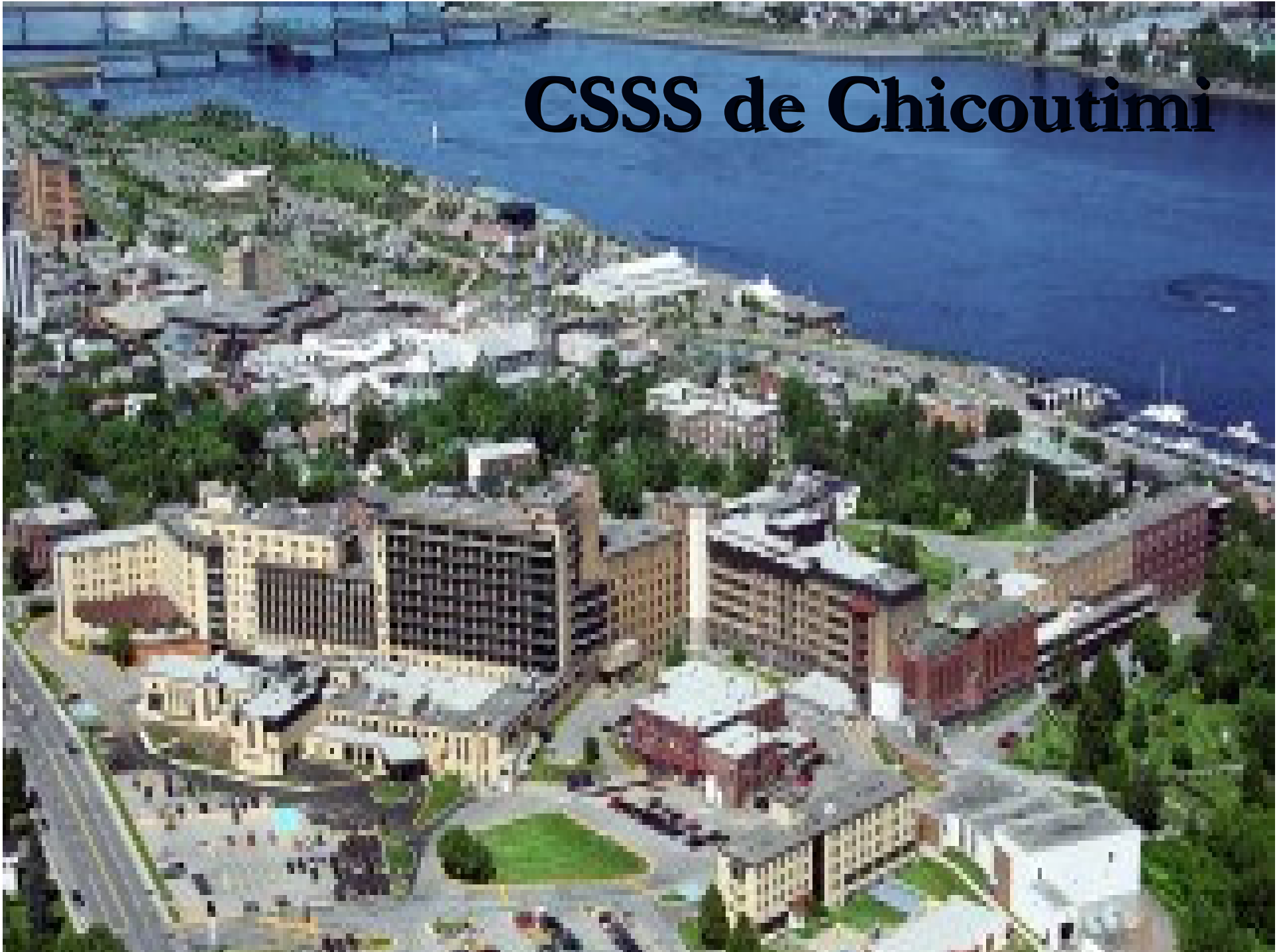


# CSSS de Chicoutimi



# *DORMIR AVANT DE MOURIR?*

*(LA SÉDATION PALLIATIVE)*

**Dre Hélène Archibald**  
**Pneumologue**  
**Médecin en soins palliatifs**  
**CSSS de Chicoutimi**

*Congrès R.S.P.Q.*  
*11 mai 2010, Québec*

# *DORMIR AVANT DE MOURIR?*

*(LA SÉDATION PALLIATIVE)*

## *Objectifs de la présentation:*

- Situer la discussion dans son contexte actuel.
- Comprendre de quoi on parle.
- Réviser les standards internationaux.
- Distinguer la sédation palliative de l'euthanasie.

# Pourquoi aborder ce sujet?

- I. Sédation palliative souvent confondue avec euthanasie  
(FMSQ: 48 % des répondants)
  
- II. Débat sur euthanasie: Actualité 2009-2010
  - a) Projet de loi C-384 (Ottawa)
  - b) Sondages
    - FMSQ
    - FMOQ
  - c) Réflexion Collège des médecins du Québec
  - d) Commission parlementaire (Québec)

## À retenir :

75-80 % population POUR euthanasie

- Décriminaliser
- Permettre aux médecins de la pratiquer dans certaines conditions

# Pourquoi?

## *MOURIR DANS LA DIGNITÉ*

- a) Entouré
- b) Personne entière, respectée, autonome, en contrôle
- c) ⊗ douleur                      ⊗ détresse
- d) Environnement approprié
- e) Soignants compétents / compatissants, etc.

*Donc: 75-80 % population pense que seule la  
légalisation de l'euthanasie peut leur garantir  
une mort digne.*

# Voix discordantes (< 15-20 %)

1. Assemblée des évêques du Canada
2. Association canadienne soins palliatifs
3. RSPQ
4. AMQ
5. ≠ groupes religieux, sociaux
6. Individus

# Pourquoi les soins palliatifs sont-ils CONTRE l'euthanasie?

1. « *Donner la mort* »: contraire à la philosophie, aux valeurs des soins palliatifs.
2. Dans la plupart des situations cliniques: soins palliatifs « *usuels* », en évaluant la douleur totale, permettent une mort digne.
3. Dans les cas de souffrance réfractaire, la sédation palliative peut assurer une mort paisible et digne.



# Important

- *S'entendre sur ce qu'est la SÉDATION PALLIATIVE.*
- *S'entendre sur des STANDARDS de pratique.*

# Pourquoi?

1. Garder la tête froide dans ces débats très émotifs.
2. Éviter de rajouter de la confusion.
3. Éviter les dérives morales et légales dans nos pratiques.
4. Éviter par ces dérives potentielles d'entacher la réputation des médecins, des institutions et des soins palliatifs.

# Définitions

➤ EUTHANASIE:

Donner *volontairement* la mort par compassion.

➤ SUICIDE ASSISTÉ:

Aider quelqu'un à mourir par compassion en lui fournissant les informations, les moyens ou les deux pour parvenir à ses fins.

➤ SÉDATION PALLIATIVE:

Patience!

# Préoccupation de clarté

En 2002, 29 experts internationaux ont commencé à travailler sur la sédation palliative dans le but:

- d'adopter une définition commune;
- d'établir des standards internationaux.

Le tout publié en 2007 dans *Journal of Palliative Medicine*

*Le texte devrait faire consensus dans les milieux de soins palliatifs.*

## Il faut savoir

1. Concept de sédation en phase terminale date des années 90.
2. Différents termes employés:
  - Sédation profonde
  - Sédation totale
  - Sédation terminale
  - Sédation contrôlée
  - Sédation de fin de vie
  - Sédation pour détresse réfractaire chez les patients mourants
  - Etc.
3. Beaucoup de confusion (définitions, méthodes, etc.) dans la littérature.

4. Les opposants à ce type de traitement parlaient eux:

- d'euthanasie déguisée;
- d'euthanasie lente.

*Les plus modérés de « Belle euthanasie »!*

# 29 experts internationaux

- Ont travaillé pendant 4-5 ans pour démêler tout cela.
- Ont proposé officiellement: Sédation palliative  
(terme maintenant employé).

# Pour établir leur consensus

- Révision littérature → ≠ bases de données  
→ 191 articles
- Expérience personnelle
- Groupes de travail pour étudier ≠ aspects
- Chaque groupe: 1 texte
- Tous les textes discutés, retravaillés ad consensus des 29 experts



# Aspects révisés

- |  |   |
|--|---|
| I. Terminologie, définition                  | VI. Types de sédation                         |
| II. But du Rx                                | VII. Choix des médicaments, dosage, titration |
| III. Indications, conditions d'emploi        | VIII. Nutrition, hydratation                  |
| IV. Prise de décision / consentement éclairé | IX. Aspects éthiques                          |
| V. Considérations culturelles                | X. Résultats, monitoring                      |

***Pour répondre à toutes ces questions:***

***17 recommandations***

# I. Terminologie + Définition

## 1<sup>re</sup> recommandation: définition générale

### Sédation palliative:

- Emploi d'une médication sédatrice spécifique,
- Pour soulager une souffrance intolérable due à des symptômes réfractaires,
- En diminuant l'état de conscience des patients,
- La médication appropriée étant titrée adéquatement,
- Pour amener la cessation des symptômes.

# I. Terminologie + Définition

## 2<sup>e</sup> recommandation

**Souffrance intolérable:** Symptôme ou état que le patient ne désire plus endurer.

*(\* Se fier au patient / à ses proches)*

# I. Terminologie + Définition

## 3<sup>e</sup> recommandation

### Symptômes réfractaires

- ≠ Symptômes difficiles à contrôler.
- ≡ Symptômes pour lesquels tous les traitements possibles ont échoué ou pour lesquels aucun traitement ne peut être bénéfique compte tenu du stade très avancé de la maladie.

*La sédation palliative est donc une option de Rx pour les symptômes réfractaires.*

# I. Terminologie + Définition

## Précisions

1. Certains Rx utilisés en soins palliatifs peuvent induire une sédation temporaire comme effet secondaire. Ceci n'est pas de la sédation palliative.
2. Une perfusion d'opioïdes pour un meilleur contrôle des douleurs, ce n'est pas non plus de la sédation palliative.

## II. But du traitement

### 4<sup>e</sup> recommandation

#### But du traitement

- ≠ Faire mourir le malade.
- = Faire disparaître un ou des symptômes réfractaires.
- = Soulager la souffrance.

## II. But du traitement (suite)

### Exprimé autrement:

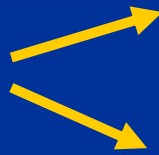
- Induire état de relaxation physique et mentale
- Induire le sommeil
- Diminuer la conscience d'événements déplaisants

### IMPORTANT

Évaluer, réévaluer la condition du patient et continuer de rechercher des alternatives non sédatives de R<sub>x</sub>.

## II. But du traitement (suite)

**DOSES EMPLOYÉES**



**Doivent être suffisantes**

**Mais ne doivent pas dépasser les besoins \*\***

**« C'est à la proportionnalité des gestes et à l'emploi approprié de la médication qu'on juge l'intention. »**



## II. But du traitement (suite)

Emploi inapproprié sédation palliative peut révéler :

- Manque de connaissance / Expérience soins palliatifs  
ou
- Fatigue, épuisement, impatience des médecins  
ou
- Intention malveillante...

*Les médecins doivent résister aux pressions des familles ou du personnel pour augmenter des doses de façon inappropriée.*

# III. Indications et conditions d'emploi

## 5<sup>e</sup> recommandation

Pour évaluer si symptômes vraiment réfractaires:

- Évaluer la douleur totale.
- Évaluer en équipe multidisciplinaire.
- Évaluer par équipe de soins palliatifs.  
(ou collègue plus expérimenté)

# III. Indications et conditions d'emploi

## (suite)

### Sélection des patients

- Maladie irréversible, terminale
- Symptômes vraiment réfractaires
- Mort imminente (heures ou jours)
- Pas de réanimation au dossier

# III. Indications et conditions d'emploi (suite)

## 6<sup>e</sup> recommandation

Différents degrés de sédation sont possibles. La sédation *profonde* ne doit être employée que si la maladie est irréversible, avancée et que l'espérance de vie du patient est en heures ou en jours.

Sédation palliative  $\neq$  R<sub>x</sub> Fatigue } Médecin  
Détresse } ou  
Famille

# III. Indications et conditions d'emploi

(suite)

## Sédation palliative

Peut être transitoire si symptômes réfractaires temporairement.

Peut aussi être urgente.

(Ex. hémorragie massive, asphyxie)

 **Important: Rédiger ordonnance anticipée**

# III. Indications et conditions d'emploi (suite)

## Symptômes réfractaires les plus fréquents:

(22 études / 936 cas)

- |    |                                |        |
|----|--------------------------------|--------|
| 1. | Agitation terminale / Délirium | 55 % * |
| 2. | Dyspnée                        | 27 %   |
| 3. | Douleur                        | 18 %   |
| 4. | Nausées / Vomissements         | 4 %    |

# Détresse psychologique, existentielle, spirituelle

## SÉDATION PALLIATIVE

- Emploi plus délicat, plus controversé
- Néanmoins appropriée dans certains cas bien sélectionnés

# Détresse psychologique, existentielle, spirituelle (suite)

## Pourquoi ?

- Symptômes plus complexes
- Tolérance individuelle variable
- Étiologie multifactorielle
- Détresse plus précoce dans la « terminalité »
- Parfois, peu de symptômes physiques
- État général du patient mieux conservé
- Symptômes fluctuants dans le temps



# Détresse psychologique, existentielle, spirituelle (suite)

## Vérifier :

- Souffrance évaluée dans toutes ses dimensions ?
- Symptômes vraiment réfractaires ?
- Experts consultés ?
- Autres Rx ou interventions tentées ?
- Équipe multi. mise à profit ?
- Sédation appropriée ? Proportionnée?

# Détresse psychologique, existentielle, spirituelle (suite)

## Recommandations :

- Réservée aux patients très terminaux
- Évaluation répétée par médecin ayant bon contact avec patient et famille
- Évaluation par équipe multi.
- Rx usuel anxiété, dépression déjà tenté
- Essayer d'abord sédation transitoire (de répit)
- Si appropriée : sédation continue

# Détresse psychologique, existentielle, spirituelle (suite)

Tenter de trouver un équilibre entre :

Médicalisation outrancière de la souffrance  
et  
Abandon du patient à sa souffrance

\* Toujours privilégier l'accompagnement

## IV. Prises de décision / Consentement éclairé

### 7<sup>e</sup> recommandation

**IMPORTANT:** Évaluation rigoureuse en équipe

- Les symptômes sont-ils vraiment réfractaires?
- La sédation est-elle indiquée, appropriée?
- Qui va prescrire? Qui va donner la médication?
- Comment va-t-on monitorer son effet?
- Quels critères seront utilisés pour vérifier l'efficacité ou le besoin d'ajuster le R<sub>x</sub>?

## IV. Prises de décision / Consentement éclairé (suite)

Souvent beaucoup d'émotions 

- Patient
- Famille
- Soignants

Communication primordiale pour bien expliquer:

But du **Rx** : **Soulager les symptômes réfractaires**  
et **NON provoquer la mort.**

Si papiers à signer: le faire **AVANT** la sédation  
(si patient apte à signer)

# V. Considérations culturelles

**Culture: Prisme à travers lequel on voit le monde**

8<sup>e</sup> recommandation

**Les médecins doivent:**

1. Avoir des convictions morales solides.
2. Bien connaître leurs responsabilités professionnelles.
3. Être conscients des biais religieux, culturels pouvant teinter leurs opinions et décisions.
4. Faire preuve d'ouverture et de respect.
5. Placer le patient au centre de leurs décisions.

# VI. Types de sédation

## 9<sup>e</sup> recommandation

À moins d'une situation d'urgence (hémorragie, asphyxie, etc.) débiter la sédation à petites doses et l'ajuster en fonction des besoins et désirs du patient.

### 3 niveaux de sédation possibles

1. Légère (sommolence)
2. Intermédiaire (stupeur)
3. Profonde (coma)

### 2 modes d'administration possibles

1. Intermittent
2. Continu

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage

## 10<sup>e</sup> recommandation

**Médicament de choix:** Benzodiazépines (\*Midazolam)

**Si délirium : pas premier choix**

- SC ou IV
- Intermittent ou continu



# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

## 11<sup>e</sup> recommandation

**Si délirium:** Halopéridol ou autres antipsychotiques

**Si délirium réfractaire:** Halopéridol + Midazolam

ou

Méthotriméprazine + Midazolam

**Si échec :** Phénobarbital ou Propofol

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

## 12<sup>e</sup> recommandation

*Titrer la médication en fonction du soulagement  
des symptômes.*

### Donc 4 classes de R<sub>x</sub> utilisées

1. Anxiolytiques sédatifs
2. Antipsychotiques sédatifs
3. Barbituriques
4. Agents anesthésiques généraux

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

## Avantages du Midazolam/Versed<sup>md</sup>

- Demi-vie courte
- Administration parentérale
- Peu d'effets secondaires
- Sédatif, anxiolytique, antiépileptique, relaxant musculaire, amnésiant
- Compatible avec autres R<sub>x</sub>

\* **Attention** à la tolérance (jeunes, emploi prolongé)

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

## Avantages du Méthotriméprazine / Nozinan<sup>md</sup>

- Analgésique
- Anxiolytique sédatif
- Antipsychotique
- Antinauséeux
- Compatible avec autres R<sub>x</sub>

### Le plus souvent:

Midazolam + Méthotriméprazine  
(Versed<sup>md</sup>)      (Nozinan<sup>md</sup>)

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

## À NOTER: OPIOÏDES NON RECOMMANDÉS

1. Peu sédatifs
2. À doses sédatives: effets secondaires ↑ (dépression resp.)

\* Exception: dyspnée terminale

\* Contrôle de la douleur: à part

**Important:** Ne pas cesser ou ↓ les OPIOÏDES  
Ne pas cesser les soins de confort

# VII. Choix des médicaments, dosage, titrage (suite)

Doses usuelles moyennes par 24 heures:

|                   |             | Écart       |
|-------------------|-------------|-------------|
| Midazolam         | 22-70 mg    | (3-1 200)   |
| Méthotriméprazine | 64 mg       | (25-250)    |
| Phénobarbital     | [60-360 mg] | (200-2 500) |
| Propofol          | 1100 mg     | (400-9 600) |
| *Halopéridol      | 5 à 10 mg   |             |

*(Voir guide des soins palliatifs des pharmaciens)*

# VIII. Nutrition / Hydratation

## 13<sup>e</sup> recommandation

La décision de procéder à une sédation palliative doit se prendre indépendamment de celle de l'alimentation et de l'hydratation.

## 14<sup>e</sup> recommandation

L'alimentation et l'hydratation ne devraient pas être offertes aux patients dont la mort est imminente à moins que les bénéfices escomptés dépassent les dommages potentiels.

Besoins en nutrition et hydratation ↓ avec l'évolution des maladies terminales.

## VIII. Nutrition / Hydratation (suite)

**Consensus:**

**L'alimentation parentérale** ne prolonge pas la survie chez les patients très terminaux sous sédation palliative. Il serait donc approprié de recommander son arrêt.



## VIII. Nutrition / Hydratation (suite)

Le comité d'experts pense aussi que:

À quelques heures ou jours de la mort, chez les patients presque comateux, les liquides parentéraux n'améliorent ni le confort ni l'espérance de vie.

Cependant, le comité d'experts reconnaît que le débat sur l'hydratation « terminale » n'est pas encore réglé.

Chaque groupe (**CONTRE** et **POUR** l'hydratation) énonce ses propres arguments.

# VIII. Nutrition / Hydratation (suite)

## Arguments contre hydratation « terminale »

↓ Sécrétions bronchiques  
salivaires  
gastriques } ↓ toux, dyspnée,  
embarras bronchique,  $V^o$

↓ Débit urinaire → ↓ besoin de sonde

↓ Œdème péritumoral → ↓ douleur

↓ Ascite, œdème → ↓ inconfort

**\* Pas de corrélation entre soif et apports liquidiens**

# VIII. Nutrition / Hydratation (suite)

## Arguments pour hydratation « terminale »

- ↓  $\Delta$  délirium, IRA, toxicité opioïdes  
(ceci contredit par 2 études randomisées)
- ↓  $\Delta$  sédation (...mais effet recherché ici...)
- ↓  $\Delta$  myoclonies (...Midazolam...)
- ↓  $\Delta$  constipation, plaies, bouche sèche, etc.

## VIII. Nutrition / Hydratation (suite)

Le panel d'experts pense que:

- Ni l'hydratation parentérale, ni l'alimentation parentérale ne sont pertinentes chez les patients dont le décès est imminent.
- En général, ces 2 interventions sont **FUTILES** chez les patients sous sédation palliative, mais dans certains cas particuliers, elles pourraient avoir des bénéfices psychologiques dont on doit tenir compte.
- En cas de sédation transitoire, l'hydratation parentérale pourrait être indiquée.

# IX. Aspects éthiques

## 15<sup>e</sup> recommandation

La décision d'offrir une sédation palliative pour soulager une souffrance intolérable durant les dernières semaines de vie ne représente pas un problème éthique, son but n'étant pas de provoquer la mort.

La sédation palliative est différente de l'euthanasie parce que:

1. Son but est de soulager les symptômes.
2. C'est une intervention proportionnée.
3. La mort du patient n'est pas un critère de succès du traitement.

## **IX. Aspects éthiques (suite)**

Soulager les symptômes intolérables chez les patients avec une maladie terminale:

### **DEVOIR MÉDICAL et DEVOIR MORAL**

La sédation palliative est donc une option de traitement et non un problème éthique.

Comme pour tout traitement:

**BÉNÉFICES ET RISQUES** doivent être **ÉVALUÉS**

# IX. Aspects éthiques (suite)

## Principes éthiques

d'autonomie  
de bienfaisance  
de non-malfaisance

} sont respectés

**Cependant: Sédation palliative peut faire l'objet d'ABUS**  
(↑ avec fatigue des médecins)

**Parfois: Désir réel d'accélérer la mort, ceci  $\neq$  adéquat**  
**= euthanasie en douce**

**Dans ce cas:**

- Pas de symptômes réfractaires
- Doses élevées sans égard aux symptômes
- Pas de titrage
- Augmentation injustifiée des doses
- Pas de surveillance / monitoring / paramètres

## **IX. Aspects éthiques (suite)**

Lorsque faite dans les règles de l'art, la sédation palliative **se distingue** de l'euthanasie:

- par son but: soulager les symptômes réfractaires;
- par sa proportionnalité p/r aux symptômes;
- par le fait que la mort n'est pas un critère de succès.

**Les études ont démontré que:**

La sédation palliative bien dosée, bien faite, n'accélère pas la mort.

**SURVIE MOYENNE DES PATIENTS**

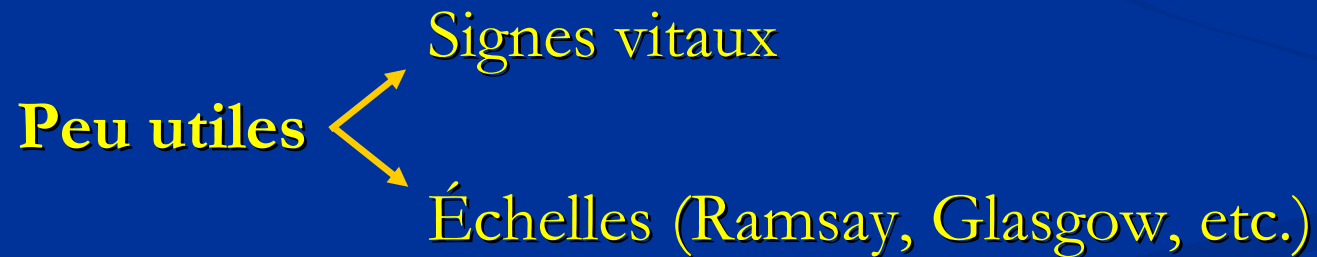
1 à 4 jours (quelques heures à 14 jours)



# X. Résultats / Monitoring

## 16<sup>e</sup> recommandation

Le panel recommande d'évaluer l'efficacité du R<sub>x</sub> par le confort des malades et par l'obtention du niveau de conscience souhaité. La communication avec la famille et le personnel (et le patient lorsque possible) est **PRIMORDIALE**.



# X. Résultats / Monitoring (suite)

## MONITORER:

1. Détresse
2. Degré de sédation
3. Effets secondaires
4. Besoins de la famille \* (+ soignants)

# X. Résultats / Monitoring (suite)

## 17<sup>e</sup> recommandation

Les notes d'évolution doivent très bien documenter l'indication et le but de la sédation palliative, les médicaments employés, les doses, etc.

### Visites :

Pendant le titrage : q 15-20 minutes

De suivi : 1 à 3 fois par jour

# RÉSUMÉ

La sédation palliative est une option thérapeutique valable dans certains cas bien sélectionnés de souffrance intolérable chez des patients en phase terminale de leur maladie.

Elle ne doit pas être une alternative aux efforts de soulagement des symptômes et elle ne doit être envisagée que lorsque tous les traitements disponibles ont échoué à contrôler la détresse du patient.

La sédation palliative ne doit pas non plus être une réponse facile à toutes les formes de souffrance.

## RÉSUMÉ (suite)

Lorsqu'elle est faite selon des standards reconnus, la sédation palliative respecte les exigences morales et légales qui balisent notre pratique médicale.

L'expertise des soins palliatifs devrait être sollicitée quand un traitement par sédation palliative est envisagé.

## RÉSUMÉ (suite)

Les familles et le personnel soignant sont davantage perturbés par l'inconfort et la détresse des patients que par une sédation palliative bien faite et bien expliquée.

Une attitude compatissante et des habiletés de communication sont parfois plus importantes qu'un soulagement complet de la souffrance.

# EN CONCLUSION

La sédation palliative n'est pas facile et ne doit pas le devenir.

« L'utilisation de la sédation palliative peut parfois combler cet hiatus qui fait que l'âme et le corps ne trouvent plus de répit. »

Anne-Marie Huot, pharmacienne

**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION**

**HÉLÈNE ARCHIBALD, MD**



# Fjord du Saguenay

