

Titre: Technologie et Compassion  
Compatibles ou mutuellement  
exclusives

Date: Jeudi le 17 mai 2012  
13:30 à 15:00

Par:

Diane Lebeau et  
Krista Lawlor



# Technologie et Compassion: Compatibles ou mutuellement exclusives?

**Diane Lebeau**

Centre Universitaire de Santé McGill  
Assistante Inf. chef Service de Soins Palliatifs

**Krista Lawlor**

Centre Universitaire de Santé McGill  
Directrice d'enseignement clinique du Service de Soins Palliatifs



 Qui ?

 Quoi ?

 Pourquoi ?

 Comment ?





Le cas de Mme. P.

- Femme de 49 ans
- Mère célibataire
- Cousine est mandataire et aura garde du fils de 12 ans
- Mère de pte veuve x 1 an
- Néo poumon avec métastases ovaire, épiploon et péritoine
- Pronostic: Semaines à mois



# Unité de soins Palliatifs

■ Douleurs abdominales (coliques)

■ Constipation sévère

■ Obstruction intestinale

■ Déshydratation/  
délirium hypoactif

■ Timbre de fentanyl et entredoses dilaudid

■ Lavements, Golitely,

■ Stent

■ Proctoclyse

■ Cathéter central  
Picc (Réhydratation)



■ Détresse  
psychologique  
« Ne veut pas  
mourir »

■ Mandataire  
(cousine) inquiète  
pour le fils

■ Congés de fins de  
semaines

■ Rencontre  
familiale avec  
patiente, mère, md,  
inf

■ Rencontre pte, fils,  
psychologue, travail  
leuse sociale

■ 50<sup>e</sup> anniversaire



# Du 16 août au 10 octobre 2010

- Prises de sang
- Séries abdominales
- Essais d'insertion de stent
- Catheter central Picc
- Chimio palliative p.o.
- Vitamines IV





- Détérioration graduelle
- 01/10 et 04/10: Augmentation du timbre de fentanyl pour douleurs abdominales
- Entredoses de dilaudid s/c et versed
- 05/10: Décadron diminué, nozinan et buscopan en pousse-seringue
- Décède paisiblement 06/10



# Le cas de Mme S.



- Femme de 46 ans
- Mère célibataire
- Hygiéniste dentaire
- Contact restreint avec sa famille
- Adénocarcinome Rectal avancé localement



# Unité de soins Palliatifs

■ Abscès pelvien avec fistule rétrocutanée au sacrum


■ Douleur pelvienne osseuse et neuropathique

■ Pansement exhaustif avec sac collecteur 45min-1h, Die à Tid PRN écoulements/fuites


■ Injections opiacés Bid-Tid via cathéter Intrathécal

■ Méthadone



 Lymphédème  
bilatéral aux  
jambes

 Ostéomyélite

 Enveloppement  
avec bandages  
compressifs Die  
(20-30min)

 Antibiothérapie IV



■ Détresse  
psychosociale/Douleur  
totale

Problèmes \$  
/Arrangements futurs  
pour garde de son  
enfant

■ Rencontre familiale avec  
pte/fille/Md/psychologue

■ Décline suivi avec  
psychologue mais continue  
le suivi avec son psychiatre

■ Implication ++ travailleuse  
sociale

■ Liens ++ avec bénévoles

■ Congés de fin de semaine  
pour être avec son enfant



# 22 juin 2009

■ Congé avec  
++aide du CLSC

■ 30 juillet 2009  
Réadmission

- Douleur non-contrôlée
- Délirium léger

■ Tx: Réhydratation intraveineuse et congé de nouveau




# 18 août 2009

- Réadmission :
  - Opiacés diminués de 50%, méthadone cessée
  - Delirium sévère, multifactoriel
  - Cathéter central périphérique (PICC) pour hydratation IV
  - Douleur incontrôlée ? Abcès





 Insuffisance rénale  
obstructive aigüe

 Consultations:

1. Urologie  
? Tubes  
néphrostomie
2. Maladies  
Infectieuses  
? Antibiotiques IV
3. Médecine Interne  
? NaHCO<sub>3</sub>



# PLAN DE SOINS

- Niveau de soins 3
- Discussion avec sœur mandataire
- Souhaits exprimés dans le passé par la patiente



# 18 Août 2009 au 13 janvier 2010

■ Infections récurrentes  
et douleurs  
réfractaires

■ 2 abcès de la hanche

■ 10 TX Antibiothérapie  
IV via cathéter central  
(CVCIVP)

■ Incisions et drainages  
et application de sacs  
collecteurs



- Congés de fin de semaines moins fréquents mais maintenus
- Réussit à passer Noël (2 nuits-3jours) avec sa famille et sa fille



- Détérioration graduelle
- Douleur plus difficile à contrôler
- 6 avril 2010 Pte demande d'augmenter la sédation pour son confort
- 9 avril 2010 Pte meurt avec membres de l'équipe se relayant à son chevet



# Service de Soins Palliatifs

- Service de Soins Palliatifs à l'intérieur d'un centre hospitalier tertiaire
- Unité de 15 lits (Équipe multidisciplinaire)
- Équipe de consultation (Md+Inf)
- Hôpital de jour en Soins Palliatifs
- Clinique de douleur cancéreuse
- Clinique de réhabilitation
- Cachexie/lymphédème



# 2010/2011

 98% cancer (Niveau 3)

 20% < 54ans

 18.5 jours de moyenne de séjour




# Traitements offerts

- Hydratation IV, hypodermoclyse
- Antibiothérapie
- Transfusion sanguine
- Radiothérapie palliative
- Drain péritonéal, Drain pleural
- Opiacés via cathéter Épidural ou Intrathécal
- Vertébroplastie
- Bloc neurologique
- Chimiothérapie palliative (p.o.)
- Chirurgie
- Stents
- Etc.







# Technologie

 “Un outil à l’extérieur du corps humain qui est utilisé pour accomplir une tâche désirée” Tinelly et al. 2000




 ....le sentiment dominant parmi les fournisseurs de soins palliatifs en est un de suspicion à l'égard des interventions très techniques, en raison d'une préoccupation sur la sur-utilisation de la technologie qui se traduira par une diminution de l'accent sur les soins palliatifs humains et individualisé... (Hoy, 1995)




 Aucune technologie ne remplace la pensée critique de l'esprit humain, le soin de l'âme humaine, la compétence et l'habileté d'une main humaine, et la chaleur d'un cœur humain dans la guérison des malades... (Robinson 2003)



 L'intention de l'infirmière dans la présence réelle n'est pas de changer, de modifier ou d'intervenir, mais pour témoigner de l'expérience de la personne d'une manière non critique.  
(Bernardo 1998)



# Compassion

 La **compassion** est le sentiment par lequel on est porté à percevoir ou ressentir la souffrance des autres, entraînant une solidarité active ou seulement émotionnelle. (Wikipedia)



Les infirmières en soins palliatifs qui offrent des soins aux patients et aux familles rencontrent des opinions différentes sur l'utilisation appropriée de la technologie dans leur pratique. En outre, des convictions différentes des membres de l'équipe de soins palliatifs peuvent créer des conflits et de l'incertitude pour l'infirmière qui cherche à mettre en œuvre différents niveaux de technologie palliative.

(Manias, 1998)



# Groupes

## 1. Technologie dans votre milieu?

- ❑ Lesquelles
- ❑ Défis

## 2. Comment peut-on:

- ❑ Faciliter l'utilisation de la technologie
- ❑ Promouvoir la compassion?



# SONDAGE INFIRMIER

 Septembre 2009

1. Nommez les principaux défis que vous rencontrez dans votre travail
2. Qu'est- ce qui vous aiderait à mieux faire face à ces défis
3. Commentaires





# DÉFIS


## ÉQUILIBRE ENTRE LA CHARGE DE TRAVAIL ET LES SOINS HOLISTIQUES

- « Finir les tâches nursing et passer plus de temps avec les patients et les familles surtout en fin de vie »




- “Arriver à initier, nourrir la relation humaine avec les patients et familles”
- “Gestion de temps entre la technologie et l’accompagnement”





■ “Réalisation des interventions qui peuvent être discutables du point de vue du confort du patient ou de ses souhaits »

■ “Préparation au mourir quand tant de technologie est utilisée”




« Travailler avec une équipe qui se centre sur les symptômes physiques plutôt que sur ce que la personne vit dans son entité »

« Connaître les objectifs de soins (traitements ou confort) »

# Solutions proposées

- Meilleure compréhension du pourquoi certaines interventions sont faites et être certain que ce n'est pas pour éviter des discussions difficiles
- Clarification de nos principaux objectifs de soins




 Meilleure organisation des techniques de soins pour permettre plus de temps avec les patients et familles



- Assignation de patients balancée, continuité
- Diminuer le ratio patients/inf
- Augmenter le nombre de préposés




# Commentaires


 “Il n’y a aucun autre endroit ou j’aimerais mieux être...”









« Peut-être que je rêve ou que je suis trop nostalgique mais je sens que nous nous éloignons de plus en plus de l'essence même des SP »



« Je ne sais pas s'il y a autre chose qui a besoin d'être changé; nous faisons tout en notre pouvoir pour donner les meilleurs soins »



« Malgré toutes nos plaintes, je crois que la majorité d'entre nous réalise que nous sommes choyés de travailler ici. L'équipe est forte et nous pouvons questionner et être en désaccord tout en sachant que nous serons entendues »




« Il est difficile pour les fournisseurs de soins palliatifs d'éviter d'utiliser les technologies de pointe existantes et beaucoup peuvent se sentir appelés à intégrer la technologie qui répond aux besoins des patients en soins palliatifs. » (Tinelly and al 2000)


## 8 Recommendations (Tinelly et al. 2000)

1. Les infirmières en SP doivent maintenir l'accent sur la personne dont elles prennent soin, en utilisant la technologie comme un outil pour améliorer la qualité de vie






2. Les infirmières en SP doivent reconnaître leurs craintes personnelles, les préjugés ou les obstacles qui peuvent les empêcher d'utiliser la technologie de façon appropriée


 3. Le processus de décision sur l'utilisation de la technologie dans les soins palliatifs est explicite pour chaque situation de soins aux patients et est révisé périodiquement pour empêcher le traitement de dériver vers la technologie sans réfléchir




 4. Les décisions d'utilisation de la technologie sont formées autant que possible par des preuves empiriques






 5. Les infirmières gestionnaires et les éducateurs font en sorte que les infirmières en SP soient bien formées et compétentes dans l'utilisation de la technologie des soins palliatifs




 6. Coûts et avantages pour les patients sont considérés à l'égard de l'utilisation de la technologie en soins palliatifs




 7. Les infirmières en SP se basent sur leur connaissance du patient et jouent un rôle actif dans le processus décisionnel




 8. Les patients et les membres de la famille sont bien renseignés sur les objectifs de soins, la justification pour l'utilisation de la technologie et les implications possibles de l'intervention





« ...Les infirmières peuvent utiliser à la fois la technologie et des soins humains en réponse aux besoins de leurs clients »...  
Lorsque les infirmières« voient de la valeur et adoptent des pratiques de « caring » ainsi que des connaissances d'experts, elles apportent une contribution énorme à la santé et au bien-être de leurs clients. (Barnard, Sandelowski 2005)

 “I only want what is in your heart and  
in your mind”

“David Tasma to Cicely Saunders”



# Bibliographie

Tinnelly K., Kristjanson L., J, McCallion A., Cousins K. (2000) Technology in palliative care: steering a new direction or accidental drift? International Journal of Palliative Nursing, Vol 6, No 10, 495-500

Arthur, D., Pang, S., Wong, T. The effect of technology on the caring attributes of an international sample of nurses, (2001) International Journal of Nursing Studies 38, 37-43

Tavernier, S. (2006) An Evidence-based Conceptual Analysis of Presence, Holistic Nursing Practice, 20(3), 152-156

Bernardo, A. (1998) Technology and true presence in Nursing, Holistic Nursing Practice; 12(4), 40-49

Hader, R. (2005) Forge the connection between technology and compassion, Nursing Management, December Editorial

Robinson, C., (2003) Technology can't replace compassion in health care, Nursing management, 34, Nursing: Vol 33, Issue p 1, Editorial

Johns, C., (2005) Reflection on the relationship between technology and caring, British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, Vol 10, no 3, 150-155

