SOINS DE FIN DE VIE À DOMICILE

Le pharmacien: acteur clé dans la prise en charge des soins de fin de vie à domicile

Catherine Lapointe-Girard, B. Pharm, M.Sc.
CISSS de Chaudière-Appalaches

13 janvier 2021

Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer

Objectifs

- Comprendre l'évolution de la prestation des soins de fin de vie au Québec;
- Discuter des particularités et défis entourant les soins de fin de vie à domicile;
- Identifier les rôles des pharmaciens communautaires, de GMF et d'établissement dans la prestation de soins de fin de vie à domicile;
- Discuter des différents types de soins pharmaceutiques pouvant être offerts dans un contexte de fin de vie à domicile;
- Comprendre l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prestation de soins de fin de vie à domicile;
- Identifier les outils cliniques, procédures ou techniques particulières reliées à la prestation de soins de fin de vie à domicile pouvant faciliter la prise en charge des soins dans ce contexte précis.

Plan de la présentation

- Soins palliatifs à domicile – portrait de la situation
- Rôle du pharmacien dans les soins palliatifs à domicile
- Principaux enjeux
- Modèles d'implication du pharmacien en soins palliatifs à domicile
- Soins pharmaceutiques
- Soins palliatifs à domicile – les incontournables
- Particularités reliées aux soins palliatifs à domicile
- Collaboration interdisciplinaire
- Outils cliniques
- Conclusion
- Références

Soins palliatifs et de fin de vie à domicile
Portrait de la situation

- Soins palliatifs:

« 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 → soins palliatifs et l'AMM

Soins palliatifs et de fin de vie à domicile
Portrait de la situation

- Domicile: premier choix des personnes en fin de vie
- Décès vs « rester le plus longtemps possible »
- Plusieurs raisons motivent le désir de mourir à domicile
  - Confort du milieu, demeurer avec ses proches
  - Crainte des hôpitaux
- Défis principaux:
  - Proches aidants (plus d'un, conditions favorables)
  - Disponibilité des ressources (md de famille, etc)
  - Milieu physique (accessibilité, répartition des pièces, équipements)
  - Détermination des niveaux de soins/pronostics
  - Soutien, connaissances, financement, etc

Soins palliatifs à domicile au Québec

- État de situation des soins palliatifs au Québec (2000)
  - Réseau n'est pas prêt à répondre aux besoins grandissants de sa population en matière de SPFV…
- Politique québécoise en soins palliatifs et de fin de vie (2004)
- Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques (2006)
- Rapport INSPQ (2006):
  - Définir et mesurer des indicateurs permettant de suivre l'évolution des soins palliatifs au Qc
  - 8,3% des décès à domicile (1997-2001)

Soins palliatifs à domicile au Québec

- Loi concernant les soins de fin de vie 2014
  - AMM, SPC, DMA, *développement des SP*

- Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020:
  - *Priorité 4: « Faciliter le maintien dans son milieu de vie de la personne en SPFV… »*
    - *Indicateurs : nombre d'usagers en SPFV à domicile et % décès à domicile*
  - État de situation été 2018
  - Démarche évaluative en cours / recommandations à venir

Soins palliatifs à domicile au Québec

- Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec (déc. 2015 à mars 2018)
  - 142 622 personnes en SPFV
    - 47% à domicile (variations ad 30% entre les régions – inégalité de l'accès)
  - Sédation palliative continue
    - Administrée dans 1% des décès (1704 cas)
    - 4% administrée à domicile → difficulté d'accès
  - AMM
    - 1 632 AMM administrées → en croissance
    - 1,09% des décès / variabilité entre les régions
    - 20% administrée à domicile
      - Nombreux enjeux (temps déplacement Md pour évaluations et trousses, voies IV, accès d'une équipe sur place, témoins indépendants)

Soins palliatifs et de fin de vie à domicile
Portrait de la situation

Pourcentage de décès à domicile plan stratégique 2015-2020

	2017-2018	Cible 2018	2019-2020	Cible 2020
Ensemble du Québec	**17,2%** **Écart 1,5 à 40,7%**	16,1%	??	**18,5%**
Chaudière-Appalaches	17,1%	16%	21,5%	20%
Capitale Nationale	10,1%	9%		
Montréal-Centre Ouest	40,7%	32%		
Iles-de-la-Madeleine	31%	10%		

Soins palliatifs à domicile au Québec

- Étude Chaudière-Appalaches (2017)
  - Conditions favorisant et limitant le maintien à domicile en SPFV
- Groupes de soins palliatifs et intensifs à domicile – SIAD
  - Entente MSSS/FMOQ 12/2019
- Investissement 100 millions $ pour les soins à domicile (novembre 2020)

Soins palliatifs à domicile au Canada

- Association canadienne de soins palliatifs
  - « Modèles novateurs de soins palliatifs intégrés » 2013
- Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)
  - Adoptée le 17 juin 2016
  - Projet de Loi C-7 (Loi modifiant de Code criminel (aide médicale à mourir))
- Loi relative au cadre sur les soins palliatifs au Canada
  - 12 décembre 2017
  - Élaboration d'un cadre qui vise à favoriser l'amélioration de l'accès aux SP pour les canadiens peu importe le milieu dans lequel sont fournis les soins.
- Approche palliative intégrée (juin 2019)

Rôle du pharmacien dans les soins palliatifs à domicile

- Importance du rôle du pharmacien dans les équipes de soins palliatifs, autant en milieu hospitalier qu'à domicile
- Étude Australienne 2011:
  - Amélioration des connaissances et compétences reliées aux médicaments dans les équipes de soins pall. à domicile
  - Meilleure gestion de la médication des patients
  - Minimise les erreurs reliées à la médication
  - Avantage important aux yeux des autres intervenants
- Offre de soins pharmaceutiques révisée depuis 2018 (APES)

Implication du pharmacien dans les soins palliatifs à domicile

- *Normes de référence pancanadiennes en matière de SPFV à domicile:*
  - *Contribution du pharmacien dans les équipes de soins pall. à domicile*
  - *Même niveau de services offerts à l'hôpital et à domicile*
- Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2016-2017
  - Au Québec, pour les soins palliatifs/clinique de la douleur:
    - 66% des centres ont un pharmacien affecté aux patients **hospitalisés**
    - 22% des centres ont un pharmacien affecté aux patients **ambulatoires**
- Offre de service de base en soins palliatifs et de fin de vie (2019)
  - « la disponibilité de la médication en temps opportun au chevet de la personne afin de pallier l'aggravation subite des symptômes fréquents en fin de vie »

Principaux défis reliés à la médication

- Accessibilité aux médecins prescripteurs
- Voies d'administration
- Ajustement Rx plus lent / surveillance des E2
- Accessibilité de la médication en temps opportuns
- Préparations stériles
- Couverture $ des médicaments
- Savoir gérer l'incertitude
- Se débrouiller avec peu et parfois passer outre les standards hospitaliers…
- Éviter les visites à l'urgence en raison de détérioration des symptômes

AMM et SPC à domicile
Défis et solutions en lien avec les médicaments

	AMM	SPC
Défis	Distances éloignées des établissements préparateurs (déplacements importants pour les médecins) Planification logistique trousses Voies IV S'assurer de la disponibilité de toute la médication qui pourrait être nécessaire	Connaissances entourant la prescription des médicaments sédatifs Disponibilité de la médication injectable Mode d'administration des Rx vs disponibilité CLSC/proches aidants
Pistes de solutions	Assouplissements guide CMQ 2019 Procédures pour l'envoi des trousses dans un site plus près du lieu de l'AMM Implication éventuelle des pharmacies communautaires (préparation et remise des trousses) Analyse du profil pharmacologique/trousses	Disponibilité d'un soutien/expertise pharmaceutique (+ équipe inter) Guide de prescription Sensibilisation des pharmacies communautaires (disponibilité Rx) Utilisation de PSCC

Enjeux reliés aux soins pharmaceutiques
Politique québécoise sur les SPFV

- Problèmes d'accessibilité aux services pharmaceutiques
- Difficulté de joindre le médecin traitant
- Coût des fournitures pour administration des Rx
- Peu de pharmacies possèdent une expertise en soins palliatifs
- Faiblesse des liens entre pharmacies communautaires et établissements/CLSC
- Absence de pharmaciens intégrés aux équipes interdisciplinaires dans les CLSC

Pharmacien pour les soins palliatifs à domicile Programme CISSS CA (Hôtel-Dieu de Lévis)

- Pharmacien de soins palliatifs pour soutien aux intervenants de 1ère ligne (infirmières CLSC, médecins de famille) – depuis 2015
- Rôle de 2e ligne, évaluations de sx, recommandations pharmaco, rôle pivot, demandes ponctuelles / suivis des patients, gestion des fins de vie imminentes à domicile, AMM à domicile (SPC si applicable), PSCC

Pharmacien pour les soins palliatifs à domicile Programme CISSS CA (Hôtel-Dieu de Lévis)

- Provenance des demande:
  - Clinique externe oncologie
  - Autres cliniques externes (radio-oncologie, pneumologie, gastro-entérologie, CPC/médecine hyperbare, clinique de la douleur, clinique SLA, etc)
  - RAD suite à hospitalisation ou consultation à l'urgence
  - Demande de l'externe (md de famille, inf. CLSC, autres professionnels)
  - Maison de soins palliatifs
- Travail en collaboration avec infirmière clinicienne, IPO et nombreux autres intervenants
- Coordination régionale

D'autres modèles d'implication du pharmacien en soins palliatifs à domicile

- Cliniques externes de soins palliatifs
- Groupes de soins palliatifs à domicile
- Maison de soins palliatifs
- GMF/UMF

Rôle du pharmacien dans les soins palliatifs à domicile

- Pharmaciens communautaires
  - Intervenant le plus proche du patient et de sa famille
  - Disponibilité de la médication
  - Préparation/stabilité seringues pour administration Rx s.c.
    - Lettre du RPE à l'OPQ – communiqué 3 avril 2020
  - MSP
  - Suivis des thérapies, effets indésirables, voies alternatives, etc.
- Pharmaciens en GMF/UMF
  - Collaboration directe avec médecin de famille / infirmière
  - Évaluations initiales et suivis des thérapies

Rôle du pharmacien dans les soins palliatifs à domicile

- Pharmaciens d'établissements
  - Niveau secondaire de soins pharmaceutiques
  - Trousses de dépannage
  - Outils cliniques

- **Communication/transferts entre les missions**

Exemple trousse de dépannage en soins palliatifs

Ativan 1 mg comprimé	5 comprimés	Lidocaïne 2 % gel	1 seringue urétrale
Decadron 4 mg/mL	2 fioles de 5 mL	Morphine 10 mg/mL	10 ampoules de 1 mL
Dilaudid 2 mg/mL	10 ampoules de 1 mL	Morphine HP 50 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Dilaudid HP 10 mg/mL	5 ampoules de 1 mL	Narcan 0,4 mg/mL	2 ampoules de 1 mL
Gravol 50 mg comprimé	5 comprimés	Nozinan 25 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Gravol 25 mg supp.	5 suppositoires	Robinul 0,2 mg/mL	5 ampoules de 2 mL
Gravol 50 mg/mL	5 ampoules de 1 mL	Scopolamine 0,4 mg/mL	10 ampoules de 1 mL
Haldol 5 mg/mL	5 ampoules de 1 mL	Tylenol 650 mg supp.	5 suppositoires
Haldol 0,5 mg comprimé	5 comprimés	Tylenol 325 mg comprimé	10 comprimés
Lasix 10 mg/mL	5 ampoules de 2 mL	Versed 5 mg/mL	10 ampoules de 1 mL

Réf: Procédure PRO_DSP_2020-275 Utilisation de la trousse de dépannage en soins palliatifs à domicile, CISSS de Chaudière-Appalaches

Soins pharmaceutiques

- Projet de Loi 31
  - Évaluation de la condition de la personne, amorce des thérapies
  - Ententes de pratique avancée en partenariat
- Conseils au patient et famille: important ++
  - Évaluer les connaissances, comprendre la gestion Rx qui est faite à domicile, ménage
  - Trucs pratiques: couper, écraser comprimés, dispill, conservation des Rx
  - Grille pour gestion de la médication et pour noter ED

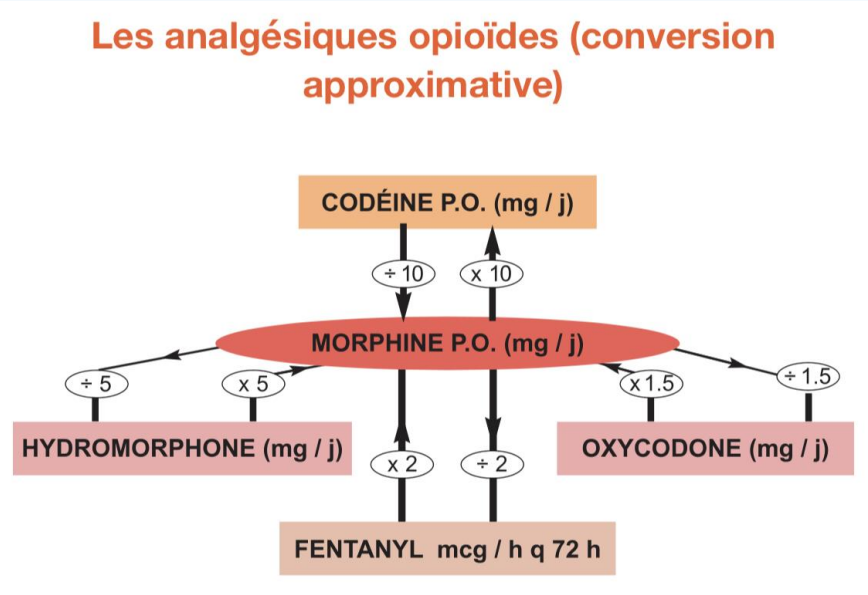
Soins pharmaceutiques

- Mythes entourant les soins palliatifs et la médication utilisée
- Principes d'ajustement de la médication:
  - « Start low, go slow » → jugement professionnel, prudence vs proactivité
  - Un ajustement à la fois
- Surveillance E2 (pharmacocinétique, physiologie altérés en FDV)
- Individualisation des traitements
- +++Inclure le patient et ses proches dans les décisions+++

Soins palliatifs – les incontournables

- Rotations d'opiacés
  - Mauvais contrôle de la douleur malgré escalade des doses
  - Effets secondaires/signes surdosage/hyperalgie
  - Prise d'entredoses

- Déprescription
  - Bénéfices vs risques vs empathie vs soins essentiels
  - Arrêt de Rx non essentiels, initiation de sevrage
  - Chapitre 29 Guide soins pall. APES



Source: Mini-guide Palli-Science

Soins palliatifs – les incontournables

Tableau 2.5
Administration des opioïdes lors de changements de forme ou de voies d'administration

Formulation de départ	Formulation envisagée	Particularités d'administration	Schéma d'administration			
			0 H	4 H	8 H	12 H
Courte action PO/SC (*q* 4 h)	Longue action PO (*q* 12 h)	Donner simultanément 1 dose LA + 1 dose CA, puis poursuivre avec la LA seulement	LA CA	-	-	LA -
	Timbre de fentanyl ou Timbre de buprénorphine	Appliquer le timbre + 1 dose CA à 0, 4, 8 h, puis poursuivre le timbre seulement	T CA	CA	CA	-
	PSCC	Commencer la PSCC + 1 dose CA, puis poursuivre la PSCC seulement	PSCC CA	PSCC -	PSCC -	PSCC -
Longue action PO (*q* 12 h)	Courte action PO/SC (*q* 4 h)	Commencer la CA 12 h après la dernière dose de LA	LA	-	-	CA -
	Timbre de fentanyl ou Timbre de buprénorphine	Appliquer le timbre + donner 1 dose LA, puis poursuivre le timbre seulement	T LA	-	-	-
	PSCC	Commencer la PSCC 6-9 h après la dernière dose LA	LA	-	PSCC (6-9 h)	PSCC -
Timbre fentanyl+	Courte action PO/SC (*q* 4 h)	Retirer le timbre + commencer la CA 8 h plus tard	retrait T	-	CA -	CA -
	Longue action PO (*q* 12 h)	Retirer le timbre + commencer la LA 8 h plus tard	retrait T	-	LA -	-
	PSCC	Retirer le timbre + commencer la PSCC 4-8 h plus tard	retrait T	PSCC (4–8 h)	PSCC -	PSCC -
PSCC	Courte action PO/SC (*q* 4 h)	Donner 1 dose CA + poursuivre la PSCC X 1 h, puis cesser	CA arrêt PSCC (1 h)	CA -	CA -	CA -
	Longue action PO (*q* 12 h)	Donner 1 dose LA + poursuivre la PSCC X 4 h, puis cesser	LA	arrêt PSCC	-	LA -
	Timbre fentanyl ou Timbre de buprénorphine	Appliquer le timbre + poursuivre la PSCC X 4-8 h, puis cesser	T	arrêt PSCC (4-8 h)	-	-

CA : courte durée d'action; LA : longue durée d'action; PO : orale; PSCC : perfusion sous-cutanée continue; SC : sous-cutanée; T : timbre; + Pour le passage de la buprénorphine vers un autre opioïde, voir la section 2.5.3.

Source: Guide pratique de soins palliatifs 5e édition, APES

Soins palliatifs – les incontournables

- Coanalgésie (chapitre 8 Guide soins pall. APES)
  - Méthadone
    - Co-analgésie lors de composante de douleur neuropathique (ajout aux opioïdes)
    - Débuter à 1 mg BID et augmenter aux 5-7 jours
    - Surveillance E2 + interactions et ajuster rapidement les opioïdes
  - Kétamine
    - Co-analgésie douleur neuropathique
    - Sirop 5 mg/ml, crème à 4-8% +/- lidocaïne
  - Cannabis
    - Récréatif vs médical
    - Politique & procédures et Guide clinique RPESP à venir
    - Compagnies conseils: Solution Cannabis médical, Santé Cannabis
  - Le « dilemme » du Décadron (attention faiblesse MI)

Particularités reliées aux soins palliatifs à domicile

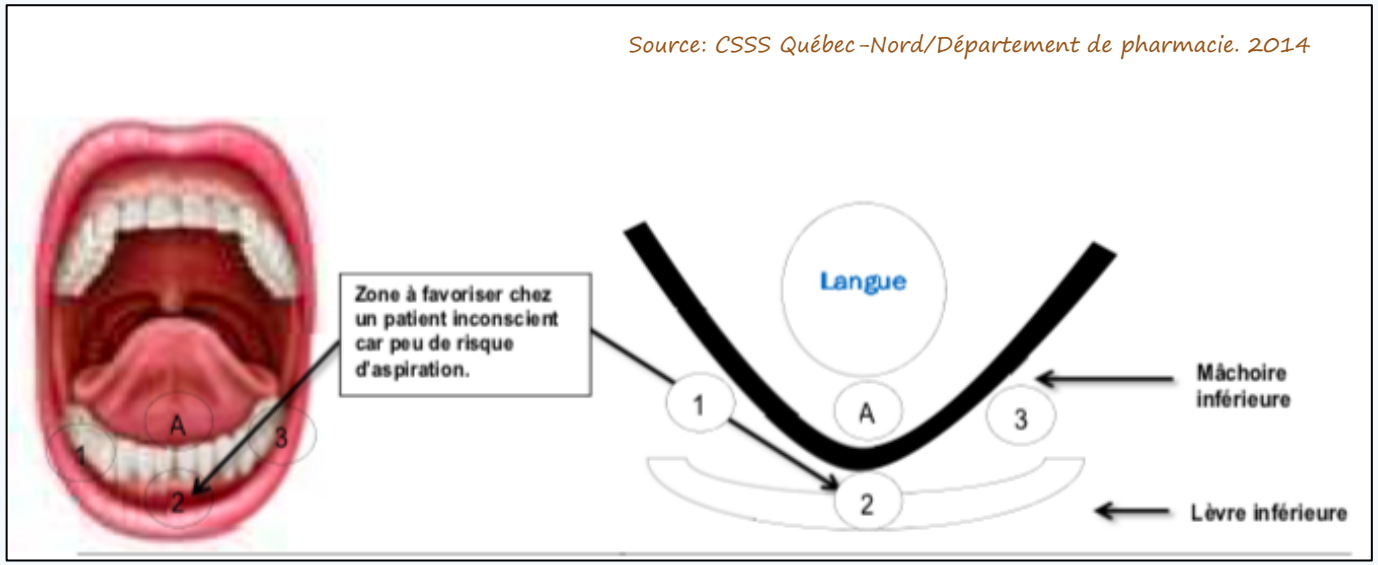
- Soins de bouche
  - Gargarisme sans alcool (Crest Pro-Santé) ou NaCl-Bicarbonate Na
  - Moistir, pastilles Xylitol
  - Éviter les « toothettes »
- Arrêt tabagique
- Préparations magistrales
  - Morphine en spray (plaies ouvertes)
  - Crèmes Kétamine ± lidocaïne (peau intacte)
- «Protocole de détresse »
  - Protocole national de l'INESSS
  - Benzodiazépine + opiacé + anticholinergique → doses varient selon les milieux

Particularités reliées aux soins palliatifs à domicile

- Gestion autres symptômes
  - No/Vo
    - éviter dimenhydrinate
    - attention aux agents de motilité vs suspicion d'occlusion intestinale
  - Constipation*
    - MNP, PEG, protocole supp. +/- lavement pour selles q 3 jours
  - Anxiété/insomnie
    - début d'action à court terme
    - utilisation du méthotriméprazine
  - Embarras respiratoire
    - Robinul (sc ou po), scopolamine (sc ou TM), Lasix s.c.

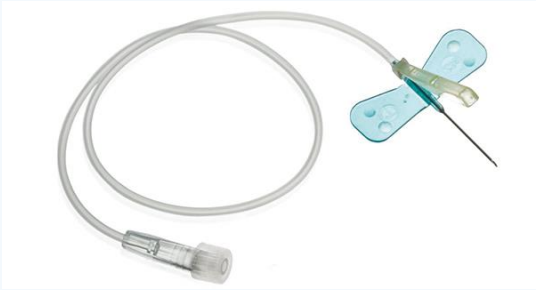
Particularités reliées aux soins palliatifs à domicile

- Voies alternatives
  - Sublingual (ex: sufentanyl)
  - Transmuqueuse ou bucco-gingivale (ex: méthadone)
  - SC
  - Transdermique (fentanyl, scopolamine)
  - Intra-nasale (fentanyl, kétamine, midazolam)
  - IV (pamidronate via infuseur)
  - Intra-rectale



Particularités reliées aux soins palliatifs à domicile

- Perfusions sous-cutanées continues (PSCC)
  - Facilité d'utilisation (disponibilité limitée de soins infirmiers), confortable, permet ajustements rapides de la médication
  - Évite l'effet « pic/creux », niveaux plasmatiques plus stables
  - Différents types de pompes
    - Pompes ambulatoires (image)
    - Pompes élastomériques (image)
  - Possibilité d'ED avec pompes ambulatoires, pas avec les infuseurs
  - Possibilité de combiner les médicaments (analgésiques, anxiolytiques, scopolamine)
  - Habituellement débits ≤ 2 ml/h



Guide d'aide pour la gestion de fin de vie (contexte COVID-19)

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Guide d'aide pour la gestion de fin de vie chez les usagers atteints de la COVID-19
-Secteur Alphonse-Desjardins-

Symptômes

Les principaux symptômes des usagers en fin de vie atteints de COVID-19 sont la dyspnée et la toux qui évoluent rapidement vers une détresse respiratoire, soit des symptômes tels que gêne respiratoire intolérable et constante au repos, tachypnée, utilisation des muscles respiratoires accessoires, cyanose ou grognement en fin d'expiration et qui sont associés à un état de panique. Les symptômes respiratoires, l'anxiété et l'agitation doivent donc être pris en charge efficacement. De l'embarras bronchique peut également être présent selon les comorbidités.

Les recommandations de ce guide s'appliquent à la situation particulière des usagers atteints de la COVID-19 en fin de vie et ne reflètent pas nécessairement les pratiques habituelles en soins palliatifs.

Les nébulisations devraient être évitées (création d'aérosols). L'ajout d'anti-nauséeux, de laxatifs et d'acétaminophène doit être considéré.

****Un protocole de détresse devrait être prescrit pour tous les usagers**** - voir OPI 1808-MED-S-PALL-001-HOP et CHSLD Médication en cas de détresse

En cas de pénurie de certains médicaments, consulter le pharmacien pour les alternatives disponibles

Prescription d'opioïdes – dyspnée/toux

La prescription d'opiacés permet de soulager la dyspnée, la toux ainsi que la douleur et l'inconfort associés

Pour les **usagers naïfs aux opioïdes** et présentant des **symptômes légers**, une dose d'opioïde peut être prescrite en PRN

- Morphine 2.5 à 5 mg PO q1h PRN **OU** 1 à 2,5 mg SC q 30 minutes PRN
- Hydromorphone 0.5 à 1 mg PO q1h PRN **OU** 0.25 à 0,5 mg SC q 30 minutes PRN
- Si 3-4 doses nécessaires en 24 heures, envisager rapidement l'introduction d'une dose régulière q4h (ou q6h chez une personne âgée et fragile)

Cependant, considérant que les usagers atteints de la COVID-19 en fin de vie évolueront rapidement vers des symptômes respiratoires modérés à sévères, des **doses de départ plus élevées** (ex : morphine 2,5 à 5 mg SC ou hydromorphone 0.5 à 1 mg SC) doivent être envisagées ainsi que l'instauration d'une **analgésie régulière d'emblée**.

Considérer une **réduction de la dose si la personne est âgée et frêle**.

Pour les **usagers prenant déjà des opioïdes (non naïfs)**, une **augmentation de 25% de leur dose habituelle** d'opioïde peut être considérée pour la gestion de la dyspnée.

Entre-doses :

- **10% de la dose journalière** d'opioïde **OU 50% de la dose régulière administrée aux 4 heures.**
- Les entre-doses doivent être prescrites aux 60 minutes (si PO) ou aux 30 minutes (si SC).
- L'usager devrait être réévalué fréquemment et l'analgésie de base revue à la hausse rapidement si plusieurs entre-doses sont requises ou s'il demeure non soulagé.

Pour l'administration d'opioïdes en perfusion sous-cutanée continue, se référer au « Guide simplifié pour perfusions SC continues dans contexte de COVID-19 »

Prescription de benzodiazépines - anxiété

L'ajout d'une benzodiazépine est recommandée d'emblée pour soulager l'anxiété associée aux difficultés respiratoires (effet sédatif et amnésiant)

Lorazépam (Ativan^{MD}) 0.5 à 1 mg PO, SL ou SC q2h PRN
Une administration sur une base régulière aux 6 à 12 heures avec des doses PRN aux 2 à 4 heures peut également être envisagée.

Midazolam (Versed^{MD}) 1 à 4 mg SC aux 30 minutes PRN
Une administration sur une base régulière aux 2 à 4 heures avec des doses PRN aux 30 à 60 minutes **OU** une perfusion continue peuvent également être envisagées (voir « Guide simplifié pour perfusions SC continues dans contexte de COVID-19 »)

Prescription d'antipsychotique – agitation/anxiété réfractaire

Le **méthotriméprazine (Nozinan^{MD})** est généralement utilisé pour son effet anxiolytique et sédatif. Il peut être ajouté à la combinaison opioïde-benzodiazépine pour potentialiser le soulagement de l'anxiété ou en présence d'agitation.

Débuter avec une dose de 2.5 à 10 mg PO ou SC q2h PRN.
Une administration sur une base régulière aux 4 heures avec des doses PRN aux 2 heures peut également être envisagée.
Des doses plus élevées devraient être prescrites si l'usager prenait déjà un antipsychotique sur une base régulière (ex : Haldol^{MD}, Zyprexa^{MD}, Risperdal^{MD}, etc)

Prescription d'anticholinergiques – embarras respiratoire/râles terminaux

Bien que les observations partagées jusqu'à maintenant semblent indiquer qu'une bonne proportion des personnes atteintes de la COVID-19 ne présentent pas de râles significatifs, diverses comorbidités peuvent favoriser l'apparition de ceux-ci. Les anticholinergiques causent une diminution des sécrétions bronchiques et pharyngées ainsi qu'une réduction de l'effort respiratoire.

Glycopyrrolate (Robinul^{MD}) : ne possède pas d'effet sédatif
0,4 mg SC aux 2 à 4 heures PRN
Une administration sur une base régulière aux 4 heures avec des doses PRN aux 2 heures peut également être envisagée.

Scopolamine : potentialise l'effet sédatif et amnésiant des benzodiazépines
0,4 mg SC aux 2 à 4 heures PRN. Administrer régulièrement (aux 4 heures avec doses PRN aux 2 heures) si plusieurs doses nécessaires ou si embarras réfractaire.
OU 1 à 3 timbres de Transderm V^{MD} q 72 heures

Furosémide (Lasix^{MD}) : si embarras réfractaire dû à une surcharge volémique
20 mg SL ou buccogingival (ou dose déjà prise par le patient)
40 mg SC (en 2 sites) q 30 minutes x 3 doses puis selon la réponse

Sédation palliative continue

Lorsqu'un usager est en phase terminale et que son décès est imminent (pronostic de quelques jours) et qu'il présente de la dyspnée progressive et incontrôlable, des détresses respiratoires majeures et récidivantes ou tout autre symptôme qui est intolérable et qui compromet grandement son confort en fin de vie, une sédation palliative continue visant à abaisser le niveau de conscience jusqu'au décès naturel de celui-ci peut être instaurée (réf : Guide de pratique du CMQ et protocole infirmier Sédation palliative continue P-INF 15-08).

Ressources pour soutien téléphonique – secteur Alphonse-Desjardins

Médecins de l'unité de soins palliatifs HDL (faire signaler le médecin de garde via téléphoniste)

Pharmacien de soins palliatifs (HDL) : 418-835-7121 #14582 ou #15362 / Téléavertisseur 418-641-8643
Pharmacien pour l'hébergement (Paul-Gilbert) : 418-380-2623 #2

Infirmières cliniciennes de l'unité de soins palliatifs 418-835-7121 #14580 / Téléavertisseur 418-684-7761
Conseillères en soins infirmiers

Communiqué de L'Ordre des pharmaciens en date du 3 avril 2020 :
*« Considérant les bouleversements vécus en cette période de pandémie, il est jugé acceptable par l'Ordre, de façon **exceptionnelle et temporaire**, que l'exemption prévue à la norme 2014.01 (Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie) concernant la préparation de seringues d'insuline soit également appliquée à la préparation des médicaments injectés par voie sous-cutanée en **soins palliatifs seulement**. Les conditions énoncées à la section 7.13 (Situation particulière : mise en seringue d'un produit pour une administration sous-cutanée) de la page 59 de la norme 2014.01 devront être respectées et l'application d'une DLU microbiologique maximale de 9 jours avec conservation des seringues au réfrigérateur sera alors possible. »*

Inspiré du « Guide d'aide pour la gestion de fin de vie chez les patients atteints de COVID-19 » et du « Guide simplifié pour soins de confort » du *CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*
Inspiré de l'algorithme « Symptom management for adult patients with COVID-19 receiving end-of-life supportive care outside of the ICU » adapté des *BC Centre for Palliative Care Guidelines*. **http://bit.ly/LatestCOVIDSxDoc**
RPE soins palliatifs de l'APES – Guide pratique des soins palliatifs et recommandations sur les alternatives en contexte de pénurie (avril 2020)
Site internet Palli-Science [redacted]

Version 13 avril 2020

Guide simplifié pour PSCC (contexte COVID-19)

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Guide simplifié pour perfusions sous-cutanées (SC) continues (PSCC) dans contexte de COVID-19
-Secteur Alphonse-Desjardins-

Contexte et généralités

Afin de diminuer les interventions au chevet et ainsi diminuer le risque de propagation du virus, il peut être intéressant de prescrire l'analgésie régulière via une PSCC contenant un analgésique et/ou une benzodiazépine. Une pompe volumétrique, ambulatoire ou élastomérique (infuseur) peut être utilisée. Selon la situation, le dispositif devrait être placé le plus loin possible de l'usager pour favoriser la protection des intervenants.

Les doses suggérées visent la majorité des usagers naïfs et doivent être ajustées en fonction du contexte de chaque personne :

- Réduction de la dose pour une personne âgée et frêle;
- Augmentation de 25% des doses antérieures d'analgésiques chez un usager non naïf.

Les recommandations de ce guide s'appliquent à la situation particulière des usagers atteints de COVID-19 en fin de vie et ne reflètent pas nécessairement les pratiques habituelles en soins palliatifs.

****Un protocole de détresse devrait être prescrit pour tous les usagers**** - voir OPI 1808-MED-S-PALL-001-HOP et CHSLD Médication en cas de détresse

En cas de pénurie de certains médicaments, consulter le pharmacien pour les alternatives disponibles

Personnel infirmier : voir CESSS MSI « Administrer une solution à l'aide d'un cathéter s/c en mode continu »

Perfusions SC continues « standardisées »

Des PSCC d'opioïdes et de benzodiazépines peuvent être utilisées pour la gestion des symptômes de fin de vie liés à la COVID-19. Des recettes existent déjà dans les différents établissements du CISSS CA. Ce guide présente des PSCC standardisées qui peuvent être utilisées dans le contexte actuel (le pharmacien peut être consulté pour discuter des doses, posologies et concentrations à utiliser selon le dispositif d'administration choisi et pour faciliter l'organisation entourant la préparation de la PSCC). Celles-ci pourront être préparées par les établissements du CISSS CA ou par des pharmacies communautaires préparatrices selon le secteur.

Des recettes standardisées de mélanges opioïde/benzodiazépine ont été créées pour faciliter la prescription et l'utilisation des PSCC dans le contexte de COVID-19 dans les différents milieux (CH, CHSLD, domicile). Cependant, étant donné l'approvisionnement restreint de certains médicaments, ces préparations pourront être réalisées après discussion avec le pharmacien pour l'évaluation de la meilleure option possible pour un usager donné.

Perfusions d'opioïde et benzodiazépine par pompe volumétrique ou ambulatoire

1er choix : favoriser la morphine en l'absence de contre-indication

Le débit maximal recommandé pour une PSCC est généralement de 2 ml/h. Dans certains cas nécessitant de hautes doses d'opioïdes et de benzodiazépine, ce débit pourrait être augmenté jusqu'à 5 ml/h (consulter le pharmacien).

Concentrations des PSCC (consulter le pharmacien pour les recettes détaillées) :

- Morphine 10 mg/ml - sac viaflex ou cassette de 50 ml
- Hydromorphone 2 mg/ml - sac viaflex ou cassette de 50 ml
- Midazolam 5 mg/ml - sac viaflex ou cassette de 50 ml

Dose de charge « uniformisée » :

- À administrer juste avant l'initiation de la PSCC
- Morphine 5 mg SC **OU** Hydromorphone 1 mg SC **ET/OU** Midazolam 2,5 mg SC

Débit de départ de la PSCC :

Dose initiale	Morphine 1 mg/h (0,1 ml/h)	OU	Hydromorphone 0,2 mg/h (0,1 ml/h)	ET/OU	Midazolam 1 mg/h (0,2 ml/h)	Morphine 2 mg/h (0,2 ml/h)	OU	Hydromorphone 0,4 mg/h (0,2 ml/h)	ET/OU	Midazolam 2 mg/h (0,4 ml/h)
Symptômes	Dyspnée seule					Symptômes respiratoires modérés				

Prévoir la prescription d'une **entre-dose** qui pourra être administrée à partir de la PSCC en cours. La dose de celle-ci correspond généralement à 1 à 2 fois la dose administrée à chaque heure (ex : entre-dose de 1 mg OU 2 mg q 30 minutes PRN pour une PSCC de morphine à 1 mg/h).

Ajustement de la PSCC :

- Si le soulagement est incomplet ou si l'administration de plus de 3 entre-doses est nécessaire dans une période de 8 heures, la PSCC peut être augmentée de 0,1 ou 0,2 ml/h selon le besoin. Une entre-dose devrait être donnée lors de l'augmentation du débit. Des doses allant jusqu'à 5 mg/h de morphine et/ou de midazolam pourraient être nécessaires selon les expériences recueillies jusqu'à maintenant dans le contexte de fin de vie de COVID-19.

Perfusions d'opioïde et benzodiazépine par pompe élastomérique (infuseur)

L'utilisation d'un infuseur peut être utile en CHSLD et à domicile afin de minimiser les manipulations par le personnel. Il peut également être utilisé en CH en cas de non disponibilité des pompes.

Caractéristiques :

- **Débit fixe (2 ml/h)**;
- Concentration déterminée (un nouvel infuseur doit être préparé si un changement de dose est souhaité);
- Ne permet pas d'administrer des entre-doses (doivent être préparées dans des seringues à part);
- Aucune programmation nécessaire;
- Durée de perfusion : 2 jours (infuseur SV2) ou 5 jours (infuseur LV2).

Dose de charge : idem aux doses recommandées pour les pompes ambulatoires ou volumétrique.

Concentrations des PSCC (consulter le pharmacien pour les recettes détaillées) :

1. Morphine 0,5 mg/ml, 1 mg/ml et 2 mg/ml – infuseur SV2 (100 ml) ou LV2 (250 ml)
2. Midazolam 0,5 mg/ml, 1 mg/ml et 2 mg/ml - infuseur SV2 (100 ml) ou LV2 (250 ml)

Dosages PSCC (débit de 2 ml/h) :

Dosages	Morphine 1 mg/h	ET/OU	Midazolam 1 mg/h	Morphine 2 mg/h	ET/OU	Midazolam 2 mg/h	Morphine 4 mg/h	ET/OU	Midazolam 4 mg/h
Symptômes	Dyspnée seule			Symptômes respiratoires modérés			Détresse respiratoire sévère		

Pour l'utilisation de dosages différents à ceux proposés, consulter le pharmacien pour l'élaboration de recettes adaptées

Personnel infirmier : voir CESSS MSI « Administration d'un médicament par pompe ballon élastomère »

Stabilité des préparations d'opioïdes et de benzodiazépine

Sacs ou cassettes pour administration par pompe volumétrique ou ambulatoire :

- Stables 7 jours à température pièce. Protéger le midazolam de la lumière.

Pompes élastomériques (infuseurs) :

- Stables 7 jours à température pièce. Protéger le midazolam de la lumière.

Ressources pour soutien téléphonique – secteur Alphonse-Desjardins

Médecins de l'unité de soins palliatifs HDL (faire signaler le médecin de garde via téléphoniste)

Pharmacien de soins palliatifs (HDL) : 418-835-7121 #14582 ou #15362 / Téléavertisseur 418-641-8643
Pharmacien pour l'hébergement (Paul-Gilbert) : 418-380-2623 #2

Infirmières cliniciennes de l'unité de soins palliatifs 418-835-7121 #14580 / Téléavertisseur 418-684-7761
Conseillères en soins infirmiers

Étant donné que les guides de pratique s'écrivent au fur et à mesure à partir des expériences et de l'évolution de la pandémie, tous les commentaires et expériences cliniques sont les bienvenus dans le but d'améliorer ce guide. Des mises à jour seront faites au besoin. Courriel pour questions ou commentaires : catherine_lapointe@ssss.gouv.qc.ca

Inspiré du « Guide d'aide pour la gestion de fin de vie chez les patients atteints de COVID-19 » et du « Guide simplifié pour soins de confort » du *CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

Site internet Palli-Science

Baxter elastomeric pumps, clinician guide : http://www.capca.ca/wp-content/uploads/Baxter-Elastomeric-Pumps-Clinician-Guide11.pdf

Pompes à perfusion élastomériques de Baxter – Guide du patient : https://www.baxter.ca/sites/g/files/ebysai1431/files/2019-01/Baxter_Elastomeric_Devices_Patient_Guide_FR.pdf

Stabilités des médicaments : Micromedex, Trissel, ASHP extended stability for parenteral drugs

Version 16 avril 2020

Soins de fin de vie

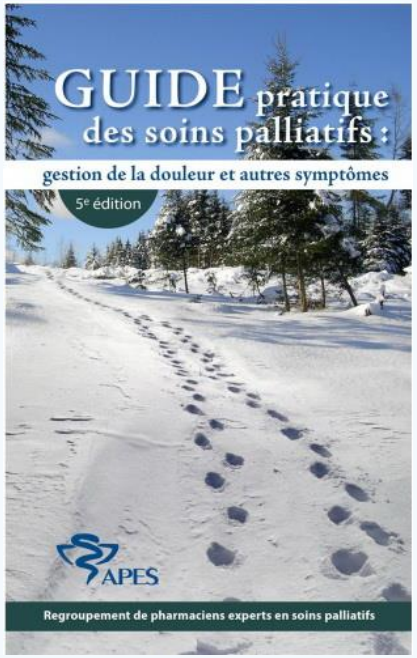
- Demandes d'information sur les différentes options de fin de vie (SP, SPC, AMM*)
  - Niveau de connaissance minimum pour donner informations exactes
  - Connaître la trajectoire et les ressources disponibles dans la région pour être en mesure de référer le patient et ses proches aux bonnes personnes (programme SPFV du CISSS, coordonnées du GIS, équipes de CLSC, collègues pharmaciens, etc.)
  - Importance de porter la demande de la personne
  - Références: guides de pratique du CMQ, collègues, GIS régionaux

Collaboration interdisciplinaire

- Besoins complexes de la personne en fin de vie et de sa famille
- Différentes intervenants:
  - Infirmières CLSC/CHSLD/GMF/MSP
  - Équipes du CLSC (intervenants psychosociaux, ergothérapeutes, etc.)
  - Médecins de famille
    - Niveaux aisance/connaissances variables concernant la prescription de médicaments en lien avec les soins palliatifs
- Collaboration essentielle → favorise l'uniformisation, l'accessibilité et la qualité des services
- *Politique relative aux SPFV (Qc, 2004)*
- Prévue dans le Plan de développement 2015-2020
- Étude Chaudière-Appalaches: condition majeure facilitant le MAD

Outils cliniques

- Guide pratique des soins palliatifs APES (versions électronique et papier)
- Site internet Palli-Science
- Mini-guide Palli-Science (application mobile)
- Algorithmes CHU Qc
- Formations
  - Maison Michel-Sarrazin
  - Formation volet 2
  - Programmes universitaires
- Rotations opiacés: application Opicalc-PS



Outils cliniques – OPI gestion de symptômes

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE
SOUTIEN À DOMICILE

Gestion des symptômes en fin de vie

Certification du prescripteur
•Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale. •L'original ne sera pas réutilisé.

DÉTRESSE: Utiliser l'ordonnance pré-imprimée soutien à domicile « Médication en cas de détresse lors de maladie terminale irréversible »

GÉNÉRALITÉS

- ❑ Acétaminophène (Tylenol[MD]) ____ mg per os ou I.R. aux _____ h régulier — #____co./____supp., R = ____
- ❑ Acétaminophène (Tylenol[MD]) 650 mg per os ou I.R. aux 4 h au besoin si inconfort ou fièvre — #____ co./____supp., R = ____
- ❑ Si sécheresse oculaire, appliquer un gel lubrifiant oculaire (Lacri-Lube[MD] ou équivalent) QID au besoin. Code OP40 — # 1 tube, R = ____
- ❑ Si sécheresse ou irritation cutanée, appliquer une crème hydratante non parfumée (Glaxal base[MD] ou équivalent) — # 100 g, R = ____
- ❑ Si sécheresse buccale, salive artificielle (ex. Moistir[MD] ou équivalent) 2 vaporisations QID régulier et au besoin — # 1 bouteille, R = ____

EMBARRAS BRONCHIQUE

- ❑ Glycopyrrolate (Robinul[MD]) 0,2 mg/ml - si préservation de l'état d'éveil souhaité (dose usuelle 0,2 mg à 0,6 mg aux 2 à 4 h)
  - ❑ _____ mg (____ml) S.C. aux ____ h régulier
  - ❑ _____ mg (____ml) S.C. aux ____ h au besoin

  OU — #____ fioles (2 ml), R = ____
- ❑ Scopolamine 0,4 mg/ml - si effet sédatif souhaité (dose usuelle 0,2 mg à 0,6 mg aux 2 à 4 h)
  - ❑ _____ mg (____ml) S.C. aux ____ h régulier
  - ❑ _____ mg (____ml) S.C. aux ____ h au besoin — #____ fioles (1 ml), R = ____

CONSTIPATION ❑ GI27 ❑ GI28

- ❑ Polyéthyléneglycol (PEG) 3350 (Lax-a-day[MD] ou équiv.) _____ g per os ❑ DIE ❑ BID ❑ Régulier ❑ PRN — # 1 pot, R = ____
- ❑ Senokot 8.6 mg ____ co. per os ❑ DIE ❑ BID ❑ Régulier ❑ PRN * — #____co., R = ____
- ❑ Si constipation réfractaire (3 jours sans selle) :
  - Supp. de glycérine 1 supp. I.R. aux 3 jours au besoin — #____supp., R = ____
  - Supp. de Bisacodyl (Dulcolax[MD]) 10 mg 1 supp. I.R. aux 3 jours au besoin* — #____supp., R = ____
  - Lavement Fleet[MD] I.R. la 4e journée sans selle si suppositoires inefficaces — #____lavement, R = ____

*Contre-indiqué si risque de subocclusion ou subocclusion confirmée

Signature médicale : _____ Permis : _____ Date : ____/____/____

Adopté le 25 septembre 2018
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE **(verso)**

180B (décembre 2018) # commande : 12004009 MED-S-PALL-007

DOULEUR / DYSPNÉE / TOUX / FRÉQUENCE RESP. SUPÉRIEURE À 28/MIN

OPIOÏDES DOSES RÉGULIÈRES*

- ❑ Fentanyl _____ mcg/h timbre transdermique aux _____ jours — #____ timbres, servir ____ timbres/fois, NR

OU

- ❑ Morphine courte action _____ per os aux _____ h régulier — #____ co., servir ____ co./fois, NR
- ❑ Morphine longue action _____ per os aux _____ h régulier — #____ caps., servir ____ caps./fois, NR
- ❑ Morphine 10 mg/ml _____ mg aux _____ h régulier** ❑ S.C. ❑ buccogingival — #____ fioles (1 ml), servir ____fioles/fois, NR

OU

- ❑ Hydromorphone courte action _____ per os aux ____ h régulier — #____ co., servir ____ co./fois, NR
- ❑ Hydromorphone longue action _____ per os aux ____ h régulier — #____ caps., servir ____ caps./fois, NR
- ❑ Dilaudid[MD] 2 mg/ml _____mg aux _____h régulier** ❑ S.C. ❑ buccogingival — #____ fioles (1 ml), servir ____ fioles/fois, NR

OU

- ❑ Autre : _____ — #____, servir ____/fois, NR

OPIOÏDES ENTREDOSES (10-15% de la dose quotidienne) *

- ❑ Morphine courte action _____ per os aux _____ h au besoin — #____ co., servir ____/fois, NR
- ❑ Morphine 10 mg/ml ____ mg aux _____ h au besoin** ❑ S.C. ❑ buccogingival — #____ fioles (1 ml), servir ____ fioles/fois, NR

OU

- ❑ Hydromorphone courte action _____ per os aux _____ h au besoin — #____ co., servir ____ co./fois, NR
- ❑ Dilaudid[MD] 2 mg/ml ____ mg aux _____ h au besoin** ❑ S.C. ❑ buccogingival — #____ fioles (1 ml), servir ____ fioles/fois, NR

OU

- ❑ Autre : _____ — #____, servir ____/fois, NR

**** Si le volume d'injection en sous-cutané est supérieur à 2 ml, utiliser une formulation HP ****

ANXIÉTÉ / AGITATION / INSOMNIE

- ❑ Lorazepam (Ativan[MD]) (dose usuelle très variable: 0,5 mg à 2 mg aux 2 à 4 h) ❑ S.C. ❑ buccogingival ❑ per os ❑ sublingual
  - ❑ _____mg aux ____ h régulier — #____ fioles (4 mg/ml, 1 ml), R = ____; #____ co., R = ____
  - ❑ _____mg aux ____ h au besoin si anxiété, insomnie, agitation — #____ fioles (4 mg/ml, 1 ml), R = ____; #____ co., R = ____

  OU
- ❑ Midazolam (Versed[MD]) (dose usuelle très variable: 1 mg à 10 mg aux 2 à 4 h) ❑ S.C. ❑ buccogingival
  - ❑ _____mg aux ____ h régulier — #____ fioles (5 mg/ml, 1 ml), R = ____
  - ❑ _____mg aux ____ h au besoin si anxiété, insomnie, agitation — #____ fioles (5 mg/ml, 1 ml), R = ____

Haldol : se référer à la section nausées/vomissements

NAUSÉES / VOMISSEMENTS

- ❑ Halopéridol (Haldol[MD]) (dose usuelle très variable: 0,5 mg à 4 mg aux 4 à 6 h) ❑ S.C. ❑ buccogingival ❑ per os
  - ❑ _____ mg aux ____ h régulier — #____ co., R = ____; #____ fioles (5 mg/ml, 1 ml), R = ____
  - ❑ _____ mg aux ____ h au besoin si nausées/vomissements ❑ ou si confusion, agitation ❑ (maximum : ____ doses/24 h)
- ❑ Dimenhydrinate (Gravol[MD]) ❑ 25 mg ou ❑ 50 mg aux 4 à 6 heures si besoin ❑ S.C. ❑ I.R. ❑ per os — #____ fioles (50 mg/ml, 1 ml), R = ____; #____ co., R = ____
- ❑ Autres : _____ — #____ supp., R = ____

*Adapté avec l'autorisation du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Signature médicale : _____ Permis : _____ Date : ____/____/____

Outils cliniques- OPI médication en cas de détresse

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE
SOUTIEN À DOMICILE

MÉDICATION EN CAS DE DÉTRESSE LORS DE MALADIE TERMINALE IRRÉVERSIBLE

Certification du prescripteur

- Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Posologie : Administrer STAT (voir indications thérapeutiques au verso) Peut être répété une fois si besoin (voir suivi au verso).

Faire l'enseignement à la personne et aux proches lors de la prescription de l'ordonnance pré-imprimée de détresse. Mentionner les objectifs et les effets du traitement et préciser que les médicaments administrés en cas de détresse ne précipitent pas le décès de la personne.

Les doses sont présentées à titre indicatif. Celles-ci doivent être révisées selon les doses régulières de benzodiazépines, opioïdes et de scopolamine que reçoit l'usager.

☑ MIDAZOLAM (Versed[MD]) 1ère seringue		DOSE PRESCRITE
Dose actuelle de Benzodiazépine (BZD)	Dose de Midazolam recommandée	
BZD « PRN » ou DIE	5 mg	VERSED[MD] _____ mg ❑ S.C. ❑ buccogingival # _____ fioles (5 mg/mL, 1 mL), R 5
BZD plus fréquent que DIE OU poids supérieur à 70 kg	10 mg	
BZD haute dose et/ou tolérance excessive BZD (ex : perfusion sous-cutané continue de Midazolam)	15 à 20 mg	

→ *utiliser le même opioïde que celui reçu en dose régulière**** **Si le volume d'injection en sous-cutané est supérieur à 2mL, utiliser une formulation HP ***

❑ MORPHINE 2e seringue		DOSE PRESCRITE
Dose actuelle SC q 4 h régulier	Dose de Morphine recommandée	
Inférieure ou égale à 3 mg (ou aucune dose régulière)	5 mg	MORPHINE _____ mg S.C. # _____ fioles (10 mg/mL, 1 mL) (servir _____ fioles à la fois) NR
Plus de 3 mg	1,5 X la dose q 4 h	
Si analgésie de base en Duragésic[MD]	5 mg de Morphine par « tranche » de 25 mcg de Duragésic[MD]	

OU *(faire un seul choix d'opioïde)*

❑ HYDROMORPHONE (Dilaudid[MD]) 2e seringue		DOSE PRESCRITE
Dose actuelle SC q 4 h régulier	Dose d'hydromorphone recommandée	
Inférieure ou égale à 1 mg (ou aucune dose régulière)	1 mg	DILAUDID[MD] _____ mg S.C. # _____ fioles (2 mg/mL, 1 mL) (servir _____ fioles à la fois) NR
Plus de 1 mg	1,5 X la dose q 4 h	
Si analgésie de base en Duragésic[MD]	1 mg de Dilaudid par « tranche » de 25 mcg de Duragésic[MD]	

☑ SCOPOLAMINE 3e seringue		DOSE PRESCRITE
Statut actuel de scopolamine ou Glycopyrrolate (Robinul[MD])	Dose de scopolamine recommandée	
Aucune prise de Scopolamine / Glycopyrrolate (Robinul[MD])	0,4 mg	SCOPOLAMINE _____ mg S.C. # _____ fioles (0,4 mg/mL, 1 mL) , R 5
Prise « PRN » de Scopolamine / Glycopyrrolate (Robinul[MD])	0,6 mg	
Prise régulière de Scopolamine / Glycopyrrolate (Robinul[MD])	0,8 mg	

Signature médicale : _____ Permis : _____ Date : 20____/_____/_____

Adopté le 25 septembre 2018
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE *(verso)*

1808 (rév. 23 mai 2019) *# commande : 12987261* MED-S-PALL-008

Indications thérapeutiques**

La détresse décrit toute situation aigüe ou d'apparition subite provoquant une souffrance insoutenable ou à risque vital immédiat dans un contexte de soins de fin de vie.
La médication en cas de détresse doit être administrée en présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1) **en association** à un état de panique (critère 2). Le but est d'obtenir une sédation rapide et un effet amnésiant.

Critère 1 Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques	+	Critère 2 État de panique
Détresse respiratoire majeure • Gêne respiratoire intolérable et constante au repos • Tachypnée (supérieure ou égale à 28 respirations/min.) • Attention obnubilée par le besoin d'air • Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus-claviculaire) • Cyanose • Grognement en fin d'expiration • Battements des ailes du nez • Embarras bronchique sévère		• Anxiété intense • Regard effrayé Yeux écarquillés Muscles du visage contractés Froncement des sourcils Bouche ouverte Dents serrées • Agitation presque constante Aucune position confortable Mouvements fréquents non intentionnels Agité, combatif
Douleur intolérable • Visage crispé ou grimaçant • Présence de larmes • Geignements • Rigidité des membres • Tachycardie (supérieure ou égale à 110 battements/min.)		
Hémorragie aigüe massive Voies respiratoires (hémoptysie massives), digestives (hématémèse), vaginale, rectale, cutanée, vésicale, ORL (oro-pharyngée, épistaxis massive, rupture des gros vaisseaux)		

Une manifestation clinique isolée ou la présence d'une seule condition réfractaire (ex : embarras bronchique, dyspnée, délirium hyperactif avec agitation psychomotrice) doit faire l'objet d'une évaluation médicale.

Administration sous-cutanée *** maximum 2 mL par site ***

Paroi thoracique sous-claviculaire	• 2 à 3 doigts sous la clavicule • Ne pas installer du côté d'un pacemaker ou d'un accès veineux sous-cutané (port-a-cath) • Fréquemment utilisé chez l'usager mobile • Permet une absorption et un début d'action rapide des médicaments (nombreux ganglions lymphatiques) • **Site à privilégier**	
Face externe des bras		
Abdomen	• Éviter la zone de 5 cm péno-ombilicale • Habituellement utilisé pour l'administration d'insuline avec pompe ou chez l'usager cachectique • Éviter si présence d'ascite	
Haut du dos	• Zone sous-scapulaire ou fosse sus-épineuse • Habituellement utilisé chez l'usager agité ou confus	
Cuisses	• Zone antéro-externe	

Suivi **

Évaluer l'état clinique et l'efficacité de la médication de l'ordonnance pré-imprimée
Surveiller l'état respiratoire et suivre l'évolution des autres manifestations de détresse. La prise des signes vitaux devrait être évitée.
Surveiller l'apparition d'effets indésirables (confusion, réactions paradoxales (agitation, troubles du comportement, agressivité), délirium, globe vésical)

↓

20 minutes après l'administration de la médication s.c.

↓

Médication efficace
La personne est calme.
On note une amélioration des symptômes (débutant environ 5 minutes suite à l'administration du premier médicament) même si certaines manifestations cliniques peuvent persister (ex : sécrétions bronchiques, tachypnée).

↓

Aviser le médecin dans les heures suivantes, une réévaluation de la médication régulière et au besoin pouvant être requise afin de prévenir un nouvel épisode de détresse.

Médication inefficace
La personne demeure en détresse
(aucune réponse ou réponse partielle à la médication)

↓

Administrer la médication de l'ordonnance pré-imprimée une seconde fois

↓

Aviser le médecin immédiatement après l'administration du 2e protocole car une réévaluation de la médication régulière et au besoin est requise afin de prévenir un nouvel épisode de détresse.

En tout temps : RASSURER-ACCOMPAGNER-INFORMER LES PROCHES DE TOUT CHANGEMENT-INTERVENTIONS ADAPTÉES-SOINS DE CONFORT

** Tiré du Protocole médical – Détresse (soins palliatifs) INESSS (mars 2017)
Intranet CISSS Chaudière-Appalaches / Directions / Soins infirmiers / Formations

Conclusion

- Il reste du chemin à faire…
- Clientèle avec besoins particuliers, situations parfois urgentes
- Plusieurs défis dans la prestation de SPFV à domicile
- Le pharmacien doit prendre sa place dans l'offre de services pour les SPFV à domicile
- Connaissances de base pour tous les pharmaciens, « savoir se débrouiller »
- Individualisation des traitements, inclure le patient et ses proches dans les décisions
- Importance de la communication, de la collaboration et de l'interdisciplinarité

Références

- P. Lambert et M. Lecompte. Le citoyen: une personne du début à la fin de sa vie: rapport Lambert et Lecompte sur l'État de situation des soins palliatifs au Québec, Québec, Association québécoise des soins palliatifs, 2000, 467 p.
- Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chapitreS-32.0001, art.1
- Ministère de la santé et des services sociaux. Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020, Québec, MSSS, 2015, 63 p.
- Commission sur les soins de fin de vie. Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec, du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018. 2019.
- Rapport Institut national de santé publique du Québec. Sois palliatifs et de fin de vie au Québec: définition et mesures d'indicateurs. 2006
- Association canadienne de soins palliatifs. Modèles novateurs de soins palliatifs intégrés, Initiative Aller de l'avant: des soins qui intègrent l'approche palliative, 2013.
- Gouvernement du Québec. Offre de services de base en soins palliatifs et de fin de vie. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019.

Références

- Regroupement de pharmaciens experts. Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5e éd. Montréal (QC): Association des pharmaciens des établissements de santé (APES);2018. 562 p
- Mini-guide Palli-sciences. 21e édition 2020. Version électronique: http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/#p=2
- Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). L.C. 2016, ch.3
- Projet de Loi C-7: Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). 2020.
- Partenariat canadien contre le cancer. Approche palliative intégrée: quand et comment. Juin 2019.
- Hébert et al. Conditions favorisant et limitant le maintien à domicile en soins palliatifs et de fin de vie sur le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches. UQAR, novembre 2017.
- Hussainy et al. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team:an Australian experience. BMC Palliative Care 2011.
- Bussières et al. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé pour 2016-2017. Pharmactuel 2018;51(2)

Coordonnées

Catherine Lapointe-Girard, B. Pharm, M.Sc.
Pharmacienne en soins palliatifs et de fin de vie
CISSS de Chaudière-Appalache, Hôtel-Dieu de Lévis
418-835-7121 poste 11464
catherine_lapointe@ssss.gouv.qc.ca