Interventions infirmières visant **L'intégrité** au cœur de l'approche palliative chez la clientèle MPOC en fin de vie admise aux soins intensifs

Présenté Par
Gabrielle Chartier inf, M sc ©
Sous la direction de Pr Diane Guay

Conflit d’intérêt

- Il n’y a pas de conflit

Plan de Présentation

- Introduction
- Objectifs
- Modèle de Nolan et Mock (2004)
- Problématique
- Recension des écrits
- Interventions
- Recommandations
- Cas clinique fictif
- Conclusion
- Questions
- Références

Introduction

- Plusieurs patients avec un diagnostique de MPOC sévère vont avoir un séjour au unité de soins intensifs (USI);
- L'intégration des soins palliatifs devrait être mise en place au moment du diagnostique (GOLD, 2016);
- L'expérience de soins de fin de vie qualifiées de sous optimale selon le patient et la famille;
- Un malaise demeure auprès des intervenants.

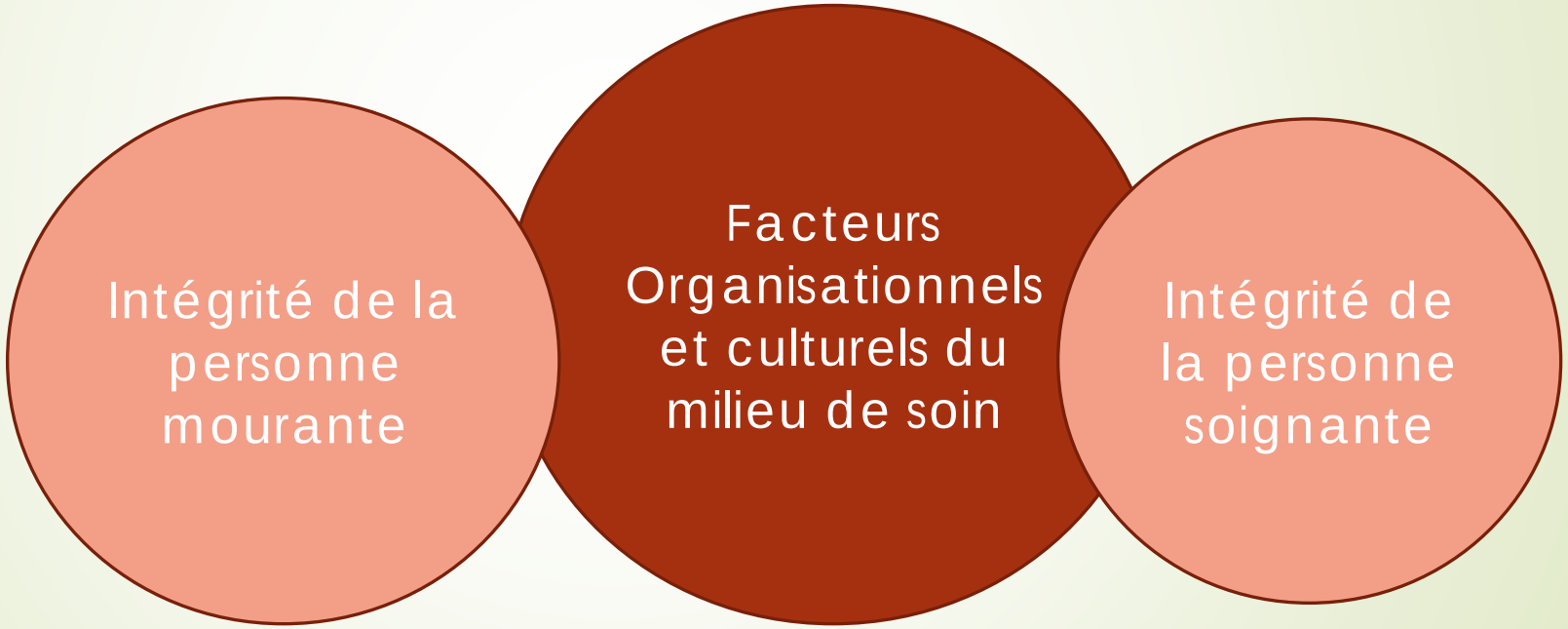
Objectifs

- Expliquer le modèle conceptuel de Nolan et Mock (2004);
- Démontrer les retombées sur la pratique à partir d'un cas clinique fictif;
- Démontrer les retombées possibles de ce modèle sur sa pratique;
- Améliorer l'expérience du patient de sa famille et des intervenants.

Modèle de Nolan et Mock (2004)

Modèle de Nolan et Mock (2004)

- Système de santé



“Le fonctionnement harmonisé des nombreuses facettes de la nature humaine qui se réunissent au niveau spirituel afin de s’auto définir”

(Traduction libre, Lunney et al., In Nolan et Mock, 2004,p. 352).

Modèle de Nolan et Mock (2004)

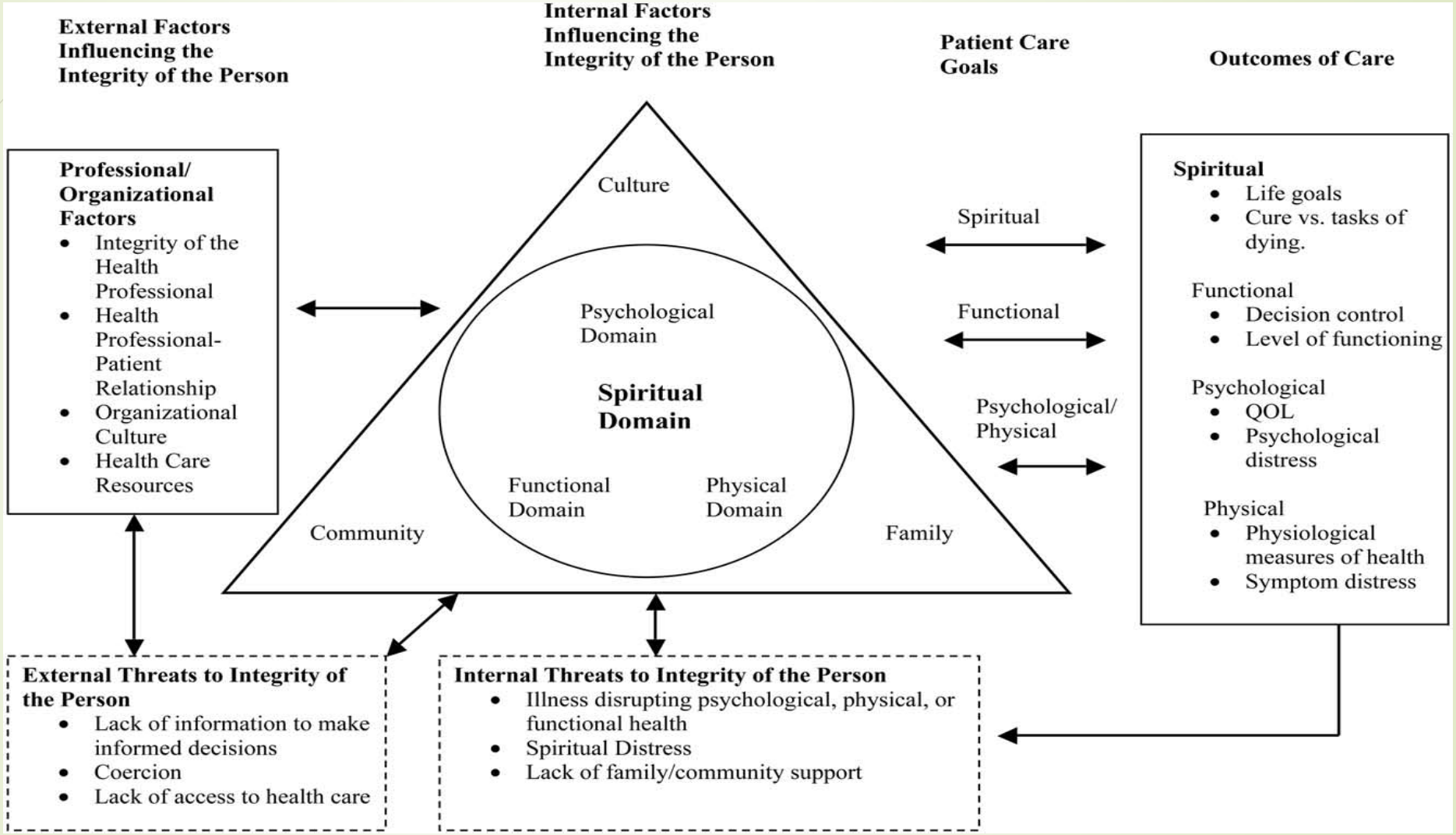


Figure 1. A conceptual framework for end-of-life care: factors influencing the integrity of the human person.(Nolan et Mock, 2004)

Problématique

Ce que l’on sait sur la MPOC

- On y attribue environ 4% des décès à l’échelle mondiale;
- A l’origine de 4,4% de tout les décès au Canada en 2011.

(Berry et Wise 2010)

“une obstruction progressive des voies aériennes et par une toux productive pendant au moins trois mois par année pour au moins deux années consécutives. L'emphysème se caractérise par une augmentation de volume et la destruction des espaces aériens terminaux des poumons soit les alvéoles et les bronchioles respiratoires. Il peut être associé ou non à une obstruction significative des débits expiratoires”

(RQAM, 2009, p 10)

Ce que l'on sait sur la MPOC

- La prévalence : sous-estimée de 2 à 6 fois selon les rapports publiés du GOLD (Evan et al. 2014);
- Cause: le tabagisme (O'Donnell, Aaron, Bourbeau et al, 2008);
- Diagnostic : lors d'exacerbation aiguë ou a un stade avancé (O'Donnell et al, 2008).

Les délais :

- Consultation 40% de leur fonction respiratoire est affectée par la pathologie et/ou lors d'exacerbation);
- Dyspnée perçue chez certains patients comme étant normale (Julien, 2011, Giacomini, DeJean, Simeonov, Smith, 2012).

Échelle de Gradation de la dyspnée

Tableau 2

Échelle de gradation de la dyspnée

I/V	Très légère, pas d'essouflement, sauf lors d'efforts vigoureux.
II/V	Légère, essouflement à la marche rapide sur terrain plat ou dans une pente légère.
III/V	Modérée, essoufflement à la marche d'un pas normal relativement à une personne de son âge sur terrain plat.
IV/V	Grave, doit s'arrêter après une marche de 100 mètres sur terrain plat.
V/V	Très grave, essoufflé au moindre effort comme le simple fait de s'habiller. Trop essoufflé pour sortir. Ce n'est pas une dyspnée de repos!

Tableau tiré de Julien, 2011, p. 49, Traduit de Stenton, 2008

Les Stades de la MPOC

La MPOC est classifié de 4 stades

Stade de la MPOC	Le ratio FEV1/FVC post-broncodilation	FEV1% prédit	Symptômes
1 Léger	<0,7	FEV1 ≥ 80% prédit	Symptômes modérés de dyspnée à l'effort physique important, toux modérée.
2 Modéré	<0,7	50 %≤ FEV1< 80% prédit	Augmentation de la dyspnée à l'effort modérée, toux, expectoration et *wheezing.*
3 sévère	<0,7	30 %≤FEV1<50 % prédit	Dyspnée présente à la marche sur un terrain plat, toux, expectoration et *wheezing*.
4 Très sévère	<0,7	FEV1<30% prédit	Dyspnée limitant les activités de la vie quotidienne, toux, augmentation des expectorations. Peut se présenter avec hypoxémie et œdème périphérique et d'une insuffisance cardiaque droit.

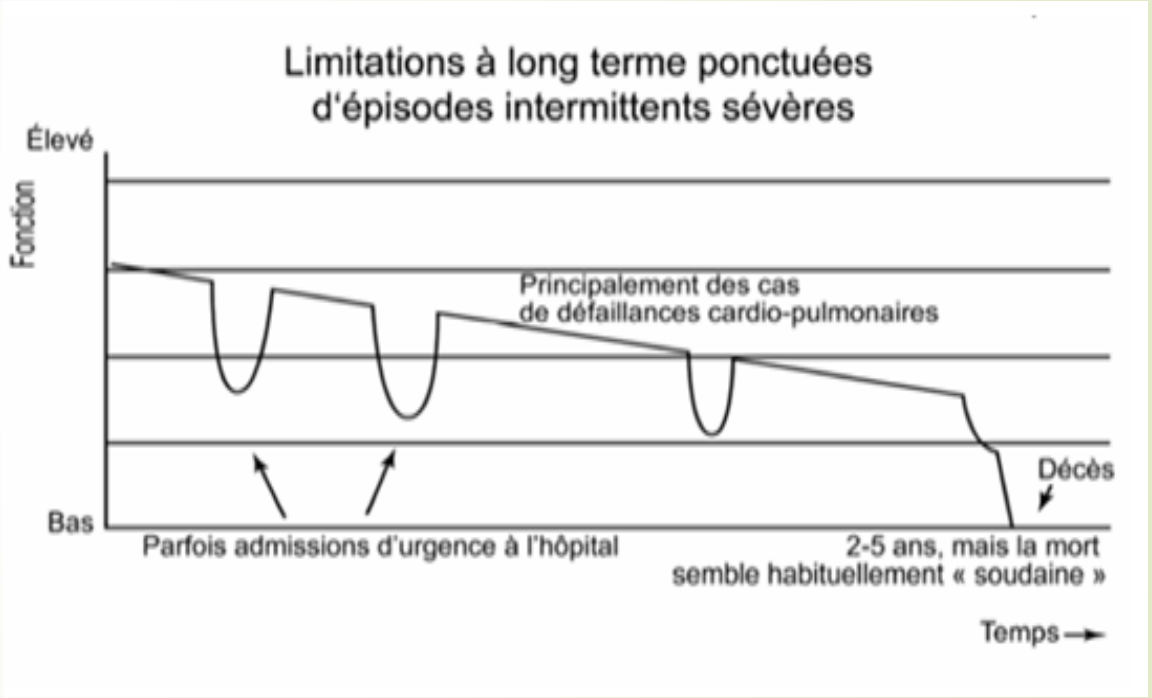
Source : description des stades : Gold 2015

Ce que l'on sait sur la MPOC

Pronostic difficile à poser:

- la trajectoire évolue en dent de scie
- s'échelonner sur plusieurs années.

Chaque exacerbation pulmonaire → perte de la fonction respiratoire → qui s'amenuise au fur et à mesure de la progression de la MPOC.



Source INSPQ, 2006, p5

Indicateur de la phase dite terminale

- Stade d'obstruction très sévère: VEF < 30%
- Histoire de >2 épisodes d'exacerbation sévère nécessitant une hospitalisation au cours de l'année précédente.
- Insuffisance cardiaque gauche symptomatique
- Diminution marqué du niveau fonctionnel
- IMC <20 ou↓ de poids > 10% au cours des 6 derniers mois
- BODE > 7
- Dispositif d'assistance ventilatoire (non-invasif) en place

(Arcand, 2007; Barnett, 2012; Boyd & Murray, 2010; Curtis, 2008; Scullion &Holmes, 2011; Hardin et al. 2008)

Soins palliatifs

“D’assurer la communication avec et entre le patient et la famille et les intervenants de la santé, promouvoir et maintenir l’autonomie du patient selon ses attentes et prodiguer du soutien émotionnel, psychosocial et spirituel (…) Les soins palliatifs sont explicitement reconnus au titre du **droit de l’homme** à la santé.”

OMS, 2015

Quand devrait être implanté les soins palliatifs?

- Dès le diagnostic de la MPOC (GOLD, 2016);

- Cette approche doit être intégrée parallèlement aux traitements curatifs et non pas être une alternative à ceux-ci (GOLD, 2016).

Un jour on va tous mourir Snoopy!
Oui, mais tous les autres jours on va vivre.
Madjid
Page: Si tu m'aimes dis-le

Soins intensifs

Mission

- Curative;
- Vise la stabilisation de l'état du patient.

Patients admis sont :

- Cliniquement instable;
- Age avancé;
- Pronostic vital en jeu.

(Espinosa 2010)

“Un décès qui aura lieu sur un département de SI n’est ni simple ni naturel”

[Traduction libre] (Chapple,1999 *In* Beckstrand, Kirchhoff, 2005, p 395)

Plusieurs décès surviennent aux USI suite:

- à la décision de limiter les traitements en raison de la non-réponse,
- l'inévitabilité de la mort;

(Camhi, Mercado,Morrison, Du, Platt, August, Nelson, 2009)

Fusion soins palliatifs et soins intensifs

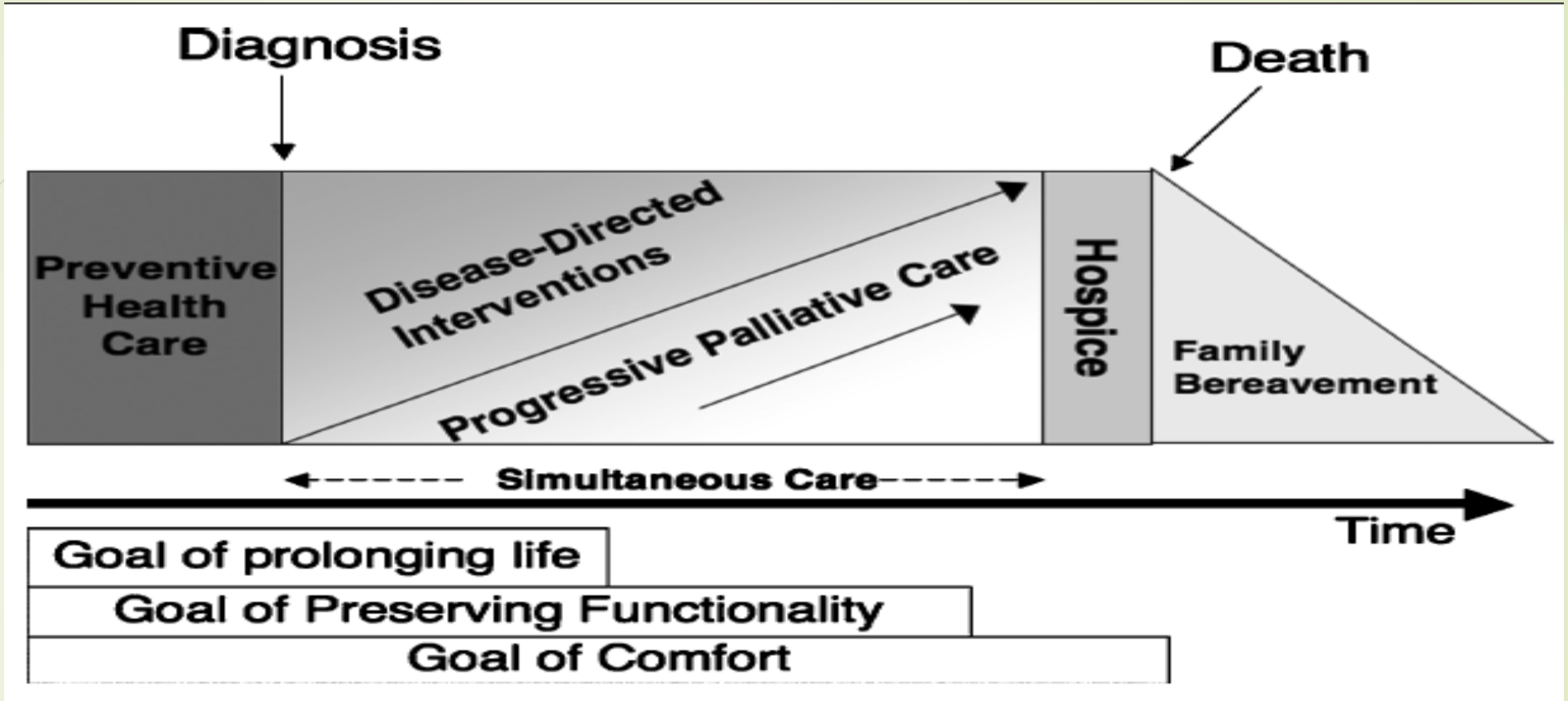
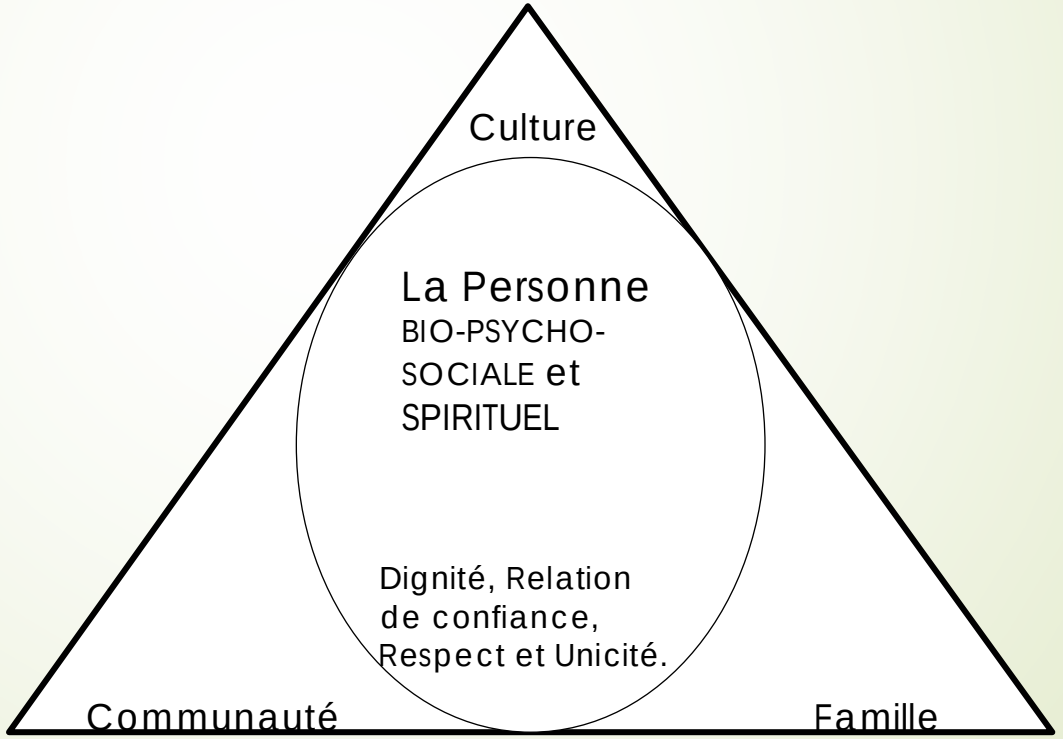


Image tirée de: Hardin 2008, p. 213

Fusion du modèle avec la pratique aux SI

Facteurs internes qui influencent l'intégrité de la personne

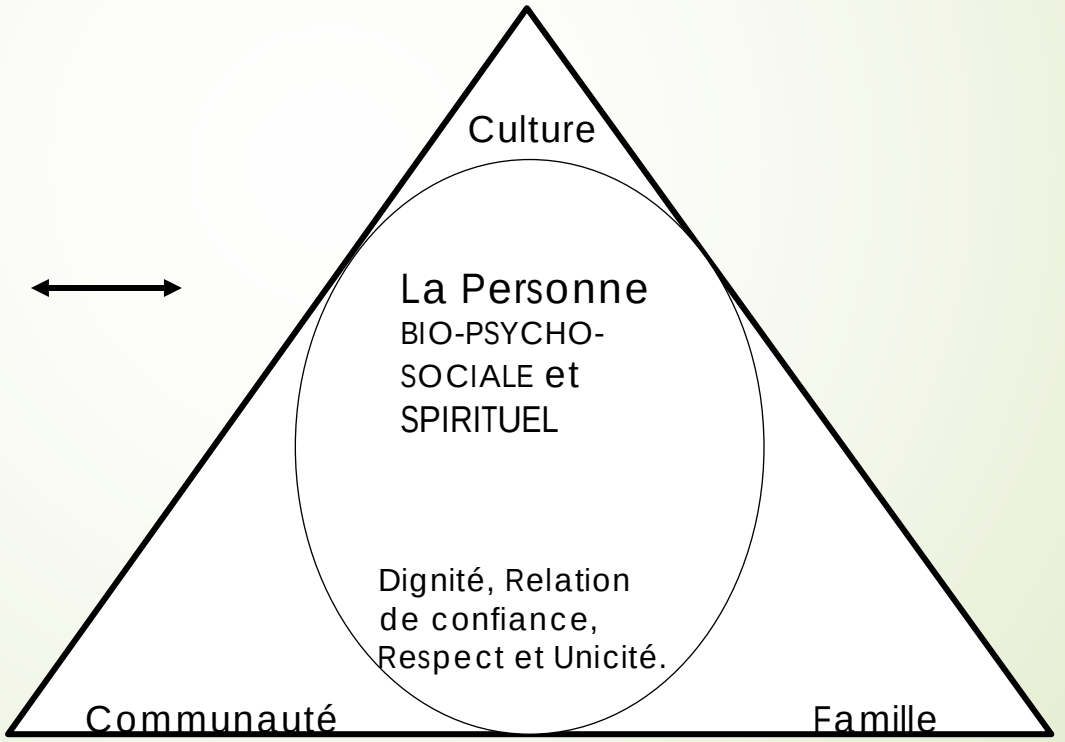


Fusion du modèle avec la pratique aux SI

Facteurs externes qui influencent l'intégrité de la personne

Les facteurs professionnel/ organisationnel:
-Communication;
-Connaitre les attentes du patient/ famille;
-Concertation dans l'équipe;
-Écoute;
-Environnement calme et approprié;
-Éthique;
-Honnêteté;
-Planification;
-Présence douce et sereine de l'intervenant.
-Protocol pour gestion des symptômes.

Facteurs internes qui influencent l'intégrité de la personne

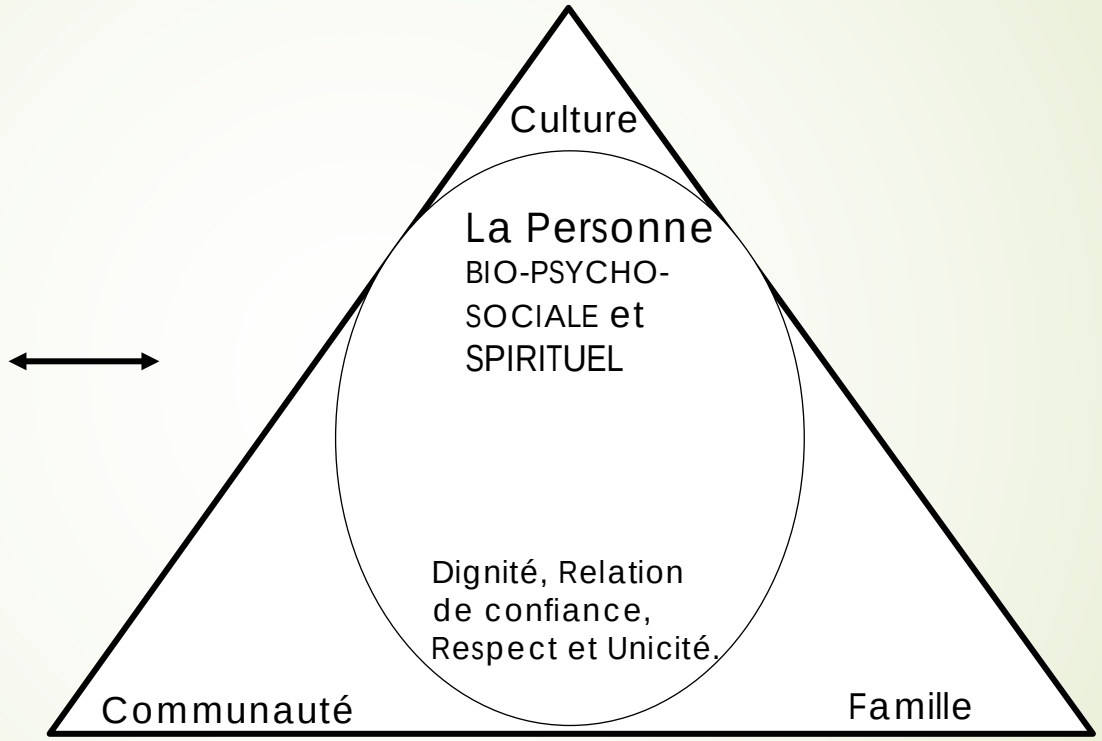


Fusion du modèle avec la pratique aux SI

Facteurs externes qui influencent l'intégrité de la personne

Les facteurs professionnel/ organisationnel:
-Communication;
-Connaitre les attentes du patient/ famille;
-Concertation dans l'équipe;
-Écoute;
-Environnement calme et approprié;
-Éthique;
-Honnêteté;
-Planification;
-Présence douce et sereine de l'intervenant.
-Protocol pour gestion des symptômes.

Facteurs internes qui influencent l'intégrité de la personne



Les contraintes externes à l'intégrité de la Personne:
La philosophie médicale de sauver des vies, ø continuité des soins, l'intervenant qui n'est pas prêt ψ, désinformation, ø communication, faux-espoir, délais ou l'absence d'instauration de la gestion des symptômes, non implication de l'infirmière dans la prise de la décision et effectif réduit.

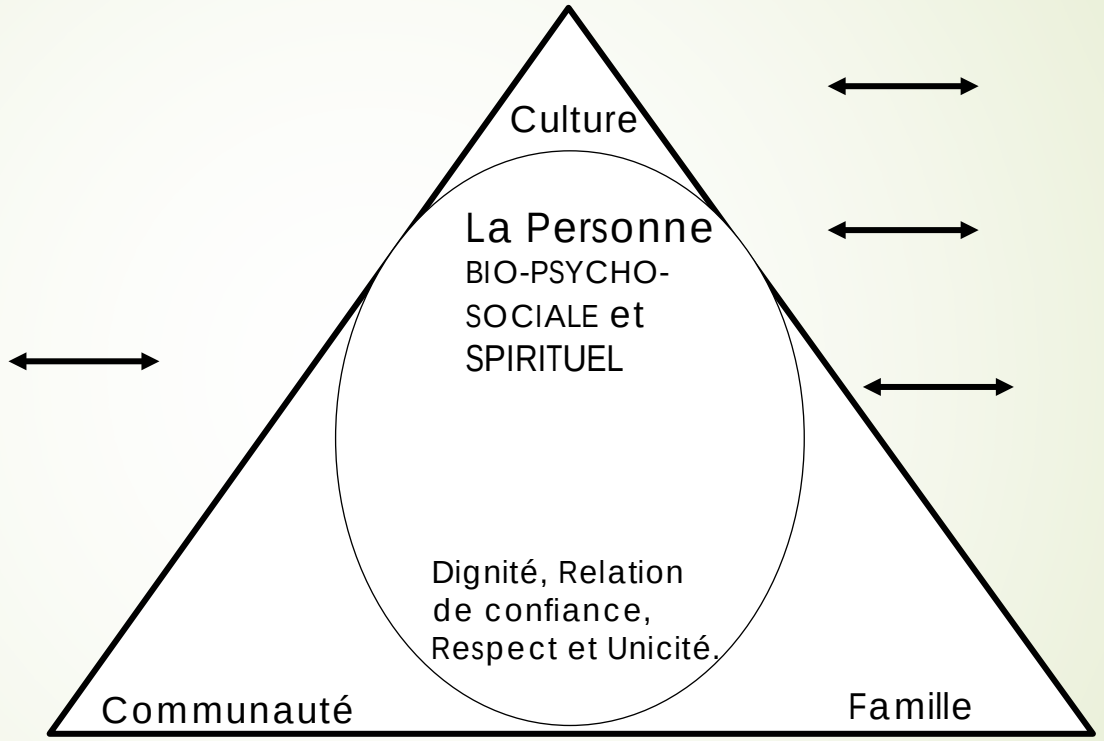
Les contraintes internes à l'intégrité de la Personne:
-Cheminement de la famille et patient ø au même rythme que la progression de la pathologie;
-ø de soutient ψ pour la famille;
-Valeurs de la famille qui différent d'avec celles qui sont usuellement acceptée dans le milieu.

Fusion du modèle avec la pratique aux SI

Facteurs externes qui influencent l'intégrité de la personne

Les facteurs professionnel/ organisationnel:
-Communication;
-Connaitre les attentes du patient/ famille;
-Concertation dans l'équipe;
-Écoute;
-Environnement calme et approprié;
-Éthique;
-Honnêteté;
-Planification;
-Présence douce et sereine de l'intervenant.
-Protocol pour gestion des symptômes.

Facteurs internes qui influencent l'intégrité de la personne



Physique:
-Gérer douleur et dyspnée.

Psychologique:
-Gérer anxiété et dépression.

Fonctionnel:
-Rencontrer les besoins
-Prise de décision.

Spirituel:
-Espoir;
-faire ses au revoir.

Les contraintes externes à l'intégrité de la Personne:
La philosophie médicale de sauver des vies, ø continuité des soins, l'intervenant qui n'est pas prêt ψ, désinformation, ø communication, faux-espoir, délais ou l'absence d'instauration de la gestion des symptômes, non implication de l'infirmière dans la prise de la décision et effectif réduit.

Les contraintes internes à l'intégrité de la Personne:
-Cheminement de la famille et patient ø au même rythme que la progression de la pathologie;
-ø de soutient ψ pour la famille;
-Valeurs de la famille qui différent d'avec celles qui sont usuellement acceptée dans le milieu.

Interventions

Recension des écrits

- L'infirmière doit: considerer les aspects bio-psycho-sociaux du processus de la mort;
- Les Stratégies : faciliter les conversation entre le patient et la famille par rapport à la quête de sens, donner de l'information pratique par rapport aux arrangements funéraires;
- Acquisition de connaissances par rapport à l'expérience de mourir;
- Acquisition d'habiletés de communication avancées en vue de soutenir le patient et la famille face à la mort.

(Horne, Seymour, Payne, 2012)

Recension des écrits

- Pour le patient qui ne veut pas discuter du future (trajectoire, prognostic etc) évaluer les priorités du patient et le soutenir afin qu'il vive pleinement le moment présent;
- Prodiguer l'information par rapport au rite funéraire selon les intérêts des personnes concernées;
- Evaluer le niveau auquel le patient souhaite que sa famille soit impliquer par rapport aux discussions en lien avec son future;
- Ces interventions visent à prévenir la souffrance du patient et de sa famille.

(Horne, Seymour, Payne, 2012)

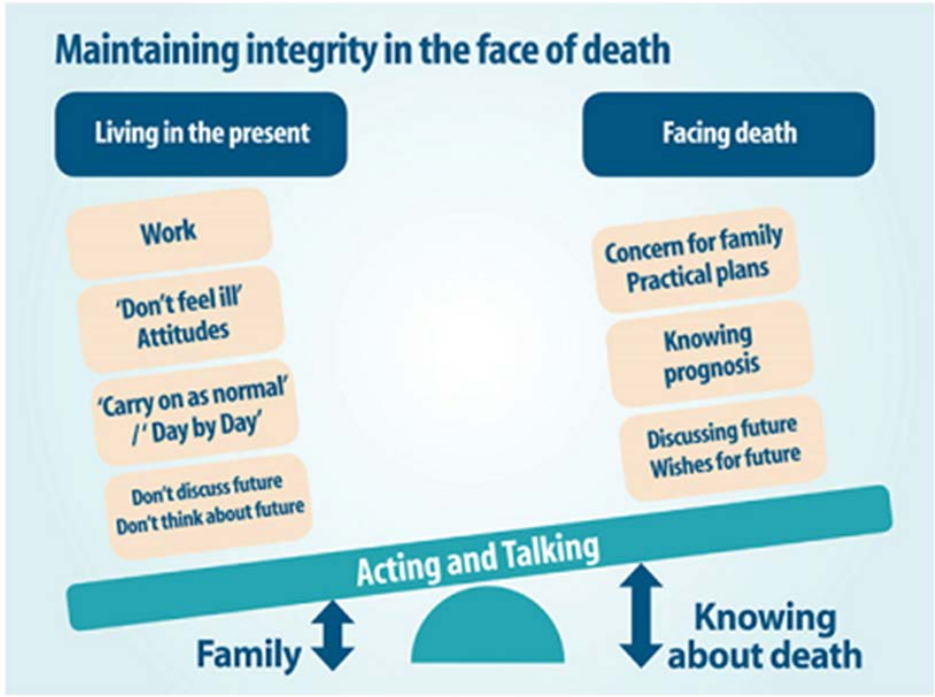


Fig. 1. Theoretical model.

Recommandations

<u>Pour des meilleures soins de fin de vie au SI</u>

Une meilleur communication;

Plus d'éducation;

Améliorer les soins de confort;

Avoir des objectifs clairs;

Un changement notable dans la pratique médicale;

Améliorer l'environnement

Avoir plus de temps de qualité avec les patients en situations de fin de vie;

Plus de soutien pour les familles.

(Festic, 2010)

Cas Clinique fictif

Cas clinique fictif

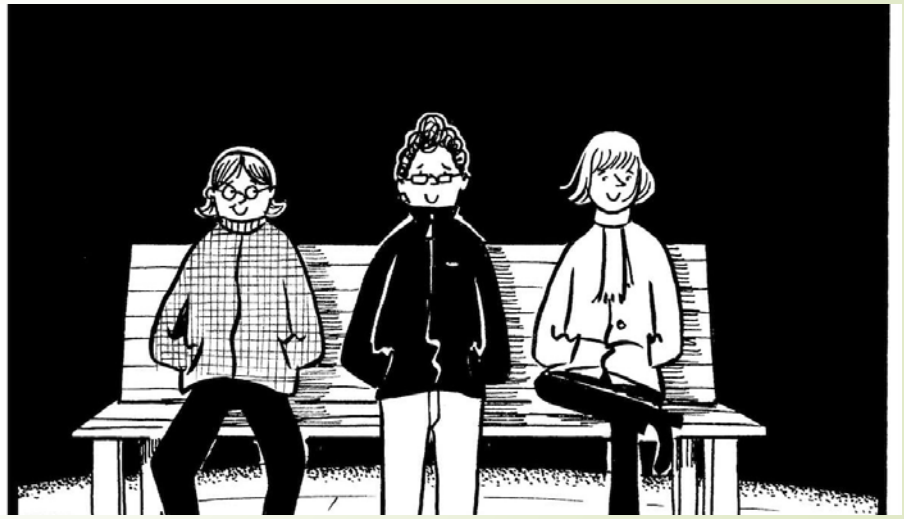
Henriette Tremblay a 78 ans. Elle est mariée et mère de 2 enfants adultes. Fumeuse depuis de toujours dit-elle, elle souffre de MPOC sévère (stade 4) et reçoit son congé de l'USI pour la deuxième fois cette année. Elle réalise que sa MPOC est plus sévère que ce qu'elle ne l'avait compris lors de l'annonce de son diagnostic. Les membres de la famille épuisés sont bien au fait de la précarité de l'état de Mme Tremblay puisque plusieurs rencontres familiales ont été organisées lors des dernières hospitalisations. La dernière rencontre en prévision de son congé l'a complètement dévastée car non seulement on lui a parlé des soins palliatifs, de niveau de soin etc., elle préfère ne pas penser à ses choses-là maintenant et rester positive.

Cas clinique fictif

Aujourd'hui, Mme Tremblay se présente à l'urgence avec un tableau clinique indiquant une nouvelle exacerbation. Devant la dépendance ventilatoire probable si l'intubation s'avère nécessaire, le médecin représente l'option d'une approche visant des soins palliatifs au patient. Mme Tremblay est somnolente et ne peut exprimer clairement ses volontés. Il n'y a pas consensus au sein de la famille et un malaise demeure auprès de l`équipe. Madame T. est transféré à l'USI. Son infirmière la reconnait de sa dernière admission au USI. Elle note aussi la souffrance des membres de la famille qui l'entoure et se demande quelle est sa place sur cette unité où croit-elle la mission est de « sauver des vies ». Cette infirmière a pour perception que l'on martyrisera Madame Tremblay.

Intégrité d’Henriette

Intégrité de la famille d’Henriette



L’intégrité de l’infirmière

Objectifs

- Expliquer le modèle conceptuel de Nolan et Mock (2004);
- Démontrer les retombées sur la pratique à partir d'un cas clinique fictifs;
- Démontrer les retombées possibles de ce modèle sur sa pratique;
- Améliorer l'expérience du patient de sa famille et des intervenants.

Conclusion

- Intégrité au cœur du soins→ impact directe sur le patient et sa famille.
- Implication direct de l'infirmière.

Questions ?

merci
thank you
danke
gracias
obrigado
go raibh maith agat
спасибо
grazie
mochchakkeram
dakujem
sukriya
bedankt
arigatô
ngiyabonga
terima kasih
sagolun
chokrane
dziękuję
謝謝
takk
tapadh
leat
mauruuru
teşekkür ederim
hvala
barka
tau
grazzi
мерси
dank je
kia ora
ありがとう
dekuji
tanemirt
mersi
diolch
dhanyavad
shukriya
spas
teşekkü ederim
welalin
enkosi
gratias ago
misaotra
matondo
dhanyavadagalu
mamnun
kop khun
najis tuke
paldies
faafetai lava
kam sah hamnida
nanni
taiku
asante
trugarez
kiitos
dankie
sobodi
dankon
manana
tenki
murakoze
kop khun krap
mercé
didi madloba
mahalo
nandri
krap
gràcie
mèsi
rahmet
kiitos
ευχαριστώ
Баярлалаа
vinaka
xièxie
хвала
blagodaram
köszönöm
akun
aciū
tack
sulpay
djiere dieuf
chnorakaloutioun
bayarlalaa
rahmat

Références

Arcand, M. (2007). Soins de fin de vie. Dans Arcand – Hébert. *Précis pratique de gériatrie*, (3e édition), p. 1247.

- Berry C., E., Wise R., A., (2010) Mortality in COPD: Causes, risk factors, and prevention, COPD, 7(5), p 375-382.
- Boyd, K.& Murray, S.A. (2010). Recognising and managing key transitions en end of life care, *British Medical Journal, 341*, 649-652.
- Camhi, S. (2009). Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med, 37*(3), 919-925. doi:10.1097/CCM.0b013e31819613ce
- Curtis, J.R. (2008). Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Europeen Respiratory Journal, 32*(3), 796–803
- Espinosa, L., Young, A, Symes, L., Haile, B., (2010). *ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. Crit Care Nurse, 33* (3), 273-281.
- Evans, J., Chen, Y., Camp, P. G., Bowie, D. M., & McRae, L. (2014). Estimating the prevalence of COPD in canada: Reported diagnosis versus measured airflow obstruction. *Health Reports, 25*(3), 3

Références

- Giacomini ,M., DeJeanm D,, Simeonov, D,, Smith, A. (2012). Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. Onariot Health Technology Assessment Series [Internet]. 2012 March;12(13):1- 47. Available from: www.hqontario.ca/en/mas/tech/pdfs/2012/rev_COPD_Qualitative_March.pdf

- *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2016). Available from: http://www.goldcopd.org/.

- Hardin, K.A., Meyers, F. & Louie, S. (208). Integrating palliative care in severe chronic obstructive lung disease. *COPD Journal Chronic Obstructive Lung Disease, 5*. 207-220.

- Horne, G., Seymour, J., Payne, S., (2012) Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care*, International Journal of Nursing Studies (49)*, 718-726.

- Julien, M. (2011). « Je manque d'air ». La dyspnée chez les aînés. Article basé sur une présentation donnée dans le cadre des 19es Journées annuelles du Département de médecine de l'Université de Montréal*. Le Clinicien*, 47-50.

- K.R. Chapman, J., Bourbeau et L. Rance, The burden of COPD in Canada; Results froms the Confronting COPD survey, Respiratory Medicine, 97, 2003, pS23-31

Références

- O'Donnell, D.E., Hernandez, P., Kaplan, A., Aaron, S., Bourbeau, J., Marciniuk, D., Balter, M... Voduc, N. (2008). Canadian Thoracic Society recommandations for management of chronic obstructive pulmonary disease-2008 update-highlights primary care, *Canadian Respiratory Journal, 15*, suppl 1A-8A
- Organisation mondial de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales 2008, Genève, Organisation mondiales de la Santé 2008.
- Nolan, M. T., & Mock, V. (2004). A conceptual framework for end-of-life care: A reconsideration of factors influencing the integrity of the human person. Journal of Professional Nursing, 20(6), 351-360. doi:10.1016/j.profnurs.2004.08.007
- RESEAU QUEBECOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC (2009), *Protocole pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Scullion, J. & Holmes, S. (2011). Palliative care in patients with chronic obstructive lung disease. *Nursing Older people, 23*(4), 32-39.