

Arbre décisionnel pour l'administration du protocole de détresse

But	Induire une sédation rapide, afin de permettre à la personne de devenir confortable dans une situation extrême, urgente et très inconfortable. Enlève le caractère dramatique. Le protocole fait « dormir », ⇒ « ne fait pas mourir », même si la mort peut être imminente.
------------	---

Conditions	Modalités d'ordonnance
<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance individuelle requise. Le but du protocole est expliqué et compris par la personne, ses proches/famille. Personnel infirmier habilité à évaluer la pertinence d'initier le protocole et à l'administrer. 	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir une ordonnance anticipée du protocole de détresse pour toute personne en fin de vie (OI-06). Le protocole doit être prescrit et révisé selon les doses régulières d'opioïdes, de benzodiazépines ou de scopolamine que reçoit la personne.

Indications – Reconnaître les signes d'une détresse respiratoire		Contre-indications
<p>Dyspnée importante subite (apparition en qq minutes à qq heures) avec au moins un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Gêne respiratoire intolérable et constante Attention obnubilée par le besoin d'air (air qui n'entre plus) Effort marqué pour prononcer 2-3 mots (incapacité à faire une phrase complète) Anxiété intense et peur face à l'impression de mort imminente, yeux apeurés Agitation Tachypnée ≥ 28/min et respiration superficielle Tirage : utilisation des muscles intercostaux et sus-claviculaires Parfois : <ul style="list-style-type: none"> Râles bronchiques, efforts de toux Confusion, cyanose, diaphorèse Chez la personne avec altération de l'état de conscience, l'agitation pourra être la seule manifestation de la détresse 	<p>Hémorragie aiguë massive</p> <ul style="list-style-type: none"> Saignement impossible à contrôler : <ul style="list-style-type: none"> Voies respiratoires : hémoptysies massives Voies digestives : hématomèse Voies : vaginale, rectale, cutanée, vésicale Sphère ORL : oro-pharyngée, épistaxis massive, rupture des gros vaisseaux 	<ul style="list-style-type: none"> Embarras respiratoire uniquement SANS détresse Dyspnée uniquement SANS détresse Personne inconsciente Allergie à l'un des médicaments ou ses composants
OU		↓
<p>Doivent obligatoirement s'accompagner d'agitation ou d'anxiété intense</p>	<p>Peut s'accompagner d'agitation ou d'anxiété intense selon la sévérité de l'hémorragie</p>	<p style="text-align: center;">Interventions précoces</p> <ul style="list-style-type: none"> Se référer aux différents algorithmes selon les symptômes présents Administrer judicieusement les médicaments prescrits à l'ordonnance individuelle en fin de vie (OI-05) Une dyspnée et un embarras respiratoire non contrôlés peuvent rapidement évoluer vers une détresse respiratoire

Administration du protocole de détresse selon l'ordonnance individuelle	
<p>Modalités d'administration : S.C. direct, ne doit pas être administré par cathéter S.C. déjà installé. Administrer en entier non décomposable Privilégier la région thoracique. Volume maximal par site S.C. = 2 ml</p>	
Ordre d'administration	Composantes du protocole
1. Préparer seul dans une 1 ^{re} seringue	1. Benzodiazépine (midazolam) : <ul style="list-style-type: none"> Sédation en < 10 minutes, diminution de l'anxiété associée à la dyspnée, effet amnésiant
2. Ensemble dans une 2 ^e seringue ou préparer séparément si volume > 2 ml	2. Opioïde (morphine/hydromorphe) : <ul style="list-style-type: none"> Diminution du rythme respiratoire Diminution sensation de dyspnée Potentiale effet sédatif du midazolam et scopolamine 3. Anticholinergique (scopolamine) : <ul style="list-style-type: none"> Diminution des sécrétions Sédation et amnésie souhaitée

Étapes d'intervention suivant l'administration S.C. du protocole de détresse

1. Réévaluer l'état clinique de la personne et l'efficacité du protocole

- Observer les effets du protocole sur la respiration, l'embarras, l'agitation/anxiété, l'état de conscience :
 - Est-elle endormie ou agitée?
 - La fréquence respiratoire a-t-elle diminué?
 - Souffre-t-elle encore d'embarras?
 - Semble-t-elle confortable?
- Aviser les proches/famille de l'administration du protocole s'ils sont absents
- Informer les proches/famille de la situation et que des mesures sont prises pour prévenir un autre épisode. Se montrer disponible et répondre à leurs questions
- Demeurer présent dans la chambre

20 minutes ou selon l'ordonnance individuelle après l'administration du protocole de détresse

2. Agir selon l'efficacité du protocole

Protocole efficace

La personne dort, est calme avec fréquence respiratoire améliorée à celle antérieure
La personne est inconsciente et il y a évolution vers le décès

Interventions

But : Viser le confort et prévenir un nouvel épisode de détresse

- Aviser le médecin dans les 24 heures si la 1^{re} dose a agit
- Administrer la médication déjà prescrite à l'ordonnance individuelle pour maintenir le confort
- Au besoin, contacter le médecin :
 - Réviser/cesser la médication usuelle et prévoir le S.C., si non débuté
 - Obtenir/réviser l'ordonnance individuelle de l'utilisateur en fin de vie
 - Réajuster les doses régulières et PRN selon les symptômes persistants (dyspnée, embarras, etc.)
 - Offrir un environnement calme et sécurisant
- Accentuer les soins de confort
- Débuter la mobilisation régulière aux 2 heures
- Surveillance clinique étroite

Protocole inefficace

La personne demeure en détresse

Interventions

But : Situation aiguë et urgente – Induire la sédation

- Si protocole **non répétable** : aviser le médecin immédiatement pour réévaluer la situation et convenir de la prochaine intervention
- Si protocole **répétable** : administrer le 2^e protocole de détresse et aviser le médecin
- Discuter avec le médecin :
 - Réviser/réajuster la médication régulière et PRN
 - Obtenir une autre ordonnance du protocole de détresse si besoin
- Surveillance clinique étroite

EN TOUT TEMPS

ACCOMPAGNER – RASSURER - INFORMER LES PROCHES/FAMILLE DE TOUT CHANGEMENT - INTERVENTIONS ADAPTÉES – SOINS DE CONFORT