Réponse courte)

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques

Par traitement pharmacologique, nous entendons uniquement les médicaments.

Par traitement non pharmacologique, toute autre forme de prise en charge (O2, VNI, techniques de relaxation, massage etc)

7. Face à un patient présentant une crise de dyspnée en soins palliatifs, le premier réflexe de traitement doit être (pharmacologique, non pharmacologique, une association des deux, cela dépend)

Si cela dépend, pourquoi ? (Réponse courte)

L'oxygène (O2)

8. Dans ma pratique, j'ai recours à la délivrance d'O2 pour traiter un patient en crise de dyspnée (oui/non)

J'adapte la titration de l'O2 en fonction du taux de saturation en oxygène (oui/non)

Si non, en fonction de quel(s) paramètre(s) vais-je titrer l'O2 ? (Réponse courte)

Quelle est la valeur de saturation en oxygène en dessous de laquelle je délivre de l'O2 (en pourcentage) ? (Réponse courte)

M'arrive-t-il de délivrer de l'O2 pour une saturation en oxygène supérieure à cette valeur ? (oui/non)

Si oui, dans quel(s) cas vais-je délivrer de l'O2 pour une saturation supérieure à cette valeur de référence ? Ou pourquoi ? (Réponse courte)

9. Quelle est la valeur minimale du débit d'oxygène que je mets/mettrais à un patient avec des lunettes nasales ? (Réponse courte)

10. Quelle est la valeur maximale de débit d'oxygène que je mets/mettrais à un patient avec des lunettes nasales ? (Réponse courte)

11. Quelle est la valeur minimale du débit d'oxygène que je mets/mettrais à un patient avec un masque naso-buccal ? (Réponse courte)

12. Selon moi, l'administration d'oxygène prolonge-t-elle la vie du patient ?
(oui/non)
13. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que l'oxygénothérapie est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée (1 : Pas du tout d'accord ; 2 : Plutôt pas d'accord ; 3 : Ni d'accord, ni pas d'accord ; 4 : Plutôt d'accord ; 5 : Tout à fait d'accord)

La ventilation non invasive (VNI)

14. Dans ma pratique, la VNI est utilisée face au patient en crise de dyspnée qui n'en possède pas de base (oui/non)

Est-ce que je suis amené à modifier les réglages de la VNI pour qu'ils soient spécifiques au patient dyspnéique ? (oui/non)

Si non, pourquoi ne suis-je pas amené à modifier les réglages de la VNI (plusieurs réponses possibles) ?

Si j'ai répondu "autre", quelle est la raison ? (Réponse courte)

Vais-je viser une pression inspiratoire ? (oui/non)

Si oui, à quelle valeur de départ ? (Réponse courte)

Vais-je viser une pression expiratoire ? (oui/non)

Si oui, à quelle valeur de départ ? (Réponse courte)

Vais-je viser une fréquence respiratoire ? (oui/non)

Si oui, à quelle valeur de départ ? (Réponse courte)

Y a-t-il un guide d'utilisation à la VNI disponible avec l'appareil ? (oui/non)

Si non, pensez-vous que vous utiliseriez plus facilement/souvent la VNI avec un guide d'utilisation ?

15. Est-ce que selon moi, la mise en place d'une VNI prolonge la vie du patient ? (oui/non)

16. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que la VNI est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

L'oxygénothérapie à haut débit (ODH)

17. Dans ma pratique, j'ai recours à l'oxygénothérapie haut débit par canule nasale face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

Est-ce que je suis amené à modifier les paramètres de l'oxygénothérapie haut débit pour qu'ils soient spécifiques au patient en crise de dyspnée ? (oui/non)

Si non, pourquoi ne suis-je pas amené à modifier les paramètres de l'ODH (plusieurs réponses possibles) ?

Si j'ai répondu "Autre", quelle est la raison ? (Réponse courte)

Vais-je viser une FI02 (fraction inspirée en oxygène) ? (oui/non)

Si oui, à quelle valeur ?

Vais-je mettre un débit de gaz ? (oui/non)

Si oui, à quelle valeur ? (Réponse courte)

Existe-il un guide d'utilisation pour l'ODH disponible avec l'appareil ? (oui/non)

Si non, pensez-vous que vous utiliseriez plus facilement/souvent l'ODH avec un guide d'utilisation ?

18. Est-ce que selon moi, la mise en place d'une oxygénothérapie à haut débit prolonge la vie du patient ? (oui/non)

19. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que l'oxygénothérapie haut débit est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Le ventilateur (fan therapy)

20. Dans ma pratique courante, j'utilise un ventilateur face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

21. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que le ventilateur est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Les techniques respiratoires

Par techniques respiratoires, on entend l'usage de techniques de respiration spécifiques pour aider le patient en crise de dyspnée à respirer plus facilement, telles que les respirations lèvres pincées, diaphragmatique ou contrôlée.

22. Dans ma pratique courante, j'utilise des techniques de respiration spécifiques pour aider le patient en crise de dyspnée à respirer plus facilement (oui/non)

Si oui, quelles techniques vais-je utiliser ? (Réponse courte)

23. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que les techniques respiratoires spécifiques sont des techniques non pharmacologiques efficaces pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Le positionnement

24. Dans ma pratique courante, j'utilise le positionnement pour aider le patient à respirer plus facilement, et je l'aide à se mettre en meilleure position s'il est en crise de dyspnée (oui/non)

Si oui, quelle est la position optimale ? (Réponse courte)

25. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que le positionnement est une technique NP efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Le menthol

26. Dans ma pratique courante, j'utilise le menthol face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

Si oui, sous quelle forme ? (Réponse courte)

Si oui, à quel dosage ? (Réponse courte)

27. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que le menthol est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Le massage

28. Dans ma pratique courante, j'utilise le massage face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

Si oui, combien de temps va durer mon massage ? (Réponse courte)

Si oui, quelle partie du corps vais-je masser en priorité ? (Réponse courte)

29. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que le massage est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

La relaxation

Par relaxation, nous englobons l'ensemble des techniques telles que le Mindfulness, la méditation, la sophrologie etc.

30. Dans ma pratique courante, j'utilise les techniques de relaxation face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

31. Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que la relaxation est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Autre technique non pharmacologique

32. J'utilise une autre technique non pharmacologique que celles citées ci-dessus face au patient en crise de dyspnée (oui/non)

Si oui, laquelle ? (Réponse courte)

Sur une échelle de 1 à 5, j'estime que cette autre technique est une technique non pharmacologique efficace pour la prise en charge du patient en crise de dyspnée

Vous avez terminé ! Un grand merci pour votre participation ! Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter :

Madeleine Charles, madeleine.charles@student.uclouvain.be; Gregory Reychler, gregory.reychler@saintluc.uclouvain.be

Avez-vous un commentaire particulier à nous partager ?

(Réponse longue)

Annexe 3 : Description des variables étudiées

Les données professionnelles : le type de profession, le lieu de travail, le suivi d'une formation spécifique en SP, les années d'expérience professionnelle et les années d'expérience en SP.

La dyspnée : la manière d'évaluer un patient dyspnéique et le traitement de première intention (pharmacologique ou non pharmacologique).

Les techniques de prise en charge non pharmacologiques :

1. L'oxygène : l'usage de l'O₂, la titration, la saturation en O₂, le nombre de litres par type d'interface, la question de la prolongation de la vie par cette technique et l'évaluation de son efficacité
2. La VNI : L'usage de la VNI, ses réglages, les valeurs visées pour la pression inspiratoire, pression expiratoire, fréquence respiratoire, l'utilité et l'usage d'un guide, la question de la prolongation de la vie par cette technique et l'évaluation de son efficacité
3. L'ODH : L'usage de l'ODH, ses réglages, les valeurs visées de FiO₂ et de débit de gaz, l'usage d'un guide, la question de la prolongation de la vie par cette technique et l'évaluation de son efficacité
4. Le ventilateur : L'usage d'un ventilateur et l'évaluation de son efficacité
5. Les techniques respiratoires : L'usage des techniques respiratoires, leur description et l'évaluation de leur efficacité
6. Le positionnement : L'usage du positionnement, sa description et l'évaluation de son efficacité
7. Le menthol : L'usage du menthol, la description de sa forme et son dosage et l'évaluation de son efficacité
8. Le massage : L'usage du massage, sa durée, sa localisation et l'évaluation de son efficacité
9. La relaxation : L'usage de la relaxation et l'évaluation de son efficacité
10. Les autres techniques non pharmacologiques proposées et utilisées par les professionnels : leurs usages, leur description et l'évaluation de leur efficacité.

Annexe 4 : Echelles d'évaluation de la crise de dyspnée citées par les soignants

Echelle	Pourcentage (%)	Nombre de répondants
Echelle visuelle analogique (EVA)	31,6	18
Echelle de Borg	14	8
Echelle numérique analogique (ENA)	12,3	7
Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)	12,3	7
New York Heart Association (NYHA)	10,5	6
modified Medical Research Council (mMRC)	10,5	6
Echelle Dyspnea 12	1,7	1
Echelle de Blanchet	1,7	1
Echelle de Sadoul	1,7	1
St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)	1,7	1
British Medical Council (BMC)	1,7	1

REFERENCES

- Armstrong, M., Flemming, K., Kupeli, N., Stone, P., Wilkinson, S., & Candy, B. (2019). Aromatherapy, massage and reflexology: A systematic review and thematic synthesis of the perspectives from people with palliative care needs. *Palliat Med*, 33(7), 757-769. <https://doi.org/10.1177/0269216319846440>
- Aucoin, R., Lewtwaithe, H., Ekström, M., von Leupoldt, A., & Jensen, D. (2023). Impact of trigeminal and/or olfactory nerve stimulation on measures of inspiratory neural drive: Implications for breathlessness *Respir Physiol Neurobiol*, 311. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2023.104035>.
- Baudouin, S., Blumenthal, S., Cooper, B., Davidson, C., Davison, A., Elliott, M., Kinnear, W., Paton, R., Sawicka, E., & Turner, L. (2002). Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax*, 57, 192-211.
- Beaumont, M., Latiers, A.-C., & Prieur, G. (2023). The role of the physiotherapist in the assessment and management of dyspnea. *Revue des maladies respiratoires*, 40(2), 169-187.
- Booth, S., Burkin, J., Moffat, C., & Spathis, A. (2014). *Managing Breathlessness in Clinical Practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4754-1>
- Booth, S., Galbraith, S., Ryan, R., Parker, R. A., & Johnson, M. (2015). The importance of the feasibility study: Lessons from a study of the hand-held fan used to relieve dyspnea in people who are breathless at rest. *Palliat Med*, 30(5), 504-509. <https://doi.org/10.1177/0269216315607180>
- Booth, S., Moffat, C., Burkin, J., Galbraith, S., & Bausewein, C. (2011). Nonpharmacological interventions for breathlessness. *Curr Opin Support Palliat Care*, 5(2), 77-86. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283460c93>
- Bott, J., Blumenthal, S., Buxton, M., Ellum, S., Falconer, C., Garrod, R., Harvey, A., Hughes, T., Lincoln, M., Mikelsons, C., Potter, C., Pryor, J., Rimington, L., Sinfield, F., Thompson, C., Vaughn, P., White, J., & British Thoracic Society Physiotherapy Guideline Development, G. (2009). Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax*, 64 Suppl 1, i1-51. <https://doi.org/10.1136/thx.2008.110726>
- Brighton, L. J., Miller, S., Farquhar, M., Booth, S., Yi, D., Gao, W., Bajwah, S., Man, W. D., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2019). Holistic services for people with advanced disease and chronic breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 74(3), 270-281. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211589>
- Campbell, M. L. (2008). Psychometric testing of a respiratory distress observation scale. *J Palliat Med*, 11(1), 44-50. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0090>
- Campbell, M. L., Templin, T., & Walch, J. (2010). A Respiratory Distress Observation Scale for Patients Unable To Self-Report Dyspnea. *Journal of Palliative Medicine*, 13(3), 285-289. <https://doi.org/10.1089>
- Candy, B., Armstrong, M., Flemming, K., Kupeli, N., Stone, P., Vickerstaff, V., & Wilkinson, S. (2020). The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliat Med*, 34(2), 179-194. <https://doi.org/10.1177/0269216319884198>
- Chan, W. L., Ng, C. W., Lee, C., Cheng, P., Cheung, K. W., Siu, W. K., Yuen, K. K., & Leung, T. W. (2016). Effective Management of Breathlessness in Advanced Cancer Patients With a Program-Based, Multidisciplinary Approach: The "SOB Program" in Hong Kong. *J Pain Symptom Manage*, 51(3), 623-627. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.022>
- Davies, J. D. (2019). Noninvasive Respiratory Support at the End of Life. *Respir Care*, 64(6), 701-711. <https://doi.org/10.4187/respcare.06618>

- Farquhar, M. C., Prevost, A. T., McCrone, P., Brafman-Price, B., Bentley, A., Higginson, I. J., Todd, C., & Booth, S. (2014). Is a specialist breathlessness service more effective and cost-effective for patients with advanced cancer and their carers than standard care? Findings of a mixed-method randomised controlled trial. *BMC Medicine*, *12*(194), 1-13.
- Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage*, *39*(5), 831-838.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>
- Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., & Moxham, J. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*, *2*(12), 979-987. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70226-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70226-7)
- Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T. C., Coyne, P. J., Currow, D. C., Gupta, A., Leiser, A. L., Mori, M., Nava, S., Reinke, L. F., Roeland, E. J., Seigel, C., Walsh, D., & Campbell, M. L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*, *39*(12), 1389-1411.
<https://doi.org/10.1200/JCO.20.03465>
- Hui, D., Maddocks, M., Johnson, M. J., Ekstrom, M., Simon, S. T., Ogliari, A. C., Booth, S., & Ripamonti, C. (2020). Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, *5*(6), 1-13.
<https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-001038>
- Johnson, M. J., Abernethy, A. P., & Currow, D. C. (2012). Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *J Pain Symptom Manage*, *43*(3), 614-624. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.024>
- Julià-Torras, J., Porta-Sales, J., Moreno-Alonso, D., & Monforte-Royo, C. (2023). Episodic breathlessness in patients with cancer: definition, terminology, clinical features – integrative systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care* *13*, 585-596.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003653>
- Kako, J., Kobayashi, M., Oosono, Y., Kajiwara, K., & Miyashita, M. (2019). Immediate Effect of Fan Therapy in Terminal Cancer With Dyspnea at Rest: A Meta-Analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *37*(4), 294-299.
<https://doi.org/10.1177/1049909119873626>
- Kanezaki, M., & Ebihara, S. (2017). Effect of the cooling sensation induced by olfactory stimulation by L-menthol on dyspnoea: a pilot study. *Eur Respir J*, *49*(4).
<https://doi.org/10.1183/13993003.01823-2016>
- Kanezaki, M., Terada, K., & Ebihara, S. (2020). Effect of Olfactory Stimulation by L-Menthol on Laboratory-Induced Dyspnea in COPD. *Chest*, *157*(6), 1455-1465.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.028>
- Lanken, P. N., Terry, P. B., Delisser, H. M., Fahy, B. F., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J. E., Levy, M., Mularski, R. A., Osborne, M. L., Prendergast, T. J., Rocker, G., Sibbald, W. J., Wilfond, B., Yankaskas, J. R., & Force, A. T. S. E.-o.-L. C. T. (2008). An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*, *177*(8), 912-927. <https://doi.org/10.1164/rccm.200605-587ST>
- Linde, P., Hanke, G., Voltz, R., & Simon, S. T. (2018). Unpredictable episodic breathlessness in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer*, *26*(4), 1097-1104.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3928-9>

- Mercadante, S. (2018). Episodic Breathlessness in Patients with Advanced Cancer: Characteristics and Management. *Drugs*, 78(5), 543-547. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0879-5>
- Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., Bonanno, G., Restivo, V., & Casuccio, A. (2020). Episodic Breathlessness with and without Background Dyspnea in Advanced Cancer Patients Admitted to an Acute Supportive Care Unit. *Cancers (Basel)*, 12(8), 1-10. <https://doi.org/10.3390/cancers12082102>
- Mularski, R. A., Reinke, L. F., Carrieri-Kohlman, V., Fischer, M. D., Campbell, M. L., Rocker, G., Schneidman, A., Jacobs, S. S., Arnold, R., Benditt, J. O., Booth, S., Byock, I., Chan, G. K., Curtis, J. R., Donesky, D., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J., Klein, R., Limberg, T. M., . . . White, D. B. (2013). An official American Thoracic Society workshop report: assessment and palliative management of dyspnea crisis. *Ann Am Thorac Soc*, 10(5), S98-106. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-169ST>
- O'Driscoll, B. R., Howard, L. S., Earis, J., & Mak, V. (2017). BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax*, 72(Suppl 1), i1-i90. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209729>
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., & O'Donnell, D. E. (2012). An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*, 185(4), 435-452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
- Puspawati, N., Sitorus, R., & Herawati, T. (2017). Hand-held Fan Airflow Stimulation Relieves Dyspnea in Lung Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 4(2), 162-167. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_14_17
- Quinn-Lee, L., Gianlupi, A., Weggel, J., Moch, S. D., Mabin, J., Davey, S., Davis, L., & Williams, K. (2012). Use of oxygen at the end of life: on what basis are decisions made? *Int J Palliat Nurs*, 18(8), 369-370, 372. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.8.369>
- Reddy, S. K., Parsons, H. A., Elsayem, A., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*, 12(1), 29-36. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0158>
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S., Navalesi, P. M. O. T. S. C., Antonelli, M., Brozek, J., Conti, G., Ferrer, M., Guntupalli, K., Jaber, S., Keenan, S., Mancebo, J., Mehta, S., & Raoof, S. M. O. T. T. F. (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J*, 50(2). <https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>
- Ruangsomboon, O., Dorongthom, T., Chakorn, T., Monsomboon, A., Praphruetkit, N., Limsuwat, C., Surabenjawong, U., Riyapan, S., Nakornchai, T., & Chaisirin, W. (2020). High-Flow Nasal Cannula Versus Conventional Oxygen Therapy in Relieving Dyspnea in Emergency Palliative Patients With Do-Not-Intubate Status: A Randomized Crossover Study. *Ann Emerg Med*, 75(5), 615-626. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.09.009>
- Shah, N., Mehta, Z., & Mehta, Y. (2017). High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Palliative Care #330. *J Palliat Med*, 20(6), 679-680. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0108>
- Simon, A., Nizard, J. J., Chevalier, P., Le Gouill, S., Rulleau, T., Planche, L., & Evin, A. (2024). Impact of the practice of touch-massage(R) by a nurse on the anxiety of patients with hematological disorders hospitalized in a sterile environment, a randomized, controlled study. *BMC Complement Med Ther*, 24(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04302-3>

- Simon, S. T., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E., Spicer, J., & Bausewein, C. (2013a). Episodes of breathlessness: types and patterns - a qualitative study exploring experiences of patients with advanced diseases. *Palliat Med*, 27(6), 524-532. <https://doi.org/10.1177/0269216313480255>
- Simon, S. T., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E., Spicer, J., & Bausewein, C. (2013b). Episodic and continuous breathlessness: a new categorization of breathlessness. *J Pain Symptom Manage*, 45(6), 1019-1029. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.008>
- Simon, S. T., Weing, V., Voltz, R., Higginson, I. J., & Bausewein, C. (2014). Episodic Breathlessness: A Clinically Relevant and Rising Issue. *AnnalsATS*, 11(2), 274.
- Simon, S. T., Weingartner, V., Higginson, I. J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F. E., Spicer, J., Linde, P., Voltz, R., & Bausewein, C. (2016). "I Can Breathe Again!" Patients' Self-Management Strategies for Episodic Breathlessness in Advanced Disease, Derived From Qualitative Interviews. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 228-234. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.016>
- Simon, S. T., Weingartner, V., Higginson, I. J., Voltz, R., & Bausewein, C. (2014). Definition, categorization, and terminology of episodic breathlessness: consensus by an international Delphi survey. *J Pain Symptom Manage*, 47(5), 828-838. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.013>
- Spicuzza, L., & Schisano, M. (2020). High-flow nasal cannula oxygen therapy as an emerging option for respiratory failure: the present and the future. *Ther Adv Chronic Dis*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.1177/2040622320920106>
- Steindal, S. A., Hofso, K., Aagaard, H., Mariussen, K. L., Andresen, B., Christensen, V. L., Heggdal, K., Wallander Karlsen, M. M., Kvande, M. E., Kyno, N. M., Langerud, A. K., Ohnstad, M. O., Sorensen, K., & Larsen, M. H. (2024). Non-invasive ventilation in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease with palliative care needs: a scoping review. *BMC Palliat Care*, 23(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01365-y>
- Swan, F., Newey, A., Bland, M., Allgar, V., Booth, S., Bausewein, C., Yorke, J., & Johnson, M. (2019). Airflow relieves chronic breathlessness in people with advanced disease: An exploratory systematic review and meta-analyses. *Palliat Med*, 33(6), 618-633. <https://doi.org/10.1177/0269216319835393>
- Uronis, H. E., & Abernethy, A. P. (2008). Oxygen for relief of dyspnea: what is the evidence? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2, 89-94.
- Weingartner, V., Bausewein, C., Higginson, I. J., Scheve, C., Murtagh, F. E., Voltz, R., & Simon, S. T. (2013). Characterizing episodic breathlessness in patients with advanced disease. *J Palliat Med*, 16(10), 1275-1279. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0087>
- Weingartner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Schwarz-Eywill, M., Prenzel, R., Otremba, B., Muhlenbrock, J., Bausewein, C., Higginson, I. J., Voltz, R., Herich, L., Simon, S. T., & Paaliativ. (2015). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliat Med*, 29(5), 420-428. <https://doi.org/10.1177/0269216314563428>
- Yu, S., Sun, K., Xing, X., Zhong, Y., Yan, X., Qiu, W., & Yan, M. (2019). Fan Therapy for the Relief of Dyspnea in Adults with Advanced Disease and Terminal Illness: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Palliat Med*, 22(12), 1603-1609. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0140>
- Zeng, Y. S., Wang, C., Ward, K. E., & Hume, A. L. (2018). Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, 56(5), 781-794 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.016>

Zhuang, Q., Yang, G. M., Neo, S. H., & Cheung, Y. B. (2019). Validity, Reliability, and Diagnostic Accuracy of the Respiratory Distress Observation Scale for Assessment of Dyspnea in Adult Palliative Care Patients. *J Pain Symptom Manage*, 57(2), 304-310. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.506>

ABSTRACT

Contexte : Aucune recommandation n'existe pour la prise en charge non pharmacologique du patient souffrant de dyspnée épisodique en soins palliatifs.

Objectifs : Confronter les évidences scientifiques aux pratiques de terrain, concernant l'évaluation du patient en crise de dyspnée, les modalités non pharmacologiques de prise en charge et leur application par les soignants, les connaissances théoriques s'y rapportant et les croyances face à leur efficacité.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé à des médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes prenant en charge des patients en statut palliatif. Une analyse descriptive et inférentielle des résultats a été effectuée.

Résultats : Sur un total de 290 professionnels, 94,5% évaluent la dyspnée épisodique du patient selon son état clinique, 87% selon ses mots et 76% selon sa saturation. 53% des soignants combinent les modalités pharmacologiques et non pharmacologiques pour gérer la crise. 82% des professionnels utilisent l'oxygène, et 70% le délivrent chez un patient qu'ils considèrent non hypoxémique. Les trois techniques non pharmacologiques jugées les plus efficaces par les soignants sont le positionnement, les techniques de relaxation et de respiration spécifique.

Conclusion : Les stratégies de soins avec un faible niveau d'évidence scientifique, mais jugées efficaces par les patients sont appliquées sur le terrain. Les soignants n'utilisent pas les modalités recommandées en première intention, telles que le ventilateur, l'oxygène chez les patients hypoxémiques, l'ODH et la VNI. L'oxygène est souvent proposé aux patients non hypoxémiques.

RÉSUMÉ

Objectifs : Le but de cette étude était de confronter les évidences scientifiques aux pratiques de terrain, en identifiant les moyens d'évaluation et de prise en charge non pharmacologiques du patient en crise de dyspnée, leur application sur le terrain, les connaissances théoriques des soignants s'y rapportant, et leurs croyances face à l'efficacité de ces techniques.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé à des médecins, infirmier(e)s et kinésithérapeutes prenant en charge des patients en statut palliatif.

Résultats : Sur un total de 290 professionnels, 94,5% évaluent la dyspnée épisodique du patient selon son état clinique, 87% selon ses mots et 76% selon sa saturation. 53% des soignants combinent les modalités pharmacologiques et non pharmacologiques pour gérer la crise. 82% des professionnels utilisent l'oxygène, et 70% le délivrent chez un patient qu'ils considèrent non hypoxémique. Les trois techniques non pharmacologiques jugées les plus efficaces par les soignants sont le positionnement, les techniques de relaxation et de respiration spécifique.

Conclusion : Les stratégies de soins avec un faible niveau d'évidence scientifique, mais jugées efficaces par les patients sont appliquées sur le terrain. Les soignants n'utilisent pas les modalités recommandées en première intention, telles que le ventilateur, l'oxygène chez les patients hypoxémiques, l'ODH et la VNI. L'oxygène est souvent proposé aux patients non hypoxémiques.