

Lignes directrices de la sédation palliative continue

Révisées par le comité exécutif du CMDP le 15 mars 2011

Introduction

Ces lignes directrices ont été élaborées par les membres du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la Maison Michel-Sarrazin (MMS), dans le respect de la philosophie de la MMS et de la *Position sur la pratique de la sédation palliative* du Comité d'éthique clinique de la MMS.

La littérature classe la sédation selon son intensité et sa durée :

Intensité : Légère (maintien de la communication, verbale ou non)
Profonde (sans communication possible)

Durée : Continue (sans période d'éveil)
Intermittente (périodes d'éveil)

Le présent document vise à encadrer la pratique de l'exercice médical de la sédation profonde et continue. Il ne sera pas question ici des sédations intermittentes telles qu'utilisées, par exemple, dans le traitement initial d'une détresse respiratoire (protocole de détresse) ou lors d'une manœuvre douloureuse.

Enfin, les présentes lignes directrices sont spécifiques à la MMS et ne peuvent en aucun cas être utilisées dans un autre contexte sans adaptation.

Définition

Induction et maintien du sommeil par des médicaments dans le but de soulager des symptômes intolérables et réfractaires.

La sédation palliative se distingue de l'euthanasie : l'intention et le résultat souhaités de la sédation sont le soulagement alors que ceux de l'euthanasie sont le décès du patient ; les médicaments sont utilisés à des doses sédatives dans la sédation alors que les doses utilisées pour l'euthanasie sont létales.

Conditions d'application

La *Prescription de sédation palliative continue* de la MMS (annexe) doit être utilisée dans tous les cas de sédation.

Indications

Toute souffrance jugée intolérable et réfractaire par le patient et l'équipe en raison de :

Échec de toutes les mesures disponibles et appliquées, ou,

Non-acceptabilité par le patient des effets indésirables, des complications, des délais ou du fardeau attribuables aux mesures offertes,

Évaluation d'un pronostic court selon la clinique, de quelques jours à 1 semaine.

Exemples de problèmes réfractaires et intolérables: douleur, delirium, dyspnée, embarras bronchique ou détresse respiratoire, nausées-vomissements, convulsions, détresse psychologique. Ceux-ci seront consignés et détaillés au dossier médical et sur la *Prescription de sédation palliative continue* (annexe), de même que la condition clinique du patient et les interventions tentées dans le but de soulager le patient.

Consentement

Le patient apte: doit donner un consentement libre et éclairé. Il est préférable d'informer la famille si le patient y consent. Le consentement de la famille demeure souhaitable sans être obligatoire.

En cas d'inaptitude : la décision doit se baser sur les volontés du patient, si elles ont été exprimées, ou en accord avec ses valeurs. Le consentement libre et éclairé sera alors donné par le mandataire, le conjoint, un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier pour le patient¹.

Le consentement implique que les effets indésirables aient été clairement expliqués, notamment l'absence d'alimentation, d'hydratation et de communication ainsi qu'une diminution possible de la survie. Il contient aussi l'assurance de la poursuite des interventions qui visent le confort (éviter l'abandon) et l'arrêt des interventions non essentielles (éviter l'acharnement).

Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est au coeur de toute décision de sédation. Le nom et la profession des personnes présentes lors de la rencontre doivent être notés. L'équipe sera constituée, de jour, de tous les intervenants disponibles et doit, en dehors des heures régulières, comprendre minimalement le médecin, l'infirmière-chevet et un autre membre de l'équipe. En cas de doute ou de désaccord sur l'aptitude du patient, sur le caractère réfractaire et intolérable des symptômes ou sur le pronostic, il faudra avoir recours aux compétences de collègues ou d'autres professionnels tels que l'anesthésiologiste ou le psycho-oncologue. Bien que la décision d'opter pour la sédation doive faire l'objet d'un consensus d'équipe, la prescription, le choix de la médication, les doses et le mode d'administration sont cependant de la responsabilité du médecin qui assurera le suivi.

¹ **Extrait du Code civil du Québec – Article 15.** : Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Médicaments utilisés

Règles générales

Agent choisi en fonction du ou des symptômes cibles

Si combinaison, utiliser classes différentes

Éviter d'utiliser les opioïdes seuls

Principales classes de médicaments utilisées :

Classe (médicament)	Posologie dans la littérature ^{3,6,9}	Doses moyennes utilisées à la MMS ⁷
Benzodiazépines Midazolam (Versed ^{MD}) Lorazépam (Ativan ^{MD})	2,5 à 5 mg SC STAT suivi de 10 à 30 mg/j en perfusion SC continue (peut varier de 10 à 240mg/jour) ou 5 à 10 mg SC q 2 h Voie IV possible 1 à 4 mg SC q 4 à 6h	46,67 (± 33,18) mg/j 1 seul patient dans l'étude
Neuroleptiques Méthotriméprazine (Nozinan ^{MD})	12,5 à 50 mg SC q 4 à 6 h Voie IV possible	81,71 (± 54,48) mg/j
Anticholinergiques Scopolamine	0,3 à 0,8 mg SC q 2 à 4 h Voie IV possible	6,54 (± 3,4) mg/j
Barbituriques Phénobarbital	15 à 60 mg SC q 6 à 8 h (jusqu'à 600 mg/j en doses fractionnées) Voies IV ou IR possible Si en combinaison, 100 mg HS peut être suffisant	Aucun cas durant l'étude (décembre 2005 à août 2007)

Ce tableau représente les médicaments le plus souvent utilisés à la Maison Michel-Sarrazin mais apparaissent à titre indicatif seulement. D'autres médicaments d'une même classe peuvent être utilisés selon la situation et le jugement clinique du médecin.

Références :

- 1) Blondeau D et coll.: Physicians' and pharmacists attitude toward the use of sedation in the end of life: influence of prognosis and type of suffering. *Journal of Palliative Care* 2005; 21:4, 238-245.
- 2) Code civil du Québec, publicationsduquebec.gouv.qc.ca, consulté le 30 mai 2008
- 3) Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2009
- 4) De Graeff A, Dean M: Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine* 2007; 10:1, 67-84.
- 5) Eisenclas JH: Palliative sedation. *Current opinion in supportive and palliative care* 2007; 1:3, 207-12.
- 6) Guide pratique des soins palliatifs de l'APES. 4^{ième} édition, 2008
- 7) Guyaz C : Description de la médication administrée pour la sédation palliative chez les patients en phase terminale de cancer à la Maison Michel-Sarrazin. 2008.
- 8) Hottois G, Parizeau MH : Les mots de la bioéthique.1993.
- 9) Morita et coll.: Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi Method. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8:4, 716-29.
- 10) Morita et coll.: Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30:4, 308-19.
- 11) Morita et coll.: Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30:4, 320-28.

PRESCRIPTION de
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE:
sédation induite pharmacologiquement et
maintenue de façon continue jusqu'au décès
(annexe des Lignes directrices)

Nom:

N° Dos. : _____ N° chambre : _____

Dx : _____ Métastases :

1. Date : _____ Heure : _____
An Ms Jr

2. **PROBLÈMES RÉFRACTAIRES ET INTOLÉRABLES JUSTIFIANT UNE SÉDATION CONTINUE**
(1 ou plusieurs):

Convulsions	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>
Delirium	<input type="checkbox"/>	Dyspnée	<input type="checkbox"/>
Détresse psychologique	<input type="checkbox"/>	Embarras bronchique	<input type="checkbox"/>
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	Nausées-vomissements	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>		

Détails :

3. **CONDITION CLINIQUE DU PATIENT :**

4. **APPROXIMATION DU PRONOSTIC AVANT LA SÉDATION :**

5. **ESSAIS THÉRAPEUTIQUES ANTÉRIEURS POUR RÉGLER LE PROBLÈME :**
Pharmacologique

Non-pharmacologique

6. CONSENSUS D'ÉQUIPE : OUI _____ NON _____

Présences :

7. SI PATIENT APTE - CONSENTEMENT DU PATIENT: OUI _____ NON _____

ACCORD DES PROCHES : OUI _____ NON _____

Identification des proches :

SI PATIENT INAPTE - EXPRESSION ANTÉRIEURE EN FAVEUR OUI _____ NON _____ N/A _____

CONSENTEMENT DES PROCHES OUI _____ NON _____

Identification des proches :

8. MÉDICATION PRESCRITE : Débutée à : _____ _____ _____ Heure _____

(Détaillez la posologie)

An Ms Jr

- Méthotriméprazine
- Midazolam
- Phénobarbital
- Scopolamine
- Autre : _____

Nom du médecin _____ Signature _____

N.B. SECTIONS 9 et 10 À ÊTRE COMPLÉTÉES À LA FERMETURE DU DOSSIER

9. ÉVOLUTION JUSQU'AU DÉCÈS:

10. DÉCÈS Date (an-ms-jr) _____ Heure _____ Signature _____