



À bout de course Comment aborder le “dernier droit” !

André Munger MD
16 juin 2017

Objectifs



- Réflexion sur contexte de fin de vie.
- Tracer un portrait des soins palliatifs
- Discuter des modèles de soins palliatifs

Divulgation conflit intérêt



Pas de Conflit d'intérêts

Contexte de fin de Vie



Lorsque la vie était brève
L'époque de la survie

- 1740 : 24 ans
- Début XIX siècle : 33 ans
- 1901 Canada : 48 ans

Lorsque la vie était brève



- La société vivait contact direct avec la mort
- Enfant-femme enceinte-accident = décès rapide
- Prise en charge des mourants par les familles

Et est encore brève...



- République Centre Africaine : 50 ans
- Tchad : 53
- Sierra Leone : 50

Allongement Espérance Vie- Réflexion



Impact socio sanitaire

- Amélioration éducation
- Création environnement sécuritaire foyers, école, travail
- Accès travail

Québec: H 80,2 F 84,1

Monde : 71,5

Allongement Espérance Vie- Réflexion



Principe antique Hippocratique :

- Guérir parfois
- Soulager souvent
- Réconforter toujours

La vie s'impose à la volonté

Vision Scientifique : La vie est l'ensemble des fonctions qui résiste à la mort (MFX Bichat 1790)

La volonté s'impose à la vie

D'une Espérance à l'Autre

Changement de Paradigme



L'espérance de vie en bonne santé ou sans
incapacité : EVSI

Ou

L'espérance de vie ajuster en fonction de l'état de
santé : EVAS

=

Nombre d'années moyen qu'une personne peut
vivre en bonne santé = qualité vie

Vivre en Bonne Santé



Canada : F	82 ans	EVAS :	70,8	
	H	76,9 ans	EVAS :	68,3

Homme né Allemagne en 2014 espère vivre 72% vie sans limitation activité vs 92% en Suède!

Influence maladies chroniques et statut socio-économique (73% décès système circulatoire- néo-respiratoire- dégénérative)

Message CLÉ



Résultat paradoxal des progrès de la médecine est d'augmenter la durée de vie totale plus rapidement que la durée de vie en bonne santé.

En ajoutant des années à la vie, il est aussi nécessaire d'ajouter de la vie aux années.

Apparition contemporaine des Soins Palliatifs



- Réflexion sur le cheminement face à la mort et les soins aux mourants (changement rôle CH)
- Dame Cicely Saunders et St-Christopher
- Elisabeth Kubler-Ross. (Les derniers instants de la vie) Choc- déni-colère – marchandage- dépression - acceptation

Au moment de la mort l'organe malade cesse d'être le premier problème

Principe éthique et soins fin vie (OMS)



- Principe autonomie (consentement)
- Principe humanité (dignité)
- Principe de proportion (acharnement)
- Principe futilité (bénéfice)
- Principe justice (soins palliatifs partout)
- Refus a priori d'euthanasie

Principales Caractéristiques des soins palliatifs



- Soins des personnes atteintes d'une maladie mortelle lorsque la guérison est impossible
- Ne se limite pas aux soins de fin de vie.
- Peuvent être offerts en même temps que le traitement visant à maîtriser la maladie.
- Visent à améliorer ou à maintenir la qualité de vie.
- Soins globaux : physiques, psychologiques, spirituels, sociaux.
- Pour tout type de maladies. (pas seulement cancer)

Principales caractéristiques des soins palliatifs



- Pour tous les âges.
- Nécessitent des soins actifs. Pas des soins d'abandon.
- Responsabilité de tous les professionnels de la santé.
- Fournis par une équipe interprofessionnelle.
- L'euthanasie, le suicide assisté ne sont pas considérés comme des composantes des soins palliatifs adéquats.

Message CLÉ



Soins Palliatifs composante de notre boîte à outil
Thérapeutique

Soins Palliatifs et maladie chronique



Dès le diagnostic initial de la maladie, le patient devrait pouvoir discuter ouvertement avec quelqu'un de sa maladie, de son pronostic et du type de soins qu'il souhaite recevoir, et il devrait pouvoir commencer à préparer son plan préalable de soins.

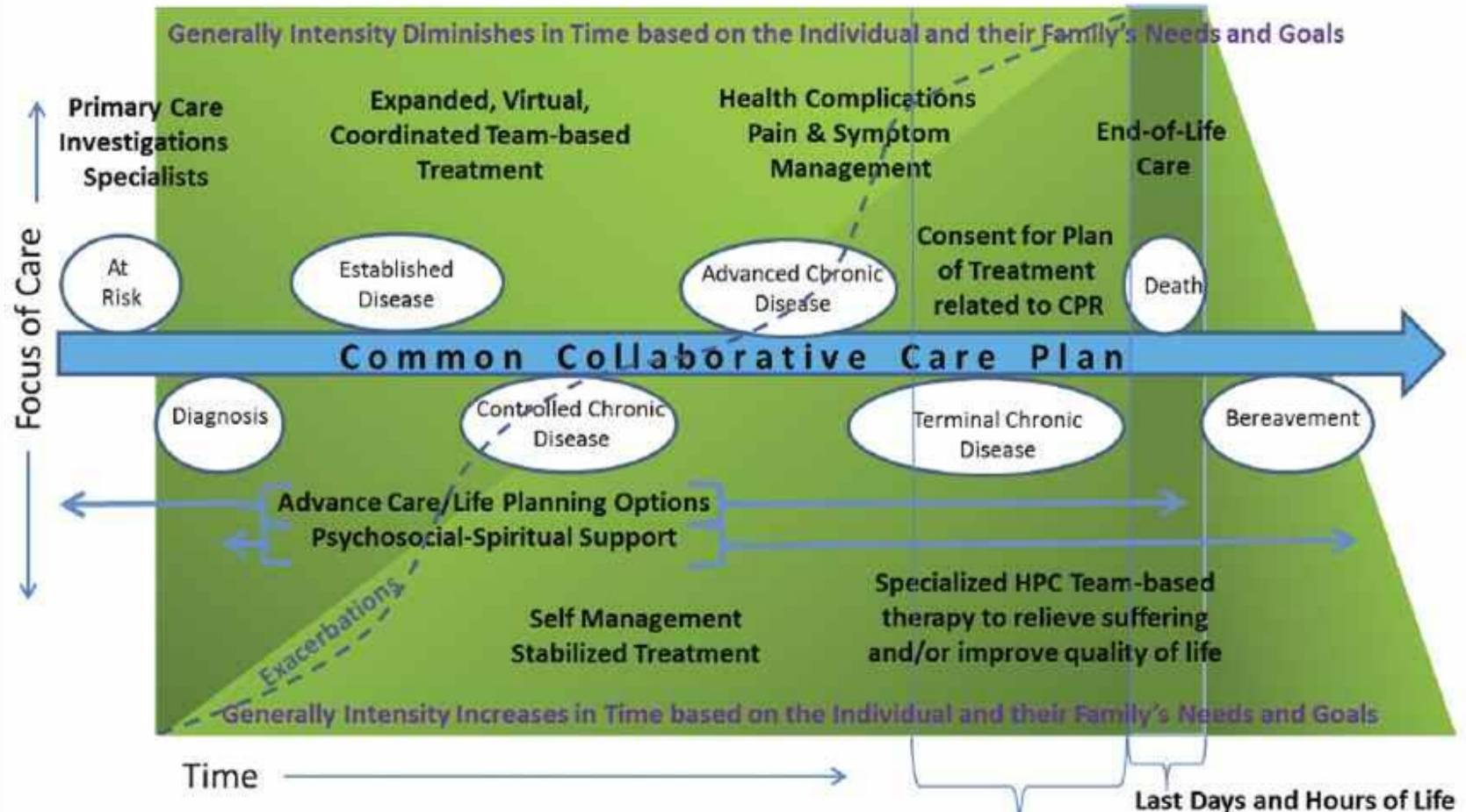
Soins palliatifs et maladie chronique



- À mesure que progresse la maladie, la personne devrait recevoir des services de gestion de la douleur et des symptômes.
- Lorsque les traitements curatifs deviennent moins efficaces, le patient doit avoir accès à des soins palliatifs spécialisés visant à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie.
- Lorsque la maladie est en phase avancée ou terminale, le patient doit avoir accès à des soins de fin de vie.

Soins palliatifs et maladie chronique

CHILD & ADULT HOSPICE PALLIATIVE CARE - CHRONIC DISEASE CONTINUUM MODEL



Modified (2011) from the Canadian Hospice Palliative Care Association,
A Model to Guide Hospice Palliative Care, 2002

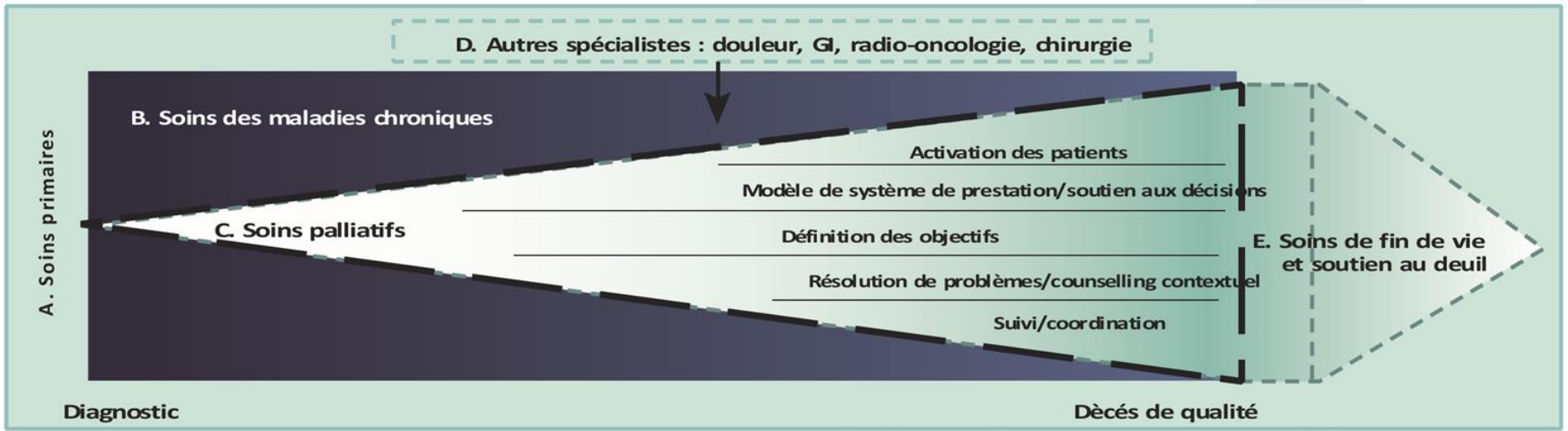
By the Care Pathing Across the Continuum of CDM Working Group, MOHLTC, Ontario



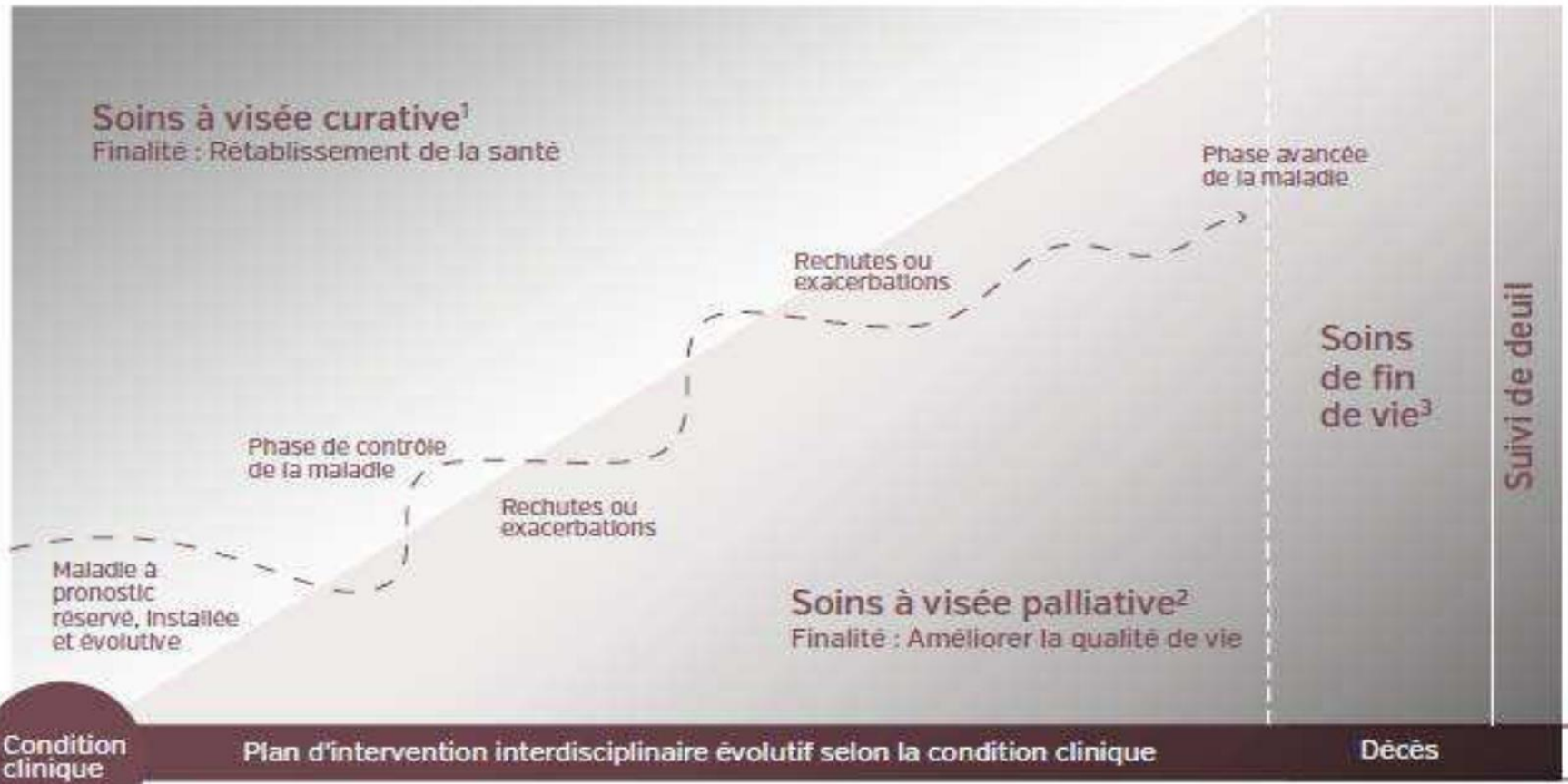
Soins palliatifs et maladie chronique

Début: modifier le cours de la maladie

Fin: améliorer le confort



Soins palliatifs et maladie chronique



MESSAGE CLÉ



Outil à utiliser tôt

Soins palliatifs et maladie chronique



La recherche du bon modèle

1

Continuer de laisser l'introduction des soins palliatifs à la discrétion des équipes médicales principales et les encourager à effectuer des aiguillages hâtifs vers les équipes ou programmes spécialisés en soins palliatifs.

Soins palliatifs et maladie chronique



La recherche du bon modèle

2

Adopter une approche simultanée ou synchronisée combinant la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs; l'équipe de traitement des maladies chroniques continuerait d'être responsable de la gestion de la maladie et des traitements, tandis que l'équipe de soins palliatifs serait responsable de la gestion des symptômes, de la planification préalable des soins et de l'aide à la prise de décisions complexes.

Soins palliatifs et maladie chronique



La recherche du bon modèle

3

Intégrer l'approche palliative et les aptitudes nécessaires connexes à la gestion des maladies chroniques.

Et mettre sur pied des équipes spécialisées en soins palliatifs qui pourront offrir leurs conseils sur des questions entourant le soulagement des symptômes, besoins psycho-sociaux ou familiaux complexes.

Avantages



- Meilleure connaissance des services de soins palliatifs et de leurs bienfaits dès le début de la maladie;
- Des discussions hâtives sur la trajectoire de la maladie et les questions entourant la fin de vie;
- Des conversations plus opportunes sur les objectifs de soins, sur la planification préalable des soins et sur les plans de soins;
- Une plus grande facilité à accéder aux soins palliatifs tels que requis (sans avoir à effectuer des aiguillages) puisqu'ils feraient partie intégrante des soins généraux;

Avantages



- Une meilleure gestion de la douleur et des symptômes tout au long de la progression de la maladie
- Une meilleure capacité à prévenir ou à réduire la souffrance liée aux besoins psychosociaux complexes ou aux problèmes familiaux;
- Une meilleure satisfaction des patients et des familles; diminution fardeau aidant
- La diminution du recours à des traitements médicaux trop ambitieux qui sont contraires aux objectifs de soins des patients.

MESSAGE CLÉ



INTÉGRATION DES SOINS

Défis



- Référence vers structure soins palliatifs. (Qui ? Quand ?)
- Modèle organisationnel optimal a définir.
- Multiplicité des intervenants
- Formation pour professionnels.
- Intégration de l'approche palliative a la pratique.
- Critère évaluation (efficience-budget)
- Aptitude à la communication (entre professionnels) et prise de décision en fin de vie.
- Culture populationnelle.

RECHERCHE DE PREUVE SCIENTIFIQUE



Unité évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé : UETMIS

- Travail sur offre service ambulatoire en soins palliatifs pour patient avec cancer avancé- preuves scientifiques
- Recension publication scientifiques a partir bases données indexées (Medline, Embase, bibliothèque Co. 4173 publications répertoriées
- 10 publications retenues, incluant 6 documents de recommandations et 4 revues systématiques

Recherche de preuve scientifique



Globalement, les résultats des études indiquent que comparativement aux soins usuels, les soins palliatifs ambulatoires intégrés précocement sont associés à :

- Une augmentation de la qualité de vie globale;
- Une augmentation de la survie médiane des patients;
- Une plus grande utilisation des soins palliatifs de fin de vie;
- Une diminution du taux d'admission à l'hôpital dans les 30 derniers jours de vie;
- Une diminution du taux d'administration de chimiothérapie dans les 30 derniers jours de vie;
- Une diminution du taux de décès en milieu hospitalier.

MESSAGE CLÉ



COLLECTE DE DONNÉES FIABLES



Émergence débat public.

Introduction nouvelle réalité: AMM

Lois provinciale et fédérale statuant sur droit en fin de vie

- Loi 2 Québec
- Loi C14 Fédéral

Exemple de modèle



Le Programme de soins palliatifs intégrés de la Régie régionale de la santé Capitale Halifax

Offre 4 services:

1- service de soins palliatifs a domicile.

2-cliniques externes

3- unité de soins palliatifs a l'hôpital Victoria General

4- Consultations dans d'autres hôpitaux de la Régie régionale

Bas Saint-Laurent



Réalité Fusion CISSS

Rivière-du-Loup offre de service

- Maison de soins Palliatifs
- Équipe soins palliatifs intra hospitalier.
- Équipe soins palliatifs à domicile. (planification ajout médecin)
- Planification centre de jour – clinique gestion des symptômes à venir.

Clinique oncologie

- Médecins de famille – spécialistes
- Service médical de soins palliatifs niveau Département médecine générale
- AMM

Soins Palliatifs et maladie chronique



Importance de Planification préalable des soins
(PPS)

- 60-90% population appui
- 10-20% le planifient réellement
- 9% canadiens parlent avec professionnel santé



Étude NEJM révèle qu'une consulte hâtive en soins pall. discussion sur pronostic et objectifs soins chez pt avec néoplasie poumon non à petite cellule :

- Meilleure qualité vie
- Meilleure humeur
- Soins fin de vie moins agressive
- Moins de chimiothérapie en fin vie.

CONCLUSIONS



MALADIE CHRONIQUE

Soins palliatifs dans offre de service

Soins palliatifs à initier tôt.

Modèle idéal intégration

Insuffisance pulmonaire



- L'importance d'agir tôt.
- Connaitre la trajectoire de la maladie
- Serais-je surpris si ce patient mourait au cours des prochains mois ?

Insuffisance pulmonaire



Critères mesurables et objectivables – MPOC

- Index BODE entre 7-10
- Oxygéo dépendance.
- Hypercapnie
- Hyperinflation pulmonaire
- Inactivité ou difficulté a faire de l'activité physique.
- Exacerbations répétées

Discussion fin de vie



A introduire tôt dans parcours de la maladie.

Traditionnellement

- Hospitalisations fréquentes
- Dyspnée grande (4-5 MRC)
- Faible statut nutritionnel
- Faible statut fonctionnel
- Oxygène dépendance
- Impression par médecin que patient va dcd dans 12 prochains mois

Discussion fin de vie



Notions à approfondir progressivement avec le soutien psycho social :

- Explication maladie et évolution
- Éducation et auto gestion des symptômes
- Maintien domicile
- Besoins spirituels

Discussion PPS



Buts visés des traitements

Intensité des interventions : RCR

- Ventilation
- Support alimentaire
- Support rénal
- Etc.

Soulagement Dyspnée



- Oxygénothérapie PRN pour confort
- Ventilateur facial (Fan) – air frais
- Relaxation
- Positionnement
- Explication- réassurance

Opioides



Opiacés : Mécanismes action

- Diminution de la perception centrale sans nécessairement altérer la réponse ventilatoire
- Diminution anxiété
- Diminution consommation oxygène.
- Vasodilatation périphérique
- Diminution de la sensibilité hypercapnie
- Aucune modification de la fonction pulmonaire.

Débuter a 1 ou 2 mg q 4 heures régulier

ED PRN

Passer longue action (Kadrian)

Mesures pharmacologiques



- Benzodiazépine: effet anxiolytique, sédatif et relaxant musculaire
- Méthotriméprazine (Nozinan)
- Stéroïdes : lymphangite carcinomateuse
- Tx aérosol si bronchospasme

Détresse respiratoire



Préparer protocole de Détresse respiratoire.

- Benzodiazépine
- Anticholinergique
- Opioides

Embarras bronchique



Processus normal en fin de vie

- Pénible pour famille
- Nécessite beaucoup d'explications
- Évaluer gémissement, visage crispé, agitation.

Traitement

- Positionner et repositionner
- Anti cholinergiques (glycopyrrolate-scopo)
- Atropine ophtalmique 1-2 gouttes sur langue prn
- Éviter succion pharyngée