

<b>PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE 5012</b>	<b>PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE</b>	
	<b>Date de mise en vigueur :</b> À la mise en vigueur de la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> et des dispositions correspondantes	<b>Date de révision :</b>
	<b>Référence à une OIP</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/>	
	<b>Référence à une OC</b> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <b>Référence à une technique de soins</b> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
<b>Sommaire</b>		
Sans se substituer à la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001), le présent protocole interdisciplinaire présente l'articulation des soins et services entourant la sédation palliative continue.		
<b>Établissement(s) visé(s)</b>		
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		
<b>Clientèle visée</b>		
Usagers du CIUSSS de l'Est-de l'île de Montréal qui <ul style="list-style-type: none"> <li>• sont en fin de vie et qui souffrent d'un ou de plusieurs symptômes réfractaires aux traitements, entraînant une souffrance intolérable de nature physique, psychologique, existentielle ou spirituelle ET</li> <li>• rencontrent les indications et les exigences d'une sédation palliative (se référer à la section: conditions d'initiation)</li> </ul>		
<b>Intervenants impliqués</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin et le résident impliqué (s'il y a lieu) dans les soins de fin de vie de l'utilisateur.</li> <li>• Les infirmières du CIUSSS et des partenaires externes (ex.: infirmières de la SSPAD) ainsi que les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) du CIUSSS. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les infirmières auxiliaires collaborent aux soins infirmiers sous les directives de l'infirmière.</li> </ul> </li> <li>• Les pharmaciens de l'établissement ainsi que les pharmaciens communautaires.</li> <li>• Patient (ci-après «personne») et leurs proches impliqués.</li> </ul>		
<b>Objectifs</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès (réf: Loi concernant les soins de fin de vie - article 3)</li> </ul>		

## Conditions d'initiation

Le formulaire de niveau d'intervention médical doit être complété au préalable.

La sédation palliative continue ne peut s'exercer que si TOUTES les conditions suivantes sont rencontrées :

- il y a un ou plusieurs symptômes réfractaires qui entraînent une souffrance intolérable telle que définie par la personne;
- la personne est en fin de vie.
  - il est généralement recommandé de réserver la sédation palliative continue à des personnes dont le pronostic est évalué approximativement à 2 semaines ou moins;
  - chez les personnes dont le pronostic est estimé à plus de 2 semaines, il est recommandé d'envisager d'abord une sédation palliative intermittente tout en réévaluant périodiquement la situation;
- la personne (ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle) est informée:
  - du pronostic réservé liée à sa maladie,
  - du caractère irréversible de la sédation palliative continue et
  - de la durée prévisible de la sédation;
- la personne (ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle), a confirmé par écrit, son consentement à ce soin (se référer à la section: consentement).

**IMPORTANT :** En présence d'une situation clinique complexe ou en présence d'incertitudes quant au pronostic ou au caractère réfractaire du symptôme, il est recommandé de consulter un 2<sup>e</sup> médecin ou l'équipe de soins palliatifs.

## Indications cliniques

La sédation palliative continue, médicalement induite, est une **pratique d'exception** à laquelle on peut avoir recours chez une personne en fin de vie en présence de symptômes intolérables qui se montrent réfractaires aux traitements habituels.

- Un symptôme réfractaire est un symptôme, de nature physique, psychologique, existentiel ou spirituel qui ne peut être contrôlé malgré l'essai des différentes modalités thérapeutiques appropriées à la situation clinique. Dans ces circonstances, chez une personne en fin de vie, l'utilisation de médicaments sédatifs pour abaisser volontairement le niveau de conscience jusqu'au décès de cette personne, peut représenter un soin approprié à la situation clinique.

La sédation palliative continue doit être distinguée

- de l'altération de l'état de conscience pouvant survenir suite à l'utilisation de médicaments dont le but premier n'était pas d'induire une sédation mais bien de contrôler un symptôme donné (sédation 'secondaire');
- de l'utilisation ponctuelle (PRN) et transitoire de médicaments sédatifs dans le but de contrôler un symptôme donné (ex. protocole de détresse);
- la diminution de l'état de conscience en lien avec l'évolution naturelle de la maladie.

## Contre-indications

- Allergie à tous les agents sédatifs connus.

## Limites

- Ce protocole est valide uniquement pour une sédation palliative continue
  - La sédation palliative intermittente ne fait pas l'objet du présent protocole interdisciplinaire.
- L'infirmière avise promptement le médecin s'il y a:
  - présence de signes d'inconfort
  - survenue d'effets indésirables
  - diminution du soulagement de la douleur et du confort
  - augmentation de la vigilance

## Méthodes

### ÉVALUATION CLINIQUE PRÉALABLE À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

#### Le médecin

Avant d'envisager une sédation palliative continue, le médecin s'assure que toutes les interventions ou avenues thérapeutiques possibles et appropriées à la condition clinique aient été offertes et/ou tentées. Il discute de la situation clinique avec l'équipe de soins. En cas de doute ou face à une situation clinique complexe, il peut solliciter l'avis ou l'intervention d'autres professionnels ayant une expertise dans le domaine.

Il s'entretient avec la personne des bénéfices, risques et enjeux liés à la sédation palliative continue et des autres possibilités thérapeutiques qui pourraient être envisagées et de leurs conséquences. Il s'assure que la personne comprend :

- le pronostic lié à sa maladie,
- le caractère irréversible de la sédation,
- la durée prévisible mais également incertaine de la sédation,
- l'impact de la sédation sur la communication,
- l'impact de la sédation sur l'hydratation et l'alimentation,
- l'incertitude quant à l'assurance de maintenir, en tout temps, le degré de sédation désiré

En l'absence d'une situation clinique urgente, un temps de réflexion et/ou un soutien psychologique ou spirituel doit être encouragé et respecté.

Le médecin s'assure que la personne a eu l'occasion d'en discuter avec ses proches, si tel est son souhait. Si la personne le désire, le médecin peut lui-même s'entretenir avec les proches.

Le médecin consigne au dossier le contenu de son évaluation, de ses discussions avec la personne, ses proches (s'il y a lieu), et des discussions qui ont eu lieu avec d'autres professionnels ou en équipe interdisciplinaire.

#### L'infirmière

- collabore à l'évaluation de la condition clinique de l'utilisateur,
- soutient l'utilisateur et ses proches tout au long du processus décisionnel et répond à leurs questions;
- continue de prodiguer tous les soins nécessaires pour assurer le confort de la personne ou s'assure, par ses directives infirmières auprès des membres de son équipe (infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) que les soins de fin de vie soient optimaux

## ÉVALUATION CLINIQUE PRÉALABLE À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (suite)

### L'infirmière auxiliaire

- peut, sous directives infirmières, contribuer à l'évaluation des paramètres cliniques, administrer les médicaments, prodiguer les soins de fin de vie et soutenir les proches.

### L'équipe interdisciplinaire (incluant les intervenants déjà nommés)

Chaque intervenant, à travers son champ d'expertise, contribue à l'évaluation des symptômes, aux discussions et à la prestation de soins de qualité.

## CONSENTEMENT

- Le médecin s'assure du caractère libre et éclairé du consentement. Le consentement ne doit pas résulter de pressions extérieures.
- Le consentement doit être donné par écrit sur le formulaire prescrit par le ministre et présenté à l'annexe 1.
- Le consentement doit être conservé au dossier de l'utilisateur.
- Une copie du consentement doit accompagner la transmission de l'OIP au pharmacien.

### Si la personne est inapte :

Le consentement peut être donné par une autre personne apte à consentir pour elle selon les dispositions prévues au Code Civil du Québec (consentement substitué). La décision doit être prise dans le meilleur intérêt de la personne et, dans la mesure du possible, dans le respect de ses volontés qu'elle aurait pu exprimer avant son inaptitude.

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 (Code civil - article 15).

Même si un représentant est officiellement désigné pour le consentement substitué, un consensus familial est souhaitable afin d'éviter les conflits et des mises à l'écart préjudiciables.

### Si la personne est apte mais incapable de signer

Si la personne en fin de vie ne peut dater ou signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou parce que physiquement elle en est incapable, un tiers autorisé peut compléter le formulaire.

Ce tiers autorisé ne peut pas être :

- membre de l'équipe de soins responsable de la personne
- mineur;
- majeur inapte

Une personne travaillant dans l'établissement mais qui n'est pas membre de l'équipe de soins responsable de la personne peut signer le formulaire de consentement. En l'absence d'un tiers autorisé disponible sur place, communiquer avec la coordonnatrice des activités de soins de votre installation.

### Si la personne est mineure mais âgée de plus de 14 ans :

Le mineur âgé de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins et aux traitements qui sont requis par son état de santé, s'il est apte à consentir et si son choix ne va pas à l'encontre de son propre intérêt

En présence d'incertitudes, le médecin peut faire appel aux affaires juridiques (514-252-3400 p.5047).

## CONSENTEMENT (suite)

### Si la personne est mineure et âgée de moins de 14 ans

Le consentement aux soins est donné par le titulaire de l'autorité parentale qui doit agir dans le meilleur intérêt de l'enfant.

En présence d'incertitudes, le médecin peut faire appel aux affaires juridiques (514-252-3400 p.5047).

### Contexte de situation d'urgence

Dans ce contexte le Code civil du Québec (article 13) prévoit qu'un consentement n'est pas nécessaire s'il ne peut être obtenu en temps utile. Dans ces circonstances, la sédation peut donc être débutée; un consentement substitué devra être obtenu par la suite si l'équipe traitante désire poursuivre la sédation continue.

## RÉDACTION ET EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉFORMATÉE (OIP)

### Le médecin

Le médecin complète l'OIP 3461 présentée à l'annexe 2 prévue à cet effet. La transmission par télécopieur au pharmacien doit être préconisée.

La sédation palliative continue peut être effectuée avec un seul médicament ou en associant plusieurs médicaments de classes pharmacologiques différentes.

En l'absence de lignes directrices bien établies, les principes généraux suivants peuvent guider le médecin:

- Le choix du médicament peut, entre autres, être guidé par les symptômes que l'on souhaite soulager, le degré de sédation désiré, le milieu de soins;
- La posologie du ou des médicaments et le choix des médicaments devra être ajusté en fonction de la réponse clinique et de la survenue (ou non) d'effets indésirables;
- Les opioïdes utilisés seuls, ne sont généralement pas recommandés pour induire ou maintenir une sédation palliative continue en raison du risque d'entraîner des effets indésirables (myoclonies, agitation, hyperalgésie, etc.). Par contre, ils doivent être initiés ou poursuivis en présence de symptômes tels que la douleur ou la dyspnée;
- L'administration de la médication par voie sous-cutanée est généralement favorisée. L'utilisation de la voie intraveineuse peut être néanmoins nécessaire dans des situations cliniques particulières (ex. anasarque, posologies élevées, etc.)
- L'utilisation des médicaments sédatifs ne remplace pas la médication nécessaire à la bonne gestion des autres symptômes. Ces médicaments doivent être maintenus et leur dosage doit être ajusté au besoin.

Face à une situation clinique complexe, le médecin peut solliciter l'avis du pharmacien ou d'autres professionnels ayant une expertise dans le domaine.

## RÉDACTION ET EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉFORMATÉE (suite)

### Le pharmacien

- analyse le dossier pharmacologique de l'utilisateur;
- informe et soutient le médecin dans le choix du meilleur agent ou de la meilleure association de médicaments;
- informe, après avoir effectué les validations requises, le médecin de la disponibilité des agents;
- analyse les possibilités d'associations d'agents pharmacologiques ainsi que les données de compatibilités, stabilités des mélanges;
- s'assure d'avoir une copie du consentement écrit;
- valide et exécute l'ordonnance médicale (OIP 3461; présentée à l'annexe 2);
- apporte une information éclairée à l'utilisateur et aux proches sur l'action des médicaments employés aux fins de sédation continue vs intermittente (à la demande du médecin ou d'un membre de l'équipe interdisciplinaire).

## INITIATION ET SUIVI DE LA SÉDATION

### L'infirmière

- il lui est possible de travailler en collaboration avec une infirmière auxiliaire, en respectant les activités réservées
- installe la perfusion ou administre la médication telle que spécifiée sur l'OIP 3461;
- au cours de la première heure, procède à l'évaluation de manière plus soutenue;
- en présence d'une détresse importante, assure une présence jusqu'à l'obtention d'un soulagement adéquat;
- assure une surveillance clinique, minimalement aux 8 heures et lors de toute administration d'une médication;

En collaboration avec l'**infirmière auxiliaire**, l'infirmière évalue le :

- niveau de vigilance-agitation par l'échelle de RASS
- niveau de confort en général et de soulagement des symptômes

#### **CONSIDÉRATION IMPORTANTE en lien avec la surveillance:**

Dans la plupart des cas, la surveillance des paramètres cliniques tels que TA, rythme respiratoire, fréquence cardiaque, oxymétrie n'est plus nécessaire et peut être cessée dans la mesure où ces paramètres n'apportent pas d'information qui peut influencer ou optimiser le confort de la personne.

- avise promptement le médecin s'il y a:
  - présence de signes d'inconfort;
  - survenue d'effets indésirables;
  - diminution du soulagement de la douleur et du confort;
  - augmentation de la vigilance
- s'assure de la perméabilité du site de perfusion et de la qualité du site d'insertion;
- prodigue, en collaboration avec les autres intervenants impliqués, les soins requis et appropriés à la condition clinique;
- soutient les proches et les informe sur l'évolution de la condition de l'utilisateur, sur les manifestations physiques normales qui surviennent en fin de vie, notamment sur les signes physiques d'un décès imminent;

## INITIATION ET SUIVI DE LA SÉDATION (suite)

### L'infirmière (suite)

- participe avec les autres membres de l'équipe de soins à la réévaluation périodique du plan de traitement;
- consigne les médicaments donnés et ses observations sur la « FADM et surveillance – OIP – 3461 – Sédation Palliative Continue (SPC) » (présentée à l'annexe 3) et au besoin, dans le formulaire usuel de notes des soins infirmiers.

### CONSIDÉRATIONS SPÉCIFIQUES pour l'infirmière à domicile

- procède à domicile, minimalement deux fois par jour, à l'évaluation de la condition clinique de la personne ainsi que des paramètres notés sur la « FADM et surveillance – OIP – 3461 – Sédation Palliative Continue (SPC) » (présentée à l'annexe 3);
- en plus de cette évaluation au chevet, prend contact par téléphone, au moins une fois par 24h, avec le proche – partenaire qui assure la présence à domicile, afin de vérifier auprès de lui, le niveau de confort et de sédation de la personne ainsi que l'apparition de tout effet indésirable;
- informe les proches d'aviser rapidement et en tout temps de tout changement de la condition clinique qui semble compromettre le confort de la personne.

### Le médecin

- est présent ou est rapidement disponible par téléphone.
- prend connaissance des évaluations infirmières, et discute avec celles-ci de l'état clinique de la personne. Il est informé de la présence de signes d'inconfort, de la survenue d'effets indésirables.
- réévalue régulièrement l'état clinique de la personne, de son degré de sédation et de confort. Il s'assure que tous les autres symptômes soient bien soulagés et que tous les soins requis soient offerts.
- discute avec les infirmières et les pharmaciens, des changements à apporter au plan de traitement.
- réajuste au besoin l'ordonnance des médicaments sédatifs et celle de tous les autres médicaments pouvant contribuer au contrôle des symptômes de fin de vie.

Si des modifications sont apportées à la médication, une nouvelle OIP 3461 dûment complétée et tenant compte de ces modifications doit être transmise à la pharmacie. (La transmission par télécopieur au pharmacien doit être préconisée). Si le médecin n'est pas présent, sur place, il peut transmettre verbalement l'information au pharmacien. Le plus rapidement possible, le médecin fera parvenir, par la suite, cette nouvelle OIP signée au pharmacien.

- consigne au dossier ses observations et son plan de traitement.
- informe, soutient les proches et les intervenants et répond à leurs questions.

### Le pharmacien

- conseille, informe et soutient le médecin dans le processus décisionnel lié aux choix et à la posologie des médicaments;
- informe, après avoir effectué les validations requises, le médecin de la disponibilité des agents;
- analyse les possibilités d'associations d'agents pharmacologiques ainsi que les données de compatibilités, stabilités des mélanges;
- valide et exécute l'ordonnance médicale (OIP 3461; présentée à l'annexe 2).

### Équipe interdisciplinaire (incluant les intervenants déjà nommés)

Chaque intervenant, à travers son champ d'expertise, contribue à la prestation de soins de qualité et au soutien des proches et des autres intervenants.

## DÉCLARATION

### Le médecin

- au moment du décès de la personne, complète le formulaire de déclaration de la sédation palliative (présenté à l'annexe 4). Le formulaire original est conservé au dossier de l'utilisateur.

Le médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile (*article 34 – Loi concernant les soins de fin de vie*).

Le médecin qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les 10 jours suivant son administration, informer le Collège des médecins du Québec.

### Inscriptions au dossier

- Toute intervention liée à la sédation palliative continue doit être consignée au dossier en spécifiant la date et l'heure.
- Se retrouvent dans le dossier de l'utilisateur :
  - l'essentiel des informations échangées avec l'utilisateur ou ses proches et les professionnels impliqués;
  - le formulaire de consentement à la sédation continue dûment signé (présenté à l'annexe 1);
  - l'évaluation clinique de l'utilisateur avant et tout au cours de la sédation palliative continue;
  - l'OIP 3461 (incluant les OIP attestant les modifications de régime pharmacothérapeutique) (présentée à l'annexe 2);
    - la documentation de l'administration des médicaments et de la surveillance réalisée sur la « FADM et surveillance – OIP – 3461 – Sédation Palliative Continue (SPC) » (présentée à l'annexe 3) et au besoin, dans le formulaire usuel de notes des soins infirmiers.
  - le formulaire de déclaration suite à la sédation palliative continue et au décès (présenté à l'annexe 4).

### Qualité de l'acte

- Le CMDP a la responsabilité d'évaluer la qualité des soins fournis par ses membres. Le CII et le CM ont la responsabilité d'apprécier de manière générale la qualité des soins fournis par l'ensemble de leurs membres respectifs.

### Indicateurs de qualité

**Le président-directeur général doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique du CIUSSS portant sur les soins de fin de vie.**

Le rapport doit indiquer

- le nombre de sédations palliatives continues administrées;
- le nombre de sédations palliatives continues administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année.

L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.



<b>Approuvée par :</b>		<i>(La version originale signée est conservée par le département de pharmacie à l'installation Maisonneuve-Rosemont.)</i>
Directeur des services professionnels - CEMTL Dr André Luyet		Date
Directrice des soins infirmiers - CEMTL Audrey Bouchard		Date
Directeur des services multidisciplinaires - CEMTL Sylvain Lemieux		Date
Présidente du comité transitoire exécutif du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) Monique Nguyen		Date
Porte-parole du comité exécutif du conseil multidisciplinaire transitoire Simon Tremblay		Date
Présidente du comité exécutif transitoire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) Dre Claire Béliveau		Date
Président-directeur général Yvan Gendron		Date
Titre :	Protocole interdisciplinaire de sédation palliative continue	
Rédigée par :	Dre Dominique Dion, médecin, soins palliatifs Nicole Tremblay, infirmière, CCSI, programme clientèle d'oncologie Martin Franco, pharmacien, adjoint au chef du département de pharmacie Hadil Shendi, infirmière, coordonnatrice au développement de la pratique et excellence des soins en santé physique	
	Approuvé par le comité exécutif transitoire du CMDP le 8 décembre 2015. Approuvé par le comité transitoire exécutif du CII le 10 décembre 2015. Approuvé par le comité exécutif transitoire du CM le 10 décembre 2015.	
Date :	10 décembre 2015	

Consultations :

Comité consultatif OC/OIP

- M. Martin Franco, Adjoint au chef du département de pharmacie
- Mme Hélène Boucher, chef des activités respiratoires, Services multidisciplinaires
- Mme Marie-Claude Lussier, Conseillère cadre au développement et maintien des compétences en soins infirmiers

Comité de la sédation palliative continue

- Mme Audrey Bouchard / ou M. Claudel Guillemette - soins infirmiers
- Mme Hélène Boucher - inhalothérapie
- Mme Manon Labine - conseillère en soins palliatifs
- Mme Marie-Marielle Lubin - soins infirmiers
- Mme Violetta Sikora - soins infirmiers
- Mme Nicole Tremblay - conseillère en soins palliatifs
- M. Martin Franco – pharmacie, comité OC-OIP
- M. Jude Goulet - pharmacie
- Dr Claire Béliveau – présidente du CMDP
- Dr Alain Beaupré - pneumologie
- Dr Dominique Dion - soins palliatifs
- Dr Yousri Hanna - soins palliatifs
- Dr Martin Légaré - soins intensifs
- Dr Jean-François Tremblay - cardiologie

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

## Références

Gouvernement du Québec (2015). *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q., c. S-32.0001.

Collège des Médecins du Québec. *La sédation palliative en fin de vie. Guide d'exercice*. Mai 2015. 61 pp.

CHUM. *Protocole interdisciplinaire. Sédation Palliative Continue (non approuvée)*. Novembre 2015.

Société Québécoise des médecins en soins palliatifs. *Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative : principes et pratique en médecine adulte*. Novembre 2014. 56 pp.

Association des pharmaciens d'établissements de santé du Québec. *Guide pratique de soins palliatifs*. 4e éd. 2008.

**Annexe 1**

**Formulaire de consentement prescrit par le MSSS  
Sédation palliative continue**



DT9231

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois
N° d'assurance maladie		Année	Mois
Adresse		Expiration	
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.	

Je consens à la sédation palliative continue.

Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**Tiers autorisé**<sup>1</sup> : si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (adresse) :

Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue :

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Le cas échéant, la **personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué** dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue **inapte à consentir aux soins**.

Prénom et nom de la **personne habilitée à donner un consentement substitué** :

Lien avec la personne concernée :

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

### Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement

Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.

Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature
--------------------------	-------------------------	-----------

<sup>1</sup> Conformément à l'article 25 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte.

**Annexe 2**

**Ordonnance individuelle pré formatée :  
OIP 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**

## OIP 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Allergie : \_\_\_\_\_ Intolérance : \_\_\_\_\_

**INDICATION** : Soins offerts 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 concernant les soins de fin de vie, S-32.0001*)

La sédation palliative, médicalement induite, est une pratique **d'exception** à laquelle on peut avoir recours chez une personne en fin de vie (survie anticipée : généralement moins de 2 semaines) en présence de symptômes intolérables qui se montrent réfractaires aux traitements habituels. (*Guide d'exercice : La sédation palliative en fin de vie, CMQ 2015*)

Le médecin doit informer l'utilisateur ou la personne apte à consentir pour lui, du pronostic relatif à sa maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation (*Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001*). Le médecin doit également s'assurer du caractère libre et éclairé du consentement.

**Exclusion** : La sédation palliative intermittente n'est pas visée par cette ordonnance

### CONSENTEMENT

- Le consentement doit être donné par écrit par l'utilisateur ou par une personne apte à consentir pour lui au moyen du formulaire spécifique du MSSS.
- La copie originale du consentement doit être conservée dans le dossier de l'utilisateur.
- Une copie du consentement obtenu doit accompagner la transmission de l'OIP au pharmacien.

### CONTEXTE D'ADMINISTRATION

- À domicile
- Hôpital : \_\_\_\_\_
- Centre d'hébergement : \_\_\_\_\_
- Maison de soins palliatifs : \_\_\_\_\_

### PHARMACOTHÉRAPIE

- L'utilisation des médicaments à visée sédative ne remplace pas la médication (ex. opiacés, anticholinergiques) nécessaire à la bonne gestion d'autres symptômes. Ces médicaments doivent être maintenus et ajustés au besoin.
  - Favoriser la **voie SC** lorsque possible.
  - Cette ordonnance doit être complétée avant le début d'une sédation palliative continue. Elle doit être renouvelée si la posologie est modifiée.
  - Cette ordonnance a été conçue pour prévoir l'administration de la sédation palliative dans tous les contextes.
  - Après l'administration des médicaments : tout médicament ou matériel inutilisé ainsi que les emballages et seringues vides doivent être rapportés à la pharmacie qui a délivré la médication.
- Accès veineux **nécessaire** (à installer le cas échéant) pour injection IV.

Date et heure : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_

OIP 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)

PHARMACOTHÉRAPIE (SUITE)

		Pour usage du pharmacien communautaire	
Médicament (concentration)	Posologie	Quantité à servir À LA FOIS	Quantité TOTALE/validité
<b>BENZODIAZÉPINE</b>			
<input type="checkbox"/> Midazolam (Versed <sup>MD</sup> ) (5 mg/mL, fiole de 10 mL) Conditionnement stérile en seringue -Stabilité 36 j TP	Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV -Posologie: _____ mg q _____ h RÉG OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG -Entre-doses : _____ mg q _____ PRN	_____ seringues de _____ mg	_____ seringues de _____ mg 1 mois
<input type="checkbox"/> Midazolam (Versed <sup>MD</sup> ) (5 mg/mL, fiole de 10 mL) Conditionnement stérile -Concentration finale : 5 mg/mL -Stabilité 48 h à TP, -Remplacer le sac 24 h après l'installation	<b>Perfusion continue</b> <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV sous pompe selon la programmation suivante : -Bolus initial : _____ mg -Débit: _____ mg/h -Bolus : _____ mg q _____ PRN	_____ sacs de <input type="checkbox"/> 50 mL(250 mg) <input type="checkbox"/> 100 mL(500 mg) (par 48 h)	_____ sacs de <input type="checkbox"/> 50 mL(250 mg) <input type="checkbox"/> 100 mL(500 mg) 1 mois
<b>NEUROLEPTIQUE</b>			
<input type="checkbox"/> Methotrimeprazine (Nozinan <sup>MD</sup> ) (25 mg/mL, ampoule de 1 mL) Conditionnement stérile en seringue -Stabilité 24 h TP, à l'abri de la lumière	Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV -Posologie: _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG	_____ seringues de _____ mg (par 24 h)	_____ seringues de _____ mg 1 mois
<b>BARBITURIQUE</b>			
<input type="checkbox"/> Phenobarbital (120 mg/mL, ampoule de 1 mL) (Non couvert par la RAMQ) Conditionnement en seringue au chevet -Stabilité 4 h TP	Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV -Posologie: _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG	_____ ampoules de 120 mg (fournir seringues 3 mL; avec aiguilles)	_____ ampoules de 120 mg 1 mois
<b>ANESTHÉSIQUE</b>			
<input type="checkbox"/> Propofol (Diprivan <sup>MD</sup> ) (10 mg/mL, fiole de 50 mL) (Non couvert par la RAMQ) -Bien secouer la fiole avant l'utilisation. Remplacer 12 h après l'installation.	<b>Perfusion continue IV</b> sous pompe selon la programmation suivante : -Débit: _____ mg/h	Ce type de sédation profonde est administré uniquement en contexte hospitalier	
<b>AUTRE</b>			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
TP : Température pièce			
Date et heure : _____ Signature du médecin : _____ # permis : _____			



## OIP 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)

### DÉCLARATION

- Le formulaire de déclaration doit être complété et acheminé à l'instance correspondante en fonction du lieu de pratique du médecin.
- Conformément à la loi,
  - le médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile (*article 34 – Loi concernant les soins de fin de vie*).
  - le médecin qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les 10 jours suivant son administration, informer le Collège des médecins du Québec.

### SURVEILLANCE INFIRMIÈRE

#### À l'initiation de la sédation :

- Assurer une présence sur place dans l'heure suivant l'initiation de la sédation afin de permettre :
  - Un soutien à la personne et ses proches.
  - L'évaluation du soulagement du symptôme justifiant l'initiation de la sédation
    - Évaluer la présence et l'intensité du (des) symptôme(s)
    - Évaluer le niveau de sédation (selon l'échelle RASS)
  - Il est possible de travailler en collaboration avec une infirmière auxiliaire, en respectant les activités réservées.

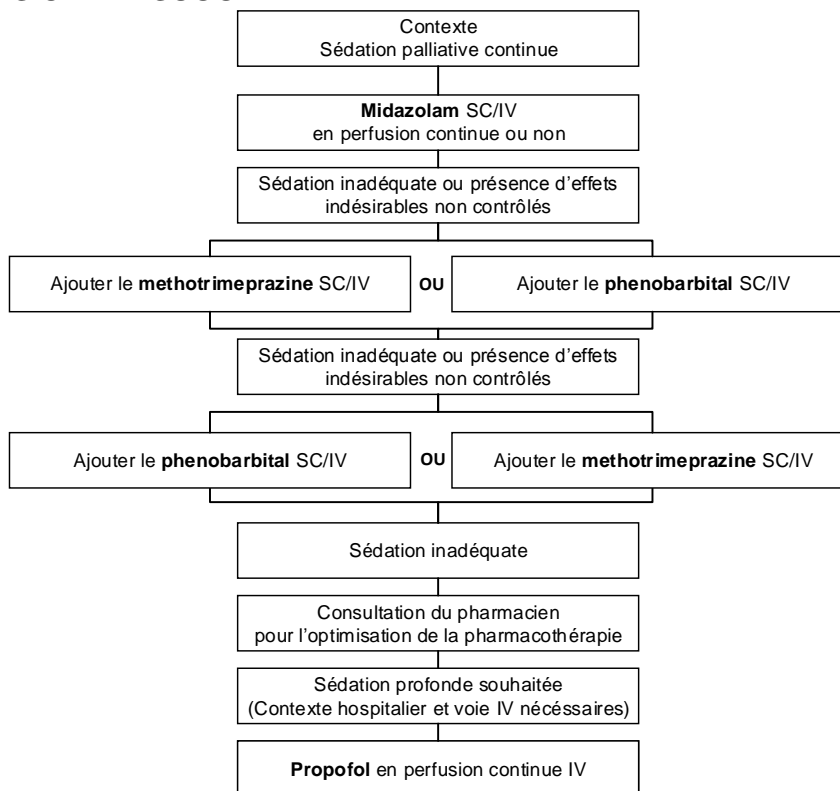
#### Durant la sédation :

- Surveillance minimale q 8 h et lors de l'administration de toute médication :
  - **Soins à domicile**: dont au moins 2 évaluations au chevet de la personne par 24 h. Une troisième évaluation peut être réalisée à distance auprès des proches.
  - **Centre hospitalier ou centre d'hébergement** : évaluation minimale à chaque quart de travail.
  - Il est possible de travailler en collaboration avec une infirmière auxiliaire, en respectant les activités réservées.
  - Évaluer :
    - Le niveau de sédation (selon l'échelle RASS);
    - Le niveau de soulagement du (des) symptôme(s) (dont la douleur);
    - Le niveau de confort psychologique des proches;
    - L'apparition des effets secondaires liés aux médicaments inscrits sur la FADM correspondante

Date et heure : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_

## ANNEXE À L'OIP 3461 – GUIDE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

### ALGORITHME DÉCISIONNEL SUGGÉRÉ



### GUIDE POSOLOGIQUE

Médication	Posologie
Midazolam (Versed <sup>MD</sup> )	En mode intermittent
	- Bolus initial : 2,5 à 5 mg
	- Posologie: 5 à 10 mg q 2 h
	En perfusion continue
	- Bolus initial : 2,5 à 5 mg
- Débit initial: 0.5 à 1 mg/h (usuellement, la dose varie de 12 à 240 mg/24 h)	
Dose moyenne efficace :	20 à 70 mg/24h
Dose maximale documentée :	1200 mg/24h
Methotrimeprazine (Nozinan <sup>MD</sup> )	Posologie: 12,5 à 50 mg q 4 à 6 h
	Dose moyenne efficace : 30 à 75 mg/24h
	Dose maximale documentée : 300 mg/24h
Phenobarbital	Posologie: 30 à 60 mg q 4 à 6 h ou q 8 h
	Si utilisé en combinaison : 100 mg HS peuvent être suffisants
	Dose maximale documentée : 2500 mg/24h
Propofol (Diprivan <sup>MD</sup> )	Débit initial: 5 à 10 mg/h, augmenter de 10 mg/h à la fois
	Dose maximale documentée : 200 mg/h

**Annexe 3**

**FADM et surveillance – OIP – 3461 – Sédation Palliative Continue (SPC)**



NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

## FADM ET SURVEILLANCE – OIP – 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Moment d'initiation de la SPC – Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_h\_\_\_\_ Accès veineux en place :  Oui  Non

Médicaments	Nuit (00:00-07:59)	Jour (08:00-15:59)	Soir (16:00-23:59)
<input type="checkbox"/> <b>MIDAZOLAM (5 MG/ML) - VERSED<sup>MD</sup></b> Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV _____ mg q _____ h RÉG OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG <i>Réaction paradoxale : agitation, troubles de comportement. Tachyphylaxie</i>  Entre-doses : _____ mg q _____ PRN			
<input type="checkbox"/> <b>MIDAZOLAM (5 MG/ML) - PERFUSION CONTINUE - VERSED<sup>MD</sup></b> 1 sac <input type="checkbox"/> de 50 mL (250 mg) OU <input type="checkbox"/> de 100 mL (500 mg) <b>Perfusion continue</b> <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV sous pompe selon la programmation : Débit: _____ mg/h <i>Réaction paradoxale : agitation, troubles de comportement. Tachyphylaxie</i>  Bolus : _____ mg q _____ PRN  Vérification de la pompe q 8 h			
<input type="checkbox"/> <b>METHOTRIMEPRAZINE (25 MG/ML) - NOZINAN<sup>MD</sup></b> À l'abri de la lumière Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN <i>Effets extrapyramidaux; réduction du seuil épileptique, irritation cutanée au site d'injection; effets anticholinergiques : rétention urinaire, confusion, agitation,</i>			
<input type="checkbox"/> <b>PHENOBARBITAL (120 MG/ML) - Voie <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV</b> _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN OU _____ mg à _____ mg q _____ h RÉG <input type="checkbox"/> PRN <i>Excitation paradoxale, irritation cutanée au site d'injection</i>			
<input type="checkbox"/> <b>PROPOFOL (10 MG/ML) – PERF. CONTINUE IV - DIPRIVAN<sup>MD</sup></b> Secouer la fiole avant l'utilisation. Remplacer 12 h post-l'installation. <b>Perfusion continue</b> IV sous pompe selon la programmation : Débit: _____ mg/h <i>Irritation cutanée au site d'injection</i>  Vérification de la pompe q 8 h			

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

Vérfié par : \_\_\_\_\_ Valide du : \_\_\_\_\_ hre : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ hre : \_\_\_\_\_

Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.



NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

## FADM ET SURVEILLANCE – OIP – 3461 – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC) (SUITE)

SURVEILLANCE	Nuit (00:00-07:59)			Jour (08:00-15:59)			Soir (16:00-23:59)				
<b>INDICES D'INCONFORT</b>											
<b>Visage</b> D : détendu    TC : Tendu crispé    TG : Tordu grimaçant											
<b>Geignements</b> A : Absents    P : Présents											
<b>Membres</b> S : Souples    RA : Raideurs    RI : Rigidité											
<b>NIVEAU DE SÉDATION</b>											
Légende 1 – Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) (Sessler, 2002; Chanques, 2006; Thuong, 2008)											
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	Mouvement 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 (< 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 la friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)									
<b>AUTRES OBSERVATIONS</b>											
<b>Signature</b>			<b>Init.</b>			<b>Signature</b>			<b>Init.</b>		

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

**Annexe 4**

**Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue**

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

### CONTEXTE D'ADMINISTRATION (Préciser le nom de l'installation)

- À domicile
- Hôpital : \_\_\_\_\_
- Centre d'hébergement : \_\_\_\_\_
- Maison de soins palliatifs : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

### PRESCRIPTEUR

Nom du médecin ayant débuté la sédation palliative continue : \_\_\_\_\_

# permis : \_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT ÉCRIT (Joindre une copie du consentement lors de l'envoi de la déclaration)

- Consentement donné par l'usager
- Consentement substitué : \_\_\_\_\_
- Pas de consentement obtenu
- Justification : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

SYMPTÔME(S) RÉFRACTAIRE(S) justifiant d'envisager une sédation palliative continue

- Douleur intraitable et intolérable
- Détresse psychologique ou existentielle réfractaire
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Détresses respiratoires majeures et récidivantes
- Nausées et vomissements incoercibles
- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
- Autre symptôme réfractaire : \_\_\_\_\_
- Autre symptôme réfractaire : \_\_\_\_\_

Approches thérapeutiques employées avant le recours à la sédation palliative continue

- Pharmacologiques : \_\_\_\_\_

Dont la  sédation intermittente

- Non-pharmacologiques : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)

### DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE (SUITE)

Soutien nutritionnel en cours au début de la sédation

- Nutrition par voie naturelle

Normale ou presque  
 Très réduite ou cessée spontanément par le patient  
 Cessée au moment de l'initiation de la sédation  
 Autre : \_\_\_\_\_

- Nutrition par voie artificielle (gavages, alimentation parentérale totale, etc.)

Oui cessée le (date) \_\_\_\_\_  
 Non

Hydratation en cours au début de la sédation

- Hydratation par voie naturelle

Normale ou presque  
 Très réduite ou cessée spontanément par le patient  
 Cessée au moment de l'initiation de la sédation  
 Autre : \_\_\_\_\_

- Hydratation par voie artificielle (soluté IV, etc.)

Oui cessée le (date) \_\_\_\_\_  
 Non

### PHARMACOTHÉRAPIE PRESCRITE

Médication	Début de la sédation		Fin de la sédation	
	Date	Posologie	Date	Posologie
Midazolam				
Méthotriméprazine				
Phénobarbital				
Propofol				

Durée de la sédation palliative continue : \_\_\_\_\_ jour(s)

### ÉVOLUTION CLINIQUE JUSQU'AU DÉCÈS

Date du décès : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Mort paisible  
 Soulagement incomplet : \_\_\_\_\_  
 Complications : \_\_\_\_\_



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)

### DÉCLARATION

Formulaire complété le : \_\_\_\_\_

Formulaire transmis le : \_\_\_\_\_

- au CMDP<sup>1</sup>  
 au Collège des médecins du Québec<sup>2</sup>

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

# permis : \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
1. Le médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile (*article 34 – Loi concernant les soins de fin de vie*).
  2. Le médecin qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les 10 jours suivant son administration, informer le Collège des médecins du Québec.

### SECTION RÉSERVÉE À L'INSTANCE MÉDICALE D'ÉVALUATION (CMDP OU CMQ SELON LE CONTEXTE)

Formulaire de déclaration reçu le : \_\_\_\_\_

Nom du médecin responsable : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_