PLAN DE CHEMINEMENT CLINIQUE EN SOINS PALLIATIFS en centre d'hébergement de soins de longue durée (PCC-CHSLD)/ Infirmière

Le PCC-CHSLD se veut avant tout un guide pour l'infirmière basé sur les données probantes disponibles les plus récentes. Le PCC-CHSLD prend appui sur le jugement clinique de l'infirmière en déterminant la démarche à suivre selon les besoins, désirs et buts des résidents/proches. Il utilise le modèle conceptuel en soins infirmiers de McGill.
Suite à l'évaluation de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire, il cible les interventions pouvant être privilégiées auprès du résident et de ses proches en lien avec son état clinique et les phases distinctes de la maladie, incluant le suivi de deuil.
Sachant qu'actuellement, la moyenne de séjour en centre d'hébergement est de 18 mois, l'évaluation initiale permet de déterminer à quelle phase se situe le résident. Le passage des soins prolongés aux soins palliatifs et de fin de vie se fait souvent imperceptiblement sans qu'il soit réellement possible d'établir à quel moment débute chaque étape. (Voyer, 2013)
La première partie du document vous donne quelques étapes pour identifier la transition vers les soins palliatifs et de fin de vie. La deuxième partie décrit chacune des phases. Avec une clientèle âgée, il est normal que les phases se chevauchent, se croisent et recroisent. L'important est de prévoir les besoins du résident tout au long de sa trajectoire de vie plutôt qu'émettre un pronostic.

Identification d'une transition vers soins palliatifs et de fin de vie

Permet :
- Clarification des besoins spécifiques
- Meilleure qualité de soins
- Meilleure planification et coordination des soins
- Décision éclairée sur les soins

N.B. Il est important de prévoir les besoins plutôt qu'émettre un pronostic exact

Rencontre interdisciplinaire avec le résident et ses proches dans les **6 semaines** suivant l'accueil en CHSLD

Étape 1 : La question surprise : « Seriez vous surpris si le patient mourait dans les prochains mois, semaines ou jours? »

Étape 2 : Indicateurs généraux; « Y'a-t-il des indicateurs généraux de détérioration (déclin) et de besoins croissants? »

Sur le plan biologique

- Caractère irréversible des différentes pathologies et complications
- Constat qu'aucun soin thérapeutique ne peut ralentir ou arrêter l'évolution de la maladie vers sa phase terminale
- Diminution de réponse aux traitements et augmentation des effets secondaires des médicaments qui deviennent plus importants que les effets thérapeutiques

- Détérioration de l'état général clinique et besoin grandissant de soins et de soutien
- Exacerbations plus fréquentes des symptômes
- Albumine sérique <25g/l
- Perte de poids progressive (>10%) dans les 6 derniers mois

- Diminution de l'activité fonctionnelle et dépendance qui augmente pour la plupart des AVQ
- Évènement sentinelle (ex. Chute sérieuse, deuil, transfère en centre d'hébergement)
- Choix de ne plus poursuivre les traitements curatifs

Sur le plan psychologique

- La personne n'arrive plus à s'adapter, a le sentiment d'être à la fin de sa vie et éprouve le désir de mourir
- La personne perd son intérêt pour les activités quotidiennes, les loisirs, les aspects relationnels de la vie et s'isole

Étape 3 : Indicateurs cliniques spécifiques selon la ou les maladies (voir document en annexe)

	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	Phase post mortem-deuil
PPPSv2*		80- 60	50-40	30-20	10-0	
État clinique **Évaluer/gérer/coordonner/ enseigner, référer**	Déterminer dans quelle phase l'usager se situe	➢ Présence de co morbidités multiples ➢ Symptômes occasionnels ➢ Ambulation normale ou réduite ➢ Participation possible aux activités ➢ Autonome ou assistance occasionnelle AVQ ➢ Ingestion normale	➢ Symptômes fréquents ➢ Ambulation de plus en plus réduite ➢ Diminution participation activité ➢ Assistance plupart AVQ ➢ Ingestion réduite	➢ Maladie étendue ➢ Augmentation des symptômes ➢ Alité ➢ Dépendance complète ➢ +/- Orienté ➢ Ingestion réduite ou gorgées ➢ +/- Dysphagie	➢ Signes précurseurs de la mort ➢ Alité ➢ Somnolence ou coma ➢ Aucune ingestion ➢ Dysphagie	➢ Auprès des proches aidants

C. Courtemanche, J. Métayer C. Rochefort, ICSP Montérégie Juin 2015. Inspiré du PCC du SAD 2012
Tous droits réservés. Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation des auteures.

	ACCUEIL	Phase Stabilité	Phase Détérioration	Phase Fin de Vie	Phase Agonie	Phase post mortem/deuil
PPPSv2*		80-60	50-40	30-20	10-0	
État clinique **Évaluer/gérer/coordonner/ enseigner, référer**	Déterminer dans quelle phase l'usager se situe	➢ Présence de co morbidités multiples ➢ Symptômes occasionnels ➢ Ambulation normale ou réduite ➢ Participation possible aux activités ➢ Autonome ou assistance occasionnelle AVQ ➢ Ingestion normale	➢ Symptômes fréquents ➢ Ambulation de plus en plus réduite ➢ Diminution participation activité ➢ Assistance plupart AVQ ➢ Ingestion réduite	➢ Maladie étendue ➢ Augmentation des symptômes ➢ Alité ➢ Dépendance complète ➢ +/- Orienté ➢ Ingestion réduite ou gorgées ➢ +/- Dysphagie	➢ Signes précurseurs de la mort ➢ Alité ➢ Somnolence ou coma ➢ Aucune ingestion ➢ Dysphagie	➢ Auprès des proches
Chaque phase : **Évaluation :** ✓ Besoins/priorités/attentes/ espoirs/craintes ✓ Dépistage détresse psychosociale* ✓ Capacité de prise de décision ✓ Environnement sécuritaire **Transmission de l'information :** ✓ Sur le changement de l'état clinique aux proches, au médecin et à l'équipe interdisciplinaire ✓ Soutien pour la transmission des informations aux autres membres de la fratrie **Prise de décision:** ✓ Identification des buts et des priorités ✓ Soutien à la prise de décision ✓ Utilisation d'une démarche éthique ✓ Discussion concernant les soins palliatifs et soins de fin de vie (cessation de Tx, sédation palliative, aide médicale à mourir, testament, arrangements funéraires, etc) **Planification des soins:** ✓ Rencontre interdisciplinaire ✓ Rédaction/mise à jour du PTI et PII **Prestation des soins** ✓ Selon les besoins/valeurs du patient en favorisant l'autonomie ✓ Enseignement r/a soins ✓ Soutien aux proches aidants ✓ Réassurance, refléter les forces **Validation :** ✓ Satisfaction avec plan de traitement	**Évaluation** ✓ Évaluation initiale incluant approche systémique familiale (MCEF*) ✓ Désir et réceptivité à l'information ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué* **Transmission de l'information** ✓ Explication du rôle de l'infirmière et des membres de l'équipe ✓ Vérification des limites de la confidentialité **Validation** ✓ Compréhension de la situation et des soins et services	**Évaluation** ✓ Symptômes (EESE*, PQRSTU-I*, etc.), de l'état clinique et fonctionnel (PPSv2*) ✓ État nutritionnel ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD ✓ Déplacement et transfert sécuritaire ✓ Besoins de surveillance des paramètres de routine (S.V., glycémies, etc.) ✓ Exploration des besoins spirituels et les rites/rituels de fin de vie **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) ✓ Aide à identifier les problèmes légaux pertinents (curatelle, mandat d'inaptitude, etc.) et référer au besoin ✓ Identification du décideur substitué **Prestation des soins** ✓ Gestion du soulagement des symptômes et traitements associés ✓ Ajustement de la diète et texture au besoin ✓ Fournir des renseignements sur le processus et l'évolution de la maladie* ✓ Considération des besoins spirituels ✓ Introduction d'équipements ✓ Enseignement pour déplacements sécuritaires*	**Évaluation** ✓ Symptômes (PQRSTU-I*, etc.), de l'état clinique et fonctionnel (PPSv2*) ✓ Examen physique ✓ Besoins reliés aux AVQ/AVD ✓ Déplacement et transfert sécuritaire ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué * **Transmission de l'information** ✓ Contact et suivi médical fréquent ✓ Informer les proches de la fin de vie probable **Prise de décision** ✓ Validation du niveau de soins (incluant RCR) au besoin. **Planification des soins** ✓ Px de sonde vésicale **Prestation des soins** ✓ Ajustement de la diète et texture au besoin ✓ Px disponible pour changement de voie d'administration (sous cutané/ transmuqueux) ✓ Px pour inconfort isolé (douleur, dyspnée, sécrétions, anxiété, agitation,…) ✓ Px de l'ordonnance de détresse ✓ Diminution ou cessation des paramètres de surveillance (S.V., glycémies, etc.) ✓ Enseignement sur les signes de fin de vie ✓ Considération des besoins spirituels et des rites/rituels de fin de vie	**Évaluation** ✓ Symptômes (PQRST-I*, etc.) et l'état clinique ✓ Examen physique ✓ Facteurs de risque de deuil compliqué **Transmission de l'information** ✓ Contact et suivi médical fréquent ✓ Informer les proches de la fin de vie imminente **Prestation des soins** ✓ Ajustement du plan de traitement selon l'état du patient (intégrité de la peau, soins de bouche, etc.) ✓ Utilisation des Rx sous cutané/ transmuqueux ✓ Favoriser l'intimité ✓ Considération des besoins spirituels et des rites/rituels de fin de vie ✓ Finaliser la relation avec le résident (faire ses adieux)	**Prestation des soins** ✓ Procédures post-mortem ✓ Si dépistage de détresse: référence aux ressources communautaires spécialisés en deuil ✓ Finaliser la relation avec les proches ✓ Rituel individuel **Transmission de l'information** ✓ Information sur les ressources disponibles pour le suivi de deuil

L'infirmière consultante en soins palliatifs (ICSP) peut être consultée en tout temps. **Consulter les annexes***

C. Courtemanche, J. Métayer C. Rochefort, ICSP Montérégie Juin 2015. Inspiré du PCC du SAD 2012

Tous droits réservés. Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation des auteures.