



Aide-mémoire : gestion des symptômes chez les usagers en fin de vie

Les soins de fin de vie englobent les soins qui visent à soulager la douleur et d'autres symptômes dans les **derniers jours et heures précédant le décès de l'utilisateur**. Ce document se veut d'être un aide-mémoire des principaux symptômes que vous pourriez rencontrer lorsque vous prenez soins d'un usager en fin de vie.

Si vous avez des questions après avoir consulté les documents, ou si vous avez une situation en soins palliatif problématique, contacter :

- **Marina Landais**, Conseillère en soins infirmiers, volet soins palliatifs : **(438) 860-0716**
- **Mara De Simone**, Conseillère-cadre en soins infirmiers, volets palliatifs et première ligne (GMF, GAP/GACO) : **(438) 824-7359**

Approche à favoriser dans contexte de fin de vie

Chambre seule

- ◆ Préparer la famille à l'éventualité d'un décès : explorer, écouter, respecter, expliquer, ...
- ◆ Prioriser la gestion des symptômes.
- ◆ Prioriser le confort du patient au bilan calorique; nourriture plaisir
- ◆ Permettre au patient de manger selon sa tolérance—proposer repas fractionnés, collations
- ◆ Utiliser texture adéquate, des liquides épaissis, si dysphagie
- ◆ Assurer une hygiène buccale scrupuleuse
- ◆ Favoriser un changement de position régulier q2h. Remarque : respecter le confort de la personne si certaines positions engendrent douleur ou difficultés respiratoires.

Douleur

- Mixte
- **Nociceptive** : résulte d'une réponse des nocicepteurs à une lésion tissulaires qui sont situés principalement dans la peau et les organes internes.
 - **Neuropathique** : causée par une lésion du système nerveux central ou périphérique

◆ Évaluation :

Personne capable de communiquer (PQRSTUV)
P : Provoque/pallie <ul style="list-style-type: none">○ Qu'est ce qui déclenche ou cause la douleur ?○ Facteurs qui ↑ ou ↓ la douleur ?○ Qu'est-ce qui aggrave cette douleur ?○ Qu'est-ce qui soulage cette douleur ?
Q : Quantité/intensité <ul style="list-style-type: none">○ Échelle pour quantifier la douleur○ Décrivez-moi votre douleur en vos mots
R : Région/irradiation <ul style="list-style-type: none">○ Où se situe votre douleur ?○ Est-ce qu'il est présent dans d'autres endroits ?
S : Signes et symptômes associés <ul style="list-style-type: none">○ Avez-vous d'autres malaises que la douleur (ex : mal de cœur, céphalée, étourdissements, diarrhée, etc.)?
T : Temps <ul style="list-style-type: none">○ Depuis quand avez-vous cette douleur ?○ Est-ce que la douleur est continue ou intermittente ?○ Un épisode de douleur dure combien de temps ?



U : Understanding (compréhension)

- Selon vous, qu'est-ce qui cause cette douleur ?

V : Valeurs

- Quel niveau de soulagement serait acceptable ?
- Voulez-vous qu'on tente de soulager cette douleur en essayant un médicament ?

Échelle numérique et descriptive	
Chiffres de 0 à 10 : <ul style="list-style-type: none">• Aucune douleur → 0• Douleur insupportable → 10	Séries de mots qui décrivent l'intensité de la douleur ressentie: <ul style="list-style-type: none">• Insupportable → 10• Sévère → 7-9• Modérée → 4-6• Légère → 1-3• Aucune douleur → 0

Personne incapable de communiquer (observation des comportements suggestifs de douleur)
1. Expressions faciales Froncement des sourcils, grimaces, visage crispé, front plissé
2. Verbalisations, vocalisations Soupirs, grognements, gémissements, cris
3. Mouvements corporels Posture rigide et tendue, agitation, mouvements restreints
4. Changements des interactions interpersonnelles Agressif, combatif, perturbateur, résistance aux soins
5. Changements des forces d'activités ou des routines Changement des habitudes de sommeil ou de repos
6. Changement de l'état mental Confusion accrue, irritabilité, pleurs

◆ **Réévaluation** de la douleur : post-dose au pic d'action.

- Si plus de 3 entre-doses par jour ou réveils nocturnes par la douleur, voir pour faire augmenter la longue action.

◆ **Pharmacologie** (fréquemment rencontrée en fin de vie) :

- Hydromorphone ou Morphine longue action q 12h;
- Fentanyl transdermique à changer q 3 jours;
- Hydromorphone PO ou SC (régulier et entre-doses)
- Morphine PO ou SC (régulier et entre-doses)

◆ ATTENTION aux **effets secondaires** : constipation, bouche sèche, rétention urinaire...

◆ La **co-analgésie** peut être considéré dans contexte de douleur neuropathique, douleur mixte et douleur complexe.

Gestion anxiété

◆ **Approche non pharmacologique** : chambre seule, voix douce, expliquer nos gestes soignants, privilégier l'écoute, etc...

◆ **Pharmacologique** : versed ou ativan sc, ativan po peuvent être prescrits; réévaluer l'anxiété au pic d'action.

Symptômes respiratoires

Dyspnée

◆ **Définition** : expérience subjective* de difficulté respiratoire


*Ne pas juste se fier à la saturation

◆ **Approche pharmacologique**

- **Opiacés**: diminue le rythme respiratoire et la consommation d'O₂ en agissant sur des récepteurs au niveau du SNC et des bronches
- **Benzodiazépines**: ↓ anxiété associée à la dyspnée

◆ **Approche non pharmacologique (quelques exemples**: Remonter la tête du lit, respiration à « lèvres pincées », ventilateur orienté vers visage, vêtements amples ...)

Détresse aigue - Critères de l'INESSS (2020)

Critère 1 : État de panique 	Présence d'au moins un des signes suggestifs d'un état de panique : <ul style="list-style-type: none">• Terreur• Agitation• Anxiété intense
Critère 2 : Une des trois manifestations cliniques	1- Détresse respiratoire majeure subite: Présence d'au moins un des signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure subite: <ul style="list-style-type: none">• Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos avec recherche constante d'air• Tachypnée• Tirage• Embarras bronchique sévère 2- Douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide 3- Hémorragie massive

◆ Ne pas utiliser si : -Personne inconsciente

-Personne qui présente une manifestation clinique isolée ou un seul symptôme réfractaire qui n'est pas accompagné d'un état de panique; on traitera alors le symptôme réfractaire.

Traitement pharmacologique

Cette prochaine section résume le traitement pharmacologique en cas de détresse aiguë, pour voir le protocole dans son entièreté et pour plus d'informations concernant l'ordonnance de détresse respiratoire de l'INESSS (ex : indications, contre-indications, médication etc.), vous pouvez visiter :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocole.pdf

◆ **Indication**: détresse aiguë

◆ **Classe des médicaments (administration SC ou IV – SC le plus souvent utilisé)**

1. Benzodiazépines (ex : versed) : administrer en premier; début d'action rapide (environ 10 minutes); effets sédatifs, anxiolytiques et amnésiants.
2. Opioides (ex : morphine ou hydromorphone) : durée d'action : 2 à 4 heures; diminuent sensation de dyspnée; potentialisent l'effet des benzodiazépines et des anticholinergiques.
3. Anticholinergiques (ex : scopolamine) : durée d'action : 2 à 4 heures; diminuent sécrétions pharyngées et bronchiques, diminuent effort respiratoire; provoquent sédation et amnésie rapide.

Sécrétions respiratoires (râles)

Définition : Bruits résultants du mouvement des sécrétions qui s'accumulent dans les voies aériennes et se déplacent lors des phases inspiratoires et expiratoires

Approche pharmacologique (taux de réponse varie d'une personne à l'autre):

- **Personne consciente et présence d'inconfort** → Anticholinergique moins sédatif comme le Glycopyrrolate (Robinul MD)

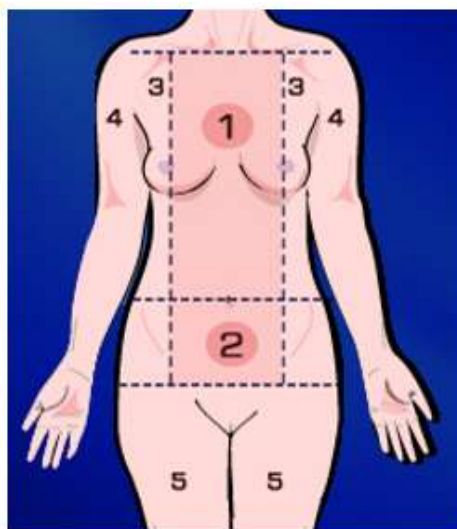
- **Personne inconsciente et présence d'inconfort** → Scopolamine (Hyoscine hydrobromide MD) qui produit une sédation marquée

- **Attention aux effets secondaires des anti cholinergiques** (bouche sèche, rétention urinaire, tachycardie, sècheresse oculaire, constipation, confusion avec scopolamine)

◆ **Approche non pharmacologique** : soins de bouche, positionnement, réassurance, enseignement à la famille

Rappel sites d'injection s/c

Sites d'injection et temps estimé du début d'action de la médication injectée par voie S.C selon les sites	
Zone 1	Absorption : 5 à 10 minutes Accès facile
Zone 2 (Abdomen inférieur)	Absorption : 10 à 15 minutes
Zone 3 (Thorax, à l'extérieur de la ligne médio-claviculaire)	Absorption : environ 20 minutes (retard d'absorption en raison du passage de la médication par le réseau lymphatique axillaire)
Zone 4 et 5	Absorption > 20 minutes



Outil de communication ISAER

La collaboration avec le médecin est indispensable. Comme il ne sera pas toujours présent dans votre installation, il est **essentiel** de communiquer les informations pertinentes de façon succincte et précise afin de l'aider à déterminer le meilleur choix de traitement pour la personne concernée. Voici un exemple d'outil de communication.



<p>I Identification</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Votre nom et prénom, lieu d'emploi, profession • Nom du patient • Chambre • Âge, nom du médecin traitant, précautions additionnelles d'isolement, type d'hospitalisation • Problème actuel • Début des symptômes
<p>S Situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer situation actuelle
<p>A Antécédant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'admission, date d'admission, contexte des soins actuel, description des autres problèmes • ATCD (antécédents médicaux) + Rx + allergies +niveau de soins+ infos pertinentes
<p>E Évaluation</p>	<p>Partager l'analyse de la situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énumération des données subjectives et objectives actuelles du dernier examen clinique • Vos observations sur stabilité/précarité de l'état physique et mentale.
<p>R Recommandations</p>	<p>Constat d'évaluation Formulation d'une demande au professionnel appelé, soit le destinataire de la communication Suggestion et ordonnances selon l'intervenant rejoint : Qu'est-ce qui sera fait? Quand? Par qui? Personne rejointe Date/heure</p>

Basé sur la Pratique organisationnelle requise (POR) – Transfert de l'information aux points de transition des soins

Références

- American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The management of persistent pain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), S205-S224.
- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. (2011). Guide pratique des soins palliatifs. 4ème édition.
- Besner, G. et coll. (2006). Atelier sur la douleur dans le cadre de la formation. *Accompagnons la vie*. CHUM.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206.
- Bruera, S., et al., *Variations in Vital Signs in the Last Days of Life in Patients With Advanced Cancer*. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014. 48(4): p. 510-517.
- Bush, S. H., Kanji, S., Pereira, J. L., Davis, D. H., Currow, D. C., Meagher, D. J., ... & Hartwick, M. (2014). Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *Journal of pain and symptom management*, 48(2), 231-248.
- Daoust, R. (2007). Validation de deux méthodes d'évaluation de la douleur aiguë en médecine d'urgence.
- Grassi, L., Caraceni, A., Mitchell, A. J., Nanni, M. G., Berardi, M. A., Caruso, R., & Riba, M. (2015). Management of delirium in palliative care: a review. *Current psychiatry reports*, 17(3), 13.
- Hudon, F. and G. Dechêne, *L'agonie à domicile : chronologie des événements*. Le Médecin du Québec, 2001. 36(6): p. 41-46.
- Lamoureux, M. Pelletier, B et Tremblay, N. Délirium en soins palliatifs. Document inédit. Présentation février 2018.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Camera, I. M. (2011). Soins infirmiers médecine-chirurgie; Tome 1 (éd. Française).
- Lokker, M. E., van Zuylen, L., van der Rijt, C. C., & van der Heide, A. (2014). Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 105-122.
- Maison Victor Gadbois. (2019). Mini-guide Palli-Science. Outil de consultation pour les soignants au chevet de patients en phase palliative de cancer.
- Pereira, J. L. (2018). *The Pallium palliative pocketbook: a peer-reviewed, referenced resource*. Pallium Canada.
- Vinay, P., Belleau, L., Dallaire, M., Daneault, S., Dequoy, G., Gagnon, L., ... & Thibault, M. F. (2010). Soigner les rôles terminaux. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 9(3), 148-156.

Révisé mars 2024

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

