

SAVOIR, pour être et devenir un professionnel de la santé plus humain

Outil de sensibilisation au deuil en milieu hospitalier destiné aux étudiants en inhalothérapie

TECHNIQUES D'INHALOTHÉRAPIE

Marie-Ève Labrie, Sarah-Elizabeth Borden et Emanuelle Richard

Étudiantes en troisième année du Collège de Valleyfield



Projet récipiendaire au 44^{ième} congrès des inhalothérapeutes du Québec
du 26 et 27 octobre 2018
Dans le cadre du concours *Place à la relève*

Éditeur - Collège de Valleyfield
169 rue Champlain
Salaberry-de-Valleyfield, Québec J6T 1X6
Canada
www.colval.qc.ca

ISBN 978-2-920918-17-7 (pdf)
© Tous droits réservés
Dépôt légal 4^e trimestre 2018

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 3 |
| Les décès imprévisibles | 4 |
| Les codes principaux | 4 |
| Les codes dans l'hôpital | 5 |
| L'urgence | 5 |
| Les étages de soins | 5 |
| Le bloc opératoire..... | 5 |
| Les soins intensifs | 5 |
| La réanimation cardio-vasculaire; le devoir d'agir | 6 |
| Les trucs et astuces | 6 |
| Les niveaux de soins..... | 7 |
| La définition des niveaux de soins | 7 |
| Les personnes concernées par les niveaux de soins | 7 |
| La réanimation cardiorespiratoire | 8 |
| Les différents niveaux de soins | 8 |
| Les soins de confort | 9 |
| La douleur | 9 |
| La dyspnée..... | 9 |
| Les sécrétions bronchiques | 9 |
| Les nausées..... | 9 |
| L'agitation..... | 9 |
| Les soins palliatifs | 10 |
| La définition | 10 |
| Les termes médicaux propres aux soins palliatifs..... | 11 |
| L'aide médicale à mourir (euthanasie active) | 11 |
| Le suicide assisté (aide au suicide) | 11 |
| Les directives médicales anticipées..... | 11 |

| | |
|--|-----------|
| La sédation palliative continue et intermittente..... | 11 |
| Les droits de la personne en fin de vie | 12 |
| L'inhalothérapeute en soins palliatifs | 12 |
| Les étapes du deuil | 14 |
| Les étapes vécues par le patient | 14 |
| Les étapes vécues par les proches | 15 |
| La santé mentale, un élément à ne pas négliger | 15 |
| Les pathologies les plus fréquentes chez les professionnels de la santé..... | 16 |
| Les signes et les symptômes précurseurs | 16 |
| Le soutien psychologique disponible | 17 |
| Les trucs et les astuces..... | 17 |
| Conclusion | 18 |
| Les références bibliographiques et en ligne | 19 |
| Les remerciements spéciaux | 22 |
| Inhalothérapie..... | 22 |
| Correction et relecture..... | 22 |

Introduction

Concours Place à la relève — Équipe du Collège de Valleyfield

Le deuil

À la lumière de nos récentes expériences en milieu hospitalier, nous nous sommes rapidement rendu compte que la mort et ses différentes composantes de soins font partie intégrante du réseau de la santé. Que ce soit par des soins de confort, par des niveaux de soins, par des familles endeuillées, par des patients en fin de vie, par des soins palliatifs, par des soins de longue durée, des décès non prévisibles, les inhalothérapeutes confrontent la mort tous les jours. Étant confrontés rapidement à cette réalité lors des stages, et ce, dès les stages d'observation, nous sommes rapidement venus à la conclusion que nous n'étions pas assez outillés en tant qu'étudiants. Le programme d'inhalothérapie étant très chargé, le sujet est abordé sommairement ne permettant pas d'approfondir nos connaissances et de développer des moyens pour y faire face.

De ce fait, ayant cette perspective en tête, nous avons décidé de créer une formation pour les étudiants en inhalothérapie sur les questions entourant le deuil. Cette formation abordera les principaux éléments essentiels à connaître avant l'entrée dans le réseau et fournira aux étudiants l'occasion d'être mieux préparés. L'objectif est de fournir une ressource disponible et pratique pour les nouveaux inhalothérapeutes sur les différents thèmes abordant la mort et le deuil.

Pour ce faire, nous avons mis en branle une série d'étapes pour en venir à produire une formation complète. Nous avons mis en commun les expériences que nous avons vécues sur le terrain afin d'en dégager les principales lacunes pour pouvoir les travailler. Nous avons par la suite discuté avec différentes personnes ressources pour déterminer les sujets principaux de la formation ; professeurs bachelier en psychologie, inhalothérapeutes en milieu hospitalier et professeurs du département. De plus, nous avons questionné les élèves pour déterminer quels étaient leurs besoins et leurs envies par rapport à la formation que l'on désirait instaurer. Après avoir questionné les différentes personnes, nous avons sélectionné les informations que nous avons directement travaillées. Ces informations ont été recherchées en profondeur par le biais des ressources disponibles. Une fois bien informées et il nous a été possible d'en déduire les informations clés que nous désirions traiter dans la formation. Nous avons préparé ensuite la formation pour les étudiants pour qu'elle soit complète et utile. Nous avons finalement composé la présentation que nous livrerons lors du congrès annuel de l'OPIQ.

Le résultat de notre travail est la création d'une formation pour les étudiants en inhalothérapie traitant des différents sujets du deuil et de la mort. Notre formation sera disponible en ligne pour faciliter l'utilisation par les étudiants. De plus, puisque la technologie est omniprésente de nos jours, il sera plus aisé pour eux de s'y référer au moment opportun et d'y avoir accès lorsque le besoin se présentera.

Pour conclure, nous souhaitons que cette formation soit un outil utile pour l'entrée en stage des étudiants en inhalothérapie, en facilitant leur approche vis-à-vis le deuil et ses composantes en développant leur savoir-être, puisque nous sommes tous humains.

Marie-Ève, Sarah et Emmanuelle

Les décès imprévisibles

En travaillant dans le milieu hospitalier et œuvrant comme inhalothérapeute partout dans l'hôpital, il est fréquent d'être exposé à des situations où la mort n'est pas prévisible. Nous entendons par décès imprévisible, tout décès qui n'est pas considéré comme étant précédé de soins palliatifs ou de soins de confort (ces termes seront abordés plus tard dans la lecture).

Cependant, pour éviter que survienne le décès, les hôpitaux sont munis de codes de couleur pouvant indiquer le degré de la situation et préparer ainsi les professionnels de la santé sur les mesures à prendre. On tente d'éliminer/minimiser les dangers pour la vie du patient. Le code d'alerte « EST UTILISÉ POUR SIGNALER UNE ALERTE ET ENCLANCHER UN PROTOCOLE DE MESURES D'URGENCE » (Santé Montréal, Code d'alerte en mesure d'urgence, 2016).

Les codes principaux

Il y a le code bleu et le code rose qui, tout selon le milieu en question, informent d'une problématique grave sur le système cardiorespiratoire. Ce sont les deux codes impliquant les inhalothérapeutes directement.

- en milieu adulte, le *code bleu* sera pour une clientèle 18 ans et plus tandis que le *code rose* sera pour une clientèle naissante à 18 ans moins 1 jour (clientèle dite pédiatrique)
- en milieu pédiatrique, le *code bleu* sera pour une clientèle de 29 jours à 18 ans moins 1 jour tandis que le *code rose* sera pour une clientèle naissante jusqu'à 28 jours de vie

Le décès surviendra au moment où le médecin décidera qu'il est temps d'arrêter toutes les manœuvres. Ce peut être un souhait de la famille comme cela peut devenir une situation d'éthique, pour ne pas tomber dans l'acharnement thérapeutique. Seul un médecin peut décider d'arrêter les manœuvres.

Tableau 1) Comparaison des différents codes selon les milieux

| | CODE BLEU | CODE ROSE |
|--------------------|---|----------------------------------|
| Milieu adulte | Clientèle 18 ans et + | Naissance jusqu'à 18 ans -1 jour |
| Milieu pédiatrique | Clientèle 29 jours jusqu'à 18 ans -1 jour | Naissance jusqu'à 28 jours |

Les codes dans l'hôpital

Les milieux hospitaliers sont vastes et les inhalothérapeutes sont sujets à intervenir dans des situations pouvant terminer en décès inattendus. Les principaux lieux sont constitués de l'urgence, les unités de médecine, le bloc opératoire et les soins intensifs. Bref, presque dans tout l'hôpital, et ce, tous les jours. Les professionnels de la santé côtoient la mort de près ou de loin au quotidien.

L'urgence

L'urgence est la porte d'entrée pour tous les patients arrivant à l'hôpital et nécessitant des soins immédiats, c'est-à-dire des décompensations de pathologie, voire des patients très instables. Certains arrivent de leur domicile et d'autres arrivent accompagnés des services ambulanciers. L'équipe de soins pré hospitaliers avisent l'unité de réanimation dès qu'ils le peuvent et transfèrent le patient. La situation du patient est décrite avant que l'équipe arrive avec celui-ci. Tous les professionnels requis préparent alors le matériel qui pourra être utilisé. Malgré tous les bons soins apportés au patient et la préparation effectuée, il est important de garder en tête que, selon la Fondation des maladies du cœur de l'AVC, lorsqu'un patient en arrêt cardiorespiratoire arrive en ambulance, il a 5% de taux de survie. Puisque les normes et procédures changent et évoluent, il est crucial de maintenir les connaissances à jour par le renouvellement de la carte de RCR en milieu hospitalier, soit plus précisément le SIR (soins immédiat en réanimation).

Souvent, pour un décès subit, il y aura une demande d'autopsie. Le médecin demande à l'inhalothérapeute de soit extuber le patient, soit de garder le tube endotrachéal et de ne rien modifier. Cette demande survient souvent après une conversation avec la famille. Le plus souvent, le tube ne sera pas enlevé.

Lorsqu'il y a de grosses situations où de fortes émotions vécues, il y aura un suivi avec le chef de l'unité ou l'équipe psychosociale de l'hôpital. Il est important de bien participer au <débriefing> afin de ventiler les émotions vécues et pouvoir s'assurer d'une saine gestion de la santé mentale. D'ailleurs, il en sera question à la fin de la présentation, puisqu'il est crucial de bien prendre en charge notre propre santé mentale afin de prendre soin de celle des patients.

Les étages de soins

Bien que moins fréquentes sur les étages de médecine, puisque les patients sont considérés comme étant stable, il peut y avoir des codes bleu ou rose. Souvent, ce sont des chutes de la tension artérielle, une détérioration soudaine de l'état de santé du patient ou un arrêt cardiorespiratoire soudain.

Le bloc opératoire

Bien qu'il soit rare qu'un code soit lancé au bloc opératoire, il se peut que cela arrive. En revanche, il est intéressant de savoir qu'il peut y avoir des complications sérieuses au bloc sans qu'un code ne soit lancé. Par exemple, un cas d'un patient polytraumatisé (instable) qui doit être opéré en urgence, mais que l'équipe ne parvient pas à stabiliser.

Peu importe la situation, le bloc opératoire est le meilleur endroit pour avoir un arrêt cardiorespiratoire. Le patient est déjà sous monitoring, le matériel est disponible, les médicaments sont à portée de main et il y a déjà un anesthésiologiste ainsi qu'une équipe médicale sur place prêts à intervenir rapidement.

Les soins intensifs

Ces patients sont déjà sous monitoring et des soins continus sont entrepris. Ce sont souvent des patients avec une situation déjà précaire au niveau de leur système cardiorespiratoire. Il est important aussi de se rappeler que ce sont aussi des patients multihypothonnés. Donc, même si le but est de les retourner à la maison, il se peut que de graves complications surviennent.

La réanimation cardio-vasculaire; le devoir d'agir

Il est important de savoir qu'il est nécessaire de garder la carte de réanimation cardiorespiratoire pour professionnels de la santé à jour. Les changements sur les normes sont fréquents et nécessitent que l'inhalothérapeute soit au courant pour pouvoir offrir les soins les plus performants ; «SI VOUS SAVEZ COMMENT REAGIR EN CAS D'URGENCE CARDIAQUE, LES CHANCES DE SURVIE ET DE RECUPERATION DE LA PERSONNE PEUVENT AUGMENTER DE 30 % OU PLUS. » (Fondation des maladies du cœur et l'AVC, Soins d'urgence et RCR, 2010). Les inhalothérapeutes présents sur un code doivent faire les manœuvres de réanimation jusqu'à ce que:

- Le médecin demande de cesser les manœuvres
- Il y a confirmation de ne pas réanimer (niveaux de soins)
- La famille demande de cesser les manœuvres
- Le patient revient à lui par la suite (il sera ensuite transféré pour entreprendre une série d'examen et de traitement. Habituellement, le patient ira aux soins intensifs)

Les trucs et astuces

Lors des situations impliquant des manœuvres de réanimation, il est crucial de garder son sang-froid afin de pouvoir prodiguer les meilleurs soins possibles au patient. Cela n'indique pas nécessairement de se détacher de ses émotions, mais bien de les vivre au bon moment et de ne pas être submergés par celles-ci. Ce moment est lors du débriefing ou lors d'une rencontre avec le chef. Si jamais l'émotion est trop vive, il est important de demander à un/une collègue de prendre la relève et ainsi prendre un pas de recule afin de ne pas faire d'erreur médicale et causer préjudice au patient. Il en va de même lorsque la situation se présente pour un/ une collègue de travail. Il est important de ne pas juger et d'aider aux meilleurs de ses capacités. De plus, le fait de bien connaître le dossier du patient facilite la prise en charge. Dans les faits, cela est plus ou moins possible, mais il est réaliste de demander plus d'informations lorsque la situation le permet.

Les niveaux de soins

La définition des niveaux de soins

Depuis bien longtemps, et pour longtemps encore, les patients viennent dans les établissements de soins de santé pour tenter d'obtenir de l'aide quant à leur condition. Ils veulent que leur état soit surveillé, recevoir des soins, avoir accès à des examens, des traitements, de la documentation, discuter avec du personnel qualifié et par-dessus tout être pris en charge. Cette prise en charge implique que chaque patient et chaque condition est unique. Dans cette optique, le patient (ou la famille selon le cas) sera appelé à décider, à un moment quelconque, de ses souhaits pour sa santé. Ses souhaits sont appelés ; les niveaux de soins.

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), «LES NIVEAUX DE SOINS SONT UN OUTIL QUI FACILITE LA COMMUNICATION ENTRE LES SOIGNANTS, LES PATIENTS ET LEURS PROCHES SUR LES OBJECTIFS DE SOINS EN CONTEXTE DE MALADIES GRAVES ET DE FIN DE VIE, AFIN QUE LES SOINS MEDICALEMENT RECOMMANDES PUISSENT ETRE ADAPTES LE MIEUX POSSIBLE AUX VOLONTES DES PERSONNES SOIGNEES» (Rossignol, 2016, p.11). Le choix de ce niveau de soins est une importante décision que le patient a à prendre avec son médecin, préférablement avant que son état ne soit trop précaire et qu'il ne soit plus en mesure de prendre une décision éclairée.

Cette discussion est primordiale, car le choix aura inévitablement des répercussions sur la qualité de vie ainsi que l'espérance de vie de ce dernier. Advenant le cas où le patient n'est plus en mesure de participer au dialogue concernant les niveaux de soins, le représentant du malade pourra y prendre part et être convenablement informé par le médecin afin de prendre la meilleure décision possible pour le malade, en se basant sur la volonté du patient ainsi que sur ses croyances et ses valeurs. Suite à cette conversation, un formulaire normalisé du ministère de la Santé et des Services sociaux est rempli par le médecin et est ajouté au dossier médical du patient afin que tous puissent prendre connaissance de la volonté du niveau de soins désirés. Il est à noter que ce formulaire est habituellement placé au début du dossier, bien à la vue. L'utilisateur peut aussi en garder une copie à la maison dans l'intention de permettre aussi aux techniciens en soins préhospitaliers d'être avisés des interventions désirées.

Les personnes concernées par les niveaux de soins

Le choix des niveaux de soins cible plusieurs catégories de patients;

- Âgés avec un état de santé précaire
- À risque de complications lors d'interventions médicales
- Atteints de maladies chroniques ou incurables
- Avec les facultés cognitives altérées
- En fin de vie
- Toute personne désirant faire le choix par anticipation

De plus, ce formulaire concerne bien entendu les médecins, les infirmières ainsi que les autres spécialistes de la santé, mais les inhalothérapeutes sont aussi impliqués dans cet objectif de soins, car ils jouent un rôle important chez les patients que ce soit à l'urgence, aux soins intensifs ou aux unités de soins. En effet, des situations dans lesquelles les inhalothérapeutes interviennent telles qu'une réanimation cardiorespiratoire ou une situation clinique nécessitant une intubation avec une mise sous respirateur artificiel peuvent être des soins particuliers que le patient refuse de subir. Il est alors important d'être sensibilisés à l'importance de prendre connaissance de ces éléments avant d'amorcer des soins avec un patient.

La réanimation cardiorespiratoire

Une décision est prise spécifiquement concernant un éventuel arrêt cardiorespiratoire chez le patient. Il est sous-entendu dans ce choix que le patient accepte ou non « DES INTERVENTIONS D'URGENCE UTILISEES EN REPONSE A UN ARRET CARDIORESPIRATOIRE COMPRENANT UN ARRET CIRCULATOIRE QUI INCLUENT, DANS LEUR FORME SIMPLE, LE MASSAGE CARDIAQUE, LA DEFIBRILLATION ET LA VENTILATION ASSISTEE, ET DANS LEUR FORME AVANCEE, UN ENSEMBLE DE MOYENS SPECIALISES (PHARMACOLOGIQUES, MECANIQUES ET AUTRES)» (Rossignol, 2016, p.18). Ce choix doit être pris afin que les intervenants puissent rapidement réagir en cas d'arrêt selon les désirs de l'utilisateur.

Les différents niveaux de soins

Selon la dernière révision en 2016 des niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire au Québec, il existe 4 niveaux avec des objectifs distincts ;

Tableau 2) Explications des différents types d'objectifs de soins

| Les objectifs | Les définitions | Les explications |
|---------------|--|--|
| Objectif A | <i>Prolonger la vie par tous les soins nécessaires</i> | Des soins maximaux seront entrepris afin de traiter la personne malade. Les professionnels de la santé peuvent avoir recours à tous les moyens adéquats que ce soit la défibrillation, des examens invasifs, l'intubation, etc. Cependant, le patient peut avoir exprimé le désir de ne pas avoir recours à un respirateur artificiel même en ayant choisi le niveau I de soins. |
| Objectif B | <i>Prolonger la vie par des soins limités</i> | Les interventions viseront à prolonger la vie du malade tout en préservant sa qualité de vie. Ces moyens seront exécutés en tenant compte du pronostic du patient quant à sa récupération et l'état dans lequel il pourrait se retrouver à la suite des traitements. L'utilisateur peut aussi refuser certaines interventions. Par exemple, un patient atteint d'une maladie neuromusculaire pourrait consentir à être sous Bipap, mais ne veut pas d'une intervention plus invasive telle qu'une trachéotomie afin d'être mis sous ventilation mécanique. |
| Objectif C | <i>Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie</i> | Il est plutôt question à ce niveau de traiter les symptômes afin de les réduire au maximum pour l'utilisateur. Le patient peut avoir recours aux médicaments et à certaines interventions visant à optimiser son confort et à allonger son espérance de vie. |
| Objectif D | <i>Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie</i> | Les soins qui seront administrés au patient seront uniquement dans l'optique de diminuer la douleur et non pas de rallonger la vie du malade. La cause ayant amené le patient à l'hôpital ne sera donc pas traitée. C'est ce que nous appelons les soins de confort. |

Les soins de confort

L'équipe de soins palliatifs, dont toute personne mourante peut bénéficier au Québec, «POSSÈDE UNE EXPERTISE DANS LE SOULAGEMENT ET L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES EN FIN DE VIE, PEU IMPORTE LE DIAGNOSTIC», et c'est dans son devoir de «SOULAGER LES MALADES SOUS SES SOINS AUX DERNIERS JOURS DE LEUR VIE» (Dechêne, 2015, p.9). Ces soins de confort surviennent dans les dernières semaines ou les derniers mois de vie du patient, lorsque l'état de celui-ci devient critique et que la fin est imminente. Ils visent à soulager les éléments ci-dessous et sont régis par le Collège des Médecins du Québec. D'ailleurs, la notion de soins palliatifs sera abordée plus en profondeur un peu plus loin dans cette formation.

La douleur

La douleur est malheureusement une composante fréquente chez les personnes en fin de vie. Afin d'alléger ce mal, nous pouvons administrer des opioïdes ainsi que des benzodiazépines. Bien souvent, l'usager n'a plus la capacité d'avaler sa médication et nous devons alors avoir recours à l'administration en voie sous-cutanée de ces médicaments. De plus, il peut être difficile de localiser la provenance précise de la douleur chez le malade en fin de vie, notre quête est d'alors de réduire au maximum l'ensemble des symptômes et de soulager dans la mesure de possible le malade.

La dyspnée

La détresse respiratoire peut être davantage marquée en fin de vie s'expliquant par une grande faiblesse musculaire, la présence de composantes pulmonaires et/ou cardiaques, etc. La saturation du patient n'est conséquemment pas très élevée et il n'est pas nécessaire d'analyser le gaz ou de vouloir augmenter la saturation en oxygène du patient. L'oxygénothérapie n'est pas un acte préconisé en fin de vie. Cependant, si le malade présente une hypoxémie sévère au repos ou est un oxygène-dépendant qui désire poursuivre son traitement, l'administration d'oxygène de confort peut alors être évaluée par le médecin.

Les sécrétions bronchiques

En fin de vie, l'aspiration nasotrachéale n'est plus une intervention pratiquée dans la majorité des cas. Malgré cela, il peut être possible d'enlever le surplus de sécrétions dans la bouche du malade. Dans l'optique des soins de confort, des anticholinergiques, comme la scopolamine, pourraient être administrés afin de minimiser la production de sécrétions. La scopolamine comporte néanmoins plusieurs effets secondaires comme le délirium et l'agitation. Chez un patient inconscient, il n'y aura pas de traitement en soi pour les sécrétions bronchiques, car ce n'est pas une source d'inconfort pour ce dernier.

Les nausées

Il peut être possible d'observer des nausées et vomissements durant les derniers jours de vie du patient. Il est donc dans le plan d'action de soulager ce symptôme par l'entremise de médicaments anti-nauséeux.

L'agitation

Le traitement afin de soulager cet état inconfortable chez le patient agité, consiste à sédatonner celui-ci. Cette intervention est à discuter entre le médecin ainsi que la famille du patient.

Ce sont donc des soins qui ne visent aucunement une guérison, mais qui permettent plutôt d'accompagner les patients mourants avec des soins de qualité, en les soulageant, et ce, tout en préservant au maximum leur dignité.

Les soins palliatifs

Bien que le choix de niveau de soins soit complété, il arrive que le patient n'ait que très peu de temps devant lui et que ses dernières volontés soient simplement d'être soulagé. On parlera ici de soins de confort, mais aussi de soins palliatifs. Ces deux termes, souvent confondus, sont semblables. On parlera davantage de soins de confort lorsque les traitements actifs auront cessé et plutôt de soins palliatifs lorsque la mort est imminente, dans la majorité des cas. Un patient peut avoir été un bon moment en soins de confort avant d'être admis en phase palliative. Il est d'ailleurs à noter que ces deux termes sont aussi mal différenciés par les professionnels de la santé.

La définition

Les soins palliatifs ont pour but de soulager et non pas de guérir, c'est une nuance importante qui fait la différence quant aux prises en charge habituelles des soins de santé. Ces types de soins se veulent une préservation de la qualité du malade, et ce, sans hâter ni allonger la vie de celui-ci. Non seulement le malade est pris en charge, mais son entourage aussi. La façon d'y arriver est de favoriser l'interdisciplinarité. Plusieurs professionnels sont appelés à travailler de pair pour offrir des soins complets et adaptés. Un éventail de services est habituellement offert et varie selon l'établissement. Voici quelques exemples tirés des informations fournies sur le site de la maison Adhémar-Dion pour vous faire une idée plus concrète ;

- Volet physique
 - Traitement de la douleur
 - Hygiène personnelle (douche, soins de la bouche, etc.)
- Volet psychologique
 - Intervention de psychologues
 - Intervention de travailleurs sociaux
- Volet social
 - Possibilité d'héberger la famille avec le malade
 - Salles disponibles pour des rencontres
- Volet spirituel
 - Intervention de professionnels en soins spirituels
 - Commémorations religieuses

Plusieurs établissements différents offrent des soins palliatifs et de fin de vie. Le choix revient au malade, à l'entourage, à la disponibilité et à l'accessibilité des soins requis. Il est possible d'être hébergé à ces endroits pour y recevoir les soins appropriés à sa condition ;

- Domicile
- Dans un centre hospitalier
- Dans des centres d'hébergement, tels les CHSLD
- Dans des maisons de soins palliatifs

CHSLD (Centre d'hébergement de soins de longue durée)

- « LES CENTRES D'HEBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DUREE (CHSLD) ACCUEILLENENT DES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE QUI NE PEUVENT PLUS VIVRE DANS LEUR MILIEU DE VIE HABITUEL. GENERALEMENT, LES PERSONNES AGEES DIRIGEEES VERS UN CENTRE D'HEBERGEMENT NECESSITENT 3 HEURES DE SOINS ET PLUS PAR JOUR » (Santé Montréal, Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal, 2016).
- Les délais pour obtenir une chambre peuvent être longs et les coûts peuvent être importants

Les termes médicaux propres aux soins palliatifs

Les soins palliatifs et de fin de vie possèdent un jargon médical particulier, bien à lui et il est facile de s'y perdre. Ce sont des termes complexes qui demandent de les comprendre afin de bien se positionner en tant que professionnel de la santé et de fournir des soins adaptés. Ce vocabulaire sera résumé pour en venir à en dégager l'essentiel pour un/une inhalothérapeute.

L'aide médicale à mourir (euthanasie active)

L'aide médicale à mourir est une administration de substances létales administrées par le médecin dans le but d'entraîner automatiquement la mort du malade. L'aide médicale à mourir est disponible pour les patients avec des souffrances majeures n'étant pas apaisés d'une façon ou d'une autre, considérés aptes à faire ce choix et atteints d'une maladie incurable. Une liste de critères précis est exigée pour pouvoir y avoir accès. De plus, le médecin doit respecter une liste d'obligations pour admettre le patient à ce service. À partir du moment où l'acte est prescrit, une date est fixée par le malade. Selon la mise à jour de janvier 2017 sur la démarche de l'aide médicale à mourir, « UN DELAI DE 10 JOURS DOIT S'ÉCOULER ENTRE LE MOMENT OU EST FAITE LA DEMANDE D'AIDE MEDICALE A MOURIR ET LE MOMENT OU ELLE EST ADMINISTREE, SI LA DEMANDE EST RECEVABLE » (Québec, Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec, Aide médicale à mourir et suicide assisté, 2017). Il est à noter que, le patient est en droit de changer d'idée à tout moment s'il le désire, et ce, malgré le fait que ces demandes soient complètes et acceptées.

Le suicide assisté (aide au suicide)

Le suicide assisté est une forme d'euthanasie pratiquée soi-même, mais contrôlée par l'équipe médicale. Après autorisation du médecin traitant, le patient s'administre lui-même les substances létales prescrites.

Les directives médicales anticipées

Les directives médicales anticipées consistent à émettre ses volontés, plus précisément quant à la conduite médicale à tenir « EN PREVISION DE L'INAPTITUDE A CONSENTIR A DES SOINS » (Québec, Gouvernement du Québec, Directives médicales anticipées, 2018). En d'autres termes, le patient décide de ce qu'il veut qui lui arrive lorsque la maladie sera trop avancée et qu'il ne sera plus en mesure de prendre des décisions éclairées. *Il est important de les connaître en tant que professionnel de la santé puisque nous devons obligatoirement nous y soustraire.*

La sédation palliative continue et intermittente

La sédation palliative est l'action de mettre le patient dans un état où la conscience est diminuée, voire supprimée, afin que la douleur existe le moins possible. Cette action est pratiquée alors que la mort est imminente, mais le but de cette intervention n'est jamais de précipiter la mort du patient. Le but est le « (...) MAINTIENT (D)'UN SOULAGEMENT QU'ON NE PEUT OBTENIR AUTREMENT » (Lignes directrices québécoises sur la sédation palliative, p. 8, 2014). Plusieurs degrés de sédation sont possibles, c'est le médecin qui décide selon le cas.

Il est possible d'introduire le patient en sédation palliative intermittente. Celle-ci est habituellement réservée aux patients ayant un pronostic de deux semaines et plus. Elle n'est pratiquée que durant quelques heures ou quelques jours, selon les cas. La sédation palliative continue, quant à elle, est une sédation maintenue jusqu'au décès du patient. Elle est souvent pratiquée chez les patients ayant un pronostic de moins de deux semaines. À noter qu'elle « ENTRAINE L'ARRET DE L'ALIMENTATION ET DE L'HYDRATATION » du patient. (Lignes directrices québécoises sur la sédation palliative, p. 11, 2014)

D'ailleurs, tirée de la présentation du CHUM de Vinay et Dallaire « La morphine ne tue pas », c'est cette pratique que l'entourage du malade qualifiera souvent de *mettre le patient sous morphine* et qui est souvent associée, à tort, à la précipitation de la mort. Il est à noter que « LES AGENTS COURAMMENT EMPLOYES INCLUENT LES BENZODIAZEPINES, LES NEUROLEPTIQUES (ANTIPSYCHOTIQUES), LES BARBITURIQUES AINSI QUE LES ANESTHESIQUES GENERAUX TELS QUE LE PROPOFOL (...) AUXQUELS NOUS JOINDRONS EGALEMENT LES ANTICHOLINERGIQUES, DONT LES PROPRIETES SEDATIVES PROFITENT AUX PATIENTS PRESENTANT UN PROBLEME DE RALES CONCOMITANTS » (Lignes directrices québécoises sur la sédation palliative, p. 17, 2014).

Les droits de la personne en fin de vie

Tel que discuté depuis le début de ce présent document, la personne en fin de vie a des besoins particuliers. Ces besoins nécessitent une approche empreinte de respect et doivent toujours favoriser la dignité du patient. Le personnel soignant doit communiquer avec le patient de façon honnête, dans la mesure de ces compétences et de ce qu'il est autorisé à informer. Le patient est le principal concerné et doit être informé de sa condition et des moyens qui sont, ou seront, entrepris pour le soulager. Dans cette optique, il est important d'obtenir un certain consentement pour faire n'importe quel traitement. Cela implique que le patient doit comprendre pourquoi on le fait, en quoi consiste la procédure, à quoi il doit s'attendre pendant qu'on le fait et qu'est-ce que cela soulagera. En tout temps, la « PERSONNE A LE DROIT DE REFUSER UN SOIN, MEME SI CELA RISQUE DE DIMINUER SA DUREE DE VIE » (Québec, Droits de la personne en fin de vie, 2016). En cas de questions, il est possible de communiquer avec la Commission sur les soins de fin de vie, qui pourra vous renseigner dans le doute.

✉ par la poste, à l'adresse :
Commission sur les soins de fin de vie
2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
✉ par courriel à info@csfv.gouv.qc.ca
✉ par téléphone : 418 204-2059 ou 1 844 200-2059 (sans frais)

L'inhalothérapeute en soins palliatifs

L'équipe que constituent les soins palliatifs est vaste et plusieurs types de professionnels de la santé peuvent être impliqués selon l'état du malade et selon les souhaits de l'entourage. On retrouve habituellement des médecins, des pharmaciens, des infirmiers/infirmières, des infirmiers/infirmières auxiliaires, etc. Par contre, bon nombre d'autres professions peuvent intervenir de près ou de loin avec ces patients ; ergothérapie, physiothérapie, nutritionniste, intervenant spirituel, inhalothérapeute et autres. Évidemment, les inhalothérapeutes sont appelés dans le cadre de troubles respiratoires. Selon le Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie du CIUSSS du Nord de l'île de Montréal, l'inhalothérapeute en soins palliatifs ;

«ÉVALUE ET ASSURE LE SUIVI DE LA CONDITION RESPIRATOIRE LORSQUE REQUIS; • PROCEDE A L'INSTALLATION DE L'APPAREILLAGE REQUIS A LA CONDITION RESPIRATOIRE DE L'USAGER» (Québec, Programme clinique soins palliatifs soins de fin de vie, p19, 2015).

De ce fait, il est appelé au chevet d'un patient ayant certaines détériorations respiratoires. Évidemment, les protocoles varient selon les établissements et les inhalothérapeutes ont plus ou moins de responsabilités en lien avec ceux-ci. De manière générale, ils sont appelés le plus souvent lors de ces situations ;

➤ **Soins de trachéotomie**

Ce sont généralement les patients que les membres du département d'inhalothérapie connaissent bien, qui sont suivis depuis plus longtemps et ont une fréquence de visite et de traitement plus importante. Les aspirations sont fréquemment pratiquées sur ce type de patient.

➤ **Oxygénothérapie**

Selon le confort et à la demande du patient et/ou de l'équipe médicale. Les centres ont chacun leurs protocoles et parfois les inhalothérapeutes sont plus ou moins impliqués, car c'est le personnel infirmier qui s'en charge.

➤ **Retrait du tube endotrachéal et/ou de la ventilation associée**

Cette tâche revient souvent à l'inhalothérapeute et demande un grand savoir-être. La famille est souvent présente et la charge émotive est très importante. C'est un souvenir important pour les familles qui représente bien souvent les derniers moments du patient. Il est à noter que cette pratique est plus souvent faite hors département de soins palliatifs. Par exemple, aux soins intensifs.

➤ **Aspiration**

Selon les demandes et les protocoles, les inhalothérapeutes peuvent être appelés à venir aspirer les patients, bien que ceux-ci n'ont pas nécessairement de tube endotrachéal. Certains centres demandent l'aspiration nasotrachéale chez l'adulte lors de surplus de sécrétions, par exemple.

Dans un autre ordre d'idée, bien que les soins généraux/intensifs aient été davantage étayés durant cette formation, il est pertinent de mentionner que les inhalothérapeutes œuvrant au bloc opératoire ont aussi un rôle important dans les soins de fin vie. Pensons aux dons d'organe ou aux chirurgies palliatives par exemple. Il est fréquent que des opérations soient pratiquées afin d'augmenter la qualité de vie du malade, sans pour autant corriger le problème. La chirurgie du Whipple «AUSI APPELEE PANCREATODUODENECTOMIE, EST LA CHIRURGIE QU'ON PRATIQUE LE PLUS SOUVENT POUR LE CANCER DU PANCREAS»(Société canadienne du cancer, Chirurgies cancer du pancréas, 2018) en est un exemple.

De plus, les inhalothérapeutes des soins à domicile ont aussi un rôle capital dans le déroulement des soins de fin de vie. Ce sont eux qui amorcent les démarches pour obtenir les soins requis à la fin de vie pour un patient qu'ils suivent et feront partie intégrante du processus.

Les étapes du deuil

Les soins palliatifs sont une étape éprouvante pour le patient, qui voit sa qualité de vie diminuée inévitablement, et ce, malgré les meilleurs soins prodigués. De plus, bien que les soins palliatifs mettent en branle des outils pour favoriser le soutien, les proches sont fortement sollicités et peuvent éprouver beaucoup d'émotions quant au devenir de leur proche. Que ce soit du côté du patient ou du côté des proches, tous vivent un deuil à différents niveaux. Le deuil est une étape importante dans la perte d'un être cher et fait inmanquablement ressentir de la douleur. Chaque deuil est cependant différent et ne sera pas abordé avec la même approche selon les étapes franchies. En tant que professionnel de la santé, il est nécessaire de les comprendre afin de pouvoir bâtir une relation aidante.

Les étapes vécues par le patient

Il est vrai de dire que la mort représente une étape importante de la vie et que la méconnaissance de la notion de ce qu'il se passe après engendre de nombreuses craintes. De nombreuses recherches ont tenté d'expliquer les différents processus entourant la mort. La psychiatre Elisabeth Kubler-Ross est l'une d'elles. Elle a fait de nombreuses recherches concernant les comportements de l'humain vis-à-vis la mort. Les conclusions de ses recherches démontrent que les hommes passent au travers de six étapes et que chacune a ses propres distinctions.

Tableau 3) Explications des différentes étapes de deuil du patient selon le modèle Kubler-Ross

| Les étapes | Les explications |
|----------------|---|
| LE CHOC | Il s'agit de l'étape où de fortes émotions sont vécues par le patient. Ces émotions sont souvent présentes lors de l'annonce immédiate du diagnostic ou peu de temps après |
| LE DÉNI | Il s'agit de l'étape où le patient refuse de croire ce qu'il lui arrive. Il va souvent demander un deuxième avis puisqu'il contestera les résultats. |
| LA COLÈRE | Il s'agit du moment où le patient prend pleine conscience de la situation. Il se montre hostile et agressif. Il a aussi tendance à culpabiliser et retourner la colère contre lui-même. |
| LE MARCHANDAGE | Le patient cherche constamment à négocier avec une force invisible, voir un Dieu, pour gagner le plus de temps sur la Terre. |
| LA DÉPRESSION | Le patient comprend que l'inévitable de la mort est présent. Il devient fatigué, déprimé, asociale et a des troubles de la mémoire. |
| L'ACCEPTATION | Le patient accepte sa situation et commence à organiser sa fin de vie. Il devient plus calme, serein avec son départ. |

Les étapes peuvent être vécues de façon aléatoire, mais débiteront toujours par le choc. Les personnes vont souvent cacher leurs angoisses par des mécanismes de défense. Le tout est évidemment involontaire. Le mécanisme le plus utilisé est le déplacement. Le patient dirige ses émotions vers une autre cible. Souvent, cette dernière est le soignant puisqu'il lui rappelle la maladie, son deuil à vivre. C'est pourquoi il est important de se rappeler que les comportements et les paroles du patient ne sont pas adressés personnellement à l'aidant, mais bien vers la situation vécue.

Les étapes vécues par les proches

Les familles aussi vivent un deuil par rapport à la maladie, que ce soit à l'annonce ou au départ de la personne qui leur est chère. Le deuil d'une perte se vit en trois étapes:

Tableau 4) Explications des différentes étapes de deuil du proche selon le modèle Kubler-Ross

| Les étapes | Les explications |
|-------------------------------------|--|
| LE DEUIL ET L'INCRÉDULITÉ | Les personnes se sentent confuses, perdues. Elles prennent conscience de la perte, c'est le moment des pleurs, de la rage, de la tristesse. C'est une étape plus présente lorsque les personnes perdent un proche de façon impromptue. |
| LA DÉSORGANISATION ET LES SOUVENIRS | C'est l'étape où tous les souvenirs avec le défunt refont surface. Les personnes tentent encore d'accepter la mort de l'être cher. |
| LA RÉOLUTION | La mort de l'être cher est acceptée. Les souvenirs entraînent moins de douleurs. |

Dans le milieu de la santé, les professionnels de la santé voient plus souvent l'étape du deuil et de l'incrédulité puisqu'ils sont présents lors de la situation de décès. Chaque personne vit son deuil à son rythme et à sa façon. En tant que professionnel de la santé, il est important de respecter le tout.

La santé mentale, un élément à ne pas négliger

En tant que travailleur ou futur travailleur du milieu de la santé, il est évident de croire qu'éventuellement, une ou des situations viendront ébranler les croyances et la force mentale. Côté la maladie, la mort et ses injustices n'est pas un sujet que l'on doit prendre à la légère, car nous sommes tous humains.

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail définit la santé mentale comme «UN ETAT DE MIEUX-ETRE DANS LEQUEL UNE PERSONNE COMPREND SES PROPRES CAPACITES, PEUT SURMONTER LES TENSIONS NORMALES DE LA VIE, PEUT ACCOMPLIR UN TRAVAIL PRODUCTIF ET FRUCTUEUX, ET PEUT CONTRIBUER A LA VIE DE SA COLLECTIVITE (...)» (Canada, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, La santé mentale- Introduction, 2018). De plus, il est pertinent de remarquer que l'équilibre de l'humain est assuré par un équilibre entre la santé mentale et physique. De nombreux facteurs peuvent y jouer un rôle clé tels que les facteurs familiaux, le style et le rythme de vie, le stress, l'exposition à des substances toxiques, les traumatismes, les événements personnels, l'accès ou non à des outils de soutien ainsi que la capacité d'adaptation.

Les problématiques peuvent se développer sans égard au niveau d'éducation, du statut social, du sexe et du salaire des gens. Selon des recherches récentes réalisées par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), 20% des Québécois seraient touchés de près ou de loin par la maladie mentale. (Québec, Gouvernement du Québec, Santé mentale – Maladie mentale, 2017)

Les pathologies les plus fréquentes chez les professionnels de la santé

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont:

- Dépression
- Trouble de stress post-traumatique
- Anxiété / crise anxieuse
- Toxicomanie (alcool, drogue et médicaments)
- Stress chronique (épuisement professionnel)
- Idées suicidaires

D'ici 2020, l'OMS prétend que la maladie mentale sera au 2^e rang des causes d'invalidité, juste derrière les maladies cardiovasculaires (Québec, Gouvernement du Québec, Santé mentale – Maladie mentale, 2017). Il est donc raisonnable de prendre compte de l'importance de prendre soin de notre mentale.

Les signes et les symptômes précurseurs

Plusieurs signes peuvent être indicateurs de la présence d'une problématique de santé mentale. Plusieurs signes et symptômes peuvent être indicateurs de la présence d'une problématique de santé mentale. L'Association Québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM) dresse un portrait, à titre indicatif, des symptômes les plus couramment vécus. Par exemple, il n'est pas rare d'avoir une perte de l'appétit et de sommeil ou l'inverse, avoir trop d'appétit et un immense besoin de sommeil. De plus, il pourrait y avoir une baisse de l'énergie entraînant l'éloignement et la baisse de la motivation de ses activités habituelles, voir l'isolement. Ce vide d'énergie peut aussi amener l'incapacité à faire ses tâches quotidiennes, faire en sorte que l'on se sente plus confus, avec des troubles de l'humeur et même avoir des comportements inexplicables amenant des conflits interpersonnels. Il peut devenir difficile d'apprécier les simples choses de la vie et l'état de désespoir devient le quotidien et le positif devient un souvenir. Les comportements autodestructeurs, comme augmenter sa consommation d'alcool, de tabac ou de drogue, peuvent augmenter afin d'aller chercher un sentiment de contrôle de son état.

Le soutien psychologique disponible

Souvenez-vous, vous n'êtes jamais seul. Il est important de ventiler les émotions afin d'aider notre cerveau à évacuer le surplus. Voici des suggestions pour aller chercher l'aide appropriée afin d'alléger les problématiques ;

☞ Durant les études:

- Service d'aide aux étudiants
- Centre de prévention du suicide ; 1 866 APPELLE (1 866 277-3553)

☞ Lors de l'emploi:

- Programme d'aide aux employés de l'hôpital travaillé (PAE)

☞ En tout temps:

- Médecin de famille
- CLSC de la région
- Psychologue: <https://www.ordrepsy.qc.ca/trouver-de-aide>

Les trucs et les astuces

Deux personnes sur trois atteintes de maladies mentales ne vont pas chercher l'aide requise à sa situation par peur d'être jugées (Québec, Gouvernement du Québec, Santé mentale – Maladie mentale, 2017). Il est important d'aller au-delà de la stigmatisation et de prendre soin de soi. Le jugement ou le fait de se sentir jugé peut augmenter le stress et diminuer la confiance en soi. Il faut toujours rester ouvert à l'idée que chaque personne a ses expériences de vie et qu'elle est peut-être allée chercher des outils afin de mieux gérer les situations vécues. Quand on ne connaît pas quelque chose, c'est beaucoup plus facile de le craindre ; alors parlez, posez des questions, faites des recherches.

Même si c'est un type de pathologie imperceptible, la douleur est tout de même présente et il faut la traiter, comme on traiterait une fracture ouverte du fémur, par exemple. La santé mentale est tout aussi importante que la santé physique et en tant que professionnel de la santé, il est important de prendre soin de la nôtre et d'être sensibilisée à prendre soin de celle de nos collègues, car travailler dans le domaine de la santé c'est de s'occuper sans cesse des problèmes des autres, et oui cela peut être éprouvant.

On est des humains après tout !

« LA STIGMATISATION SE DEFINIT GLOBALEMENT COMME UN ENSEMBLE DE PREJUGES NEGATIFS ET INJUSTES. ASSOCIEE A LA MALADIE MENTALE, ELLE CONDUIT SOUVENT A CONSIDERER LES PERSONNES QUI EN SOUFFRENT COMME DANGEREUSES ET INCOMPETENTES, ATTITUDE A LA FOIS ERRONEE ET BLESSANTE. LES SENTIMENTS DE HONTE ET D'ISOLEMENT QUI ACCOMPAGNENT LES PREJUGES EMPECHENT LES GENS DE DEMANDER L'AIDE DONT ILS ONT BESOIN POUR MENER UNE VIE Saine ET REMPLIE. » (Hanck, La véritable menace ; la stigmatisation et la discrimination, 2016)

Conclusion

Pour terminer, il est important de se souvenir que les inhalothérapeutes sont appelés à diverses occasions lors des pratiques courantes à côtoyer de près ou de loin la mort. Les sujets qui touchent la mort sont diversifiés et demandent de l'expertise. Il est nécessaire de vous rappeler que cet outil de démystification a été créé par des étudiantes et non par des experts en la matière, ce qui veut dire que plusieurs notions de base ont été effleurées.

Résumé des différents sujets abordés

1. La notion de décès imprévisible par le biais des différentes mesures d'urgence présentes à l'hôpital et des règles de base lors d'une réanimation cardiorespiratoire
2. L'introduction des niveaux de soins, de la relation entre niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire, des différents objectifs déterminés pour le patient, des soins de confort ainsi que des principales manifestations cliniques à prendre en charge en fin de vie
3. La démystification des soins palliatifs en bref; des explications sur ces types de soins, des termes spécifiques et couramment employés dans cette discipline, des droits des patients et de la place de l'inhalothérapie à cet endroit
4. La compréhension des étapes du deuil vécues par le patient lui-même et par ses proches. De plus, la notion de santé mentale dans le domaine hospitalier a été étayée et différents trucs et astuces ont été présentés

Ce projet se voulait une ébauche des principaux thèmes pouvant toucher le quotidien de l'inhalothérapeute afin de mieux vous outiller le moment venu. Nous avons mis énormément de temps et d'énergie à concevoir ce petit document et nous espérons que celui-ci vous servira d'une façon ou d'une autre. Il est vrai que nous ne sommes pas des spécialistes dans le domaine, mais nous sommes convaincues que cet outil est pertinent dans votre formation d'inhalothérapeute. Notre but était simple ; offrir des connaissances de base dans le domaine qui vous serviront à être mieux outillés et préparés lorsqu'une situation se présentera. En étant mieux informé, il est plus aisé de comprendre la situation et ainsi agir pour donner les meilleurs soins possibles et les plus adaptés possibles.

Nous sommes tous humains et ce que tous les patients et les proches désirent par-dessus tout, c'est d'être compris.

Mieux comprendre c'est pouvoir mieux soigner et c'est la raison pour laquelle vous êtes des futurs inhalothérapeutes.

À vous de soigner!

Les références bibliographiques et en ligne

- « La loi sur les lois de fin de vie et l'aide médicale à mourir » (14 Janvier 2016) [Enregistrement vidéo], Conférence de Véronique Hivon, Députée de Joliette à l'Assemblée nationale du Québec. Propos recueillis par Institut universitaire gériatrie Montréal, sur Youtube. Consulté le 28 août 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=eoNUECG7LZk>
- « La stigmatisation de la santé mentale» (31 janvier 2016) [Enregistrement vidéo]. Émission *Second Regard* de Radio Canada, sur le site de Radio Canada télé. Consulté le 26 août 2018. <https://ici.radio-canada.ca/tele/second-regard/2015-2016/segments/reportage/4976/prejuges-isolement-maladie-mentale?isAutoPlay=1>
- Canada, Association canadienne pour la santé mentale (2018). « Les maladies mentales au travail », sur le site de l'*Association canadienne pour la santé mentale* du CMHA National. Consulté le 26 août 2018. <https://cmha.ca/fr/documents/les-maladies-mentales-aux-travail>
- Canada, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2018). « La santé mentale-introduction », sur le site du *Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail*. Consulté le 26 août 2018. https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mentalhealth_intro.html
- Canada, Commission sur la santé mentale du Canada (2016) « Document d'informations-Santé mentale en milieu de travail », sur le site de la Commission *sur la santé mentale du Canada*. Consulté le 26 août 2018. (fichier pdf, 7p.) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-01/Issue_Brief_workplace_mental_health_fr.pdf
- Canada, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017) « Niveaux de soins, prenez par à la discussion », sur le site de l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*. Consulté le 10 août 2018 (fichier pdf, 2 p.) http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Depliant_niveaux-de-soins_FR_20170111.pdf
- Canada, Société canadienne du cancer (2018). « Chirurgies du cancer du pancréas », sur le site de la *Société canadienne du cancer*. Consulté le 18 septembre 2018. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/pancreatic/treatment/surgery/?region=on>
- Collège de Valleyfield (2018). « Services psychosociaux », sur le site du Collège de Valleyfield. Consulté le 26 août 2018. <https://www.colval.qc.ca/index.php/services-aux-etudiants/aide/services-psychosociaux>
- Comité d'éthique clinique du CSSS-IUGS (2013). « Guide de réflexion en contexte de maladie grave et en fin de vie, décider des objectifs », sur le site du *CSSS de la ville de Sherbrooke*. Consulté le 10 août 2018 (fichier pdf, 36 p.) http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide_MaladiesGraves_non_imp.pdf
- Dechêne, Genevieve ; Dubuc, Benoit ; Ladouceur, Roger ; Néron, Andrée (2015). « Les soins médicaux dans les derniers jours de vie », sur le site du *Collège des médecins du Québec*. Consulté le 10 août 2018 (fichier pdf, 60p.) <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (octobre 2010). « Le RCR : les faits », sur le site de la *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC*. Consulté le 28 août 2018. https://resuscitation.heartandstroke.ca/fr/liqnes_directrices_%C3%A9nonc%C3%A9s_de_position/%C3%A9nonc%C3%A9s_position/RCR
- Hanck, Beverly (2016). « La véritable menace, la stigmatisation et la discrimination », sur le site des *Amis de la santé mentale*. Consulté le 30 septembre 2018. <http://www.asmfmh.org/fr/resources/publications/stigma/>
- Houle, Maxime (Hiver 2018). *Notes de cours format power point : Cours 10- Le deuil et les mécanismes de défense*. Collège de Valleyfield, p 16.

- Maison Adhémar-Dion. « Soins et services », sur le site de *La maison Adhémar-Dion*. Consulté le 23 août 2018. <http://vivrejusquabout.com/>
- McKinley P. Michael ; Dean O'Loughlin Valérie ; Stouter BidleTheresa (2014). *Anatomie et physiologie, une approche intégrée*. Montréal : édition Chenelière Éducation, 1506 p.
- Portail canadien en soins palliatifs (2017). « Soins palliatifs », sur le site de *Portail canadien en soins palliatifs, site de soutien et d'information personnalisée sur les soins palliatifs et terminaux, la perte et le deuil*. Consulté le 24 août 2018. http://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics.aspx
- Québec, Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (2018). « Les principaux signes d'un trouble de santé mentale », sur le site de l'*Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale*. Consulté le 26 août 2018. <https://aqpamm.ca/les-principaux-symptomes-d-un-trouble-de-sante-mentale/>
- Québec, Centre de services partagés du Québec (2018). « S-32.0001 Loi concernant les soins de fin de vie », sur le site des *Publications du Québec*. Consulté le 01 août 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
- Québec, Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec (2017)« Aide médicale à mourir et suicide assisté », sur le site de la *Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec*. Consulté le 24 août 2018. <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/aide-medicale-a-mourir-et-suicide-assiste.html>
- Québec, Gouvernement du Québec (2016). « Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal », sur le site de *Santé Montréal*. Consulté le 4 septembre 2018. <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/ressources-dhebergement/chsld/>
- Québec, Gouvernement du Québec (2017). « Santé mentale – Maladie mentale », sur le site du Gouvernement *du Québec*. Consulté le 29 septembre 2018. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Québec, Gouvernement du Québec (2018). « Le travail et la santé mentale », sur le site du *Gouvernement du Québec*. Consulté le 26 août 2018. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/le-travail-et-la-sante-mentale/>
- Québec, Gouvernement du Québec. Système et services de santé- Soins de fin de vie [Site Web]. Consulté le 23 août 2018. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/>
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). [enregistrement vidéo]« Vidéo sur le code bleu par le secteur développement en soins infirmiers », sur le site *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île de Montréal (HSCM)*. Consulté le 28 août 2018. <http://www.hscm.ca/soins-et-services/les-soins-infirmiers/a-la-une/video-sur-le-code-bleu-par-le-secteur-developpement-en-soins-infirmiers/index.html>
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). « Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie CIUSSS du Nord-de-l'île de Montréal », sur le site *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île de Montréal*. Consulté le 28 août 2018. (fichier pdf. 19 p.) https://ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss_nim/Menu/Zone_Professionnels/Soins_de_fin_de_vie/Programme_clinique_soins_palliatifs_soins_fin_de_vie.pdf
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). « Droits de la personne en fin de vie – Loi concernant les soins de fin de vie », sur le site du *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Onglet ; Documentation – Dépliant – Droits de la personne en fin de vie. Consulté le 22 août 2018. https://www.ciuss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Services_offerts/Soins_palliatifs_et_de_fin_de_vie/brochure-droits_de_la_personne_en_fin_de_vie.pdf

- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (2016). « Formulaire de niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire », sur le site du *Ministère en santé et services sociaux*. Consulté le 10 août 2018. http://www.msss.gouv.qc.ca/recherche.php?mot=formulaire+niveau+de+soins+&msss_pro
- Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (2018). « La santé mentale, en chiffres » et « Faits et statistiques », sur le site du *Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est de l'île de Montréal-Institut universitaire en santé mentale de Montréal*. Consulté le 26 août 2018. <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Soins palliatifs et de fin de vie », sur le site du *Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière*. Consulté de 01 août 2018. <http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/liste-de-soins-et-services/liste-par-clientele/personnes-agees/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/>
- Québec, Ordre des psychologues du Québec(2018) [Site Web]. Consulté le 26 août 2018.<https://www.ordrepsy.qc.ca>
- Québec, Santé Montréal (2016). « Code d'alerte en mesure d'urgence », sur le site de *Santé Montréal*. Consulté le 27 août 2018.<https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/mesures-durgence/mission-et-gouvernance/codes-dalerte/>
- Québec, Société québécoise des médecins de soins palliatifs (2014). « Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative- Outils pratique », sur le site de *Palli-Science, site québécois de formation en soins palliatifs et en oncologie de 1^{ère} ligne*. Consulté le 20 août 2018 (fichier pdf. 29 p.)http://palli-science.com/sites/default/files/PDF/principes_et_pratique.pdf
- Rossignol, Michel ; Boothroyd , Lucy (2016). « Les niveaux de soins, normes et standards de qualités », sur le site de *l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*. Consulté le 10 août 2018 (fichier pdf, 66 p.)https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf
- Vinay P, Dallaire M. « La morphine ne tue pas ! », sur le site de *Palli-Science, site québécois de formation en soins palliatifs et en oncologie de 1^{ère} ligne*. Consulté le 26 août 2018 (fichier pdf. 66 p.) https://palli-science.com/sites/default/files/Presentation_A2_0.pdf

Les remerciements spéciaux

Nous tenons à remercier personnellement ces personnes qui nous ont données de leur précieux temps pour construire ce projet. Nous en sommes reconnaissantes.

Inhalothérapie

- Isabelle Robitaille, inhalothérapeute au CISSSNL (Hôpital de Joliette) – Soins généraux –
- Roxanne Perreault, inhalothérapeute au CHUM - Bloc opératoire-
- Christine Giguère, inhalothérapeute au PNAVD – Soins à domicile-
- L'équipe d'inhalothérapeutes du CISSSMO (Hôpital du Suroît)
- Les étudiants et les professeurs du programme d'inhalothérapie du Collège de Valleyfield
- Les inhalothérapeutes des milieux de stage qui ont répondu à notre sondage

Correction et relecture

- Amélie Corneault, bachelière en enseignement
- Léa Baillard, étudiante en enseignement du français
- Kim Fleurent, étudiante en inhalothérapie