



**29<sup>e</sup> congrès annuel**  
**AQSP**

Association québécoise  
de soins palliatifs

**8, 9 et 10 mai 2019**  
**DoubleTree**  
**par Hilton Montréal**

[www.pluricongres.com/aqsp2019](http://www.pluricongres.com/aqsp2019)



## **Perspective infirmière : La sédation palliative continue**

Charlotte Evans, inf., MSc (A)  
La Maison Au Diapason



# Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

**Nom du conférencier: Charlotte Evans**



**Je n'ai aucun conflit d'intérêts réels ou potentiels en lien avec le contenu de cette présentation**



# Objectifs

- Examiner son rôle dans la sédation palliative continue du patient en fin de vie;
- Prendre conscience des défis et enjeux liés à la pratique;
- Reconnaître des pistes de solutions pour mieux s'outiller pour les soins de la personne et l'accompagnement de ses proches.





# Défis et enjeux

C'est trop long avant  
d'arriver à la  
sédation...

Est-ce réfractaire?

Ça n'a pas d'allure de  
la laisser souffrir  
comme ça!

Je ne comprends  
pas pourquoi on  
parle de SPC ...



# Défis et enjeux

Il s'est réveillé et est calme, il a demandé à boire ...

Est-ce réfractaire?

C'est long ...

Ça n'a pas d'allure de la laisser souffrir comme ça!

Je ne comprends pas pourquoi on ...

C'est sûr qu'il s'endort pas, c'est de la médication au compte gouttes ...



# Défis et enjeux

DÉSACCORD

AMBIVALENCE

INCERTITUDE

**COLLABORATION** CONNAISSANCE

VISION DU SOIN

ACCOMPAGNEMENT COMPÉTENCE

CHARGE INTENSIFIÉE



# Sédation palliative continue

**Sédation palliative continue (SPC) :**

**Un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci ou d'un proche, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.**

Loi 2 : Loi concernant les soins de fin de vie (2014)



# Types de sédation

## Sédation secondaire

effets 2<sup>nd</sup> de la méd.  
intention de soulager le symptôme  
(ex: benzos; opiacés, etc)

## Sédation palliative continue

situation de fin de vie  
(pron < 2 semaines)  
aucune période d'éveil souhaitée  
consentement à signer et surveillance clinique  
requis (règle de soins)

## Sédation intermittente

alternance éveil/sommeil  
symptôme réfractaire mais pronostic > 2  
semaines  
contexte souffrance existentielle

## Sédation transitoire

situation d'urgence  
réduire détresse  
'courte' durée



# Types de sédation

## Sédation secondaire

effets 2<sup>nd</sup> de la méd.  
intention de soulager le symptôme  
(ex: benzos; opiacés, etc)

## Sédation palliative continue

situation de fin de vie  
(pron < 2 semaines)  
aucune période d'éveil souhaitée  
consentement à signer et surveillance clinique  
requis (règle de soins)

## Sédation intermittente

alternance éveil/sommeil  
symptôme réfractaire mais pronostic > 2  
semaines  
contexte souffrance existentielle

## Sédation transitoire

situation d'urgence  
réduire détresse  
'courte' durée

≠

Aide médicale à mourir



# Distinctions

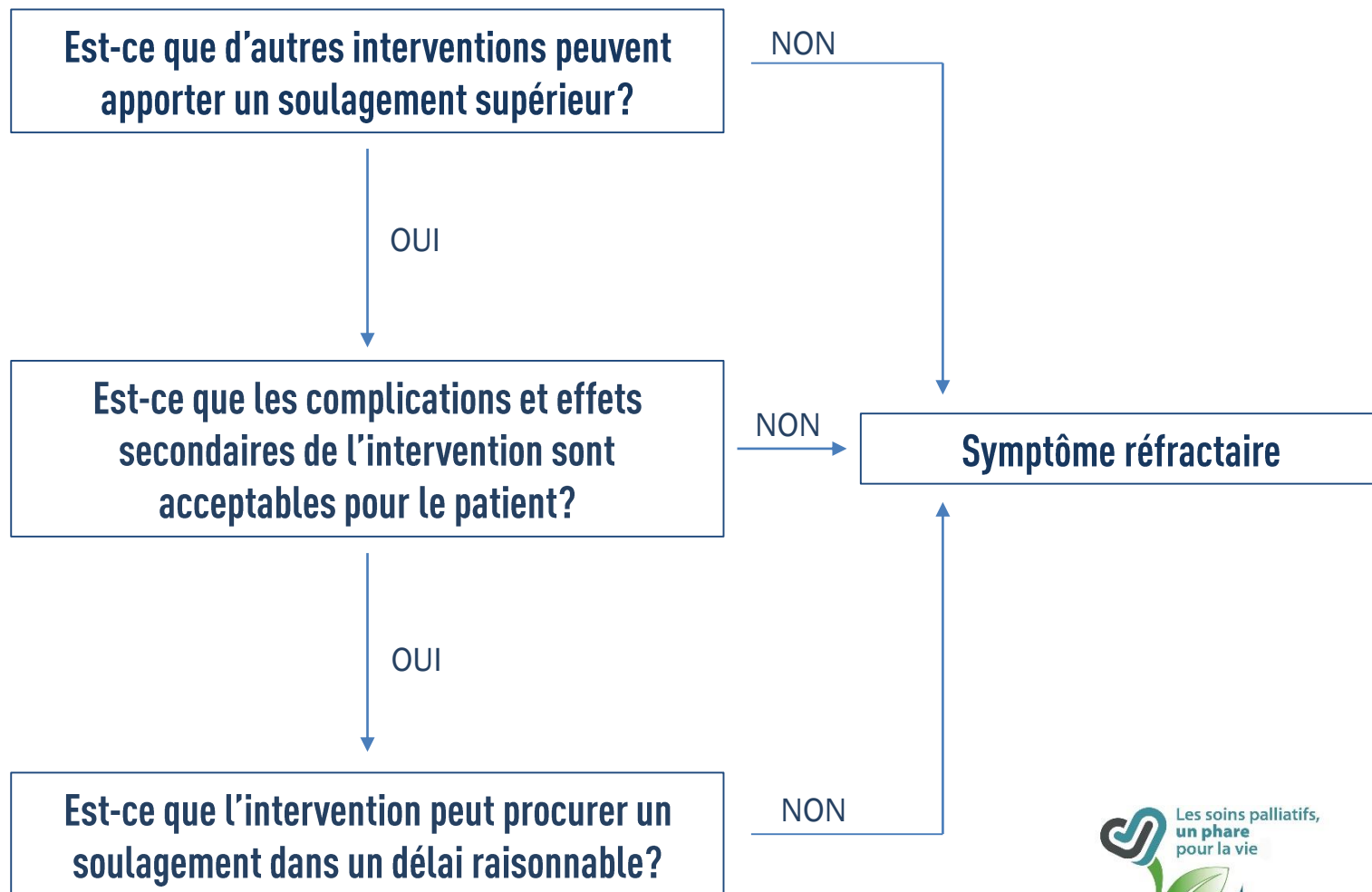
	<b>Sédation transitoire (Protocole d'urgence)</b>	<b>Sédation palliative continue</b>	<b>Aide médicale à mourir</b>
<b>Intention</b>	Induire inconscience temporaire	Induire inconscience	Provoquer mort
<b>Indication</b>	Situation d'urgence	Soulager souffrance	Soulager souffrance
<b>Médication</b>	Proportionnelle	Titrée	Non titrée
<b>Résultat</b>	État d'inconscience temporaire	État d'inconscience	Mort
<b>Exigences particulières</b>	Consentement aux soins	Consentement écrit Possibilité de consentement par un tiers	6 conditions*

# Indications cliniques

- Contexte de *fin de vie*
  - Phase avancée d'une maladie terminale
  - Pronostic de survie < 2 semaines (heures ou jours)
    - Étendue de la maladie, vitesse de progression
    - Cessation d'hydratation/nutrition spontanée
    - Toux inefficace, râles
    - Faiblesse généralisée, retrait et somnolence
    - SV altérés
- Symptôme réfractaire\*



# Symptôme réfractaire???



# Symptôme réfractaire

## \* Principaux symptômes

Délirium hyperactif avec agitation

Détresses respiratoires majeures et récidivantes

Dyspnée progressive et incontrôlable

Convulsions réfractaires

Douleur intraitable et intolérable

Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires

Détresse hémorragique

Nausées et vomissements incoercibles

Détresse psychologique ou existentielle réfractaire

Autre état réfractaire



# Médication

## Principes généraux :

- Choix de molécules avec plusieurs propriétés, restreindre le nombre d'agents;
- Attention! Sédatif ≠ analgésique;
- Débuter à petite dose, augmenter jusqu'à l'atteinte de l'objectif;
- Penser bolus de départ;
- Réagir promptement, observer pour réactions paradoxales\*;
- Favoriser voie SC (IV au besoin);
- Horaire d'administration (PSCC vs rég.);

**NB : Ne pas oublier la responsabilité professionnelle de connaître la médication que nous administrons!**



# Médication

- **Les benzodiazépines** (ex: Midazolam et Lorazepam)
  - Agents de première ligne
  - Action rapide
  - Multiples propriétés : anxiolytiques, amnésiques, anticonvulsivants
  - Effets secondaires : tolérance et tachyphylaxie (↓ réponse à la molécule)
  - Réactions paradoxales : agitation, trouble de comportement, agressivité



# Médication

- **Les neuroleptiques** (ex : Methotriméprazine et chlorpromazine)
  - Utilisés en combinaison avec benzodiazépines
  - Préconisés en cas de délirium, confusion ou agitation terminale
  - Effet sédatif important
  - Effets indésirables : effets extrapyramidaux, anticholinergiques (rétention urinaire, confusion, exacerbation délirium), irritation cutanée, réduction seuil épileptique



# Médication

- **Les anticholinergiques\*** (ex: Scopolamine)
  - Contrôle des râles terminaux
  - Effet sédatif marqué
  - Risque de syndrome anticholinergique
- **Les barbituriques** (ex : Phénobarbital)
  - Propriétés anticonvulsivants, sédatifs et hypnotiques
  - Utilisés en cas de tolérance aux agents de première ligne



# Médication

- **Les anesthésiques** (ex: Propofol)
  - Cas réfractaires aux autres agents
  - Accès IV
  - Action rapide
  - Effet indésirable : dépression respiratoire



# Surveillance clinique

- **La SPC nécessite une collaboration étroite inf-md : la surveillance clinique complète et systématique permettra l'ajustement approprié de la médication**
- **Éléments à surveiller :**
  - Niveau de sédation
  - Soulagement de la douleur
  - Intensité des symptômes respiratoires
  - Autres observations



# Surveillance clinique

- **Fréquence de la surveillance\***
  - Avant la sédation + Q 30 min ad niveau de sédation désiré (vigilance, douleur, respiration et autres Sx);
  - Lors d'ajustement des doses (sédatifs ou analgésiques);
  - Lors d'un changement inattendu de la condition clinique;
  - Dès la diminution du niveau de sédation;
  - Minimalement aux 2 heures.



# Surveillance clinique

- **Niveau de sédation:**
  - Généralement diminution de la vigilance profonde désirée, mais peut varier selon l'intensité des symptômes et le degré de souffrance.
  - Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) : simple, précise et pertinente en soins palliatifs.



# Surveillance clinique

Légende 1 - Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) (Sessier 2002; Chanques, 2006; Thuong 2008)

Niveau	Description	Définition
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+3	Tres 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	Somnolant	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 (< 10 s)
-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)



# Surveillance clinique

- **Soulagement de la douleur :**
  - Les opiacés ne sont pas utilisés en vue de produire une sédation, ils sont utilisés en combinaison avec les sédatifs pour produire un effet sur la douleur ou la dyspnée.
  - **Éléments à observer chez le patient comateux :**
    - Visage
    - Geignements
    - Larmes
    - Membres
    - Mouvement
    - Respiration
    - Pouls
  - **Nociception Coma Scale (adapté par Vinay, 2011) :** permet une évaluation systématique du patient comateux.



# Surveillance clinique

- **Intensité des symptômes respiratoires :**
  - **Évaluation des symptômes respiratoires recommandée pour tous les patients sous SPC**
  - **Éléments à observer :**
    - Fréquence cardiaque
    - Fréquence respiratoire
    - Agitation
    - Respiration paradoxale
    - Utilisation muscles accessoires
    - Grognements
    - Battements des ailes du nez
  - **Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire (Respiratory Distress Observation Scale, Campbell, 2008,2010)**



# Surveillance clinique

- **Autres observations à rechercher et à détailler au dossier**
  - **Autres symptômes réfractaires**
    - Convulsions
    - Hémorragie
    - Sécrétions bronchiques
    - Nausées / vomissements
  - **Signes de surdosage (effets indésirables)**
    - Dépression respiratoire (RR<8)
    - Pausés respiratoires, apnée
    - Forts ronflements
    - Myoclonies
    - Pupilles en myosis



# Rôles et responsabilités

- Procèdent ou contribuent à l'évaluation initiale et en cours de sédation
- Administrent la médication régulière et prn (sédation *et* autre)
- Avisent le Md de changement dans la condition clinique
  - Sédation inefficace
  - Réaction paradoxale
  - Délirium



# Rôles et responsabilités

- **Poursuivent tous les autres soins**
  - Surveillance et rotation des sites, des sacs de perfusion et tubulures
  - Téguments et peau
  - Soins de bouche
  - Vidange intestinale et urinaire
  - Mobilisation régulière
  - Pansements de plaies
- **Documentent au dossier**



# Rôles et responsabilités

- **Conservent la dignité, demeurent respectueuses et délicates**
- **Accompagnent**
  - Écoute
  - *Advocacy*
  - Enseignement
  - Disponibilité
  - Reconnaissance



# Quelques éléments clés ...

- L'anticipation et la préparation
- L'évaluation et l'observation
- La communication
- La collaboration
- La continuité
- Le soutien et la solidarité



# Mise en situation

- Une SPC est amorcée avec votre patiente de 77 ans. La Rx est de versed 0.5mg/h en PSCC. Le RAS\* de la patiente est +1 à l'évaluation initiale.
- Lors de la 3<sup>e</sup> tournée le RAS se maintient à -1. Que faites-vous?



# Mise en situation

- **Votre patient qui est sous sédation palliative depuis hier soir se réveille et désire manger. Que faites-vous?**



# Mise en situation

- Vous avez amorcé une SPC ce matin vers 11h. Le patient a un RAS à -4 depuis 14h. Vous le mobilisez à la fin de votre quart de travail, il se réveille lors de l'intervention et a un RAS à -1 une fois installé. Que faites-vous?



# Mise en situation

- Vous arrivez au poste et vous voyez une Rx pour une SPC à débiter immédiatement. Le MD est parti sans vous en parler. Que faites-vous?



# Mise en situation

- **Patiente de 67 ans admise ce jour en soins palliatifs exprime lors de l'évaluation initiale : 'J'en peux plus, je suis tannée de souffrir.' Que faites-vous?**



# Mise en situation

- **Votre patiente décide d'amorcer la SPC mais désire attendre l'arrivée de sa fille demain malgré symptômes respiratoires importants. Que faites-vous?**
- **Le soir et la nuit sont difficiles, elle reçoit plusieurs EDs et vous avez à lui donner deux protocoles d'urgence dans la nuit. À l'arrivée de sa fille, elle dort. Sa fille veut absolument la réveiller ... que faites-vous?**



# Mise en situation

- **Votre patient est sous sédation depuis ce matin. À 14h lors de votre tournée son RAS est à -4, mais il grimace et gémit et son pouls est élevé. Que faites-vous?**
- **À 15h30 son état est inchangé malgré interventions. Que faites-vous?**



# *Soigner en soins palliatifs c'est ...*

*Soigner en soins palliatifs c'est être présent et savoir s'absenter, agir et savoir patienter, être à l'écoute et savoir rassurer.*

*Soigner en soins palliatifs c'est être vrai et humble, être curieux et discret, être créatif et compétent.*

*Soigner en soins palliatifs c'est le privilège d'aller à la rencontre de l'autre dans sa plus grande vulnérabilité et intimité.*

*Soigner en soins palliatifs c'est soulager et accompagner.*



C. Evans, 2015



# Références

- Leboul, D., Aubry, R., Peter, J-M., Royer, V., Richard, J-F. et F. Guirimand (2017). Palliative sedation challenging professional competency of health care providers and staff : a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliative Care*, 16:25.
- Bush, S., Grassau, P., Yarmo, M., Zhang, T., Zinkie, S., et J. Pereira (2014). The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients : a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliative Care*, 13:17.
- Collège des médecins et Société Québécoise des médecins de soins palliatifs (2015). *La sédation palliative en fin de vie – Guide d'exercice*.
- Société Québécoise des médecins de soins palliatifs (2014). *Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative : Principes et pratique en médecine adulte*.
- Loi 2 : Loi concernant les soins de fin de vie (2014).



# Messages clés

- **L'infirmière joue un rôle essentiel au bon déroulement de la sédation palliative continue.**
- **La surveillance clinique qu'elle effectue permet l'intervention rapide et ciblée pour le confort du patient et le suivi auprès du médecin.**
- **La collaboration et la communication intra et interdisciplinaire, ainsi que l'accompagnement tout au long sont fondamentaux pour faciliter l'application et le suivi de la SPC.**

