

Les soins palliatifs en CHSLD.  
De quoi meurent les résidents ?  
Comment soulager leurs souffrances ?

**André April, médecin**  
**CSSS de Gatineau – CHSLD Foyer du Bonheur**

*Conflits d'intérêts: Aucun*

# Objectifs

1. Identifier les stratégies facilitant le passage vers des soins de fin de vie.
2. Comprendre la force d'un programme de soins palliatifs en CHSLD et de l'approche interdisciplinaire.
3. Discuter de l'approche médicale et interdisciplinaire de différentes causes de décès des résidants en CHSLD.

# Contexte

- CSSSG**
- 2 hôpitaux
  - 4 CHSLD (total 600 lits) + RI + RTF
  - 3 CLSC

## **Résidence Foyer du Bonheur**

290 lits

unité prothétique 18 places

unité réadaptation fonctionnelle x avril 2006 (15 places)

Équipe médicale            2 md t.p.

4 md ½ à 1 journée/semaine

1 pharmacienne sur place t.p.

## Madame P.

- 95 ans
- Ø RCR
- Niveau de soins 2(signé par elle en février 2004)
- Dx : Maladie bipolaire
  - Dépression chronique traitée
  - ATCD sismothérapie au décès d'un fils
- Mort par suicide d'une fille 2005-11-06
- Dès lors, veut mourir pour aller rejoindre sa fille
- 06-01-25      ↑ Celexa par md traitant parce que Madame refuse de boire/manger x quelques jours
- 06-01-27      fille veut transfert pour soluté IV
  - MD de garde convainc la famille d'attendre
    - effet de Celexa ?
    - Respect des désirs de Madame

## **Madame P.** (*suite*)

- 06-01-29 famille exige transfert
- 06-01-29/06-02-02 civière urgence avec soluté IV
- 06-02-02/06-02-08 hospitalisation  
pneumonie d'aspiration + dépression  
majeure sur deuil pathologique  
sismothérapie envisagée mais non  
faite
- 06-02-08/06-02-23 soins palliatifs
- 06-02-23 retour au Foyer
- 06-02-26 décès

## **Madame P.** (*suite*)

Une histoire de passage réussi

- Pour les enfants ?
- Pour Madame ?
- Pour l'équipe de soins ?

# *Objectif 1*

## Stratégies facilitant le passage des soins palliatifs chroniques aux soins palliatifs terminaux.

1. Niveaux de soins.
2. Identification dès l'admission des situations potentiellement problématiques.
3. Familles indécises p/r orientation à donner aux soins.
4. Maladies à caractère irréversible.
5. Empathie.
6. Interdisciplinarité.
7. Éviter contradiction dans l'approche médicale.
8. Reconnaître la mort prochaine.

# Stratégies facilitant le passage ...

## 1. Niveaux de soins pré-établis à l'admission

- 3 niveaux du C.M.Q. août 1994
  - Dès l'admission ceci est discuté avec résidant et/ou représentants
  - Chez nous, l'emphase est mise sur le désir d'éviter les transferts en CHCD (sauf pour stabilisation de #), l'expérience nous montrant que les clients qu'on ne réussit pas à sortir d'impasse et qui sont transférés vont simplement mourir à l'hôpital dans des conditions moins adaptées.
  - Quand la mort approche, offrir soins palliatifs dignes et respectueux
- Le passage éventuel aux soins palliatifs débute dès l'admission; on en parle et on en reparle, on les prépare.

« Ça se passe comme vous me l'aviez dit. »

# **CHSLD DE HULL**

## **Échelle des niveaux d'intervention médicale**

### **NIVEAU 1**

**OBJECTIF: MAINTIEN DE TOUTE FONCTION ALTÉRÉE PAR  
TOUT MOYEN POSSIBLE**

- Investigation et traitement maximaux incluant transfert dans un CHCD.

Exemple: Transfert dans un CHCD pour un infarctus du myocarde, une pneumonie ou une investigation avec traitement d'une anémie.

# CHSLD DE HULL

## Échelle des niveaux d'intervention médicale

### NIVEAU 2

#### **OBJECTIF: CORRECTION DE TOUTE DÉTÉRIORATION POSSIBLEMENT RÉVERSIBLE PAR TOUT MOYEN PROPORTIONNÉ**

- Investigation et traitement sur place limités à la situation réversible sans transfert dans un CHCD.

Exemple: Traitement sur place d'un infarctus du myocarde ou d'une pneumonie, investigation et traitement sur place d'une anémie.

- Transfert en CHCD seulement pour investigation et/ou intervention spécifique à une situation particulière afin d'assurer confort et bien-être maximum au résidant.

Exemple: Transfert pour une fracture de hanche ou pour une occlusion intestinale.

# CHSLD DE HULL

## Échelle des niveaux d'intervention médicale

### NIVEAU 3

#### **OBJECTIF: INTERVENTION LIMITÉE AU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ET AU BIEN-ÊTRE DU RÉSIDENT**

- Absence de toute investigation.
- Absence de transfert dans un CHCD, sauf pour le confort.

Exemple: Immobiliser une fracture.

- Intervention visant la prévention et le soulagement de la douleur ou de tout autre inconfort.

Exemple: Non-traitement d'un infarctus du myocarde, d'une pneumonie, d'une anémie ou d'une occlusion intestinale.

Tiré de: CHSLD: Guide de l'exercice médical. Corporation professionnelle des médecins du Québec, août 1994.

# Stratégies facilitant le passage ...

## 2. Identification dès les rencontres post-admission des situations potentiellement problématiques

Exemple: Familles méfiantes ou dont les demandes semblent non raisonnables et non explicables.

Exemple: Madame A. D., DTA avancée  
Fils veulent RCR + malgré son caractère « futile »  
« tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir »  
mais vide d'émotion  
+ tard, curatelle publique parce que fraude fiscale

Exemple: Madame L., DTA avancée  
Méfiance ++ 2 filles p/r RX, soins en général  
Contact avec 3e fille beaucoup plus facile, qui a servi de  
« pont » avec les 2 autres filles (qu'il ne fallait pas isoler pour autant).  
→ remords d'hébergement

# Stratégies facilitant le passage ...

Exemple:

Madame R.G.D., DTA, cardiopathie sévère

Famille très interventionniste et inquiète.

Niveau 1

mais, devant bronchospasme sévère

3 syncopes

Ø transfert après explications et contacts quotidiens

« gagner (et mériter) la confiance des familles »

## Stratégies facilitant le passage ...

- La plupart des situations problématiques se résorbent avec le temps, les contacts, la participation et l'information constante *ad* ce que la confiance s'installe.
- Par après, le « passage » sera facilité et mieux accepté par les proches.

## Stratégies facilitant le passage ...

### 3. Familles indécises p/r orientation à donner aux soins.

- « Prendre position »
- « suggérer » orientation
  - Exemple:   niveau 2  
                  niveau 2 à 3
- Cela peut déculpabiliser famille qui a parfois l'impression « d'abandonner » leurs proches en cessant les soins actifs.
- Plutôt expliquer que la mort fait partie de la vie et qu'on a intérêt à « vivre » cette étape dans le respect et le confort pour le bien de la personne mourante (et ses proches).
- Écoute active
  - Essayer de comprendre la difficulté à décider.
  - Ne pas oublier qu'on cherche à connaître la décision que prendrait la résidante pour elle-même (déculpabiliser le consentement substitut)

# Stratégies facilitant le passage ...

## 4. Maladies à caractère irréversible.

- Démences
  - Parkinson
  - Diabète
  - MCAS
  - MPOC
  - IRC
  - Etc.
- Expliquer la détérioration irréversible à prévoir.
  - Il y aura toujours un « dernier événement » (ex. pneumonie) qui provoquera la mort peu importe ce que nous ferons ou tenterons de faire.  
i.e. Transfert pour aller mourir à l'hôpital  
(l'expliquer quand on établit les niveaux de soins.)

# Stratégies facilitant le passage ...

## 5. Empathie.

- Le phénomène de la mort inévitable est une évidence pour nous les soignants qui la voyons régulièrement, mais chaque enfant ne vit qu'une fois la mort de sa mère/de son père.
- Il faut:      Expliquer, répondre aux questions  
                  Écouter  
                  Essayer de saisir les émotions présentes  
                  Ré-expliquer  
                  Laisser le contrôle  
                  Garder porte ouverte

# Stratégies facilitant le passage ...

## 6. Interdisciplinarité.

- Langage commun.
- Approche commune.
- Travailler d'une seule voix.
- L'équipe est là pour être en appui à chacun de ses membres dans la prise de position.

## Stratégies facilitant le passage ...

7. Éviter la contradiction dans l'approche médicale.
  - Éviter investigations – consultations – transferts qui vont à l'encontre du niveau de soins choisi (et du « passage » à venir) et qui donnent un message contradictoire et d'incertitude.

« Avoir la force de ses convictions »



## Stratégies facilitant le passage ...

8. Reconnaître la mort prochaine (signes précurseurs) (*suite*)
  - La détérioration peut être rapide (quelques heures à quelques jours) ou plus longue (semaines) avec:
    - ↓ graduelle état général
      - capacités cognitives
      - capacités fonctionnelles
      - capacité à la marche
      - hydratation ↓ alimentation ↓
      - dysphagie – apathie

# *Objectif 2*

## **Comprendre la force d'un programme de soins palliatifs en CHSLD et de l'approche interdisciplinaire.**

1. Pourquoi un programme ?
2. Objectifs    pour le personnel  
                  pour le résidant et sa famille
3. Travail d'équipe  
      médecin  
      pharmacienne  
      infirmière
4. Soulagement douleur physique
5. Anxiété/agitation
6. Rôles terminaux
7. « Recette » habituelle
8. Protocole dyspnée terminale

# Comprendre la force d'un programme ...

## 1. Pourquoi un programme de soins palliatifs en CHSLD ?

(ou pourquoi faire des soins palliatifs en CHSLD ?)

- - « ... une faible proportion seulement de Canadiens et Canadiennes aux prises avec une maladie terminale ont accès à des soins palliatifs » 1
  - - « ... les patients Canadiens et ceux qui les soignent sont largement insatisfaits de la qualité des soins palliatifs » 2
  - Le CHSLD est un milieu de vie substitut où la personne a le droit d'y mourir.
  - Le personnel peut apprendre à bien connaître sa clientèle.
  - L'expertise de soins palliatifs peut facilement y être développée et faire partie du quotidien.
1. Modèle de guide de soins palliatifs: Fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux, Association canadienne de soins palliatifs, 2002, p.1
  2. Dr Heyland, Journal of Palliative Care, aut. 2005, p. 142

# Comprendre la force d'un programme ...

## 2. Objectifs pour le personnel

- Outil de formation
- Outil d'uniformisation des soins
- Outil pour renforcer le sentiment de travail « en équipe »
- Outil pour « mettre sur papier » vos habiletés (en prendre conscience).
- Bâti par les gens « sur le terrain »
  - pour qu'il reflète votre identité
  - vos aptitudes
  - pour qu'il « cimente » vos forces.
- Permettre au milieu CHSLD d'offrir des soins efficaces et gratifiants en fin de vie pour « compléter » sur place la dernière étape de vie de la personne.

# Comprendre la force d'un programme ...

## Objectifs pour le résidant et sa famille

- Assurer la meilleure qualité de vie possible pendant cette dernière étape.
  - Soulagement de la douleur totale
    - Physique
    - Psychologique } client et proches
    - Spirituelle
    - Sociale
- (demande la contribution de plusieurs intervenants)

# Comprendre la force d'un programme ...

## 3. Travail d'équipe interdisciplinaire

### *Médecins*

- Identifier la phase terminale.
- Évaluation et traitement de la douleur totale (douleur + autres sx).
- Expliquer le pronostic et le processus de la mort.
- Être présent pour supporter, répondre aux questions, écouter.

### *Pharmacienne*

- Expertise pharmacologique dans le soulagement des différents sx.
- Ajustement Rx.

# Comprendre la force d'un programme ...

## Travail d'équipe interdisciplinaire

### *Infirmière*

- Réviser le P.I.I., organiser les soins.
- Présence.
- Écoute active, support à la famille.
- Pivot de l'équipe inter et des échanges entre les intervenants.
- Tous les soins de confort de base avec auxiliaires et préposés aux soins.
- Reconnaître confort/inconfort.

# Comprendre la force d'un programme ...

## 4. Soulagement douleur physique

### *Morphine*

- SC (50% de dose po si était utilisée)
- Microperfuseur (q4h + q1h prn)
- Pompe à perfusion S/C continue (en doses équivalentes du q4h utilisé avec m/p + q1h prn en S/C).
- Soins de bouche
- Positionnement
- Signes non-verbaux de douleur { faciès, agitation, tachycardie
- Urines { surveillance nursing, cathétérisme (rarement)
- Selles { surveillance nursing
- T° (on ne s'en occupe pas)

# CHSLD DE HULL

## PROCÉDURE DE PRÉPARATION

### POUR MORPHINE EN PERFUSION SOUS-CUTANÉE

#### 150 MG / 50 ML

**Étape 1 :** À l'aide d'une seringue, enlever un volume de **8 ml** de chlorure de sodium 0,9 % du sac de 50 ml

**Étape 2 :** **Ajouter 3 ml** de morphine 50 mg / ml

**Note :** La stabilité de la solution est de **7 jours**

#### Concentration finale : 3 MG / ML

**Pour une ordonnance de**

<b>q 4 h</b>	<b>q 24 h</b>	<b>q 1 h</b>		<b>Débit sur pompe mL / heure</b>
<b>Valeur en mg</b>				
2,5 mg	15 mg	0,625 mg	=	0,2 mL / heure
3 mg	18 mg	0,75 mg	=	0,3 mL / heure
4 mg	24 mg	1 mg	=	0,3 mL / heure
5 mg	30 mg	1,25 mg	=	0,4 mL / heure
6 mg	36 mg	1,5 mg	=	0,5 mL / heure
7 mg	42 mg	1,75 mg	=	0,6 mL / heure
8 mg	48 mg	2 mg	=	0,6 mL / heure
9 mg	54 mg	2,25 mg	=	0,7 mL / heure
10 mg	60 mg	2,5 mg	=	0,8 mL / heure
12,5 mg	75 mg	3,125 mg	=	1 mL / heure
15 mg	90 mg	3,75 mg	=	1,3 mL / heure
17,5 mg	105 mg	4,75 mg	=	1,5 mL / heure
20 mg	120 mg	5 mg	=	1,7 mL / heure

# Comprendre la force d'un programme ...

## 5. Anxiété/agitation

- Ativan 0.5 – 1 mg sc q4h régulier +q1h prn

## 6. Râles terminaux/sécrétions bronchiques

« pour la famille »

- Scopolamine 0.4 mg s.c. q4h + q1h (parfois 0.8 mg)

## 7. « Recette » habituelle en sp - CHSLD

- Morphine
- Ativan
- Scopolamine
- ± Stemetil parfois

N.B. Suggestion: S'en tenir à des « recettes de base » pour que tout le personnel puisse devenir à l'aise avec les doses et les effets recherchés vs secondaires.

# Comprendre la force d'un programme ...

## 8. Protocole dyspnée terminale

Morphine 25-50 mg sc	q15 min.	ad arrêt de détresse respiratoire	
Scopolamine 0.4–0.8 mg sc	"	"	"
Ativan 1 – 2 mg sc	"	"	"

# *Objectif 3*

## **Discuter de l'approche médicale et interdisciplinaire de différentes causes de décès des résidants en CHSLD.**

1. Aspiration bronchique/pneumonie d'aspiration.
2. Dysphagie/alimentation.
3. Fractures.
4. Syndrome douloureux chronique.
5. ACV.
6. Anémie.
7. Hémorragie.
8. IRC sévère/hémodialyse.
9. TVP.
10. AAA.
11. IC.
12. Syndrome de glissement.

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

1. Aspiration bronchique/pneumonie d'aspiration
  - Cause de décès #1 chez nous vu clientèle avec maladies progressives du SNC
    - Démences
    - Parkinson
    - Post-ACV avec séquelles
  - La dysphagie s'installe toujours dans l'évolution de la maladie
    - ↓
    - étouffement alimentaire reconnu vs aspiration « à bas bruit »
    - (↓ réflexe de toux)

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## *Situation*

Monsieur Y

- 84 ans
- DTA sévère ne circule pas  
hydraté/alimenté par autrui  
« s'étouffe lors d'un repas (tousse ++), puis alimentation reprise »
- Le lendemain: ↓ état général  
somnolent  
sub-fébrile 37.6  
toux grasse
- Auscultation: Crépitants base postérieure D  
(sibilances légères/modérées plage D)

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

- Dx : pneumonie d'aspiration
- Explications aux proches de l'événement en cours
- Stratégie habituelle

Si niveau 3 Ø AB Tx

Soins de confort institués

- Morphine sc prn
- Ativan sc prn
- Scopolamine sc prn

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

Si niveau 2    Avelox 400 die x 10 jours ou  
                  Ceftin 250 bid x 10 jours + Ventolin prn  
                  Après 48-72 hres, si mieux,  
                  Poursuivre ABTx 10 jours,  
                  Si ↓ état général  
                  Cessons ABTx  
                  Soins de confort  
                  Morphine sc prn  
                  Ativan sc prn  
                  Scopolamine sc prn

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

Si niveau 1    Idem à 2

Si détérioration pendant 48-72 heures,

Discussion avec famille

Option de transfert discuté mais non encouragée parce que, par expérience, Monsieur Y ira mourir à l'hôpital dans un milieu moins adapté pour confort optimal (urgence).

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 2. Dysphagie/alimentation

*Situation* Madame B

- 88 ans
- DTA sévère terminale alitée  
aide à l'hydratation/alimentation
- Passage graduel d'alimentation régulière → hachée → purée
- N'avale plus, « empoche nourriture »
- CAT discussion/explications à la famille  
évolution naturelle de maladie terminale  
Ø gavage  
Ø soluté Ø hypodermoclyse  
soins de bouche  
soins de confort

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 3. Fractures

*Situation* Monsieur M.

- 83 ans
  - Démence, dépression chronique traitée, personnalité dépendante
  - En fin de semaine, 4 chutes sans séquelle
    - ↓ orientation
    - ↓ capacités fonctionnelles
    - Légère toux, fièvre
- Auscultation ⇒ pneumonie
  - Ceftin en accord avec conjointe (niveau 2)

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 3. Fractures

➤ Le lendemain, chute

Ø MEC MIG

À l'e/p # hanche G probable

Détérioration de l'état général

Presque moribond

➤ Discuté avec famille, continuons Ceftin mais Ø transfert pour #

➤ Morphine et suivi

• Récupère de pneumonie

• 2e discussion avec famille, puisque confortable avec morphine  
tolère bien les séances au fauteuil  
ø chirurgie

• 18 mois plus tard: va bien

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

- Habituellement avec fracture
  - Transfert en orthopédie pour stabiliser #  
↓ douleurs
  - Retour au CHSLD en 48 heures  
et prise en charge en soins de confort selon les événements

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 4. Syndrome douloureux chronique

De démence avec                   immobilité  
                                          spasticité  
                                          + arthrose  
                                          neuropathies  
                                          etc.

- Tylenol → morphine po ou sc (évitons codéine)
- Positionnement/ergothérapie
- Physiothérapie prn
- AINS rarement utilisés (IRC, IC)

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 5. ACV

*Monsieur P.*

- 82 ans
- Démence
- ↓ capacités fonctionnelles
- Ce Am, hémiparésie D
  - ↓ langage
  - dysphagie

⇒ ACV

- Conduite habituelle
  - Explications à la famille
  - Ø transfert
  - Ø TDM sauf si exigée par la famille
  - Soins de confort et de réadaptation prn s'il y a un potentiel de récupération

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 6. Anémie

*Madame N.*

- 88 ans
- DTA en unité prothétique  
circule assez bien
- IRC avec clairance de créatinine à 26 ml/minute
- Anémie chronique ~ 100 g/L avec bilan N par ailleurs  
HB ↓ graduellement ad 75 en quelques mois  
Bilan B12 ↓ 70  
Fer sérique 3.4 ↓
- Discussion avec nièce responsable  
Ø transfert  
Tx sur place B12  
FeS04  
↓  
HB ↓ 66

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

- 2e discussion, la nièce croit que Madame voudrait Tx  
et nièce craint représailles de famille si « laisse mourir » sa tante  
Aranesp en ultime effort (inhabituel)  
↓  
HB 60
- 3e discussion, Ø Tx supplémentaire  
Soins de confort prn
- Anémie par spoliation digestive sous ASA
  - trop fréquent
  - arrêt ASA après discussion des « pour » et « contre »
  - le risque hémorragique l'emporte parfois sur le risque théorique de prévention ACV/IM par ASA (surtout devant une ↓ HB)

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 7. Hémorragie (digestive – utérine – vésicale)

*Madame F.*

- 82 ans
- Démence légère (souriante, confortable, participe aux activités)
- ↓ capacités fonctionnelles/marche post # hanche opérée avec TVP en post-op
- ATCD saignement vaginal (pendant hospitalisation) résolu spontanément
- Saignement vaginal avec sang/caillots dans culotte sur 2-3 jours
- HB 120 → 79 en 72 heures

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

- Discussion avec Madame et son fils

Option transfert vs Soins sur place



Cessons Coumadin qu'elle prenait pour TVP d'il y a 3 mois

FeS04

Cyklokapron x 10 jours

Ø investigation



HB 85 → 105 → 116

- Retour état habituel

1. Référence : Ladouceur, Roger et Stéphanie Perron, Un traitement méconnu pour les saignements, MedActuel FMC, septembre 2002

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

- Advenant ↓ état général  
↓ HB  
∅ transfert à moins qu'exigé par la famille
- Mais si Madame F. était
  - Démence terminale
  - Grabataire
  - En fin de vie
  - Niveau 3
  - Aurait-on offert Cyklokapron ?
    - Acharnement ?
    - Faut-il à un moment « laisser à la personne l'opportunité de mourir dignement ? »

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 8. IRC sévère/hémodialyse

- La décision de poursuivre ou d'arrêter la dialyse appartient toujours à la personne concernée.

*Situation Madame S.*

- 78 ans
- IRC – diabète – IC
- ↓ progressive d'état général
- De moins en moins bien d'une dialyse à l'autre
- Revient de dialyse épuisée
- « Je n'en peux plus »
- On lui offre de ne pas aller à la prochaine dialyse, on l'informe qu'elle mourra probablement avant la 2e dialyse manquée
  - Que son état de conscience ↓ pour « s'endormir »
  - Qu'elle recevra Rx sc si pour confort optimal
    - Morphine – Ativan - Scopolamine
  - Décès en confort optimal

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 9. TVP

*Situation Madame J.*

- 82 ans
- Démence
- Ce AM, œdème de novo MIG (dont cuisse)  
chaleur  
suspicion TVP
- Habituellement,
  - Doppler veineux en externe à l'hôpital  
(accessible chez nous)
  - Si confirmation de TVP
    - Fragmin
    - Coumadin 3 mois
    - Surveillance INR

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 10. AAA

- Habituellement découvert à l'examen physique d'admission vs déjà connu
- En parler avec famille ou à la personne
- Chez nous:    ∅ investigation  
                  Informer du pronostic  
                  Attitude palliative vu Px de vie < 1-2 ans pour la plupart  
                  Si rupture, soins de confort

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

*Situation Madame L.*

- 81 ans
- Dépression chronique réfractaire
- Mobile
- ↓ aigu état général avec ↓ état conscience  
et douleur abdominale

↓ TA

⇒ Morphine sc pour confort optimal

Ativan sc pour confort optimal

Décédée dans les heures qui ont suivies

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 11. Insuffisance cardiaque

- Tx médical optimal sur place
- Discuté avec résidant/famille pendant l'évolution de la maladie
- Pronostic discuté/re-discuté
- Face à IC terminale, soins de confort avec protocole de détresse respiratoire au besoin  
sédation au besoin

# Discuter de l'approche ... en CHSLD.

## 12. Syndrome de glissement

- « Le malade ... renonce à vivre, ...se désintéresse de son entourage, ... reste au lit et refuse de s'alimenter ...vers une mort inévitable. »
- Expliquer à la famille.
- Tx optimal sur place sans acharnement. (traiter dépression sous-jacente ?)

Référence: Arcand-Hébert, 2e édition, p. 207

Merci

Commentaires / Questions ?