

**2^e congrès
international
francophone
de soins palliatifs**

**23^e congrès du
Réseau de soins
palliatifs du Québec**

5 au 7 mai 2013

**Palais des congrès
de Montréal
Québec, Canada**

www.aqsp.org
www.pluricongres.com/congresrsq



**À la
rencontre
de nos
diversités :**
vers des soins palliatifs pour tous

**Réseau de
soins palliatifs
du Québec**
confort, dignité

L'utilisation d'un outil pour viser une offre optimale de soins et de services de qualité en soins palliatifs à domicile

Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

Chantal Courtemanche

Infirmière clinicienne,
consultante en soins palliatifs

Centre de santé et de services sociaux
du Suroît

Chantal Rochefort

Infirmière clinicienne,
consultante en soins palliatifs



Réseau de cancérologie de la Montérégie

2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom des conférenciers:



Chantal Courtemanche
Chantal Rochefort

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

Préambule – Plan de cheminement clinique (PCC)

La majorité des patients atteints d'une maladie grave préfère mourir à domicile ou tout au moins vivre le plus longtemps possible à la maison. Ils souhaitent être soulagés de leurs souffrances physiques et morales en privilégiant la qualité du temps qu'il reste. Malgré ce désir, moins de 10% des québécois décèdent à la maison et la majorité mourront dans un milieu de soins aigus.

Le plan de cheminement clinique (PCC) en soins palliatifs à domicile représente un effort concerté pour détailler les domaines à évaluer chez le patient atteint d'un cancer avancé nécessitant des soins à domicile. Il cible les interventions pouvant être privilégiées auprès du patient et de ses proches en lien avec son état clinique et les phases distinctes de la maladie, incluant le maintien et le décès à domicile, si souhaité, ainsi que le suivi de deuil.

Le principal but du PCC est donc de favoriser la qualité du maintien et du mourir à domicile de façon sécuritaire chez les patients de tout âge atteint de cancer en privilégiant leur qualité de vie et leur bien-être.

Le PCC;

- se veut avant tout un guide pour l'infirmière basé sur les données probantes disponibles les plus récentes. Le PCC ne remplace en aucun temps le jugement clinique de l'infirmière qui déterminera la démarche à suivre selon les besoins, désirs et buts des patients/proches.
- utilise le modèle conceptuel en soins infirmiers de McGill
- est structuré en phases distinctes qui sont déterminées par l'état clinique du patient. La trajectoire du PCC inclut la phase où le patient est accueilli jusqu'à la période d'agonie et de suivi de deuil. Des évaluations et interventions sont proposées selon les données probantes à chaque phase et à chaque visite.
- stipule que l'infirmière évalue dans quelle phase le patient se situe quand il est accueilli aux soins à domicile ainsi que la pertinence d'appliquer les interventions des phases antérieures.
- suggère une fréquence de visites à chaque phase afin de permettre une réponse rapide et appropriée aux besoins qui peuvent changer rapidement quand la condition du patient se détériore.
- propose en annexe des outils pour faciliter l'évaluation de certains symptômes/conditions. L'évaluation systématique des patients aux prises avec une maladie qui limite leur survie, ainsi que de leurs proches, favorise une détection précoce des symptômes biopsychosociaux et assure, par la voie d'interventions appropriées, un suivi de qualité.

- rappelle que le suivi s'effectue dans un contexte interdisciplinaire où l'implication des intervenants sera déterminée par les désirs des patients et des proches pour ces soins/services ainsi que par les critères de références aux divers professionnels.
- représente un idéal à viser selon les différentes normes et à cette fin, peut être utile pour les cliniciens et gestionnaires afin d'identifier les écarts entre ce qui devrait être offert et ce que l'on peut offrir. Le but n'est pas de se classer vis-à-vis un idéal mais plutôt de réduire l'écart entre une offre de soins/services actuelle versus une offre optimale en tenant en compte des contraintes et moyens du milieu ainsi que les besoins des patients/proches.

En conclusion il est souhaité que le PCC permette un rehaussement de la qualité des évaluations, du choix des interventions et des suivis infirmiers auprès des patients en soins palliatifs ainsi que leurs proches à domicile.

Plan de la présentation

- Plan de cheminement clinique (PCC)
 - Basé sur...
 - Pour qui
 - Pourquoi
- Application clinique
- Conclusion
- Documentation et sources d'inspiration

Plan de cheminement clinique (PCC)

- Basé sur ...
 - Données probantes les plus récentes
 - Normes canadiennes en soins palliatifs
 - Le modèle conceptuel en soins infirmiers de McGill

Plan de cheminement clinique (PCC)

- Pour qui ...
 - Infirmière du soutien à domicile et de liaison
 - Équipe interdisciplinaire
 - Gestionnaire

Plan de cheminement clinique (PCC)

- Pourquoi ...

Favoriser la qualité du maintien et du mourir à domicile de façon sécuritaire chez les patients de tout âge atteints de cancer en privilégiant leur qualité de vie et leur bien-être

Plan de cheminement clinique (PCC)

- Détaille les domaines à évaluer chez le patient atteint de cancer avancé nécessitant des soins palliatifs à domicile
- Cible des interventions prioritaires en lien avec l'état clinique du /patient et les phases distinctes de la maladie
- Oriente selon les besoins, désirs et buts du patient/proches



Réseau de cancérologie de la
Montérégie

Le carré des soins

Le carré des soins décrit les six étapes essentielles du processus de la prestation des soins : évaluation, transmission de l'information, prise de décision, planification des soins, prestation des soins et confirmation, et illustre le fait qu'elles portent sur les questions et les domaines auxquels sont souvent aux prises les patients et les familles.

ECOG*
PPPSv2*
État clinique

Chaque phase :

Évaluation :

- ✓ Besoins/priorités/attentes/ espoirs/craintes
- ✓ Dépistage détresse psychosociale
- ✓ Environnement sécuritaire
- ✓ Niveau d'épuisement du/des proche(s) aidant(s)*

Transmission des informations :

- ✓ Ressources disponibles
- ✓ Sur le changement de l'état clinique au médecin
- ✓ Être prête pour une discussion franche concernant les soins palliatifs (cessation de Tx, euthanasie, sédation, etc.)
- ✓ Soutenir les aidants pour la transmission des informations proches, incluant les enfants

Prise de décision :

- ✓ Évaluer la capacité globale de décision
- ✓ Faciliter l'identification des besoins et priorités
- ✓ Faisabilité du maintien/ modification domicile*
- ✓ Soutenir la prise de décision
- ✓ Utiliser une démarche éthique*

Planification :

- ✓ Rédiger/mise à jour du PII
- ✓ Demande de (pré)admission ou mise à jour pour Maison/lits soins palliatifs

Soins prodigués aux patients et aux proches		Modalité des soins					
		Évaluation	Transmission de l'information	Prise de décisions	Planification des soins	Prestation des soins	Confirmation
Problèmes courants	Gestion de la maladie						
	Domaine physique						
	Domaine psychologique						
	Domaine social						
	Domaine spirituel						
	Domaine pratique						
	Soins de fin de vie/gestion de la mort						
	Pertes, deuil						

secrétaires*

- ✓ P. du protocole de détresse : médicaments disponibles
- ✓ Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie*

Validation

- ✓ Réviser les consignes en cas d'urgence

Prestation :

- ✓ Enseigner signes de fin de vie
- ✓ Interventions spirituelles

Validation :

- ✓ Rappel des procédures en cas de décès*



	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
ECOG		0 - 1	2	3	4	4	
PPSv2		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
Nutritionniste							
Infirmière/ Médecin							
ASSS							
Travailleur social							
Communautaire / spirituel							
Inhalothérapeute							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Infirmière en oncologie							

<p>AVQ/AVD</p> <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient/famille ✓ Intervenant/équipe ✓ Mise à jour 24/7 ✓ Mise à jour PI/PTI <p>Planification des soins/services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horaire des visites <p>Prestation des soins/services:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces 	<p>tielle en soins tant approche familiale</p> <p>otivité à</p> <p>isque de deuil</p> <p>des</p> <p>de l'infirmière services et us rejoindre s de la é coordonnées traitant</p> <p>sseport es soins</p> <p>ne prise en ale u 24/7</p> <p>on des sponibles</p>	<p>✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés</p>	<p>✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés</p>	<p>✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés</p>	<p>✓ Ajuster le plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.)</p> <p>Prestation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Préparer Rx en sous cutané ✓ S'assurer d'une disponibilité suffisante de Rx (incluant l'ordonnance du protocole de détresse) ✓ Enseignement aux proches aidants 	<p>informations</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consignes pour le retour d'équipement ✓ Consignes pour la destruction des médicaments* ✓ Informer sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil <p>Prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Appel ou visite suite au décès 	
Nombre de visites suggérées	1 à 2 visites	Q. 2 semaines, peut alterner avec relance téléphonique	Q. semaine, peut alterner avec relance téléphonique	1-2 fois /semaine Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites de minimum 1 fois/semaine à ce stade.	3 fois/semaine et plus Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites à ce stade.	Die à BID	Selon facteurs de risque

Application clinique

- Monsieur Denis (Phase d'accueil)
 - Homme de 56 ans avec un cancer du poumon non à petites cellules avec des métastases pulmonaires, osseuses et hépatiques
 - Habite avec sa conjointe dans une maison de deux étages
 - Monsieur a exprimé le désir de mourir à domicile.
 - Conjointe incertaine de sa capacité de le soutenir jusqu'à la fin de vie.
 - Suivi effectué par son médecin de famille
 - Symptômes :
 - Dyspnée, douleur osseuse, anorexie
 - Dépression, détresse spirituelle
 - Fait de moins en moins ses activités
 - De plus en plus souvent couché



Réseau de cancérologie de la
Montérégie

PLAN DE CHEMINEMENT CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE / Infirmière

ECOG*	ACCUEIL	Phase Stabilité 0 - 1	Phase Affaiblissement 2	Phase Détérioration 3	Phase Fin de Vie 4	Phase Agonie 4	ETAPE DEUIL
PPPSv2*		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
État clinique Évaluer/gérer/coordonner/enseigner, référer	Déterminer dans quelle phase l'usager se situe	<ul style="list-style-type: none"> Certains signes de maladie Symptômes occasionnels Ambulation complète Activité normale avec effort Autonome AVQ Ingestion normale 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie évoluée Symptômes fréquents Ambulation réduite Assistance occasionnelle Ingestion normale ou réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Symptômes fréquents Assis/couché Assistance plupart AVQ Ingestion réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Augmentation des symptômes Alité Dépendance complète +/- Désorienté Ingestion réduite ou gorgées +/- Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> Signes précurseurs de la mort Alité Somnolence ou coma Aucune ingestion Dysphagie 	Auprès des proches aidants
Chaque phase : Évaluation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Besoins/priorités/attentes/ espoirs/craintes ✓ Dépistage détresse psychosociale* ✓ Environnement sécuritaire ✓ Niveau d'épuisement du/des proche(s) aidant(s)* Transmission des informations : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressources disponibles ✓ Sur le changement de l'état clinique au médecin ✓ Être prête pour une discussion franche concernant les soins palliatifs (cessation de Tx, euthanasie, sédation, etc.) ✓ Soutenir les aidants pour la transmission des informations aux proches, incluant les enfants Prise de décision: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer la capacité globale de prise de décision ✓ Faciliter l'identification des buts et priorités ✓ Faisabilité du maintien/ mourir à domicile* ✓ Soutenir la prise de décision ✓ Utiliser une démarche éthique* Planification : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rédiger/mise à jour du PII ✓ Demande de (pré)admission ou mise à jour pour Maison/lits soins palliatifs 	Évaluation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépistage nutritionnel* 	Évaluation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépistage nutritionnel* Transmission des informations : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Référence pour évaluation de l'environnement ✓ Soutien ponctuel avec organismes communautaires Prise de décision : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir l'opportunité de réfléchir sur ses souhaits en lien avec les soins/Tx proposés. ✓ S'assurer d'une discussion sur la planification préalable des soins (niveaux de soins - incluant le RCR) Prestation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduction d'équipements ✓ Enseignement pour déplacements sécuritaires* 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorer les rites/rituels de fin de vie ✓ Déplacement et transfert sécuritaire ✓ Besoins de surveillance des paramètres de routine (S.V., glycémies, etc.) Transmission des informations : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Référence pour suivi médicale à domicile Prise de décision: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aide à identifier les problèmes légaux pertinents (curatelle, mandat d'incapacité, etc.) et référer au besoin ✓ Identifier décideur substitué. Planification : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajout d'équipements Prestation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Px du protocole de détresse : médicaments disponibles ✓ Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie* Validation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réviser les consignes en cas d'urgence 	Évaluation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réévaluer les facteurs de risque de deuil compliqué Transmission des informations <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consignes pour la destruction de la médication ✓ Contact et suivi médical fréquent Prise de décision : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revalider niveaux de soins (incluant RCR) au besoin. Planification : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Voie d'administration : Px disponible pour sous cutané/ transmuqueux ✓ Px de sonde vésicale ✓ Valider disponibilité médicale pour constat de décès (certificat SP3) ✓ Encourager les aidants à prévoir une surveillance accrue Prestation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseigner signes de fin de vie ✓ Interventions spirituels Validation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rappel des procédures en cas de décès* 	Prestation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilisation du sous cutané/ transmuqueux ✓ Favoriser l'intimité ✓ Favoriser rites/ rituels de fin de vie ✓ Mettre fin à la relation Validation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Révision des consignes pour de la destruction de la médication 	Planification <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si dépistage de détresse: appel après plusieurs semaines pour suivi ✓ Mettre fin à la relation 	



	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
ECOG		0 - 1	2	3	4	4	
PPSv2		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
Nutritionniste							
Infirmière/Médecin							
ASSS							
Travailleur social							
Communautaire /spirituel							
Inhalothérapeute							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Infirmière en oncologie							
Chaque visite :		Planification	Planification	Planification	Évaluation		Transmission des informations
Évaluation : ✓ Symptômes (EESÉ*, PQRST-1*, etc.) et de l'état clinique (PPSv2) ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD	Évaluation ✓ Évaluation initiale en soins palliatifs incluant approche systémique familiale (MCEF)* ✓ Désir et réceptivité à l'information ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué*	Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	✓ Ajuster le plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.)		✓ Consignes pour le retour d'équipement ✓ Consignes pour la destruction des médicaments* ✓ Informer sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil
Transmission des informations : ✓ Patient/famille ✓ Intervenant/équipe ✓ Mise à jour 24/7 ✓ Mise à jour PI/PTI	Transmission des informations : ✓ Expliquer rôle de l'infirmière ✓ Informer des services et comment nous rejoindre ✓ Vérifier limites de la confidentialité ✓ Remettre nos coordonnées au médecin traitant				Prestation: ✓ Préparer Rx en sous cutané ✓ S'assurer d'une disponibilité suffisante de Rx (incluant l'ordonnance du protocole de détresse) ✓ Enseignement aux proches aidants		Prestation : ✓ Appel ou visite suite au décès
Planification des soins/services : ✓ Horaire des visites	Planification : ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés						
Prestation des soins/services : ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces	Prestation : ✓ S'assurer d'une prise en charge médicale ✓ Inscription au 24/7						
Validation : ✓ Exécution des auto-soins ✓ Satisfaction avec plan de traitement	Validation : ✓ Compréhension des ressources disponibles						
Nombre de visites suggérées		Q. 2 semaines, peut alterner avec relance téléphonique	Q. semaine, peut alterner avec relance téléphonique	1-2 fois /semaine Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites de minimum 1 fois/semaine à ce stade.	3 fois/semaine et plus Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites à ce stade.	Die à BID	Selon facteurs de risque

Tout symptôme instable ou changement de médication justifie une visite ou un appel ad stabilité. L'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) peut être consultée en tout temps. * Consulter annexe



Réseau de cancérologie de la
Montérégie

PLAN de CHEMINEMENT CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE / Infirmière

ECOG*	ACCUEIL	Phase Stabilité 0 - 1	Phase Affaiblissement 2	Phase Détérioration 3	Phase Fin de Vie 4	Phase Agonie 4	ETAPE DEUIL
PPPSv2*		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
<p>État clinique</p> <p>Évaluer/gérer/coordonner/enseigner, référer</p>	<p>Déterminer dans quelle phase l'utilisateur se situe</p>	<ul style="list-style-type: none"> Certains signes de maladie Symptômes occasionnels Ambulation complète Activité normale avec effort Autonome AVQ Ingestion normale 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie évidente Symptômes +/- fréquents Ambulation réduite Assistance AVD Assistance occasionnelle AVQ Ingestion normale ou réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Symptômes fréquents Assis/couché Assistance plupart AVQ Ingestion réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Augmentation des symptômes Alité Dépendance complète +/- Désorienté Ingestion réduite ou gorgées +/- Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> Signes précurseurs de la mort Alité Sommolence ou coma Aucune ingestion Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> Auprès des proches aidants
<p>Chaque phase :</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Besoins/priorités/attentes/espoirs/craintes Dépistage détresse psychosociale* Environnement sécuritaire Niveau d'épuisement du/des proche(s) aidant(s)* <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ressources disponibles Sur le changement de l'état clinique au médecin Être prête pour une discussion franche concernant les soins palliatifs (cessation de Tx, euthanasie, sédation, etc.) Soutenir les aidants pour la transmission des informations aux proches, incluant les enfants <p>Prise de décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la capacité globale de prise de décision Faciliter l'identification des buts et priorités Faisabilité du maintien/ mourir à domicile* Soutenir la prise de décision Utiliser une démarche éthique* <p>Planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rédiger/mise à jour du PII Demande de (pré)admission ou mise à jour pour Maison/lits soins palliatifs 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage nutritionnel* 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage nutritionnel <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Référence pour évaluation de l'environnement Soutien ponctuel avec organismes communautaires 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Considérer besoins spirituels Explorer les rites/rituels de fin de vie Déplacement et transfert sécuritaire Besoins de surveillance des paramètres de routine (S.V., glycémies, etc.) <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Référence pour suivi médicale à domicile <p>Prise de décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> Aide à identifier les problèmes légaux pertinents (curatelle, mandat d'inaptitude, etc.) et référer au besoin Identifier décideur substitué. <p>Planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajout d'équipements <p>Prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Px du protocole de détresse : médicaments disponibles Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie* <p>Validation</p> <ul style="list-style-type: none"> Réviser les consignes en cas d'urgence 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Réévaluer les facteurs de risque de deuil compliqué <p>Transmission des informations</p> <ul style="list-style-type: none"> Consignes pour la destruction de la médication Contact et suivi médical fréquent <p>Prise de décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> Revalider niveaux de soins (incluant RCR) au besoin. <p>Planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> Voie d'administration : Px disponible pour sous cutané/ transmuqueux Px de sonde vésicale Valider disponibilité médicale pour constat de décès (certificat SP3) Encourager les aidants à prévoir une surveillance accrue <p>Prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseigner signes de fin de vie Interventions spirituels <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rappel des procédures en cas de décès* 	<p>Prestation</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation du sous cutané/ transmuqueux Favoriser l'intimité Favoriser rites/ rituels de fin de vie Mettre fin à la relation <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Révision des consignes pour de la destruction de la médication 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> Si dépistage de détresse: appel après plusieurs semaines pour suivi Mettre fin à la relation 	



	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
ECOG		0 - 1	2	3	4	4	
PPSv2		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
Nutritionniste							
Infirmière/Médecin							
ASSS							
Chaque visite :							
Évaluation : ✓ Symptômes (EES*, PQRST-I*, etc.) et de l'état clinique (PPSv2) ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD	Évaluation Initiale en soins incluant approche familiale Acceptivité à l'annonce du risque de deuil	Planification ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	Planification ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	Planification ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés	Évaluation ✓ Ajuster le plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.) Prestation: ✓ Préparer Rx en sous cutané ✓ S'assurer d'une disponibilité suffisante de Rx (incluant l'ordonnance du protocole de détresse) ✓ Enseignement aux proches aidants	Transmission des informations ✓ Consignes pour le retour d'équipement ✓ Consignes pour la destruction des médicaments* ✓ Informer sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil Prestation : ✓ Appel ou visite suite au décès	
Transmission des informations : ✓ Patient/famille ✓ Intervenant/équipe ✓ Mise à jour 24/7 ✓ Mise à jour PI/PTI	Préparation des services : Rôle de l'infirmière et des services et nous rejoindre Adaptation des services de la région Mise à jour des coordonnées des services en traitement						
Planification des soins/services : ✓ Horaire des visites	Préparation des services : Mise à jour des coordonnées des services en traitement						
Prestation des soins/services: ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces	Prestation des soins/services: ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces						
Validation : ✓ Exécution des auto-soins ✓ Satisfaction avec plan de traitement	Validation : ✓ Exécution des auto-soins ✓ Satisfaction avec plan de traitement						
	2 visites	Q. 2 semaines, peut alterner avec relance téléphonique	Q. semaine, peut alterner avec relance téléphonique	1-2 fois /semaine Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites de minimum 1 fois/semaine à ce stade.	3 fois/semaine et plus Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites à ce stade.	Die à BID	Selon facteurs de risque

de médication justifie une visite ou un appel ad stabilité. L'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) peut être consultée en tout temps. * Consulter annexe



Réseau de cancérologie de la
Montérégie

PLAN DE CHEMINEMENT CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE / Infirmière

ECOG*	ACCUEIL	Phase Stabilité 0 - 1	Phase Affaiblissement 2	Phase Détérioration 3	Phase Fin de Vie 4	Phase Agonie 4	ETAPE DEUIL
PPPSv2*		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
État clinique Évaluer/gérer/coordonner/enseigner, référer	Déterminer dans quelle phase l'usager se situe	<ul style="list-style-type: none"> Certains signes de maladie Symptômes occasionnels Ambulation complète Activité normale avec effort Autonome AVQ Ingestion normale 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie évidente Symptômes +/- fréquents Ambulation réduite Assistance AVQ Assistance occasionnelle AVQ Ingestion normale ou réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Symptômes fréquents Assis/couché Assistance plupart AVQ Ingestion réduite 	<ul style="list-style-type: none"> Maladie étendue Augmentation des symptômes Alité Dépendance complète +/- Désorienté Ingestion réduite ou gorgées +/- Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> Signes précurseurs de la mort Alité Sommolence ou coma Aucune ingestion Dysphagie 	Auprès des proches aidants
Chaque phase :		Évaluation ✓ Dépistage nutritionnel*	Évaluation ✓ Dépistage nutritionnel	Évaluation ✓ Considérer besoins spirituels ✓ Explorer les rites/rituels de fin de vie ✓ Déplacement et transfert sécuritaire ✓ Besoins de surveillance des paramètres de routine (S.V., glycémies, etc.)	Phase Fin de Vie 4	Prestation ✓ Utilisation du sous cutané/ transmuqueux ✓ Favoriser l'intimité ✓ Favoriser rites/ rituels de fin de vie ✓ Mettre fin à la relation	Planification ✓ Si dépistage de détresse: appel après plusieurs semaines pour suivi ✓ Mettre fin à la relation
					30-20		
Évaluation : ✓ Besoins/priorités/attentes/ espoirs/craintes ✓ Dépistage détresse psychosociale* ✓ Environnement sécuritaire ✓ Niveau d'épuisement du/des proche(s) aidant(s)*			Transmission des informations : ✓ Référence pour évaluation de l'environnement ✓ Soutien ponctuel avec organismes communautaires	Transmission des informations : ✓ Référence pour suivi médicale à domicile		Validation : ✓ Réviser les consignes pour de la destruction de la médication	
Transmission des informations : ✓ Ressources disponibles ✓ Sur le changement de l'état clinique au médecin ✓ Être prête pour une discussion franche concernant les soins palliatifs (cessation de Tx, euthanasie, sédation, etc.) ✓ Soutenir les aidants pour la transmission des informations aux proches, incluant les enfants			Prise de décision : ✓ Offrir l'opportunité de réfléchir sur ses souhaits en lien avec les soins/Tx proposés. ✓ S'assurer d'une discussion sur la planification préalable des soins (niveaux de soins - incluant le RCR)	Prise de décision: ✓ Aide à identifier les problèmes légaux pertinents (curatelle, mandat d'inaptitude, etc.) et référer au besoin ✓ Identifier décideur substitué.			
Prise de décision: ✓ Évaluer la capacité globale de prise de décision ✓ Faciliter l'identification des buts et priorités ✓ Faisabilité du maintien/ mourir à domicile* ✓ Soutenir la prise de décision ✓ Utiliser une démarche éthique*			Prestation : ✓ Introduction d'équipements ✓ Enseignement pour déplacements sécuritaires*	Planification : ✓ Ajout d'équipements			
Planification : ✓ Rédiger/mise à jour du PII ✓ Demande de (pré)admission ou mise à jour pour Maison/lits soins palliatifs				Prestation : ✓ Px du protocole de détresse : médicaments disponibles ✓ Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie* Validation ✓ Réviser les consignes en cas d'urgence			



Réseau de cancérologie de la
Montérégie

	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
ECOG		0 - 1	2	3	4	4	
PPSv2		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
Nutritionniste							
Infirmière/Médecin							
ASSS							
Travailleur social							
Communautaire /spirituel							
Inhalothérapeute							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Infirmière en oncologie							
<p>Chaque visite :</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Symptômes (EESE*, PQRST-1*, etc.) et de l'état clinique (PPSv2) ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient/famille ✓ Intervenant/équipe ✓ Mise à jour 24/7 ✓ Mise à jour PI/PTI <p>Planification des soins/services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horaire des visites <p>Prestation des soins/services:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exécution des auto-soins ✓ Satisfaction avec plan de traitement 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation initiale en soins palliatifs incluant approche systémique familiale (MCEF)* ✓ Désir et réceptivité à l'information ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué* <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expliquer rôle de l'infirmière ✓ Informer des services et comment nous rejoindre ✓ Vérifier limites de la confidentialité ✓ Remettre nos coordonnées au médecin traitant <p>Planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés <p>Prestation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer d'une prise en charge médicale ✓ Inscription au 24/7 <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compréhension des ressources disponibles 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuster le plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.) <p>Prestation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Préparer Rx en sous cutané ✓ S'assurer d'une disponibilité suffisante de Rx (incluant l'ordonnance du protocole de détresse) ✓ Enseignement aux proches aidants 	<p>Transmission des informations</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consignes pour le retour d'équipement ✓ Consignes pour la destruction des médicaments* ✓ Informer sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil <p>Prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Appel ou visite suite au décès 		
Nombre de visites suggérées	1 à 2 visites	Q. 2 semaines, peut alterner avec relance téléphonique	Q. semaine, peut alterner avec relance téléphonique	1-2 fois /semaine Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites de minimum 1 fois/semaine à ce stade.	<p style="text-align: center;">3 fois/semaine et plus Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites à ce stade.</p>		<p style="text-align: center;">Die à BID</p>

Tout symptôme instable ou changement de médication justifie une visite ou un appel ad stabilité. L'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) peut être consultée en tout temps. * Consulter annexe

Plan de cheminement clinique (PCC)

- Favorise une détection précoce des symptômes et besoins bio-psycho-sociaux et spirituels
- Rappelle le contexte interdisciplinaire
- Utile pour identifier les écarts entre ce qui devrait être fait et ce que l'on peut offrir
- Propose en annexe des outils pour faciliter l'évaluation

CONCLUSION

Le plan de cheminement clinique
est utile pour guider l'infirmière
sur les évaluations/soins/services
à considérer/proposer
mais il ne remplace pas
le jugement clinique de l'infirmière

Documentation et sources d'inspiration

- **Documentation (Outils):**

- ECOG : Eastern cooperative oncology group

- http://www.oncoprof.net/Generale2000/g06_Classification/sch00_etatgeneral/sch00_e_g02.html

http://ecog.dfci.harvard.edu/general/perf_stat.html

- PPSv2 : échelle de performance palliative

http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/ppsv2-french_pdf.pdf

- Dépistage de détresse psychosocial : Rapport du comité d'oncologie psychosocial : Vers des soins centrés sur la personne, Direction de la lutte contre le cancer, Mars 2011

www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

- Formulaire Indicateurs du niveau d'épuisement du proche aidant (Outils maison)

- Conditions favorables pour le maintien/mourir à domicile (Outils maison)

- Démarche éthique (Modèle selon CSSS)

- EESE : Échelle d'évaluation de symptômes d'Edmonton :

<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13260>

2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

Documentation et sources d'inspiration

- **Documentation (Outils):**

- Évaluation initiale en soins palliatifs (Outils maison)
- Signet Évaluation familiale : Aide-mémoire du MCEF et MCIF par Anne Plante, CICM, Hiver 2010
- Feuillelet : Guide d'intervention systémique du MCEF : Plante, Anne, CICM (outils maison)
- Facteurs de risque pour un deuil compliqué : Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Dépistage nutritionnel de MNA
http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf
- Planification préalable aux soins : <http://www.planificationprealable.ca/>
- Enseignement pour déplacements sécuritaires :
<http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb/fiches-pdsb.html>

Documentation et sources d'inspiration

- **Documentations (Outils):**
- Ces derniers moments de vie» : Infirmières consultante en soins palliatifs de la Montérégie : disponible dans certains CSSS de la Montérégie
- Rappel des procédures en cas de décès et consignes pour la destruction: Que faire en cas de décès (Outils maison)
- Guide spirituel: Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press
- **Sources d'inspiration :**
- Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Hall C, Hudson P, Boughey 2012, Bereavement support standards for specialist palliative care services, Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne

Documentation et sources d'inspiration

Sources d'inspiration :

- Leahy, Wright, *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*, ERPI
http://erpi.com/collegial/l_infirmiere_et_la_famille_p22484409.html
- Normes en soins palliatifs infirmiers de l'association canadienne des soins palliatifs (ACSP) : <http://acsp.net/professionnels/les-normes-de-pratique.aspx>
- Normes pancanadiennes pour soins palliatifs a domicile de l'ACSP :
<http://acsp.net/professionnels/les-normes-de-pratique.aspx>
- Modèle conceptuel de McGill ; [Paquette Desjardins, Danièle; Sauve, Johanne](#), Profession Infirmière, La Collecte de données, ISBN 10: [2894617534](#) / ISBN 13: [9782894617533](#)

2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

Pour plus d'information

- **Danielle Drouin:** consultante régionale en soins palliatifs de la Montérégie:
450-466-5000 poste 3376
- **Chantal Courtemanche:** ICSP CSSS Champlain-Charles-Lemoyne:
450-445-4452 poste 2589
- **Chantal Rochefort,** ICSP CSSS du Suroît:
450-371-0143 poste 3174

2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

PLAN DE CHEMINEMENT CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE / Infirmière

ECOG*	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
		0 - 1	2	3	4	4	
		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
État clinique Évaluer/gérer/coordonner/enseigner, référer	Déterminer dans quelle phase l'utilisateur se situe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Certains signes de maladie ➤ Symptômes occasionnels ➤ Ambulation complète ➤ Activité normale avec effort ➤ Autonome AVQ ➤ Ingestion normale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie évidente ➤ Symptômes +/- fréquents ➤ Ambulation réduite ➤ Assistance AVD ➤ Assistance occasionnelle AVQ ➤ Ingestion normale ou réduite 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie étendue ➤ Symptômes fréquents ➤ Assis/couché ➤ Assistance plupart AVQ ➤ Ingestion réduite 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie étendue ➤ Augmentation des symptômes ➤ Alité ➤ Dépendance complète +/- Désorienté ➤ Ingestion réduite ou gorgées +/- Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes précurseurs de la mort ➤ Alité ➤ Somnolence ou coma ➤ Aucune ingestion ➤ Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auprès des proches aidants
Chaque phase : Évaluation : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Besoins/priorités/attentes/ espoirs/craintes ✓ Dépistage détresse psychosociale* ✓ Environnement sécuritaire ✓ Niveau d'épuisement du/des proche(s) aidant(s)* Transmission des informations : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressources disponibles ✓ Sur le changement de l'état clinique au médecin ✓ Être prête pour une discussion franche concernant les soins palliatifs (cessation de Tx, euthanasie, sédation, etc.) ✓ Soutenir les aidants pour la transmission des informations aux proches, incluant les enfants Prise de décision: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer la capacité globale de prise de décision ✓ Faciliter l'identification des buts et priorités ✓ Faisabilité du maintien/ mourir à domicile* ✓ Soutenir la prise de décision ✓ Utiliser une démarche éthique* Planification : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rédiger/mise à jour du PII ✓ Demande de (pré)admission ou mise à jour pour Maison/lits soins palliatifs 		Évaluation ✓ Dépistage nutritionnel*	Évaluation ✓ Dépistage nutritionnel Transmission des informations : ✓ Référence pour évaluation de l'environnement ✓ Soutien ponctuel avec organismes communautaires Prise de décision : ✓ Offrir l'opportunité de réfléchir sur ses souhaits en lien avec les soins/Tx proposés. ✓ S'assurer d'une discussion sur la planification préalable des soins (niveaux de soins - incluant le RCR) Prestation : ✓ Introduction d'équipements ✓ Enseignement pour déplacements sécuritaires*	Évaluation ✓ Considérer besoins spirituels ✓ Explorer les rites/rituels de fin de vie ✓ Déplacement et transfert sécuritaire ✓ Besoins de surveillance des paramètres de routine (S.V., glycémies, etc.) Transmission des informations : ✓ Référence pour suivi médicale à domicile Prise de décision: ✓ Aide à identifier les problèmes légaux pertinents (curatelle, mandat d'inaptitude, etc.) et référer au besoin ✓ Identifier décideur substitué. Planification : ✓ Ajout d'équipements Prestation : ✓ Px du protocole de détresse : médicaments disponibles ✓ Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie* Validation ✓ Réviser les consignes en cas d'urgence	Évaluation ✓ Réévaluer les facteurs de risque de deuil compliqué Transmission des informations ✓ Consignes pour la destruction de la médication ✓ Contact et suivi médical fréquent Prise de décision : ✓ Revalider niveaux de soins (incluant RCR) au besoin. Planification : ✓ Voie d'administration : Px disponible pour sous cutané/ transmuqueux ✓ Px de sonde vésicale ✓ Valider disponibilité médicale pour constat de décès (certificat SP3) ✓ Encourager les aidants à prévoir une surveillance accrue Prestation : ✓ Enseigner signes de fin de vie ✓ Interventions spirituels Validation : ✓ Rappel des procédures en cas de décès*	Prestation ✓ Utilisation du sous cutané/ transmuqueux ✓ Favoriser l'intimité ✓ Favoriser rites/ rituels de fin de vie ✓ Mettre fin à la relation Validation : ✓ Révision des consignes pour de la destruction de la médication	Planification ✓ Si dépistage de détresse: appel après plusieurs semaines pour suivi ✓ Mettre fin à la relation

	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Affaiblissement	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	ÉTAPE DEUIL
ECOG		0 - 1	2	3	4	4	
PPSv2		80	70-60	50-40	30-20	10-0	
Nutritionniste							
Infirmière/Médecin							
ASSS							
Travailleur social							
Communautaire /spirituel							
Inhalothérapeute							
Physiothérapeute							
Ergothérapeute							
Infirmière en oncologie							
<p>Chaque visite :</p> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Symptômes (EASE*, PQRST-I*, etc.) et de l'état clinique (PPSv2) ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient/famille ✓ Intervenant/équipe ✓ Mise à jour 24/7 ✓ Mise à jour PI/PTI <p>Planification des soins/services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horaire des visites <p>Prestation des soins/services:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Basés sur les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exécution des auto-soins ✓ Satisfaction avec plan de traitement 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation initiale en soins palliatifs incluant approche systémique familiale (MCEF)* ✓ Désir et réceptivité à l'information ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué* <p>Transmission des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expliquer rôle de l'infirmière ✓ Informer des services et comment nous rejoindre ✓ Vérifier limites de la confidentialité ✓ Remettre nos coordonnées au médecin traitant <p>Planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés <p>Prestation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer d'une prise en charge médicale ✓ Inscription au 24/7 <p>Validation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compréhension des ressources disponibles 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés 	<p>Planification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier le passeport oncologie et les soins associés 	<p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuster le plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.) <p>Prestation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Préparer Rx en sous cutané ✓ S'assurer d'une disponibilité suffisante de Rx (incluant l'ordonnance du protocole de détresse) ✓ Enseignement aux proches aidants 	<p>Transmission des informations</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consignes pour le retour d'équipement ✓ Consignes pour la destruction des médicaments* ✓ Informer sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil <p>Prestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Appel ou visite suite au décès 	
Nombre de visites suggérées	1 à 2 visites	Q. 2 semaines, peut alterner avec relance téléphonique	Q. semaine, peut alterner avec relance téléphonique	1-2 fois /semaine Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites de minimum 1 fois/semaine à ce stade.	3 fois/semaine et plus Les appels téléphoniques ne peuvent pas remplacer les visites à ce stade.	Die à BID	Selon facteurs de risque

Tout symptôme instable ou changement de médication justifie une visite ou un appel ad stabilité. L'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) peut être consultée en tout temps. *Consulter annexe

Abréviation(s)	Nom
AVQ	Activités de vie quotidienne
AVD	Activités de vie domestique
Tx	Traitements
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
S.V.	Signes vitaux
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
PPSv2	Palliative prognostic scale (2ième version)
EESE	Échelle d'évaluation de symptômes d'Edmonton
MCEF	Modèle Calgary d'Évaluation Familiale
Rx	Médicaments
Px	Prescription
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group



Documentations et sources d'inspiration Plan de cheminement clinique (PCC)

Documentations (Outils):

- ECOG : Eastern cooperative oncology group
http://www.oncoprof.net/Generale2000/g06_Classification/sch00_etatgeneral/sch00_eg02.html
http://ecog.dfci.harvard.edu/general/perf_stat.html
- PPSv2 : échelle de performance palliative
http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/ppsv2-french_pdf.pdf
- Dépistage de détresse psychosocial : Rapport du comité d'oncologie psychosocial : Vers des soins centrés sur la personne, Direction de la lutte contre le cancer, Mars 2011
[www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.](http://www.msss.gouv.qc.ca/section/Documentation/rubrique/Publications)
- Formulaire Indicateurs du niveau d'épuisement du proche aidant (Outils maison)
- Conditions favorables pour le maintien/mourir à domicile (Outils maison)
- Démarche éthique (Modèle selon CSSS)

- EESE : Échelle d'évaluation de symptômes d'Edmonton :
<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13260>
- Évaluation initiale en soins palliatifs (Outils maison)
- Signet Évaluation familiale : Aide-mémoire du MCEF et MCIF par Anne Plante, CICM, Hiver 2010
- Feuillet : Guide d'intervention systémique du MCEF : Plante, Anne, CICM (outils maison)
- Facteurs de risque pour un deuil compliqué : Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.

- Dépistage nutritionnel de MNA
http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf
- Planification préalable aux soins : <http://www.planificationprealable.ca/>
- Enseignement pour déplacements sécuritaires :
<http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb/fiches-pdsb.html>
- «Ces derniers moments de vie» : Infirmières consultante en soins palliatifs de la Montérégie : disponible dans certains CSSS de la Montérégie
- Rappel des procédures en cas de décès et consignes pour la destruction: Que faire en cas de décès (Outils maison)

- Guide spirituel: Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press

Sources d'inspiration :

- Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Hall C, Hudson P, Boughey A
2012, Bereavement support standards for specialist palliative care services, Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne
- Leahy, Wright, *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention, ERPI* http://erpi.com/collegial/l_infirmiere_et_la_famille_p22484409.html
- Normes en soins palliatifs infirmiers de l'association canadienne des soins palliatifs (ACSP) :
<http://acsp.net/professionnels/les-normes-de-pratique.aspx>
- Normes pancanadiennes pour soins palliatifs a domicile de l'ACSP :
<http://acsp.net/professionnels/les-normes-de-pratique.aspx>
- Modèle conceptuel de McGill
Paquette Desjardins, Danièle; Sauve, Johanne, Profession Infirmière, La Collecte de données, ISBN 10: 2894617534 / ISBN 13: 9782894617533

Pour toute demande d'information au sujet du PCC veuillez communiquer avec Danielle Drouin, consultante régionale en soins palliatifs au 450-466-5000 (3376)