

LES SOINS DE FIN DE VIE

Sédation en fin de vie - Principes d'administration



Des soins respectueux de la personne, le maintien d'une approche personnalisée et la délicatesse en tout temps demeurent essentiels au cours de la sédation, qu'elle soit intermittente ou continue, tant pour la personne sous sédation que pour ses proches qui en sont témoins.

Ces attitudes empreintes de respect confirment que la personne sous sédation a toujours un plein statut de personne et que sa dignité est préservée, en plus de permettre la prestation de soins personnalisés et proportionnés. Rappelons-nous que la personne sous sédation demeure vivante et que sa présence est intacte, malgré la perte de conscience.

Soins dispensés lors d'une sédation en fin de vie

Lors d'une sédation intermittente ou continue, les soins qui contribuent au confort de la personne sont maintenus :

- Mobilisation;
- Soins de la bouche;
- Surveillance et rotation des sites d'injection par voie sous-cutanée ou intraveineuse;
- Prévention, surveillance et traitement des plaies;
- Surveillance de la vidange vésicale et mise en place d'une sonde urinaire en cas de rétention;
- Surveillance du transit intestinal;
- Surveillance des sacs de perfusion et des tubulures;
- Surveillance de l'apparition de râles ou de signes manifestant de l'inconfort, myoclonies, bradypnée, etc.

Il va de soi que les soins qui ne sont plus requis par l'état de santé ou qui ne sont plus en accord avec les objectifs de soins doivent être interrompus.

Les soignants et les proches sont encouragés à parler à la personne sous sédation, à lui expliquer la nature des soins qui lui sont prodigués et à la toucher de façon délicate et attentive. La personne doit être réévaluée régulièrement avec attention, car elle ne peut plus se plaindre de ses inconforts. Les proches peuvent être invités à participer aux soins dans la mesure de leur capacité.

¹ *Richmond Agitation-Sedation Scale* ou, en français, échelle de vigilance-agitation de Richmond.

Choix et ajustement de la médication selon le symptôme à soulager et le niveau de soulagement visé par la sédation

Pour induire une sédation légère, modérée ou profonde, intermittente ou continue, les médicaments sédatifs utilisés doivent tenir compte du symptôme à soulager. Leurs effets secondaires doivent être anticipés et pris en considération selon leur pertinence clinique.

La posologie des médicaments fréquemment administrés à doses moindres, soit pour produire une anxiolyse, soit pour contrôler un delirium, peut être augmentée de façon à provoquer de manière intentionnelle une altération de l'état de conscience.

De même, d'autres agents peuvent être ajoutés pour produire une sédation plus profonde, si les agents de première ligne s'avèrent insuffisants.

Le niveau de sédation recherché varie d'une personne à l'autre, puisqu'il dépend de l'intensité du symptôme et du niveau de soulagement visé. Ainsi, la sédation est plus ou moins profonde, en fonction de la réponse clinique de la personne et du niveau de confort jugé acceptable.

Elle peut être :

- Légère (RASS¹ -1) : La personne est éveillée la plupart du temps, mais elle peut se sentir souvent endormie; ou bien elle peut être somnolente, mais facilement éveillable.
- Modérée (RASS -2 ou -3) : La personne dort, mais elle peut être réveillée si elle est stimulée (ex. : si on l'appelle par son nom, si on la touche ou si on la mobilise légèrement). On parle alors de sédation collaborative.
- Profonde (RASS -4 ou -5) : La personne dort profondément et elle ne peut pas être réveillée par les stimulations.

Les auteurs remercient les ordres professionnels concernés et l'ensemble de leurs collaborateurs, ainsi que les personnes et les organismes qui ont participé à la rédaction de ce document en partageant leurs compétences et leur expertise.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Société
Québécoise des
médecins
en Soins palliatifs

Usage des médicaments adapté au milieu de soins

L'usage des médicaments doit aussi être adapté au milieu de soins et à son plateau technique. Par exemple, pour remédier à un inconfort résistant aux médicaments usuels, l'utilisation du propofol en intraveineux, exigeant une étroite surveillance, sera surtout possible en centre hospitalier; une perfusion sous-cutanée en continu, avec d'autres médicaments, sera plus adaptée dans un milieu de vie, même si une médication sous-cutanée, administrée toutes les deux heures en alternance ou toutes les quatre heures, peut être tout aussi appropriée².

Sédatifs d'usage courant

Les agents couramment employés pour instaurer une sédation³ comprennent:

- Les benzodiazépines, les neuroleptiques (antipsychotiques), les barbituriques et les anticholinergiques;
- Le propofol: un anesthésique qui peut être utile, exceptionnellement, en cas de sédation réfractaire aux autres médicaments;
- La dexmédétomidine: un agoniste alpha2-adrénérique qui permet une sédation consciente et qui peut présenter un intérêt dans certaines situations.

Attention

Les opioïdes peuvent être administrés en association avec les médicaments sédatifs pour calmer une douleur physique, une toux ou une dyspnée. Cependant, leur utilisation pour induire et maintenir une sédation palliative continue n'est pas conforme aux bonnes pratiques.

² Avec une infirmière disponible ou avec l'aide des proches.

³ Pour une information générale sur chacun de ces agents sédatifs, voir le protocole médical national établi par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et intitulé « [Administration de la sédation palliative continue \(SPC\) chez l'adulte en fin de vie](#) », p. 4.



Principes généraux de la médication

- Choisir un agent médicamenteux en fonction des antécédents de la personne et des symptômes à soulager. Si plusieurs symptômes doivent être soulagés, un agent ayant plusieurs propriétés est indiqué (ex. : une benzodiazépine pour une personne qui présente des convulsions, un alcoolisme récent ou une anxiété importante; un neuroleptique en présence d'agitation, de nausées et de vomissements).
- Restreindre le nombre d'agents: il n'y a pas de logique à combiner deux médicaments d'une même classe pharmacologique (ex.: deux benzodiazépines ou deux neuroleptiques).
- Selon ce qui aura été convenu avec la personne ou son substitut⁴, instaurer le traitement (dose de départ) et augmenter la posologie selon la réponse clinique, jusqu'à l'atteinte de l'objectif. Ne pas hésiter à utiliser des entredoses au besoin, notamment si la personne tend à se réveiller ou si le niveau de sédation diffère de celui visé lors de l'induction de la sédation.
- Réagir promptement: si le premier choix d'une benzodiazépine est inefficace ou insuffisant à dose ajustée, il faut remplacer celle-ci ou l'associer à un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique. Il en est de même si la personne développe une tolérance avec le temps.
- Identifier une réaction paradoxale à la médication (ex.: exacerbation d'un delirium par la prise d'une benzodiazépine; apparition d'une akathisie induite par un neuroleptique).
- Faire preuve de vigilance dans le cas d'une sédation intermittente susceptible d'aggraver une angoisse déjà présente.
- Administrer chaque médicament dans une perfusion distincte peut être intéressant pour titrer chacun d'eux indépendamment des autres. Sinon, pour des raisons pratiques, vérifier auprès du pharmacien la compatibilité et la stabilité physicochimique des associations médicamenteuses dans une même perfusion.

- Favoriser l'administration des médicaments par voie sous-cutanée (injections à intervalles réguliers ou perfusion continue (PSCC)), cependant:
 - › En cas de réponse insuffisante, l'efficacité de cette voie d'administration peut être mise en doute et la voie intraveineuse peut être envisagée⁵.
 - › En présence d'anasarque ou de thrombocytopenie sévère, préférer l'administration des médicaments par voie intraveineuse.
 - › Conserver la perméabilité des dispositifs d'accès à la voie intraveineuse (cathéter à chambre implantable (port-a-cath), cathéter central inséré par voie périphérique (PICC line)).

Rappel

La plupart des agents de sédation ne comportent pas d'effet analgésique. Les opioïdes sont le plus souvent nécessaires, dans une approche multimodale de soulagement de la personne, après une évaluation périodique et systématique de la douleur.

Pour les détails sur la conduite thérapeutique et le suivi d'une SPC en particulier, voir:

- › Le protocole médical national établi par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et intitulé « [Administration de la sédation palliative continue \(SPC\) chez l'adulte en fin de vie](#) »;
- › La fiche intitulée « Sédation palliative continue en fin de vie - Instauration et principes de surveillance », publiée par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Société québécoise des médecins de soins palliatifs.

⁴ Dans le texte, le terme « substitut » désigne l'ensemble des personnes habilitées à consentir aux soins pour la personne majeure inapte en vertu de l'article 15 du [Code civil du Québec](#), RLRQ ccq-1991, le terme « représentant » étant réservé aux situations spécifiques où seul le représentant légal est habilité à agir.

⁵ L'utilisation de la voie intraosseuse pour induire et maintenir une SPC n'est pas privilégiée par les auteurs, du fait d'un manque de données probantes concernant son utilisation dans ce contexte. Par ailleurs, l'apprentissage de cette technique n'est pas inné et une formation spécifique, initiale et continue, serait nécessaire à l'IPS ou au médecin souhaitant utiliser cette technique malgré tout, en dernier recours, à l'hôpital, en l'absence de contre-indications, en acceptant d'assumer l'incertitude entourant l'effet des médicaments ainsi administrés et de composer avec une réponse éventuellement différente de celle obtenue par voie sous-cutanée ou intraveineuse.