# Politique sur l’arrêt des TMFV

###### Arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV)

La responsabilité première de l’équipe interprofessionnelle est de veiller à ce que les décisions soient prises dans l’intérêt du patient et qu’elles reposent sur les principes suivants :

* honorer les souhaits du patient en fin de vie;
* offrir des soins collaboratifs fondés sur la prise de décision concertée;
* soutenir la famille ou le mandataire pendant la prise de décisions difficiles;
* harmoniser les interventions fondées sur des données probantes avec les valeurs, les croyances et les objectifs du patient et de la famille;
* soulager la souffrance et éviter les répercussions néfastes;
* communiquer clairement et respectueusement avec le patient, la famille et l’équipe interdisciplinaire.

Avant l’arrêt des TMFV, il faut préparer pour chaque patient un plan de soins interprofessionnel axé sur la gestion des symptômes, l’ordre et le rythme du processus, ainsi que sur le soutien de la famille. Le signalement à un programme de don d’organes et de tissus, le cas échéant, doit également être entrepris.

L’arrêt des TMFV doit être effectué conformément aux lignes directrices de 2016 de la Société canadienne de soins intensifs et se dérouler selon les principes suivants, tout en respectant les besoins et les souhaits des patients et de leurs familles.

Les principes qui régissent la prestation de soins intensifs interprofessionnels spécialisés doivent favoriser une transition harmonieuse vers les soins de fin de vie. Il est essentiel que les patients gravement malades reçoivent des soins de fin de vie de la plus haute qualité, en toutes circonstances, même dans un contexte de don d’organes et de tissus.

Des soins de fin de vie de qualité :

* mettent l’accent sur la dignité, le respect et la compassion;
* explorent les vœux et l’opinion du patient et de sa famille ou de son mandataire;
* respectent les valeurs et les pratiques culturelles, spirituelles et religieuses;
* assurent un soutien continu au patient, à la famille ou au mandataire ainsi qu’aux membres de l’équipe soignante tout au long du processus de décès;
* sont conformes aux lignes directrices sur l’arrêt des TMFV;
* visent à assurer le confort du patient ainsi qu’à soulager sa douleur et sa détresse;
* s’inscrivent dans le cadre médicolégal existant qui prévoit le respect de la règle du donneur décédé et interdit de hâter sciemment la mort (sans égard aux lois sur l’aide médicale à mourir);
* évitent de prolonger inutilement le processus de décès;
* protègent la possibilité de faire un don d’organes et de tissus.

Ces principes de soins axés sur la personne à l’unité de soins intensifs doivent prévaloir dans les entretiens, les évaluations et les procédures qui entourent le don d’organes et de tissus. Même si on reconnaît que les plans d’arrêt des TMFV peuvent varier d’un patient à l’autre en fonction des priorités du patient, de la famille ou du mandataire, les principes régissant la prestation de soins de haute qualité doivent primer.

###### Gestion des symptômes

1. Les signes objectifs de douleur, d’essoufflement, d’agitation et de délirium doivent guider le traitement des symptômes. L’administration d’agents de blocage neuromusculaire doit cesser avant l’arrêt des TMFV pour faciliter l’évaluation des symptômes.
2. Les médicaments doivent servir à traiter les symptômes actuels et ceux qui risquent de se manifester. Il faut consigner la raison qui motive l’administration de médicaments visant à assurer le confort du patient.
3. Un programme de titrage des opioïdes et des sédatifs doit être mis en place, et le titrage des médicaments doit s’effectuer de façon à assurer la gestion des symptômes, sans limite de dose.
4. La douleur et la dyspnée doivent être traitées au moyen d’opioïdes avant de recourir aux sédatifs pour calmer l’anxiété et l’agitation.
5. Le plan de soins doit également inclure des médicaments destinés à soulager les autres symptômes, comme les sécrétions importantes, le stridor post-extubation et les nausées.

###### Interruption des traitements

1. Des règles de visite assouplies doivent être offertes et, dans la mesure du possible, il faut prévoir un lieu privé pour permettre à la famille de se rassembler. L’approche en matière de surveillance doit être discutée avec la famille et l’équipe soignante. Il faudrait afficher un signal discret pour faire savoir aux autres membres de l’équipe des soins intensifs qu’une procédure d’arrêt des TMFV est en cours.
2. Le rythme et l’ordre de retrait des traitements doivent être adaptés aux besoins des patients. Toutefois, il faudrait envisager la possibilité de cesser d’abord les vasopresseurs et les inotropes, puis la ventilation mécanique et les voies respiratoires artificielles.
3. Toutes les interventions qui n’ont pas pour but d’assurer le confort du patient doivent être cessées, dont la dialyse, les transfusions, l’alimentation parentérale ou par sonde, l’administration par voie intraveineuse de liquides, les analyses sanguines et les tests d’imagerie.
4. Si le patient repose confortablement, la ventilation mécanique doit être retirée dès que possible. En l’absence de contre-indications, le patient doit être extubé et amené à l’air ambiant, et la ventilation non invasive ou l’oxygène d’appoint ne doit pas être administré, sauf pour assurer son confort.
5. Les défibrillateurs cardiaques implantables doivent être désactivés avant l’arrêt des TMFV, et il faudrait examiner l’opportunité d’interrompre ou de désactiver la stimulation par voie transveineuse du rythme cardiaque et les stimulateurs cardiaques permanents.

**Soutien à la famille et au mandataire**

1. Il faut faire participer la famille et le mandataire à la prise de décision.
2. Ceux-ci doivent être invités à être présents au moment de l’arrêt des TMFV et à prendre part aux soins du patient. Cela peut inclure de contribuer au confort du patient et à l’évaluation des symptômes.
3. On doit offrir à la famille et au mandataire du soutien spirituel et des services destinés aux personnes en deuil, et il faut s’efforcer de respecter les rites religieux ou culturels, notamment la participation d’un membre de leur clergé.
4. Après le décès d’un proche, il faut fournir à la famille de la documentation sur les services de soutien offerts dans le milieu aux personnes en deuil et lui présenter une lettre de condoléances.
5. Pour assurer un excellent soutien en période de deuil, les membres de l’équipe interprofessionnelle doivent recevoir de la formation sur le processus de deuil et les façons d’offrir un soutien actif.
6. Après l’arrêt des TMFV, les médecins doivent demeurer disponibles au besoin pour la famille, le mandataire ou l’équipe soignante pour répondre aux questions ou offrir du soutien supplémentaire.

**Audit et examen de cas**

1. Il faut examiner la possibilité de tenir une séance de débreffage après chaque cas d’arrêt des TMFV.
2. L’audit de cas doit être effectué après chaque cas d’arrêt des TMFV pour s’assurer que les protocoles ont été suivis et découvrir des occasions d’amélioration.

**Don après un décès circulatoire (DDC)**

1. Les patients doivent être signalés à l’organisme provincial de don d’organes et de tissus lorsqu’on prévoit effectuer un arrêt des TMFV.
2. La décision de procéder à l’arrêt des TMFV ne doit pas être influencée par un membre de l’équipe de don d’organes ou de tissus. La question du don ne doit pas être abordée avec le patient, la famille ou le mandataire avant que la décision d’arrêter les TMFV n’ait été prise par le patient ou son mandataire et l’équipe soignante.
3. Les principes des soins pendant l’arrêt des TMFV demeurent les mêmes, que le patient soit un donneur potentiel ou non. Par contre, le plan de soins pourrait différer légèrement pour ce qui est du traitement des symptômes et de l’administration de médicaments visant à assurer le confort du patient. Les directives en matière d’arrêt des TMFV doivent être rédigées par un membre de l’équipe des soins intensifs indépendamment de l’équipe de l’organisme de don.
4. Le consentement explicite doit être obtenu pour l’administration de médicaments prescrits ayant pour but d’optimiser le don d’organes, mais qui ne font habituellement pas partie du processus d’arrêt des TMFV, comme l’héparine non fractionnée.
5. Si le processus de décès se prolonge et rend impossible le don d’organes, la gestion des symptômes et le soutien de la famille et du mandataire se poursuivront selon le protocole décrit plus haut. Le don de tissus peut encore être possible dans ces situations.

Pour obtenir plus de détails sur le don d’organes et de tissus après le décès selon des critères circulatoires, veuillez consulter la politique de votre établissement sur ce type de don.