

**60 ANS**  
DE RÉALISATIONS

## Le respect de la dignité en fin de vie dans un milieu de soins intensifs, un défi de taille!

• • • • •

Face aux nouveaux défis, la dignité un REPÈRE  
24e congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec  
Québec, 12 et 13 mai 2014

Anie Brisebois, inf., M.Sc. Conseillère cadre et coprésidente du comité de soins palliatifs  
Sonia Heppell, inf., M.Sc. Praticienne spécialisée en cardiologie  
Marie-France Ouimette, inf. M.Sc. Conseillère cadre  
Martin Vaillancourt, intervenant en soins spirituels

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

**Noms des conférencières:**

**Anie Brisebois, Sonia Heppell et Marie-France Ouimette**

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

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Plan de la présentation

- Objectifs de la présentation
- Mise en contexte
- Défis liés à la prestation de soins de fin de vie dans un contexte hautement technologique de soins intensifs (SI)
- Besoins d'accompagnement en fin de vie
- Présentation d'un cas clinique
- Conclusion

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Objectifs de la présentation

- Reconnaître la complexité du respect de la dignité dans un contexte hautement technologique qui repousse les limites du mourir;
- Expliquer les nouveaux défis auxquels font face les soignants dans la prestation des soins dans ce même environnement;
- Identifier les besoins spécifiques d'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille aux soins intensifs;
- Découvrir une approche et des outils adaptés à la fin de vie et à l'arrêt de traitement en soins intensifs.

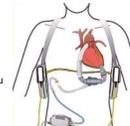
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Reconnaître la complexité du respect de la dignité dans un contexte hautement technologique qui repousse les limites du mourir

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Contexte hautement technologique

- **Nouvelles technologies qui repoussent les limites du mourir**
  - **Techniques de remplacement ou de réparation valvulaires (TAVI, Mitraclip®):** réservées aux patients à haut risque qui sont inopérables
  - **Assistance ventriculaire** (cœur mécanique): dispositif implantable qui améliore le débit cardiaque en suppléant au travail du cœur défaillant ⇒ "pont" à la greffe ou traitement définitif en insuffisance cardiaque avancée
  - **Oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO):** solution de dernier recours permettant de fournir une assistance en oxygène aux patients dont le cœur et les poumons sont si gravement atteints qu'ils ne peuvent plus assurer leur fonction



INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## Contexte hautement technologique

### • S'ajoutent aux technologies de survie déjà existantes...

- **Dialyse**, hémofiltration: thérapies de remplacement rénal
- **Pacemaker défibrillateur**: dispositif implantable permettant de prévenir le décès par mort subite (arythmies)
- **Ventilation mécanique**: appareil permettant de suppléer ou assister la respiration

## Contexte hautement technologique

### • Objectif

- Sauver la vie de patients (qualité vs quantité):
  - avec une cardiopathie fulgurante
  - avec cardiopathie chronique en fin de vie de leur maladie

### • Bénéfices et risques associés

- Survie → avec qualité de vie perçue
- avec complications limitantes engendrées par la technologie: AVC, état neurovégétatif, amputations de membres, défaillance multi-organique

On repousse les limites du mourir.....

## Contexte hautement technologique

### • Enjeux lors que survie avec complications limitantes

- Maintien de la technologie
  - Niveau de soins / Statut RCR
  - Coûts, allocation de ressources
  - Orientation du patient?
    - CH? CHSLD? Domicile? Centre de soins palliatifs?...
  - Impact sur les proches?
- Retrait de la technologie
  - Quand? Qui? Où? Comment?
  - Décès ou survie?
  - Si survie? Évaluation des besoins et des ressources...

Expliquer les nouveaux défis auxquels  
font face les soignants dans la prestation  
des soins dans ce même environnement

## Défis liés à la prestation de soins de fin de vie en SI

### • Stresseurs chez les infirmières de S.I. qui doivent prodiguer des soins de fin de vie:

- Surcharge de travail
- Manque de ressources: équipe de soins palliatifs n'est pas disponible 24/7
- Milieu inadapté: bruit, espace, intimité
- Aucun processus, ni protocole
- Peu d'implication dans le processus décisionnel

Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., et Fillion, L. (2009). « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs ». *Éthique publique*, vol. 11, n. 2, p. 20-30.

## Défis liés à la prestation de soins de fin de vie en SI

### • Stresseurs chez les infirmières de S.I. qui doivent prodiguer des soins de fin de vie:

- Manque de formation en soins palliatifs
- Manque de temps pour offrir les soins de confort aux patients en fin de vie et leur famille
- Manque de consensus quant aux niveaux de soins
- Manque de soutien (débriefing, lieu d'échanges)

Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., et Fillion, L. (2009). « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs ». *Éthique publique*, vol. 11, n. 2, p. 20-30.

## Défis liés à la prestation de soins de fin de vie en SI

### • Stresseurs chez les infirmières de S.I. qui doivent prodiguer des soins de fin de vie:

- Demandes émotionnelles en lien avec la confrontation avec la mort
- Conjugaison soins curatifs et soins palliatifs
- Dilemmes éthiques, conflits moraux et interprofessionnels

Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., et Fillion, L. (2009). « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs », *Éthique publique*, vol. 11, n. 2, p. 20-30.

## Défis liés à la prestation de soins de fin de vie en SI

### • Pistes de solutions proposées:

- Amélioration des S.P. aux S.I.
  - Aménager espace pour les familles
  - Protocole de soins
  - Soutien, accompagnement, formation aux infirmières

Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., et Fillion, L. (2009). « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs », *Éthique publique*, vol. 11, n. 2, p. 20-30.

## Défis face au développement technologique

### • Questionnement éthique: beaucoup de questions et bien peu de réponses... (*autonomie, justice, bienfaisance vs malfaisance*)

- Laisser croire qu'on peut plus, plus longtemps... qu'on peut tout à tout prix...
- Comment arrête-t-on la machine? Quand? Malaise des soignants d'arrêter la machine... Le passage abrupt de « tout à rien »....
- Euthanasie ou arrêt de traitement? (ex. cœur mécanique)
- Qu'en est-il de l'allocation des ressources : budget alloué pour soins à domicile ou soins réguliers vs soins ultraspecialisés

## Défis face au développement technologique

### • Questionnement éthique: beaucoup de questions et bien peu de réponses... (*autonomie, justice, bienfaisance vs malfaisance*)

- Pression sur le patient: si on a le « privilège » d'accéder à un traitement de pointe qui nous permet de survivre, a-t-on le droit de vouloir y mettre fin? Particulièrement dans un contexte de rareté?
- Consentement substitué... le poids décisionnel d'arrêter les traitements qui maintiennent la vie est souvent délégué aux familles
  - 95% des patients en SI sont dans l'impossibilité de prendre une décision pour eux-même, re: altération de l'état de conscience secondaire à maladie grave ou sédation

Tuong, R.D. & al. (2008), *Critical Care Medicine*, 36(3), 953-963

## Défis face au développement technologique

- Parfois la technologie prend tellement d' « espace » qu'on ne voit plus le patient sous l'appareillage
- Les appareils qui entourent le patient crée une « distance » et limitent de façon importante les rapprochements
- Le pt est souvent complètement dénudé et à vue
- Et peut être « déformé » par l'œdème et la multitude de tubes

## Défis face au développement technologique

### • Dans ce contexte....

- Difficile de rester « connecté à l'être »
- Parfois impossible de « reconnaître la personne »
- Désensibilisation??? Déshumanisation???

**Est-ce que le respect de la dignité est moins systématique en présence d'un patient instrumenté / inconscient???**

**Identifier les besoins spécifiques  
d'accompagnement des patients en fin de vie  
et de leur famille aux soins intensifs**

19

**La fin de vie aux SI**

- Des pts qui décèdent à l'hôpital ⇒ 50% ont un séjour aux SI dans les 3 derniers jours de vie ⇒ 1/5 de tous les décès
- Familles des pts qui décèdent aux SI ⇒ risque accru de deuil pathologique et de stress post-traumatique (33%)
- Rencontres familiales ⇒ intervention la plus efficace en fin de vie aux SI
  - ↓ séjour aux SI
  - ↑ consensus équipe – famille sur objectifs de soins
  - ↑ satisfaction des familles

Quality of Dying and Death in Two Medical ICUs (Chest vol. 127 no 5 pp 1775-1783)  
 Integrating Palliative Care in the Intensive Care Unit (The Journal of Supportive Oncology vol. 10 no 5 pp 140-147)  
 Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit (Am J Respir Crit Care Med vol 183 pp 348-355)  
 Survey Burden for Family Members Surveyed About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit (J Pain Management vol 44 no 5 pp 671-680)

20

**Besoins d'accompagnement en fin de vie**

- En lien avec la communication / informations
  - Accéder à l'info: attentes+++ , reste au chevet 24/7 dans le but de rencontrer le md
  - Interpréter l'info: manque de connaissances et peur de poser des questions, peur du ridicule, peur de déranger, intimidé par les soignants
  - Intégrer l'info en raison des émotions fortes (altérations cognitives)
  - Retenir l'info
  - Utiliser l'info dans la prise de décisions

Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit (Crit care nurs Q vol. 35 no 3 pp 299-313)

21

**Besoins d'accompagnement en fin de vie**

- En lien avec la communication / informations
  - Répondre aux questions de façon honnête
  - Connaître le pronostic
  - Connaître les faits spécifiques p/r à l'évolution
  - Recevoir de l'info quotidiennement
  - Connaître la raison/les explications des interventions
  - Savoir exactement tout ce qui est fait

} Respect, compassion et sensibilité

Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit (Crit care nurs Q vol. 35 no 3 pp 299-313)

22

**Besoins d'accompagnement en fin de vie**

- Le respect et la compassion sont indépendamment associés à la satisfaction des familles
- Pour les familles:

Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit (Crit care nurs Q vol. 35 no 3 pp 299-313)

23

**Besoins d'accompagnement en fin de vie**

- Besoin de proximité et d'intimité dans un environnement hautement technologique
  - Disposition des lieux
  - Salles: 46% des patients décèdent dans une salle
- Besoin d'accès
  - Heures de visites limitées
  - Espaces réduits
  - Contacts physiques restreints

Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. Intensive and Critical Care nursing (2009), 25, 233-241

24

Découvrir une approche et des outils  
adaptés à la fin de vie et à l'arrêt de  
traitement en soins intensifs

## Histoire de Mme Anctil

- de 77 ans
- Raison d'admission:
  - DRS à l'effort et dyspnée III/IV x 1 an sur sténose aortique sévère ⇒ admise pour TAVI
- ATCD:
  - CMP ischémique, DLP, HTA, IRC, DB, MPOC (asthme)
  - RVM en 2005
  - Pacemaker défibrillateur en 2006

## Histoire de Mme Anctil

- Le matin de l'intervention:
  - Mme Anctil exprime le fait qu'elle ne veut pas subir d'acharnement thérapeutique advenant une complication grave,.....

## Histoire de Mme Anctil

- Jour 0: Mme Anctil est amenée au laboratoire d'hémodynamie pour l'intervention TAVI :
  - Changement de valve réussi, mais la patiente (pte) développe des complications majeures...
    - AVC per procédure nécessitant une intubation endotrachéale
    - Hématome+++ au site de ponction fémorale
    - Instabilité hémodynamique
- Mme Anctil est transférée aux soins intensifs, intubée, ventilée mécaniquement et sédationnée

## Histoire de Mme Anctil

- Jour 1
  - Pte stable
  - Gavage débuté
  - Aucun signe d'éveil; bouge parfois les membres spontanément, mais aucun contact
- Médicaments en perfusions:
  - Insuline, levophed, versed, fentanyl
- Famille au chevet : 2 filles, Ginette et Nicole (mari décédé l'an passé)

## Histoire de Mme Anctil

- Jour 10, les constats sont les suivants:
  - Neuro: ∅ signe d'éveil malgré l'arrêt de la médication (versed + fentanyl)
    - À la lumière du scan cérébral, de l'EEG et de l'examen neurologique, le neurologue émet un pronostic sombre sans possibilité de récupération fonctionnelle
  - Hémodynamiquement stable avec levophed
  - Intubée et ventilée mécaniquement, respiration spontanée

## Histoire de Mme Ancitil

- La fille Nicole trouve que ça n'a pas de sens de continuer ainsi et que sa mère n'aurait pas voulu cela; Ginette veut qu'on fasse tout ce qu'on peut...
- Consultation en soins palliatifs (SP) pour soutien dans l'amorce des discussions pour niveau de soins et possiblement arrêt des traitements

## Histoire de Mme Ancitil

### • La consultation en SP aux SI

- Rencontre avec l'équipe de soins pour:
  1. Clarifier les attentes p/r aux intervenants en SP
  2. Questionner les volontés du patient
  3. Questionner le pronostic vital et fonctionnel
  4. Clarifier l'objectif de soins et les moyens à déployer pour y arriver en fonction de 2 et 3 (cohérence)
    - Quoi? Et pour combien de temps?
    - Communiquer le plan et prévoir les scénarios catastrophes...
    - Ne pas offrir ce qui n'est pas réaliste ou ce qui ne permet pas d'atteindre l'objectif établi

## Histoire de Mme Ancitil

### • La consultation en SP aux SI

- Le md traitant veut cesser les traitements car ne perçoit plus aucun bénéfice pour la pte
- Il a parlé avec la famille, mais une des filles refuse, veut qu'on poursuive les traitements et que l'on maintienne des soins maximaux
- L'équipe demande aux intervenants en SP de soutenir et d'aider au cheminement vers un arrêt de traitements

## Histoire de Mme Ancitil

### • Rencontre avec la famille pour:

- Expliquer notre rôle ⇒ soutien, accompagnement, "advocacy"
- Légitimer leur souffrance
- Valider leur compréhension ⇒ ex: "Qu'est-ce que vous avez compris de la situation de votre mère?"
- Écouter & répondre aux questions
- Clarifier au besoin certains aspects de la situation médicale (maladie, pronostic vital, options thérapeutiques)

## Histoire de Mme Ancitil

### • Rencontre avec la famille pour:

- Explorer leurs attentes et leurs préférences en regard des soins
- Explorer les valeurs et les croyances
- Tenter de comprendre qui est Mme Ancitil en tant que personne
  - « Parlez moi de votre mère...; comment était-elle avant l'intervention? »
- Questionner pour savoir si pte avait exprimé des volontés antérieurement

## Histoire de Mme Ancitil

### • Rencontre avec la famille pour:

- Soutenir+++ dans le passage abrupt de tout à rien...
- Considérant l'inaptitude de la pte à exprimer ses volontés, éviter à tout prix de faire porter le poids de la décision sur la famille
  - « On cherche ensemble ce qui serait le mieux pour votre mère »
  - « Si votre mère était en mesure de s'exprimer, qu'est-ce qu'elle souhaiterait dans les circonstances? »

## Histoire de Mme Ancil

### • Rencontre avec la famille

- Les filles ont pu questionner, exprimer leur peine et leurs craintes; elles s'entendent finalement sur le fait que leur mère n'aurait pas voulu ça...
  - Ginette affirme: "Ne me demandez surtout pas de la débrancher car j'en suis incapable..."
- Soutien, accompagnement p/r au fait que la décision de cesser les traitements est purement médicale considérant pronostic et principe de ne pas nuire... (bienfaisance vs non malfaisance)
- Réassurance p/r au fait qu'elles agissent dans le meilleur intérêt de leur mère et dans le respect de ses volontés
- Explications données p/r à la démarche de l'arrêt de tx et aux soins intensifs de confort

## Histoire de Mme Ancil

### • Avec la famille, nous convenons du plan suivant:

- Cesserons les traitements le lendemain vers 11h00 afin de permettre aux amis(es) et à la famille élargie de venir visiter Mme Ancil
- Préparation en vue d'une extubation terminale et d'un arrêt des traitements

## Ordonnance pré-imprimée (OPI) pour l'extubation des patients en fin de vie

Intensive Care Med (2008) 34:1593-1599  
DOI 10.1007/s00134-008-1172-y

CLINICAL COMMENTARY

Open Access

E. J. O. Kompanje  
E. van der Hoven  
J. Bakker

Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life

## Ordonnance pré-imprimée (OPI) pour l'extubation des patients en fin de vie

### • Lignes directrices et objectifs du traitement

- Anticiper et soulager adéquatement tous les symptômes de détresse associés au retrait de la ventilation mécanique
  - Sécrétions broncho-pulmonaires abondantes (râles)
  - Stridor
  - Détresse respiratoire, dyspnée
- Souvent délai trop court entre décision et retrait
  - Anticiper = préparer = prendre le temps nécessaire

Intensive Care Med (2008), 34: 1593-1599

## OPI pour l'extubation des patients en fin de vie

### • Lignes directrices et objectifs du traitement

- Assécher et déshydrater
  - Scopolamine, Lasix, ↓ ingesta
- Optimiser sédation et analgésie
  - Morphine, Versed ou Propofol
- Prévenir stridor
  - Solumedrol
- Favoriser autant que possible un processus de mort "naturelle" avec le moins de détresse possible

Intensive Care Med (2008), 34: 1593-1599

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL

2.32 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE  
EXTUBATION DES PATIENTS  
EN FIN DE VIE

DATE J M A

Avant d'appliquer cette ordonnance :

- Vérifier la pertinence de considérer le don d'organes ou de tissus
- Il est recommandé de faire une consultation en soins palliatifs

### I - PHASE PRÉPARATOIRE POUR L'EXTUBATION

Objectif : Prévoir le moment de l'extubation dans le but de prévenir la détresse respiratoire par l'application des interventions proposées.

- Délai souhaitable pour la phase préparatoire : 6 h
- Heure prévue pour l'extubation : \_\_\_\_\_
- La sédation et l'analgésie doivent être maintenues jusqu'au décès du patient

1. INTERVENTIONS ET SOINS INFIRMIERS

**Objectif : Viser le soulagement des symptômes, le confort du patient et offrir du soutien à la famille**

- Aviser inhalothérapeute
- Aviser l'intervenant en soins spirituels
- Réduire la saleté de base à TVO (20 mL/h)
- Cesser l'alimentation entérale ou parentérale
- Cesser la ligne artérielle
- Cesser les signes vitaux
- Cesser la saturométrie et la capnométrie
- Cesser le moniteur cardiaque
- Avant l'extubation, préparer la médication nécessaire à l'administration du protocole de détresse, soit 3 fois la combinaison des 3 médicaments (voir protocole no. 3.27)
- Offrir aux membres de la famille qui le désirent l'opportunité d'être présents au chevet du patient au moment de l'extubation - Offrir soutien et accompagnement PRN

*Note : Dans un contexte de fin de vie, l'hypoxie, l'hypotension artérielle ou la désaturation en O<sub>2</sub> ne sont pas des critères pour modifier le plan d'interventions*

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

### Histoire de Mme Antcil

- Intervenant en soins spirituels avisé de l'arrêt de tx; avait déjà établi contact avec la famille
- Gavage, insuline et ligne artérielle cessés
- Défibrillateur désactivé
- Pas d'escalade des soins; maintien de la Levo à débit fixe ad l'arrêt des tx
- Ajustement du traitement pharmaco et arrêt de tous les médicaments sans bénéfice immédiat
- Feuille de niveau de soins complétée:
  - Niveau 3 (palliatif), Ø RCR

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

### Histoire de Mme Ancitil

- Ajout d'agents anticholinergiques pour les râles
  - En prophylaxie si absence de râles
    - Scopolamine 0,4 mg SC ou IV q 2 h PRN
  - Si sécrétions abondantes avant l'extubation
    - Timbre de scopolamine 0,1 mg + scopolamine 0,4 mg SC ou IV q 2 h PRN

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

• La sédation/analgesie avait été cessée pour l'évaluation neurologique et n'avait pas été reprise

• Pte semble souffrante lorsqu'on la mobilise (visage crispé, tension musculaire)

**PHASE PRÉPARATOIRE POUR L'EXTUBATION (SUITE)**

1. SÉDATION, ANALGÉSIE ET SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

A- SÉDATION

- Maintenir le protocole de sédation déjà en cours
- OU
- Débuter Midazolam (Versed<sup>®</sup>) 10 mg (0.1 mg/mL) dans 100 mL NaCl 0.9% à 6 mL/h (équivalent à 0.04 mg/Kg/h pour 70 Kg)
  - Augmenter de 3 mL q 10 min PRN ad sédation désirée (confort du patient)
- OU
- Débuter Propofol 10 mg/mL à 10 mL/h (équivalent à 1.4 mg/Kg/h pour 70 Kg)
  - Augmenter de 5 mL q 10 min PRN ad sédation désirée (confort du patient)

B- ANALGÉSIE ET SOULAGEMENT SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

- Maintenir le protocole d'analgesie déjà en cours
- OU
- Débuter Morphine 20 mg (0.2 mg/mL) dans 100 mL de NaCl 0.9% à 10 mL/h (équivalent à 0.03 mg/Kg/h pour 70 Kg)
  - Augmenter de 5 mL q 5 min PRN ad confort du patient

*Note : L'utilisation du fentanyl n'est pas recommandée puisque cela pourrait induire de la rigidité musculaire et précipiter ou aggraver la détresse respiratoire.*

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

### Histoire de Mme Ancitil

**Lendemain matin**

- Prémédication donnée tel que prévu
- Moniteur cardiaque cessé
- Planification du rituel d'adieu

2. AUTRE MÉDICATION

- Maintenir les Amines à débit fixe ad extubation
- Idéalement 6 heures avant extubation ou au moins 2 heures avant**
- Furosémide (Lasix<sup>®</sup>) 80 mg IV
- Méthyprednisone 100 mg IV
- Scopolamine 0.4 mg SC ou IV

**Doses données à 5h00 AM**

**Puis 1 heure après la dose de lasix**

- Si diurèse inférieure à 50 mL, donner furosémide 250 mg IV sur 1 h

**30 minutes avant extubation**

- Répéter Méthyprednisone 100 mg IV
- Répéter Scopolamine 0.4 mg SC ou IV

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

### Rituel d'adieu

- Proposition faite aux proches de vivre un rituel d'adieu
- Intervention réalisée par l'intervenant en soins spirituels au chevet du patient AVANT l'arrêt de traitements
  - Une étape essentielle pour favoriser le deuil et « humaniser » la fin de vie dans un contexte hyper technique qui crée une « distance »
  - L'arrêt de traitements est retardé au besoin en raison de l'importance accordée à cette étape
- Le rituel
  - **Contenu:** « merci, pardon, adieu »
  - **Contexte:** adapté selon lieux, situation clinique, valeurs, croyances, âge, culture, religion, etc.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
HÔPITAL DE MONTRÉAL

## Rituel d'adieu

**Le contenu:**

- **Merci : héritage**
  - « Qui a été le patient pour vous? »; « Qu'est-ce qu'il vous laisse? »
  - « Qu'est-ce qu'il vous a transmis ou légué, comme qualité ou valeurs, que vous portez en vous et que vous aimeriez transmettre à votre tour? »
- **Pardon**
  - Moment seul avec le proche pour exprimer, à la fois les pardons ou les préjudices vécus
  - « Avez-vous des regrets ou des pardons que vous aimeriez lui exprimer? »
- **Adieux**
  - Un temps où à tour de rôle, les proches sont invités à dire ou exprimer un dernier au revoir en touchant ou en embrassant le patient
  - Le moment le plus émotif du rituel... L'appréhension du départ, de la fin proche ... l'irrévocable!

 49

## Histoire de Mme Antcil

### 2. AUTRE MÉDICATION

- Maintenir les Amines à débit fixe ad extubation
- **Idéalement 6 heures avant extubation ou au moins 2 heures avant**
  - Furosémide (Lasix<sup>MD</sup>) 80 mg IV
  - Méthyprednisone 100 mg IV
  - Scopolamine 0.4 mg SC ou IV
- **Puis 1 heure après la dose de lasix**
  - Si diurèse inférieure à 50 mL, donner furosémide 250 mg IV sur 1 h } **donné car bonne réponse à la 1ère dose de 5h00**
- **30 minutes avant extubation**
  - Répéter Méthyprednisone 100 mg IV
  - Répéter Scopolamine 0.4 mg SC ou IV } **Doses données à 10h30**

- **Inhalothérapeute avisé (de nouveau) de l'extubation terminale dans 30 min**
- **Préparation du protocole de détresse**



## Protocole de détresse



Le Guide pratique des soins palliatifs, 4e édition (2 volumes) Collectif (2008). A.P.E.S. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec



## Protocole de détresse

- **Lignes directrices et objectif du traitement:**
  - Discussion avec patient-famille est un préalable
  - Indications:
    - Détresse respiratoire aiguë, agitation et anxiété intense
  - Objectif:
    - Obtenir **RAPIDEMENT** une sédation efficace et le soulagement de la dyspnée grave



 **3.27 - PROTOCOLE DE DÉTRESSE DANS UN CONTEXTE DE SOINS DE CONFORT OU DE SOINS PALLIATIFS**

À noter que ce protocole de détresse doit être accompagné d'une *Échelle de niveaux de soins et statut de RCR* complétée

### I - INDICATIONS

Ce protocole de détresse peut être appliqué en présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- Inconfort respiratoire intolérable et constant au repos;
- Tachypnée, hyperpnée;
- Utilisation des muscles intercostaux et sub-claviculaires (trapp);
- Abdomen paradoxal (mouvement de l'abdomen vers l'intérieur pendant l'inspiration);
- Agitation presque constante, +/- confusion; +/- diaphorèse, +/- râles bronchiques; +/- cyanose;
- Anxiété intense (peur, crise de panique) face à l'impression de mort imminente.



### II- MÉDICATION

- L'administration de **TROIS MÉDICAMENTS** est nécessaire pour soulager la détresse.
- Les trois médicaments doivent être administrés **UN À LA SUITE DE L'AUTRE** dans l'ordre suivant :
  - 1<sup>ère</sup> seringue : Versed ; 2<sup>ème</sup> seringue : Morphine ; 3<sup>ème</sup> seringue : Scopolamine

| Médicaments  | Particularité  | Dosage  |
|--|--|---|
| 1 <sup>ère</sup> seringue<br>■ Versed (5 mg/ml) (MidazolamMD)                          | • si poids < 70 Kg<br>• si poids > 70 Kg   | • 5 mg (1 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN<br>• 10 mg (2 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN       |
| 2 <sup>ème</sup> seringue<br>■ Morphine (10mg/ml)                                      | • si patient reçoit 0 à 18 mg de morphine q 24h ou équivalent*<br>• si patient reçoit > 18 mg de morphine q 24h ou équivalent* | • 5 mg (0.5 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN<br>• 7.5 mg (0.75 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN |
| 3 <sup>ème</sup> seringue<br>■ Scopolamine (0.4 mg/ml) (Glycopyrrolate <sup>MD</sup> ) | • si patient reçoit Scopolamine PRN<br>• si patient reçoit Scopolamine régulier ou est porteur d'un timbre de Scopolamine      | • 0.4 mg (1 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN<br>• 0.8 mg (2 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN    |

\* Consulter le pharmacien au besoin pour équivalence (si patient reçoit Dilaudid ou Fentanyl)



■ **SI LE PATIENT EST NON SOULAGÉ APRÈS TROIS DOSES CONSÉCUTIVES DE LA COMBINAISON DES TROIS MÉDICAMENTS (x3 PRN), AVISER LE MÉDECIN POUR AUGMENTATION DES DOSES.**

■ Ce protocole de détresse peut être répété au besoin trois fois dans un 24 heures. Ce qui signifie que le patient pourrait recevoir au besoin 9 fois la combinaison des trois médicaments par 24 heures (voir exemple).

**Par exemple :**

- 8h30 Détresse respiratoire soulagée par 1 fois la combinaison des 3 médicaments.
- 10h00 Détresse respiratoire soulagée par 3 fois la combinaison des 3 médicaments donnés à 20 min. d'intervalle.
- 19h15 Détresse respiratoire soulagée par 2 fois la combinaison des 3 médicaments donnés à 20 min. d'intervalle.
- Donc ce patient a reçu 6 fois la combinaison des 3 médicaments dans les 24 heures.

**III - SOINS ET SURVEILLANCE**

- Assurer une présence continue auprès du patient et de sa famille, afin d'offrir soutien et accompagnement.
- Évaluer le confort et le soulagement du patient q 5 à 10 minutes.
- À ce stade, ne pas prendre les signes vitaux, ni la saturométrie et ne pas faire de succion nasopharyngée.

## Histoire de Mme Antcil

**11h00**

- **Extubation en présence de la famille, de l'intervenant en soins spirituel, de l'inhalo, de l'inf. des SP et de l'inf. soignante**
- **Levo en perfusion cessé au retrait du tube endotrachéal**

**II - EXTUBATION**

- Cesser la sonde gastrique (levine)
- Cesser la ventilation mécanique et retirer le tube endotrachéal
- Cesser l'oxygénothérapie et l'humidification
- Cesser tous les médicaments IV, sauf sédation et analgésie au moment de l'extubation
- Pas de succion nasopharyngée
- Administrer le protocole de détresse PRN (voir protocole no.3.27)

## Histoire de Mme Antcil

- **Mme Antcil est décédée deux heures après l'arrêt des traitements**
  - Sans détresse, sans souffrance
  - La sédation et l'analgésie ont été maintenue jusqu'à la fin
  - La famille a été présente tout au long du processus
    - Les filles ont été en mesure de lui parler, de se rapprocher, de l'embrasser, de l'enlacer, de la pleurer....

## Constats

| AVANT   | MAINTENANT  | BÉNÉFICES  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tube endotrachéal (TET) laissé en place à l'arrêt de la ventilation mécanique</li> <li>• Famille exclue du processus de l'arrêt de traitement</li> <li>• Si décès à l'arrêt de traitements, on fait sortir la famille pour faire le « ménage » (45-60 min) donc au retour de la famille... pt froid...</li> <li>• Aucun rituel de fin de vie</li> <li>• Absence de sédation et d'analgésie à l'arrêt de traitements</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrait systématique du TET à l'arrêt de la ventilation mécanique</li> <li>• La présence de la famille est permise et respectée</li> <li>• Si décès à l'arrêt de traitements, la famille est présente au moment du décès... pt chaud... ☺ « ménage »</li> <li>• Rituel de fin de vie « avant » l'arrêt de traitement: héritage, pardons, adieux</li> <li>• La sédation et l'analgésie sont préalables à l'arrêt de traitement et sont maintenues jusqu'au décès</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne prolonge pas le « mourir » du pt</li> <li>• Favorise les rapprochements (permet d'embrasser, dégage le visage...)</li> <li>• Permet d'être présent à l'instant même du décès (libre choix)</li> <li>• Accompagner la personne aimée au moment du « passage »</li> <li>• Être présent au moment du départ... le chaleur du corps permet les rapprochements... l'intimité... être connecté à l'être</li> <li>• Permet un temps de recueillement; moment très intense en émotions suivi d'un apaisement...</li> <li>• Console et soulage les proches p/r au passage abrupt de "tout à rien"...</li> <li>• Assure le confort du patient et rassure les familles sur le fait que le départ se fait sans souffrance</li> </ul> |

## Analyse sur l'utilisation de l'OPI pour l'extubation terminale

- **Revue de 15 dossiers**
  - Âge moyen: 73 ans
  - Parmi les patients qui ont reçu une 2<sup>e</sup> dose de Lasix, deux n'ont pas reçu la dose recommandée de 250 mg IV
    - Un de ces patient a reçu 5 fois le protocole de détresse post extubation
  - Temps écoulé entre le début de l'administration des médicaments de la phase préparatoire et l'extubation
    - Sédation et analgésie (perfusions) ⇒ entre 1,3 et 26,75 h (moyenne de 9 h)
    - Lasix, solumedrol, scopo (bolus) ⇒ entre 1 h et 6h30 (moyenne de 3h45)
    - **Lorsque délai < 2 hrs ⇒ nécessité plus de protocoles de détresse post extubation**
  - Temps écoulé entre l'extubation et le décès du patient
    - ⇒ entre 10 min et 10,3 h (moyenne de 2,6 h)

## Conclusion

- **L'approche et les outils développés pour l'accompagnement et l'arrêt des traitements en SI ont permis de:**
  - améliorer les pratiques en fin de vie;
    - structure; "certaine" uniformisation de la marche à suivre et des soins dans un contexte spécifique
  - rassurer, encadrer les familles et les équipes
  - susciter la réflexion sur le fait que l'arrêt des traitements en SI est un soin complexe qui mérite autant de rigueur que tout autre soin intensif = soins intensifs de confort...
  - offrir des soins de qualité jusqu'à la fin...



**Merci de votre attention!**

[anie.brisebois@icm-mhi.org](mailto:anie.brisebois@icm-mhi.org)  
[sonia.heppell@icm-mhi.org](mailto:sonia.heppell@icm-mhi.org)  
[marie-france.ouimette@icm-mhi.org](mailto:marie-france.ouimette@icm-mhi.org)  
[martin.vaillancourt@icm-mhi.org](mailto:martin.vaillancourt@icm-mhi.org)

