

LA GESTION DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE EN RÉGION

Chantal Anctil, médecin
Monique Sasseville, infirmière

Objectifs

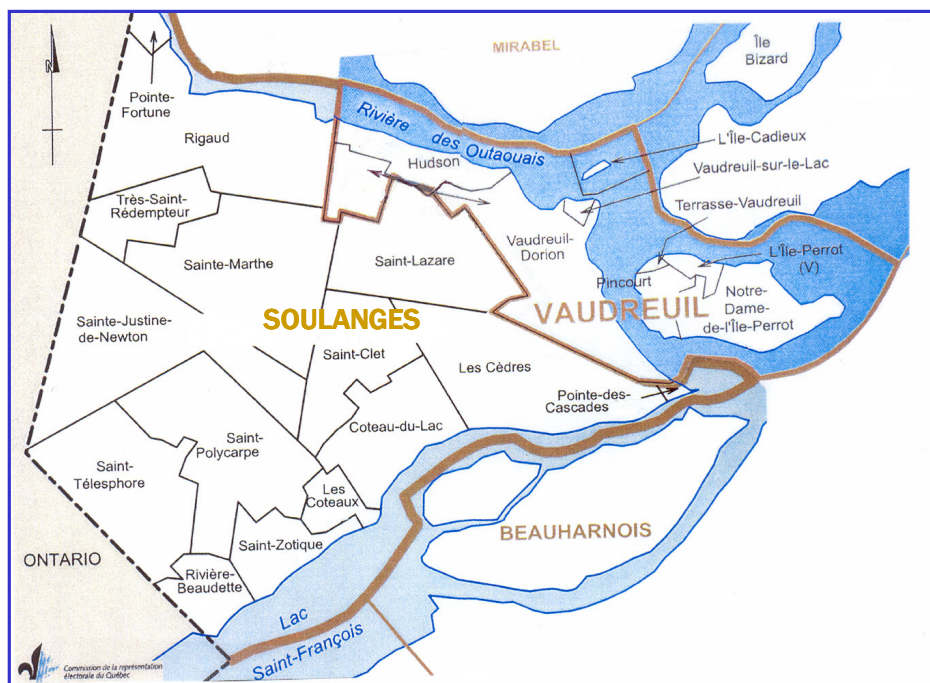
- Prendre connaissance de la réalité vécue par les professionnels qui oeuvrent en soins palliatifs en région
- Discuter de situations cliniques problématiques dans ce contexte
- Partager les outils qui favorisent la collaboration et la satisfaction du patient-famille en fin de vie



Aucun conflit d'intérêts déclaré

La population desservie

Vaudreuil-Soulanges et ses environs



Notre réalité

CSSS Vaudreuil-Soulanges

- Situé immédiatement à l'ouest de Montréal
- Territoire de 855 km², 23 municipalités rurales et urbaines
- Population de 1 177 111 habitants
- 5 points de service : Ville Île Perrot, Rigaud, Hudson, Vaudreuil et St-Polycarpe
- 4 Centres d'hébergement (3 lits de soins palliatifs) – Pas d'hôpital
- 2 Hôpitaux à l'extérieur du territoire : Lakeshore (Est) Valleyfield (Ouest)
- Résidence de l'ouest de l'Île

Notre réalité

- Les demandes de services proviennent principalement de ces deux hôpitaux mais également de tous les hôpitaux de Montréal.
- Notre région, comme plusieurs autres, souffre d'un manque de médecins généralistes et spécialistes

Notre réalité

- Les soins palliatifs à domicile sont assurés par 8 médecins au CSSS (4 ETP) et quelques médecins qui oeuvrent en clinique. La région de Rigaud-Hudson est couverte par une équipe médicale distincte
- Notre clientèle en soins palliatifs bénéficie d'un service de garde médecins-infirmières 24 heures 7 jours semaine et ce depuis bien avant la politique de soins palliatifs

Notre réalité

Notre CLSC a développé au cours des 15 dernières années une **culture des soins palliatifs** :

de quelques individus intéressés à améliorer la qualité des soins palliatifs (1993)

- à la mise sur pied d'un comité de soins palliatif (1998)
- à l'élaboration d'une boîte à outils en soins palliatifs (2000)
- à la formation de bénévoles accompagnateurs (2005)
- jusqu'à un projet de maison de soins palliatifs dans la région qui devrait voir le jour en 2009
- À l'élaboration du projet clinique en soins palliatifs (2007)

Notre réalité – Nos forces

Avoir su développer la culture des soins palliatifs à partir de la volonté de quelques intervenants-terrain

Avoir su **imposer** auprès des gestionnaires les soins palliatifs comme prioritaires et non l'inverse

ORGANISATION

Notre réalité

- Un patient en soins palliatifs qui nous est référé par un hôpital ou une clinique ...est normalement pris en charge dans les **24 heures ou moins** selon la gravité de sa condition.
- L'infirmière du secteur devient **l'intervenant pivot** en soins palliatifs et fait appel aux autres intervenants selon les besoins
- Il n'y a pas d'équipe dédiée aux soins palliatifs en raison de l'étendue du territoire
- Les cas de soins palliatifs sont habituellement discutés en équipe multi (rencontre hebdomadaire)

Prise en charge de l'accueil au décès

□ Professionnels

- ✓ Infirmière à l'accueil
- ✓ Infirmière –pivot
- ✓ Médecin
- ✓ Ergothérapeute
- ✓ Travailleur social
- ✓ Physiothérapeute
- ✓ Inhalothérapeute
- ✓ Nutritionniste
- ✓ Collaboration avec NOVA
- ✓ Infirmière soins palliatifs (budget protégé)
- ✓ *Psychologue*
- ✓ *Lymphothérapeute*

□ Non professionnels

- ✓ Auxiliaires –préposés
- ✓ Responsable équipe
- ✓ Secrétaire-réceptionniste
- ✓ Livreur généreux au cœur tendre
- ✓ Bénévoles *rattachés à l'équipe multi*
- ✓ *Musicothérapeute*
- ✓ *Support spirituel*
- ✓ *Zoothérapeute*
- ✓ *Intervenants complémentaires*

Notre accueil...



Accueil infirmier

- L'infirmière de l'accueil reçoit la DSIE et la transfère sur la fiche de demande de service normalisée du CLSC
- Elle communique avec l'infirmière de liaison de l'hôpital pour détailler et valider certaines informations au sujet de la condition
- Elle accepte la demande

DSIE - [06-6300001-

20071001-1] - Page 1



Complet Incomplet

()
 No. Demande: 06-6300001 1001-1 I-2007

Provenance de la demande

Destinataire

Établissement : Téléphone :
 Mission(s) : Télécopieur :

Expéditeur

Établissement : DEMO Technocentre Régional de Montréal Téléphone : (514) 597-1313
 Service / Programme ou Télécopieur : (514) 524-2557
 Service / Département :

Intervenants

Nom	Profession	Téléphone	Cellulaire

Poste :

Consentement

L'utilisateur consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : Oui Non

Identification

Numéro de dossier : /
 Nom à la naissance : Prénom :
 Sexe : M F Nom usuel :
 Adresse permanente : Adresse temporaire :
 Ville : Code postal : Ville : Code postal :
 Téléphone (permanent) : Téléphone (temporaire) :
 Téléphone (travail) : No de poste :
 Cellulaire/Courriel/Téléavertisseur :
 CLSC d'appartenance :
 Date de naissance: (aaaa-mm-jj) Âge : ans mois
 État civil : Lieu de naissance :
 No. d'assurance maladie : Exp. (année/mois) :
 Langue de communication : Français Communauté culturelle :
 Nom du / de la conjoint(e) : Prénom :
 Date de naissance: (aaaa-mm-jj) Âge : ans
 Nom du père : Prénom :
 Nom de la mère à la naissance : Prénom :

Personnes ressources

Nom	Prénom	Lien	Préciser si cette personne est

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Cellulaire/Téléavertisseur Langue de communication
 No de poste : Courriel Français

Type de résidence

Permanente (lieu de résidence) :
 Temporaire (lieu de séjour) :

DSIE - [06-6300001-

]071001-1] - Page 3

Oxygénothérapie phase terminale :

- Saturation de l'air % Ci-joint
 Gaz artériel

Ordonnance médicale Ci-joint

- Ajuster l'oxygène pour maintenir la saturation à 90-92%
 O2 L/min ou FIO2 %

Autre Ci-joint

Mode d'administration Ci-joint

- Lunettes nasales Ventimask Autres
 Préciser :

Pansements-mèches-agrafes-sutures-drains :

Physiothérapie :

Reprise services antérieurs :

Réadaptation :

Réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) :

Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) :

Répit - Dépannage :

RSIPAPA :

Soins de stomie :

Matériel en sa possession : Oui Non**Soins respiratoires :**

Mode lunette nasale

Durée :

Débit :

Résultats

Air libre : Oui NonDernier gaz : Artériel le : CapillaireO₂ nb litre :

Pn :

PCO₂ :PO₂ :**Soins urinaires :**

Sonde vésicale :

Suivi diabétique :

Suivi insuffisance cardiaque :

Suivi MPOC :

Compléter le formulaire MPOC :

Suivi nutritionnel :

Suivi post-infarctus :

Suivi psychosocial :

Suivi santé mentale :

Suivi SIDA phase terminale :

Suivi soins infirmiers :

Suivi soins palliatifs :

Surveillance état général & s. vitaux :

Surveillance prise médication :



FICHE DE DEMANDE CLSC

COPIE 1216

Numéro de la demande 42052

Adresse	Habituelle <input checked="" type="checkbox"/>	Corresp. <input checked="" type="checkbox"/>	Nom	Prénom	Sexe	No dossier
Ville	Province	Pays	Nom usuel	Statut de l'usager		
Code postal	Tél. domicile	Conf. Tél. travail	Date de naissance	N° d'ass.-maladie	Exp.	Date d'ouverture
	<input checked="" type="checkbox"/>					2000/03/02

AUTRE DEMANDE			
Autre demande	Individuelle <input checked="" type="checkbox"/>	Couple	Famille <input type="checkbox"/>
Demande de service normalisée	<input checked="" type="checkbox"/>	Groupes	Communautaire <input type="checkbox"/>
Demande d'information	<input type="checkbox"/>		

DÉTAIL DE LA DEMANDE			
Date de réception	Référé par	Usager non avisé	Intervenant
2005/08/31	Autre intervenant prat. privée	<input type="checkbox"/>	BOURDEAU, Josée
Nom du référent	Tél. du référent	Poste	Sous-programme
			311 Soins inf. domicile
			Installation
			CLSC LA PRESQU'ÎLE (Vaudreuil)

Objet **Santé physique**
 Nature **SOINS À DOMICILE**

DÉCISION			
Décision	Priorisation	Intervenant	Date
Acceptée		BOURDEAU, Josée	2005/08/31
Précision			

ANALYSE				
Type	Date	Intervenant	Sous-programme	Complète
Santé SAD / C.A.S.J.	2005/08/31	BOURDEAU, Josée	311 Soins inf. domicile	<input type="checkbox"/>

Thème	Commentaires
Lieu de résidence	MAISON
Provenance de la demande	CLINIQUE PRIVÉE
Type de demande	PANSEMENT AVEC MÊCHE, TELFA OU PANSEMENT SEC Q 48HRS (VOIR SELON VOTRE EXPERTISE)
Fact. déclencheurs bio-pay-soc	VIENT DE TERMINER ANTIBIO PAS INJECTION
Diagnostice associée	PLAIE HANCHE GCHÉ
Hospitalisation la + récente	CANCER SEIN
Médecin de famille	
Médecin spécialiste	
Médication	CALD 500 HYDRODIURIL FEMARA ALTACE LIPITOR ATIVAN
Allergie	INCONNU
Régime, assurances	

Accueil infirmier

- Elle priorise en terme de délai d'interventions : 0 à 24 heures
- Pour les cas de soins palliatifs en phase pré - terminale ou terminale, l'infirmière de l'accueil met en place tous les services demandés

Infirmière-pivot

- ▣ Déterminer les besoins et les priorités
- ▣ Faire les références additionnelles: nutrition, physiothérapie, services communautaires (Albatros, popotte roulante) (idéalement: musicothérapie, zoothérapie, massothérapie pour drainage lymphatique),
- ▣ Compléter l'outil d'évaluation de l'autonomie (multiclientèle) et le PTI (plan d'interventions nursing)
- ▣ Remettre et expliquer le cahier de communication
- ▣ Informer et expliquer le service du 24/7 et la procédure d'usage
- ▣ Répondre aux ordonnances et prescriptions médicales
- ▣ Évaluer la capacité de la famille d'assurer le maintien à domicile, présente les choix possibles et aide à faire un choix éclairé
- ▣ Supporter les aidants naturels

Médecin

- Première visite médicale pour évaluation des besoins et prise en charge
- Confirmer le niveau d'intervention ainsi que l'absence de réanimation cardio-respiratoire. Laisser une copie dans le cahier de communication
- S'assurer que le patient et ses aidants connaissent les mesures à prendre s'il survient une détérioration rapide ou un problème.

Médecin

- Valider la connaissance du service 24/7
- S'assurer du contrôle de la douleur et des symptômes associés
- Effectuer l'ordonnance de la médication de base en soins palliatifs: analgésie, constipation, nausée...
- Évaluer la pertinence de prescrire le protocole de détresse

Ergothérapeute

- Évaluer le domicile et la sécurité de l'environnement
- Adapter la salle de bain
- Évaluer les besoins de la patiente
 - ▣ Choisir un matelas ou coussin préventif ou curatif
 - ▣ Déterminer la fréquence des soins d'hygiène par l'auxiliaire familiale et sociale
 - ▣ Enseigner les déplacements sécuritaires (PDSB)

La travailleuse sociale



VIGNETTE 1

Cas type de soins de fin de vie à domicile

Vignette 1

- ❑ Présentation d'un cas qui a demandé une organisation rapide et efficace des services
- ❑ Une réévaluation et un ajustement quotidiens des besoins
- ❑ Une collaboration étroite entre intervenants

Réception de la DSIE

- **Vendredi 9:30** : Hôpital Notre-Dame envoie une demande informatisée de services inter-établissements (DSIE) à l'accueil infirmier pour une prise en charge d'une patiente qui sera de retour à domicile le soir même

Informations DSIE

- ❖ Jeune femme de 34 ans, éducatrice en garderie, vit avec conjoint et deux enfants
- ❖ Néoplasie du col à petites cellules (oat cell) avec métastases ganglionnaires, stade II B récidivant (*avoir en main les stades*)
- ❖ Diagnostics associés: **sub-occlusion**, SIADH, gastrite radique, **rétention urinaire**, **lymphoedème important des membres inférieurs**
- ❖ Hospitalisée 8 jours au CHUM
- ❖ Au courant du *pronostic de moins de 3 mois**, souhaite retourner au domicile et y recevoir les soins palliatifs

Informations DSIE

- ❖ Demande faite par le service social de l'hôpital pour un lit de soins palliatifs au CH de la région lorsque les services offerts par le CLSC ne seront plus suffisants (offre maximale de 21 heures par semaine d'allocation pour répit)*
- ❖ Famille et patiente ont été informées qu'ils doivent aviser au moins une semaine à l'avance pour s'assurer d'avoir une place ! Au moment de la demande il y a 11 personnes en attente au CH

Informations DSIE

Médication de départ

- Fentanyl timbre 50 mcg/h q 3 jours
- Dilaudid 1 mg sc q heure prn par papillon
- Octréotide 50 mg SC q8 h
- Neurontin 100 mg Pos TID
- Nozinan 5 mg Pos BiD ou HS si somnolence
- Xylocaïne gel 2% application vulvaire q4h prn
- Dexaméthasone 4 mg Pos BID
- Oxybutyrine 2,5 mg BID cesser après 1 semaine si toléré
- Pantoloc 40 mg Pos die
- Colace 100 mg 2 capsules BID
- Bénédril 25 mg 1 à 2 co q6-8 si prurit
- Ativan 0,5 mg TID prn si anxiété ou myoclonies

Type de demandes

Ergothérapie

- ❑ Prêt d'un lit d'hôpital
- ❑ Table et bassin de lit
- ❑ Marchette
- ❑ Evaluation du domicile et sécurité environnement
- ❑ Adaptation de la salle de bain

Type de demande

Nursing

- ❑ Papillons sc à changer q 5-7 jours pour injections de dilaudid
- ❑ Injections de Sandostatin
- ❑ InSCRIPTION 24-7
- ❑ Sonde vésicale (06-06) à changer q mois
- ❑ Suivi état général et contrôle de douleur

Type de demande

Médical

- Suivi médical à domicile par médecin du CLSC

CHANTAL : est-ce pertinent ?

* *Dans les cas comme celui-ci le médecin ne recevra pas plus de détails que ce qui provient de la DSIE, il devra compléter ...*

Actions entreprises

Jeudi 12:00

Infirmière de l'accueil

- ❑ Démarches auprès service des équipements pour obtenir et livrer lit (Livraison 15:00)
- ❑ Référence interne à l'ergothérapeute (Visite jour 4)
- ❑ Infirmière-pivot informée de nouvelle assignation et visite prévue pour l'après-midi et les jours subséquents
- ❑ Assignation d'un médecin (démarches auprès de ASI) (Visite jour 2)
- ❑ Inscription au 24-7

Actions entreprises

Jeudi 16:00

Prise en charge nursing

La première visite est un des moments les plus importants de la relation thérapeutique et elle donnera le ton à celle-ci.

Il est essentiel de **prendre le temps** de créer une relation basée sur la confiance et L'EMPOWERMENT du patient et de la famille

Les soins palliatifs au domicile suppose le **soutien** et non le **maintien**

Actions entreprises

Jeudi 16:00

Prise en charge nursing

La première visite est un des moments les plus importants de la relation thérapeutique et elle donnera le ton à celle-ci.

Il est essentiel de **prendre le temps** de créer une relation basée sur la confiance et l'autodétermination du patient et de la famille

Les soins palliatifs au domicile suppose le **soutien** et non le **maintien**

Première visite

- Evaluer les besoins bio-psycho-sociaux
- Compléter les informations reçues via DSIE
- Prendre le temps d'écouter son **histoire**
(parce qu'à partir de ce moment, nous serons un des personnages de cette histoire)
- Analyser la situation
- Agir et anticiper à court terme (un pas en avant jamais plus – un **non** aujourd'hui ce sera un **peut-être** demain et un **oui** après demain)

L'histoire d'X

- Elle est couchée au lit , le lyphoedème de la taille aux orteils est imposant, elle n'a plus de cheveux
- S'est déplacée très difficilement pour se rendre à la toilette , est épuisée
- Elle porte un cathéter vésical qui présente des dépôts blanchâtres +++, œdème vulvaire rendra difficile la réinstallation
- Elle s'alimente et s'hydrate peu (sub-occlusion)
- Selles ce jour (peu satisfaisant)
- Timbre duragésic en place
- Papillon en place pour ED dilaudid chaque 3 heures

L'histoire d'X

- Elle est couchée au lit , le lyphoedème de la taille aux orteils est imposant, elle n'a plus de cheveux
- S'est déplacée très difficilement pour se rendre à la toilette , est épuisée
- Elle porte un cathéter vésical qui présente des dépôts blanchâtres +++, œdème vulvaire rendra difficile la réinstallation
- Elle s'alimente et s'hydrate peu (sub-occlusion)
- Selles ce jour (peu satisfaisant)
- Timbre duragésic en place
- Papillon en place pour ED dilaudid chaque 3 heures

Planification

- 1) Obtenir chaise d'aisance - ce soir
- 2) Laisser message à ergo pour obtenir - ce soir
fauteuil-gériatrique
- 3) Appeler le médecin pour l'informer de la situation et obtenir
ordonnance pour dilaudid via pousse-seringue pour la nuit
seulement -ce soir
- 4) Irriguer cathéter avec NS - die
- 5) Référer en nutrition -ce soir
- 6) Référer en psycho-social -ce soir
- 7) Installer pousse-seringue -ce soir

Jour 2

Observations :

- Bonne nuit pour X et le conjoint (satisfaits du p.s)
- Douleur contrôlée avec médication
- Bouche sèche, malgré hydratation et alimentation
- SV : O particularité
- A reçu visite des 2 petites filles soulagée de leur avoir parlé
- Refuse aide au bain

Actions :

- Ecouter et soutenir
- Changer timbre 50mcg
- Suggérer moistir et gomme
- Poursuivre enseignement famille : enregistrement ED

Jour 3

- Rougeur région dorsale: risque d'ulcère décubitus
 - Vérifier si matelas est adéquat , visite ergo demain
 - Vérifier connaissances de la famille en matière de prévention des plaies

Jour 4

- Site papillon avec rougeur
- Reçoit ED q.3heures
- O selles X 3 jours
- Diminution appétit
- Difficulté à se mobiliser
- Changer le papillon
- Faire suivre avec ergo suite à sa visite
- Envisager un lève-personne
- Appeler le médecin : augmente timbre à 100mcg

Jour 5

- O selles X 4 jours
- Douleur neurogène région inguinale g
- Ne se lève plus
- Diminution de alimentation et hydratation
- TR : ampoule distendue o fécalome
- Appeler médecin : Fleet et Dulcolax prn
- Administrer Fleet: o efficace
- Dulcolax suppositoire
- Augmenter timbre à 100 mcg q 3jours
- Faire appel suivi en soirée: suppo: o efficace

Jour 7

- Détérioration état général
- Douleur inguinale ○ soulagée
- Douleur abdominale : 0 selles X6 jours
- Insiste pour être installée sur chaise d'aisance
- Refuse ED : elle dort trop, perd du temps précieux
- Nausées
- Diminution alimentation et hydratation
- Médication p.o.: seulement colace +senno+ditropan tolérés
- Installer à la chaise d'aisance ○ selles
- Appeler médecin
- Cesser ditropan : ne devrait pas être administré si occlusion
- Faire le suivi de la visite de bénévole-lymphothérapeute (avec accord Dr. I.)
- Expliquer l'importance de contrôle de la douleur

Jour 8

- Appel de la famille à 11:30
- Nausées +++ et vomissements fécaloïdes
- NPO et soif +++
- Brûlements oesophagiens
- Visite conjointe avec médecin
- **Ordonnances**
 - Cesser décadron p.o
 - Débuter dexaméthasone 8mg sc bid X 10 doses
 - Cesser maxéran p.o.
 - Débuter gaviscon prn
 - Débuter métoclo.10mg sc qidX5jours, cesser si crampes sévères
 - Débuter Haldol 0.5 à 1.0 mg sc tid X10 doses
 - Installer papillons et administrer premières doses médication (trousse med)

Jour 8

- Ne s'hydrate pas: peur de vomir
- Nausées diminuent
- Vomissements cessés
- Selles liquides
- Plus confortable
- Gaviscon : efficace
- Visite avec médecin
- Suggérer de garder H₂O dans la bouche puis de cracher,
- Utiliser glaçons
- Ordonnance pour protocole de détresse
- Explications au conjoint et X en regard du protocole
- ✓ **Dilaudid 4 mg sc q30min prn ad confort**
- ✓ **Midazolam 5mg sc q30min ad sédation**
- ✓ **Scopolamine 0.4mg sc q2hres prn si râles terminaux et inconscience**

Jour 9

- Médications sc : efficaces
- **Dit qu'elle se sent partir**
- SV: 116-79
 - pls :109 R
 - sat: 97%
 - Resp:16

Jour 10

- Très somnolente
- Selles importantes
- Nausées soulagées avec Haldol, pris régulièrement
- Ne mange plus , s'hydrate très peu
- Eructations fréquentes
- Renforçons importance des soins bouche
- Soutien à la famille qui réalise que la fin est proche

Jour 11: 15h45

- Somnolente et calme qq périodes brèves d'éveil
- Changement au niveau de respiration
- Selles abondantes durant la nuit
- ED sont plus fréquentes
- Dysphagique : NPO depuis ce matin s'est étouffée en buvant
- Appel au médecin de garde
- Ordonnance : Timbre Duragésic à 125mcg q3jrs
- Remplacer Haldol par Nozinan 12.5mg si impossible de s'en procurer

Jour 11 16:45

- Changement rapide de la condition
- Eveillée
- Difficulté à respirer
- Douleur généralisée ++++
- Dilaudid 3 mg Stat
- O soulagée X 15 minutes
- Protocole détresse initié
- Appel médecin de garde

17:10 : Décès

18:00: Médecin constate

VIGNETTE

Cas type de soutien médical à domicile en phase pré-terminale

Vignette #2

- Un homme de 70 ans, retraité
- Adénocarcinome de la prostate depuis 1990
- Traitement hormonal seulement
- Chimio, radiothérapie refusées
- Métastases osseuses
- Métastases hépatiques suspectées
- HTA contrôlée
- Dyslipidémie valeurs cibles atteintes
- Diabète II bien contrôlé

Vignette #2

- Vit avec sa femme qui travaille toute la journée. Est la seule aidante
- Autonome pour l'habillage, se faire à manger et manger
- Ne conduit plus à cause des effets secondaires de la médication
- Sa fille habite dans la même région mais n'est pas disponible
- Déménagement prévu avec elle dans une maison multi-générationnelle

Vignette #2

Les attentes du patient

- Espère rester à la maison le plus longtemps possible, même mourir à la maison
- Les attentes de l'épouse ne sont pas précisées

Vignette 2

Médication actuelle



Vignette #2

Médication actuelle

- M-Eslon 30 mg BID
- Statex 5 mg : 1 à 2 doses par jour
- Dexaméthasone 4 mg 1 co BID
- Senne 8,6 mg 3 co BID
- Docusate na 100 mg 3 caps BID TID ↑
- Paroxétine 30 mg die
- Ativan 2 mg HS (2006)
- Pantoloc 40 mg die

Vignette #2

Médication actuelle

- Zometa 4 mg IV aux 3 semaines (*biphosphanate*)
- Zoladex LA 10,8 mg par implant aux 3 mois (*analogue LHRH*)(2007-07-13)
- Furosemide 40 mg die
- B12 1200 mg LA die
- Insuline 4 fois par jour avec échelle
- Coversyl 4 mg die, Bisoprolol 2,5 mg die
- Flomax CR 0,4 mg 2 co HS

Vignette #2

Service du CLSC

- Infirmière aux 3 semaines
- Médecin aux 4 semaines
- Service social demandé pour ressources internes

Vignette #2

25 juillet 16h00

- AM: Épouse rejoint l'infirmière de secteur car son mari est confus et présente des idées paranoïdes

- L'infirmière évalue la situation par téléphone

Vignette #2

- Le 18 juillet, il s'est présenté en ambulance à l'urgence pour douleurs thoraciques, lombaires et DRS avec irradiation à la mâchoire et au bras gauche.
- Investigation cardiaque négative
- Diagnostic de départ: Métastases osseuses
- Morphine LA 60 mg BID (dose doublée) *entre-doses dans le dernier 24 h (35 mg)*
↑

Vignette #2

- Il est devenu confus avec hallucination visuelle, perte d'équilibre
- Le md traitant a lq Morphine LA à 40 mg BID puis à 30 mg BID, la confusion persistant
- Amélioration de la confusion et de l'hallucination en 48 heures mais faiblesse des membres inférieurs avec chute dans le bain à 2 reprises il y a qq jours

Vignette #2

- Médecin traitant étant en vacances, l'infirmière rejoint le médecin de garde et rapporte la situation
- 16h00: Visite à domicile du médecin de garde (1)

Évaluation et examen physique

Confusion, nausées et inappétence sans vomissement depuis le réveil, plénitude abdominale. Il a gardé le lit

3 selles semi-liquides ce matin; 2 hier

Urine sans difficulté

Pas de douleur lors de la visite

Diabète contrôlé

Vignette #2

Examen physique

- *TA 134/50, RC 86/min, Sat air libre 95%*
- *Non souffrant, faciès cushinoïde*
- *Abdomen souple, péristaltisme N, sensibilité flanc gauche, sans défense, pas de globe vésical*
- *Œdème à godet m. inf. droit > gauche*
- *Examen neurologique et musculaire N **sauf flexion hanche droite 4/5***

Vignette #2

Impressions diagnostiques

- Effet résiduel de \uparrow rapide de la morphine
- Pas d'évidence d'évolution de la maladie
- Radiculopathie motrice L3L4 droite avec risque de chute (métastase osseuse?)

Vignette #2

Conduite du MD #1

- Surveillance de glycémies capillaires et échelles d'insuline déjà prescrites
- Diète molle au goût, hydratation fréquente
- Toilette au lit au lieu du bain
- Morphine LA 30 mg BID maintenu
- Graval avec ativan ce soir
- Infirmière de secteur avisée de réévaluer le lendemain, de faire une demande d'hygiène au lit par AFS et Transfert verbale au médecin de garde (#2)le lendemain

Vignette #2

26 juillet

- Nouveau md de garde (2) appelé en PM par l'infirmière en raison de la détérioration de l'état général de monsieur et de l'anxiété du couple observé lors de sa visite

Évaluation infirmière

- *Alimentation et hydratation minimales*
- *Impression d'avoir une masse dans l'estomac. Les aliments ont mauvais goût dans la bouche*
- *Pas de nausée, vomissement, pyrosis ni dysphagie*
- *1 selle consistante aujourd'hui*
- *Pas de douleur, diabète contrôlé*
- *Il circule un peu avec une marchette*

Vignette #2

Évaluation infirmière suite

- *Le patient dort peu la nuit et beaucoup le jour*
- *Il est affaissé, déprimé*
- *Il pleure, il a peur et est inquiet de laisser sa conjointe s'occuper seule du déménagement*
- *Discussion avec l'épouse qui est présentement en vacances*

Vignette #2

- *Elle exprime son épuisement car son mari est très demandant.*
- *Elle est très inquiète de retourner au travail et de laisser son mari seul le jour*
- *Ils ont refusé une place dans un lit de soins palliatifs au centre d'hébergement du territoire. Ils ne se sentent pas prêt*

Vignette #2

Évaluation médicale

- Problème d'origine psycho-sociale
- Pas d'urgence physique; pas de visite ce jour
- Anxiété et trouble du sommeil
- Douleur épigastrique. Étiologie à préciser.

Vignette #2

Conduite médicale

- Après discussion avec le patient et son épouse, priorisation de l'amélioration du sommeil
- Nozinan 5 mg 1/2 co hs
- FSC, profil hépato-rénal (dont ca++), mg le lendemain
- Support social demandé d'urgence (*AFS, aide en privé par le chèque emploi service, bénévoles, répit en CH pour la préparation du déménagement*)
- Demande des résultats de laboratoire et de radiographies de la dernière visite à l'urgence le 18 juillet
- Visite médicale à domicile prévue le lendemain

Vignette #2

27 juillet PM

Visite médicale

- *Il a bien dormi toute la nuit ainsi que son épouse*
- *Moins anxieux*
- *Pas de confusion*
- *Fatigue persistante dans la journée*
- *Plusieurs selles liquides foncées*

Vignette #2

- *Douleur épigastrique, sourde, constante*
- *Pas de douleur abdominale ou aux épaules*
- *Sensation importante du péristaltisme, ballonnement, absence de gaz*
- *Dysgueusie. Dégoût des aliments*
- *A peu mangé (qq bleuets, fraises et framboises congelée)*
- *Boit un peu d'eau avec sa médication*

Vignette #2

- *vagues nausées par gravol TID*
- *Vomissement alimentaire à une reprise après avoir mangé quelques fraises*
- *Impression d'acidité à l'estomac*
- *Diabète bien contrôlé*
- *Le patient exprime la volonté de demeurer à domicile*

Vignette #2

Prise de la médication?

- M-Eslon 30 mg BID , Statex 5 mg : 2 doses
- Dexaméthasone 4 mg 1 co BID
- Senne 8,6 mg 3 co BID
- Docusate na 100 mg 3 caps BID
- Ativan 2 mg HS
- Nozinan 2,5 mg HS
- Zometa 4 mg IV reçu le 2007-07-26 AM**
- Furosemide 40 mg die
- Coversyl 4 mg die, Bisoprolol 2,5 mg die
- Insuline 4 fois par jour avec échelle
- Flomax CR 0,4 mg 2 co HS ?
- B12 1200 mg LA die ?
- Pantoloc 40 mg die ??**
- Paroxétine 30 mg die ??

Vignette #2

Examen physique

- *TA 130/70 RC 90/min Sat 97% T 37,7 B*
- *Au fauteuil, orienté, collabore*
- *Obèse, pâle, léger œdème au visage*
- *Muqueuses sèches sans persistance du pli cutané*
- *Abdomen adipeux, souple, avec selles+++ à la palpation, péristaltisme très augmenté mais non métallique*

Vignette #2

- *Pas de défense ni ressaut*
- *Pas d'hépatosplénomégalie, rebord hépatique lisse, pas de masse palpable, pas de globe vésical*
- *Sensibilité épigastrique et à la fosse iliaque droite*
- *TR: muqueuse anale irritée, l'adiposité ne permet pas de se rendre au rectum*

Vignette #2

Bilan sanguin

- Gb 7,8 N
- neutro, lympho, plaquettes normaux
- **GR 3,3; Hb 99; Ht 0,299; VGM et CHGM N**
↓
- Bilan rénal normal sauf créatinine 142
- Bilan hépatique, amylase pancréatique normaux
- Résultats antérieurs non disponibles

Vignette #2

Impressions

- Ballonnement abdominal progressif, augmentation du péristaltisme depuis la sortie de l'hôpital (dose de morphine doublée), selles liquides ce jour
- nausées, inappétence, dysgueusie
- Légère déshydratation
- Douleur épigastrique sourde
- Amélioration du sommeil, amélioration de l'épuisement
- Examen physique et laboratoire plutôt rassurants
- Zometa reçu la veille (30% constipation; 27% nausée; 16% douleur abdominale; 9% diminution de l'appétit; 1,2% altération du goût)

Vignettes #2

Hypothèses diagnostiques

- Plusieurs malaises peuvent être des effets secondaires temporaires de la médication (zometa)?
- Constipation. Début d'occlusion basse? effet secondaire de plusieurs médicaments? obstruction extrinsèque par métastase? adénopathie?
- Déshydratation légère
- Douleur épigastrique: Ulcère? Gastrite? (décadron x 2006-11) RGO, gastroparésie? Métastases? Lien avec sub-occlusion?
- Anémie normochrome, normocytaire asymptomatique (résultats antérieurs à vérifier)

Vignette #2

Ordonnances médicales

- Améliorer l'hydratation par des sucettes glacées (1 à 1.5l)
- Fleet refusé aujourd'hui, est trop fatigué ???
- Colace 3 caps TID, Lactulose 15 ml DIE
- Pantoloc 40 mg die, gaviscon 2 co TID (max 6 die)
- Dexasone 12 mg die x 3 jours puis 8 mg die
- ↑Continuer Nozinan 2,5 mg HS
- Métoclopr ?

Vignette #2

28 juillet AM

Relance téléphonique

- Va mieux, a bien dormi
- Il a pris plusieurs sucettes glacées
- Pas de nausée. Il a faim (il mangerait un steak)
- Soulagement de la douleur épigastrique environ 2 heures par gavisco 2 co
- Pas de selle, crampes abdominales péri-ombilicales et ballonnement abdominal

Vignette #2

diagnostic

- Constipation avec sub-occlusion basse
- Douleur épigastrique secondaire à l'arrêt du prévacid pendant quelques jours
- Nausées et altérations du goût seraient probablement des effets secondaires du Zometa

Vignette #2

Ordonnances médicales

- Rassurer le patient et la conjointe
- ↑ Sennosides 3 co TID
- Supp. Dulcolax et glycérine ce AM
- Fleet huileux avec tube rectal à répéter Die ad résolution
- PSA si possible

Vignette #2

Résultat

- Évacuation de liquide pâteux avec mucus pendant plusieurs jours puis des selles formées avec résolution des symptômes digestifs *PSA : Selles normales dans le colon, pas de dilatation intestinale occlusive, pas d'air libre, discrète aérocolie et aérogrêlie non spécifique*
- *Évaluation ergothérapie le 27 juillet pour demande d'hébergement temporaire et AFS pour aide au bain*

Niveau	<u>Douleur</u>	<u>vomissement</u>	<u>Dilatation</u> <i>ballonnement, distention</i>	<u>Péristaltisme</u> <i>arrêt des matières fécales et des gaz</i>
<u>Haut</u> <i>Estomac</i>	Minime <i>L'estomac se distend</i>	Importants <i>clairs ou nourriture non digérée</i>	normal	Normal ou clapotis
<u>Moyen</u> <i>Petit intestin</i>	Coliques péri ombilicales <i>Très sévère</i> <i>car péristaltisme très fort</i>	Moyens à graves Biliaux à fécaloïdes	moyen	Hyperactif Bruits métalloïdes <i>Arrêt tardif</i>
<u>Bas</u> <i>Colon</i>	Coliques peu sévères, sourdes péri-ombilicales basses <i>Le colon se distend</i>	Apparition tardive fécaloïde	important	Bruits métalliques espacés <i>Arrêt précoce</i>

Éléments d'un bon suivi à domicile

- Développement des liens de confiance
- Implication des aidants naturels à tous les niveaux de soins (en expliquant pourquoi on agit)
- Utiliser un langage approprié pour favoriser la compréhension et l'échange
- Connaître les connaissances, croyances attentes et volontés du patient et de sa famille et les respecter

- Explications des choix disponibles pour favoriser un consentement éclairé (domicile, lit de soins palliatifs en CH, maison de soins palliatifs)
- Faire preuve de créativité *exemples*
- Faire preuve de souplesse et

Outils

- DESI
- Formulaire CLSC
- Feuille sommaire développée par l'équipe médicale
- Cahier de communication
- Boîte à outils (voir la table des matières)
- Trousse de fin de vie à domicile
- Trousse d'urgence située dans les CH
- Trousse médicale
- Entente avec les pharmacies pour la disponibilité des médicaments usuels
- Protocoles et ordonnances collectives (*présentement en évaluation*)
- Disponibilité à domicile d'un portable avec logiciel pharmaceutique

La boîte à outils



Trousse de fin de vie à domicile



Trousse d'urgence située dans les Centres d'hébergement

- 3 ampoules Midazolam (Versed) 5mg/ml
- 5 ampoules Morphine 10mg/ml
- 2 timbres Fentanyl (Duragésic) 25mcg
- 1 timbre Fentanyl (Duragésic 100 mcg
- 3 ampoules Scopolamine 0.4 mg/ml
- 2 ampoules Methoprazine (Nozinan) 25mg/ml
- 3 ampoules Haloperidol (Haldol) 5mg/ml
- 4 ampoules Furosemide (Lasix) 10mg/ml
- 1 fiole Dexamethasone (Decadron) 4mg/ml #5ml
- 1 ampoule Vitamine K 10 mg/ml
- 2 ampoules Metoclopramide (Maxeran) 5 mg/ml
- 1 ampoule Naloxone (Narcan) 0,4 mg/ml
- 2 Pansements Tegaderm ou Opsite

Trousse de médicaments d'urgence

- Atropine 0,6 mg/ml
- Atropine 1% gouttes oph. # 5ml
- Dimenhydrinate 50 mg/ml
- Phénobarbital 120 mg/ml
- Lorazepam 1 mg SL
- Morphine 50 mg/ml
- Hydromorphone 2 mg/ml, 10 mg/ml, 50mg/ml
- Prochlorpérazine suppositoires 10 mg
- Diclofénac suppositoires 100 mg

Points à améliorer

- Présence d'un gestionnaire-leader avec une vision des soins palliatifs
- Présence d'un travailleur social dédié aux soins palliatifs et disponible sans délai
- Utilisation d'autres professionnels pour améliorer le contrôle de la douleur (physio, masso, aromathérapie...)
- Développement d'ordonnances globales pour les symptômes fréquents
- Formation en soins palliatifs adaptée à tous les intervenants dans tous les milieux de soins

Points à améliorer

- Suivi de deuil
- Support spirituel aux patients
- Support aux intervenants
- Support physique et psychologique aux aidants naturels
 - ▣ Nombre d'heures répit insuffisant
 - ▣ (21 h/semaine)
 - ▣ Bonification du tarif horaire pour le chèque emploi-service (10\$/heure)

Points à améliorer

- Amélioration des couloirs de services avec les différents référents
- Choisir une échelle de performance et la diffuser à tous les intervenants du territoire (permet le partage des informations lors des gardes)

Les priorités retenues en santé physique

5. Planifier l'offre de services en soins palliatifs et en oncologie selon les orientations nationales et régionales

En oncologie :

- Élaborer notre programmation locale en lutte contre le cancer
- Mettre sur pied un mécanisme de coordination entre la 1^{ière}, 2^{ième}, 3^{ième}, ligne
- Consolider les corridors de services
- Atteindre les objectifs de participation attendus aux programmes nationaux de dépistage reconnus

En soins palliatifs :

- Développer, standardiser et diffuser l'approche, les procédures, les protocoles et ordonnances collectives, pour l'ensemble des milieux de soins et des intervenants du territoire
- Augmenter le nombre de lits dédiés et revoir les priorités d'accès aux lits
- Consolider le rôle de l'infirmière en soins palliatifs

Centre de santé et de services sociaux
de Vaudreuil-Soulanges



POURQUOI TRAVAILLER ENSEMBLE ? DES ENJEUX ET DES PRIORITÉS EN LIEN AVEC NOS RESPONSABILITÉS COLLECTIVES

Présentation au colloque du DRMG Local de
Vaudreuil-Soulanges

Automne 2007

Diane Lyonnais, directrice de programmes