



Politiques et procédure sur les Soins de fin de vie

Table des matières

Introduction	3
Champs d'application	3
But et objectifs	3
Définitions et termes importants	5
Rôles et responsabilités de l'établissement.....	6
Aide médicale à mourir	7
Directives médicales anticipées.....	9
La douleur et les inconforts en soins palliatifs	10
Manifestations de la douleur	10
La gestion de la douleur	11
Options médicamenteuses	12
La médication vous soulage-t-elle?	12
Autres options médicamenteuses pour soulager la douleur en association avec les analgésiques (co-analgésiques ou adjuvants).....	12
Sécrétions	13
Détresse respiratoire	13
Trajectoires reconnues	13
Indicateur de passage de soins palliatifs aux soins de fin de vie	14
Mesures de confort à prodiguer.....	14
Signes et symptômes caractéristiques d'une fin de vie	14
Facteurs entraînant la perte d'appétit	14
La fin de vie	15
Les signes d'une mort imminente	17
Intervention de l'établissement pour soulager les besoins en fin de vie	17
Rôles plus spécifiques des membres de l'équipe du milieu clinique	21
Processus à mettre en place pour résident en fin de vie.....	23
Processus lors d'un décès	24
Références	26
Annexe 1 Aide-mémoire pour le PII.....	27
Annexe 2 PII volet soins fin de vie.....	28
Annexe 3 Affiche de la colombe	30
Annexe 4 Inconfort en fin de vie	31



Introduction

La Maison des Aînés de Saint-Timothée, accorde une importance particulière quant aux soins de confort prodigués ainsi qu'à l'accompagnement de l'usager en fin de vie. L'engagement de la Maison des Aînés de Saint-Timothée, est d'offrir des soins de qualité, afin que la personne en fin de vie prenne son envol de façon paisible et soulagée.

La Maison des Aînés de Saint-Timothée met en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses résidents.

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux résidents, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins possible.

Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper s'il est son désir. (Loi 2, art.12).

Champs d'application

Cette politique et procédure s'adresse aux employés de la Maison des aînés, aux résidents en fin de vie, ainsi qu'aux proches de ceux-ci.

But et objectifs

- ❖ Prodiguier des soins de qualité aux résidents en fin de vie;
- ❖ Accompagner l'usager et la famille/les proches jusqu'à son départ;
- ❖ Respecter les valeurs du résident et de ses proches;
- ❖ Sensibiliser les intervenants / professionnel quant aux soins à prodiguer lorsqu'un résident est déclarée en fin de vie;
- ❖ Sensibiliser les proches ainsi que la famille du résident sur les différents comportements & inconforts en fin de vie;
- ❖ Soutenir les proches du résident tout au long de ce passage difficile et éprouvant;
- ❖ Maintenir la meilleure qualité de vie possible de la personne et de ses proches dans le respect de sa dignité et de son intimité;
- ❖ Donner accès à une chambre privée (Obligation de la Loi des soins de fin de vie);
- ❖ Évaluer régulièrement l'état du résident et ses symptômes;
- ❖ Adapter les horaires de soins au résident en fin de vie;
- ❖ Prendre en compte les besoins spécifiques du résident;
- ❖ Rendre accessible aux proches des espaces et des facilités pour leur permettre de mieux vivre cette étape de fin de vie.
- ❖ Informer régulièrement les proches concernant l'état du résident et leur offrir l'accompagnement nécessaire;
- ❖ Impliquer le résident et ses proches dans la participation aux soins;
- ❖ Orchestrer la mise en place de tous les outils et interventions de façon à favoriser le soulagement des symptômes;
- ❖ Favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Mourir dignement

J'ai le droit de vivre le mieux possible jusqu'à la dernière minute de ma vie !
J'ai le droit d'être considéré comme une personne humaine jusqu'à la fin, malgré ma déchéance !
J'ai le droit de garder espoir!
J'ai le droit à la confiance de mes soignants !
J'ai le droit d'exprimer mes sentiments et mes émotions !
J'ai le droit de prendre part aux décisions concernant ma maladie !
J'ai le droit qu'on réponde à mes questions !
J'ai le droit de ne pas être trompé !
J'ai le droit d'exiger de ne pas mourir seul !
J'ai le droit qu'on respecte mon individualité dans toutes ses formes !
J'ai le droit de discuter et d'approfondir les moments vécus et mon départ prochain !
J'ai le droit de m'attendre à ce qu'on respecte la dignité de mon corps en dépit de tout !
J'ai le droit d'être soigné par des personnes sensibles et compétentes !
J'ai le droit de mourir en paix !





Définitions et termes importants

Usagers

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non professionnel, à une personne ayant une perte d'autonomie est considéré comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Refus de soin

Décision pour une personne de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hospitalisé ou hébergé.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité de lésions, selon laquelle les chances de survie du patient à plus ou moins long terme sont compromises.

Soins palliatifs

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Soins de fin de vie

Les soins de fin de vie comprennent les soins palliatifs, y compris la sédation palliative terminale, de même que l'aide médicale à mourir. Ces soins font partie d'un continuum de soins appropriés en fin de vie.

Directives médicales anticipées

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Acronymes

- ❖ MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
- ❖ CISSSMO : Centre intégré en santé et services sociaux de la Montérégie-Ouest
- ❖ GIS : Groupe interdisciplinaire de soutien



Rôles et responsabilités de l'établissement

Information

La Maison des Aînés, dans son mandat, informe la population de son territoire des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours.

La Maison des Aînés diffuse les renseignements accessibles sur son site Internet, notamment en y rendant disponibles les documents suivants :

- ❖ le code d'éthique;
- ❖ la politique en fin de vie;
- ❖ un lien virtuel avec le document « Guide des droits des personnes en fin de vie » déposé sur le site du MSSS.

Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par la Maison des Aînés en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie. (Loi 2, art.10).

L'établissement remet son code d'éthique à tout résident ou sa famille ou répondant qu'il héberge et ceux qui en font la demande. Le document est aussi disponible sur le site internet de la Maison des Aînés.

Direction générale

Le président-directeur général doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer :

- ❖ le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- ❖ le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées;
- ❖ le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées;
- ❖ le nombre de demande d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. (Loi 2, art. 8).

Le registre servant au rapport est tenu par la responsable des soins palliatifs et soins de fin de vie au sein de la Maison des Aînés.

Le Président directeur général peut déléguer des responsabilités en lien avec la tenue du registre servant au rapport sur les soins de fin de vie.

Aide médicale à mourir

Demande d'une aide médicale à mourir

Seule une personne en fin de vie peut formuler pour elle-même une demande d'aide médicale à mourir. Si un professionnel de la santé ou des services sociaux autre que le médecin traitant reçoit la demande, celle-ci est alors transmise au médecin traitant.

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. (Loi 2, art. 27)

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir. (Loi 2, art. 28)

Doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit être également inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration. (Loi 2, art. 32)

Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- ❖ Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie;
- ❖ Être majeure et apte à consentir aux soins;
- ❖ Être en fin de vie;
- ❖ Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- ❖ Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- ❖ Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables. (Loi 2, art.26)

Cas d'objection de conscience

Un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession au sein de la Maison des Aînées et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le GIS et, le cas échéant lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le GIS, en collaboration avec le DSP et le corps médical, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande. Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel (hors CMDP) et qu'il ne fournit



pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le GIS de l'instance locale qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne désignée par l'établissement (Loi 2, art. 31)

Autre professionnel de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles.

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (Loi 2, art. 50).

Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit s'assurer :

- ❖ Au près de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- ❖ Au près de la personne du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- ❖ De la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
- ❖ De s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- ❖ De s'entretenir de la demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- ❖ Que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- ❖ D'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions d'admissibilité. (Loi 2, art.29)

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir

Le CISSS met en place au sein de son organisation un Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.

Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe :

- ❖ Le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir,
- ❖ Et le soutien aux décideurs de l'établissement qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Le GIS peut, dès le début d'une demande d'AMM, être mis à contribution pour soutenir les démarches du médecin et de l'équipe soignante, ou être interpellé à tout moment dans le processus de la demande. Cependant, le GIS ne doit être interpellé que dans un véritable cas d'AMM et seulement par un membre de l'équipe soignante. Le GIS n'a pas le mandat de répondre aux questions des patients, de leurs proches ou du public en général.



La composition du GIS est la suivante : un coordonnateur du GIS, un médecin, un pharmacien, une infirmière et un travailleur social. Chaque membre du GIS est jumelé à un partenaire remplaçant, afin d'assurer que le GIS puisse se réunir rapidement au besoin même si certains membres ne sont pas disponibles. D'autres personnes ressources pourraient aussi être interpellées ponctuellement par le GIS selon les demandes : un médecin spécialiste, un juriste ou un éthicien clinique par exemple.

Le PDG délègue la responsabilité de la coordination des travaux de ce groupe à un coordonnateur du GIS. Les gestionnaires, les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que les médecins sont informés de la façon de rejoindre le GIS.

Directives médicales anticipées

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant des directives médicales anticipées au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre (Loi 2, article 51 à 64)

Conditions

- ❖ Les directives médicales anticipées s'appliquent uniquement en cas d'incapacité à consentir aux soins.
- ❖ Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises.

Disponibilité des directives médicales anticipées

Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

Consentement

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les directives médicales ont une valeur contraignante c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Fonctionnement

- ❖ Les professionnels de la santé sont invités à informer et soutenir les personnes qui souhaitent émettre leurs directives médicales anticipées;
- ❖ Le comité des formulaires au dossier médical devra élaborer les modalités concernant le dépôt au dossier médical des DMA par les professionnels de la santé;
- ❖ Les modalités d'accès aux DMA anticipées pour les professionnels ciblés, seront en respect du règlement prescrit par le ministre, qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des DMA.

La douleur et les inconforts en soins palliatifs (Annexe 4)

La douleur c'est tout **mal physique** dont on se plaint.

« *C'est une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à un dommage tissulaire actuel ou potentiel. La douleur est et demeure toujours subjective. Seul le patient peut la qualifier et la quantifier. Le seuil de douleur également est individuel et est influencé par les expériences antérieures et actuelles.* »

Manifestations de la douleur

La douleur étant une expérience personnelle, la première source d'information est donc la personne qui éprouve cette douleur.

Expression faciale	<ul style="list-style-type: none"> - Grimaces et crispations - Front plissé - Plis entre les 2 yeux - Mordillement de la lèvre inférieure - Pâleur ou rougeur du visage <p>Pour les personnes ayant des capacités réduites à communiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dents serrées - Bouche ouverte - Regard angoissant ou menaçant
Mouvements corporels	<ul style="list-style-type: none"> - Se frotte, touche ou soutien le site de la douleur - Poings serrés <p>Pour les personnes ayant des capacités réduites à communiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remonte ses genoux et se roule en boule comme en position fœtale - Bouge sans arrêt (hyperactif, nerveux) ou à l'inverse bouge lentement (diminution de l'activité) - Mouvements répétitifs, recule ou refuse de bouger - Non-coopératifs
Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Gémissements à la mobilisation - Agressivité au toucher - Ton de la voix - Irritabilité - Rapidité d'élocution ou peu de discours - Plaintes en paroles, pleurs, cris ou silence - Sensibilité aux stimuli de l'environnement - Agrippements aux draps - Opposition à la mobilisation - Tachycardie et tachypnée

La gestion de la douleur

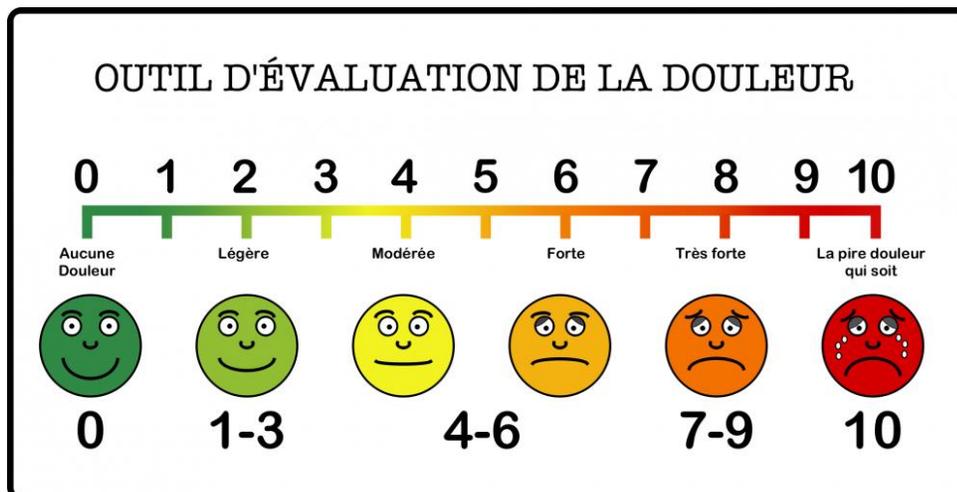
1. Comment la décrire ?

Caractéristiques de la douleur :

- Brûlement
- Coup de poignard
- Transperce comme un éclair ou coupante
- Fourmillements ou engourdissements
- Martèlement ou cognement
- Serrement
- Pincement ou crampe
- Torsion ou tiraillement
- Élanement

2. La localiser. Où avez-vous mal ?

3. L'intensité de la douleur. À l'aide d'une règle d'évaluation.



4. Le mode de présentation

- Quand apparaît-elle ?
- À quel moment est-elle plus intense ?
- À quel moment est-elle moins intense ?
- Est-elle constante ou intermittente ?
- Y a-t-il un facteur qui aggrave la douleur?
- Qu'est-ce qui la soulage?

Options médicamenteuses

Douleur bénigne (1-3)	Non narcotiques tels qu'acétaminophène et AINS
Douleur bénigne à modérée (3-5)	Non narcotiques + narcotiques de faible puissance tels qu'acétaminophène avec codéine = empracet
Douleur modérée à sévère (5-8)	<ul style="list-style-type: none"> - Narcotiques de puissance modérée tels que codéine ou morphine (dilaudid ou hydromorphine) - Timbres de Fentanyl ou Duragésic (72 heures) (q 3 jours)
Douleur sévère (8+)	<ul style="list-style-type: none"> - Morphine à action immédiate et durée brève (4 heures) - Morphine à libération prolongée et effet durable (12 heures) - Méthadone : Permis de santé Canada obligatoire ! - Cannabis : ex : Sativex (cannabinoïde) en vaporisateur nasal

La médication vous soulage-t-elle?

Utilisation des entre-doses... si plus de 2 entre-doses en moins de 4 heures avisez le médecin.

Autres options médicamenteuses pour soulager la douleur en association avec les analgésiques (co-analgésiques ou adjuvants)

Parce que les narcotiques ne soulagent pas tous les types de douleur.

Antiémétiques Pour les nausées	<ul style="list-style-type: none"> - Graval - Stémétil - Halopéridol
Corticostéroïdes Pour les douleurs causées par l'inflammation	<ul style="list-style-type: none"> - Prednisone - Décadron
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> - Évalil
Anxiolytiques Pour traiter l'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - Lorazépam (Ativan) - Flurazépam (Dalmane)
Anticonvulsivants	<ul style="list-style-type: none"> - Dilantin
Anti-inflammatoires (AINS)	<ul style="list-style-type: none"> - Motrin - Advil - Naprosyn



Sécrétions

Observations

- Apport excessif de liquide
- Production accrue de mucus
- Râles audibles sans stéthoscope

Ne pas dire « se noyer dans ses sécrétions » ou « suffocation » mais plutôt parler de congestion.

Détresse respiratoire

Observations

- Gêne respiratoire au repos constant et intolérable
- Attention obnubilée par le besoin de rechercher d'air
- Tirage (utilisation des muscles intercostaux et sus-claviculaires)
- Tachypnée au-dessus de 28/min. superficielle
- Effort marqué à prononcer 2-3 mots
- Anxiété intense
- +/- cyanose, encombrement bronchique, diaphorèse avec peau moite et froide.

Trajectoires reconnues

Trois trajectoires de fin de vie adulte sont actuellement reconnues afin de permettre une compréhension des différents parcours de soins que peuvent vivre les résidents.

Trajectoire 1

Maladies à évolution progressive dont la phase terminale est relativement claire. Principalement des cas de cancer.

Trajectoire 2

Déclin graduel ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupérations. Principalement des cas de défaillances cardio-pulmonaire.

Trajectoire 3

Déclin graduel et prolongé. Typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes avec démences ou maladies associées.



Indicateurs de passage de soins palliatifs aux soins de fin de vie

Lorsqu'une personne est admise en C.H.S.L.D. elle est déjà en phase palliative de maladie chronique. L'évolution de ses problèmes de santé ou la survenue d'une infection aigue la conduira inévitablement à la phase terminale et au décès.

Chez les personnes hébergées, le passage des soins palliatifs aux soins de fin de vie se fait souvent imperceptiblement sans qu'il soit possible d'établir à quel moment précisément débute l'étape de soins de fin de vie.

Mesures de confort à prodiguer

- ❖ S'approcher avec délicatesse;
- ❖ Prévenir la personne à l'avance de nos interventions auprès d'elle;
- ❖ Être attentif aux expressions et gestes;
- ❖ Encourager la personne à parler de ses douleurs et inconforts au besoin, faire de l'éducation sur le mécanisme de la douleur et le bien fondée de la médication;
- ❖ Consulter des collègues au besoin;
- ❖ Rechercher constamment des moyens de soulager... individualiser +++ créer +++;
- ❖ Offrir un P.R.N. ½ heure avant mobilisation ou changement de pansement;
- ❖ Traiter préventivement les symptômes en donnant les doses prescrites régulièrement;
- ❖ Évitez les plaies de pressions en tournant le malade tous les 2 heures;
- ❖ Évaluer les autres souffrances (physique, psychologique, socio-familiale et spirituelle) comme facteurs d'aggravation des symptômes;
- ❖ Appliquer une bonne gestion de la douleur;
- ❖ Réévaluer nos interventions.

Signes et symptômes caractéristiques d'une fin de vie

- ❖ Faiblesse progressive (fatigue ou asthénie);
- ❖ Alitement;
- ❖ Périodes de sommeil prolongées et/ou augmentation de l'état de somnolence;
- ❖ Diminution de l'apport alimentaire et hydrique.

Facteurs entraînant la perte d'appétit

- ❖ Modification du goût et odorat;
- ❖ Nausées;
- ❖ Constipation;
- ❖ Perturbations digestives, rénales ou hépatiques;
- ❖ Atteintes sur le tube digestif;
- ❖ Effets secondaires des médicaments;



❖ **Stress global de la fin de vie.**

La plupart des patients en phase terminale ne ressentent pas la soif si la bouche est maintenue humide. Donc, il nous faut lutter contre la sécheresse de la bouche, source de sensation de soif et de problèmes de bouche, par des soins de bouche réguliers.

La fin de vie

Le corps devient de moins en moins apte à poursuivre la route. Le taux de toxines corporelles s'élevant de plus en plus compromettra la capacité de la personne à rester consciente.

Le corps empêche la personne d'avoir conscience de sa mort et ainsi la protège des effets traumatisants du processus.

Diminution de la tension artérielle

La prise de T.A. est peu appliquée en soins palliatifs.

Accélération du pouls

Passera de la normale : 80/min. à 150/min.

Il deviendra plus faible et difficile à prendre.

Altération au niveau de la température corporelle

Les reins ne fonctionnant plus normalement et le corps vivant une situation de grand stress provoquera une augmentation de la sécrétion d'adrénaline et alors une hausse de la transpiration et/ou moiteur s'ensuivra.

Les extrémités prendront une teinte de plus en plus violacée, la couperose apparaît sur les genoux, les chevilles, les coudes et sur la face interne des bras, jambes, dos et fesses.

La température rectale pourra augmenter à 38° et plus en cas d'intensification des signes. Un suppositoire d'Abénoïl pourra être prescrit qui pourrait même s'avérer inefficace.

Changement de la couleur de la peau

Le cœur pompant difficilement le sang et celui-ci circulant lentement dans les vaisseaux provoquera une mauvaise circulation dans les extrémités (mains et pieds) favorisant l'apparition d'œdème (accumulation d'eau dans les tissus mous) aux pieds et aux jambes.

Afin de préserver les organes vitaux (cœur, foie, reins, poumons, pancréas) en leur apportant oxygène et nutriments dont ils ont besoin, le corps pallie automatiquement la circulation sanguine déclinante en concentrant le sang autour de ces organes provoquant ainsi un refroidissement progressif des extrémités aux niveaux des mains, pieds et jambes.

Ce symptôme indique que l'organisme est désormais en situation de stress et que la mort approche!

La respiration devient de plus en plus difficile... s'ensuivra une diminution de l'oxygène amené aux globules rouges, ce pourquoi les extrémités prendront une teinte pâle et bleutée.



L'apparition de marbrures cutanées (tâches sombres ressemblant à des bleus) commencent aux niveaux des jambes et remontent petit à petit.

La peau quant à elle prendra une teinte de couleur rouge fiévreux si présence de fièvre ou le bleu caractéristique de l'hypothermie jusqu'à une pâleur jaunâtre ou grisâtre à l'approche de la mort.

Changement au niveau de la respiration

Passera de la normale : 16-20/min. à 50/min. et diminuera à 9 et 6/min. en cas d'intensification des signes.

Elle deviendra aussi irrégulière, laborieuse et bruyante.

Les lèvres souffleront l'air à l'expiration suivi de pause et ainsi de suite et ce, pendant le sommeil de la personne.

Le cœur pompant moins vite et moins fort du liquide commencera à s'accumuler dans les poumons. Ceux-ci réagiront en produisant du mucus ou des sécrétions très épaisses qui ont comme rôle d'empêcher les liquides d'envahir les poumons.

Une congestion pourra aussi se développer et s'accompagner de râles dans les poumons et la gorge (accumulation de sécrétions dans l'arrière gorge que le résident ne peut avaler ni dégager par la toux).

L'aspiration des sécrétions n'est pas nécessaire parce que cela deviendra un cercle vicieux. En effet, plus on aspirera et plus il y aura formation de sécrétions. Ceci est une réaction normale des poumons pour se protéger contre tout envahissement. Une prescription de scopolamine ou glycopyrrolate s/c pourra être administrée pour assécher les sécrétions.

Protocole de détresse respiratoire

Morphine : permet de diminuer la sensation d'étouffement et la douleur.

Versed : permet de calmer rapidement la personne.

Scopolamine : permet d'assécher les sécrétions.

Regain d'énergie

La personne peut présenter un regain d'énergie... un temps d'éveil alors qu'elle nous semblait si près de la fin.

Elle pourra se montrer alerte et parler clairement ainsi que demander à prendre un bon repas.

Autres symptômes d'intensification des signes

- ❖ Yeux vitreux, larmoyants, semi-ouverts;
- ❖ Diminution des urines voire même absence;
- ❖ Pertes glaireuses vaginales et/ou rectales;
- ❖ Baisse du tonus musculaire : la personne ne serre plus les mains, sa mâchoire reste pendante et sa tête va vers l'arrière.



Les signes d'une mort imminente

Coma

La personne ne répond plus aux stimulations de l'environnement ni à la douleur. Impossible de la réveiller.

Respiration de Cheynes-Stokes ou apnée

Rythme respiratoire caractérisée par une période d'apnée +/- longue.

Comme un poisson hors de l'eau... la personne cesse de respirer environ 10-15-30 secondes puis recommence une autre série de respiration d'amplitude croissante suivi d'une autre série d'amplitude décroissante aboutissant à une nouvelle pause.

Avertir la famille du décès probable d'ici 72 heures.

Arrêt graduel des fonctions vitales

La séparation du corps devient complète à l'arrêt de la respiration.

Le dernier soupir peut être suivi d'une ou de deux longues respirations espacées. On pourra aussi observer à l'occasion une dernière larme (épihora) et un dernier sourire.

Intervention de l'établissement pour soulager les besoins en fin de vie

Dans cette section du programme, nous attirons plus particulièrement votre attention sur les besoins du résident lors de ses derniers moments de vie ainsi que sur le réconfort et le soutien à offrir à la famille et aux proches.

Besoins physiques et de confort

Le résident en fin de vie présente plusieurs besoins physiologiques et de confort. Voici les interventions à mettre en place ou à offrir au résident en fin de vie:

- ❖ Effectuer une bonne hygiène corporelle en respectant l'état du résident;
- ❖ Effectuer l'hygiène buccale toutes les quatre heures ou plus, selon le besoin;
- ❖ Hydrater la peau avec une lotion hydratante;
- ❖ Évaluer la douleur et son soulagement. Offrir un analgésique, si non soulagé, aviser le médecin pour réajuster la médication;
- ❖ Favoriser un positionnement confortable et facilitant la respiration;
- ❖ Offrir de l'oxygène au besoin, selon l'état du résident;
- ❖ Hydrater régulièrement le résident selon sa capacité;
- ❖ Rafraichir le visage du résident avec une débarbouillette humide lorsqu'il est en diaphorèse;
- ❖ Réduire au minimum certaines interventions (médication et signes vitaux).

Bon environnement

Le résident en fin de vie profite toujours d'un environnement calme, serein et favorisant la dispensation des soins. Voici des mesures à installer pour favoriser un environnement adéquat:

- ❖ Créer une ambiance de détente, de silence et de paix:
 - Offrir de la musique appropriée selon les préférences;
 - Éviter les bruits dans l'entourage immédiat;
 - Tamiser l'éclairage.
- ❖ Favoriser un emplacement du lit qui facilite les déplacements autour du mourant autant pour les proches que pour le personnel soignant;
- ❖ Éviter l'encombrement de la chambre;
- ❖ Maintenir la propreté de la literie;
- ❖ Tenir une température ambiante tempérée et agréable;
- ❖ Garder la porte de la chambre ouverte ou fermée selon la volonté du résident et de ses proches (désir d'intimité et de sécurité);
- ❖ Éviter les chuchotements près du mourant, ils peuvent être une cause d'anxiété.

Besoin de sécurité

Voici quelques interventions favorisant le sentiment de sécurité du résident en fin de vie et de ses proches:

- ❖ Donner de l'information régulière et compréhensible sur la maladie;
- ❖ Offrir d'avoir une présence auprès du résident;
- ❖ Visiter régulièrement le résident;
- ❖ Écouter et favoriser l'expression des sentiments et des craintes;
- ❖ Rassurer le résident en lui confirmant que tout le personnel soignant est qualifié et s'occupe de lui;
- ❖ Parler du résident au présent;
- ❖ Installer la cloche d'appel près du résident.

Besoin d'appartenance

Le besoin d'être aimé et d'aimer. Ce besoin est essentiel pour la personne en fin de vie. Le moment de la mort est critique puisque souvent les amis, les compagnons de travail et le réseau social ont tendance à s'éloigner à cause de leurs peurs. Voici quelques moyens pour favoriser les rapprochements envers le résident en fin de vie:

- ❖ Favoriser les visites en tout temps ; jour, soir et nuit;
- ❖ Avoir une approche chaleureuse et empathique;
- ❖ Offrir aux proches la possibilité de participer aux soins;
- ❖ Encourager les proches à l'expression de leur amour envers la personne en fin de vie par un contact, un regard ou une parole;
 - Offrir de baisser le côté de lit;
 - Offrir de s'asseoir près du lit;



- Offrir un lit afin de demeurer près du résident toute la nuit.

Besoin de considération

Le besoin se traduit par la demande de la personne en fin de vie d'être traitée comme un **être vivant** jusqu'à la fin. Le toucher est un moyen de faire sentir à la personne qu'elle mérite encore et toujours de la considération et lui permettre de mourir dignement. Le toucher est en plus un bon moyen de communication et de réconfort. Regarder l'autre ; car c'est par le regard de l'autre que nous existons et que nous sommes reconnus pour ce que nous sommes.

L'échange visuel est aussi un autre moyen de communication et de réconfort auprès du résident.

Être présent à la personne en fin de vie:

- ❖ En reformulant l'expression de ses sentiments, de ses inquiétudes avec authenticité et empathie;
- ❖ En respectant les silences de la personne en fin de vie
- ❖ En répondant à ses attentes face à l'évolution de sa maladie;
- ❖ En le touchant et le regardant lors des présences à son chevet.

Besoins spirituels et moraux

Les besoins portent essentiellement sur la recherche d'un sens : le sens du pardon, de l'espoir et de l'amour. Voici quelques suggestions pour répondre aux besoins spirituels et moraux du résident en fin de vie :

- ❖ Offrir les services de pastorale ou, si le résident est d'une autre confessionnalité, le service d'un répondant spirituel afin que le résident et ses proches reçoivent l'accompagnement et le soutien appropriés à leurs besoins spirituels et moraux;
- ❖ Offrir au résident et à ses proches des moments de prières, de recueillement ou d'intimité favorisant la spiritualité.

Peurs de la personne en fin de vie

Le résident en fin de vie peut avoir plusieurs craintes, de la peur ou de l'anxiété. Voici quelques exemples et moyens pouvant être mis en place pour le rassurer :

Peur de la douleur – Peur de souffrir

- ❖ Le rassurer qu'une médication appropriée peut apporter un soulagement tout en restant lucide;
- ❖ L'aviser de la disponibilité du personnel à lui apporter sa médication (exemple : entre-dose);
- ❖ Utiliser la grille d'évaluation de la douleur et de son soulagement;
- ❖ Suggérer des moyens alternatifs pour soulager la douleur (toucher).

Peur d'être seul

- ❖ Offrir une présence rassurante;
- ❖ Vérifier auprès du mourant s'il désire ou non avoir une présence lors des derniers moments;
- ❖ Vérifier auprès des proches leur désir d'être auprès de lui à ce moment-là.



Peur de l'inconnu

- ❖ Pour le soignant ou accompagnateur, ce n'est pas la première fois qu'il soigne ou accompagne une personne en fin de vie, mais celui qui se meurt, **c'est la première fois qu'il mourra**. Cette part d'inconnu peut troubler cette personne qui la vit. Elle aura besoin de manifester ce qu'elle ressent pour s'en libérer;
- ❖ Prendre le temps de faire verbaliser ou d'écouter les manifestations reliées à cette peur.

Peur de la perte de son identité

- ❖ La personne en fin de vie a peur de perdre sa lucidité, de régresser, de perdre la maîtrise de soi. Elle aimerait laisser un bon souvenir d'elle;
- ❖ Éviter de porter tout jugement et s'efforcer de s'ouvrir à cette étape du lâcher prise.

Peur de la tristesse

- ❖ La personne devient triste parce qu'elle subit la perte progressive de son corps, la perte de la relation affective avec les siens et perçoit leur tristesse;
- ❖ Avoir l'ouverture d'esprit et l'empathie nécessaire pour écouter le résident en fin de vie ainsi que ses proches et leur permettre de pleurer.

Peur de la peur des autres

- ❖ La personne en fin de vie est capable de lire dans les yeux du soignant ce que celui-ci pense, tel que le sentiment « J'espère qu'il ne mourra pas durant mon temps de service ». Ce qui occasionne de la « peur en retour », celle qu'on lit dans le regard des autres
- ❖ Adopter une attitude calme, être serein et disposer lors des visites et des soins au résident en fin de vie.

Réconfort et soutien des proches

Lors de la période de fin de vie d'un résident, les proches de celui-ci nécessitent eux aussi de l'attention, du réconfort et de l'empathie. Plusieurs interventions peuvent être mises en place pour favoriser leur confort et pour les rassurer.

- ❖ Créer un climat de confiance en informant les proches de la disponibilité du personnel pour répondre à leurs questions ou à leurs besoins;
- ❖ Toujours en retrait de la chambre, informer la famille de l'état de la personne en fin de vie, de son évolution et du processus de la mort, selon la volonté/consentement du résident. Les symptômes : diaphorèse, respiratoire « Cheyne-Stokes », Cyanose, Anurie
- ❖ Mettre à la disposition des proches:
 - Du matériel nécessaire pour une collation (thé, café, jus, rôties) Offrir repas gratuits à l'accompagnateur principal (***aviser le personnel de la cuisine pour préparation du cabaret**)
 - Des chaises ou fauteuils;
 - Un lit pliant ou chaise Lafuma pour ceux qui le désire.

- Oreiller, couverture, serviettes et débarbouillettes

À ne pas oublier

- ❖ Le cerveau est le centre d'intégration de la douleur. L'intensité de celle-ci chez une personne mourante peut demeurer élevée et présente plus longtemps lorsqu'on garde en éveil le cerveau en lui procurant de l'oxygène et du glucose (soluté);
- ❖ Avoir la bouche sèche n'est pas nécessairement signe de déshydratation ou de soif. Cependant il est important pour le confort du mourant d'humidifier les muqueuses buccales;
- ❖ Toutes les sensations sont interprétées par le cerveau. Chez le mourant, ce fonctionnement est ralenti, de ce fait, il ressent moins la soif ou ne la ressent pas;
- ❖ L'ouïe est le sens qui demeure actif le plus longtemps, de là l'importance du contenu de ce que l'on dit. **Toujours se dire qu'il entend;**
- ❖ Une personne religieuse ne peut pas toujours désirer prier. Elle peut préférer s'exprimer autrement avant de mourir;
- ❖ Un comateux non croyant peut s'agiter si on prie près de lui;
- ❖ En fin de vie, la circulation sanguine périphérique est diminuée pour se concentrer aux organes vitaux (cœur, poumons, cerveau). Ce qui explique le phénomène de la diaphorèse (ou hypersudation) localisée dans le haut du corps et les extrémités froides.

Rôles plus spécifiques des membres l'équipe du milieu clinique (outre leurs tâches habituelles) :

Infirmière :

- ❖ S'assurer que le personnel clinique (J.S.N) et administratif soit informé de la présence d'un résident en fin de vie
- ❖ Appliquer les protocoles de soins au résident en fin de vie
- ❖ Remettre au résident et ses proches les documents relatifs au processus fin de vie (chariot fin de vie)
- ❖ Rédiger un PII spécifique au résident en fin de vie
- ❖ Ajuster le PTI pour assurer le continuité des soins et vérifier la mise en place des interventions inscrites au PTI
- ❖ Connaître les médicaments utilisés et leurs effets secondaires pour apaiser la douleur et permettre une mort paisible
- ❖ S'assurer de la surveillance du résident sous sédation
- ❖ Évaluer la douleur et le soulagement de la douleur
- ❖ Informer les proches de l'évolution de l'état de santé du résident en fin de vie, des traitements et soins requis
- ❖ Maintenir une communication ouverte et honnête avec le résident et ses proches
- ❖ Soutenir les proches en étant attentive à leurs besoins

- ❖ Encourager les proches à participer à la planification de soins au résident en fin de vie et à y participer
- ❖ Se soucier du vécu des membres de son équipe face au deuil à venir



Infirmière auxiliaire :

- ❖ Accompagner le résident en fin de vie et ses proches (communication de l'information au résident en fin de vie et à ses proches)
- ❖ Observer l'état du résident et partager ses données avec l'infirmière
- ❖ Prodiger des soins de confort avec le souci de préserver la dignité du résident en fin de vie
- ❖ Contribuer à l'évaluation de la douleur
- ❖ Administrer des médicaments
- ❖ Appliquer le protocole de détresse respiratoire au besoin
- ❖ Ajuster/Modifier le plan de travail du PAB pour la mise en place de soins centrés sur le résident en fin de vie et ses proches
- ❖ Collaborer avec les PAB pour les soins pré et post mortem

Préposé aux bénéficiaires :

- ❖ Dispenser des soins d'assistance et de confort notamment l'hygiène de fin de vie avec délicatesse et respect (soins d'hygiène et de la peau, soins de la bouche et des yeux, hydratation, élimination, positionnement)
- ❖ Détecter les signes d'inconfort et ou de douleur chez le résident et aviser l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire
- ❖ Maintenir les capacités fonctionnelles du résident si possible dans le respect de ses divers besoins
- ❖ Référer les proches à l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire pour toute information clinique et enseignement
- ❖ Fournir un accompagnement attentif au résident en fin de vie et à ses proches
- ❖ Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire lorsque requis
- ❖ Participer aux soins pré et post mortem en collaboration avec l'infirmière auxiliaire

Soins et services complémentaires pouvant être offerts en fin de vie

La Maison des Aînés offre une variété de services adaptés au résident en fin de vie et aux proches en deuil afin de faciliter cette période difficile. Les services suivants bonifient et complètent les services d'assistance, de confort et d'hygiène offerts aux résidents et à leurs proches.

Ergothérapie

L'ergothérapeute peut vous aider à assurer le confort optimal du résident en fin de vie. On peut mettre à la disposition du résident certains équipements favorisant le confort tels que :

- ❖ Matelas préventif;
- ❖ Surface thérapeutique;
- ❖ Adaptations diversifiées.



Pastorale ou services spirituels

L'intervenant accompagne le résident en fin de vie et les proches en deuil en leur offrant les services suivants :

- ❖ Effectue des visites régulières au résident en fin de vie;
- ❖ Offre le sacrement « Onction des malades » aux personnes de religion catholique romaine;
- ❖ Offre aux autres confessionnalités la possibilité de rencontrer la personne significative dans leur pratique religieuse.

Physiothérapie / Kinésologue

Les intervenants de ce service peuvent vous donner de précieux conseils sur le positionnement et les mobilisations du résident en fin de vie. Leur brève évaluation clinique peut aussi vous guider à ajuster les soins à la condition ou à l'état du résident en fin de vie.

Animation

L'animateur a créé des liens avec les résidents au travers de leurs activités. Il connaît leur histoire de vie, leurs habitudes et leurs goûts. Elles vous proposent des visites auprès d'un résident en fin de vie afin d'apporter du réconfort.

Musicothérapie

La musicothérapie peut offrir un moment plein de tendresse en jouant d'un instrument de musique dans la chambre d'un résident en fin de vie. Il ne suffit que de lui faire part de votre demande.

Zoothérapie

Grâce à la zoothérapie, le résident en fin de vie peut bénéficier d'une approche toute spéciale. L'animal est d'une écoute inlassable et ne juge pas. Sa spontanéité et son caractère affectueux peuvent atténuer certaines souffrances, le stress ou l'anxiété.

Procédure à mettre en place en fin de vie

Dès qu'un résident est en fin de vie, le personnel de l'unité travaille en collaboration pour appliquer le programme d'accompagnement. La procédure suivante est débutée pour assurer le suivi:

- ❖ Mettre en place l'outil aide-mémoire du programme d'accompagnement en fin de vie (Annexe 1) et le joindre au rapport quotidien. Des ajustements ponctuels peuvent y être faits;
- ❖ Joindre au dossier le **Pli volet soins de fin de vie** et le rédiger (Annexe 2)
- ❖ Envoyer un courriel à tout le personnel pour les aviser qu'un résident est en fin de vie;
- ❖ Afficher le symbole de la colombe sur le mur du corridor près de la porte de la chambre du résident en fin de vie après avoir reçu l'approbation du résident et/ou de ses proches (Annexe 3);
- ❖ Informer le médecin afin qu'il puisse ajuster la médication du résident en fin de vie en fonction de son état. Si nécessaire, la médication « per os » peut être cessée;
- ❖ Informer le répondant de l'état de santé du résident qui est en fin de vie, tout en lui offrant le soutien nécessaire.
- ❖ Appliquer le programme de gestion de la douleur et de confort (et Annexe 4)



- ❖ Aviser le Service de la pastoral et/ou des soins spirituels : au besoin, laisser un message dans la boîte vocale;
- ❖ Assurer un leadership au niveau de l'équipe soignante de façon à transmettre toute l'information pertinente afin d'assurer un bon suivi jour — soir — nuit;
- ❖ Assurer le suivi de l'application du programme d'accompagnement en fin de vie et offrir les différents services disponibles au résident en fin de vie et aux proches;
- ❖ Informer les proches que l'établissement met à leur disposition une trousse d'accompagnement en fin de vie s'ils le désirent. Les trousse sont disponibles dans le local dédié.
- ❖ Offrir aux proches une collation et un breuvage, au besoin, ou les informer qu'ils ont accès à la cuisinette.

Trousse d'accompagnement en fin de vie

Afin de bien répondre aux besoins des résidents et de leurs proches, l'établissement met à la disposition de ceux-ci une trousse d'accompagnement en fin de vie. La trousse comprend le matériel suivant:

- ❖ Radio-CD;
- ❖ CD;
- ❖ Chapelet;
- ❖ Diffuseur d'aromathérapie;
- ❖ Papiers mouchoirs;
- ❖ Veilleuse;
- ❖ Affiches plastifiées du symbole (colombe), amplificateur vocal (Pocket Talker) (se servir de celui de l'étage);
- ❖ La copie de la politique de l'établissement;
- ❖ Lit pliant (1 place) et literie
- ❖ Document sur « Les soins adaptés aux derniers moments de vie »
- ❖ Document « Quoi faire en cas de décès »
- ❖ Guide « Ces derniers moments de vie... Pour mieux vous guider »

Procédure lors du décès d'un résident

La procédure suivante est débutée lors du décès du résident :

- ❖ Effectuer une toilette partielle du défunt et le vêtir d'une jaquette de l'établissement. S'il y a lieu, vous assurer que le matériel d'incontinence soit propre;
- ❖ S'il y a lieu, retirer le matériel de soins infirmiers en place (sonde vésicale, micro perfuseur, etc.) et vous assurer que les pansements en place soient propres;
- ❖ Installer le défunt sur le dos dans son lit en respectant l'alignement naturel du corps. Vous assurez que la literie en place soit propre;
- ❖ Laisser aux proches un moment de recueillement auprès du défunt et les soutenir en ces moments difficiles;
- ❖ Déposer près du défunt le sac contenant ses lunettes, ses prothèses dentaires ainsi que les vêtements nécessaires aux rites funéraires. Si le résident n'a pas de répondant ce sac doit être remis au personnel de la maison funéraire concerné.



Titre: Politique et procédure sur les soins de fin de vie
Responsable : Responsable des soins infirmiers
Date d'adoption : Mars 2016
Révisé : 26 juin 2023, Marielle Levasseur

Références

- ❖ Guide de formation de l'accompagnatrice Lorraine. *Description des soins de fin de vie.*
- ❖ Programme régional d'approche palliative et de soins de fin de vie pour les CHSLD de la Montérégie. Avril 2016. Gouvernement du Québec. Production conjointe des Centres intégrés de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie Est, de la Montérégie Ouest et de la Montérégie Centre, 223 pages.
- ❖ Loi gouvernementale concernant les soins de fin de vie.

Annexe 1 – Aide-mémoire Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) de fin de vie

INDICATIONS DU PASSAGE VERS LES SOINS DE FIN DE VIE

- Arrêt spontané de l'alimentation et/ou de l'hydratation.
- Trouble à la déglutition, dysphagie.
- Toux inefficace avec présence de sécrétions.
- Présence de râles.
- Faiblesse généralisée avec perte de mobilité importante.
- Désintérêt pour l'entourage.
- Somnolence de plus en plus prédominante (dort une bonne partie de la journée), jusqu'à l'inconscience.
- Altération des signes vitaux :
 - baisse de tension artérielle;
 - pouls faible;
 - respiration irrégulière, bruyante ou de Cheyne-Stoke avec périodes d'apnée;
 - désaturation;
 - extrémités froides ou marbrées, etc.

OBJECTIFS À CONSIDÉRER POUR LE PII

- ➔ **Optimiser le confort physique du résident**
 - Soulager la douleur et les manifestations d'inconfort.
 - Réduire les sécrétions et la détresse respiratoire.
 - Favoriser l'intégrité de la peau.
 - S'assurer que l'alimentation et l'hydratation soient confortables et selon la tolérance du résident.
 - Assurer les soins de bouche requis.
 - Offrir des soins de fin de vie qui correspondent aux attentes du résident et à son aptitude à consentir à ses soins : informer le résident de ses options, s'assurer de connaître ses volontés, ses attentes, etc.
- ➔ **Optimiser le confort psychique, social et spirituel du résident**
 - Soulager l'anxiété et les peurs.
 - Répondre aux besoins d'accompagnement émotionnel : se montrer disponible, décoder les signes de désarroi, répondre et informer, apaiser, vérifier si une attente ou un désir particulier peuvent être répondus.
 - Favoriser la satisfaction des besoins relationnels et sociaux du résident, encourager la présence de personnes significatives.
 - Répondre aux besoins d'accompagnement spirituel du résident.
- ➔ **Accueillir et soutenir les personnes significatives pour le résident**
 - Favoriser et soutenir la présence des personnes significatives au chevet du résident en respectant les volontés de celui-ci (ex. répondre aux questions, inviter le proche à faire ses adieux).
 - Offrir un lieu propice à l'intimité et à la présence prolongée des proches au chevet du résident.
 - Vérifier les besoins d'accompagnement des personnes significatives au chevet du résident et y répondre :
 - démontrer de la sollicitude en respectant l'intimité;
 - valider la participation aux soins, au besoin;
 - valider le besoin de préparation à la mort;
 - offrir de la documentation;
 - répondre aux questions, etc.
- ➔ **Assurer le respect des volontés du résident**
 - Si applicable, s'assurer de respecter les niveaux de soins, les directives médicales anticipées et toute autre expression de volonté.

Annexe 2 -Plan d'intervention interdisciplinaire - volet soins de fin de vie

1. Participants et date de la rencontre		
Date	Intervenants (nom et titre)	Résident/proches (lien)
		<input type="checkbox"/> Feuillelet d'évaluation remis
2. État du résident		
3. Présence des proches auprès du résident		
1. Indications du passage vers les soins de fin de vie		
<input type="checkbox"/> Arrêt spontané de l'alimentation et/ou de l'hydratation. <input type="checkbox"/> Trouble à la déglutition, dysphagie. <input type="checkbox"/> Toux inefficace avec présence de sécrétions. <input type="checkbox"/> Présence de râles. <input type="checkbox"/> Faiblesse généralisée avec perte de mobilité importante. <input type="checkbox"/> Désintérêt pour l'entourage. <input type="checkbox"/> Somnolence de plus en plus prédominante (dort une bonne partie de la journée), jusqu'à l'inconscience. <input type="checkbox"/> Altération des signes vitaux : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> baisse de tension artérielle <input type="checkbox"/> pouls faible <input type="checkbox"/> respiration irrégulière, bruyante ou de Cheyne-Stoke avec périodes d'apnée <input type="checkbox"/> désaturation <input type="checkbox"/> extrémités froides ou marbrées <input type="checkbox"/> autre : _____ 		



4. Volontés et priorités du résident/proche		
5. Plan d'intervention		
Optimiser le confort physique du résident		
<input type="checkbox"/> Soulager la douleur et les manifestations d'inconfort. <input type="checkbox"/> Réduire les sécrétions et la détresse respiratoire. <input type="checkbox"/> Favoriser l'intégrité de la peau. <input type="checkbox"/> S'assurer que l'alimentation et l'hydratation soient confortables et selon la tolérance du résident. <input type="checkbox"/> Assurer les soins de bouche requis. <input type="checkbox"/> Offrir des soins de fin de vie qui correspondent aux attentes du résident et à son aptitude à consentir à ses soins : informer le résident de ses options, s'assurer de connaître ses volontés, ses attentes, etc.		
Optimiser le confort psychique, social et spirituel du résident		
<input type="checkbox"/> Soulager l'anxiété et les peurs. <input type="checkbox"/> Répondre aux besoins d'accompagnement émotionnel : se montrer disponible, décoder les signes de désarroi, répondre et informer, apaiser, vérifier si une attente ou un désir particulier peuvent être répondus. <input type="checkbox"/> Favoriser la satisfaction des besoins relationnels et sociaux du résident, encourager la présence de personnes significatives. <input type="checkbox"/> Répondre aux besoins d'accompagnement spirituel du résident.		
Accueillir et soutenir les personnes significatives pour le résident		
<input type="checkbox"/> Favoriser et soutenir la présence des personnes significatives au chevet du résident en respectant les volontés de celui-ci (ex. répondre aux questions, inviter le proche à faire ses adieux). <input type="checkbox"/> Offrir un lieu propice à l'intimité et à la présence prolongée des proches au chevet du résident. <input type="checkbox"/> Vérifier les besoins d'accompagnement des personnes significatives au chevet du résident et y répondre : <ul style="list-style-type: none"> ○ démontrer de la sollicitude en respectant l'intimité; ○ valider la participation aux soins, au besoin; ○ valider le besoin de préparation à la mort; ○ offrir de la documentation, répondre aux questions, etc. 		
Assurer le respect des volontés du résident		
<input type="checkbox"/> S'assurer de respecter les niveaux de soins (si applicable) <input type="checkbox"/> S'assurer de respecter les directives médicales anticipées (si applicable) <input type="checkbox"/> S'assurer de respecter toute autre expression de volonté : _____ _____		
Autres objectifs et moyens		
6. Signature		
Date	Nom et titre du secrétaire de la rencontre (en lettres moulées)	Signature

Annexe 3– Affiche d'un résident en fin de vie



Résident en fin de vie

Veillez respecter la quiétude
du résident et de sa famille.

Annexe 4 - Inconfort en fin de vie

Ordonnances individuelles

**Ce qui doit être traité de façon individuelle, sans débiter le protocole. **

<u>Signes et symptômes</u>	
Douleurs	<ul style="list-style-type: none"> - Visage crispé ou grimaçant - Présence de larmes - Gémissements - Rigidité des membres - Tachycardie (≥ 110 battements/min.)
Sécrétions	<ul style="list-style-type: none"> - Apport excessif de liquide - Production accrue de mucus - Râles audibles sans stéthoscope
Agitation	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune position confortable - Mouvements fréquents non intentionnels - Agité, combatif

Détresse respiratoire

Ordonnances trio (morphine, versed, scopolamine)

** Pour débiter le protocole, doit avoir les 3 critères avec au moins 1 manifestation **

Critère 1 Présence d'une ou plusieurs manifestations clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire intolérable et constante au repos - Tachypnée (≥ 28 respirations/min.) - Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus-claviculaire) - Cyanose - Douleur
Critère 2 État de panique	Anxiété intense Regard effrayé : <ul style="list-style-type: none"> - Yeux écarquillés - Muscles du visage contractés - Froncement des sourcils - Bouche ouverte - Dents serrées
Critère 3 Agitation constante	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune position confortable - Mouvements fréquents non intentionnels - Agité, combatif