



Soins efficaces et bienveillants auprès d'une clientèle toxicomane en fin de vie

Louise Handfield, M.Sc. Inf.

Conseillère en soins spécialisés,
Direction des soins infirmiers (DSI),
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

2^e Congrès international francophone de soins palliatifs
23^e Congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec

5 mai 2013

Palais des congrès, Montréal

CHUM 



Remerciements

- Collaborateurs :
 - Nicole Bricault, infirmière de suivi de clientèle, soins palliatifs, Direction de regroupements clientèles (DRC)
 - Hélène Darsigny, infirmière, unité des soins palliatifs, DRC
 - Dre Louise Gagnon, unité des soins palliatifs
 - Sophie Tremblay, infirmière pivot en oncologie, clientèle cancer de la prostate, DRC
 - Céline Corbeil, directrice adjointe, DSI
 - François Provost, infirmier chef, DRC
 - Nathalie Folch, conseillère à la recherche, DSI
 - Sylvie Proulx, technicienne en administration, DSI

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Louise Handfield



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



Pourquoi choisir...

- Des infirmières inexpérimentées en oncologie et en soins palliatifs
- Des interdictions de visite
- Des voisins de chambre bruyants



© Microsoft Online, 2013

pour des soins de fin de vie ?





Plan

- Toxicomanie et soins palliatifs
- Principes thérapeutiques
- Approche patient : exemple de Mr. X
- Contrat thérapeutique
- Responsabilité légale de l'infirmière et obligations du patient
- Conclusion

Toxicomanie et soins palliatifs

- Plusieurs possibilités
 - Histoire ancienne de toxicomanie
 - Sous thérapie de substitution
 - Historique récente d'abus de drogue
 - Toxicomanie active



Quelques définitions

- Tolérance
 - Augmentation de dose nécessaire afin de maintenir l'effet souhaité (propriété pharmacologique)
- Dépendance physique
 - Présence d'un syndrome de sevrage lors d'un arrêt brusque, de réduction de posologie rapide ou lors de l'administration d'un antagoniste
- Abus
 - Utilisation intentionnelle d'une drogue afin d'obtenir un effet non prescrit (ex.: euphorie)

(Passik & Kirsh, 2004)



Quelques définitions (suite)

Addiction / dépendance psychologique

- Mode d'utilisation inadaptée d'une drogue
 - Perte de contrôle ou usage compulsif
 - Consommation en dépit de la connaissance des problèmes de santé physiques / psychologiques / sociaux s'y rattachant
 - Préoccupations / obsessions pour obtenir, utiliser ou recouvrir des effets de la drogue

(Redmond & Krystal, 1984)



Physiologie

Toxicomanie

- Phénomène cérébral adaptatif à l'exposition répétée d'une drogue



Le volontariat de la consommation n'existe plus

Douleur

- Diminution des endorphines
- Tolérance aux opiacés



Toxicomanie

- Nécessite la rencontre :
 - D'un sujet
 - D'une drogue
 - D'un environnement
- Associée ou non à un trouble de la personnalité :
 - N'est pas précurseur de l'évolution
 - Présence est associée à des indices de sévérité de la toxicomanie et à une moins bonne rétention d'une désintoxication

(Provost et al.,2005)



La pseudotoxicomanie

- Comportements déviants visant l'obtention d'un soulagement de la détresse et de la douleur
- Possible chez tous les patients, avec ou sans antécédents de dépendance ou de toxicomanie
- Échelle de gravité

Exemples :

- Surveiller l'horloge
- Réclamer agressivement une médication spécifique ou une augmentation des doses de médicaments
- Utiliser plus que la prescription
- Prendre la médication d'une autre personne
- Menacer d'utiliser des drogues illicites **pour soulager la douleur...**

(Whitcomb et al., 2002)



Comportements auxquels on peut s'attendre

Comme tous les patients, il recherche le soulagement :

- De sa douleur physique et de sa détresse :
 - Pseudotoxicomanie: les comportements déviants sont difficiles à cerner dans un contexte de symptômes non soulagés
- Des signes de sevrage :
 - Il affirme qu'il a de la douleur afin d'obtenir des opiacés
 - Il utilise des manœuvres de triangulation (clivage) et des comportements trompeurs pour arriver à ses fins

(Kirsh et al.,2010)

Principes thérapeutiques

Objectifs réalistes

- Accompagner dans la dernière étape de vie
- Diminuer la douleur et les symptômes
- Éviter les symptômes de sevrage
- Réduire les risques et préjudices
- Contrôler / réduire la consommation
 - L'abstinence devient un objectif irréaliste dans un contexte de stress associé à la maladie et au deuil
 - Inutile de sevrer un patient contre son gré
 - Contre-indiqué et même dangereux de sevrer sans traitement

(Passik & Theobald, 2000)



Dépistage et évaluation

- À l'admission
 - Dépister le patient à risque
 - Évaluer, s'il y a lieu, la nature et la portée du problème
 - Établir un lien de confiance
 - Élaborer un plan de traitement
- En continuum
 - Signes et symptômes d'intoxication et de sevrage

(Passik & Theobald, 2000)

Évaluation : conditions gagnantes

- Exprimer clairement le but de l'évaluation reliée à l'état de santé
- Rassurer concernant la confidentialité (dossier médical)
- Adopter une attitude exempte de jugement et ne pas dramatiser
- Utiliser le même ton que pour des questions sur d'autres sujets, non menaçant
- Aborder en premier, les habitudes mieux acceptées socialement
- Reporter l'évaluation s'il y a des signes d'intoxication

Évaluation approfondie de la consommation

- Type
 - Alcool
 - Calmants, dépresseurs SNC (ex.: Benzo)
 - Opiacés, incluant la méthadone
 - Stimulants (ex.: cocaïne, speed)
 - Autres drogues : cannabis, GHB, ecstasy, kétamine, LSD, mescaline
- Quantité et fréquence
- Mode
- Début de la consommation et fréquence (régulier ou occasionnel)
- Périodes de sobriété
- Dernière consommation
- Signes et symptômes de sevrage et/ou d'intoxication présents ou passés
- Plusieurs instruments validés (CAGE, AUDIT-C...)

Monsieur X

- 47 ans
- Cancer prostate plurimétastatique
- Multiples traitements :
 - Radiothérapie
 - Hormonothérapie / Castration chirurgicale
 - Chimiothérapie
 - Radiothérapie antalgique
- Personnalité limite (colère et impulsivité)
- Anxiété
- Faible soutien de son entourage
- Multiples tentatives de désintoxication pour alcoolisme et dépendance aux benzodiazépines



Problématique

- Douleur non contrôlée
- Épuisement rapide de l'ordonnance de narcotiques
- Harcèlement des divers intervenants
- Non verbal discordant
- Diminution de consommation des doses d'appoint (entredoses) lorsqu'il est hospitalisé





Principes thérapeutiques

- Évaluation
 - Subjective de la douleur cancéreuse, se fier à ce que le patient nous dit de sa douleur
 - De l'anxiété, de l'état dépressif et des autres symptômes
 - De la consommation et de l'apparition de comportements déviants

Principes thérapeutiques (suite)

- **Soulager rapidement la douleur**
 - Optimiser l'utilisation de la coanalgie
 - Utiliser des méthodes alternatives de soulagement de la douleur: TENS, massage, ...
 - Débuter aux doses thérapeutiques habituelles d'opiacés, mais augmenter rapidement (tolérance présente)
 - Privilégier les opiacés à libérations contrôlées
- **Soulager rapidement les autres symptômes et la détresse**
 - Soutien biopsychosocial : problématique à plusieurs facettes
 - Médication pour diminuer les symptômes de sevrage, selon la drogue consommée



Principes thérapeutiques (suite)

- Décider en équipe
 - Se coordonner et se concerter
 - Identifier des solutions novatrices
 - Éviter l'épuisement des intervenants
 - Partager les responsabilités
 - Éviter le clivage
 - Réaliser le plan d'intervention interdisciplinaire
- Établir des limites
 - Dose prescrite par un seul médecin
 - Pas de choix de doses
 - Servi une journée / une dose à la fois

Et M. X. ? Évaluation

- Douleurs:
 - Osseuses et neuropathiques
 - Constantes
 - À plusieurs sites
 - Intensité sévère
- Anxiété sévère
- Détresse importante face aux symptômes, au diagnostic, au pronostic
- Consommation:
 - Minimum de 10 bières/jour
 - Prend jusqu'à 5 co de lorazépam dans sa journée

M. X. – Plan d'intervention

1. Soulager efficacement la douleur
 - Coanalgésie
 - Ajustement de la prescription d'opiacés avec sa consommation
 - Méthode alternative

2. Augmenter le soutien afin de diminuer la détresse
 - Consultation en psychiatrie
 - Suivi psychosocial à domicile
 - Augmentation des visites à domicile
 - Visite médicale de soins palliatifs à domicile



M. X. – Plan d'intervention (suite)

3. Établir des limites

- Visite médicale à l'hôpital chaque semaine, puis prise en charge par le médecin à domicile
- Respect des rendez-vous
- Aucune prescription téléphonique
- Prescription de médicaments pour une semaine à la fois

4. Diminuer le nombre d'appels à divers intervenants

- Identification d'une personne-ressource pour les appels



Résultats des interventions

- Diminution importante
 - De la douleur
 - De l'anxiété
- Diminution
 - Du nombre d'appels
 - Des visites à l'urgence

Conséquences

- Création d'une alliance thérapeutique
- Amélioration de la qualité de vie



Contrat thérapeutique

- *Indications* : Problématique comportementale d'un patient apte qui a les capacités et une certaine volonté à collaborer
- *But* :
 - Réduire les risques et préjudices
 - Développer une alliance thérapeutique
- *Contenu* :
 - Les comportements attendus
 - Les obligations et les attentes précises de part et d'autre
 - Les limites ou interdictions
 - Les mesures de contrôle qui seront prises s'il y a lieu
 - Les conséquences du non-respect du contrat thérapeutique

Contrat thérapeutique entre Madame Y. et les intervenants des soins palliatifs du CHUM (exemple)

Il est entendu que :

- Il est interdit à Madame Y. de vendre ou de donner à qui que ce soit les seringues de Dilaudid de 8 mg remises pour son congé temporaire.
- Elle doit respecter le plus possible les délais d'entredose établis au congé.
- Elle doit accepter la visite de l'infirmière du CLSC.
- Le CHUM fournira à Madame Y. 12 seringues de Dilaudid 8 mg déjà préparées.
- Le CHUM fournira toute la médication en per os et en timbres pour une durée de 48 heures.
- L'unité des soins palliatifs demeure disponible 24/24 heures.
- La patiente peut revenir à l'hôpital à tout moment.

Advenant que la patiente ne se conforme pas aux éléments du contrat, elle ne pourra bénéficier d'autres congés temporaires avec seringues de narcotiques.

Signé le :

Nom de la patiente

Signé le:

Représentant du CHUM





Responsabilité légale de l'infirmière

- Responsable de ses *propres actes* et non ceux du patient
- Prudence et diligence selon les normes de pratique reconnues
- Obligation de moyens dans la dispensation du traitement

Obligations du patient

- Collaboration, franchise et loyauté
- Comportement qui permet au professionnel de remplir son obligation de le soigner adéquatement
- Observance des ordonnances ou directives du personnel soignant

Conclusion

- Besoin intense d'accompagnement
- Défi pour le soulagement de la douleur et de la détresse
- Respect de l'autodétermination de la personne et sa façon de vivre, mais aussi des limites cliniques et légales
- Exigeant pour les intervenants (gratification)



Références

- Kirsh, K. L., & Passik, S. D. (2006). Palliative care of the terminally ill drug addict. *Cancer investigation*, 24(4), 425-431.
- Passik, S. D., & Kirsh, K. L. (2004). Opioid therapy in patients with a history of substance abuse. *CNS drugs*, 18(1), 13-25.
- Passik, S., & Theobald, D. (2000) Managing addiction in advanced cancer patients: why bother ? *Journal of pain and symptom management*, 19(3), 229-234.
- Provost, F., Besner, G., & Brabant, M. (2005), Prévention du sevrage et toxicomanie. In Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Eds.), *Guide clinique en soins infirmiers* (pp, 443-454). Montréal, Canada: CHUM.
- Redmond, D. E., & Krystal, J. H.(1984). Multiple mechanisms of withdrawal from opioid drugs. *Annals rev neurosci*, 7,443-478.
- Whitcomb, L. A., Kirsh, K. L., & Passik, S. D. (2002). Substance abuse issues in cancer pain. *Current pain and headache reports*, 6(3), 183-190.

Merci !



Nouveau CHUM 2016

QUESTIONS ?

Louise.handfield.chum@ssss.gouv.qc.ca