

LA PRATIQUE DE LA SÉDATION PALLIATIVE

LIGNES DIRECTRICES QUÉBÉCOISES

Société québécoise des médecins de soins palliatifs

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Christiane Martel



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Andréanne Côté



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Déclaration des conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: _____

4



Au cours des deux dernières années, j'ai eu ou j'ai, présentement, une affiliation, des intérêts financiers ou autres avec une entreprise commerciale ou je reçois une rémunération, des redevances ou des octrois de recherche d'une entreprise commerciale en lien avec le contenu de cette présentation :

Noms des entreprises	Type d'affiliation (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...)	Date

Introduction

D^{re} Christiane Martel

Maison Victor-Gadbois

CLSC des Patriotes

Proposition de la SQMDSP

Dr Bernard Lapointe

Hôpital général juif

La sédation en milieu hospitalier

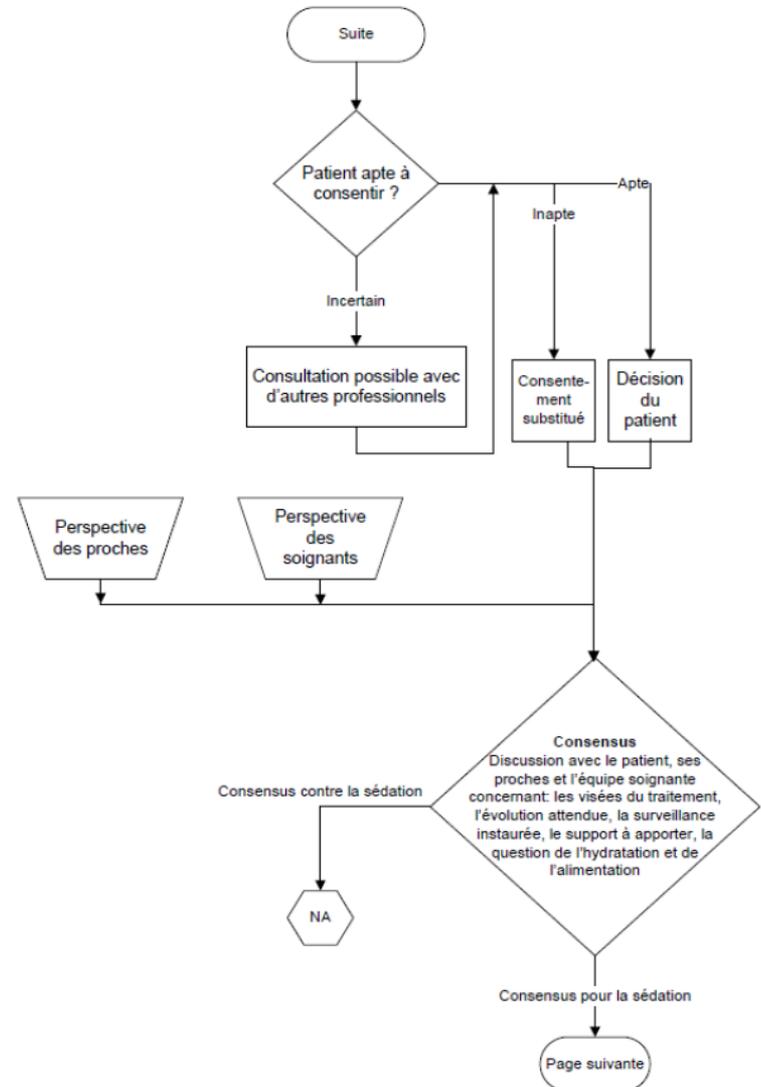
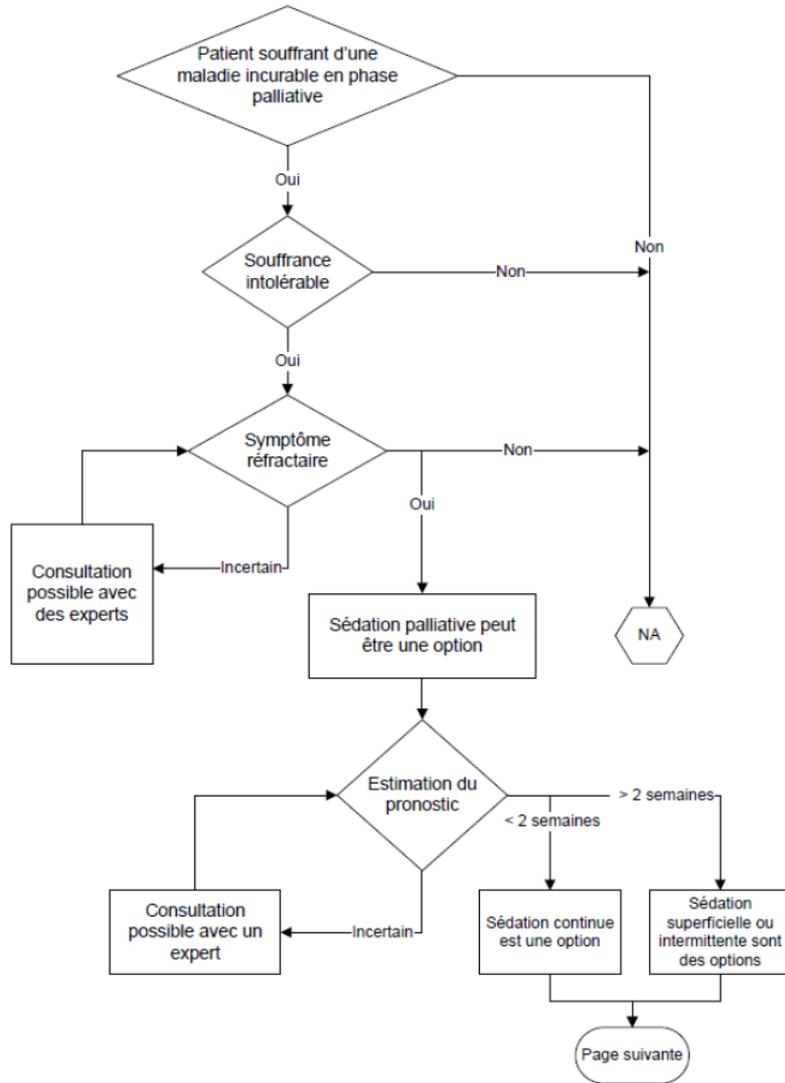
D^{re} Andréanne Côté

Centre hospitalier universitaire de Montréal

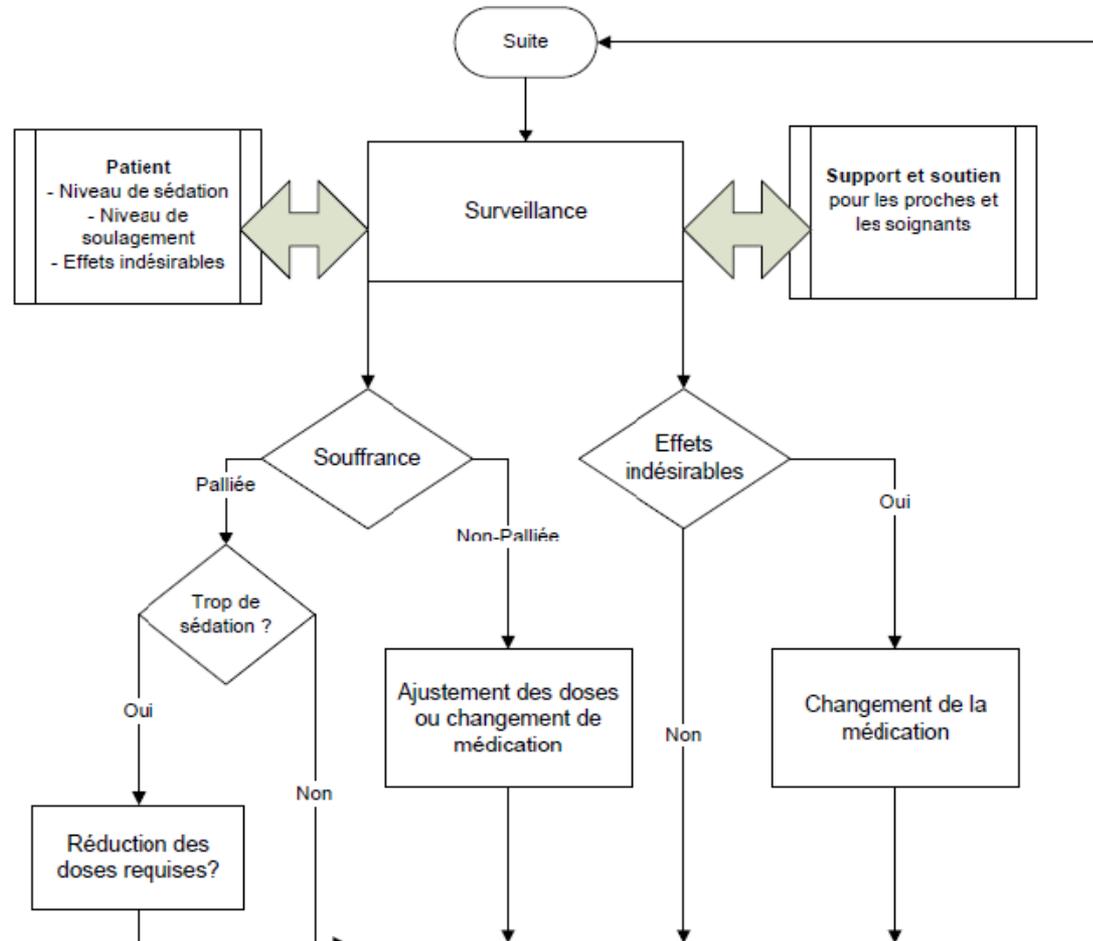
Indications de la sédation palliative

- ❑ Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice
- ❑ Détresses respiratoires majeures et récidivantes
- ❑ Dyspnée progressive incontrôlable
- ❑ Convulsions réfractaires
- ❑ Douleur intraitable et incontrôlable
- ❑ Sécrétions bronchiques abondantes et réfractaires
- ❑ Détresse hémorragique
- ❑ Nausée et vomissement incoercibles
- ❑ Détresse psychologique ou existentielle réfractaire

Arbres décisionnels



Arbres décisionnels



Processus décisionnel

- Consensus interdisciplinaire
- Consentement
 - Direct ou substitué
- Responsabilité d'administration
 - Choix de la médication
 - Réflexion quant à l'hydratation et l'alimentation
- Surveillance du patient placé sous sédation
- Soutien aux proches
- Processus de rétroaction et d'évaluation

Processus décisionnel

Conditions préalables à la prise de décision	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Y a-t-il présence de symptôme(s) réfractaires intolérable(s) ? ➤ Faire une description sommaire : 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les traitements généralement indiqués ont-ils été tentés ? Se sont-ils avérés inefficaces pour parvenir à un soulagement ? ➤ Faire une description sommaire : 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le patient est-il en fin de vie ? Son pronostic à court terme est-il réservé ? ➤ Estimation du pronostic vital : jours. 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La sédation semble-t-elle être la seule solution pour parvenir à un soulagement dans un délai acceptable ? 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le patient et/ou ses proches sont-ils au courant du diagnostic, du pronostic et de l'évolution attendue ? ➤ Personne de confiance (et coordonnées) : 		

➤ Le patient et/ou ses proches sont-ils informés de la nature de l'intervention, des inconvénients, des risques et des bénéfices escomptés ?		
➤ Le patient a-t-il donné son consentement ?		
➤ En cas d'incapacité, le consentement substitué est-il obtenu ?		
➤ Les proches sont-ils en accord avec la procédure ? ➤ Si besoin, décrire leur position :		
➤ Une discussion avec les autres membres de l'équipe a-t-elle eu lieu ? ➤ Faire état des principaux points relevés, des personnes ayant participé et des opinions de chacun :		
➤ Un consensus d'équipe est-il atteint ?		
➤ Une sédation palliative sera-t-elle entreprise ? ➤ Décrire les agents utilisés :		
➤ Une réévaluation constante du patient sera effectuée		
➤ Un support aux proches sera offert		

Nom du médecin responsable : _____

Médication utilisée

Principaux agents recommandés en sédation palliative

Agents	Voie d'administration	Dose de départ	Dose moyenne efficace	Écart posologique rapporté
Lorazépam	sc – iv – sL – tm - ir	0,5 à 1 mg/h	6 à 12 mg/24 h	2 à 4 mg/h
Midazolam	sc - iv	0,5 à 1 mg/h	20 à 70 mg/24h	3 à 450 (ad 1200) mg/24h
Méthotrimépramine	sc - iv	12,5 à 25 mg/24h	30 à 75 mg/24h	25 à 300 mg/24h
Chlorpromazine	sc – iv - ir	25 à 50 mg/24h	30 à 75 mg/24h	25 à 900 mg/24h
Phénobarbital	sc – iv - ir	2 à 3 mg/kg (bolus)	600 à 1600 mg/24h	200 à 2500 mg/24h
Propofol	iv	1 à 3 mg/kg/h	1 à 5 mg/kg/h	1 à 9 mg/kg/h
Scopolamine	sc - iv	0,4 mg q4 h	0,4 mg q4 h	50 à 200mcg/h

Le midazolam, la méthotriméprazine et le phénobarbital peuvent être administrés en perfusion continue ou en doses divisées. Le propofol doit être administré en perfusion continue et sous surveillance particulière.

Voie d'administration : sc = sous-cutanée; im = intramusculaire ; iv = intraveineuse ; sL = sublinguale ; tm = transmucoale ; ir = intrarectale.

Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)

Niveau	Description	Définition
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste avec contact visuel à l'appel (>10 s)
-2	Diminution de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s)
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel, mais sans contact visuel
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non-nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	Non éveillable	Aucune réponse, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative

Éléments observés	États	Amélioration avec l'analgésie
Visage	Détendu = 1, tendu = 2, crispé = 3, grimaçant = 4	Oui
Larmes	Absentes = 1, présentes = 2	Oui
Geignements	Absents = 1, présents = 2	Oui
Membres	Souples = 1, raides = 2, rigides = 3	Oui
Mouvements	Calme = 1, remuant = 2, agité = 3, très agité = 4, combatif = 5	Oui
Respiration	Normale (<19/min) = 1, rapide (≥ 19 /min) = 2	Oui
Pouls	Normal (< 110/min) = 1, rapide (≥ 110 /min) = 2	Oui

Échelle d'observation de la détresse respiratoire (RDOS)

Variable	0 point	1 point	2 points
Battements cardiaques / minute	< 90	90 – 109	≥ 110
Rythme respiratoire /minute	< 19	19-29	≥ 30
Agitation : mouvements non intentionnels	Non	Occasionnels	Fréquents
Respiration abdominale paradoxale	Non		Oui
Utilisation des muscles accessoires	Non	Modérée	Intense
Grognement en fin d'expiration	Non		Oui
Battements des ailes du nez	Non		Oui
Regard effrayé (yeux écarquillés, muscles du visage contractés, froncement des sourcils, bouche ouverte, dents serrées)	Non		Oui

Pour l'inscription au tableau de surveillance - Indiquer le score total sur une échelle de 0 à 16.

Processus de rétroaction

- Décrire sommairement l'évolution de la situation jusqu'au décès.
 - Les symptômes réfractaires ont-ils été contrôlés par l'administration de la sédation?

 - Le décès a-t-il eu lieu de façon paisible pour le patient? Pour les proches?

- Durée de la sédation (temps écoulé entre l'initiation de la sédation et le décès)

- Le processus décisionnel s'est-il déroulé adéquatement?
 - Le personnel impliqué était-il à l'aise avec la procédure?

 - Les proches ont-ils éprouvé des difficultés face à la procédure entreprise?

- Y a-t-il eu des complications rapportées durant l'administration de la sédation palliative?

LA SÉDATION PALLIATIVE

Particularités hors CH

Dr Christiane Martel

Maison Victor-Gadbois

CLSC des Patriotes

PARTICULARITÉS DU DOMICILE

Une Famille

Une équipe dynamique

Des compétences et de la compassion



DES CHIFFRES QUI PARLENT

- ❑ 69% des Québécois souhaitent DCD à domicile
- ❑ 70% croient qu'ils n'auront pas accès à des soins adéquats lorsqu'ils seront en fin de vie
- ❑ 6% répondent oui à la question vous sentez-vous capable de prendre soins d'un mourant?
- ❑ 32% des Québécois vivaient seuls en 2012 (contre 12% en 1970)

Léger Marketing, Sondage Omnibus, 25 mars 2013 pour le mémoire de la SCC présenté à la commission de la santé et des services sociaux „projet de loi sur les soins de fin de vie

DES CHIFFRES QUI PARLENT

- Accès aux soins palliatifs très variable au Québec
20 à 60% de la population selon la région et
inégalité importante de qualité de soins ¹
- 20% des CSSS n'ont aucune équipe de soins
palliatifs à domicile
- 1/8 (12.5%) Québécois meurt à la maison (SCC rapport
2010)
 - 15% région de Mtl, 65% CSSS Sud-ouest Verdun
(2013)

1. *Vivre et mourir dans la dignité, mémoire de la Maison Michel-Sarrazin, 15 juillet 2010,*

DES CHIFFRES QUI PARLENT

- ❑ Soins de fin de vie en CH 900\$ par jour contre 200\$ par jour à domicile (Yves Desjardins DG adjoint CSSS S-O Verdun)
- ❑ L'urgence est la porte d'entrée pour 79% des hospitalisations menant au décès (toutes maladies confondues) (Mémoire SCC sur la loi des soins en fin de vie p.18)
- ❑ 3,7% des décès par cancer surviennent à l'urgence
- ❑ 2 tiers des proches aidants vivent de la détresse psychologique et vont prendre de 3 à 5 ans pour se remettre d'un accompagnement

(Mémoire SCC sur la loi des soins en fin de vie, p.20)

CONDITIONS GAGNANTES

- ❑ Architecture du domicile favorable
- ❑ Présence minimale de 2 à 3 proches aidants
- ❑ Équipe de soins palliatifs à domicile
- ❑ Garde infirmière (spécialisée en SP idéalement)
24/7 , téléphones et déplacements
- ❑ Garde médicale 24/7
- ❑ Soutien psycho-social disponible à domicile

SÉDATION A DOMICILE

- CHOIX du patient et de sa famille car surveillance continue obligatoire
- Transfert hospitalier discuté avant d'induire la sédation en cas d'échec
- Entente préalable avec maison SP ou CH pour éviter passage par l'urgence si échec
- Une équipe MD-Inf-Pharmacien communautaire qui se parlent régulièrement

SÉDATION A DOMICILE

- Discuter des complications possibles avec les proches aidants(délirium, dyspnée aiguë, dlre non contrôlée etc.)
 - ▣ Possibilité de visite urgente à domicile 24-7
 - ▣ Médication d'urgence au domicile avant début de la sédation
 - ▣ Inacceptable d'hospitaliser un patient par manque de service inf-MD ou d'accès à la médication

SÉDATION A DOMICILE

- Évaluation préalable méticuleuse
 - ▣ Symptôme vraiment réfractaire
 - ▣ Pronostic (autour de 2 semaines)
 - ▣ Type de souffrance (clinique (psychologique ou physique) vs existentielle)
 - ▣ Validité des essais de traitements antérieurs
 - ▣ Sédation intermittente vs continue
 - ▣ Consultation téléphonique d'équipe spécialisée en SP si nécessaire

SÉDATION A DOMICILE

- Formation aux proches
 - ▣ Raisons de la sédation
 - ▣ Nature de la sédation (intermittente ou continue)
 - ▣ Objectifs de la sédation
 - ▣ Éléments de surveillance
 - Pochette avec documentation, tableaux, échelles

SURVEILLANCE ET SUIVI

- Au début de la sédation présence infirmière jusqu'à ce qu'un soulagement convenable soit atteint
- Visites au domicile 2 fois par jour minimum, surtout les 1ers jours
- Accès rapide (moins de 60 minutes) 24/7 à une infirmière visiteuse et à un MD de garde par téléphone

SURVEILLANCE ET SUIVI

- Niveau de sédation peut-être évalué par les proches mais l'utilisation des échelles est faite par les infirmières
- S'assurer de la rotation et du repos des proches aidants (auxiliaire familiale, gardiennage)

SURVEILLANCE ET SUIVI

- Signes à surveiller :
 - ▣ Le ou les symptômes non soulagé(s)
 - ▣ Les effets secondaires
 - Bradypnée
 - pauses respiratoires
 - Fort ronflement
 - Myoclonies
 - Pupilles en myosis
 - ▣ L'apparition de la phase d'agonie
 - ▣ Les signes de mort imminente

MÉDICATION

- Perfusion sous cutanée continue est privilégiée
- Opiacé et versed le plus souvent
- Médication aux 4H acceptable a court terme seulement car très exigeant pour la famille
- Penser au coût des médicaments
 - ▣ PSCC \$\$

CONCLUSION

- ❑ CHOIX du patient ET de la famille
- ❑ Implication 24-7 des proches aidants qui seront 2 minimum
- ❑ Support infirmier et MD 24-7 par téléphone et à domicile même en urgence (en moins de 60 minutes)
- ❑ Disponibilité d'un pharmacien communautaire pour préparation et livraison de la médication sous cutanée

CONCLUSION



- Transfert en Maison de SP ou en CH possible rapidement et idéalement sans passage par l'urgence
- La décision du transfert hospitalier revient toujours à la famille ...

LA SÉDATION EN CHSLD





TRISTE CONSTAT...



- ❑ « La fin de vie en CHSLD, un désert palliatif »
- ❑ Malades fragilisés
- ❑ Perte d'autonomie importante
- ❑ Support familial limité
- ❑ 30% des patients y décède
- ❑ Durée de séjours moyen

LES SOIGNANTS

- Nombre de professionnels requis en fin de vie change brutalement
- Ratio infirmière / patients
- Souvent aucune infirmière le soir, la nuit et les fins de semaine
- Infirmière auxiliaire
 - ▣ Interventions restreintes
 - Ne peuvent amorcer ou modifier une sédation

OBJECTIFS



- Tout faire pour laisser la personne âgée dans son milieu de vie en fin de vie
- Assurer la disponibilité minimale d'une infirmière compétente en soins palliatifs 24 heures par jour, 7 jrs semaine lors de la phase terminale de la maladie
- Offrir une formation de base en soins palliatifs pour tout le personnel soignant

MOYENS PROPOSÉS

- Dans le cas où l'équipe soignante ne peut assurer le niveau de soins requis en fin de vie
 - Formation d'une équipe mobile de SP par CSSS disponible sur appel (pourrait venir des équipes de SAD en CLSC)
 - Regroupement de CHSLD pour assurer le suivi des patients en fin de vie par une équipe expérimentée qui pourrait se déplacer
 - Équipe incluant infirmières, travailleurs sociaux et médecins

SÉDATION PALLIATIVE EN CHSLD

- ❑ Équipe de SP disponible 24-7 (téléphones et déplacements)
- ❑ Disponibilité d'un pharmacien
- ❑ Accessibilité des médicaments utilisés en sédation palliative
- ❑ Disponibilité de pompe pour PSCC
- ❑ Formation de base en SP de fin de vie offerte sur les lieux annuellement

LA SÉDATION PALLIATIVE EN MAISON DE SOINS PALLIATIFS





LA SÉDATION PALLIATIVE EN MAISON DE SOINS PALLIATIFS

- Le consentement et le processus décisionnel (surtout si contexte d'urgence)
- Disponibilité de la médication (ex:propofol)
- Disponibilité des pompes pour PSCC
- Surveillance des patients
- Soins continus assurés(soins de bouche, mobilisations, soins de plaies etc.)
- Soutien aux proches

SÉDATION PALLIATIVE EN MAISON DE SP: LES DÉFIS

- Le maintien des compétences
- La tenue des dossiers
- Le processus d'évaluation de l'acte périodique
- Les statistiques



QUESTIONS?

MERCI...



Bibliographie – Processus décisionnel

- Braun, T. and N. Hagen, T, *Developpement of a clinical practice guideline for palliative sedation*. J Pall Med, 2003. **6**: p. 3.
- Cherny, N. and R. Portenoy, *Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment*. J Pall Care, 1994. **10**: p. 31-8.
- Cherny, N. and L. Radbruch, *European association for palliative care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. Pall Med, 2009. **23**(7): p. 581-93.
- de Graeff, A. and M. Dean, *Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommandations for standards*. J Pall Med, 2007. **10**(1): p. 67-85.
- Dean, M., et al., *Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada*. J Pall Med, 2012. **15**(8): p. 870-9.
- Fraser Health, *Refractory symptoms and palliative sedation therapy. Hospice palliative care program. Symptoms guideline*, E.o.L. Care, Editor. 2011: http://www.fraserhealth.ca/EN/hospice_palliative_care_symptom_guidelines/. p. 1-32.
- Morita, T., et al., *Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method*. J Pall Med, 2005. **8**(4): p. 716-29.
- Royal Dutch medical association *Guidelines for palliative sedation*, in *Commitee on national guideline for palliative sedation*. 2005: Utrecht. p. 78 pages.

Bibliographie - Échelle

- Arevalo, J., et al., *Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales*. J Pain Symptom Management, 2012. **44**(5): p. 704-14.
- Brinkkemper, T., et al., *The use of observational scales to monitor symptom control and depth of sedation in patients requiring palliative sedation: A systematic review*. Pall Med, 2013. **27**: p. 54-67.
- Campbell, M., *Psychometric testing of respiratory distress observation scale*. J Pall Med, 2008. **11**: p. 44-50.
- Campbell, M., T. Tremplin, and J. Walch, *A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea*. J Pall Med, 2010. **13**(3): p. 285-290.
- Chanques, G., et al., *Validation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond traduite en langue française*. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2006. **25**: p. 696-701.
- Riker, R., J. Picard, and G. Fraser, *Prospective evaluation of the sedation-agitation scale for adult in critically ill patients*. Crit Care Med, 1999. **27**(7): p. 1325-9.
- Sessler, C., et al., *The Richmond agitation-sedation scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients*. Am J Resp Crit Care Med, 2002. **166**: p. 1338-44.
- Thuong, M., *Quels sont les outils d'évaluation de la sédation et de l'analgésie?* Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2008: p. 582-595.
- Vinay, P., et al., *Coma, douleur et conscience en fin de vie*. Médecine Palliative, 2012. **11**: p. 102-109.