

Administration de la sédation palliative  
continue (SPC) chez l'adulte en fin de vie  
Annexes complémentaires au rapport en soutien  
au protocole médical national

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé



Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical national sur l'administration de la sédation palliative continue chez l'adulte en fin de vie.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

---

## Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
Téléphone : 418 643-1339  
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
Téléphone : 514 873-2563  
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca  
www.inesss.qc.ca

---

## Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien au protocole médical national sur l'administration de la sédation palliative continue chez l'adulte en fin de vie.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

# TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A .....	1
Stratégie de recherche d'information .....	1
ANNEXE B .....	6
Sélection des publications.....	6
ANNEXE C.....	7
Liste des publications exclues et raisons de l'exclusion .....	7
ANNEXE D.....	8
Évaluation de la qualité méthodologique .....	8
ANNEXE E .....	14
Liste et caractéristiques des documents retenus.....	14
ANNEXE F .....	23
Tableaux d'extractions des documents retenus.....	23
ANNEXE G.....	136
Évaluation des lecteurs externes .....	136
ANNEXE H.....	172
Sondage auprès des futurs évaluateurs .....	172
RÉFÉRENCES.....	185

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Stratégie de recherche d'information dans la base de données PubMed .....	1
Tableau A-2	Sites Web, registres d'essais cliniques, moteurs de recherche et autres bases de données .....	4
Tableau C-1	Liste des documents exclus parmi les documents complets évalués et raison de leur exclusion .....	7
Tableau D-1	Critères d'évaluation de la grille AGREE GRS .....	8
Tableau D-2	Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AGREE GRS (évaluateurs 1 [AP] et 2 [AF]) .....	9
Tableau D-2	Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AGREE GRS (évaluateurs 1 [AP] et 2 [AF]) (suite) .....	10
Tableau D-3	Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AACODS (évaluateurs 1 [AF] et 2 [MPR]) .....	11
Tableau E-1	Tableaux des caractéristiques des publications avec recommandations .....	14
Tableau F-1	Tableaux d'extraction des données extraites des guides de pratique clinique et des lignes directrices pour les adultes .....	23
Tableau F-2	Tableaux d'extraction des données extraites des guides de pratique clinique et des lignes directrices pour les pédiatriques .....	110
Tableau F-3	Synthèse des données extraites des guides en contexte de soins particulier (COVID) .....	118
Tableau F-4	Synthèse des données extraites des monographies des principaux médicaments utilisés en sédation palliative .....	124
Tableau H-1	Statistiques des réponses au sondage des futurs utilisateurs .....	172
Tableau H-2	Réponses aux commentaires obtenus dans le sondage des futurs utilisateurs .....	174

## LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux .....	6
Figure F-1	Algorithme des principes d'utilisation des agents sédatifs selon la situation clinique .....	109



# ANNEXE A

## Stratégie de recherche d'information

**Tableau A-1 Stratégie de recherche d'information dans la base de données PubMed**

### Bases de données bibliographiques

<b>PubMed (NLM)</b>	
<b>Date du repérage : avril 2021</b>	
<b>Limites : 2014- ; anglais, français</b>	
#1	Palliative Care[mh]
#2	palliation[tiab] OR palliative care[tiab] OR palliative consultation[tiab] OR palliative medicine*[tiab] OR palliative radiotherap*[tiab] OR palliative supportive care[tiab] OR palliative surger*[tiab] OR palliative therap*[tiab] OR palliative treatment*[tiab] OR symptomatic treatment*[tiab]
#3	palliation[ot] OR palliative care[ot] OR palliative consultation[ot] OR palliative medicine*[ot] OR palliative radiotherap*[ot] OR palliative supportive care[ot] OR palliative surger*[ot] OR palliative therap*[ot] OR palliative treatment*[ot] OR symptomatic treatment*[ot]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	Terminal Care[mh]
#6	end of life care[tiab] OR EOL care[tiab] OR terminal care[tiab] OR terminally ill[tiab]
#7	end of life care[ot] OR EOL care[ot] OR terminal care[ot] OR terminally ill[ot]
#8	#5 OR #6 OR #7
#9	#4 OR #8
#10	Conscious Sedation[mh] OR Deep Sedation[mh] OR Hypnotics and Sedatives[mh]
#11	hypnosedative*[tiab] OR hypnoti*[tiab] OR sedative*[tiab] OR sedation[tiab]
#12	hypnosedative*[ot] OR hypnoti*[ot] OR sedative*[ot] OR sedation[ot]
#13	#10 OR #11 OR #12
#14	#9 AND #13
#15	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#16	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guide line*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guideline*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#17	#15 OR #16
#18	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]
#19	meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab])) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR umbrella

	review*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative syntheses*[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative literature review*[tiab]
#20	#18 OR #19
#21	#17 OR #20
#22	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#23	#21 NOT #22
#24	#14 AND #23
#25	#14 OR #24

<b>Embase (Ovid)</b>	
<b>Date du repérage : mai 2021</b>	
<b>Limites : 2014- ; anglais, français</b>	
1	Palliative Therapy/
2	(palliation OR palliative care OR palliative consultation OR palliative medicine* OR palliative radiotherap* OR palliative supportive care OR palliative surger* OR palliative therap* OR palliative treatment* OR symptomatic treatment*).ti,ab,kw
3	OR/1-2
4	Terminal Care/
5	(end of life care OR EOL care OR terminal care OR terminally ill).ti,ab,kw
6	OR/4-5
7	3 OR 6
8	Conscious Sedation/ OR Deep Sedation/ OR Hypnotic Sedative Agent/
9	(hypnosedative* OR hypnoti* OR sedative* OR sedation).ti,ab,kw
10	OR/8-9
11	7 AND 10
12	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
13	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
14	OR/12-13
15	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
16	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
17	OR/15-16
18	14 OR 17
19	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
20	18 NOT 19
21	11 AND 20
22	11 OR 21



<b>EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database</b> <b>Date du repérage : mai 2021</b> <b>Limites : 2010- ; anglais, français</b>	
1	(palliation OR palliative care OR palliative consultation OR palliative medicine* OR palliative radiotherap* OR palliative supportive care OR palliative surger* OR palliative therap* OR palliative treatment* OR symptomatic treatment*).mp
2	(end of life care OR EOL care OR terminal care OR terminally ill).mp
3	OR/1-2
4	(hypnosedative* OR hypnoti* OR sedative* OR sedation).mp
5	3 AND 4
6	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
7	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
8	OR/6-7
9	5 AND 8
10	5 OR 9

**Tableau A-2 Sites Web, registres d'essais cliniques, moteurs de recherche et autres bases de données**

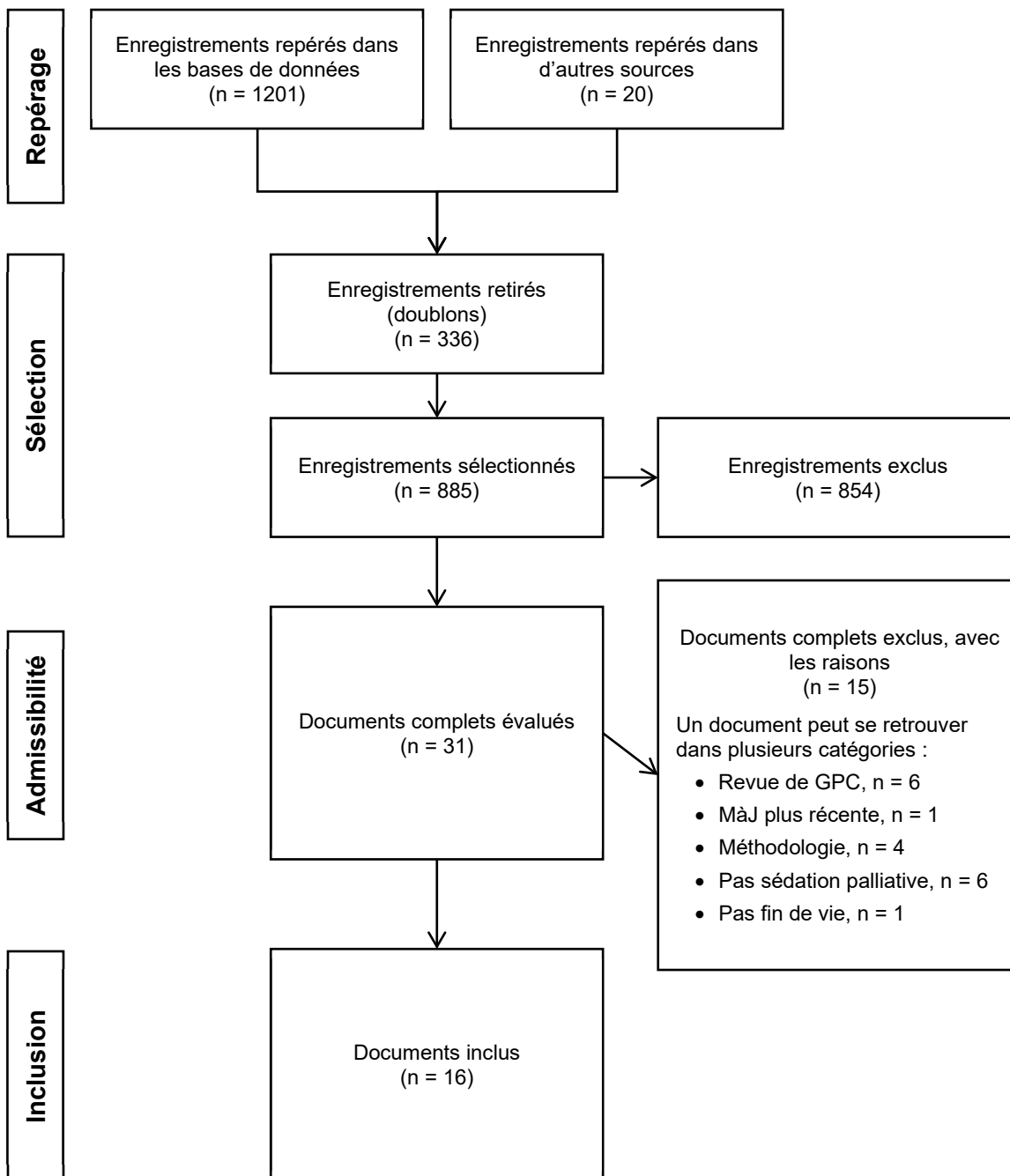
<b>Date de la consultation : mai 2021</b>	
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS/CADTH)	<a href="https://www.cadth.ca">https://www.cadth.ca</a>
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	<a href="https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html">https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html</a>
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	<a href="https://www.ahrq.gov">https://www.ahrq.gov</a>
Alberta Health Services (AHS)	<a href="https://www.albertahealthservices.ca/">https://www.albertahealthservices.ca/</a>
Alberta Hospice Palliative Care Association (AHPCA)	<a href="https://ahpca.ca/">https://ahpca.ca/</a>
American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM)	<a href="http://aaHPM.org/">http://aaHPM.org/</a>
American College of Physicians (ACP)	<a href="https://www.acponline.org/">https://www.acponline.org/</a>
American Medical Association (AMA)	<a href="https://www.ama-assn.org/">https://www.ama-assn.org/</a>
American Thoracic Society (ATS)	<a href="https://www.thoracic.org/">https://www.thoracic.org/</a>
Association Canadienne de Soins Palliatifs (ACSP)	<a href="https://www.acsp.net/">https://www.acsp.net/</a>
Association Québécoise de Soins Palliatifs (AQSP)	<a href="https://www.aqsp.org/">https://www.aqsp.org/</a>
Association de soins palliatifs du Nouveau-Brunswick (ASPNB)	<a href="https://nbhpca-aspnb.ca/">https://nbhpca-aspnb.ca/</a>
BC Centre for Palliative Care	<a href="https://bc-cpc.ca/">https://bc-cpc.ca/</a>
BC Guidelines	<a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines</a>
British Columbia Government	<a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/home">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/home</a>
British Columbia Hospice Palliative Care Association (BCHPCA)	<a href="https://bchpca.org/">https://bchpca.org/</a>
Canadian Society of Palliative Care Physicians (CSPCP)	<a href="https://www.cspcp.ca/">https://www.cspcp.ca/</a>
Canadian Medical Association (CMA)	<a href="https://www.cma.ca/fr">https://www.cma.ca/fr</a>
Canadian Nurse Association (CNA)	<a href="https://www.cna-aiic.ca/fr">https://www.cna-aiic.ca/fr</a>
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)	<a href="https://kce.fgov.be/fr">https://kce.fgov.be/fr</a>
Collège des médecins du Québec (CMQ)	<a href="http://www.cmq.org/">http://www.cmq.org/</a>
European Association for Palliative Care (EAPC)	<a href="https://www.eapcnet.eu/">https://www.eapcnet.eu/</a>
European Society for Medical Oncology (ESMO)	<a href="https://www.esmo.org/">https://www.esmo.org/</a>
Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBPSPC)	<a href="http://www.palliaguide.be/sedation-palliative-soins-palliatifs/">http://www.palliaguide.be/sedation-palliative-soins-palliatifs/</a>
Haute Autorité de Santé (HAS)	<a href="https://www.has-sante.fr/">https://www.has-sante.fr/</a>
Health Quality Ontario (HQO)	<a href="https://www.hqontario.ca/">https://www.hqontario.ca/</a>
Hospice Palliative Care Association of Prince Edward Island	<a href="https://www.chpca.ca/listing/hospice-pei-hospice-palliative-care-association-of-pei/">https://www.chpca.ca/listing/hospice-pei-hospice-palliative-care-association-of-pei/</a>
Hospice Palliative Care Ontario	<a href="https://www.hpco.ca/">https://www.hpco.ca/</a>
Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA)	<a href="https://advancingexpertcare.org/">https://advancingexpertcare.org/</a>
Hospice Yukon Society	<a href="https://hospiceyukon.net/en/">https://hospiceyukon.net/en/</a>
Infobanque des guides de pratique clinique de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA)	<a href="https://jouleamc.ca/cpg/homepage">https://jouleamc.ca/cpg/homepage</a>
Italian National Committee for Bioethics (INCB)	<a href="https://bioetica.governo.it/en/">https://bioetica.governo.it/en/</a>
McMaster University	<a href="https://www.mcmaster.ca/">https://www.mcmaster.ca/</a>
National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	<a href="https://www.nccn.org/">https://www.nccn.org/</a>
National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)	<a href="https://www.nhpco.org/">https://www.nhpco.org/</a>
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>

Newfoundland and Labrador Palliative Care Association	<a href="https://www.acsp.net/listing/newfoundland-labrador-palliative-care-association/">https://www.acsp.net/listing/newfoundland-labrador-palliative-care-association/</a>
Nova Scotia Hospice Palliative Care Association	<a href="http://nshpca.ca/">http://nshpca.ca/</a>
Palliative Manitoba	<a href="https://palliativemanitoba.ca/">https://palliativemanitoba.ca/</a>
Royal Dutch Medical Association (RDMA)	<a href="https://www.knmg.nl/over-knmg/about-knmg/about-knmg.htm">https://www.knmg.nl/over-knmg/about-knmg/about-knmg.htm</a>
Saskatchewan Hospice Palliative Care Association	<a href="http://www.saskpalliativecare.org/">http://www.saskpalliativecare.org/</a>
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)	<a href="http://www.sfap.org/">http://www.sfap.org/</a>
Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP)	<a href="https://www.sqmdsp.com/">https://www.sqmdsp.com/</a>
Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP)	<a href="https://www.palliative.ch/fr/a-notre-sujet/lassociation/">https://www.palliative.ch/fr/a-notre-sujet/lassociation/</a>
Society of Critical Care Medicine (SCCM)	<a href="https://www.sccm.org/Home">https://www.sccm.org/Home</a>
Western Australian Group for Evidence Informed Healthcare Practice (WAGEIHP)	<a href="https://healthsciences.curtin.edu.au/health-sciences-research/research-institutes-centres/wceihp/">https://healthsciences.curtin.edu.au/health-sciences-research/research-institutes-centres/wceihp/</a>
Wiley Online Library	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/">https://onlinelibrary.wiley.com/</a>

# ANNEXE B

## Sélection des publications

Figure B-1 Diagramme de flux



## ANNEXE C

### Liste des publications exclues et raisons de l'exclusion

**Tableau C-1 Liste des documents exclus parmi les documents complets évalués et raison de leur exclusion**

Auteur, Année	Titre	Raison d'exclusion
BHFNI, 2019	Guidance for the management of symptoms in adults with heart failure at the end of life.	Ne traite pas de sédation palliative, méthodologie inadéquate
Cellarius, 2014	A pragmatic approach to palliative sedation.	Devis inapproprié
Cherny, 2014	ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation.	Devis inapproprié
Devlin <i>et al.</i> , 2018	Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU.	Contexte soins intensifs et non fin de vie
Duran-Crane <i>et al.</i> , 2019	Clinical practice guidelines and consensus statements about pain management in critically ill end-of-life patients: A systematic review.	Devis inapproprié
GGPO, 2014	Palliative care for patients with incurable cancer, S3-Guideline, Short version 1.0	MàJ plus récente
Gurschick <i>et al.</i> , 2015	Palliative sedation: An analysis of international guidelines and position statements.	Devis inapproprié
Halpern <i>et al.</i> , 2014	An official American Thoracic Society/American Association of Critical-Care Nurses/American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine policy statement: the Choosing Wisely® Top 5 list in Critical Care Medicine.	Ne traite pas de sédation palliative, méthodologie inadéquate
Imai <i>et al.</i> , 2020	The principles of revised clinical guidelines about palliative sedation therapy of the Japanese Society for Palliative Medicine.	Devis inapproprié
Knops <i>et al.</i> , 2015	Paediatric palliative care: Recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands.	Ne traite pas de sédation palliative
Myatra <i>et al.</i> , 2014	End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC).	Ne traite pas de sédation palliative, méthodologie inadéquate
NICE, 2019	End of life care for adults: Service delivery. [B] Evidence review: Timing of referral to palliative care services.	Ne traite pas de sédation palliative
Osman <i>et al.</i> , 2018	Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline.	Ne traite pas de sédation palliative
SPCPA, 2020	Care in the last days of life.	Méthodologie inadéquate
Tomczyk <i>et al.</i> , 2020	« Sédation » ou « pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie » ? Une étude linguistique des recommandations francophones en matière de sédation en soins palliatifs chez l'adulte.	Devis inapproprié

# ANNEXE D

## Évaluation de la qualité méthodologique

Tableau D-1 Critères d'évaluation de la grille AGREE GRS

<b>Critères d'évaluation</b>
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
<b>Processus d'élaboration des recommandations</b> <b>1. Évaluer la qualité globale des méthodes de développement des lignes directrices</b>
Les parties prenantes appropriées ont-elles été impliquées dans le développement de ce guide ?
La base de preuve a-t-elle été développée de façon systématique ?
Les recommandations sont-elles cohérentes avec la littérature ?
<b>Style de présentation</b> <b>2. Évaluer la qualité globale de la présentation des lignes directrices</b>
Le guide est-il bien organisé ?
Les recommandations sont-elles faciles à trouver ?
<b>Intégralité de l'information rapportée</b> <b>3. Évaluer si l'information rapportée est complète</b>
Le processus de développement du guide est-il transparent et reproductible ?
L'information nécessaire à la prise de décision est-elle complète ?
<b>Validité clinique</b> <b>4. Évaluer la qualité globale des recommandations du guide</b>
Les recommandations sont-elles valables, d'un point de vue clinique ?
Les recommandations sont-elles appropriées pour les patients visés ?
<b>Total (/28 points)</b>
<b>Évaluation globale</b>
1. Évaluer la qualité générale du guide de pratique clinique
2. Recommandation de l'utilisation du guide pour la pratique
3. Recommandation de l'utilisation du guide dans mes décisions professionnelles

**Tableau D-2 Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AGREE GRS (évaluateurs 1 [AP] et 2 [AF])**

Critères d'évaluation	SQMDSP 2014		SQMDSP-CMQ 2016		AHS 2018		SPSIM 2021		HAS 2020		GGPO 2020		NCCN 2021	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Processus d'élaboration des recommandations</b> <i>1. Évaluer la qualité globale des méthodes de développement des lignes directrices</i>	5	4	4	4	4	4	4	5	7	7	7	7	6	6
<b>Style de présentation</b> <i>2. Évaluer la qualité globale de la présentation des lignes directrices</i>	3	3	3	4	4	3	5	7	6	6	7	7	7	7
<b>Intégralité de l'information rapportée</b> <i>3. Évaluer si l'information rapportée est complète</i>	1	1	1	1	2	1	4	1	7	7	7	6	7	6
<b>Validité clinique</b> <i>4. Évaluer la qualité globale des recommandations du guide</i>	4	6	4	6	3	2	7	7	6	6	7	7	7	7
<b>Total (/28 points)</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>26</b>
<b>Évaluation globale</b>														
1. Évaluer la qualité générale du guide de pratique clinique	4	4	4	4	4	2	4	5	6	7	7	7	7	7
2. Recommandation de l'utilisation du guide pour la pratique	4	4	5	4	5	2	6	6	5	5	7	7	7	7
3. Recommandation de l'utilisation du guide dans mes décisions professionnelles	6	6	6	4	6	2	6	6	7	7	7	6	7	7

**Tableau D-2 Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AGREE GRS (évaluateurs 1 [AP] et 2 [AF]) (suite)**

Critères d'évaluation	FBPSPC 2019		SPCPA 2020		NICE 2015		BC-CPC 2019		McMaster 2020		PSPC 2018	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Processus d'élaboration des recommandations</b> <i>1. Évaluer la qualité globale des méthodes de développement des lignes directrices</i>	1	2	1	1	7	7	5	5	1	2	3	2
<b>Style de présentation</b> <i>2. Évaluer la qualité globale de la présentation des lignes directrices</i>	4	1	4	5	7	7	5	5	4	4	3	3
<b>Intégralité de l'information rapportée</b> <i>3. Évaluer si l'information rapportée est complète</i>	1	2	1	1	7	7	3	1	1	1	1	1
<b>Validité clinique</b> <i>4. Évaluer la qualité globale des recommandations du guide</i>	3	3	5	6	7	6	7	7	7	4	4	5
<b>Total (/28 points)</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>Évaluation globale</b>												
1. Évaluer la qualité générale du guide de pratique clinique	3	2	3	4	7	7	5	5	3	3	3	3
2. Recommandation de l'utilisation du guide pour la pratique	3	2	5	5	7	7	7	7	5	4	4	5
3. Recommandation de l'utilisation du guide dans mes décisions professionnelles	3	2	6	6	7	7	7	7	5	4	4	5



**Tableau D-3 Résultats individuels de la qualité des documents évalués avec la grille AACODS (évaluateurs 1 [AF] et 2 [MPR])**

Titre du document (année) : The Waterloo Wellington Palliative Sedation Therapy Protocol (2019)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. <b>UN SEUL AUTEUR</b>						
	Associé à une organisation réputée ?						n/a
	Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable ?						n/a
	Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						n/a
	Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources ?						n/a
	Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide) ?						n/a
	Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						n/a
	<b>UNE ORGANISATION OU UN GROUPE</b>						
	L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?			x	x		
	L'organisation est-elle une autorité dans le domaine ?			x	x		
	<b>Dans tous les cas :</b>						
	Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?	x			x		
	<b>Commentaires :</b> <i>WWIHPC est un programme régional permettant l'accès des patients au Waterloo Wellington Local Health Integration Network</i>						
Exactitude	L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?	x			x		
	Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?	x			x		
	La méthodologie est-elle précisée?		x			x	
	Le cas échéant, est-elle respectée?						n/a
	Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?			x	x		
	A-t-il été édité par une autorité réputée?			x			x
	A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?	x			x		

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	x			x		
	Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						n/a
	Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche? Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		x			x	
	L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		x			x	
	<b>Commentaires :</b> <i>Collecte de données pas explicite, pas d'interprétation ou d'analyse puisque c'est un protocole</i>						
<b>Étendue</b>	Les limites sont-elles clairement énoncées? Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications. Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.		x			x	
<b>Objectivité</b>	La perspective de l'auteur est-elle claire? Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion.		x			x	
	La présentation du travail semble-t-elle équilibrée?	x			x		
	<b>Commentaires : Il est spécifié que ce document ne porte pas sur l'aide médicale à mourir, ni la sédation secondaire.</b>						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Date	Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence. L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante.	x			x		
	Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date?						n/a
	Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses?	x			x		
	<b>Commentaires :</b>						
Portée	Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)? C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent.	x			x		
	Met-il la recherche en contexte?		x			x	
	Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?	x			x		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	x			x		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?	x			x		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?	x			x		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	x			x		
	<b>Commentaires</b>						

## ANNEXE E

### Liste et caractéristiques des documents retenus

Tableau E-1 Tableaux des caractéristiques des publications avec recommandations

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Haute Autorité de Santé (HAS)
<b>Auteurs</b>	Frasca M, Péchard M, Treillet E.
<b>Pays</b>	France
<b>Titre</b>	Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie
<b>Année</b>	2020
<b>Objectif</b>	Les objectifs de cette recommandation sont de mieux définir les modalités d'utilisation des traitements médicamenteux, en particulier hors AMM, en situation palliative et phase terminale chez l'adulte : - pour l'antalgie des douleurs rebelles ou la prévention des douleurs rebelles provoquées; - pour la sédation, qu'elle soit proportionnée ou profonde et continue maintenue jusqu'au décès; - y compris, le cas échéant, les modalités spécifiques au domicile.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Janvier 2005 à juillet 2018, puis veille jusqu'à juillet 2019
<b>Sources d'information</b>	MEDLINE, Embase, Cochrane Library, sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié (voir Annexe 2 de l'argumentaire scientifique)
<b>Conflit d'intérêts</b>	Déclarations consultables sur le site DPI-Santé : <a href="https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home">https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home</a>

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine (SPSIM)
<b>Auteurs</b>	Diez-Manglano J, Sanchez Muñoz LA, Garcia Fenoll R, Freire E, Isasi de Isasmendi Perez S, et al.
<b>Pays</b>	Espagne et Portugal
<b>Titre</b>	Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine consensus guideline about best practice in end-of-life care
<b>Année</b>	2021
<b>Objectif</b>	L'objectif de ce guide est de produire des recommandations de bonne pratique à l'intention des internistes qui prennent en charge les patients hospitalisés dans leurs derniers jours de vie.

<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Aucun conflit déclaré

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	German Guideline Program in Oncology (GGPO)
<b>Auteurs</b>	Bausewein C, Simon S, Voltz R, Radbruch L.
<b>Pays</b>	Allemagne
<b>Titre</b>	Palliative care for patients with incurable cancer, Short version 2.2
<b>Année</b>	2020
<b>Objectif</b>	L'objectif principal de ce guide est l'amélioration du contrôle des symptômes en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer incurable et leurs familles.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Déclarés via le formulaire en ligne de l'AWMF (Association of the Scientific Medical Societies in Germany), accessible à : <a href="https://interessenerklaerung-online.awmf.org/">https://interessenerklaerung-online.awmf.org/</a>

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
<b>Auteurs</b>	Dans M et al.
<b>Pays</b>	USA
<b>Titre</b>	Palliative care
<b>Année</b>	2021
<b>Objectif</b>	L'objectif des guides de pratique en soins palliatifs du NCCN est d'aider à garantir que chaque patient atteint de cancer ait la meilleure qualité de vie possible au cours de la trajectoire de soins en procurant un guide pour l'équipe d'oncologie.

<b>Période de la recherche documentaire</b>	Mise à jour annuelle
<b>Sources d'information</b>	PubMed
<b>Conflit d'intérêts</b>	Politique de déclaration décrite à <a href="http://www.NCCN.org">www.NCCN.org</a>

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
<b>Auteurs</b>	Comité de rédaction, NICE
<b>Pays</b>	UK
<b>Titre</b>	Care of dying adults in the last days of life
<b>Année</b>	2015
<b>Objectif</b>	Ce guide vise à fournir des conseils aux professionnels de la santé et des soins pour leur permettre de mieux reconnaître quand une personne est en fin de vie, et comment communiquer et partager les décisions avec respect avec la personne mourante et ceux qui sont importants pour elle. De plus, des conseils sont fournis sur la meilleure façon de gérer les symptômes difficiles afin de maintenir le confort et la dignité sans provoquer d'effets secondaires inacceptables.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Méthode de recherche documentaire selon le « NICE guidelines: The manual » (2014) <a href="https://www.nice.org.uk/article/pmg20/resources/non-guidance-developing-nice-guidelines-the-manual-pdf">https://www.nice.org.uk/article/pmg20/resources/non-guidance-developing-nice-guidelines-the-manual-pdf</a>
<b>Sources d'information</b>	MEDLINE, Embase, The Cochrane Library, PsychINFO, CINAHL
<b>Conflit d'intérêts</b>	Gestion des conflits d'intérêts selon le « NICE guidelines manual » (2012) <a href="http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6/">http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6/</a>

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBPSPC)
<b>Auteurs</b>	Barthélémy N, Bouckenaere D, Desmedt M, Knoops L, Libert I, Doyen C, et al.
<b>Pays</b>	Belgique
<b>Titre</b>	Palliaguide
<b>Année</b>	2019
<b>Objectif</b>	L'objectif de ces guidelines est de mettre à la disposition des acteurs de première ligne des recommandations de bonne pratique en langue française concernant le contrôle des symptômes en soins palliatifs.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Cochrane reviews, EPAC, ESMO, NCCN, Oxford textbook of palliative medicine, Scottish palliative care guidelines, WHO, bases de données (non identifiées)
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non déclarés

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP)
<b>Auteurs</b>	Comité de rédaction, SQMDSP
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative. Principes et pratique en médecine adulte
<b>Année</b>	2014
<b>Objectif</b>	Soutenir une pratique consensuelle de qualité, respectueuse autant du cadre scientifique de ce soin que des patients, de leur famille et de tous les soignants impliqués.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP) et Collège des médecins du Québec (CMQ)
<b>Auteurs</b>	Comité de rédaction, CMQ et SQMDSP
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	La sédation palliative en fin de vie
<b>Année</b>	2016
<b>Objectif</b>	Ce guide a pour objectifs que ce soin de dernier recours soit mieux compris de toute la population québécoise et qu'il soit utilisé le plus judicieusement possible.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Alberta Health Services (AHS)
<b>Auteurs</b>	Comité de rédaction, AHS
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Palliative sedation, adult – All locations V1.0
<b>Année</b>	2018
<b>Objectif</b>	Non mentionné
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné



<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Alberta Health Services (AHS)
<b>Auteurs</b>	Comité de rédaction, AHS
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	COVID-19 specific quick tips: Palliative sedation
<b>Année</b>	2020
<b>Objectif</b>	Ce document est destiné à soutenir la prise en charge des symptômes spécifiquement pour, et non limité aux, les patients atteints de la COVID-19 qui reçoivent des soins de fin de vie à l'extérieur de l'unité de soins intensifs
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	McMaster University
<b>Auteurs</b>	Groupe de travail
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Continuous Palliative Sedation Therapy (CPST) guidelines. (A protocol is attached as appendix for providing CPST in the COVID-19 pandemic)
<b>Année</b>	2020
<b>Objectif</b>	Ce protocole se veut une aide à la pratique clinique pour clarifier le processus de sédation palliative continue pour les cliniciens impliqués dans sa mise en œuvre. L'objectif est d'assurer une utilisation efficace, sûre, opportune et appropriée de la sédation palliative continue si nécessaire, en particulier pendant une pandémie.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Programme de soins palliatifs de Champlain (PSPC)
<b>Auteurs</b>	Rice J et al.
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Lignes directrices sur la pratique clinique de sédation palliative et de médication dans la région de Champlain
<b>Année</b>	2018
<b>Objectif</b>	Ce guide vise à favoriser l'administration de la sédation palliative de façon efficace, sûre et adéquate dans la région de Champlain, ainsi que l'harmonisation de la pratique de cette thérapie.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Aucun conflit d'intérêt

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	BC Centre for Palliative Care (BC-CPC)
<b>Auteurs</b>	Groupes de travail
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	B.C. inter-professional palliative symptom management guidelines
<b>Année</b>	2019
<b>Objectif</b>	Ce guide est destiné à fournir des conseils généraux aux cliniciens, médecins, infirmières et au personnel paramédical impliqués dans le soutien aux soins palliatifs
<b>Période de la recherche documentaire</b>	2012 à mai 2016
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Aucun conflit d'intérêt

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care (WWIHPC)
<b>Auteurs</b>	Non mentionnés
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	The Waterloo Wellington Palliative Sedation Therapy Protocol
<b>Année</b>	2019
<b>Objectif</b>	Ce protocole vise à assurer une utilisation efficace, sûre, opportune et appropriée de la sédation palliative dans le réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)
<b>Auteurs</b>	Néron A et al.
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Guide pratique de soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, 5 <sup>e</sup> édition
<b>Année</b>	2017
<b>Objectif</b>	Le but du guide vise la transmission de connaissances factuelles. Il vise à fournir aux utilisateurs professionnels de la santé une information de qualité sur les notions de base de la douleur, l'approche pharmacologique de la douleur ainsi que des symptômes satellites qui meurtrissent le malade en phase avancée d'une condition incurable et irréversible.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Non mentionnées
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

<b>Type</b>	Guide de pratique clinique
<b>Organisme</b>	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)
<b>Auteurs</b>	Regroupement de pharmaciens experts en soins palliatifs en collaboration avec le groupe de travail sur les préparations stériles de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES).
<b>Pays</b>	Canada
<b>Titre</b>	Options thérapeutiques et date limite d'utilisation des produits injectables en soins palliatifs dans le contexte de la pandémie de COVID-19
<b>Année</b>	2020
<b>Objectif</b>	Mieux outiller les cliniciens pour faire face au contexte pandémique en proposant des options thérapeutiques et une date limite d'utilisation des produits injectables en soins palliatifs.
<b>Période de la recherche documentaire</b>	Non mentionnée
<b>Sources d'information</b>	Avis des auteurs, basé sur leurs connaissances et leur expérience en soins palliatifs
<b>Conflit d'intérêts</b>	Non mentionné

## ANNEXE F

### Tableaux d'extractions des documents retenus

Tableau F-1 Tableaux d'extraction des données extraites des guides de pratique clinique et des lignes directrices pour les adultes

#### Définition

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<p>Il existe deux catégories de pratiques sédatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>les sédations proportionnées</b>, c'est-à-dire de profondeur et de durée proportionnelles au soulagement du symptôme; certaines situations de détresse vitale nécessitent un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple);</li> <li>• <b>les sédations profondes et continues</b> provoquant une altération de la conscience <b>maintenue</b> jusqu'au <b>décès (SPCMD)</b>.</li> </ul> <p><b>Le niveau de sédation</b> recherché peut varier au cours du temps afin de s'adapter aux besoins du patient. De plus, les sédations proportionnées peuvent être transitoires ou devenir continues (parfois jusqu'au décès) en fonction de l'intensité et/ou de la durée de la souffrance qui les nécessite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les sédations proportionnées transitoires</b> peuvent être <b>courtes</b> (dose initiale unique) ou <b>prolongées</b> (dose initiale + dose d'entretien). L'administration d'une dose unique peut en effet parfois permettre une sédation de durée suffisante au soulagement de la souffrance (douleur induite courte ou symptôme rapidement soulagé par la</li> </ul>					

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<p>réadaptation du traitement de fond). À l'inverse, un symptôme se prolongeant au-delà de la durée d'action de la dose initiale nécessitera une dose d'entretien.</p> <p>• <b>Les sédations proportionnées continues peuvent être poursuivies jusqu'au décès.</b> Elles diffèrent cependant de la SPCMD par le fait que, comme pour les sédations proportionnées transitoires, le niveau de sédation s'adapte au degré de soulagement du symptôme. Elles ne sont donc pas forcément profondes et restent réversibles si elles ne sont plus nécessaires au soulagement (contrairement à la SPCMD).</p>					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<p>En soins palliatifs, « la sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté</p> <p>Aux fins des recommandations présentées, la sédation palliative implique donc</p>	<p>La « sédation palliative » s'entend comme l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience. Selon le niveau de conscience obtenu, on distingue la sédation légère de la sédation modérée et de la sédation profonde. Selon la durée, la sédation est souvent qualifiée d'intermittente ou de continue.</p> <p>La sédation médicalement induite ne doit pas être confondue avec la diminution</p>	<p>Palliative sedation is the process of inducing and maintaining deep sleep, in the final hours to days of life, for the relief of severe suffering caused by one or more intractable symptoms when all appropriate alternative interventions have failed to bring adequate symptom relief.</p>	<p><b>Palliative Continuous Sedation Therapy (CPST)</b> is a specialized medical intervention leading to the intentional induction and continuous maintenance of a reduced level of consciousness to relieve refractory symptom(s) that have not responded to other treatments during the last hours to days of life for patients whose goal of care is comfort.</p> <p>CPST is a relatively uncommon procedure. - CPST is not a therapeutic option in response to a</p>	<p><u>Sédation palliative</u> Dans le contexte de la médecine palliative, la sédation palliative est l'administration surveillée de médicaments qui visent à diminuer l'état de conscience ou à induire une perte de conscience (état d'inconscience). Elle vise à soulager, chez les patients atteints d'une maladie terminale, le fardeau d'une souffrance intolérable en appliquant une procédure éthique que les patients, leur famille et leurs fournisseurs de soins jugeront acceptable.</p>	<p><u>Palliative sedation therapy (PST)</u> : The monitored use of pharmacological agent(s) to intentionally reduce consciousness to treat refractory, intractable and intolerable symptoms for a patient at end of life with advanced life-limiting, progressive illness. It is considered a <b>last resort</b> and is only used when other treatments have failed. The level of sedation must be in proportion to symptom severity, using the lowest dose to achieve</p>	<p>Palliative Sedation Therapy (PST) is the intentional induction and continuous maintenance of a reduced level of consciousness to relieve a patient's refractory symptom(s) during their last days and weeks of life.</p> <p><b>PST is not an</b> appropriate therapeutic option in response to a patient's request to avoid potential future symptoms associated with the dying process, nor is PST appropriate to enact</p>	<p><b>Sédation palliative continue</b> : Utilisation de médicaments sédatifs pour abaisser volontairement le niveau de conscience chez un patient en fin de vie (niveau de soins D) afin de soulager des symptômes réfractaires et intolérables pour le patient. Cette sédation sera maintenue jusqu'au décès naturel du patient. Cette mesure devient l'unique moyen d'atteindre un état de confort pour un patient dont la situation se détériore rapidement et ne peut être contrôlée autrement. La</p>

<p><b>SQMDS 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada</p>	<p><b>SQMDS-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada</p>	<p><b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) Canada</p>	<p><b>McMaster 2020</b> (McMaster University) Canada</p>	<p><b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada</p>	<p><b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) Canada</p>	<p><b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada</p>	<p><b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada</p>
<p>l'administration d'une médication sédative, selon les combinaisons et les dosages requis pour réduire l'état de conscience d'un patient en toute fin de vie (pronostic de moins de 2 semaines), et utilisée en proportion suffisante pour soulager adéquatement un ou plusieurs symptômes réfractaires causant une souffrance intolérable</p> <p>La situation du patient se détériorant rapidement, la sédation palliative est le plus souvent continue, c'est-à-dire qu'elle est maintenue jusqu'au décès naturel du patient.</p> <p>Le recours à la sédation palliative continue demeure une pratique d'exception, utilisée lorsque les traitements habituellement recommandés ont échoué à produire un soulagement adéquat. Les symptômes recouvrent ici une souffrance intolérable, qui peut être de nature physique, psychologique, existentielle ou spirituelle.</p>	<p>de l'état de conscience en lien avec l'évolution naturelle de la maladie ou l'utilisation de médicaments ayant la sédation comme effet secondaire.</p> <p>La sédation palliative doit aussi être distinguée du protocole de détresse. Le protocole de détresse consiste en l'administration d'une combinaison de médicaments qui visent à endormir le malade pour réduire sa détresse, tout en lui permettant de récupérer, si cela est possible, de cette complication. Cette sédation dure environ quatre heures si elle n'est pas répétée.</p> <p>Mais la confusion probablement la plus importante et la plus largement débattue vient du fait que l'on associe souvent la sédation palliative à l'euthanasie ou à « l'aide médicale à mourir » (AMM). La sédation palliative et l'AMM sont deux interventions qui visent à extraire le malade de sa situation intolérable, mais avec l'AMM le moyen utilisé pour le faire est de mettre un terme à sa vie. D'ailleurs, l'expression « sédation terminale » est de moins en moins utilisée, car le terme terminal fait référence à la condition clinique du patient et non à la</p>		<p>patient's request to avoid potential future symptoms associated with the dying process, nor is CPST appropriate to enact based upon family perception of refractory symptoms when in fact it is the family that is suffering.</p> <p>- CPST does not include unintended sedation as a side-effect of treatment or the temporary use of sedation where the causes of the symptom are reversible and attempts to treat the cause are being made, such as sedation secondary to the management of delirium with sedating medications.</p> <p>- CPST is not a form of, or substitute for, Medical Assistance in Death (MAiD).</p> <p><u>Proportional Sedation</u> Although CPST may be associated with a deep level of sedation, some patients may find relief of their intractable symptom(s) at a light or moderate level of sedation. The aim is to use the lowest dose of medication that achieves this goal. In some patients, symptom(s) relief may be achieved at a light level of sedation with small doses of medication. In others, comfort can only be achieved at a deeper level of sedation with higher doses of</p>	<p><u>Sédation proportionnelle</u> Bien que l'on associe souvent la sédation palliative à une perte de conscience profonde, il est possible de soulager certains patients de symptômes insupportables en ne les endormant que légèrement ou modérément. La présentation clinique du problème varie énormément, tout comme la réaction des patients aux médicaments administrés à cet effet. C'est pourquoi on titre généralement la dose en fonction de l'objectif, soit le confort des patients et l'atténuation des symptômes. On vise toujours à administrer la dose la plus basse possible. On réussit à soulager certains patients en n'administrant que de petites doses de médicament. D'autres ont besoin d'une sédation plus profonde avec de fortes doses. Il est donc crucial de titrer la dose en fonction de l'objectif.</p> <p>L'administration temporaire de la sédation pour atténuer des symptômes réversibles pendant que l'on en traite la cause n'est pas considérée comme une sédation palliative, car on cesse de l'administrer dès que la cause est inversée. <b>Si la cause ne s'inverse pas et que l'on décide de poursuivre la sédation indéfiniment, cette</b></p>	<p>confort.</p> <p>Sedation as a side effect of treatment (i.e. consequential sedation) is not PST. Decreased level of consciousness is expected in the natural dying process regardless of PST.</p> <p>While some patients with refractory symptoms may consider Medical Assistance in Dying (MAiD), the two are distinguished by their intent and patient eligibility, and these distinctions should be made clear to the patient, family and health care team. (Table 1. Distinguishing PST and MAiD)</p>	<p>based upon family perception of refractory symptoms.</p> <p><b>PST does not include</b> unintended sedation as a side-effect of treatment or the temporary use of sedation where the causes of the symptom are reversible and attempts to treat the cause are being made, such as sedation secondary to the management of delirium with sedating medications.</p> <p><b>PST is not a form of, or substitute for, Medical Assistance in Death (MAiD).</b></p>	<p>sédation palliative continue ne peut être administrée qu'aux personnes malades en phase terminale, dont la mort est imminente, c'est-à-dire dont le pronostic de survie est très court (moins de deux semaines).</p> <p><b>Sédation palliative intermittente :</b> Utilisation de médicaments sédatifs pour abaisser volontairement le niveau de conscience d'un patient dont le pronostic est évalué à plus de deux semaines afin de soulager des symptômes réfractaires et intolérables pour le patient. Elle peut être administrée sur plusieurs heures ou quelques jours avec une alternance de périodes d'éveil et de sommeil. Le pronostic étant de plus de deux semaines, l'arrêt temporaire de la nutrition et de l'hydratation secondaire à la sédation doit être pris en compte. La sédation palliative intermittente n'est pas encadrée par le cadre réglementaire de la loi concernant les soins de fin de vie et n'a donc pas à être déclarée. Dans la majorité des cas, le symptôme réfractaire et intolérable est toujours présent au réveil, mais la souffrance est allégée par le répit donné au patient.</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	sédation.		medication. Titration of the dose to achieve the goal is therefore essential.	<b>sédation devient palliative par définition; on la désignera ainsi dans la documentation.</b>			<b>Sédation secondaire :</b> Diminution progressive de la vigilance causée par l'augmentation progressive des doses de médicaments (ex. : opioïdes, benzodiazépines, neuroleptiques, scopolamine, etc.) pour le traitement des douleurs et des autres inconforts. L'augmentation des inconforts peut être associée à l'évolution naturelle de la maladie qui peut, en elle-même, entraîner une diminution de l'état de conscience. Cette sédation, souvent entrecoupée d'états d'éveil, n'est pas assimilable à une sédation palliative.



## Objectif de l'intervention

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
<p>Le but recherché par la <b>sédation palliative continue</b> est de libérer, de manière efficace et rapide, le patient des symptômes qui entraînent chez lui une souffrance intolérable et réfractaire aux interventions thérapeutiques usuelles et disponibles dans le contexte où se trouve le patient.</p> <p>La fin de la vie n'est ni recherchée, ni provoquée par cette médication dont les effets sont par nature réversibles.</p>	<p>Le but premier des <b>soins palliatifs</b> est le soulagement de la souffrance des patients, quelle qu'en soit la nature. Or, il est clair qu'il existe en fin de vie, quoique rarement, des situations cliniques d'extrême souffrance ou de détresse difficiles à soulager malgré des soins palliatifs de qualité. Il peut arriver que certains symptômes ne puissent être contrôlés, en dépit des ressources thérapeutiques extensives mises en œuvre. <b>Ces symptômes dits réfractaires</b>, de nature physique et psychologique, ont souvent un effet intolérable sur le bien-être du malade en fin de vie. Ils peuvent augmenter en intensité à mesure que le décès approche, compromettant la possibilité d'une mort paisible et contribuant à la détresse des proches. L'intensité des symptômes peut être telle que la communication devient impossible, le malade étant envahi par la souffrance. Parfois, les symptômes ne peuvent être traités</p>					<p>... the intent of PST is to reduce awareness to relieve refractory symptom(s) and not hasten death. In fact, patients who receive PST have been shown to survive longer with fewer symptoms than those who did not receive PST.</p>	

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
	adéquatement sans que l'on altère l'état de conscience de la personne malade.						

## Indications

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
En dehors du cadre particulier de la SPCMD (sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès), la réalisation d'une sédation proportionnée en situation palliative n'est recommandée qu'après la mise en œuvre de l'ensemble des bonnes pratiques de contrôle des symptômes. Une sédation n'est pas le traitement d'un symptôme ou d'une souffrance encore incorrectement évaluée ou traitée. Ceux-ci nécessitent une prise en charge symptomatique adaptée et un accompagnement par l'équipe soignante référente, voire d'autres équipes ressources (douleur, soins palliatifs, etc.). (Accord d'experts)	The need for palliative sedation will be evaluated for patients in their last days of life with refractory symptoms. (Degree of recommendation: strong)  The indication of palliative sedation must be deliberated by the treatment team. (Degree of recommendation: strong consensus)		Confirm the patient has refractory symptoms and is imminently dying. Imminently dying patients have a prognosis of hours to days. Palliative sedation is being considered, prognosis should be confirmed by two physicians. (Grade of recommendation : 2A)  Palliative sedation to unconsciousness, in which the intended effect is deep sedation, remains controversial. The panel recommends referring to institutional guidelines/policy for additional guidance. (Grade of recommendation : 2A)		

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>La décision de recourir à la sédation palliative repose sur le caractère à la fois réfractaire et intolérable des symptômes et sur l'impossibilité de parvenir à un soulagement approprié dans un délai acceptable à l'aide des modalités thérapeutiques standards.</p> <p>Le recours à la sédation palliative continue demeure une mesure exceptionnelle, mais très utile et acceptable dans la mesure où les conditions suivantes sont respectées :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le pronostic de survie du malade est court, ne dépassant généralement pas quelques jours à deux semaines;</li> <li>2. La décision de recourir à la sédation palliative continue repose sur l'analyse éclairée d'un médecin formé et expérimenté et sur un consensus d'équipe interdisciplinaire en appui au médecin;</li> <li>3. Les indications sont limitées aux situations de détresse physiques, psychologiques ou existentielles réfractaires, lorsque les traitements usuels se sont montrés inefficaces, que les symptômes incontrôlés ont un effet intolérable sur le bien-être du malade et qu'ils</li> </ol>	<p>Parfois, les symptômes ne peuvent être traités adéquatement sans que l'on altère l'état de conscience de la personne malade. Dans ces circonstances, une sédation médicalement induite peut représenter l'intervention la plus appropriée. En d'autres mots, le seul moyen d'atteindre un état de confort consiste parfois à plonger le malade dans le sommeil à l'aide de moyens pharmacologiques. La pratique de la sédation palliative est alors considérée comme un geste médical légitime, qui est exceptionnellement indiqué chez des patients parvenus à la phase toute terminale de leur maladie. Comme la situation du patient se détériore rapidement, et qu'elle ne peut être contrôlée autrement, la sédation palliative instaurée se révèle le plus souvent continue, c'est-à-dire qu'elle est maintenue jusqu'au décès naturel du patient.</p> <p>La sédation d'emblée continue devrait être réservée aux patients souffrant de symptômes réfractaires dont le pronostic vital est de l'ordre de deux semaines ou moins. Chez ceux dont le pronostic est incertain ou évalué à plus de deux semaines, on devrait</p>	<p>To <b>implement</b> the Palliative Sedation Order Set when ALL of the following conditions are met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The patient is imminently dying (i.e. in the last days to hours of life).</li> <li>• The patient has a documented C2 Goals of Care Designation (GCD) Order. Refer to Advance Care Planning and Goals of Care Designations, All Ages - All Locations Clinical Knowledge Topic on the AHS website.</li> <li>• The Care of the Imminently Dying Pathway has been implemented for the patient (Refer to Care of the Imminently Dying (Last Hours to Days of Life), Adult - All Locations Clinical Knowledge Topic on the AHS website).</li> <li>• The presence of intractable symptoms (i.e. delirium, dyspnea) that are refractory to all other treatments that are possible and available for alleviation within the time frame and risk-benefit ratio that the patient can tolerate.</li> <li>• A conversation has taken place between the MRHP (Most Responsible Health Provider), appropriate members of the health care team, and the patient and/or Alternate Decision Maker (ADM) with regards to prognosis, wishes, questions</li> </ul>	<p>The presence of a refractory symptom(s) is a necessary indication for the use of CPST.</p> <p>Each of the following criteria needs to be met prior to initiating CPST:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informed consent for No Cardio-Pulmonary Resuscitation (No CPR) or Allow Natural Death (AND) comfort focused care has been obtained</li> <li>• The patient's life expectancy is hours to about 2 weeks</li> <li>• The patient is experiencing one or more refractory symptom(s) for which optimised usual treatments have failed and alternative effective treatment options are either not available or would not provide symptom relief, without unacceptable morbidity or within an acceptable time frame</li> <li>• Informed consent for CPST has been obtained from the patient or substitute decision maker(s) if the patient lacks capacity to made decisions on their own.</li> <li>• Input has been obtained from a palliative care clinician or team.</li> </ul>	<p>Avant d'administrer la sédation palliative, il faut observer tous les critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le patient est atteint d'une maladie évolutive incurable limitant l'espérance de vie. Dans tous les cas de sédation profonde, sauf dans des cas très inhabituels, on prévoit son décès imminent, dans les jours qui viennent.</li> <li>2. Le patient souffre de symptômes réfractaires et opiniâtres.</li> <li>3. On a essayé tous les traitements possibles pour contrôler ces symptômes. L'équipe de soins primaires consulte une équipe interprofessionnelle en soins palliatifs (si possible) ou un autre médecin, qui examine la situation dans laquelle on envisage d'administrer une sédation profonde.</li> <li>4. On obtient le consentement éclairé et dûment documenté du patient ou de son mandataire spécial.</li> <li>5. On examine soigneusement les objectifs des soins. Dans la plupart des cas, on obtient une ordonnance de ne pas réanimer si le patient accepte que l'équipe le laisse mourir</li> </ol>	<p><b>Criteria required for PST are :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- the patient has an advanced life-limiting, progressive illness with a limited prognosis, and death is estimated to be imminent within days;</li> <li>- the symptom(s) are refractory and intolerable to the patient;</li> <li>- a Do Not Resuscitate (DNR) order is in place. This may be contained within a Medical Order for Scope of Treatment (MOST) or another document;</li> <li>- the patient or SDM has provided documented, informed consent;</li> <li>- in addition to assessing the patient, assess if the care setting is appropriately resourced. If the current care setting is not able to support PST, transfer to another setting is required; this may be a factor to consider during decision-making.</li> </ul>	<p><b>Criteria for initiating palliative sedation therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The patient has been diagnosed with a progressive, incurable illness</li> <li>• The patient's prognosis is days to weeks</li> <li>• The patient is supported by a team</li> <li>• The patient is experiencing one or more refractory symptom(s) for which alternative effective treatment options are either not available or would not provide symptom relief, without unacceptable morbidity or within an acceptable time frame</li> <li>• Informed consent for no Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR) has been obtained</li> <li>• Informed consent for PST has been obtained</li> </ul>	<p>La sédation palliative continue est une pratique d'exception indiquée pour le soulagement d'un ou plusieurs symptômes réfractaires et intolérables chez un patient en phase terminale de sa maladie (pronostic de moins de deux semaines) pour qui les modalités thérapeutiques standards ne procurent pas de soulagement approprié dans un délai acceptable.</p> <p>On propose d'envisager la sédation palliative continue lorsque le pronostic vital est de quelques heures à quelques jours, jusqu'à un maximum de deux semaines.</p> <p>Si l'évaluation du pronostic détermine une durée de vie de plus de deux semaines, il est possible d'entreprendre une sédation palliative intermittente, c'est-à-dire de quelques heures ou de quelques jours. Lorsqu'un symptôme intolérable est mieux contrôlé, il peut être plus facile d'évaluer le pronostic vital. On pourra ensuite déterminer s'il est préférable de poursuivre la sédation intermittente ou</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>ne peuvent être traités adéquatement sans altérer son état de conscience;</p> <p>4. Un consentement éclairé est donné par la personne malade ou, en cas d'inaptitude, un consentement substitué est obtenu selon les dispositions du Code civil du Québec. L'accord des proches est sollicité dans la mesure du possible;</p> <p>5. Tous les autres soins de confort requis continuent d'être fournis au malade;</p> <p>6. Les proches reçoivent des explications et du soutien tout au long du processus décisionnel et du déroulement de la sédation.</p>	<p>amorcer une sédation qui s'avérera intermittente ou continue selon l'évolution. (Consensus d'experts)</p> <p>Ainsi, lorsqu'une personne en fin de vie souffre de symptômes réfractaires et intolérables, le choix de recourir à la sédation palliative ne devrait pas être évacué en raison de l'incertitude pronostique relative au délai de deux semaines. Une sédation pourrait alors être amorcée. Selon l'amélioration ou la détérioration de l'état déjà précaire du patient, la sédation sera suspendue ou prolongée, éventuellement jusqu'au décès. L'expérience clinique tend à montrer que souvent le pronostic vital se précise quand certains symptômes sont mieux soulagés. Une telle directive vise à permettre une certaine marge de manœuvre, mais il faut demeurer prudent concernant une utilisation trop précoce de la sédation continue.</p>	<p>and concerns, and informed consent.</p> <p>The patient has a progressive, irreversible, life-limiting illness, wherein death is expected (either naturally, or secondary to withdrawal of technology, such as ventilation) within hours to days and with a maximum life expectancy of two weeks.</p>		<p>naturellement. On fait souvent exception dans les cas de sédation moins profonde. Tout cela doit être documenté avec précision.</p>			<p>d'entreprendre une sédation continue.</p> <p><u>Conditions préalables</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La détection d'un symptôme réfractaire et intolérable;</li> <li>- Le patient doit être en fin de vie (pronostic de quelques jours à deux semaines, hydratation et alimentation compromises, diminution progressive de sa capacité de communication, épuisement des fonctions vitales);</li> <li>- L'accessibilité à des soins palliatifs d'excellente qualité mais insuffisants pour soulager le patient, et cela malgré des thérapies optimales;</li> <li>- L'obtention du consensus de l'équipe interdisciplinaire et la révision de l'approche globale utilisée et la possibilité d'autres avenues thérapeutiques;</li> <li>- La prise en compte des diversités culturelles et des valeurs du patient et de ses proches;</li> <li>- Le pronostic et le diagnostic doivent être clairs et bien compris (accorder un temps de réflexion, offrir un soutien émotionnel) ainsi que l'incertitude quant aux résultats de</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
							<p>l'intervention médicale (ex. : l'assurance d'atteindre le degré de sédation souhaitée par le malade, comportant un minimum d'effets indésirables);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les avantages et les inconvénients (entrave à la communication verbale avec les proches et l'équipe de soins, profondeur de la sédation souhaitée) sont bien expliqués au patient et à ses proches;</li> <li>- Discussion avec le patient et ses proches des conséquences sur la survie de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation;</li> <li>- Le processus doit être décrit dans le dossier du patient (consentement, explications données, médicament utilisé, dose employée, etc.);</li> <li>- La poursuite de l'approche palliative en termes d'analgésie et de soins de confort est primordiale;</li> <li>- La communication régulière avec l'équipe de soins et la famille (évolution, bien-fondé de la sédation);</li> <li>- La disponibilité pour répondre aux questions qui pourraient survenir en cours de sédation;</li> <li>- La possibilité de permettre aux soignants</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
							<p>concernés d'exprimer leurs préoccupations et leur vécu ainsi que de répondre à leurs questions.</p> <p>En cas de situation clinique ambiguë ou problématique, on conseille de solliciter une deuxième opinion médicale indépendante; contacter un spécialiste reconnu dans le domaine.</p>

### Le caractère réfractaire des symptômes

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
<p>Une douleur rebelle est définie comme une douleur n'ayant pas répondu aux thérapeutiques « habituelles » mais pour laquelle des solutions antalgiques peuvent encore exister. Cette douleur est qualifiée de réfractaire lorsque tous les traitements antalgiques qui font l'objet de cette recommandation ne sont pas efficaces ou ne sont pas utilisables.</p>			<p>Refractory symptoms are symptoms that cannot be adequately managed despite comprehensive, interprofessional palliative care that does not compromise consciousness.</p>		

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>Le caractère réfractaire des symptômes est considéré partout comme une condition sine qua non pour envisager la sédation palliative. Ce recours demeure donc une pratique d'exception, utilisée lorsque les traitements habituellement recommandés ont échoué à produire un soulagement adéquat. Les symptômes sont alors associés à une souffrance intolérable, qui peut être de nature physique, psychologique, existentielle ou spirituelle. La décision de recourir à la sédation palliative repose sur le caractère à la fois réfractaire et intolérable des symptômes et sur l'impossibilité de parvenir à un soulagement approprié dans un délai acceptable à l'aide des modalités thérapeutiques standards.</p> <p>En cas de doute au regard de l'un ou l'autre de ces éléments, les équipes traitantes sont invitées à demander l'opinion d'une équipe de professionnels formée en soins palliatifs. Ces derniers pourront procéder à l'analyse rigoureuse des approches utilisées jusqu'ici chez le malade concerné, assurant que d'autres options thérapeutiques ne sont plus disponibles ou ne sont pas désirables dans la situation.</p>	<p>Multiple considerations should be taken into account when determining whether the patient's symptoms are refractory. This includes, but is not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Have all appropriate alternative interventions failed?</li> <li>• Has interdisciplinary consultation been sought to ensure that all possible options have been explored, including referral to the 24/7 On-Call Provincial Palliative Physician Service (Refer to AHS website <a href="https://www.albertahealthservices.ca/info/page14556.aspx">https://www.albertahealthservices.ca/info/page14556.aspx</a>) for refractory symptom management and support ?</li> <li>• Are there no other methods available for symptom palliation within an acceptable risk:benefit ratio and time frame for the patient?</li> </ul>	<p>A symptom is considered refractory if it cannot be adequately controlled without the intentional use of sedation (i.e. there is not appropriate treatment that would be effective within an acceptable time frame or with an acceptable risk benefit ratio to the patient).</p> <p>It is important not to label difficult symptoms as refractory because of a lack of skill or knowledge on the part of the health care provider(s), or because of an unwillingness to request a consultation.</p>	<p>« Pour désigner un symptôme réfractaire dans son diagnostic, le clinicien doit percevoir que de nouvelles interventions, qu'elles soient invasives ou non, (i) n'apporteront pas un soulagement adéquat ou (ii) seront liées à une morbidité aiguë ou chronique intolérable, ou encore (iii) n'apporteront probablement pas de soulagement dans des délais tolérables. »</p> <p>Il est cependant particulièrement difficile de déterminer quand les souffrances psychologiques, spirituelles, existentielles et sociales sont réfractaires.</p> <p>Il est manifestement plus long et plus complexe d'évaluer et de contrôler ce type de détresse que des symptômes physiques. On peut alors administrer une sédation légère ou intermittente pour atténuer ce genre de souffrances.</p>	<p>Refractory symptom(s) : The degree of suffering is unbearable for the patient and, after a thorough assessment, further interventions are determined to include one or any combination of the following :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inaccessible or incapable of relieving suffering;</li> <li>- associated with unacceptable side effects;</li> <li>- unlikely to be effective within a reasonable time frame;</li> <li>- not in keeping with the patient's goals of care, and/or;</li> <li>- unacceptable to the patient and/or family for other reasons.</li> </ul> <p>Before determining if a symptom is refractory rather than difficult, a full assessment and advanced symptom management must be done in consultation with an experienced palliative care physician/specialist. (strongly recommended)</p>	<p>It is important not to label difficult symptoms as refractory because of a lack of skill or knowledge on the part of the health care provider(s), or because of an unwillingness to request a consultation. Consultation is necessary in cases of refractory symptoms to ensure that all possible options have been explored using palliative specialist support.</p>	<p>... l'évaluation du caractère réfractaire et intolérable d'un symptôme doit être individualisée au contexte clinique de chacun des patients.</p>



<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
	Ils pourront également se prononcer sur le caractère terminal de la condition médicale du patient. Cela dit, la personne elle-même demeure la mieux placée pour juger du caractère intolérable de la souffrance.						

### Les principaux symptômes réfractaires

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable</li> <li>• Détresses respiratoires majeures et récidivantes</li> <li>• Dyspnée progressive incontrôlable</li> <li>• Convulsions réfractaires</li> <li>• Douleur intraitable intolérable</li> <li>• Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires</li> <li>• Détresse hémorragique</li> <li>• Nausée et vomissements incoercibles</li> <li>• Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable</li> <li>• Détresses respiratoires majeures et récidivantes</li> <li>• Dyspnée progressive et incontrôlable</li> <li>• Convulsions réfractaires</li> <li>• Douleur intraitable et intolérable</li> <li>• Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires</li> <li>• Détresse hémorragique</li> <li>• Nausées et vomissements incoercibles</li> </ul>		<p>Common indications for CPST include refractory dyspnea, delirium, seizures, and pain.</p> <p>In general, psychological, social, spiritual and existential distress are each considered more controversial indications for the use of CPST.</p>	<p><u>Indications les plus courantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspnée grave;</li> <li>- Délire grave;</li> <li>- Convulsions fréquentes;</li> <li>- Autres symptômes physiques graves : douleur, nausée, etc.</li> </ul> <p><u>Indications moins courantes (à examiner de plus près)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profonde souffrance existentielle ou spirituelle;</li> <li>- Profonde souffrance psychologique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dyspnea</li> <li>- pain</li> <li>- nausea</li> <li>- delirium</li> <li>- seizures</li> </ul> <p>Use of PST as a management for refractory <b>psychological or spiritual distress without accompanying physical symptoms</b> is controversial and requires consultation with inter-professional team members including social</p>	<p>Common indications for PST include refractory dyspnea, delirium, seizures, pain and nausea. Psychological, social, spiritual and existential distress are each considered controversial indications for the use of PST.</p>	<p>Les principaux symptômes réfractaires et intolérables rencontrés dans un contexte de fin de vie sont la douleur, la dyspnée, les sécrétions bronchiques abondantes, la détresse respiratoire ou hémorragique, le délirium, l'agitation, les nausées et vomissements, les convulsions et finalement la détresse psychologique ou existentielle.</p> <p><u>Dyspnée</u> :</p>



<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>compromet gravement l'atteinte du confort.</p> <p>Une revue de littérature indique qu'il est plus difficile de définir le caractère réfractaire de la souffrance psychologique et existentielle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort</li> <li>• Autre état réfractaire</li> </ul> <p>La détresse existentielle fait encore l'objet de certains débats en raison de la difficulté à évaluer objectivement ce type de souffrance. Le consensus veut que l'on fasse preuve de prudence dans l'évaluation de son caractère réfractaire. Pour être qualifiée de réfractaire, cette détresse doit résister à une attention particulière et à une approche thérapeutique multidimensionnelle bien conduite (écoute, soutien spirituel et religieux, psychothérapie, pharmacothérapie, etc.) impliquant la contribution de plusieurs intervenants.</p>				<p>workers, spiritual health practitioners, traditional healers, and/or counsellors as appropriate and desired by the patient.</p>		<p>La dyspnée est une expérience subjective de malaise respiratoire ou une difficulté associée à l'acte de respirer. La demande pulmonaire est disproportionnée par rapport à la capacité de réponse, et ce processus peut s'accompagner de sécrétions, de toux, de douleur thoracique, de fatigue et peut même mener à la suffocation.</p> <p>Elle peut être présente malgré une fréquence respiratoire normale et être absente chez certains patients souffrant d'insuffisance respiratoire grave. Il n'existe donc pas de liens directs et proportionnels avec les mesures effectuées à l'aide des méthodes d'évaluation habituelles (spirométrie, saturométrie, mesure de la fréquence respiratoire). D'où l'importance de questionner les patients sur les manifestations de la dyspnée dont ils souffrent.</p>

## Pronostic

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<b>IMMINENCE DE LA MORT</b>					
		<p>The dying phase refers to the last days of life when, due to the illness, the physical and psychological abilities of the dying person are increasingly limited. Based on international expert recommendation and the available evidence, this guideline defines the dying phase as the last three to seven days of life.</p> <p>To assess whether the dying phase in a patient with terminal cancer has begun, the following criteria can be considered, if acute reversible causes have been excluded:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changes in breathing (e.g. Cheyne-Stokes breathing, death rattle)</li> <li>• Changes in emotions and consciousness</li> <li>• Reduction of urine excretion under 100 ml/24 h</li> <li>• Pulselessness of the radial artery</li> <li>• Increased weakness and a worsening of the patient's general condition</li> <li>• Skin changes; confusion; loss of interest in food and fluid intake</li> <li>• Intuition of those involved in the treatment</li> </ul> <p>(Level of evidence: expert opinion; Grade of recommendation : open recommendation)</p>		<p>Use the knowledge gained from the assessments and other information gathered from the multiprofessional team, the person and those important to them, to help determine whether the person is nearing death, deteriorating, stable or improving.</p> <p>Monitor for further changes in the person at least every 24 hours and update the person's care plan. Seek advice from colleagues with more experience of providing end of life care when there is a high level of uncertainty (for example, ambiguous or conflicting clinical signs or symptoms) about whether a person is entering the last days of life, may be stabilising or if there is potential for even temporary recovery. Assess for changes in signs and symptoms in the person and review any investigation results that have already been reported that may suggest a person is entering the last days of life. These changes include the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• signs such as agitation, Cheyne–Stokes breathing, deterioration in level of consciousness, mottled skin, noisy respiratory secretions and progressive weight loss</li> <li>• symptoms such as increasing fatigue and loss of appetite</li> <li>• functional observations such as changes in communication, deteriorating mobility or performance status, or social withdrawal.</li> </ul>	
<b>ÉVALUATION PRONOSTIQUE</b>					

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>IMMINENCE DE LA MORT</b>							
<p>... la sédation palliative continue est surtout administrée à une personne malade en phase terminale dont la mort est imminente, c'est-à-dire dont le pronostic de survie est très court.</p> <p>La présence d'un pronostic court est donc une condition impérative pour que la sédation palliative continue demeure éthiquement acceptable</p> <p>Les experts s'entendent néanmoins pour avoir recours à la sédation palliative lorsque le décès du patient est anticipé dans un délai se mesurant en heures ou en jours, et pouvant atteindre jusqu'à deux semaines</p> <p>En effet, on observera en toute fin de vie un arrêt spontané de l'alimentation et de l'hydratation, une dysphagie à la déglutition, une toux inefficace, une faiblesse généralisée avec perte de mobilité importante, un désintérêt pour l'entourage, une somnolence de plus en plus prédominante jusqu'à l'inconscience, ainsi que l'altération des signes vitaux (baisse de tension artérielle, pouls faible, respiration irrégulière, désaturation, extrémités froides ou marbrées, etc.).</p>	<p>...la sédation palliative continue est généralement proposée et administrée à une personne malade en phase terminale dont la mort est imminente, c'est-à-dire dont le pronostic de survie est très court, souvent établi à moins de deux semaines.</p> <p>Le caractère terminal de la condition médicale constitue l'autre condition sine qua non exigée pour pouvoir recourir à la sédation palliative.</p> <p>Pour déterminer le caractère terminal ou non de la condition du patient, on fait le plus souvent appel au pronostic vital.</p> <p>Cette évaluation pronostique est, entre autres, basée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'étendue de la maladie;</li> <li>• sa vitesse de progression;</li> <li>• la rapidité du déclin fonctionnel;</li> <li>• l'atteinte d'organes cibles;</li> <li>• la présence de symptômes tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'anorexie-cachexie,</li> <li>○ la dysphagie,</li> <li>○ le faible statut de performance,</li> <li>○ l'œdème,</li> <li>○ la dyspnée,</li> <li>○ le délirium.</li> </ul> </li> </ul> <p>En toute fin de vie, on observera :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un arrêt spontané de la</li> </ul>			<p>Soulignons aussi que la somnolence et la perte de conscience sont des phénomènes naturels en fin de vie. Ce phénomène se manifeste souvent sans l'administration de médicaments opioïdes ou neuroleptiques.</p> <p>Conformément aux bonnes pratiques médicales, il faut évaluer les risques et les avantages de tout traitement administré. Il est crucial d'en évaluer régulièrement les effets.</p>			<p><u>Rôles terminaux :</u></p> <p>Ces rôles surviennent principalement durant les dernières heures de vie. Ils peuvent être un signe <u>annonciateur d'un décès proche</u>, le décès survenant <u>dans les 48 heures</u> après leur apparition chez 76 % des patients.</p> <p>Ils incombent davantage l'entourage que le patient lui-même lorsque ce dernier est sous bonne sédation ou dans un état comateux. L'information fournie aux proches est primordiale afin qu'ils soient mieux préparés et acceptent mieux cet effet.</p> <p>La dyspnée est un symptôme que présentent souvent les patients en phase avancée de maladies d'origine diverse (cancer, MPOC [maladie pulmonaire obstructive chronique], insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, etc.). La dyspnée est un des symptômes les plus fréquents rapportés par les patients dans les six derniers mois de vie. De plus, il y a une corrélation directe entre la présence de dyspnée et</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	nutrition et de l'hydratation; <ul style="list-style-type: none"> <li>• une dysphagie à la déglutition;</li> <li>• une toux inefficace;</li> <li>• des râles;</li> <li>• une faiblesse généralisée avec perte de mobilité importante;</li> <li>• un désintérêt pour l'entourage;</li> <li>• une somnolence de plus en plus prédominante jusqu'à l'inconscience;</li> <li>• ainsi que l'altération des signes vitaux (baisse de tension artérielle, pouls faible, respiration irrégulière, désaturation, extrémités froides ou marbrées, etc.).</li> </ul> Des instruments de mesure validés ont été développés pour mieux estimer le pronostic. Malgré tout, cette évaluation demeure difficile et imprécise.						la survie. La dyspnée est un indicateur de mauvais pronostic. La dyspnée des patients souffrant de MPOC augmente progressivement sur toute la trajectoire, alors qu'en oncologie, elle augmente au cours du dernier mois et dans les derniers jours de vie du patient.
<b>ÉVALUATION PRONOSTIQUE</b>							
Cette évaluation pronostique est entre autres basée sur l'étendue de la maladie, sa vitesse de progression, la rapidité du déclin fonctionnel, l'atteinte d'organes cibles, la présence de syndromes tels que l'anorexie-cachexie, la dysphagie, le faible statut de performance, la présence d'œdème, de dyspnée ou de délirium	Or, « les trajectoires de fin de vie » de patients souffrant d'une insuffisance cardiaque ou pulmonaire s'avèrent très différentes. Entrecoupées d'épisodes aigus de détérioration, elles sont moins linéaires que celle d'un patient cancéreux. La trajectoire des personnes atteintes de démence suit une pente descendante beaucoup plus longue.						

## Processus décisionnel

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>DECISION ET RESPONSABILITE</b>					
		<p>The key criteria in deciding on the start, continuation or termination of a medical intervention are the medical indication and the patient's consent. (Expert consensus, statement)</p> <p>Family carers and other trusted persons of a patient with incurable cancer <i>shall</i> be involved in the clinical decision-making process to the extent that this is desired by the patient. (Expert consensus)</p>		<p>As part of any shared decision-making process take into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• whether the dying person has an advance statement or an advance decision to refuse treatment in place, or has provided details of any legal lasting power of attorney for health and welfare</li> <li>• the person's current goals and wishes</li> <li>• whether the dying person has any cultural, religious, social or spiritual preferences.</li> </ul> <p>Continue to explore the understanding and wishes of the dying person and those important to them, and update the care plan as needed. Recognise that the dying person's ability and desire to be involved in making decisions about their care may change as their condition deteriorates or as they accept their prognosis.</p>	
<b>CONSETEMENT</b>					
	<p>The patient will grant explicit consent for palliative sedation either verbally or in a written document. If the patient is not competent, and acting in this order, the advance directives registry will be consulted; the wishes previously expressed by the patient and his or her family or next of kin will be evaluated; and, if these are not available, sedation will be agreed upon with the family and always recorded in the medical chart. (Degree of recommendation: strong)</p>	<p>In the case of a patient with incurable cancer who is not capable of giving consent, in addition to the health care proxy agent, close relatives and other people trusted by the patient shall also be involved in deciding on the start, continuation or termination of a medical intervention. (Expert consensus)</p> <p>During the course of treatment, regular assessments shall be carried out to determine if the medical indication and the consent of the patient with incurable cancer still exist for the specific medical interventions and, if necessary, whether the therapy plan should be adapted or the goal of care changed.</p>	<p>Informed consent must be obtained from the patient and/or a surrogate or family member following discussions of the patient's disease status, treatment goals, prognosis, and expected outcomes.</p> <p>Clarify that sedation will consist of the continuous administration of medications that will render the patient unconscious.</p> <p>Consent for palliative sedation must be accompanied by consent for discontinuation of life-prolonging therapies (such as artificial hydration / nutrition) and withholding of cardiopulmonary resuscitation, as these therapies would only serve to increase suffering in this case.</p>		

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
		(Expert consensus)	(Grade of recommendation : 2A)		
<b>CONSENTEMENT DIFFERE</b>					
<b>COMMUNICATION AVEC LES PROCHES</b>					
		Family carers <i>shall</i> be appreciated in their role as providers of support and as affected persons. They <i>shall</i> be asked about their needs and – if necessary – encouraged to accept offers of support. (Expert consensus) If the patient agrees, family carers <i>shall</i> be informed about the progression of the disease together with the patient. If the patient or his/her family carer does not wish to speak openly about the disease, this <i>shall</i> be respected and communication about underlying fears shall be offered. (Expert consensus)		Explore with the dying person and those important to them: • whether the dying person has an advance statement or has stated preferences about their care in the last days of life (including any anticipatory prescribing decisions or an advance decision to refuse treatment or details of any legal lasting power of attorney for health and welfare) • whether the dying person has understood and can retain the information given about their prognosis.	Les proches ont une place importante en soins palliatifs. La famille et les aidants proches au sens large doivent être identifiés, écoutés et soutenus. Avec l'accord du patient, ils sont informés de la maladie, de son évolution, des complications attendues et du traitement. Ils sont considérés comme des partenaires à part entière, avec le degré d'implication qu'ils souhaitent. Le support des proches peut se prolonger après le décès du patient par un suivi de deuil.

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIHPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>DECISION ET RESPONSABILITE</b>							
Quel que soit le milieu où elle est instaurée, la décision d'induire une sédation palliative doit s'appuyer sur un processus rigoureux et les discussions doivent permettre d'aboutir à un consensus au sein de l'équipe interdisciplinaire  De façon générale, ils doivent	Même si l'ensemble des acteurs de la situation clinique participe au processus décisionnel, c'est au médecin lui-même qu'incombe la responsabilité de procéder ou non à une sédation palliative. Quel que soit le milieu de soins, c'est lui qui prescrit et qui amorce				Decisions about the following interventions should be made in light of the limited prognosis and considered separately from the decision to proceed with PST : artificial hydration or nutrition, vital sign measurement, bowel and	The essential steps in the decision making, planning and delivery process, for PST, includes a thorough patient assessment, establishment of informed consent, and development of the PST care plan.	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>s'entendre sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le caractère réfractaire des symptômes à soulager;</li> <li>• La nature intolérable de la souffrance vécue par le patient;</li> <li>• L'échec des autres traitements pour parvenir au soulagement;</li> <li>• L'estimation de l'espérance de vie du patient atteignant tout au plus deux semaines;</li> <li>• La nécessité de procéder à une sédation palliative profonde et continue, par rapport à une sédation intermittente ou superficielle, pour parvenir au soulagement dans un délai acceptable;</li> <li>• La nécessité ou non d'hydrater et d'alimenter le patient</li> <li>• La nature des enjeux éthiques et moraux en regard de la sédation dans un tel cas;</li> <li>• La surveillance à mettre en place pour s'assurer du confort du patient;</li> <li>• Un plan d'intervention interdisciplinaire précisant <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les gestes médicaux à poser</li> <li>○ Les responsabilités de surveillance</li> <li>○ Les gestes de soins de confort et de prévention à initier ou maintenir</li> <li>○ La meilleure façon d'informer, d'impliquer et de soutenir la famille;</li> </ul> </li> </ul> <p>Même si le processus de</p>	<p>la sédation palliative en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est donc nécessaire pour commencer la sédation.</p> <p>Si la sédation est initiée trop tardivement, il y a risque que les symptômes réfractaires du patient demeurent sans soulagement. Si elle est initiée trop précocement, on peut craindre l'émergence de situations extrêmement difficiles pour les personnes qui l'accompagnent : une agonie qui se prolonge, notamment, ou encore une vie très écourtée, même si telle n'était pas l'intention. Le point d'équilibre n'est pas toujours facile à trouver.</p>				<p>bladder interventions.</p> <p>It is strongly recommended to seek consultation from an experienced palliative care physician/specialist and inter-professional team prior to initiating PST as well as for ongoing support and guidance for the duration of sedation.</p>	<p><b>Patient Assessment</b></p> <p>A thorough patient assessment includes the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A review of the goals of care and the treatment plan.</li> <li>2. Establishment of patient capacity.</li> <li>3. Identification of the substitute decision maker(s) [SDM(s)]. Further information on determining the SDM can be found in Appendix D.</li> <li>4. Confirm informed consent is established for no CPR.</li> <li>5. Symptom assessment and confirmation that criteria are met for PST (<b>palliative specialist</b> consultation is recommended to ensure optimal assessment and management approach).</li> <li>6. Perform medication review to determine which medications: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. are essential medications to continue</li> <li>b. are unsafe medications to continue.</li> </ol> </li> <li>7. As the ability to swallow is impaired as part of the natural dying process, by sedation or both, it is essential to include</li> </ol>	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>décision implique l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire c'est au médecin lui-même qu'incombe la responsabilité d'initier ou non une sédation palliative</p>						<p>into discussion details regarding artificial hydration and/or nutrition at end of life.</p> <p>The comprehensive care plan should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmation of Most Responsible Provider supporting 24/7 access to the PST plan</li> <li>• Initiation date and time of PST</li> <li>• Name and doses of medications to be administered for PST</li> <li>• Titration plan</li> <li>• Confirmation of team members to be present at initiation of therapy (two team members are recommended, i.e. physician and nurse; two nurses; nurse and personal support worker)</li> <li>• Confirmation of the target goals of sedation using Richmond Agitation Sedation Scale (RASS-PAL) (modified for patients receiving palliative care). See Appendix E</li> <li>• Equipment &amp; supply orders</li> <li>• Hydration/ nutrition plan</li> <li>• Bladder/ bowel management</li> <li>• Skin care and positioning routine</li> </ul>	



<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>CONSENTEMENT</b>							
<p>Dans un contexte idéal, le consentement à une sédation palliative continue doit être donné par la personne malade, afin de respecter le principe d'autonomie décisionnelle. Ce processus peut débuter de manière anticipée, par exemple, lorsque la condition médicale d'un patient laisse présager le recours possible à la sédation. Le consentement implique une divulgation des informations nécessaires à la prise de décision.</p> <p>Le malade doit néanmoins être mis au courant des effets escomptés et des effets indésirables potentiels liés à l'intervention. Le caractère réversible de la sédation doit être clairement indiqué. Les complications possibles du traitement proposé doivent également être expliquées et comprises, de même que les conséquences d'un refus.</p> <p>En cas d'inaptitude, le consentement substitué est donné par le mandataire, le tuteur, le curateur, ou par un proche significatif, selon les dispositions prévues au Code civil du Québec<sup>1</sup>. La décision est prise dans le meilleur intérêt de la personne malade et dans le respect des volontés qu'elle a exprimées avant son inaptitude. Bien qu'un seul représentant soit officiellement nommé, un</p>	<p>Le médecin doit toujours, sauf urgence, obtenir le consentement du patient ou de son représentant avant d'entreprendre un soin, quel qu'il soit (Code de déontologie des médecins, article 28). Lorsque le soin envisagé consiste à abaisser l'état de conscience d'une personne, cette obligation prend évidemment une importance particulière. Aussi, le médecin doit avoir obtenu un consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant avant d'amorcer toute sédation palliative, quelles qu'en soient la profondeur ou la durée anticipée.</p> <p>Cette obligation est également inscrite au Code civil du Québec (article 11). Pour être valide, le consentement doit être donné par une personne apte à consentir aux soins ou par une personne habilitée par la loi si elle est inapte (article 11). Pour être libre, le consentement doit être donné sans pression. Pour que le consentement soit éclairé, le patient ou la personne habilitée doit être informé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du diagnostic de la maladie;</li> <li>- de la nature et du but du traitement;</li> <li>- de ses avantages et de ses risques;</li> </ul>	<p>The MRHP (Most Responsible Health Provider), along with appropriate members of the health care team, initiates ongoing communication and shares decision-making with the patient and/or ADM (Alternate Decision Maker). The MRHP obtains informed consent, generally verbally which is in keeping with consent as per AHS policy.</p> <p>Only the patient and/or ADM can provide informed consent for initiation of palliative sedation, however patients who are imminently dying may have impaired capacity, or may lack capacity, to make independent decisions regarding their medical care.</p> <p>The MRHP is accountable for discussing with the patient and/or ADM and ensuring that the patient and/or ADM have received, information relevant to making an informed decision regarding palliative sedation. This includes but is not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Updated information with regards to the patient's clinical condition, that there is no expectation of recovery, death is expected within hours to days, with a maximum expected life expectancy of 2 weeks.</li> </ul>				<p><b>Consent process</b>  It is recommended that members of the team meet with the patient, SDM(s) and family regarding the topics below. It is important that the details supporting informed consent are clearly documented in the patient's record and shared with the team.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A review of the patient's goals of care.</li> <li>2. Risks, benefits and alternative options to PST.</li> <li>3. Management of nutrition, hydration, oral, eye and skin care.</li> <li>4. Medication changes including the medication(s) chosen to provide sedation and how it will be administered.</li> <li>5. Expected changes in level of consciousness and in respiratory patterns.</li> <li>6. Timing of initiation of PST.</li> <li>7. Ongoing monitoring.</li> </ol>	<p>... le patient, ou la personne qui peut consentir aux soins pour lui, doit être informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation. Fait nouveau, le patient doit donner <b>par écrit</b> son consentement à la sédation palliative continue (majeur ou mineur de 14 ans et plus) ou une personne habilitée, conformément aux dispositions du Code civil du Québec, au moyen du formulaire prescrit par le ministre et conservé au dossier. Le document du ministère de la Santé et des Services sociaux est accessible en ligne</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>consensus familial est souhaitable dans les cas de consentement substitué, pour éviter les conflits et les mises à l'écart.</p>	<p>- d'autres options possibles; - et des conséquences d'un refus.</p> <p>La Loi concernant les soins de fin de vie prévoit des exigences particulières pour le consentement à la sédation palliative continue. Celui-ci « doit être donné par écrit au moyen d'un formulaire prescrit par le ministre et conservé dans le dossier de la personne » (article 24, alinéa 3) (annexe IV). La Loi concernant les soins de fin de vie précise que si la personne ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 24 parce qu'elle ne sait pas écrire ou parce qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte (article 25). Il est effectivement reconnu que l'exigence d'un consentement écrit peut, sans toutefois l'assurer, favoriser l'échange d'informations et la discussion entre les acteurs.</p> <p>La personne qui consent à une sédation palliative continue « doit entre autres être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation » (article 24,</p>	<p>• Discussion of the available treatment options, and the potential risks and benefits, that the patient can tolerate within the limited time frame.</p> <p>• Explanation of the rationale and intent of palliative sedation being alleviation of suffering from refractory symptoms, and NOT to hasten death.</p> <p>• Description of how palliative sedation is administered, what medications are used, the target level of consciousness to deep sedation, and patient's expectations.</p> <p>• Facilitating discussion with regards to goals of care, concerns and anxieties, and their needs with regards to initiation of palliative sedation.</p> <p>The MRHP is accountable for ensuring that the patient and/or ADM's understand the purpose, nature, risks, benefits and consequences of palliative sedation. This includes but is not limited to:</p> <p>• Awareness of barriers to communication with regards to hearing, sight, language, culture, literacy, level of education, level of psychological and social stressors, and environmental considerations, such as location of discussion.</p> <p>• Providing time and opportunity for the patient to reflect upon the information</p>					

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>alinéa 1). Dans une perspective clinique, on comprend qu'effectivement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Le diagnostic seul de la maladie ne suffit pas et, malgré son caractère incertain, le pronostic est déterminant pour la décision.</li> <li>› Il est également déterminant de pouvoir prévoir au mieux la durée de la sédation.</li> <li>› Même si la sédation est interrompue, la reprise de la conscience n'est pas assurée, puisqu'elle dépend avant tout de la maladie sous-jacente.</li> <li>› Les informations concernant la procédure, dont l'arrêt éventuel de la nutrition et de l'hydratation, et concernant la surveillance et les autres soins prodigués sont également importantes.</li> <li>- Le médecin « doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures » (article 24, alinéa 2), qu'elles soient financières, psychosociales ou relationnelles.</li> <li>- Le patient ou son représentant doit être informé de son droit de refuser la procédure ou de reporter sa décision et des conséquences de l'un et l'autre de ses choix.</li> </ul> <p>Dans un contexte idéal, le consentement à une sédation palliative serait toujours</p>	<p>given, to ask questions and receive answers.</p> <p>The MRHP is accountable for documenting the discussion with the patient and/or ADM, and the decision to consent to, or refuse, palliative sedation, in the patient's health record.</p>					

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>donné par la personne malade alors qu'elle est toujours apte. Aussi, il est suggéré que les discussions visant à obtenir le consentement débutent de manière anticipée, par exemple, dès que la condition médicale d'un patient laisse présager le recours possible à la sédation.</p> <p>Dans le cas d'un consentement obtenu de la personne malade elle-même, la participation des proches au processus décisionnel demeure éminemment souhaitable. Cependant, la décision revient au patient lui-même, et ses proches ne peuvent participer au processus décisionnel qu'avec son accord.</p> <p>Le Code civil du Québec prévoit également qu'un consentement n'est pas nécessaire en situation d'urgence s'il ne peut être obtenu en temps utile (article 13). Dans le contexte de la sédation palliative, il n'y a aucune difficulté à ce qu'une sédation palliative soit débutée en situation d'urgence. Toutefois, dès que l'urgence est contrôlée, la procédure habituelle de consentement reprend ses droits et un consentement substitué doit être obtenu si l'équipe soignante entend continuer la procédure.</p>						

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>CONSENTEMENT DIFFERE</b>							
<p>Le Code civil du Québec prévoit également la possibilité d'obtenir un consentement différé en situation d'urgence. Ainsi, pour certaines indications d'apparition subite et imprévisible, le devoir d'assurer la sécurité du patient, de ses proches et du personnel peut nécessiter de la part du médecin de procéder à une sédation sans qu'il n'ait pu obtenir un consentement direct ou substitué en temps utile. Ce dernier est cependant tenu de transmettre l'information aux personnes concernées dans les meilleurs délais.</p>	<p>Si la personne a rédigé, alors qu'elle était encore apte, des directives médicales anticipées (DMA) au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie, celles-ci devront être respectées. Ces dispositions pourraient éventuellement s'appliquer à la sédation palliative (articles 51 à 62). Cependant, le formulaire actuel restreint l'application des DMA à deux situations cliniques et cinq soins spécifiques, dont ne fait pas partie la sédation palliative.</p> <p>En cas d'inaptitude à consentir aux soins et en l'absence de DMA, on devra faire appel au consentement substitué. Celui-ci doit être donné par une personne habilitée selon les dispositions prévues au Code civil du Québec.</p>						
<b>COMMUNICATION AVEC LES PROCHES</b>							
<p>Dans le cas d'un consentement direct obtenu de la personne malade, l'implication des proches au processus décisionnel demeure éminemment souhaitable. Il est en effet essentiel d'informer les proches significatifs des discussions entreprises, avec l'accord du patient.</p> <p>Qu'ils aient participé ou non à la décision de sédation, les</p>	<p>La présence et le soutien offerts aux proches sont importants durant la sédation palliative. Cette présence peut leur être extrêmement bénéfique, non seulement dans l'accompagnement qu'ils offrent à leur proche en fin de vie, mais aussi pour faciliter leur deuil à venir. Une fois que la sédation est commencée, les proches peuvent ressentir une perte</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family and friends often need repeated reassurance that all symptom treatment methods have been exhausted, and that sedation is for comfort and unlikely to shorten the patient's life.</li> <li>• Family and friends should be kept informed. i.e. patient's condition, comfort level, anticipated changes, signs of imminent death, etc</li> </ul>		<p>It is crucial to include family in decision-making in order to mitigate the potential negative impact of a decision they don't completely understand or agree with. However, PST is only offered in response to a <b>patient's</b> suffering, not to others' discomfort or perceptions.</p>	<p>The care team must provide supportive care to the members of the patient's family and/or friends. This includes listening to concerns or watching for signs of grief, physical/psychological burdens, feelings of guilt. In addition, they should be offered advice on ways to be of help to the</p>	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>proches doivent comprendre les explications appropriées reçues de l'équipe soignante avant le début de la sédation. Des réunions de famille devraient être prévues à cet effet.</p>	<p>de sens dans leur accompagnement, notamment à cause de l'absence d'échanges avec le malade devenu inconscient ou lorsque la fin de vie se prolonge au-delà de la durée habituelle d'agonie. C'est déjà, en quelque sorte, une mort sociale. Ce pour quoi les proches doivent recevoir un soutien adapté et continu de la part du personnel soignant.</p> <p>L'environnement de soins doit aussi favoriser le contact intime entre le patient et ses proches, pour que puisse s'installer une proximité émotionnelle. Généralement, les membres de la famille souhaitent être impliqués dans les soins offerts et être tenus informés des changements dans l'état de santé de leur proche.</p>		<p>The care team must provide supportive care to family members. This includes listening to concerns or watching for signs of grief, physical/psychological burdens, feelings of guilt. In addition, they should be offered advice on ways to be of help to the patient (e.g. by being with, talking to, touching the patient, providing mouth care, and managing the atmosphere of the patient's care etc.).</p>			<p>patient (e.g. by being with, talking to, touching the patient, providing mouth care, and managing the atmosphere of the patient's care etc.).</p> <p>The care team should provide regular information updates to the family including information about the patient's condition, comfort level, anticipated changes, or, when appropriate, notification that death is approaching and what can be expected in the dying process.</p> <p>After the death of the patient, the family should be offered the opportunity to meet with care providers to give them the opportunity to express grief and to discuss any outstanding concerns that they may harbor about the care delivered in the last days of life.</p>	

## Durée maximale

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
Par ailleurs, il convient d'éviter une sédation palliative prolongée durant plus de 15 jours en raison des complications associées qui croissent alors significativement (le malade devient rigide, très souffrant à la mobilisation, etc). On n'offrira donc pas de sédation continue durant plus de deux semaines. La littérature semble démontrer que la survie moyenne après le début d'une sédation palliative continue oscille entre un et six jours	La survie moyenne après le début d'une sédation palliative continue oscillerait entre un et six jours. Il est vrai que la sédation palliative continue pourrait abrégé la vie d'un malade si celle-ci est administrée chez un patient qui a un long pronostic de survie (plusieurs semaines) et qui est encore capable de s'alimenter et de s'hydrater. Diverses publications démontrent que la sédation palliative continue correctement administrée à des patients ayant un pronostic très court n'accélère pas le décès.						

## Hydratation / Alimentation

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
		Artificial hydration <i>should</i> not be administered in the dying phase when death rattle is present.  (Expert consensus)		Support the dying person to drink if they wish to and are able to. Check for any difficulties, such as swallowing problems or risk of aspiration. Discuss the risks and benefits of continuing to drink, with the dying person, and those	

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
		<p>Following a thorough investigation on an individual basis (e.g. satisfying hunger or thirst), artificial nutrition and hydration <i>should not</i> be continued or started for dying patients.            (Level of evidence: 2; Grade of recommendation : B)</p>		<p>involved in the dying person's care.</p> <p>Offer frequent care of the mouth and lips to the dying person and include the management of dry mouth in their care plan, if needed. Offer the person the following, as needed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• help with cleaning their teeth or dentures, if they would like</li> <li>• frequent sips of fluid.</li> </ul> <p>Assess, preferably daily, the dying person's hydration status, and review the possible need for starting clinically assisted hydration, respecting the person's wishes and preferences.</p> <p>Discuss the risks and benefits of clinically assisted hydration with the dying person and those important to them. Advise them that, for someone who is in the last days of life:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clinically assisted hydration may relieve distressing symptoms or signs related to dehydration, but may cause other problems</li> <li>• it is uncertain if giving clinically assisted hydration will prolong life or extend the dying process</li> <li>• it is uncertain if not giving clinically assisted hydration will hasten death.</li> </ul> <p>When considering clinically assisted hydration for a dying person, use an individualised approach and take into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• whether they have expressed a preference for or against clinically assisted hydration, or have any cultural, spiritual or religious beliefs that might affect this documented in an advance statement or an advance decision to refuse treatment</li> <li>• their level of consciousness</li> </ul>	



<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• any swallowing difficulties</li> <li>• their level of thirst</li> <li>• the risk of pulmonary oedema</li> <li>• whether even temporary recovery is possible.</li> </ul> <p>For people being started on clinically assisted hydration:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor at least every 12 hours for changes in the symptoms or signs of dehydration, and for any evidence of benefit or harm.</li> <li>• Continue with clinically assisted hydration if there are signs of clinical benefit.</li> <li>• Reduce or stop clinically assisted hydration if there are signs of possible harm to the dying person, such as fluid overload, or if they no longer want it.</li> </ul> <p>For people already dependent on clinically assisted hydration (enteral or parenteral) before the last days of life:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Review the risks and benefits of continuing clinically assisted hydration with the person and those important to them.</li> <li>• Consider whether to continue, reduce or stop clinically assisted hydration as the person nears death.</li> </ul>	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
L'évolution naturelle de la maladie grave s'accompagne généralement dans les derniers jours d'une diminution de l'état général avec faiblesse, alitement progressif, perte	La cessation de l'hydratation et de la nutrition artificielles en fin de vie suscite, dans la population générale et dans la communauté soignante, de nombreuses interrogations.		The majority of patients will have minimal to no oral intake by the time Continuous Palliative Sedation Therapy (CPST) is considered as they are at the end-of-life. If the	Si le patient peut encore boire et s'alimenter par voie buccale, le médecin devra lui expliquer les conséquences qu'aurait une sédation modérée ou profonde sur sa	Hydration is not usually offered but may be in some circumstances.  Bowel interventions can likely be stopped, and		L'hypodermoclyse consiste en l'administration par voie sous-cutanée (sous le derme) d'un soluté contenant ou non un

<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>d'appétit, perte de poids, dysphagie, dyspnée. Le malade refuse souvent de s'alimenter. Il s'hydrate avec peine.</p> <p>En fait, nous croyons que la tendance à la rétention d'eau qui s'installe de façon naturelle dans la période d'agonie peut avoir des répercussions défavorables sur le confort du malade si celui-ci est hydraté au-delà de sa soif, quelle que soit la voie utilisée. On pourra alors observer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accroissement de l'œdème péricardial et donc de la douleur secondaire;</li> <li>• L'accroissement des œdèmes, des épanchements, de l'ascite;</li> <li>• L'accroissement des sécrétions salivaires, bronchiques, digestives, augmentant par ce fait même l'incidence des râles terminaux, des nausées et des vomissements.</li> </ul> <p>De plus chez le patient stuporeux, les risques d'aspiration reliés à l'usage de la nutrition ou d'un gavage sont bien connus.</p> <p>Pour ces raisons, il est généralement déconseillé de poursuivre ou d'initier une perfusion liquidienne ou un gavage dans les derniers jours de vie. Lorsqu'il est bien éveillé, le patient est invité à s'hydrater et à s'alimenter selon ses désirs, ses besoins et en fonction de sa condition médicale globale.</p>	<p>Ce geste peut être une source de malaise pour les proches. Combiné à l'application de la sédation palliative, cet arrêt accroît les questionnements d'ordre éthique. Ceux-ci sont modulés par la variabilité interculturelle et spirituelle qui peut exister quant aux pratiques alimentaires et à leur signification. Bien comprendre et bien expliquer aux proches l'évolution naturelle des besoins d'hydratation et de nutrition en fin de vie atténue beaucoup ces inquiétudes. Notons que sur le plan juridique, l'hydratation et la nutrition naturelles sont également considérées comme des soins auxquels le patient peut consentir ou qu'il peut refuser.</p> <p>L'évolution naturelle d'une maladie grave s'accompagne généralement dans les derniers jours d'une détérioration de l'état général accompagné de faiblesse, d'un alitement progressif, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids, de dysphagie et de dyspnée. Le malade refuse souvent de s'alimenter. Il s'hydrate avec peine. Des soins de bouche appropriés préviennent l'inconfort qu'apporterait la sécheresse buccale. À ce moment, bien que les revues systématiques de la littérature</p>		<p>patient is still able to take oral fluids and/or food, and the patient and/or family express a desire to continue taking fluids and/or food by mouth, then light or intermittent sedation may be considered as an alternative to deep continuous palliative sedation if it is possible to achieve symptom control with this level of sedation. Generally, however, artificial nutrition and hydration are considered burdensome and offer minimal benefits in patients who are very end-of-life. They should therefore not be routinely offered to patients undergoing CPST.</p>	<p>capacité de manger et de boire. Si le patient ou sa famille désire maintenir l'alimentation et l'hydratation par voie buccale, on envisagera de n'administrer qu'une sédation légère ou intermittente au lieu d'une sédation profonde continue. On considère souvent l'alimentation et l'hydratation artificielles comme un fardeau inutile lorsque les patients sont très près de la mort. Elles risquent aussi de causer des effets secondaires. Par conséquent, on ne devrait pas les offrir de façon routinière aux patients en sédation palliative. Le médecin doit examiner la nécessité, les avantages et les inconvénients de maintenir l'alimentation et l'hydratation artificielles des patients à qui on se prépare à administrer la sédation palliative.</p>	<p>urinary catheterization is only indicated with palpable bladder distension and signs of patient discomfort.</p>		<p>médicament. Cette technique reconnue en milieu hospitalier peut être instaurée à domicile pourvu qu'au moins un des membres de l'entourage du patient soit initié à certaines manipulations. Le malade ou la famille doit pouvoir compter sur l'aide d'un professionnel en cas de problèmes.</p> <p>En soins palliatifs, ce procédé peut être instauré pour hydrater un patient lorsque la voie orale n'est pas possible (ex. : occlusion) et que la voie intraveineuse n'est pas souhaitable. L'hypodermoclyse peut être également indiquée en présence d'agitation, de delirium, d'hypercalcémie ou de neurotoxicité lorsqu'on soupçonne une accumulation de métabolites d'opioïdes, dont l'élimination se fait par voie rénale. Dans ce cas, l'hydratation se fera habituellement pendant une courte période.</p> <p>CONTRE-INDICATIONS de l'hypodermoclyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- œdème, lymphœdème</li> <li>- intégrité de la peau compromise</li> <li>- nécessité d'administrer plus de 3 litres de solution</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>ne parviennent pas à démontrer hors de tout doute que l'hydratation et la nutrition soient nuisibles à la personne en fin de vie, l'expérience clinique tend à démontrer qu'elles peuvent causer des inconforts supplémentaires au patient. La tendance à la rétention d'eau qui s'installe de façon naturelle dans la période d'agonie peut avoir des répercussions défavorables sur le confort du malade si celui-ci est hydraté au-delà de sa soif, quelle que soit la voie utilisée.</p> <p>On pourra alors observer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accroissement de l'œdème péricardial et donc de la douleur secondaire;</li> <li>• L'accroissement des œdèmes, des épanchements, de l'ascite;</li> <li>• L'accroissement des sécrétions salivaires, bronchiques, digestives, augmentant par ce fait même l'incidence des râles terminaux, des nausées et des vomissements.</li> </ul> <p>En fait, la sédation palliative continue implique rarement l'arrêt de la nutrition ou de l'hydratation, car celles-ci sont le plus souvent déjà spontanément interrompues par le patient.</p>						<p>par jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles de la coagulation (risque d'hématome sous-cutané)</li> <li>- désordres électrolytiques sérieux ou déshydratation importante (sodium plasmatique &gt; 150 mmol/l, osmolarité plasmatique &gt; 300 mmol/kg)</li> <li>- collapsus, choc ou tout autre syndrome aigu nécessitant une correction rapide de la situation</li> <li>- problèmes cardiaques graves</li> </ul> <p>Dans ces situations, la voie intraveineuse représente toujours le mode d'administration de choix.</p>

## Médications

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBSPSC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<b>SELECTION</b>					
<p>SÉDATION PROPORTIONNÉE</p> <p><u>Première intention</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Midazolam iv ou sc</li> </ul> <p><u>Deuxième intention</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chlorpromazine iv ou sc</li> <li>- Lévomépromazine sc</li> </ul> <p>D'autres molécules peuvent être utilisées en deuxième intention, à condition d'être indiquées ou prescrites par un médecin expérimenté, et administrées dans un contexte de surveillance adapté, parmi lesquelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la kétamine, notamment en cas de douleur associée (potentialisation, co-antalgie);</li> <li>• le propofol;</li> <li>• le phénobarbital dans le cas particulier d'un état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques;</li> <li>• le gamma hydroxybutyrate (oxybate) de sodium (peu dépressur respiratoire);</li> <li>• la dexmédétomidine.</li> </ul> <p>(Accord d'experts)</p> <p>SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE, MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS</p> <p><u>Première intention</u> :</p> <p>Bien que les benzodiazépines soient à risque de tachyphylaxie en cas d'administration prolongée, le midazolam injectable reste recommandé comme médicament de première intention également dans le cadre des SPCMD.</p> <p><u>Deuxième intention</u> :</p> <p>Les molécules de deuxième intention et leurs modalités d'administration sont similaires à celles décrites pour les sédations proportionnées, avec</p>			<p>The most common sedatives used for palliative sedation are midazolam, lorazepam, and propofol by parenteral infusions.</p> <p>(Grade of recommendation : 2A)</p>		

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<p>une dose d'entretien administrée jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée. En cas d'efficacité insuffisante de la sédation, un transfert vers un service d'hospitalisation est recommandé. (Accord d'experts)</p>					
<b>PRINCIPES GENERAUX</b>					
<p>Les traitements symptomatiques concomitants seront poursuivis et adaptés en fonction de leur évaluation. Plus particulièrement, lorsqu'une sédation proportionnée est envisagée, la douleur doit être systématiquement évaluée et l'utilisation d'antalgiques doit être envisagée de manière synchrone pour soulager la douleur. (Accord d'experts)</p> <p>Dans les SPCMD, l'utilisation des antalgiques doit être systématique, qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés. (Accord d'experts)</p> <p>Dans tous les cas, des antalgiques seuls, notamment les opioïdes, ne peuvent pas être utilisés comme sédatifs. (Accord d'experts)</p>		<p>Only drugs that aim to ensure the best possible quality of life in the dying phase <i>shall</i> be started or continued. This particularly includes the substances from the groups of opioids, antipsychotics, benzodiazepines and anticholinergics. (Expert consensus)</p> <p>Cancer-specific drugs and treatment measures <i>shall</i> be stopped in the dying phase. (Expert consensus)</p> <p>All medical, nursing and physiotherapeutic treatment measures, which do not support the goal of care of ensuring the best possible quality of life, <i>shall not</i> be introduced or, if they were introduced previously, <i>shall</i> be stopped: e.g. ventilation, cardiopulmonary resuscitation, dialysis/hemofiltration, therapy in the intensive care unit, positioning for decubitus or pneumonia prevention. (Expert consensus)</p>			
<b>ADMINISTRATION</b>					
		<p>If drugs for symptom relief can no longer be administered enterally, an adjusted dose <i>shall</i> be given using a parenteral (subcutaneous, intravenous), transmucosal (nasal, buccal, sublingual) or rectal route of administration. A sufficiently effective</p>			

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
		transdermal treatment <i>can</i> also be continued in the dying phase.  (Expert consensus) Palliative sedation <i>shall</i> be carried out by competent physicians and nurses experienced in palliative care. (Expert consensus)			

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>SELECTION</b>							
Les agents couramment employés incluent les benzodiazépines, les neuroleptiques (antipsychotiques), les barbituriques ainsi que les anesthésiques généraux tels que le propofol  ... nous joindrons également les anticholinergiques, dont les propriétés sédatives profitent aux patients présentant un problème de râles concomitants.	Les agents couramment employés comprennent les benzodiazépines, les neuroleptiques (antipsychotiques), les barbituriques ainsi que le propofol. Les opioïdes, dont le but premier est de calmer la douleur physique ou la dyspnée, sont administrés de façon parallèle. <b>Puisque les opioïdes ne sont pas des agents sédatifs à proprement parler, leur utilisation n'est pas indiquée si la douleur ou la dyspnée ne font pas partie des symptômes à juguler.</b>	There is no good evidence to strongly recommend one medication class over another. Regardless, benzodiazepines tend to be the preferred medication. Antipsychotics are also commonly employed, <b>either in isolation or in combination with a benzodiazepine. Opioids are a poor choice</b> for sedation, as sedation typically occurs at doses that are associated with respiratory depression.  <u>First line</u> : Midazolam, Methotrimeprazine <u>Second line</u> : Phenobarbital <u>Third line</u> : Propofol.	The most common medications used for CPST are midazolam, methotrimeprazine (Nozinan™), and phenobarbital). <b>Choices depend on the clinical circumstances, the experience of the physician, drug availability, institutional policy and location.</b>  Midazolam by a continuous subcutaneous or intravenous infusion is generally the medication of choice for CPST.  <u>First line</u> : <b>Option 1:</b> Midazolam by continuous infusion. <b>Option 2:</b> Methotrimeprazine (Nozinan™) <b>Option 3:</b> Midazolam PRN <b>Option 4:</b> Lorazepam subcut or IV	<u>Choix no. 1</u> : Midazolam en perfusion continue. (Choix de préférence)  <u>Choix no. 2</u> : Méthotrimeprazine (Nozinan™)  <u>Choix no. 3</u> : Phénobarbital  <u>Choix no. 4</u> : Combinaison de médicaments  <u>Choix no. 5</u> : Propofol	Most common medication classes used for PST are benzodiazepines, neuroleptics, barbiturates, or general anesthetics. <b>Choice may depend on the expertise of the prescribing physician, medication availability, and the care setting.</b>  Consider discontinuing previous benzodiazepines or neuroleptics if the same class will be used for PST purposes.	There is no strong evidence to support a ranking of medications used for sedation. <b>Choices depend on the experience of the physician, drug availability, institutional policy and location.</b> Benzodiazepines are the most commonly-used medication for PST, and of these Midazolam is most-frequently used. Midazolam parenterally administered can be used in all stages of sedation. Its short half-life allows it to be more easily titrated than other benzodiazepines. It also possesses anxiolytic, anticonvulsant and muscle relaxant properties. In some patients, benzodiazepines may have a <b>paradoxical excitatory effect</b> . Where	<b>Le choix des agents utilisés pour une sédation palliative continue est empirique.</b> Aucune étude contrôlée, comportant un nombre suffisant de patients, ne nous permet de conclure à la supériorité d'un traitement ou d'une classe thérapeutique par rapport à un autre. Il n'y a donc pas de lignes directrices précises pour le choix de l'agent. <b>Il faut se fier aux symptômes du patient pour déterminer les classes de médicaments qui seront potentiellement utiles à son soulagement.</b>  Les principaux agents utilisés sont les benzodiazépines, les neuroleptiques, les barbituriques, les anesthésiques généraux

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
			<p><u>Second line</u> :</p> <p>In the case of failure or suboptimal effects of a first-line option, <b>add</b> phenobarbital to midazolam or methotrimeprazine.</p> <p><u>Third line</u> :</p> <p>Propofol, a powerful anesthetic agent, may be considered if 1st and 2nd line options have failed. This should be considered only as a last resort and special close monitoring of patients is required, limiting its use to acute hospital settings.</p>			<p>feasible, the use of a Midazolam by continuous subcutaneous infusion (CSCI) is preferred, to permit responsive titration<sup>13</sup>.</p> <p>Sedating antipsychotics are less commonly used for PST, but of these Methotrimeprazine is preferred. It can be administered parenterally and has neuroleptic properties which may be helpful in cases where PST is used for a patient with refractory terminal delirium.</p> <p>Barbiturates (e.g. phenobarbital) and drugs such as Propofol are also occasionally used for PST.</p> <p><b>Opioids are an inappropriate choice for PST</b> because deep sedation will occur only when doses are used that cause <b>neurotoxicity</b> and respiratory depression leading to hastened death. However, it is essential to continue to provide opioid therapy for symptom management.</p>	<p>et les anticholinergiques.</p>
<b>PRINCIPES GENERAUX</b>							
<p>Pour induire une sédation palliative, les médicaments fréquemment administrés à doses moindres, soit pour produire une anxiolyse ou pour contrôler un délirium léger, peuvent être augmentés pour</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un agent ayant plusieurs propriétés, s'il y a présence de plusieurs symptômes (une benzodiazépine chez un patient qui présente des convulsions, un alcoolisme</li> </ul>		<p>The medication regimen required to control symptoms prior to initiating CPST should be continued. Oral medications should be changed to a non-oral route (e.g. IV or Subcut), depending</p>	<p>La médication prescrite au patient avant l'initiation de la sédation palliative doit être maintenue. Les médicaments buccaux doivent être administrés de façon différente selon le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Review current medications</li> <li>- Discontinue non-necessary medications in keeping with goals of care</li> <li>- Opioids are not</li> </ul>	<p>The patient's care location (home, residential hospice, hospital, retirement home, long-term care home etc.), and the availability of medication administration</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choisir l'agent en fonction du ou des symptômes que l'on souhaite soulager, de l'état du patient (état physique et psychologique) et du</li> </ul>



<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>provoquer de manière intentionnelle une altération de l'état de conscience. D'autres agents peuvent être ajoutés pour produire une sédation plus profonde, si les premières lignes s'avèrent insuffisantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un agent à plusieurs vertus s'il y a présence de plusieurs symptômes;</li> <li>• Instaurer le traitement à dose minimale ou selon l'entente pour une sédation légère ou profonde et augmenter selon la réponse clinique jusqu'à l'atteinte de l'objectif;</li> <li>• Restreindre le nombre d'agents;</li> <li>• Réagir promptement : si le premier choix pour une benzodiazépine est inefficace ou insuffisant à dose ajustée;</li> <li>• Vérifier auprès du pharmacien la compatibilité des associations médicamenteuses dans la même perfusion;</li> <li>• Observer le malade afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication et qu'une composante de delirium exacerbée par la prise de benzodiazépine ne s'installe pas;</li> <li>• Se souvenir que la plupart des agents de sédation ne comportent pas d'effet analgésique.</li> </ul>	<p>récent, une anxiété importante; ou un neuroleptique en présence d'agitation, de nausées et vomissements).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon ce qui aura été convenu, instaurer le traitement à dose minimale ou non, et augmenter selon la réponse clinique jusqu'à l'atteinte de l'objectif.</li> <li>• Restreindre le nombre d'agents; il n'y a pas de logique à combiner deux benzodiazépines ou deux neuroleptiques.</li> <li>• Réagir promptement : si le premier choix d'une benzodiazépine est inefficace ou insuffisant à dose ajustée, il faut remplacer cette dernière ou l'associer à un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique.</li> <li>• Vérifier auprès du pharmacien la compatibilité des associations médicamenteuses dans la même perfusion.</li> <li>• Observer le malade afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication et qu'une composante de delirium exacerbée par la prise de benzodiazépine ne s'installe pas.</li> <li>• Être vigilant dans le cas d'une sédation intermittente, car</li> </ul>		<p>on the patient's level of consciousness and ability to take and absorb oral medications. Other medications should be reviewed and discontinued if not essential to the patient's comfort.</p> <p>The patient's care location (home, residential hospice, hospital, retirement home, long-term care home etc.), and the availability of medication administration routes, i.e. intravenous access, primarily guide the CPST medication(s) used.</p>	<p>niveau de conscience du patient et sa capacité de prendre ou d'absorber la médication orale. Les autres types de médicaments doivent être révisés et possiblement éliminés s'ils ne servent pas à maintenir le confort du patient.</p>	<p>appropriate to induce PST</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DO NOT stop current medications for symptom relief as they will still be needed for optimal comfort (e.g. opioids for pain or dyspnea)</li> <li>- As consciousness is lowered, change all necessary medications to non-oral routes (may possibly use sublingual or buccal)</li> <li>- Determine any contraindications</li> <li>- Titrate only to the level of sedation that is required for symptom control using the lowest dose to achieve comfort.</li> </ul>	<p>routes, such as intravenous, primarily guide the PST medication(s) used. The goal is to identify the lowest possible dose of medication and lightest level of sedation that achieves comfort. In some cases, comfort may be achieved with light to moderate sedation while others will require deeper levels of sedation. The doses required to achieve these various levels of sedation may vary considerably between individuals.</p> <p>If a patient is already being treated with opioids and/or antipsychotics, these medications should be continued during sedation in accordance with the patient's needs. When an existing medication is being administered continuously, via the parenteral route, it is preferable to administer the sedative drugs via a separate site. This avoids an undesirable increase in the existing medication when the doses of sedatives are increased and avoids potential drug incompatibilities when mixed together.</p>	<p>degré de sédation désiré;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuster la dose selon la réponse et l'état clinique du patient (pas de dose maximale, mais favoriser la dose minimale efficace);</li> <li>- Combiner deux ou plusieurs agents si nécessaire (combiner des agents de classes différentes; ne pas combiner deux benzodiazépines ou deux neuroleptiques, par exemple)</li> </ul>



<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>l'angoisse peut en être aggravée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'administration des médicaments par voie sous-cutanée. En cas de réponse partielle ou absente, l'efficacité de cette voie d'administration peut être mise en doute et la voie intraveineuse peut être envisagée.</li> <li>Favoriser l'administration par voie veineuse en présence d'anasarque ou de thrombocytopenie sévère.</li> <li>Conserver perméables les dispositifs d'accès à la voie intraveineuse (Port- a- Cath, voie centrale).</li> <li>Se souvenir que la plupart des agents de sédation ne comportent pas d'effet analgésique.</li> </ul>						
<b>ADMINISTRATION</b>							
<p>La médication est le plus souvent administrée par voie sous-cutanée au moyen d'injections régulières (aux 4 heures le plus souvent) ou par perfusion sous-cutanée continue. Selon les milieux de soins, la perfusion sous-cutanée continue est possible à l'aide d'une pompe portative, d'un pousse-seringue ou d'une perfusion de 100 ml de NaCl 0.9 % contenant la médication prévue pour 24 heures, administrée à un débit de 4 ml/h.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'administration des médicaments par voie</li> </ul>	<p>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.</p> <p>La médication est le plus souvent administrée par voie sous-cutanée au moyen d'injections régulières (aux 4 heures le plus souvent) ou par perfusion sous-cutanée</p>		<p>When an existing medication is being administered continuously, via the parenteral route, it is preferable to administer the sedative drugs via a separate site. This avoids an undesirable increase in the existing medication when the doses of sedatives are increased and avoids potential drug incompatibilities when mixed together.</p>				<p>Favoriser la voie sous-cutanée, car elle permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>diminuer la quantité d'équipements (tubulure, pompe, etc.) reliés au patient (plus de liberté pour les proches et le personnel soignant, moins de bruits, etc.);</li> <li>diminuer le volume liquidien total administré pour éviter l'accumulation de liquide qui peut entraîner des complications</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>sous-cutanée. En cas de réponse partielle ou absente, l'efficacité de cette route d'administration peut être mise en doute et la voie intraveineuse peut être envisagée;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'administration par voie veineuse en présence d'anasarque ou de thrombocytopenie sévère;</li> <li>• Conserver perméables les dispositifs d'accès à la voie intraveineuse en cas de besoin (port-à-cath, voie centrale);</li> </ul>	<p>continue. Selon les milieux de soins, la perfusion sous-cutanée continue est possible à l'aide d'une pompe portative, d'un pousse-seringue ou d'une perfusion de 100 ml de NaCl 0.9 % contenant la médication prévue pour 24 heures, administrée à un débit de 4 ml/h.</p>						<p>diminuant le confort du patient (œdème des membres inférieurs, œdème aigu du poumon, etc.);</p> <p>Privilégier la perfusion intraveineuse continue par rapport aux administrations intermittentes, si cette voie est utilisée (par exemple, pour un patient présentant une anasarque ou une thrombocytopenie), car elle permet d'atteindre des concentrations sériques plus stables;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter la combinaison de plusieurs agents dans une même perfusion. En effet, il est préférable de pouvoir titrer chaque agent de façon indépendante selon les symptômes présents afin de maximiser la sédation et de diminuer la présence d'effets indésirables. Cependant, si plusieurs agents sont combinés dans une même perfusion, il faut invariablement vérifier avec le pharmacien les données de compatibilités entre les différents agents de la perfusion;</li> <li>• Privilégier les agents de sédation de durée intermédiaire plutôt que longue;</li> </ul>

## Benzodiazépines

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
<b>SELECTION</b>					
<p>Le midazolam est une benzodiazépine recommandée en première intention dans le cadre des sédations proportionnées. L'administration se fait autant que possible par voie intraveineuse. Si aucun abord veineux n'est accessible, la voie sous-cutanée est à utiliser. (Accord d'experts)</p>		<p>Benzodiazepines can be administered in the dying phase to re-lieve anxiety, whether accompanying symptoms of agitation are present or not. (Expert consensus)</p>			
<b>POSOLOGIE</b>					
<p><b>SÉDATION PROPORTIONNÉ – 1ÈRE INTENTION</b></p> <p><b>Midazolam iv</b> Dose initiale : Par voie IV, une induction par titration intraveineuse directe est souhaitable. Elle débute par une dose initiale de midazolam de 0,5 à 1 mg, à renouveler toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement. Chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance d'organe, de dénutrition sévère ou de déshydratation, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses est à adapter et peut atteindre 5 minutes. Dose d'entretien : Si une dose d'entretien est nécessaire, la dose d'entretien en IV débute à une dose horaire correspondant à 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration. Titration :</p>					

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<p>Si la titration IV n'a pas pu être réalisée, l'administration continue de midazolam sera débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et une adaptation du débit devra être pratiquée jusqu'à obtention de l'effet recherché. Cette dose sera réduite chez le sujet âgé ou fragilisé. (Accord d'experts)</p> <p><b>Midazolam sc</b>  Dose de charge :  0,05 à 0,1 mg/kg, à renouveler toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée.  Dose d'entretien :  Dose horaire de 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration.</p> <p>En l'absence de dose de charge, l'administration continue de midazolam sera également débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et une adaptation du débit devra être pratiquée jusqu'à obtention de l'effet recherché. Cette dose sera réduite chez le sujet âgé ou fragilisé. (Accord d'experts)</p> <p><u>Deuxième intention :</u>  En fonction du médicament sédatif de deuxième intention, le midazolam sera poursuivi ou progressivement arrêté. Cependant, il <b>devra être poursuivi avec les neuroleptiques ou la kétamine</b> du fait de son action protectrice sur l'effet d'emmurement ou des manifestations psychodysléptiques. Le relais du midazolam par une autre benzodiazépine et l'association de plusieurs benzodiazépines entre elles ne sont pas recommandés. Les</p>					

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<p>neuroleptiques sont les médicaments de choix de deuxième intention, notamment : la chlorpromazine iv, la lévomépromazine sc</p> <p>SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE, MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS</p> <p><u>1<sup>ère</sup> intention</u></p> <p>Bien que les benzodiazépines soient à risque de tachyphylaxie en cas d'administration prolongée, le midazolam injectable reste recommandé comme médicament de première intention également dans le cadre des SPCMD.</p> <p>Les modalités d'utilisation du midazolam dans cette indication sont proches de celles déjà mentionnées pour les sédations proportionnées; une titration est nécessaire pour obtenir une sédation profonde (RASS - 4 ou - 5).</p> <p>Une titration est souhaitable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit par bolus : débiter par une dose initiale de midazolam de 1 mg, à renouveler toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire. Chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance d'organe, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses peut être plus long. Une dose d'entretien en IV est nécessaire et débute à une dose horaire de 50 à 100 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration;</li> <li>• soit par administration continue débutée à la dose de 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire.</li> </ul>					

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<p>Si le patient se réveille, des bolus par voie IV de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être administrés.</p> <p>En cas d'administration intraveineuse impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée.</p> <p>L'association à un antalgique est préconisée pour éviter tout risque de douleur.</p> <p><u>2<sup>e</sup> intention</u> Les molécules de deuxième intention et leurs modalités d'administration sont similaires à celles décrites pour les <b>sédations proportionnées, avec une dose d'entretien administrée jusqu'à</b> obtention de la profondeur de sédation souhaitée. En cas d'efficacité insuffisante de la sédation, un transfert vers un service d'hospitalisation est recommandé.</p>					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Les benzodiazépines ont des propriétés anticonvulsivantes, amnésiante, anxiolytique et relaxante. Leur marge de sécurité est large et les risques de dépression respiratoire sont moindres, d'où leur intérêt comme agent	Outre leurs propriétés hypnotiques et anxiolytiques, les benzodiazépines ont des propriétés anticonvulsivantes, amnésiantes et relaxantes. Leur marge de sécurité est		Midazolam by a continuous subcutaneous or intravenous infusion is generally the medication of choice for CPST. Its short half-life and potency allows it to be more easily titrated than other benzodiazepines. It also possesses anxiolytic, anticonvulsant and muscle relaxant properties.		Midazolam 5-15 min onset peak 60 min First choice due to short half-life	<b>Midazolam Advantages (When to Use)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potent, short half-life, easy titration up or down</li> <li>Subcutaneous or Intravenous route</li> </ul>	<b>Benzodiazépines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Agents de première ligne;</li> <li>Propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques, amnésiantes et anticonvulsivantes;</li> </ul>

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
de première ligne. D'action rapide, elles peuvent être convenablement titrées et adaptées à la réponse du malade.	large et les risques de dépression respiratoire sont moindres, d'où leur intérêt comme agent de première ligne. D'action rapide, elles peuvent être convenablement titrées et adaptées à la réponse du malade.					administration • Continuous or intermittent dosing • Anxiolytic (anxiety)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'effet analgésique;</li> <li>• Classe pharmacologique à privilégier en cas d'anxiété, d'agitation ou de dyspnée</li> </ul>
<b>SÉLECTION</b>							
Le midazolam est préféré au lorazépam, surtout quand la voie sous-cutanée est disponible (pompe).	Le midazolam est préféré au lorazépam, surtout quand la voie sous-cutanée est disponible (pompe).	Midazolam including PRN dosing may be individualized based on past patient experience and/or discretion of the MRHP <u>Advantages</u> : Onset of action : 1 minute Time to peak effect : 2 to 5 minutes for bolus				<b>Adjuvant/Alternative</b> methotrimeprazine (add) phenobarbital (add)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le midazolam et le diazépam sont plus lipophiles que le lorazépam, ce qui explique leur début d'action plus rapide;</li> <li>- Développement d'une tolérance possible, ce qui peut nécessiter une augmentation des doses.</li> </ul> <p><u>Privilégier le lorazépam pour une administration intermittente</u> en raison de sa plus grande puissance et de son élimination plus lente par rapport au midazolam;</p> <p><u>Privilégier le midazolam lors d'une administration en perfusion continue</u> au moyen d'une pompe en raison de sa courte durée d'action. L'administration prolongée provoque une accumulation (24-48 heures);</p> <p><b>Le diazépam est rarement utilisé</b></p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>POSOLOGIE</b>							
<p><b>Lorazépam</b>  Voie d'administration:  sc – iv – sl – tm – ir  Dose de départ :  0,5 à 1 mg/h  Dose moyenne efficace :  6 à 12 mg/24 h  Écart posologique rapporté :  2 à 4 mg/h</p> <p><b>Midazolam</b>  Voie d'administration:  sc — iv  Dose de départ :  0,5 à 1 mg/h  Dose moyenne efficace :  20 à 70 mg/24h  Écart posologique rapporté :  3 à 450 (ad1200) mg/24h</p>	<p><b>Lorazépam</b>  Voie d'administration:  sc – iv – sl – tm  Dose de départ :  0,5 à 1 mg/h  Dose moyenne efficace :  6 à 12 mg/24 h  Écart posologique rapporté :  2 à 4 mg/h</p> <p><b>Midazolam</b>  Voie d'administration:  sc — iv  Dose de départ :  0,5 à 1 mg/h  Dose moyenne efficace :  20 à 70 mg/24h  Écart posologique rapporté :  3 à 450 (jusqu'à 1200) mg/24h</p>	<p><b>Midazolam</b>  Administration route :  sc - iv  Loading dose :  1 mg to 5 mg</p> <p><u>Continuous dose range</u> :  1 mg/hour to 10 mg/hour</p> <p><u>Titration dose range</u> :  0.5 mg/hour to 1 mg/hour  Titrate every 15 minutes until deep sedation is achieved</p> <p><u>Maintenance dose</u> :  1 to 20mg/hour infusion</p>	<p><b>Midazolam (first line, option 1)</b>  Administration route :  sc - iv  Loading dose :  2.5 mg or 5 mg subcut/IV stat  Continuous infusion :  Start at 0.5-1mg/hour subcut/IV by infusion pump  - Titrate up (or down) every 30 to 60 minutes if needed until the goal is achieved. The usual dose required to achieve CPST is between 1-5mg/hr  - Initial titration may need to be rapid, depending on the clinical situation; i.e. the dose adjusted by 1mg/hour every 30 minutes until the patient is comfortable.</p> <p><u>If crises occur</u>, may give a bolus dose of midazolam 2.5-5 mg subcut/IV q 30 minutes PRN</p> <p><u>Over time</u> (usually days) the dose may need to be titrated up (in increments of 0.5mg to 1mg/hr) as some patients may begin to develop tolerance.</p> <p>If doses of greater than 10mg/hr are required, reassess and consider adding methotrimeprazine or phenobarbital</p> <p><b>Midazolam PRN (first line, option 3)</b>  Consider this option as a short term solution if midazolam is preferred but a pump is not available for continuous infusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administer midazolam: 2.5mg to 5mg subcut/IV stat and then q30-60 min PRN.</li> <li>May require a standing q4h dose</li> </ul>	<p><b>Midazolam</b>  Dose d'attaque (sédation profonde) : 2,5 à 5 mg sc ou iv  Perfusion continue :  dose initiale de 0,2 à 1 mg/h sc ou iv par une pompe de perfusion.  Envisager d'y ajouter la dose « au besoin » ou PRN pour induire et maintenir la sédation visée (administrer l'équivalent de la dose horaire toutes les 30 minutes au besoin).  Titration :  Titrer la dose toutes les 30 minutes jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. S'il faut administrer des doses supérieures à 10 mg/h, on pourrait ajouter un autre médicament, comme de la méthotrimeprazine ou du phénobarbital.</p> <p>On pourra lancer la sédation rapidement (de 5 à 15 minutes), pour arriver au maximum en 60 minutes. La durée moyenne de l'action est de 2 heures, mais elle peut s'étendre jusqu'à 6 heures, surtout dans les cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque congestive, de cirrhose ainsi que chez les personnes âgées. La demi-vie varie de 1,8 à 6 heures (Lexi-comp).</p>	<p><b>Midazolam</b>  Administration route :  Continuous or intermittent sc or iv  * <b>Intermittent dosing is not recommended due to the short half-life</b>  Initial dose :  1 – 5 mg  Usually 2,5 – 5 mg  Titration :  0,2 – 1 mg/hr  Titrate up or down Q 10-30 minutes  Start with a low dose and titrate up as needed, especially with elderly and/or low weight patients.  Maintenance dose :  1 10 mg/hr</p> <p><b>Lorazepam</b>  Administration route :  Sc/iv or may start with sublingual or buccal  Initial dose :  0,5 – 1 mg sc or iv  1 – 4 mg sublingual / buccal  Buccal not often used due to inconsistent absorption  Titration :  0,5 – 2 mg Q2H PRN  Maintenance dose :  1 – 4 mg sc/iv Q2-4H or 1 – 8 mg suglingual / buccal</p>	<p><b>Midazolam</b>  Initiation :  2.5-5 mg subcut or IV STAT</p> <p><u>Titration</u> :  Titrate dose Q1H as necessary until the goal of PST is achieved. Initial titration may need to be rapid until the patient is comfortable.  Dose may require titration up as tolerance develops over many hours to days.</p> <p><u>Maintenance</u> :  0.5-1 mg/hour CSCI or CIVI  Range: 1-20 mg/hour  Bolus: 2.5-5 mg PRN dosing regimen (no CSCI/CIVI available):  2.5-5 mg q30-60min prn (temporary, 12-24 hours, half-life/duration of action short)</p>	<p><u>Guide d'utilisation du midazolam</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dose de départ : perfusion de 0,5 à 1 mg/heure SC/IV; dose intermittente de 5 mg SC/IV q 2 heures;</li> <li>ajustement : évaluer environ toutes les 4 heures ou plus rapidement selon l'urgence de la situation. Idéalement, réévaluer 30 à 60 minutes (pic d'action) après la première dose administrée et donner 5 mg supplémentaire au besoin. Puis réajuster la dose régulière selon la dose totale reçue pour obtenir une sédation adéquate;</li> <li>dose maximale : perfusion 450 mg/jour (parfois ad 1 200 mg/j); dose intermittente de 10 mg SC/IV q 1 heure (limitée par le volume d'administration pour administration sous-cutanée);</li> <li>donner dose IV lentement sans dilution en 2 à 3 minutes.</li> </ul> <p><u>Guide d'utilisation du lorazépam</u> :</p>



<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs  et Collège des médecins du  Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins  palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative  Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington  Integrated Hospice  Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des  pharmaciens des  établissements de santé  du Québec)</i> <b>Canada</b>
			<p>based on amount needed for initial sedation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>This is usually a temporary solution (12 to 24 hours) as midazolam has a short half-life and a short duration of action.</li> </ul> <p><b>Lorazépam</b>  <b>(First line, option 4)</b>  <u>Initial dose :</u>  STAT dose of 0.5-1 mg subcut/IV (or 1 mg to 4 mg sublingual)  <u>Titration :</u>  0.5 mg to 2 mg subcut/IV q 2 hrs PRN until desired level of sedation achieved  <u>Maintenance dose :</u>  1 mg to 4 mg subcut/IV q 2-4 hrs (or 1 mg to 8 mg sublingual)</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>dose de départ : 1 mg SC/IV q 4-6 heures;</li> <li>ajustement : évaluer environ toutes les 8 heures ou plus rapidement selon l'urgence de la situation. Idéalement, réévaluer au pic d'action après la première dose administrée et donner une dose de 0,5 à 1 mg supplémentaire au besoin. Puis réajuster la dose régulière selon la dose totale reçue pour obtenir une sédation adéquate;</li> <li>dose maximale : 4 mg SC/IV q 4 heures (ad 2-4 mg/h);</li> <li>lorsqu'une dose de 2 mg SC/IV q 4 heures est atteinte, considérer l'ajout d'un deuxième agent sédatif;</li> <li>la dose IV doit être portée au double du volume avec de l'eau stérile ou du NaCl 0,9 % et donnée lentement (maximum : 2 mg/minute)</li> </ul>
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							
Les effets secondaires possibles des benzodiazépines sont : tolérance et tachyphylaxie (au-delà d'une dose de 20 mg/24h de midazolam, il faut	Les effets secondaires possibles sont : tolérance et tachyphylaxie (au-delà d'une dose de midazolam de 20 mg/24 h, il faut considérer l'ajout d'un agent	<b>Midazolam</b> Risks: ceiling to CNS depression, paradoxical excitation	In very rare cases, benzodiazepines such as midazolam may have a paradoxical excitatory effect.		Delirium or agitation os a rare complication.	<b>Midazolam</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiratory depression (additive to opioids)</li> <li>Paradoxical reactions (aggression,</li> </ul>	Les effets secondaires sont peu fréquents. Effet paradoxal possible (agitation, trouble du comportement, agressivité)

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
considérer l'ajout d'un agent de deuxième ligne), réaction paradoxale (agitation, trouble du comportement, agressivité), accumulation possible au-delà de 24-48 h d'administration.	de deuxième ligne), réaction paradoxale (agitation, trouble du comportement, agressivité), accumulation possible au-delà de 24 à 48 heures d'administration.					hyperactivity)	

## Antipsychotiques

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
<b>SELECTION</b>					
Les neuroleptiques sont les médicaments de choix de deuxième intention, notamment : la chlorpromazine iv, la lévomépromazine sc (Accord d'experts)		In dying patients with delirium and the need for pharmacological treatment, haloperidol* can be administered for the treat-ment of delirium. * Off-label use  (Level of evidence : 1- ; Grade of recommandation : B)			
<b>POSOLOGIE</b>					
<p>Chlorpromazine <u>Voie d'administration :</u> sc - iv <u>Dose initiale :</u> 25 mg en bolus IV lent (ou IM si voie veineuse impossible). Elle peut être renouvelée après 30 minutes si besoin. Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg. <u>Dose d'entretien :</u> Selon la dose initiale cumulée nécessaire, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est débutée, en perfusion IV continue ou bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) répétés 2 ou 3 fois par jour.</p> <p>Des bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 ou davantage de doses de secours sont nécessaires sur 24</p>					

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<p>heures, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.</p> <p>Lévomépromazine</p> <p><u>Dose initiale :</u> 25 mg en bolus SC. Elle peut être renouvelée après 60 à 90 minutes si besoin. Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg.</p> <p><u>Dose d'entretien :</u> Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 25 et 100 mg/j, en perfusion SC continue ou bolus SC répétés 2 ou 3 fois par jour.</p> <p>Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 doses de secours ou plus sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.</p>					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Les antipsychotiques sont souvent utilisés en les combinant aux benzodiazépines. Ils sont particulièrement utiles pour traiter les patients souffrant de <b>délirium avec confusion ou d'agitation préterminale.</b>	Les neuroleptiques ou antipsychotiques sont souvent utilisés en les combinant aux benzodiazépines. Ils sont particulièrement utiles pour traiter les patients souffrant de délirium accompagné de confusion ou d'agitation préterminale.					<b>Methotrimeprazine</b>  <b>Avantages (When to Use)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subcutaneous (subcut) route administration</li> <li>• Intermittent dosing</li> <li>• Does not require the clinical expertise of a pain pump</li> <li>• Antipsychotic (delirium)</li> <li>• Analgesic (pain)</li> </ul>	Emploi le plus souvent en deuxième ligne, seuls ou en combinaison avec les benzodiazépines.  Propriétés antipsychotiques, anxiolytiques, antinauséuses et sédatives.  Effet analgésique possible; Utilisation à privilégier en cas d'agitation ou de délirium.  Abaissement du seuil convulsif : <b>à éviter pour les patients avec métastase cérébrale ou risque convulsif.</b>
<b>SÉLECTION</b>							
La méthotrimeprazine, et occasionnellement la chlorpromazine, sont préférées à l'halopéridol en raison de leur effet sédatif plus puissant. Ils sont moins intéressants chez les patients ayant des antécédents de convulsions.	La méthotrimeprazine et, occasionnellement, la chlorpromazine sont préférées à l'halopéridol en raison de leur effet sédatif plus puissant. Ils sont moins intéressants chez les <b>patients ayant des antécédents de convulsions.</b>	<b>Methotrimeprazine</b> Avantages : Targets multiple receptors with antiemetic and analgesic effects	Methotrimeprazine, a sedating antipsychotic is preferred by some as the first-line agent of choice, turning to midazolam if it is not effective. It can be administered parenterally and has properties which may be <b>helpful in cases where CPST is used for refractory terminal delirium.</b>			<b>Adjuvant/Alternative</b> midazolam (switch) phenobarbital (add)	L'halopéridol n'est pas un agent à privilégier pour cette indication, puisqu'il est incisif et non sédatif  La formulation injectable de chlorpromazine n'est plus commercialisée au Canada à l'heure actuelle;
<b>POSOLOGIE</b>							
<b>Méthotrimeprazine</b> Voie d'administration: sc - iv Dose de départ : 12,5 à 25 mg/24h Dose moyenne efficace : 30 à 75 mg/24h Écart posologique rapporté :	Méthotrimeprazine Voie d'administration: sc - iv Dose de départ : 12,5 à 25 mg/24h Dose moyenne efficace : 30 à 75 mg/24h Écart posologique rapporté :	<b>Methotrimeprazine</b> Administration route: sc - iv Initial dose : 12.5 to 25 mg every 4h Titration : 25 to 37.5 mg every 1 hour as needed	<b>Methotrimeprazine (first line, option 2)</b> Start dose : 12.5 mg or 25 mg subcut (start at 12.5 mg or even consider 6.25 mg in very frail elderly individuals) Maintenance dose :	<b>Methotrimeprazine</b> Dose initiale : 5 à 25 mg sc Dose d'entretien : 5 à 25 mg toutes les 8 h. et toutes les 2 h. au besoin  Dans la plupart des cas, il	<b>Methotrimeprazine</b> Administration route: sc Initial dose : 5 – 25 mg Usually 12,5 – 25 mg Maintenance dose : 5 – 25 mg Q8H and Q2H PRN to max 25 mg Q6H	<b>Methotrimeprazine</b> Initiation : 25 mg subcut (12.5 mg in very small, frail individual)  Titration : Titrate dose Q1H as necessary until the goal of PST is	<u>Guide d'utilisation de la méthotrimeprazine :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dose de départ : dose intermittente 12,5 à 25 mg SC/IV q 4-6heures; perfusion 2 mg/heure SC/IV;</li> <li>• ajustement : idéalement,</li> </ul>

<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>25 à 300 mg/24h</p> <p><b>Chlorpromazine</b>  <u>Voie d'administration:</u>  sc – iv — ir  <u>Dose de départ :</u>  25 à 50 mg/24h  <u>Dose moyenne efficace :</u>  30 à 75 mg/24h  <u>Écart posologique rapporté :</u>  25 à 900 mg/24h</p>	<p>25 à 300 mg/24h</p> <p>Chlorpromazine  <u>Voie d'administration:</u>  sc – iv  <u>Dose de départ :</u>  25 à 50 mg/24h  <u>Dose moyenne efficace :</u>  30 à 75 mg/24h  <u>Écart posologique rapporté :</u>  25 à 900 mg/24h</p>	<p><u>Maintenance dose :</u>  25mg to 37.5 mg every 4 hours</p>	<p>Follow up with methotrimeprazine 12.5-25mg subcut q8hrs. Add a PRN order as well of 12.5-25mg subcut q1hr PRN (contact the MD if three or more PRNs are needed in a 24 hr period. Maximum of 100mg in 24 hours</p> <p>The dose may be increased to a maximum of 25mg subcut q6 hrs to achieve the target level of sedation. If higher doses are required, consider switching to midazolam (option 1 or 3).</p>	<p>faudra administrer la dose la plus élevée (25 mg) pour induire une sédation profonde.  On pourra augmenter la dose sous-cutanée à un maximum de 25 mg toutes les 6 heures jusqu'à ce que l'on atteigne le degré de sédation visé.  S'il devient nécessaire d'administrer des doses plus élevées, on pourra administrer du midazolam (choix no. 1) si le patient n'en reçoit pas déjà, ou ajouter du phénobarbital (choix no. 3).</p>	<p>50 mg Q6H and up to 300 mg/24 hrs</p>	<p>achieved.  If 25 mg Q6H is not sufficient, consider switching to Midazolam or adding Phenobarbital</p> <p><u>Maintenance :</u>  12.5-25 mg subcut q8h regular AND 12.5-25 mg q1h prn  Range: 25-300 mg/day</p>	<p>réévaluer le patient 45 à 90 minutes (pic d'action) après la première dose administrée. Si la sédation est insuffisante, répéter la dose (la somme des deux doses ne doit pas dépasser 50 mg). Utiliser la somme des deux doses comme nouvelle dose régulière (par exemple : 12,5 mg SC/IV q 4 heures, réévaluer après 45 minutes et répéter 12,5 mg si la sédation est insuffisante. Les prochaines doses seront augmentées à 25 mg SC/IV q 4 heures);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dose maximale : dose intermittente 50 mg SC/IV q 4 heures (300 mg/jour); perfusion 300 mg/jour;</li> <li>• dose IV diluée dans 50 ml de NaCl 0,9 % ou de D5 % et administrée en 30 minutes;</li> <li>• si le patient reçoit déjà de l'halopéridol de façon régulière, remplacer l'halopéridol par la méthotrimeprazine :</li> <li>• équivalence théorique : halopéridol 1 mg = méthotrimeprazine 35 mg;</li> <li>• en clinique, chaque dose d'halopéridol 0,5 mg PO/SC/IV sera remplacée par 12,5 mg SC/IV de</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
							méthotriméprazine.
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							
Les effets indésirables sont : effet extrapyramidaux, effet anticholinergique (rétention urinaire, confusion, exacerbation d'un délirium), réduction du seuil épileptique, irritation cutanée au site d'injection.	<b>Antipsychotiques</b> Ces médicaments ont pour effets indésirables : effet extrapyramidal, effet anticholinergique (rétention urinaire, confusion, exacerbation d'un délirium), réduction du seuil épileptique et irritation cutanée au site d'injection.	<b>Methotriméprazine</b> Risks: extrapyramidal side effects, orthostatic hypotension, lowers seizure threshold	Methotriméprazine : It should be used with caution in patients with seizures as it reduces the seizure threshold.		Use with caution in renal and hepatic dysfunction.		Réaction extrapyramidale, diminution du seuil des convulsions, hypotension, agitation paradoxale et effets anticholinergiques;  Irritation cutanée possible au site d'injection, mais ne limite pas l'administration sous-cutanée.

## Barbituriques

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
<b>SELECTION</b>					
<b>POSOLOGIE</b>					
2 <sup>e</sup> intention – situations particulières  Phénobarbital (en cas d'état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques) <u>Voie d'administration:</u> iv, im ou sc Une dose de charge sous-cutanée de 25 à 50 mg est suivie d'un relais par une perfusion sous-cutanée de 50 à 100 mg/j, à adapter jusqu'à une dose maximale de 600 mg/j. Une dose					

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) France	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) USA	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) UK	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
initiale de charge de 50 mg est indiquée, en bolus. Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 25 mg. Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 50 et 100 mg/j, en perfusion SC continue. Des bolus SC de secours de 50 mg (25 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 600 mg/j. À partir de 3 doses de secours nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est recommandée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 600 mg/j.					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) Canada	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) Canada	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) Canada	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Le phénobarbital est particulièrement utile au moment où on soupçonne une tolérance aux agents de première ligne ou la présence d'effets paradoxaux. Il peut devenir un premier choix pour un malade sous traitement anticonvulsivant par voie orale et à dose stable. Il peut être administré par voie sous-	Le phénobarbital, barbiturique utilisé en raison de ses propriétés anticonvulsivantes, sédatives et hypnotiques est particulièrement utile au moment où l'on soupçonne une tolérance aux agents de première ligne ou la présence d'effets paradoxaux. Il peut devenir un premier choix pour un malade sous traitement			Le phénobarbital a une demi-vie très longue (de 53 à 118 heures). Il faut donc attendre plusieurs jours pour atteindre une stabilité et évaluer adéquatement l'effet complet de la dose. Utiliser avec précautions si l'on vise une sédation plus légère.		<b>Avantages (When to Use)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subcutaneous or Intravenous route administration</li> <li>• Anticonvulsant (seizure)</li> <li>• Useful in patients that have developed tolerance or have contraindications to</li> </ul>	Habituellement utilisés en troisième ligne;  Propriétés sédatives, hypnotiques et anticonvulsivantes;  Pas d'effet analgésique;  Utiles lors d'agitation ou de délirium après l'échec du



<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
cutanée (ou intraveineuse) aux 4-6 ou aux 8 heures.	anticonvulsivant par voie orale et à dose stable. Il peut être administré par voie sous-cutanée (ou intraveineuse) toutes les 4 à 6 h ou toutes les 8 h.					other options	traitement aux benzodiazépines, aux neuroleptiques ou à une combinaison des deux;  Peuvent être utilisés en association avec les benzodiazépines et les neuroleptiques si le degré de sédation est insuffisant;  Sédation plus profonde qu'avec les benzodiazépines;  Tolérance rapide
<b>SÉLECTION</b>							
		<b>Phenobarbital</b> Advantages : Onset of action: 5 minutes	Barbiturates (e.g. phenobarbital) and drugs such as Propofol are also more rarely used for CPST, and are usually deemed 2nd and even 3rd line agents for CPST (used when optimal doses of methotrimeprazine and midazolam have failed).			<b>Adjuvant/Alternative</b> Midazolam (add)	
<b>POSOLOGIE</b>							
<b>Phénobarbital</b> <u>Voie d'administration:</u> sc – iv — ir <u>Dose de départ :</u> 2 à 3 mg/kg (bolus) <u>Dose moyenne efficace :</u> 600 à 1600 mg/24h <u>Écart posologique rapporté :</u> 200 à 2500 mg/24h	Phénobarbital <u>Voie d'administration:</u> sc – iv <u>Dose de départ :</u> 2 à 3 mg/kg (bolus) <u>Dose moyenne efficace :</u> 600 à 1600 mg/24h <u>Écart posologique rapporté :</u> 200 à 2500 mg/24h	<b>Phenobarbital</b> <u>Administration route:</u> sc - iv <u>Initial dose :</u> 1 to 3 mg/kg bolus dose <u>Titration :</u> Starting infusion of 0.5 mg/kg/hour <u>Maintenance dose :</u> 50 to 100 mg/hour	<b>Phenobarbital</b> - Add phenobarbital to the midazolam or methotrimeprazine that the patient is already receiving. Administer phenobarbital 60 mg, 90 mg or 120 mg subcut/IV stat (depending on the severity of the situation) - Then start phenobarbital 60mg subcut BID.  May increase phenobarbital to	<b>Phénobarbital</b> <u>Dose d'attaque (sédation profonde) :</u> 120 mg  Suivant le degré visé, administrer 30 mg, 60 mg, 90 mg ou 120 mg de phénobarbital par perfusion sous-cutanée. Administrer une dose plus élevée si le patient souffre à l'extrême ou si l'on vise une sédation profonde. Suivant la réaction du patient et le degré de sédation visé,	<b>Phenobarbital</b> <u>Administration route:</u> Deep sc, mais also use continuous sub-cutaneous infusion – less tissue necrosis and burning <u>Initial dose :</u> Depends on degree of sedation 30 mg, 60 mg, 90 mg or 100 mg <u>Titration :</u> Very long hal-life (53 – 118 hrs) 30 – 120 mg sc/iv BID-TID <u>Maintenance dose :</u>	<b>Phenobarbital</b> <u>Initiation :</u> 1-3mg/kg subcut or IV STAT  <u>Titration :</u> Titrate dose Q1H as necessary until the goal of PST is achieved. Half-life is very long (52-118 hours) Several days required to meet steady state and optimal effect	<u>Guide d'utilisation du phénobarbital :</u> dose de départ : <ul style="list-style-type: none"> <li>• lorsqu'ils sont utilisés en troisième ligne : 60 mg SC/IV q 4 heures;</li> <li>• lorsqu'ils sont utilisés en première ou deuxième ligne : 30 à 60 mg SC/IV q 6-8 heures;</li> <li>• à l'instauration du traitement, un bolus de 2 à 3 mg/kg SC/IV peut être administré. Cependant, il est</li> </ul>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
			<p>120 mg subcut TID until goal reached. However, the half-life of phenobarbital is very long (about 50 to 120 hrs). This makes it difficult to titrate rapidly and several days need to pass (to achieve steady state) before the full impact of a specific dosing regimen can be adequately assessed.</p>	<p>continuer à administrer la dose régulière deux fois par jour. Titrer la dose de phénobarbital jusqu'à ce que l'on atteigne le degré de sédation visé. Ne pas administrer plus de 720 mg en 24 heures (240 mg de perfusion sous-cutanée TID).</p>	<p>Max. 720 mg/24H</p>	<p><u>Maintenance</u> : 1-10 mg/kg q8-12h Range: 200-2500 mg/day</p>	<p>rarement nécessaire. Nous conseillons de débiter par une dose de 30 ou 60 mg et de compléter au besoin une heure plus tard si la sédation est insuffisante; pic d'action dans le système nerveux central : 15 à 20 minutes après le pic plasmatique (qui est de 15 à 30 minutes après administration par voie IV et 30 à 60 minutes après administration par voie SC);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ajustement : idéalement, réévaluer le patient après la deuxième dose et ajuster au besoin. Les paliers d'augmentation utilisés en clinique sont : 30 mg – 60 mg – 90 mg – 120 mg. De façon générale, une dose journalière de 540 à 720 mg/jour est suffisante;</li> <li>dose maximale : 2 500 mg/jour;</li> <li>dose IV diluée dans 50 à 100 ml de NaCl 0,9 % ou de D5 % administrée en 30 minutes. Dans des cas d'urgence, diluer la dose jusqu'à un volume de 10 ml avec du NaCl 0,9 % ou du D5 % et donner IV sur une période minimale d'au moins une minute (vitesse max. 60 mg/minute).</li> </ul>
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							

<b>SQMDS 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) Canada	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) Canada	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) Canada	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
Les inconvénients liés à son administration sont : excitation paradoxale possible, interaction médicamenteuse si on anticipe un emploi au-delà de quelques jours (inducteur enzymatique puissant), irritation cutanée au site d'injection (pH alcalin), risque convulsif si arrêt brusque, hépatotoxicité.	<b>Phénobarbital</b> Les inconvénients liés à son administration sont : excitation paradoxale possible, interaction médicamenteuse si on anticipe un emploi au-delà de quelques jours (inducteur enzymatique puissant), irritation cutanée au site d'injection (pH alcalin), risque convulsif si arrêt brusque et hépatotoxicité.	<b>Phenobarbital</b> Long half-life (53 to 120 hours) with accumulation, thus difficult to titrate Long time to peak effect: 30 minutes Risks: paradoxical excitation, hypotension, Stevens-Johnson syndrome			Mostly used for deeper levels of sedation, use with caution of the goal is light sedation.	Paradoxical reactions (excitation)	Dépression respiratoire, hypotension.  Effet paradoxal possible;  Risque convulsif si arrêt brusque;  Irritation cutanée possible au site d'injection (pH alcalin), mais ne limite pas l'administration sous-cutanée

## Anesthésiques généraux

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) France	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) USA	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) UK	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
<b>SELECTION</b>					
<b>POSOLOGIE</b>					
2 <sup>e</sup> intention – situations particulières <b>Kétamine</b> (en cas de douleur associée : potentialisation, co-antalgie) <u>Voie d'administration</u> : iv  La dose administrée à l'instauration du traitement varie de 0,15 à 0,5 mg/kg/j. Elle peut être ensuite progressivement augmentée. Au-delà de la dose de 5 mg/kg/j, l'effet anesthésique devient					

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
<p>prédominant ainsi que le risque d'effets indésirables. L'adjonction de kétamine peut potentialiser une antalgie insuffisante. La dose initiale peut être de 0,5 mg/kg suivi d'une dose d'entretien de 1 mg/kg/j. La dose peut être augmentée jusqu'à 5 mg/kg/j.</p> <p><b>Propofol</b> <u>Voie d'administration</u> : iv Sa dose est titrée et le débit continu progressivement adapté à l'état clinique. L'instauration du traitement se fait à un débit continu à une posologie de 1 mg/kg/h avec une réévaluation toutes les 20 minutes. Une augmentation du débit se fait par paliers de 1 mg/kg/h jusqu'à obtention de l'effet désiré. La dose d'entretien se situe entre 1 et 5 mg/kg/h, en perfusion IV continue.</p>					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Les anesthésiques généraux sont réservés pour les cas réfractaires aux agents précédents.	Les anesthésiques généraux sont réservés aux cas réfractaires aux agents précédents.						<p>Agent de dernière ligne lors de l'échec d'une combinaison d'agents sédatifs (rarement utilisé);</p> <p>Propriétés sédatives et antinauséuses;</p> <p>Pas d'effet analgésique (les études de phase préclinique semblent</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
							démontrer un effet analgésique. Par contre, il n'est pas indiqué de l'utiliser pour cet effet, d'autant plus que l'administration du produit peut être douloureuse); Administration intraveineuse seulement en perfusion continue à l'aide d'une pompe; Accumulation possible lors de perfusion prolongée (augmentation du T 1/2); Changement des bouteilles entamées et des tubulures toutes 12 heures; Une surveillance spécialisée est nécessaire. La perfusion ne devrait pas être débutée dans une unité de soins où il n'existe pas de surveillance étroite qui puisse être exercée par une infirmière ou du personnel expérimenté en sédation palliative
<b>SELECTION</b>							
L'administration du propofol n'est possible que par la voie intraveineuse. Son action rapide permet un ajustement précis et adapté, de même que l'atteinte d'un niveau de confort dans un délai très court. L'expérience avec le propofol en sédation palliative est en croissance et les doses recommandées sont encore très variables d'un article à l'autre.	L'administration du propofol n'est possible que par la voie intraveineuse. Son action rapide permet un ajustement précis et adapté, de même que l'atteinte d'un niveau de confort dans un délai très court. L'utilisation du propofol en sédation palliative est en croissance. Les doses recommandées sont encore très variables d'une référence à l'autre.	<b>Propofol</b> Avantages : Onset of action: 30 seconds Time to peak effect: 5 minutes Duration of action: Less than 10 minutes after single bolus		Le Propofol est un puissant anesthésique. Seuls les fournisseurs de soins qui en connaissent bien l'usage peuvent l'administrer pour une sédation palliative, et cela dans les milieux où son usage est approuvé et où l'on dispose du soutien nécessaire pour la surveillance requise.			Plusieurs médicaments utilisés en soins palliatifs peuvent potentialiser l'effet du propofol et ainsi justifier l'utilisation d'une faible dose de propofol (exemple : opioïdes, benzodiazépines, neuroleptiques, barbituriques, scopolamine, antidépresseurs, antihistaminiques, etc.);
<b>POSOLOGIE</b>							

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>Propofol</b> <u>Voie d'administration:</u> iv <u>Dose de départ :</u> 1 à 3 mg/kg/h <u>Dose moyenne efficace :</u> 1 à 5 mg/kg/h <u>Écart posologique rapporté :</u> 1 à 9 mg/kg/h	Propofol <u>Voie d'administration:</u> iv <u>Dose de départ :</u> 1 à 3 mg/kg/h <u>Dose moyenne efficace :</u> 1 à 5 mg/kg/h <u>Écart posologique rapporté :</u> 1 à 9 mg/kg/h	<b>Propofol</b> <u>Initial dose :</u> 0.5 to 1 mg/kg/minute administered over a 2 to 5 minute loading dose <u>Titration :</u> Increase by 0.5 mg/kg/hour every 5 to 10 minutes until sedation is achieved <u>Maintenance dose :</u> 1 to 4 mg/kg/hour continuous infusion					<u>Guide d'administration du propofol :</u> - dose de départ : 1 à 2 mg/kg/heure IV; - ajustement : idéalement, réévaluer le patient après 15 minutes puis augmenter le débit de 1 mg/kg/ heure au besoin. Un bolus de 0,5 mg/kg IV peut être donné en cas d'agitation sévère. Compte tenu du début d'action rapide, il est possible d'utiliser des doses encore plus faibles (10 à 20 mg) et de les répéter à 5 minutes d'intervalle au besoin; - dose maximale : 4 mg/kg/heure (ad 9 mg/kg/h).
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							
Les effets secondaires possibles du propofol sont : dépression respiratoire, effet inotrope négatif (avec risque de bradycardie et d'hypotension), irritation locale au site d'injection, risque infectieux (fungémie) et de pancréatite, syndrome de perfusion au propofol (taux de triglycérides élevé, acidose métabolique, hépatomégalie, rhabdomyolyse, hypotension et bradycardie pouvant évoluer vers une asystolie causant le décès).	Les effets secondaires possibles du propofol sont : dépression respiratoire, effet inotrope négatif (avec risque de bradycardie et d'hypotension), irritation locale au site d'injection, risque infectieux et de pancréatite, syndrome de perfusion au propofol (taux de triglycérides élevé, acidose métabolique, hépatomégalie, rhabdomyolyse, hypotension et bradycardie pouvant évoluer vers une asystolie causant le décès).	<b>Propofol</b> Restricted to acute care inpatient setting with trained and experienced staff Risks: cardiorespiratory depression, propofol-related infusion syndrome: metabolic acidosis, rhabdomyolysis, cardiac arrhythmias, renal failure, cardiac arrest		<b>Propofol</b> Very strong Limit use to setting with appropriate personnel, monitoring and support.			Dépression respiratoire, hypotension et bradycardie. Ils peuvent être plus marqués lors d'administration rapide de bolus, lors de l'utilisation de doses élevées ou lors de co-administration avec d'autres agents sédatifs ou des opioïdes.  Les autres effets secondaires concernent la douleur au site d'injection, les infections nosocomiales et la pancréatite;  Le syndrome de perfusion au propofol est une réaction potentiellement

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
							<p>mortelle caractérisée par une acidose métabolique, une augmentation du taux de triglycérides, une hypotension, une hyperkaliémie, une hépatomégalie, une rhabdomyolyse, une insuffisance rénale et des arythmies. Il est associé à des doses supérieures à 4,5 mg/kg/heure pendant plus de 48 heures, mais il a déjà été rapporté après des perfusions de plus courte durée.</p> <p>Dans un contexte de sédation palliative, il n'y aura pas de suivi spécifique (bilan sanguin, ECG, etc.) pour détecter ce syndrome. Cependant, afin de limiter le risque, des doses inférieures sont utilisées en sédation palliative</p>

## Anticholinergiques

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
<b>SELECTION</b>					
		In dying patients with distressing death rattle, anticholinergic drugs* can be administered to reduce the death rattle. (Level of evidence : 1- ; Grade of recommendation : open recommendation)			
<b>POSOLOGIE</b>					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIHPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Les anticholinergiques traversant la barrière hémencéphalique (scopolamine) utilisés pour le contrôle des râles terminaux ont des effets sédatifs marqués. On les utilise parfois avec une intention sédatrice associée pour faire face à un délirium réfractaire. Cela cause souvent un coma qui deviendra irréversible avec la progression de la maladie.	Les anticholinergiques traversant la barrière hématoencéphalique (scopolamine) utilisés pour le contrôle des râles terminaux ont des effets sédatifs marqués. On les utilise parfois avec une intention sédatrice associée pour faire face à un délirium réfractaire. Cela cause souvent un coma qui deviendra irréversible avec la progression de la maladie.						Usage à privilégier en présence d'embarras respiratoires et de sécrétions importantes : diminuent les sécrétions respiratoires excessives;  Propriétés anticholinergiques, sédatives et antinauséuses;  Pas d'effet analgésique



SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>SELECTION</b>							
							<p>La scopolamine traverse la barrière hématoencéphalique et cause donc de la sédation.</p> <p>Bien qu'elle ne fasse pas partie de l'algorithme, certains cliniciens utilisent la scopolamine à des fins sédatives; cette pratique n'est pas usuelle en raison du risque d'agitation.</p>
<b>POSOLOGIE</b>							
<p><b>Scopolamine</b> <u>Voie d'administration:</u> sc — iv <u>Dose de départ :</u> 0,4 mg q4 h <u>Dose moyenne efficace :</u> 0,4 mg q4 h <u>Écart posologique rapporté :</u> 50 à 200 mcg/h</p>	<p>Scopolamine <u>Voie d'administration:</u> sc — iv <u>Dose de départ :</u> 0,4 mg q4 h <u>Dose moyenne efficace :</u> 0,4 mg q4 h <u>Écart posologique rapporté :</u> 50 à 200 mcg/h</p>						<p><u>Guide d'utilisation de la scopolamine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dose de départ : 0,4 mg SC/IV q 4 heures;</li> <li>• dose maximale : 0,8 mg SC/IV q 2 heures</li> <li>• dose IV doit être diluée avec un volume égal d'eau stérile et donnée IV lentement en 2 à 3 minutes</li> </ul>
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							
<p>Cependant, ce n'est pas une médication usuelle en raison des risques de syndrome anticholinergique avec agitation secondaire.</p>	<p><b>Anticholinergiques</b> Cependant, ce n'est pas une médication usuelle en raison des risques de syndrome anticholinergique accompagné d'agitation secondaire.</p>						<p>Réaction paradoxale, effet anticholinergique; Les effets anticholinergiques peuvent diminuer les effets extrapyramidaux secondaires aux neuroleptiques</p>

## Opiïdes

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
		Patients with breathlessness who are in the dying phase and who require pharmacological treatment for the relief of breathlessness <i>shall</i> be given opioids as the method of choice. In cases of symptoms of anxiety, benzodiazepines <i>can</i> be given in addition to opioids. (Expert consensus)			
<b>SELECTION</b>					
<b>POSOLOGIE</b>					
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIHPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
Les opioïdes, dont le but premier est de calmer la douleur physique ou la dyspnée, sont administrés de façon parallèle. Puisque les opioïdes ne sont pas des agents sédatifs à proprement parler, leur							

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIHPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens de santé établissements de santé du Québec) Canada
utilisation n'est pas encouragée si la douleur, ou la dyspnée, ne font pas partie des symptômes à juguler							
<b>SÉLECTION</b>							
	L'utilisation des opioïdes pour la sédation palliative n'est pas conforme aux bonnes pratiques.		<b>Opioids are NOT TO BE USED for CPST.</b> They are ineffective for this purpose and associated with a higher risk of neurotoxicity if titrated rapidly. However, it is essential to continue to provide opioid therapy for symptom management if a patient is already on them.	Autant la littérature sur ce sujet que le consensus régional souligne que l'on ne devrait pas prescrire des opioïdes pour administrer la sédation palliative.	Opioids are not appropriate to induce PST	Opioids are an inappropriate choice for PST because deep sedation will occur only when doses are used that cause <b>neurotoxicity</b> and respiratory depression leading to hastened death. However, it is essential to continue to provide opioid therapy for symptom management.	Les opioïdes ne sont pas des agents sédatifs à proprement parler et ils ne sont donc pas indiqués dans l'arsenal thérapeutique d'une sédation palliative continue. En effet, ils peuvent entraîner une sédation profonde seulement lorsqu'ils sont utilisés à des doses élevées et toxiques, ce qui peut entraîner des effets indésirables diminuant le confort (ex. : myoclonies, hallucinations, délirium, etc.) et un risque de dépression respiratoire accélérant le décès.  Il est par contre judicieux de les utiliser en parallèle à des doses thérapeutiques lorsque le patient présente de la douleur physique ou encore de la dyspnée, et ce, indépendamment du processus de sédation.
<b>POSOLOGIE</b>							

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							

### Autres médicaments

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>					
Le gamma hydroxybutyrate de sodium peut être préféré, à condition d'une utilisation titrée et progressive par une équipe formée à son utilisation et sa surveillance, ou en collaboration étroite avec de telles équipes.					
<b>SELECTION</b>					
2 <sup>e</sup> intention – situations particulières  <b>Gamma hydroxybutyrate de sodium</b> <u>Voie d'administration</u> : iv à débit continu adapté à l'état clinique <u>Dose initiale</u> : 50 mg/kg <u>Dose d'entretien</u> : 25 à 50 mg/kg/h en perfusion iv continue  <b>Dexmédétomidine</b> <u>Voie d'administration</u> : iv <u>Dose initiale</u> : 0,7 ug/kg/h <u>Dose d'entretien</u> : 0,4 à 1,4 ug/kg/h L'administration se fait sans dose de charge, au pousse-seringue électrique					
<b>POSOLOGIE</b>					

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) France	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) USA	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) UK	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>					
Gamma hydroxybutyrate de sodium Il entraîne une déplétion en potassium, à prévenir en fonction du contexte.					

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) Canada	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) Canada	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) Canada	<b>WWIIPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>MODE D'ACTION, MARGE THERAPEUTIQUE</b>							
<b>SÉLECTION</b>							
					<b>Dexmedetomidine</b> Is on the B.C. formulary and used occasionally. Anecdotally effective when the patient goal is to be in an altered mental state but not sedated per se, e.g., wishes to eat and drink.		
<b>POSOLOGIE</b>							
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>							

## Surveillance

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<b>OUTILS D'ÉVALUATION</b>					
<p>Une évaluation clinique est recommandée tout au long des pratiques sédatives pour évaluer leurs effets et détecter une efficacité insuffisante, à l'aide d'outils d'évaluation standardisés. (Accord d'experts)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la profondeur de la sédation, évaluée à l'aide de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS : <i>Richmond Agitation - Sedation Scale</i>);</li> <li>• le degré de soulagement du patient : soulagement du symptôme réfractaire à l'aide d'échelles d'hétéro-évaluation;</li> </ul> <p>- douleur : évaluée à l'aide de l'échelle Algoplus, l'échelle observationnelle comportementale (EOC - version française de BOS-3 : <i>Behavioral Observation Scale 3</i>), l'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA), etc.,</p> <p>- dyspnée : évaluée à l'aide de l'échelle <i>Respiratory Distress Observation Scale</i> (RDOS)</p>					
<b>NIVEAU DE SEDATION</b>					
<p><b>Midazolam</b></p> <p>Des doses de secours de midazolam, en bolus IV (toutes les 2 à 3 minutes) ou SC (toutes les 20 à 30 minutes) selon la voie d'administration de la sédation, égales à la dose reçue en 1 heure, sont possibles. Ces bolus sont à prescrire de manière anticipée afin qu'ils soient rapidement administrés si nécessaire.</p> <p>En IV comme en SC, la dose d'entretien devra être réadaptée régulièrement, proportionnellement au</p>	<p>To monitor the level of sedation, the Ramsay scale or another similar scale will be used. (Degree of recommendation: strong)</p>		<p>Monitor patient symptoms regularly, titrate sedatives and other medications, and reassess the need for ongoing palliative sedation based on response and drug/drug interactions to establish and maintain a level of sedation that relieves the patient's refractory symptoms. (Grade of recommendation : 2A)</p>		

<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
besoin de soulagement et au nombre de doses de secours nécessaires.					
<b>NIVEAU DE SOULAGEMENT ET DE CONFORT</b>					
				<p>L'évaluation des symptômes respecte les principes généraux de la démarche palliative. C'est un processus qui prend du temps, qui doit être répété et qui nécessite une approche interdisciplinaire.</p> <p>Les professionnels ont tendance à sous-estimer la sévérité des symptômes et les proches ont tendance à la surestimer. Cette constatation, de même que le caractère strictement individuel de la souffrance, font de l'auto-évaluation un standard.</p> <p>Des outils validés permettent de quantifier l'intensité du symptôme sur une échelle numérique, une échelle verbale ou une échelle visuelle analogique. Il convient de choisir avec le patient l'outil avec lequel il se sent le plus à l'aise et ensuite de se tenir à cet outil. Une différence de 2 points sur l'échelle de Likert en 11 points (0-10) est généralement considérée comme une différence significative.</p> <p>Lorsque le patient n'est plus capable de communiquer, l'observation du comportement guide l'évaluation. Des échelles validées sont disponibles et recommandées.</p>	
<b>APPARITION D'EFFETS INDESIRABLES</b>					

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
<b>FREQUENCE DE LA SURVEILLANCE</b>					
<b>CE QU'ON DOIT ARRETER DE SURVEILLER</b>					
	All examinations and diagnostic procedures that to not contribute to a patient's well-being will be avoided in the last days of the patient's life.  (Degree of recommendation: strong)	Measuring and documenting blood pressure, pulse, respiration rate, blood glucose level, oxygen saturation and body temperature <i>shall</i> be stopped when there is no benefit concerning symptom relief.  (Expert consensus)		Avoid undertaking investigations that are unlikely to affect care in the last few days of life unless there is a clinical need to do so, for example, when a blood count could guide the use of platelet transfusion to avoid catastrophic bleeding.	

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIIPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
<b>OUTILS D'ÉVALUATION</b>							
Des instruments de mesure validés peuvent être utilisés pour estimer le pronostic (Palliative Prognostic Score (PaP); Palliative Performance Scale (PPS); Palliative Prognostic Index (PPI)).  Malgré tout, ce calcul demeure difficile et imprécis.  ...l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS), validée en français, constitue un choix judicieux, en raison de sa simplicité d'utilisation, de sa précision et de sa pertinence en soins palliatifs.	L'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS), validée en français, constitue un choix judicieux, en raison de sa simplicité d'utilisation, de sa précision et de sa pertinence en soins palliatifs.  La Nociception Coma Scale, adaptée par Vinay et ses collaborateurs [2012], permet d'évaluer le confort chez le patient comateux sous sédation palliative.  En plus de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond et de l'échelle d'évaluation de la douleur, on peut se référer à l'échelle d'observation de la détresse respiratoire (RDOS).			Pour la plupart des patients en fin de vie, on évalue et l'on documente la sédation palliative en utilisant l'échelle RASS-PAL tout en surveillant le patient une fois par heure.	Use the RASS-PAL scale to monitor and titrate up or down to maintain goal level of sedation.		La Nociception Coma Scale, adaptée par Vinay et ses collaborateurs en 2012, est un bon outil d'évaluation de la douleur d'un patient comateux sous sédation palliative (accessible à l'adresse suivante : <a href="http://palliscience.com/physiologie/coma-douleur-et-conscience-en-fin-de-vie">http://palliscience.com/physiologie/coma-douleur-et-conscience-en-fin-de-vie</a> ). Un score de 7 ou moins signifie que le confort du patient est atteint et un score de plus de 10 révèle un inconfort significatif.  Plusieurs échelles existantes permettent d'apprécier le degré de <u>sédation</u> . Cependant,



<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
(Voir <b>Annexe A</b> sous le tableau)							<p>aucune n'est validée pour la sédation palliative. L'échelle RASS permet de surveiller le degré de vigilance-agitation (accessible à l'adresse suivante : <a href="http://www.oncorea.com/Syl/Urgences/echelle_RASS.html">http://www.oncorea.com/Syl/Urgences/echelle_RASS.html</a>). Il existe aussi une échelle RASS modifiée pour être utilisée pour les patients en soins palliatifs (échelle RASS-PAL). Cette mesure de surveillance doit être mieux étudiée et validée.</p> <p>La <u>dyspnée</u> étant un symptôme subjectif, elle correspond, comme la douleur, à la description faite par le patient. Il n'y a pas de mesure objective de ce désordre. On peut utiliser l'échelle visuelle analogue (échelle 0-10) pour mesurer l'intensité de la dyspnée et évaluer l'efficacité de la thérapie. Plusieurs autres échelles (Borg, par exemple) ou questionnaires (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS], par exemple) existent dans la documentation scientifique actuelle et peuvent nous aider à évaluer l'effet des traitements. On ne dispose pas encore d'outil de mesure unique et validé pour un usage clinique en soins palliatifs. Les propos</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
							du patient sont, aujourd'hui encore, le meilleur moyen d'évaluer la dyspnée. Une bonne anamnèse de ce symptôme réalisée avec le patient ou la personne significative devrait comporter le descriptif des éléments suivants : les caractéristiques de la dyspnée (les mots du patient), son profil (épisodique ou constante), son intensité, les facteurs aggravants, les symptômes associés, comme la toux, son influence sur la qualité de vie ainsi que sur le plan psychologique, par exemple les craintes du patient et celles des proches aidants.
<b>NIVEAU DE SEDATION</b>							
		The target level of consciousness to deep sedation may be identified through the use of a sedation scale ( <a href="#">Appendix D</a> ).	The level of sedation should be monitored regularly to ensure comfort and the appropriate level of sedation, and to help titrate the dose (up or down). The Richmond Agitation Sedation Scale-modified for the palliative care setting (RASS-PAL) instrument is recommended (see Appendix A). This tool is very similar, with similar levels, as the RASS, which is often used in critical care settings	Continuer à surveiller le patient et à ajuster la médication pour maintenir l'objectif fixé. Administrer la plus petite dose en visant la sédation la plus légère possible pour assurer le confort du patient. Il faudra probablement augmenter les doses plus tard si la maladie progresse, s'il y a des complications ou encore si le patient développe une tolérance. Il faut parfois réduire les doses si le degré de sédation semble excessif par rapport au but visé.  <b>Midazolam</b> Surveiller régulièrement le	Provide ongoing monitoring of sedation level and symptom relief.  <b>Midazolam</b> With each titration, Q30 min until goals are reached and maintained for 1 hr then Q4-8H  <b>Methotrimeprazine</b> Q1H until goals are achieved then Q8H. <i>If used in combination with Midazolam, monitor as per Midazolam.</i>  <b>Phenobarbital</b> Q1H until goals are achieved then Q8H5.	Various clinical assessment instruments to assess the level of sedation are used in palliative care programs across the world. The use of such a clinical instrument standardizes the assessment method and provides physicians and nurses a standardized method of communicating about PST, assessing the effectiveness of treatments, and setting treatment goals.  The WW PST Committee recommends each	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
				patient pour maintenir le degré de sédation visé. Il faut parfois augmenter le titrage après un certain temps (généralement au bout de quelques heures à plusieurs jours) afin de maintenir le degré de confort, car certains patients développent une tolérance au midazolam.	Monitor for respiratory depression. If used in combination with Midazolam, monitor as per Midazolam. It can potentially decrease effectiveness of midazolam (requires close monitoring of sedation)	organization modify their existing documentation to include the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS-PAL) scoring. Each organization should modify existing documentation records to include RASS-PAL scoring on the medication administration record and/or flow sheet linked to medications administered to induce and maintain PST.	
<b>NIVEAU DE SOULAGEMENT ET DE CONFORT</b>							
<p>Cette surveillance concerne d'une part la réponse associée au traitement antalgique et d'autre part, la réponse associée au symptôme principal pour lequel la sédation est initiée.</p> <p><b>Réponse associée au traitement antalgique</b>  Les agents sédatifs n'ayant pas d'effet direct sur le contrôle de la douleur, la prescription d'opiacés s'avère nécessaire. Les opiacés ne sont pas utilisés en vue de produire une sédation : ils sont prescrits en combinaison avec les sédatifs pour soulager la douleur et la dyspnée dans certains cas. La douleur doit donc être systématiquement évaluée pendant une sédation palliative, même chez le patient inconscient.</p>	<p><b>Réponse associée au traitement antalgique</b>  En plus du sédatif, il faut poursuivre l'administration des molécules requises pour préserver son confort global. Comme les agents sédatifs n'ont pas d'effet direct sur le contrôle de la douleur, la prescription d'opiacés peut s'avérer nécessaire. Les opiacés ne sont pas utilisés en vue de produire une sédation : ils sont prescrits en combinaison avec les sédatifs pour soulager la douleur et la dyspnée dans certains cas. La douleur doit donc être systématiquement évaluée pendant une sédation palliative, même chez le patient inconscient. La Nociception Coma Scale, adaptée par Vinay et ses collaborateurs [2012], permet d'évaluer le confort chez le patient comateux sous</p>		<p>Assess the degree to which the patient is able to report comfort or discomfort. If unable, the clinician must assess what they perceive the patient's level of comfort or discomfort to be. Nursing staff and family members must also be asked for their impressions.</p> <p>Parameters that may be monitored on a case-by-case basis include but are not restricted to: respiratory rate, oxygen saturation and bladder fullness (in patients who are not catheterized)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>It is important to note that changes in respiratory rates and patterns, as well as reductions in oxygen saturation are normal end-of-life changes and will</li> </ul>	<p><u>Surveillance de la vessie</u>  Il faut poser un cathéter urinaire dès le début de la sédation palliative. On l'insérera lorsque le patient sera endormi afin de lui en éviter la douleur. Si l'on décide de ne pas le faire, les fournisseurs de soins devront régulièrement surveiller le patient pour détecter les signes de rétention urinaire.</p> <p><u>Évaluation des selles</u>  Il faut continuer à surveiller les fonctions intestinales et intervenir selon les résultats de l'évaluation et selon les objectifs des soins. Évaluer dans quel degré le ou la patiente indique que ses symptômes diminuent, s'il ou elle est en mesure de l'exprimer. Si le patient peut communiquer son état, on continuera à suivre le</p>	<p>Ongoing assessment of patient comfort through facial expression or body language. (Behavioral assessment tools for nonverbal or sedated patients may be helpful but have not been studied sufficiently for use with PST.</p> <p>Provide the same care as for an unresponsive patient (such as mouth care and position changes, e.g., side-lying position to maintain patient airway), possible interventions for urinary retention and bowel function.</p>	<p><u>Level of comfort or discomfort</u>  Assess the degree to which the patient reports (if able to) comfort or discomfort. If the patient is unable to do so, the <b>clinician</b> must assess what they perceive the patient's level of comfort or discomfort to be.</p> <p><u>Airway patency and air entry</u> (if sedation is not being done for irreversible airway obstruction)  This is to avoid airway obstruction because of poor positioning of the patient or from vomiting. Reposition the patient and pull the jaw forward if</p>	<p>L'évaluation des inconforts chez un patient sous sédation peut s'avérer difficile. L'observation du faciès du patient, la présence d'agitation, de gémissement, de tirage ou de tachypnée servent d'indice sentinelle. L'utilisation d'échelles d'évaluation, lorsqu'elles sont disponibles, peut aider les cliniciens. La Nociception Coma Scale, adaptée par Vinay et ses collaborateurs en 2012, est un bon outil d'évaluation de la douleur d'un patient comateux sous sédation palliative (accessible à l'adresse suivante : <a href="http://pall-science.com/physiologie/coma-douleur-et-conscience-en-fin-de-vie">http://pall-science.com/physiologie/coma-douleur-et-conscience-en-fin-de-vie</a>). Un score de 7 ou moins</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>Le tableau 4 offre un guide d'évaluation du confort chez le patient comateux sous sédation palliative afin de supporter la décision médicale d'ajuster ou non la médication en cours.</p> <p>[...] Cette grille reste à valider dans un contexte de sédation palliative (voir Annexe A sous le tableau).</p> <p><b>Réponse associée au symptôme principal pour lequel la sédation est entreprise</b></p> <p>Étant donné l'état de conscience altéré de la personne placée sous sédation, c'est aux soignants, c'est-à-dire aux professionnels de la santé et/ou aux proches aidants, d'évaluer l'intensité du symptôme réfractaire, afin d'apprécier le niveau de soulagement. L'observation des comportements non-verbaux en sera la pierre angulaire. Certaines échelles et paramètres peuvent être proposés selon le symptôme pour laquelle la sédation est induite. En ce qui concerne l'évaluation de l'agitation et de la douleur, parmi les indications les plus fréquentes de sédation palliative, l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (Tableau 3, Annexe A) et l'échelle d'évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative (Tableau 4, Annexe A) permettent</p>	<p>sédation palliative.</p> <p><b>Réponse associée au symptôme principal pour lequel la sédation est entreprise</b></p> <p>Étant donné l'état de conscience altéré de la personne placée sous sédation, c'est aux soignants, c'est-à-dire aux professionnels de la santé et/ou aux proches aidants, d'évaluer l'intensité du symptôme réfractaire, afin d'apprécier le niveau de soulagement. L'observation des comportements non-verbaux en sera la pierre angulaire. Certaines échelles et paramètres peuvent être proposés selon le symptôme pour laquelle la sédation est induite.</p> <p>... Il est d'ailleurs convenu de procéder régulièrement à l'évaluation de la dyspnée chez tous les patients sous sédation, même si les difficultés respiratoires ne constituent pas l'indication première de son administration.</p>		<p>occur whether or not the patient is receiving PST. To titrate PST according to these parameters would therefore be inappropriate when death is imminent.</p>	<p>système d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) ou un autre système structuré. Si le patient ne peut pas s'exprimer, le clinicien ou l'infirmière devra évaluer le degré de confort ou d'inconfort du patient en l'observant. Si le patient semble aller plus mal, on cherchera les causes de son inconfort que l'on n'aura pas remarquées ou qui se seront manifestées depuis la dernière évaluation (p. ex. de la rétention urinaire).</p>		<p>there appears to be airway obstruction.</p> <p><u>Parameters that may be monitored on a case-by-case basis include but are not restricted to:</u>  respiratory rate, oxygen saturation and bladder fullness (in patients who are not catheterized)</p> <p>It is important to note that changes in respiratory rates and patterns, as well as reductions in oxygen saturation are normal end-of-life changes and will occur whether or not the patient is receiving PST. To titrate PST according to these parameters would therefore be inappropriate when death is imminent.</p>	<p>signifie que le confort du patient est atteint et un score de plus de 10 révèle un inconfort significatif. Par ailleurs, il n'existe aucune autre échelle validée dans un contexte de sédation palliative pour évaluer les autres symptômes (par exemple, la dyspnée). Nous suggérons donc aux cliniciens de se fier à leur jugement clinique en s'inspirant tout de même des échelles existantes.</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>respectivement de suivre la réponse au traitement. Ces grilles doivent être complétées de façon systématique.</p> <p>En ce qui concerne la dyspnée et la détresse respiratoire, leur évaluation peut se faire grâce à l'échelle d'observation de la détresse respiratoire (RDOS) (Tableau 5, Annexe A). Il est d'ailleurs convenu de procéder régulièrement à l'évaluation de la dyspnée chez tous les patients sous sédation, même si les difficultés respiratoires ne constituent pas l'indication première de son administration.</p> <p>Puisqu'il n'existe pas de grille d'appréciation objective répertoriée pour plusieurs des symptômes réfractaires possibles (convulsions, détresse hémorragique, détresse psychologique ou existentielle, nausées et vomissements incoercibles, etc.), il est convenu de décrire dans les notes de surveillance infirmière avec le plus de précision possible les observations en lien avec le symptôme spécifiquement identifié.</p>							
<b>APPARITION D'EFFETS INDESIRABLES</b>							
<p>D'autre part, la dépression respiratoire d'apparition abrupte attribuable à la sédation palliative devrait faire l'objet d'une surveillance, cet effet secondaire n'étant pas souhaité. Ainsi, l'apparition</p>	<p>D'autre part, la dépression respiratoire d'apparition abrupte attribuable à la sédation palliative devrait faire l'objet d'une surveillance, cet effet secondaire n'étant pas souhaité. Ainsi, l'apparition</p>						<p>L'évaluation des effets secondaires des agents sédatifs peut se faire en même temps que les autres évaluations. En présence d'effets secondaires sévères, par exemple</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>soudaine d'un fort ronflement et de pauses respiratoires à l'initiation de la sédation ou après une majoration des doses pourraient nécessiter un ajustement posologique.</p> <p>La présence de myoclonies ou de pupilles en myosis, sont des signes potentiellement associés à une imprégnation voire à un surdosage en opiacés, souvent administrés parallèlement à la sédation palliative. Ces signes méritent d'être signalés sur le formulaire de surveillance, sans qu'ils ne nécessitent une intervention urgente.</p>	<p>soudaine d'un fort ronflement et de pauses respiratoires à l'initiation de la sédation ou après une majoration des doses pourraient nécessiter un ajustement posologique.</p> <p>La présence de myoclonies ou de pupilles en myosis, sont des signes potentiellement associés à une imprégnation voire à un surdosage en opiacés, souvent administrés parallèlement à la sédation palliative. Ces signes méritent d'être signalés sur le formulaire de surveillance, sans qu'ils ne nécessitent une intervention urgente.</p>						<p>l'apparition de raideur sous l'effet des neuroleptiques, il faut diminuer les doses de l'agent en cause et favoriser la combinaison d'agents sédatifs.</p> <p>Par ailleurs, il est aussi important d'évaluer la présence de symptômes de surdosage des opioïdes, surtout à la suite d'une augmentation récente de la dose. Ce lien temporel permet de faire la distinction entre les signes témoignant de l'évolution de la maladie, par exemple la diminution du rythme respiratoire en fin de vie, et les effets indésirables des opioïdes. Ainsi, en présence de réactions défavorables dues aux opioïdes, une diminution de la dose pourra être envisagée selon le contexte clinique.</p>
<b>FREQUENCE DE LA SURVEILLANCE</b>							
<p>Il est recommandé que cette surveillance soit effectuée juste avant le début de la sédation, puis à toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'un soulagement convenable soit atteint. Puisque ce niveau de confort est variable d'un patient à l'autre et d'un symptôme à l'autre, la présence d'un membre de l'équipe médicale est requise au moment de débiter la sédation.</p> <p>Pour les sédations profondes, on recherche en général un</p>	<p>Il est recommandé que cette surveillance soit effectuée juste avant le début de la sédation, puis à toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'un soulagement convenable soit atteint. Puisque ce niveau de confort est variable d'un patient à l'autre et d'un symptôme à l'autre, la présence d'un membre de l'équipe médicale est nécessaire pour amorcer la sédation.</p> <p>Pour les sédations profondes,</p>	<p>Monitor: Patient for relief of suffering, level of sedation and potential adverse effects of sedation.  Frequency:  - Every 20 to 30 minutes, until deep sedation is achieved <b>AND THEN</b> every 2 - 8 hours and PRN, at a minimum of three times per day. Notify MRHP if target sedation is not achieved.  Monitoring frequency can be ordered as per unit protocol and as per MRHP.</p>	<p><b>ACUTE CARE SETTINGS</b>  Midazolam, Methotrimeprazine and/or Phenobarbital*  - Initiating PST  Monitor every 30 minutes until the goal of PST is achieved. During this time dose titrations may be required.  - Maintaining PST  Monitor q 4hrs  - Any dose adjustments made or additional bolus/PRN doses given</p>	<p>Mêmes informations que McMaster 2020</p>		<p>The frequency of patient monitoring and the parameters to be monitored are influenced by the setting, circumstances and the availability of clinical staff. Some parameters should be monitored routinely, while others are on a case-by-case basis. The parameters being assessed may also change over time.</p>	<p>Lors de l'amorce de la sédation, les patients devraient être évalués toutes 15 à 30 minutes ou au pic d'action de l'agent sédatif utilisé. Lorsque le confort est atteint et que le degré de sédation est satisfaisant, une à trois évaluations par jour suffisent.  Dans certains cas, les proches pourront contribuer à l'évaluation du patient. Puisqu'ils sont</p>

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>niveau -3 ou -4 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond. Pour ce qui est du contrôle de l'analgésie documenté par l'échelle d'évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative, le score attendu est de 10 ou moins. En ce qui concerne le contrôle des symptômes respiratoires, on vise un score à l'échelle d'observation de la détresse respiratoire de 4 ou moins.</p> <p>Lorsque le patient semble adéquatement soulagé, une surveillance aux 8 heures est minimalement requise.</p>	<p>on recherche en général un niveau -3 ou -4 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond. Pour ce qui est du contrôle de l'analgésie documenté par l'échelle d'évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative, le score attendu est de 8 ou moins. En ce qui concerne le contrôle des symptômes respiratoires, on vise un score à l'échelle d'observation de la détresse respiratoire de 4 ou moins.</p> <p>Lorsque le patient semble adéquatement soulagé, une surveillance aux 8 heures est minimalement requise. Cette surveillance peut être accrue si un changement dans la condition du patient devait survenir.</p>		<p>Restart monitoring q30min as above until the target symptom is controlled and then q4hrs thereafter.</p> <p><b>HOME, RESIDENTIAL OR LONG-TERM CARE SETTINGS</b>  <u>Midazolam</u>  - Initiating PST  Initial titration will require nursing support. Monitor every 30 minutes until the goal of PST is achieved. During this time dose titrations may be required.  - Maintaining PST  Monitor q 8 -12 hrs  - Any dose adjustments made or additional bolus/PRN doses given  Restart monitoring q30min as above until the target symptom is controlled and then q8hrs thereafter.  <u>Methotrimeprazine and/or Phenobarbital*</u>  - Initiating PST  Monitor every hour until the goal of PST is achieved.  - Maintaining PST  Monitor q 8 -12 hrs*  * If these medications are used in conjunction with midazolam, then monitor as per midazolam monitoring guidelines  - Any dose adjustments made or additional bolus/PRN doses given</p>			<p><b>Midazolam</b>  Every 15 mins until the goal of PST is achieved. After four consecutive 15-min checks (1 hour) without additional titration or prn doses, continue with checks every 8 hours, at a minimum  <b>NOTE: Restart monitoring at Q 15mins any time a dose adjustment is made, or additional bolus/prn doses are given.</b></p> <p><b>Methotrimeprazine</b>  Same as Midazolam</p> <p><b>Phenobarbital</b>  Same as Midazolam</p>	<p>constamment auprès de lui, ils sont les premiers témoins de son inconfort. Il est aussi recommandé d'informer les proches des manifestations physiques attendues en fin de vie ainsi que des signes physiques de décès.</p> <p><u>Sédation palliative intermittente</u> (pronostic vital plus de 2 sem., contrôle d'un symptôme réfractaire et intolérable) :  ... voir définition  Il est primordial de réévaluer constamment la situation pour reconnaître les changements de l'état clinique du malade. Il faut garder en tête que les patients en sédation palliative intermittente peuvent voir leur anxiété s'aggraver. Il faut être vigilant et prêt à intervenir si cette situation se présente.</p>

<b>SQMDSP 2014</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> (Alberta Health Services) <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> (McMaster University) <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> (Programme de soins palliatifs de Champlain) <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> (BC Centre for Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) <b>Canada</b>
			Restart monitoring q 1 hr as above until the target symptom is controlled and then q8hrs thereafter.  * Nursing support may be through 24/7 telephone access rather than direct monitoring.				
<b>CE QU'ON DOIT ARRÊTER DE SURVEILLER</b>							
Les prises de pression artérielle, de température ou de saturation, qui n'auraient pas pour objectif immédiat d'assurer le confort du malade, devraient être suspendues.  L'observation du rythme respiratoire est quant à lui utile pour s'assurer de l'absence de tachypnée évoluant vers la détresse respiratoire.							

### Sédation palliative à domicile - Particularités

<b>HAS 2020</b> (Haute Autorité de Santé) <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> (German Guideline Program in Oncology) <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> (National Comprehensive Cancer Network) <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> (National Institute for Health and Care Excellence) <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) <b>Belgique</b>
<b>CONDITION A REMPLIR</b>					
Les pratiques sédatives, y compris la SPCMD, peuvent se réaliser en tout lieu de soins, y compris au domicile. Cependant, en cas de réalisation hors secteur hospitalier et du fait des contraintes décrites précédemment, la possibilité d'une hospitalisation de recours doit être envisagée.					



<b>HAS 2020</b> <i>(Haute Autorité de Santé)</i> <b>France</b>	<b>SPSIM 2021</b> <i>(Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine)</i> <b>Espagne et Portugal</b>	<b>GGPO 2020</b> <i>(German Guideline Program in Oncology)</i> <b>Allemagne</b>	<b>NCCN 2021</b> <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i> <b>USA</b>	<b>NICE 2015</b> <i>(National Institute for Health and Care Excellence)</i> <b>UK</b>	<b>FBPSPC 2019</b> <i>(Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus)</i> <b>Belgique</b>
<p>La réalisation de la SPCMD est possible à domicile. Elle nécessite systématiquement l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs, dans les conditions définies selon la fiche de synthèse de la HAS « <i>Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?</i> » entre autres pour les modalités d'administration, d'adaptation et de surveillance des médicaments, ainsi que l'accompagnement des proches et professionnels. Les spécificités ne sont pas tant médicamenteuses qu'organisationnelles.</p> <p>Les conditions de mise en œuvre de la SPCMD sont les suivantes (cf. guide du parcours de soins de la HAS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procédure collégiale préalable définie par voie réglementaire;</li> <li>• présence d'un médecin lors de la titration;</li> <li>• médecin joignable 24 h/24 avec possibilité de visites médicales à domicile;</li> <li>• personnel formé aux techniques, à l'administration et à la surveillance des thérapeutiques utilisées;</li> <li>• équipes ou réseau de soins palliatifs associés même si HAD;</li> <li>• disponibilité d'un lit de repli, de préférence en USP, ou à défaut dans un service ayant une bonne maîtrise des pratiques sédatives.</li> </ul>					
<b>APPLICATION DE LA SEDATION PALLIATIVE A DOMICILE</b>					

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIHPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
CONDITION A REMPLIR							
<p>Les familles peuvent garder leur proche à domicile à la condition de pouvoir assurer une surveillance continue et de pouvoir compter sur une garde infirmière et médicale experte et formée pour ces soins, disponible sur appel 24 heures par jour, 7 jours par semaine.</p> <p>Il faut prévoir avec la famille la possibilité d'échec du maintien à domicile des patients en fin de vie : des ententes préalables avec des maisons de soins palliatifs ou des hôpitaux doivent être effectuées pour permettre le transfert d'un patient qui ne peut plus demeurer à domicile, si possible sans passer par les urgences.</p> <p>Particularités requises pour effectuer une sédation palliative à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indications reconnues, après évaluation par le médecin traitant et les autres professionnels de soins palliatifs responsables du patient à domicile;</li> <li>• Le malade et ses proches acceptent la sédation et comprennent sa nature;</li> <li>• Disponibilité des proches pour assurer une surveillance continue;</li> <li>• Équipe infirmière disponible 24 heures sur 24, avec visites à domicile une à plusieurs fois par jour et en urgence au besoin.</li> </ul>						<p><b>In-home, Long-Term Care Home or Retirement Home</b></p> <p>Patient must have a capable caregiver (e.g. family member) present at all times and they must be educated about signs of impending death and instructed to call team members if patient becomes uncomfortable.</p>	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi médical avec visites régulières à domicile et disponibilité téléphonique 24 heures.</li> <li>• Médication disponible à domicile permettant l'administration des médicaments requis par voie sous-cutanée, plus rarement par voie intraveineuse.</li> <li>• Alternative convenue en cas d'échec du maintien à domicile.</li> </ul> <p>Si une sédation est amorcée, le patient et ses proches devront recevoir au moins deux visites infirmières par jour et avoir accès rapidement (moins de 60 minutes), 24 heures sur 24, à une infirmière visiteuse expérimentée en soins palliatifs ainsi qu'à un médecin de garde (garde téléphonique, visite à domicile au besoin) en cas de problème. Sans cette organisation de soins, la sédation palliative ne peut pas être offerte à domicile et le patient doit alors être hospitalisé pour la recevoir.</p>							
<b>APPLICATION DE LA SEDATION PALLIATIVE A DOMICILE</b>							
<p>Le travail de collaboration avec le pharmacien communautaire (préparation de solutions injectables) exige une plus grande préparation qu'en centre hospitalier. Advenant l'apparition d'un symptôme de plus en plus difficile à contrôler laissant présager la possibilité de devoir initier une sédation palliative en urgence, la médication doit être</p>				<p>À domicile ou dans un milieu communautaire, il est crucial de fournir un soutien adéquat. Si l'on en charge un membre de la famille, il faudra former cette personne adéquatement et lui assurer un accès rapide à des professionnels de la santé. Les membres de la famille et les autres membres de</p>			

<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>prescrite et livrée au domicile du patient à l'avance afin d'assurer sa disponibilité au moment opportun, en raison de la difficulté d'approvisionnement en urgence dans le contexte du domicile.</p> <p>Plusieurs de ces pompes comportent un bouton d'administration de doses supplémentaires que les proches peuvent utiliser au besoin, avec programmation sécuritaire d'un maximum de doses supplémentaires à l'heure et par jour. Le personnel infirmier s'assure que les perfusions sont préparées à temps et que les voies d'accès (cathéters souples pour injections répétées par voie sous-cutanée) sont régulièrement changées de sites.</p> <p>Le suivi du niveau de sédation est effectué par les proches qui communiquent avec l'équipe traitante au besoin. On ne demande pas aux proches de faire une évaluation normée avec l'échelle de vigilance-agitation de Richmond. Ce sont les infirmières qui se servent d'un tel outil lors de leurs visites et qui peuvent ajuster les doses de médication au besoin pour maintenir le niveau souhaité de sédation, après appel au médecin.</p> <p>Les proches doivent être régulièrement relevés de leur</p>				<p>l'équipe de soins peuvent ressentir une profonde détresse lorsqu'il est temps d'administrer une sédation palliative à leur proche ou à leur patient. Il est donc crucial de leur fournir un soutien émotionnel et de répondre à leurs préoccupations.</p>			

<b>SQMDS 2014</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDS-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs et  Collège des médecins du  Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins  palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative  Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington  Integrated Hospice  Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des  pharmaciens des  établissements de santé  du Québec)</i> <b>Canada</b>
<p>fonction et doivent pouvoir se reposer : l'aide à domicile par des personnes formées à cet effet est alors cruciale (gardiennage, hygiène, surveillance, soins corporels de base).</p> <p>En conclusion, des soins palliatifs complets à domicile incluent la possibilité d'offrir une sédation palliative si les conditions suivantes sont remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les proches peuvent s'impliquer 24 heures sur 24 (en se relayant) pour assurer une surveillance sécuritaire du malade sous sédation;</li> <li>• Les proches peuvent fournir les autres soins (mobilisation régulière, soins de bouche, soins de sonde, injections multiples via papillons);</li> <li>• Les proches jouissent d'un support infirmier au moins deux fois par jour ainsi que de la disponibilité constante sur appel d'infirmières et de médecins expérimentés en soins palliatifs à domicile;</li> </ul> <p>Un transfert hospitalier ou en maison de soins palliatifs est possible rapidement si la situation à domicile se dégrade et que le patient et ses proches acceptent le transfert.</p>							

## Sédation palliative en soins de longue durée - particularités

HAS 2020 (Haute Autorité de Santé) France	SPSIM 2021 (Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine) Espagne et Portugal	GGPO 2020 (German Guideline Program in Oncology) Allemagne	NCCN 2021 (National Comprehensive Cancer Network) USA	NICE 2015 (National Institute for Health and Care Excellence) UK	FBPSPC 2019 (Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus) Belgique
CONDITIONS A REMPLIR					
APPLICATION DE LA SEDATION PALLIATIVE EN SOINS DE LONGUE DUREE					

SQMDSP 2014 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs) Canada	SQMDSP-CMQ 2016 (Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Collège des médecins du Québec) Canada	AHS 2018 (Alberta Health Services) Canada	McMaster 2020 (McMaster University) Canada	PSPC 2018 (Programme de soins palliatifs de Champlain) Canada	BC-CPC 2019 (BC Centre for Palliative Care) Canada	WWIHPC 2019 (Waterloo Wellington Integrated Hospice Palliative Care) Canada	APES 2017 (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec) Canada
CONDITION A REMPLIR							
					<p>Lorsqu'arrive la période de fin de vie, il faut tout faire pour laisser le patient dans sa chambre et sur son unité habituelle, son <i>milieu de vie</i>. Mais la surveillance du malade devient progressivement plus lourde, et plus encore dans l'éventualité de l'instauration d'une sédation palliative. Le nombre de professionnels requis change alors brutalement. Une organisation assurant pour le patient un encadrement approprié et rehaussé est alors requise. La sédation n'est jamais prescrite pour soulager la souffrance des proches</p>	<p><b>In-home, Long-Term Care Home or Retirement Home</b></p> <p>Patient must have a capable caregiver (e.g. family member) present at all times and they must be educated about signs of impending death and instructed to call team members if patient becomes uncomfortable.</p>	

<b>SQMDSP 2014</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs)</i> <b>Canada</b>	<b>SQMDSP-CMQ 2016</b> <i>(Société québécoise des  médecins de soins palliatifs et  Collège des médecins du  Québec)</i> <b>Canada</b>	<b>AHS 2018</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>PSPC 2018</b> <i>(Programme de soins  palliatifs de Champlain)</i> <b>Canada</b>	<b>BC-CPC 2019</b> <i>(BC Centre for Palliative  Care)</i> <b>Canada</b>	<b>WWIIPC 2019</b> <i>(Waterloo Wellington  Integrated Hospice  Palliative Care)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2017</b> <i>(Association des  pharmaciens des  établissements de santé  du Québec)</i> <b>Canada</b>
					face à un décès dont la phase terminale se prolonge.		
<b>APPLICATION DE LA SEDATION PALLIATIVE EN SOINS DE LONGUE DUREE</b>							
					Tout doit être fait alors pour assurer la visite d'infirmières formées et expertes en soins palliatifs au moins deux fois par jour au chevet de ces patients en fin de vie, surtout lors de l'instauration d'une sédation palliative.		

## ANNEXE A - SQDMSP 2014

**Tableau 3 - Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)**

Tableau 3 — Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) [61, 66-68]		
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 (<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)

Procédure d'application de l'échelle RASS :

Observez le patient. Est-il éveillé et calme? (score 0)

- Le patient est-il agité? (score de +1 à +4 selon les critères de description)

Si le patient n'est pas éveillé, demandez au patient d'ouvrir les yeux et de vous regarder:

- Le patient ouvre les yeux avec un contact visuel > 10 secondes (score -1)
- Le patient ouvre les yeux avec un contact visuel bref < 10secondes (score -2)
- Le patient réagit à la voix, mais sans contact visuel (score -3)

Si le patient ne réagit pas à la voix, appliquez une stimulation physique (secousse de l'épaule puis friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

- Le patient réagit à la stimulation physique (score -4)
- Le patient ne réagit ni à la voix, ni à la stimulation physique (score -5)

**Tableau 4 - Évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative**

Tableau 4 — Évaluation de la douleur chez les patients comateux ou sous sédation palliative (Nociception Coma Scale, adapté par Vinay et al, 2012[31])		
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



**Tableau 5 – Échelle d’observation de la détresse respiratoire – RDOS**

Tableau 5 – Échelle d’observation de la détresse respiratoire – RDOS [70, 71]			
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.

## ANNEXE B - APES 2017

**Tableau 18.1 Benzodiazépines pour la sédation palliative**

	Lorazépam(Ativan <sup>MD</sup> )	Midazolam(Versed <sup>MD</sup> )	Diazépam(Valium <sup>MD</sup> )
Début d'action	20-30minutes (PO) 6-10minutes (IV)	3-5minutes (IV) 5-15 minutes (SC*)	30 minutes (PO) 1-5minutes (IV)
Tmax	30 minutes (SC*) 10-15minutes (IV)	45 minutes (SC*)	60 minutes (SC*) 8 minutes (IV)
Durée d'action	8-12heures (SC*et IV)	30-80minutes (IVdose unique)	15-30minutes (IV)
Tempsdemi-vie	12 heures	3 – 11 heures	37-160heures
Statut RAMQ	Formulation injectable remboursée	Formulation injectable remboursée	Formulation injectable non remboursée

\*Lapharmacocinétique la voiesous-cutanéest extrapolée de la voieintramusculaire; PO: peros; SC: sous-cutané; IV: intraveineux; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau 18.2 Agents neuroleptiques pour la sédation palliative**

	Méthotriméprazine(Nozinar <sup>MD</sup> )	Chlorpromazine(Largactil <sup>MD</sup> ) (retiré du marché canadien)
Début d'action	20-40minutes (SC*)	
Tmax	30-90minutes (SC*)	1 à 4 heures (SC*)
Durée d'action	4 heures (SC*)	
Tempsdemi-vie	15 heures	6 heures
Statut RAMQ	Formulation injectable remboursée	Formulation injectable retirée du marché canadien

\*Lapharmacocinétique la voiesous-cutanéest extrapolée de la voieintramusculaire; SC: sous-cutané; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau 18.3 Agent barbiturique pour la sédation palliative**

	Phénobarbital
Début d'action	20-60minutes (SC*) 5 minutes (IV)
Tmax	0,92heure (SC*)
voir texte	15 minutes (IV)
Durée d'action	10-12heures
Tempsdemi-vie	1,5-4,9jours
Statut RAMQ	Formulation injectable non remboursée

\*Lapharmacocinétique la voiesous-cutanéest extrapolée de la voieintramusculaire; SC: sous-cutané; IV: intraveineux; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau 18.4 Agent anesthésique général pour la sédation palliative**

	Propofol(Diprivan <sup>MD</sup> )
Début d'action	30 à 60 secondes
Tmax	-
Durée d'action	3 à 10 minutes
Tempsdemi-vie	0,5 à 7 heures
Statut RAMQ	Formulation injectable non remboursée

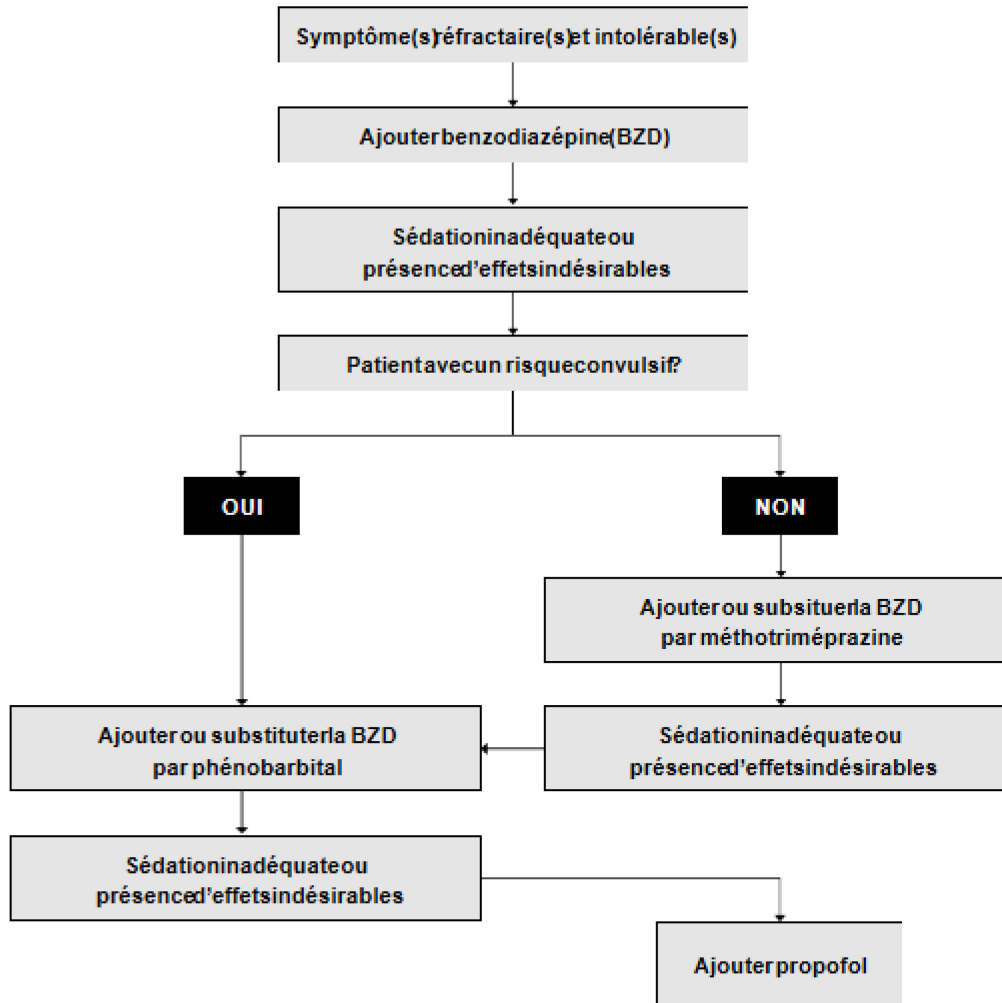
RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Tableau 18.5 Agent anticholinergique employé pour la sédation palliative**

	Scopolamine
Début d'action	-
Tmax	1,5heure (SC*)
Durée d'action	3 à 6 heures (SC*)
Tempsdemi-vie	9,5heures
Statut RAMQ	Formulation injectable remboursée

\*Lapharmacocinétique la voiesous-cutanéest extrapolée de la voieintramusculaire; SC: sous-cutané; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

Figure F-1 Algorithme des principes d'utilisation des agents sédatifs selon la situation clinique



## Tableau F-2 Tableaux d'extraction des données extraites des guides de pratique clinique et des lignes directrices pour les pédiatriques

### Définition

#### Gauvin, 2016

En soins palliatifs, « la sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Cette sédation peut être une sédation d'urgence, une sédation intermittente ou continue, telle que définie ci-dessous.

La sédation palliative intermittente peut être administrée pendant plusieurs heures ou quelques jours à des patients dont le pronostic n'est pas nécessairement fatal à court terme. Elle peut être envisagée dans l'attente d'une procédure ou d'une intervention qui pourrait les soulager (radiothérapie, blocs nerveux, rotation d'analgésiques, etc.) ou chez des patients présentant des crises qui nécessitent un traitement avec des médicaments qui ont un effet sédatif important (convulsions réfractaires, détresse respiratoire prolongée, crises métaboliques).

Une sédation palliative continue est considérée lorsque l'on estime que le décès surviendra dans les 15 prochains jours.

### Objectif de l'intervention

#### Gauvin, 2016

Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté ». Cette pratique vise à soulager le malade, des symptômes intolérables et non de mettre un terme à la vie.

L'objectif recherché par la sédation palliative est de soulager, de manière efficace et rapide, le patient de ses symptômes intolérables et réfractaires.

Le but n'est pas d'avoir une sédation profonde en tout temps, mais bien de s'ajuster au patient, pour soulager le symptôme en cause.

Le but recherché en sédation palliative pédiatrique est d'obtenir une sédation assez efficace pour soulager complètement le patient, tout en gardant un niveau d'éveil optimal (moins profond possible).

### Situation clinique

#### Gauvin, 2016

Lorsque la situation du patient se détériore rapidement et que le pronostic à court terme est fatal, la sédation palliative continue peut être envisagée ; elle est alors maintenue jusqu'au décès naturel du patient, afin d'assurer un soulagement continu.

Dans certains cas, il est possible d'avoir une sédation intermittente ou transitoire, le temps de contrôler certains symptômes réfractaires qui pourraient s'améliorer (par exemple : convulsions réfractaires). Ces situations sont plus fréquentes en pédiatrie car la population de patients atteints de maladies non oncologiques est plus grande. Ces patients peuvent donc « passer à travers la crise » et revenir à leur état de base après une sédation intermittente. Mais dans certains cas, les symptômes peuvent devenir réfractaires et la sédation intermittente doit être prolongée et se transformer en sédation continue. Dans une telle situation, les parents n'auront plus l'occasion de communiquer avec leur enfant. Il est donc primordial, avant toute administration de sédation palliative, même s'il est prévu qu'elle soit intermittente, d'aviser les parents de la perte de communication éventuelle et de la possibilité qu'elle devienne continue.

## Indications

### Gauvin, 2016

Douleur intolérable et réfractaire  
Convulsions réfractaires  
Dyspnée progressive incontrôlable  
Détresse hémorragique  
Nausée et vomissements incoercibles  
Panique ou anxiété incontrôlable

Delirium hyperactif avec agitation psychomotrice

Les indications les plus fréquentes pour une sédation palliative continue sont la douleur intolérable, les convulsions réfractaires et l'insuffisance respiratoire [10,12]. Bien que la souffrance existentielle soit décrite chez l'enfant [15], l'indication de sédation palliative pour détresse existentielle n'est pas décrite dans la littérature pédiatrique.

## Le caractère réfractaire des symptômes

### Gauvin, 2016

Une consultation avec des spécialistes en soins de fin de vie et gestion de la douleur (soins palliatifs pédiatriques, clinique de douleur, soins intensifs pédiatriques, anesthésie, psychologue, psychiatre selon le cas) est essentielle avant de déterminer qu'un symptôme est réfractaire chez l'enfant.

La souffrance intolérable et la détresse sont des symptômes subjectifs. C'est pourquoi ce sont les patients qui sont les plus en mesure d'évaluer ces symptômes. Mais beaucoup des patients en fin de vie deviennent incapables de s'exprimer sur le degré de souffrance qui pourrait nécessiter une sédation palliative.

## Les principaux symptômes réfractaires

### Gauvin, 2016

Les indications les plus fréquentes pour une sédation palliative continue sont la douleur intolérable, les convulsions réfractaires et l'insuffisance respiratoire [10,12]. L'agitation extrême et le delirium peuvent être présents chez l'enfant, particulièrement chez l'adolescent, mais sont moins fréquents ou rapportés que chez l'adulte. Dans certains cas, une sédation d'urgence ou même intermittente est justifiée pour traiter ces symptômes.

## Processus décisionnel

### Gauvin, 2016

Les critères suggérés pour procéder à une sédation palliative en pédiatrie sont les suivants (et seront discutés plus en détail dans le document) :

- s'assurer de la présence de symptôme(s) réellement réfractaire(s) (voir section sur l'indication de la sédation palliative) ;
- procéder à une réunion interdisciplinaire pour évaluer la nécessité de la sédation palliative (voir section sur la prise de décision) ;
- procéder à une discussion avec la famille lorsque le consensus d'équipe est atteint (voir section sur la prise de décision) ;
- décider du type et du niveau de sédation (voir section sur le choix des médicaments).

La décision de recourir à la sédation palliative repose sur le caractère à la fois réfractaire et intolérable des symptômes et sur l'impossibilité de parvenir à un soulagement approprié dans un délai acceptable à l'aide des modalités thérapeutiques standard [9,13]. Une consultation avec des spécialistes en soins de fin de vie et gestion de la douleur (soins palliatifs pédiatriques, clinique de douleur, soins intensifs pédiatriques, anesthésie, psychologue, psychiatre selon le cas) est essentielle avant de déterminer qu'un symptôme est réfractaire chez l'enfant.

Chaque situation doit être évaluée individuellement : sédation d'urgence pour une détresse aiguë (étouffement, douleur incoercible, hémorragie chez un patient en phase terminale),

## Gauvin, 2016

sédation intermittente pour des symptômes réfractaires jugés insupportables (convulsions prolongées, mouvements anormaux, agitation extrême chez un patient avec atteinte neurologique chronique), sédation continue lors d'un arrêt ou limitation de traitement (cessation de ventilation mécanique en soins intensifs) ou fin de vie avec symptômes intolérables (douleur réfractaire, obstruction intestinale, insuffisance respiratoire prolongée) [14].

La décision d'induire une sédation palliative doit s'appuyer sur un processus rigoureux et les discussions doivent permettre d'aboutir à un consensus au sein de l'équipe interdisciplinaire. Autant que possible, les intervenants impliqués dans les soins offerts le sont aussi dans le processus décisionnel. Les membres impliqués incluent l'équipe traitante (médecins, infirmières), les consultants en soins palliatifs, clinique de douleur, anesthésie, les intervenants en soins spirituels, les travailleurs sociaux, psychologues et éthiciens. De façon générale, les membres doivent s'entendre sur les critères suivants :

- la nature intolérable de la souffrance vécue par le patient ;
- l'absence de contribution de la souffrance des parents ou des soignants ;
- l'échec des autres traitements pour parvenir au soulagement du patient ;
- l'estimation du pronostic de vie du patient (moins de 15 jours si sédation continue) ;
- la nécessité de procéder à une sédation palliative continue, par rapport à une sédation intermittente ;
- l'ajustement de la sédation (profonde ou superficielle) pour parvenir au soulagement dans un délai acceptable ;
- la nécessité ou non d'hydrater et d'alimenter le patient (voir section à ce sujet) ;
- la nature des enjeux éthiques et moraux en regard de la sédation dans un tel cas ;
- les valeurs et souhaits de la famille à prendre en considération et à documenter ;
- le consentement par le patient (si apte) ou les parents ;
- un plan d'intervention interdisciplinaire précisant :
  - les gestes médicaux à poser,
  - la surveillance du patient,
  - les soins de confort et de prévention à initier ou maintenir,
  - l'obtention du but recherché : soulagement du symptôme réfractaire,
  - la meilleure façon d'informer, d'impliquer et de soutenir la famille.

Après la discussion en équipe interdisciplinaire, il est indispensable d'avoir une discussion avec les parents (et l'enfant s'il est apte) pour bien leur expliquer l'indication de la sédation palliative et l'objectif visé. Les parents ne doivent pas sentir qu'ils décident entre le « confort » et la « vie » de leur enfant. Les parents doivent pouvoir partager leurs craintes et leurs questions. Durant la prise de décision, la souffrance vécue par les parents est très importante. Bien que celle-ci ne soit pas une indication lorsqu'une sédation palliative est considérée, il ne faut pas négliger le soutien aux parents qui reste essentiel durant tout le processus décisionnel.

## Encadrement de l'intervention

### Gauvin, 2016

Le consentement à une sédation palliative doit être donné par la personne malade, afin de respecter son autonomie décisionnelle, à moins qu'elle soit inapte. La situation est différente pour les enfants, en particulier au Québec, puisque la loi ne leur accorde la capacité légale de consentir aux soins requis par l'état de santé qu'à partir de l'âge de 14 ans. En outre, les enfants de 14 ans et plus qui sont jugés inaptes ne peuvent consentir à des soins. Plusieurs enfants suivis en soins palliatifs présentent des conditions avec limitations développementales et des atteintes neurocognitives importantes les rendant ainsi inaptes. Dans la grande majorité des cas, ce seront les parents qui prendront les décisions pour leur enfant lorsqu'il est trop jeune ou inapte. Par ailleurs, l'adolescent de 14 ans et plus, jugé apte, devrait consentir lui-même à la sédation palliative, comme l'adulte s'il en est capable. Il a été rapporté que certains adolescents choisissent de tolérer des symptômes sévères afin de rester conscients ; dans ces cas, leur décision devrait être respectée [11].

D'un autre côté, l'enfant plus jeune (moins de 14 ans) ne devrait pas être exclu systématiquement des discussions. Plusieurs enfants gravement malades acquièrent une maturité précoce en raison de leurs expériences de vie associées à la maladie. Leurs habiletés à participer aux décisions significatives concernant les traitements à prodiguer doivent être reconnues [31]. L'enfant doit au minimum être écouté et entendu. Chaque situation doit être évaluée individuellement, avec l'enfant et sa famille [9].

Que ce soit le patient ou le parent qui consente à la sédation palliative, la décision doit être éclairée, et les éléments suivants doivent être bien expliqués par l'équipe et compris par la personne qui consent [32] :

- la maladie du patient est fatale, même si le moment exact du décès est inconnu ;
- il y a consensus à l'effet que le patient présente des symptômes réfractaires et intolérables ;
- le but de la sédation palliative est de soulager la souffrance et non de précipiter le décès ;
- la sédation sera titrée adéquatement pour soulager, selon l'évolution des besoins du patient ;

## Gauvin, 2016

- le patient aura une diminution et possiblement un arrêt des communications avec son entourage après l'initiation de la sédation ;
- le patient continuera de bénéficier d'une surveillance des symptômes, de la souffrance, ainsi que de la sédation et de ses effets secondaires ;
- si la sédation est cessée, les symptômes réfractaires et intolérables pourraient resurgir ;
- les décisions concernant les traitements parallèles seront réévaluées régulièrement (nutrition, médication, etc.).

La planification préalable des soins est essentielle chez tout enfant en soins palliatifs. La Société canadienne de pédiatrie a émis un point de pratique à cet effet [42]. Lorsqu'une sédation palliative est débutée pour un enfant présentant une maladie à pronostic sombre, il est du devoir du médecin de discuter avec la famille (et le patient s'il est apte) de l'objectif des soins, qui est le confort, et des traitements appropriés. Dans cette optique, il n'est pas envisagé de procéder à une ventilation mécanique ou au soutien cardiovasculaire par des amines. Il faut aussi discuter de la non-tentative de réanimation en cas d'évènement fatal. Une ordonnance à cet effet doit être déposée dans le dossier, afin que toute l'équipe soit au courant des décisions.

Une documentation claire doit être mise dans le dossier concernant l'information médicale du patient (diagnostic, pronostic estimé, symptôme réfractaire, traitements utilisés pour soulager ce symptôme, évaluation des consultants concernant ce symptôme), le niveau de soins pour le patient, le processus décisionnel établi (critères pour sédation palliative, objectifs, évaluation des souhaits de la famille, etc.), les rencontres interdisciplinaires et les rencontres avec patient/famille, le consentement discuté, puis le protocole de sédation en lui-même (objectifs visés, niveau de sédation, médicaments, surveillance, soutien à la famille, etc.).

## Médications

### Gauvin, 2016

Les principes généraux utilisés en adulte sont les mêmes en pédiatrie. Si intermittente, le choix d'un médicament à plus courte durée d'action sera favorisé.

Les guides généraux suivants sont recommandés :

- choisir un agent qui aura des bénéfices multiples pour le patient s'il y a présence de plusieurs symptômes (une benzodiazépine chez un patient avec convulsions, anxiété importante ; un neuroleptique en présence d'agitation, de nausées et vomissements) ;
- instaurer le traitement à dose minimale et augmenter selon la réponse clinique jusqu'à l'atteinte de l'objectif ;
- restreindre le nombre d'agents de la même classe ; éviter de combiner deux benzodiazépines ou deux barbituriques ;
- associer ou changer les médicaments : si le premier choix pour une benzodiazépine est inefficace ou insuffisant à dose ajustée, il faut la remplacer ou l'associer à un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique ;
- vérifier auprès du pharmacien la compatibilité des associations médicamenteuses dans la même perfusion ainsi que les interactions potentiellement inconfortables pour le patient (spasmes, delirium, arythmies, etc.) ;
- observer le patient afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication ;
- se souvenir que les agents sédatifs ne comportent pas d'effet analgésique et donc ne jamais oublier qu'une agitation peut être le signe d'une douleur non contrôlée ;
- se souvenir que la voie sous-cutanée est très efficace et peut être utilisée sans problème chez l'enfant.

Il existe peu d'études comparant l'efficacité des divers médicaments utilisés lors de la sédation palliative en pédiatrie ; le choix demeure donc empirique. Il est souvent influencé par la nature du symptôme réfractaire, le désir de faire une sédation intermittente ou continue, l'endroit où va se faire la sédation et le mode d'administration disponible. En général, les agents présentant un début d'action rapide et une durée d'action courte sont préférés. En pédiatrie, les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques et plus récemment le propofol ou la dexmédétomidine sont le plus souvent utilisés.

Lors d'une sédation continue, il faut trouver le dosage de médicament qui permet la sédation adéquate pour le patient et le maintenir au niveau désiré. Des ajustements seront nécessaires et la surveillance du patient est primordiale afin de bien ajuster la sédation.

## Benzodiazépines

### Gauvin, 2016

Les benzodiazépines sont souvent utilisées en pédiatrie. Elles sont souvent associées à d'autres agents pour obtenir une sédation adéquate. Le midazolam est l'agent habituellement utilisé en première ligne. C'est une benzodiazépine dont le pic d'action (3 minutes) et la clairance sont rapides. Ses propriétés pharmacocinétiques en font un excellent agent de départ car il se titre facilement et s'accumule peu en perfusion continue ou bolus rapprochés. En pédiatrie, il présente un indice de sécurité intéressant, mais son action est souvent insuffisante en utilisation unique. Ainsi, il est souvent associé à un deuxième agent, par exemple un barbiturique ou un neuroleptique.  
Midazolam Sous-cutanée, intraveineuse 0,05—0,2 mg/kg 0,02—0,2 mg/kg/h Répéter bolus q 5 min ad effet désiré (max 15 mg). Augmenter perfusion de 30 % si plus de 3 bolus/h  
Lorazépam Sous-cutanée, intraveineuse 0,05—0,1 mg/kg q 4—6 h ; titration plus difficile car pharmacocinétique plus lente

## Neuroleptiques

### Gauvin, 2016

Les neuroleptiques les plus couramment utilisés sont le méthotriméprazine et la chlorpromazine. Leur utilisation en pédiatrie est moins fréquente que chez l'adulte, les agitations et déliriums étant moins fréquents. Ils sont aussi souvent employés pour contrôler les nausées et vomissements réfractaires, une indication depuis longtemps reconnue en anesthésie pédiatrique. Il faut cependant garder à l'esprit que ces médicaments doivent être ajustés avec prudence pour éviter des effets secondaires indésirables comme la dystonie. Une étude rétrospective portant sur la méthotriméprazine a démontré que cet agent est efficace et sécuritaire en soins palliatifs pédiatriques [19].  
Méthotriméprazine Sous-cutanée, intraveineuse 0,02—0,5 mg/kg/dose q 4—8 h  
Chlorpromazine Intraveineuse 0,5—1 mg/kg/dose q 6—8 h

## Barbituriques

### Gauvin, 2016

Parmi les barbituriques, le phénobarbital (avantageux en utilisation sous-cutanée) ou le pentobarbital sont les plus utilisés. Leur profil thérapeutique est intéressant et leurs effets secondaires indésirables très rares. Ces agents ont une longue demi-vie et sont surtout utiles lors d'une sédation continue plutôt qu'une sédation intermittente.  
Phénobarbital Sous-cutanée, intraveineuse 5—10 mg/kg q 6—8 h ; si sédation inadéquate, répéter bolus q 5—15 min ad effet désiré  
Pentobarbital Intraveineuse 2—3 mg/kg 1—2 !g/kg/h Bolus de 1 mg/kg q 30 min au besoin. Augmenter perfusion q30—60 min au besoin

## Propofol

### Gauvin, 2016

Le propofol est un agent très utile pour la sédation palliative et habituellement utilisé lorsque les agents de première ligne n'ont pas été efficaces. Son utilisation est rapportée en sédation palliative pédiatrique [20—22]. Le début d'action est très rapide (1 à 2 minutes), la titration facile considérant la durée d'action très courte (9 minutes). Cet agent est idéal pour les sédations intermittentes et comme agent de deuxième ligne en sédation continue. En outre, il peut être utilisé en monothérapie pour la sédation. Le propofol a des propriétés anticonvulsivantes, antiémétiques, antimyocloniques, anxiolytiques et antipruritiques [23].  
Propofol Intraveineuse 0,5—1 mg/kg 0,5—1 mg/kg/h Titrer en étapes de 0,5 mg/kg/h q 30 min. Répéter bolus au besoin q 10 min



## Opiacés

### Gauvin, 2016

Les opiacés, bien que très utiles pour contrôler la douleur, ne sont pas efficaces pour la sédation prolongée : ils sont toutefois maintenus pour contrôler la douleur ou la dyspnée. À très haute dose, ils peuvent avoir des effets secondaires importants (hyperalgie, myoclonus, delirium) et n'ont aucun effet anxiolytique intrinsèque. Il ne faut pas considérer la sédation palliative comme un équivalent aux opiacés administrés au patient : l'objectif de chaque thérapeutique est différent. En outre, les opiacés ne devraient jamais être cessés lorsque la sédation est débutée, car cela peut provoquer un sevrage. Leur présence préalable, avec l'ajout d'une benzodiazépine, peut s'avérer une combinaison efficace.

## Autres médicaments

### Gauvin, 2016

La dexmédétomidine est de plus en plus utilisée en soins intensifs pédiatriques. Cet agent sédatif semble bénéfique lors du sevrage ventilatoire des patients. Il s'agit peut-être d'un agent prometteur pour la sédation palliative dans le futur [24,25].

Dexmédétomidine Intraveineuse 0,5—1 !g/kg 0,1—1 !g/kg/h Titrer ad 1 !g/kg/h chaque 10 min pour avoir effet désiré

La kétamine, un antagoniste des récepteurs-canaux Nméthyl- D-aspartate (NMDA), peut être utilisée en faible dose (0,1 à 0,2 mg/kg/h) en association avec les benzodiazépines et les opiacés afin de potentialiser l'effet analgésique de ces derniers sans trop d'effet dysphorique. Elle se donne alors en perfusion continue pour garder un niveau sérique stable. En revanche, elle n'est pas recommandée en monothérapie à haute dose, à cause des réactions dissociatives qui peuvent lui être associées, particulièrement chez l'enfant plus grand.

## Hydratation / Alimentation

### Gauvin, 2016

Habituellement, lors d'une sédation palliative intermittente, l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle est maintenue, puisque l'objectif est de permettre au patient de passer à travers une crise. Lors d'une sédation palliative continue, l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle n'est pas contre-indiquée, mais il faut évaluer son indication si elle n'apporte pas de confort au patient [34]. Parfois, elle peut au contraire nuire au confort en causant de la surcharge et de la distension gastrique [35], de l'œdème, des épanchements, de l'ascite, et un accroissement des sécrétions bronchiques. Il est important de savoir que l'arrêt de l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle durant une sédation palliative continue n'est pas associée avec une durée de vie plus courte chez l'adulte [18]. La Société canadienne de pédiatrie a récemment émis un document de principes sur l'abstention et la suppression de l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle [36]. Le document stipule : « Tant que le patient souhaite recevoir l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle ou que celle-ci est réputée être dans son intérêt, il est pertinent d'amorcer ou de poursuivre ce traitement. Cependant, il peut arriver que des fardeaux importants l'emportent sur les bienfaits perçus de l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle, par exemple lorsqu'elle ne fait que prolonger la survie sans contribuer à la qualité de vie ou qu'elle est amorcée dans l'attente d'une amélioration qui ne vient pas. Les décisions relatives à des interventions salvatrices comme l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle devraient alors être réévaluées compte tenu des objectifs de soins continus de cet enfant. » « On peut supprimer les liquides et les aliments médicalement assistés à un enfant lorsque cette mesure ne fait que prolonger sa vie et ajoute de la morbidité à son agonie. Dans de tels cas, le fait de continuer d'administrer des liquides et des aliments ne fournit souvent que des bienfaits limités, si même il en fournit, et peut s'associer à un inconfort important. Parmi les enfants de ce groupe, on peut songer à ceux qui sont atteints d'une maladie terminale et qui sont dans les dernières phases de leur agonie. »

Bien sûr l'arrêt de l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle peut être vécu de façon très difficile par la famille et le personnel soignant. Il est primordial de bien expliquer les raisons pour lesquelles cette décision est prise et de faire de l'enseignement auprès du personnel soignant. L'hygiène de la bouche et une attention particulière aux symptômes du patient rassurent beaucoup la famille. Une approche interdisciplinaire est nécessaire afin de connaître les valeurs culturelles et les croyances religieuses de la famille. Dans certains cas, l'arrêt de l'administration d'hydratation ou de nutrition artificielle peut être complètement opposé aux valeurs et croyances familiales et il vaut mieux la continuer.

## Surveillance

### Gauvin, 2016

La surveillance du patient doit être faite en fonction de l'objectif de la sédation, du degré de sédation voulu et de son efficacité. Une surveillance cardiopulmonaire n'est habituellement pas indiquée, car ces paramètres ne reflètent pas le confort du patient. Des signes vitaux incluant le rythme respiratoire peuvent être utiles, surtout si la sédation est à visée intermittente. Une évaluation régulière du patient, incluant un examen physique, est nécessaire afin d'ajuster la sédation de façon optimale. La sédation peut être mesurée au moyen de plusieurs échelles. Il n'existe pas d'échelle de sédation validée en soins palliatifs pédiatriques ; des échelles utilisées en milieu adulte peuvent être utilisées [29]. Idéalement, l'échelle choisie doit être facile à utiliser, reproductible entre les différents intervenants, et ne pas contribuer à l'inconfort du patient ou à la perception d'inconfort telle que vécue par les parents. Le degré de sédation doit être évalué régulièrement afin de guider le besoin d'augmenter ou diminuer les doses des agents de sédation. Plus la sédation est profonde, plus les soins de base de l'enfant devront être maximisés : mobilisation fréquente, protection oculaire, soins de la bouche, protection de la peau pour éviter les plaies, aspiration des sécrétions, vérification de la vidange vésicale et du transit intestinal. La famille devrait avoir l'opportunité de participer à ces soins et à l'hygiène de l'enfant si elle le désire. Les soignants et les proches doivent être encouragés à parler à l'enfant, à lui expliquer la nature des soins qui lui sont prodigués et à le toucher de façon délicate et attentive. En plus de la sédation, une surveillance de la douleur et de la dyspnée (si applicable) doit être faite régulièrement par l'équipe. Encore une fois, aucune échelle pédiatrique n'a été validée dans ces circonstances.

## Suivi

### Gauvin, 2016

Un des principes mentionnés dans les normes en matière de soins palliatifs pédiatriques est que « les soins palliatifs pédiatriques doivent être prodigués par une équipe interdisciplinaire ; les membres de cette équipe doivent avoir une formation en soins palliatifs pédiatriques et ils ont la responsabilité de maintenir leur compétence. » [2]. Le travail en équipe interdisciplinaire est primordial lors d'une sédation palliative. Tous les membres de l'équipe sont essentiels au bien-être de l'enfant et de sa famille. Une communication constante entre les membres de l'équipe permet une cohésion face au plan de traitement et rassure la famille. Une documentation régulière au dossier du patient par chaque membre de l'équipe permet à tous de garder cette cohésion.

## Sédation palliative à domicile

### Gauvin, 2016

Certaines familles souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible et ce, même jusqu'au décès de leur enfant [9]. Une discussion sur les possibilités de prodiguer la sédation palliative à domicile doit avoir lieu avec la famille dès que l'équipe soignante suspecte que l'enfant pourrait éventuellement en avoir besoin. Pour offrir une sédation palliative à domicile, toutes les conditions suivantes doivent être possibles :

- les proches peuvent s'impliquer 24 heures sur 24 (en se relayant) pour assurer une surveillance sécuritaire du patient sous sédation ;
- les proches peuvent fournir les autres soins (mobilisation régulière, soins de bouche, administration des médicaments, surveillance de la rétention urinaire) ;
- les proches bénéficient d'un support infirmier au moins deux fois par jour, ainsi que de la disponibilité constante, sur appel, d'infirmières et de médecins expérimentés en soins palliatifs à domicile ;
- un transfert hospitalier ou en maison de soins palliatifs est possible rapidement si la situation à domicile se dégrade et que le patient et ses proches acceptent le transfert.

L'accès aux ressources de soins est l'élément déterminant pour la prise de décision. La disponibilité des services d'un médecin et d'une infirmière à domicile pour accompagner des parents qui s'impliquent dans les soins de leur enfant, peut rendre possible la mise en place d'une sédation palliative efficace hors de l'hôpital. Le travail d'une équipe interdisciplinaire est essentiel pour offrir l'ensemble des éléments nécessaires à la réussite d'une telle prise en charge.

Pour la sédation palliative à domicile, la voie sous-cutanée est souvent utilisée. Les médicaments sont administrés de façon régulière, ce qui assure généralement un soulagement aussi stable qu'en perfusion continue. Lorsque l'absorption sous-cutanée est entravée (œdème majeur généralisé, plaies diffuses...), la voie intraveineuse ou transmuqueuse buccale sont deux options possibles. Si une voie intraveineuse (cathéter périphérique, PiccLine ou autre cathéter central) est déjà en place ou est facile à installer, l'option d'une pompe portative avec administration continue de médicaments permet l'obtention d'un soulagement constant. En outre, des bolus peuvent être donnés en mode ACP (contrôlés par le patient lui-même) ou en mode ACI (contrôlés par l'infirmière ou le parent). Tous les médicaments à cinétique courte peuvent être donnés par ces pompes (par exemple : midazolam, opiacés, kétamine) sous forme de bolus avec perfusion continue à domicile [10]. La voie transmuqueuse buccale est une voie de plus en plus utilisée en soins palliatifs. L'utilisation des médicaments sous forme très concentrée et administrés dans le sillon gingivobuccal est une option très appréciée par les parents. Cette voie est déjà très utilisée pour les sédations d'urgence (protocole de détresse) et de plus en plus reconnue pour l'analgésie de base. L'utilisation pour la sédation intermittente et continue à domicile est en voie d'exploration mais sera sûrement très utilisée dans l'avenir.

En tout temps, les parents doivent pouvoir contacter l'équipe traitante et revenir rapidement à l'hôpital si la situation se détériore ou s'ils sentent qu'ils ne sont plus capables de gérer les soins de leur enfant. Il faut aussi penser à la fratrie, pour qui la vie continue à la maison durant la maladie du patient.

**Tableau F-3 Synthèse des données extraites des guides en contexte de soins particulier (COVID)**

	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>POPULATION CIBLÉE</b>	Adult patients with COVID-19 infection receiving end-of-life supportive care outside of ICU	COVID-19 positive patients not ventilated with intractable dyspnea and symptoms	
<b>CONTEXTE</b>		... reality of a potentially resource-challenged health system (e.g. medications, infusion pumps, staff)	Pandémie COVID-19 Ruptures d'approvisionnement en médicament sont à prévoir.
<b>NIVEAU DE SÉDATION</b>	For patient with severe dyspnea, as might be expected with severe COVID-19 pneumonia, level of sedation should render the patient unresponsive to stimuli (RASS of -5)		
<b>ENCADREMENT DE L'INTERVENTION</b>	Palliative care consultation (even by phone) is highly recommended prior to initiating palliative sedation		
<b>MÉDICATION</b>	<b>This document is specific to COVID-19 and therefore drug dosages may differ from the Provincial Clinical Knowledge Topic Palliative Sedation, Adult – All Locations. (AHS 2018)</b>	The options recommended below are specific for the COVID-19 pandemic. Several options are provided to account for potential drug and/or nursing/physician shortages that may occur during a pandemic.	Les benzodiazépines sont les agents le plus fréquemment utilisés en soins palliatifs pour induire une sédation. Le midazolam (SC ou IV), le lorazépam (SC ou IV) et le diazépam (IM ou IV) peuvent être utilisés. Les autres médicaments pouvant être utilisés sont le méthotrimeprazine, le phénobarbital, la scopolamine et le propofol. Certains établissements ont un protocole d'utilisation du propofol en sédation palliative, notamment le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Les symptômes cliniques du patient et la disponibilité des différents produits pourront guider le pharmacien d'établissement dans le choix des molécules.
MIDAZOLAM	Usually preferred medication for palliative sedation (as infusion) <u>Bolus dose</u> : 1 to 5 mg subcut / IV May need to repeat this dose q30 mins PRN if more rapid symptom control required while titrating infusion. Use lower end of range in frail elderly  <u>Titration</u> : Infusion: titrate up by 0.5-1 mg every 10-30 minutes Start with a low dose infusion e.g., 1 or 2 mg/hr and titrate up as needed, especially with elderly and/or low weight patients	<b>1st line</b> <b>Option 1: Methotrimeprazine (Nozinan™)*</b> • Administer a stat dose of methotrimeprazine 25mg subcut STAT (12.5mg in frail, elderly patients). • Then follow up with methotrimeprazine 12.5-25mg subcut q4hrs or q6hrs. Add a PRN order of midazolam 2.5mg or 5mg subcut or IV q30 min PRN (contact the MD if 4 or more PRNs are needed in a 24 hr period to re-evaluate and adjust). • If above ineffective, consider Step 2.  <b>Option 2: Lorazepam subcut or IV* (not usual option but in time of midazolam shortage, may be used)</b>	<u>Dose de départ</u> : Perfusion sc continue : 10 à 30 mg/24 h 5 à 10 mg SC q 2 h  <u>Dose maximale</u> : Perfusion sc continue : 450 mg/ 24 h (jusqu'à 1200 mg/jr)

	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<u>Maintenance dose</u> : 1 to 20 mg/h infusion * Intermittent dosing is not recommended due to the short half-life, but may be considered to bridge until infusion is ready	<ul style="list-style-type: none"> <li>Start with STAT dose of 1-2mg subcut/IV (or 1mg to 4mg sublingual)</li> <li>Then titrate with 0.5mg to 2mg subcut/IV q 2 hrs PRN until desired level of sedation achieved.</li> <li>Then provide maintenance dose: Usual maintenance dose is 1mg to 4mg subcut/IV q 2-4 hrs (or 1mg to 8mg sublingual).</li> </ul>	
METHOTRIMÉPRAZINE *	<p>For community patients, when medication pumps, or continuous midazolam infusion not available</p> <p><u>Bolus dose</u> : not required</p> <p><u>Titration</u> : 12.5 to 37.5 mg every hour as needed until deeply sedated, then use maintenance dosing. Use lower dosing range in frail elderly (12.5 to 25 mg)</p> <p><u>Maintenance dose</u> : 12.5 up to 37.5 mg Q4H ATC and 12.5 up to 50 mg q1H prn (dosing depends on patient's reaction; lower end of range for frail elderly) (Up to 250 mg/24Hr)</p>	<p><b>Option 3: Midazolam subcut intermittent injections*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administer midazolam 2.5mg or 5mg subcut or IV STAT.</li> <li>Then continue with midazolam 2.5mg or 5mg subcut or IV q4hrs. Add a PRN order of midazolam 1 – 5mg subcut or IV q30 min to q 60 min PRN.</li> <li>If ineffective, consider Step 3 (preferred) or Step 4 (if Step 3 not available).</li> </ul> <p><b>Option 4 being added to options 1, 2 or 3 if these are ineffective.</b></p> <p><b>Option 4: Midazolam by continuous infusion.**</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administer a loading dose of midazolam: 2.5mg or 5mg subcut or IV stat.</li> <li>Then start a continuous infusion of midazolam at 0.5mg to 1mg/hour subcut or IV by infusion pump. <ul style="list-style-type: none"> <li>Titrate up (or down) every 30 to 60 minutes if needed until the required level of sedation is achieved. The usual dose required is between 1- 5mg/hr. Higher doses may be required in select cases.</li> <li>If titration required to achieve desired goal (comfort), increase the dose of midazolam in increments of 0.5mg or 1mg/hr. If crises occur, may give a bolus doses of midazolam 2.5mg or 5mg subcut or IV q 30 minutes PRN.</li> </ul> </li> <li>If doses of greater than 8-10 mg/hr are required, reassess and consider adding methotrimeprazine or phenobarbital</li> </ul>	<p><u>Dose de départ</u> : 12,5 mg q 4-6 h 25 mg/24 h</p> <p><u>Dose maximale</u> : 50 mg q 4 h 300 mg/24 h</p>
PHÉNOBARBITAL	<p>Covered by Palliative Blue Cross during COVID-19</p> <p><u>Bolus dose</u> : 1 to 3 mg/kg Use lower end of range in frail elderly</p> <p><u>Titration</u> : Very long half-life (53- 118 hrs), thus difficult to titrate Intermittent: 30 up to 120 mg subcut/IV Q12H or Q8h (Use lower end of range in frail elderly) Infusion: 0.5 mg/kg/hr subcut/IV not to exceed 2500 mg/24 h</p> <p><u>Maintenance dose</u> : 50 to 100 mg/h as subcut/IV infusion</p>		<p><u>Dose de départ</u> : 30 mg à 60 mg SC q6-8h</p> <p><u>Dose maximale</u> : 2500 mg/24 h (dose de 540 à 720 mg/24h habituellement suffisante)</p>
LORAZÉPAM *	<p>Not usually used for palliative sedation, however might be useful for community patients when medication pumps, or continuous midazolam infusion not available COVID-19: Sublingual and buccal administration might increase risk of</p>	<p><b>2nd Line: Add to options 1, 2 or 3 if these are ineffective: Phenobarbital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Add phenobarbital to methotrimeprazine or midazolam patient is already receiving. Administer 60mg, 90mg or 120mg subcut or IV stat (depending on the severity</li> </ul>	<p><u>Dose de départ</u> : 1 à 4 mg SC q 4-6 h Perfusion sc continue : 0,5 à 1 mg/h</p> <p><u>Dose maximale</u> : 8 mg SC q2h</p>

	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
	<p>inadvertent exposure if administered by family members in the home setting; caution advise</p> <p><u>Bolus dose</u> : 1-2 mg subcut/IV (or 1 mg to 4 mg sublingually)</p> <p><u>Titration</u> : Titrate with intermittent doses of 0.5mg to 2 mg subcut/IV/SL every 30 min until deeply sedated, then use maintenance dosing</p> <p><u>Maintenance dose</u> : 1 to 4 mg subcut/ IV (1 mg up to 8 mg SL) q2 up to q4h ATC and 1 or 2 mg subcut/IV/po q1 h prn Usual dose is 4 to 40 mg per day.</p>	<p>of the situation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Then start phenobarbital 60mg subcut BID. Long-half life though does not allow for rapid titration (only increase dose every day or 2, not sooner)</li> </ul> <hr/> <p><b>* These options may be the preferred options in the home setting, but depends on drug and nursing availability.</b></p> <p><b>** Midazolam may in in short supply, requires frequent administration if PRN only, and requires infusion pump availability if continuous infusion. Midazolam infusions take considerable pharmacy time to prepare (which may not be possible in a pandemic)</b></p> <hr/> <p><b>In case medications for options 1 to 4 not available, consider directly to 2nd line, or one of the following (not usually used in normal non-pandemic circumstances):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chlorpromazine PR:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injectable no longer available in Canada. 100mg tabs usually available. Would need to crush the tablets, place them in gelatin capsules (as commercial suppository not available) and administer rectally (PR).</li> <li>- Stat dose of 12.5 – 25mg PR</li> <li>- Then follow with maintenance dose of 12.5 – 50mg PR q4 – 6 hrs (starting at lower dose and titrating up to effect)</li> </ul> </li> <li>• <b>Haloperidol:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Not necessarily sedating, hence not usually used. Risk of significant adverse effects. Higher doses increase risk for EPS</li> <li>- 1 – 2mg subcut q4 – 6 hrs (but higher dose may be required – ideally not to exceed 10mg/24 hrs)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>DO NOT USE OPIOIDS FOR PALLIATIVE SEDATION: INEFFECTIVE AND HIGHER RISK OF NEUROTOXICITY IF TITRATED RAPIDLY</b></p>	<p>Perfusion sc continue : 2 à 4 mg/h</p>

	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
<b>SURVEILLANCE</b>		Frequency of patient monitoring and parameters to be monitored are influenced by the setting, circumstances and availability of clinical staff.  (tableau p. 22 identique à p. 11 & au doc. PSPC 2018)	
<b>SOLUTIONS DE REMPLACEMENT</b>			<p><b>SOLUTIONS DE REMPLACEMENT DU MIDAZOLAM POUR SON EFFET ANXIOLYTIQUE OU SÉDATIF</b></p> <p><u>Benzodiazépines et voies d'administration alternatives</u> Lorsque la voie parentérale n'est pas nécessaire ou disponible, plusieurs benzodiazépines peuvent être administrées par les voies sublinguale, buccogingivale ou intrarectale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voies sublinguale et buccogingivale (à privilégier lorsque la voie parentérale n'est pas essentielle) Alprazolam, bromazépam, clonazépam, lorazépam, triazolam</li> <li>- Voie intrarectale <ul style="list-style-type: none"> <li>- diazépam rectal (Diastat<sup>md</sup>) ou les ampoules injectables (traitement des convulsions)</li> <li>- comprimés de lorazépam, de clonazépam et de bromazépam (écrasés et dilués dans 10 mL d'eau). Pour les équivalences de dose, veuillez-vous référer à la 5<sup>e</sup> édition du <i>Guide pratique des soins palliatifs</i>.</li> </ul> </li> <li>- Voie parentérale Lorazépam (SC ou IV) et le diazépam (IM ou IV) (Notez que midazolam et diazépam ont un début d'action plus rapide que le lorazépam)</li> </ul> <p><u>Phénobarbital</u> L'utilisation du phénobarbital, par voie SC ou IR, peut être aussi une option envisageable. Pour l'administration IR, il est possible d'utiliser la solution injectable ou un comprimé écrasé dans 10 mL d'eau.</p> <p><u>Neuroleptiques</u> Les neuroleptiques avec des propriétés anxiolytiques peuvent être des options :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthotriméprazine (PO ou SC);</li> <li>• Quétiapine (PO ou IR) : Pour la voie IR, il est souhaitable d'utiliser 50 % de la dose orale habituelle;</li> </ul>

	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olanzapine (PO ou SC);</li> <li>• Loxapine (PO ou SC).</li> </ul> <p><b>DÉTRESSE RESPIRATOIRE</b>  Le but est d'obtenir une sédation rapide en cas de détresse respiratoire. Il est essentiel que le protocole contienne une benzodiazépine et un opioïde. La scopolamine induit une sédation plus prolongée et permet de diminuer les râles. La benzodiazépine doit être administrée en premier.</p> <p><b>Solutions de remplacement du midazolam</b>  Nous utilisons habituellement le midazolam, car son début d'action est plus rapide :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le midazolam n'est pas disponible, le remplacer par le lorazépam;</li> <li>• Si le midazolam et le lorazépam ne sont pas disponibles, les remplacer par le diazépam.</li> </ul> <p>L'utilisation du phénobarbital pourrait être une option envisageable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorazépam 1 à 4 mg (SC ou IV)</li> <li>- Diazépam 5 à 10 mg (IM ou IV) *</li> <li>- Phénobarbital 60 à 120 mg (SC ou IV)</li> </ul> <p>* On ne recommande pas l'administration de diazépam par voie SC, car l'absorption est erratique et le médicament est irritant.</p> <p><b>Opioïdes</b>  Tous les opioïdes peuvent être utilisés.</p> <p><b>Solutions de remplacement de la scopolamine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la scopolamine n'est pas disponible, il est possible de ne pas administrer d'anticholinergique avec le protocole.</li> <li>- En présence de râles, on pourrait ajouter du glycopyrrolate ou du butylbromure d'hyoscine à la place de la scopolamine.</li> </ul> <p>En présence de râles, mais sans effet sédatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycopyrrolate 0,4 mg (SC ou IV), ou</li> <li>- Butylbromure d'hyoscine 20 mg (SC ou IV)</li> </ul> <p>Atropine à éviter (effet central stimulant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si on souhaite potentialiser l'aspect sédatif, on pourrait ajouter du méthotriméprazine ou de l'hydroxyzine.</li> <li>- Méthotriméprazine 15 à 25 mg (SC ou IV), ou</li> </ul>



	<b>AHS 2020</b> <i>(Alberta Health Services)</i> <b>Canada</b>	<b>McMaster 2020</b> <i>(McMaster University)</i> <b>Canada</b>	<b>APES 2020</b> <i>(Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec)</i> <b>Canada</b>
			<p>- Hydroxyzine 50 à 100 mg SC</p> <p>En présence d'agitation psychomotrice, mais peu sédatif :</p> <p>- Haldol 2 à 5mg SC</p>

\* The suggested use of Methotrimeprazine and Lorazepam as alternatives for Midazolam infusion is mostly based on expert opinion and experience due to lack of robust evidence in the setting of COVID-19

**Tableau F-4 Synthèse des données extraites des monographies des principaux médicaments utilisés en sédation palliative**

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
<b>CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE</b>	Benzodiazépine	Benzodiazépine	Neuroleptique (Antipsychotique)	Barbiturique	Anesthésique général
<b>PROPRIÉTÉS</b>	Effets dépresseurs sur le système nerveux central (SNC). Selon la voie d'administration et la dose utilisée, le midazolam peut induire des effets sédatifs et hypnotiques ou l'anesthésie.	Propriétés anxiolytiques et sédatives, action anticonvulsivante	Propriétés antipsychotiques, tranquillisantes, anxiolytiques, sédatives et analgésiques.	Anticonvulsant, Hypnotic, Sedative	Anesthésie, sédation, hypnotique
<b>INDICATIONS</b>	<p><b>Population adulte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prémédication intramusculaire à une intervention chirurgicale ou diagnostique.</li> <li>- agent intraveineux pour les patients qui ont besoin de sédation, d'un effet anxiolytique et d'amnésie avant et pendant de courtes procédures endoscopiques ou diagnostiques et une cardioversion par courant continu.</li> <li>- agent intraveineux de substitution pour l'induction de l'anesthésie.</li> <li>- perfusion intraveineuse continue chez des patients intubés et ventilés mécaniquement qui ont besoin de sédation à l'unité des soins intensifs (USI)</li> </ul> <p><b>Population pédiatrique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sédation intraveineuse (dont la perfusion continue) ou intramusculaire</li> <li>- La sédation, l'effet anxiolytique ou l'amnésie pourraient être nécessaires pour des procédures diagnostiques ou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse.</li> <li>- Traitement d'appoint pour le soulagement de l'anxiété excessive pouvant survenir avant les interventions chirurgicales.</li> <li>- Anticonvulsivant initial pour enrayer l'état de mal épileptique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles psychotiques : schizophrénies aiguës et chroniques, psychoses séniles, syndromes maniaco-dépressifs.</li> <li>- analgésique : pour soulager les douleurs dues au cancer ou au zona, les névralgies du trijumeau, les névralgies intercostales, les algies des amputés, les douleurs musculaires; et comme adjuvant analgésique postopératoire;</li> <li>- antiémétique : pour combattre les nausées et les vomissements d'origine centrale;</li> <li>- sédatif : pour traiter l'insomnie.</li> </ul>	<p>Phenobarbital is indicated for the control of generalized tonic-clonic and complex partial seizures.</p> <p>The use of barbiturates as sedative/hypnotics has largely been replaced by less toxic agents such as benzodiazepines. Barbiturates have been used parenterally in the management of status epilepticus or acute seizure episodes that are secondary to meningitis or other causes.</p>	<p><b>Adultes (&gt;18 ans) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Induction et le maintien de l'anesthésie générale;</li> <li>- Sédation consciente pour les interventions chirurgicales ou diagnostiques;</li> <li>- Sédation aux soins intensifs.</li> </ul> <p>Dans les unités de soins intensifs (USI), PROPOFOL INJECTABLE ne devrait être administré qu'aux patients <b>adultes</b> soumis à une intubation et à une ventilation assistée pour assurer une sédation continue et un contrôle des réactions de stress. Dans ce milieu, PROPOFOL INJECTABLE ne doit être administré que par un personnel qualifié en anesthésie générale ou en médecine de soins intensifs, ou sous la supervision d'un membre de ce personnel.</p> <p><b>Enfants (≥ 3 ans) :</b> PROPOFOL INJECTABLE est indiqué comme anesthésique <b>uniquement</b> chez les enfants de 3 ans et plus.</p> <p><b>Enfants (≤ 18 ans) :</b> Il n'est pas recommandé d'utiliser PROPOFOL INJECTABLE aux fins de sédation ou lors d'interventions chirurgicales</p>

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	thérapeutiques, pour la pré-anesthésie, en tant que composante de l'anesthésie dans des interventions chirurgicales, ou pour le traitement dans un contexte de soins critiques.				ou diagnostiques chez les enfants de moins de 18 ans, car l'efficacité et l'innocuité du produit n'ont pas été établies dans cette population de patients.  <b>Personnes âgées (&gt; 65 ans) :</b> Il faut administrer aux patients âgés des doses réduites de propofol en fonction de leur âge et de leur état physique.
<b>CONTRE-INDICATIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hypersensibilité connue aux benzodiazépines ou à toute composante du produit et une insuffisance pulmonaire aiguë, et également chez les patients atteints d'une grave maladie pulmonaire obstructive chronique</li> <li>- À l'extérieur du contexte de l'USI, une sédation intraveineuse marquée doit être évitée chez les patients âgés ou affaiblis.</li> <li>- patients qui présentent un glaucome aigu à angle étroit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome aigu à angle fermé</li> <li>- hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines ou au véhicule (polyéthylène glycol, propylène glycol et alcool benzylique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hypersensibilité à la méthotriméprazine ou à tout ingrédient de sa formulation ou à tout composant du contenant;</li> <li>• sensibilité aux phénothiazines;</li> <li>• coma ou de dépression du SNC dus à l'alcool, aux hypnotiques, aux analgésiques ou aux narcotiques;</li> <li>• dyscrasie sanguine;</li> <li>• insuffisance hépatique;</li> <li>• lésions cérébrales;</li> <li>• phéochromocytome;</li> <li>• collapsus circulatoire/hypotension grave ou trouble cardiaque grave;</li> <li>• anesthésie régionale ou rachidienne.</li> <li>• risque de rétention urinaire liée à un trouble urétr prostatique;</li> <li>• risque de glaucome à angle ouvert;</li> <li>• antécédents d'agranulocytose;</li> <li>• administration en concomitance avec un agent dopaminergique.</li> </ul> <p><u>Associations contre-indiquées :</u> En raison des effets mutuellement antagonistes des dopaminergiques et des neuroleptiques, Nozinan ne doit pas être employé en association</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patients who are known to be hypersensitive to barbituric acid derivatives, any ingredient in the formulation or component of the container</li> <li>- patients with porphyria,</li> <li>- patients with severe respiratory depression or pulmonary insufficiency, renal impairment, hepatic impairment, sleep apnea, suicidal potential, alcoholism, drug dependence or in the presence of uncontrolled pain (paradoxical excitement may be produced). With the exception of phenobarbital, barbiturates should be avoided in older individuals.</li> <li>- newborns</li> </ul>	<p>PROPOFOL INJECTABLE (propofol) est contre-indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chez les patients qui présentent une hypersensibilité ou une allergie à ce médicament, aux émulsions lipidiques ou à tout autre ingrédient de la formulation de ce dernier, incluant les ingrédients non-médicinaux, ou à un composant du contenant</li> <li>- pour la sédation des enfants de 18 ans et moins qui reçoivent des soins intensifs</li> <li>- lorsque la sédation ou l'anesthésie générale sont contre-indiquées</li> </ul>

	MIDAZOLAM (Versed)	LORAZÉPAM (Ativan)	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)	PHÉNOBARBITAL	PROPOFOL
			avec un dopaminergique.		
<b>MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS</b>	<p>Midazolam injectable USP ne doit jamais être utilisé avant que la dose ne soit personnalisée. Il faut que de l'oxygène soit à portée de main, ainsi que d'autres médicaments appropriés, l'équipement de réanimation et l'équipement qui sert à dégager les voies respiratoires et au soutien de la ventilation et de la fonction cardiaque, avant l'utilisation du midazolam intraveineux, peu importe la posologie.</p> <p>Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance continue pour que l'on puisse relever les premiers signes d'hypoventilation ou d'apnée, qui peuvent mener à une hypoxie ou à un arrêt cardiaque, à moins que les mesures correctives appropriées ne soient prises. Il faut continuer de surveiller les signes vitaux pendant la période de rétablissement. Les agonistes opioïdes et d'autres sédatifs ajoutent à la dépression respiratoire induite par le midazolam.</p> <p>Le midazolam doit être utilisé pour une sédation intraveineuse uniquement avec prudence, et il <b>ne doit pas être administré en bolus unique ou par injection intraveineuse rapide.</b></p> <p>À l'extérieur de l'USI, le</p>	<p>Faute de données cliniques suffisantes, l'administration de lorazépam n'est pas recommandée chez des patients âgés de moins de 18 ans.</p> <p><b>Des réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes graves ont été signalées en rapport avec l'emploi de benzodiazépines.</b></p> <p><b>Certains patients ont aussi présenté de la dyspnée, une constriction de la gorge ou des nausées et des vomissements.</b></p> <p>Comme avec tout autre agent de prémédication, une extrême prudence s'impose dans l'administration de lorazepam aux personnes âgées ou très malades, ainsi qu'à celles ayant un faible volume résiduel pulmonaire, à cause du risque d'apnée ou d'arrêt cardiaque.</p> <p>L'association de scopolamine et d'injection de lorazépam n'est pas recommandée, l'effet combiné des deux substances pouvant augmenter la fréquence de sédation, d'hallucinations et de comportement irrationnel.</p> <p>L'administration de benzodiazépines, y compris le lorazépam, peut entraîner une dépression respiratoire susceptible d'être fatale.</p>	<p>Il faut éviter d'employer Nozinan en présence d'hypothyroïdie, d'insuffisance cardiaque, de myasthénie grave ou d'hypertrophie de la prostate.</p> <p>Sauf dans des circonstances exceptionnelles, Nozinan ne doit pas être administré à un patient atteint de la maladie de Parkinson.</p> <p>Le traitement par Nozinan doit être amorcé par de faibles doses chez les patients atteints d'artériosclérose ou de troubles cardiovasculaires.</p> <p>En raison de ses effets anticholinergiques, Nozinan doit être administré avec précaution en présence d'hypertrophie de la prostate.</p> <p>Nozinan doit être employé avec prudence chez les épileptiques étant donné que les phénothiazines, y compris Nozinan, peuvent abaisser le seuil convulsivant. Il est recommandé d'administrer aux épileptiques un anti-convulsivant approprié pendant un traitement par Nozinan.</p> <p>Il faut surveiller de près les patients traités par la méthotriméprazine dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>patients atteints de certaines maladies cardiovasculaires, en raison des propriétés semblables à celles de la</li> </ul>	<p>Administer with caution to pregnant women, myxedema, myasthenia gravis, patients with central nervous system depression, hypotension, severe anemia, hemorrhagic shock, cardiac, hepatic or renal impairment, asthma, diabetes mellitus, hyperkinesis tendencies.</p> <p>Phenobarbital should be used with caution in patients with impaired liver function or in patients with a history of drug dependence or abuse.</p> <p>Caution is essential when the drug is administered in the presence of any respiratory difficulty.</p> <p>Special care should be taken when phenobarbital is administered to patients in whom the hypnotic effect may be prolonged or intensified, as in those suffering from shock, hepatic dysfunction, uremia, or after recent administration of other respiratory depressants.</p>	<p><u>Aux fins d'anesthésie générale ou de sédation lors d'interventions chirurgicales ou diagnostiques</u>, PROPOFOL INJECTABLE doit être administré uniquement par un personnel qualifié en anesthésie générale. Le patient doit être sous surveillance constante, et le personnel doit avoir à sa portée les ressources adéquates pour le maintien des voies respiratoires, la ventilation assistée, l'oxygénation et le rétablissement de la circulation.</p> <p><u>Aux fins de sédation des patients adultes soumis à une intubation et à une ventilation assistée dans les USI</u>, PROPOFOL INJECTABLE doit être administré uniquement par un personnel qualifié en anesthésie générale ou en médecine de soins intensifs.</p> <p>Une très grande prudence s'impose lorsqu'on administre PROPOFOL INJECTABLE à des <b>patients âgés, affaiblis ou de classe ASA III ou IV</b>. Chez les patients âgés, affaiblis et de classe ASA III ou IV, il faut éviter l'administration (unique ou répétée) d'un bolus rapide pendant l'anesthésie générale ou la sédation afin de minimiser les risques de dépression cardio-respiratoire, notamment l'hypotension, l'apnée, l'obstruction des voies respiratoires et/ou la désaturation du sang en oxygène.</p> <p>L'utilisation de propofol injectable en émulsion intraveineuse pour perfusion à des fins de sédation chez des adultes et des enfants en</p>

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	<p>midazolam ne doit pas être administré chez des patients qui ont subi un choc, qui sont dans le coma ou qui présentent une intoxication aiguë à l'alcool, une insuffisance rénale ou une grave dépression des signes vitaux.</p> <p>L'utilisation concomitante de barbituriques, d'alcool, d'opioïdes ou d'autres déprimeurs du SNC augmente le risque d'apnée et peut contribuer à un effet excessif et/ou prolongé du médicament.</p> <p>Le midazolam ne doit pas être administré par voie intramusculaire s'il est conjugué à un opioïde pour la prémédication, en raison du risque d'apnée. Si une prémédication opioïde est administrée, il faut réduire la dose intraveineuse subséquente de midazolam.</p>	<p>Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on administre du lorazépam en présence d'une altération de la fonction respiratoire (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique, syndrome d'apnée du sommeil).</p> <p>Les patients devant suivre un traitement prolongé par le lorazépam doivent faire périodiquement l'objet d'hémogrammes et d'épreuves d'exploration fonctionnelle hépatique.</p> <p><b>AVANT D'ADMINISTRER LE LORAZÉPAM PAR VOIE INTRAVEINEUSE, IL FAUT AVOIR À PORTÉE DE MAIN LES APPAREILS NÉCESSAIRES POUR MAINTENIR LA PERMÉABILITÉ DES VOIES RESPIRATOIRES.</b></p>	<p>quinidine et des effets tachycardisants et hypotenseurs de cette classe de médicaments;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patients atteints d'insuffisance rénale grave, en raison du risque d'accumulation;</li> <li>• patients âgés présentant une plus grande susceptibilité aux effets d'hypotension orthostatique et de sédation, aux effets extrapyramidaux, à la constipation chronique (risque d'iléus paralytique) et au risque d'hypertrophie prostatique.</li> </ul> <p>Nozinan peut entraîner un ralentissement psychomoteur, particulièrement pendant les premiers jours du traitement.</p>		<p>USI a été associée à un ensemble de perturbations métaboliques et de défaillances viscérales, appelé <b>syndrome de perfusion du propofol</b>, qui a entraîné la mort. Ce syndrome est caractérisé par une acidose métabolique grave, une hyperkaliémie, une lipémie, une rhabdomyolyse, une hépatomégalie, ainsi que par une insuffisance cardiaque et rénale. Le syndrome est le plus souvent associé à des perfusions prolongées à forte dose (&gt; 5 mg/kg/h pendant &gt; 48 h), mais a également été rapporté après des perfusions de doses élevées sur de courtes périodes durant une anesthésie chirurgicale.</p> <p>Une très grande prudence s'impose lorsqu'on administre PROPOFOL INJECTABLE à des patients hypotendus, hypovolémiques ou en état de choc parce que PROPOFOL INJECTABLE peut causer une hypotension artérielle excessive.</p>
<b>EFFETS INDÉSIRABLES LES PLUS FRÉQUENTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effets sédatifs</li> <li>- Fluctuations des signes vitaux (baisse de la fréquence respiratoire ou du rythme respiratoire et l'apnée, variations de la tension artérielle et du pouls)</li> </ul> <p><b>Appareil cardiovasculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tension artérielle moyenne accrue</li> <li>- Tension artérielle moyenne</li> <li>- Hypotension</li> <li>- Augmentation du pouls</li> <li>- Diminution du pouls</li> </ul> <p><b>Appareil respiratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme respiratoire accru ou tachypnée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- somnolence (le plus fréquent)</li> </ul> <p><b>Organisme en général</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- œdème de Quincke</li> <li>- asthénie</li> <li>- faiblesse musculaire</li> <li>- réactions anaphylactiques</li> <li>- changement de poids</li> <li>- réactions d'hypersensibilité</li> <li>- hyponatrémie</li> <li>- hypothermie</li> <li>- syndrome d'antidiurèse inappropriée</li> </ul> <p><b>Appareil cardiovasculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypotension</li> </ul> <p><b>Appareil digestif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nausées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- somnolence en début de traitement</li> <li>- état confusionnel</li> <li>- délire</li> <li>- convulsions</li> <li>- crises épileptiques</li> <li>- réactions extrapyramidales</li> <li>- dyskinésie précoce</li> <li>- dyskinésie tardive (lors de traitements à long terme)</li> </ul> <p><b>Système nerveux autonome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sécheresse de la bouche</li> <li>- rétention urinaire</li> <li>- tachycardie</li> <li>- constipation grave</li> </ul> <p><b>Appareil cardiovasculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypotension orthostatique</li> </ul>	<p>Dizziness, headache, "hangover" confusion especially in the elderly, paradoxical excitation, exacerbation of pre-existing pain, nausea, vomiting, epigastric pain, hypotension, facial edema, skin rash with bullae and vesicles, purpura, erythema multiforme, exfoliative dermatitis (rare), megaloblastic anemia, agranulocytosis and thrombocytopenia.</p> <p>In children, behavioral disturbances and cognitive impairment may occur.</p>	<p>Fréquence supérieure à 1 %</p> <p><b>Troubles cardiovasculaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypotension</li> <li>- Bradycardie</li> <li>- Hypertension</li> <li>- Arythmie</li> <li>- Tachycardie</li> <li>- Hémorragie</li> <li>- Fibrillation auriculaire</li> <li>- Arrêt cardiaque</li> <li>- Tachycardie ventriculaire</li> </ul> <p><b>Troubles digestifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nausées</li> <li>- Vomissements</li> <li>- Crampes abdominales</li> </ul> <p><b>Troubles nerveux</b></p>

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme respiratoire diminué</li> <li>- Apnée</li> <li>- Dépression respiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- constipation</li> <li>- modification de l'appétit</li> <li>- augmentation de la bilirubine</li> <li>- ictère</li> <li>- hausse des transaminases hépatiques</li> <li>- hausse de la phosphatase alcaline</li> </ul> <p><b>Système hématologique / lymphatique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agranulocytose</li> <li>- pancytopenie</li> <li>- thrombocytopenie</li> </ul> <p><b>Système nerveux et organes des sens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- effets indésirables nombreux, incluant la somnolence, la sédation, la confusion, les tremblements, les étourdissements et des réactions paradoxales telles que l'agitation.</li> </ul> <p><b>Appareil respiratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépression respiratoire</li> <li>- apnée</li> <li>- aggravation de l'apnée de sommeil</li> </ul> <p>(l'intensité de la dépression respiratoire attribuable aux benzodiazépines dépend de la dose, la dépression étant d'autant plus grave que les doses sont élevées)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aggravation de la maladie pulmonaire obstructive</li> <li>- troubles des oreilles, du nez et de la gorge.</li> </ul> <p><b>Appareil cutané</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réactions cutanées allergiques</li> <li>- alopecie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- thromboembolie veineuse, embolie pulmonaire</li> <li>- thrombose veineuse profonde</li> </ul> <p><b>Effets métaboliques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hyponatrémie</li> <li>- syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH)</li> </ul> <p><b>Troubles hématologiques</b></p> <p>Leucocytopenie</p> <p><b>Troubles cardiaques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles cardiaques (torsades de pointes, QT prolongé, arythmie)</li> </ul> <p><b>Troubles endocriniens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- troubles de thermorégulation</li> <li>- hyperprolactinémie</li> </ul> <p><b>Troubles du système nerveux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsonisme (lors d'un traitement prolongé à forte dose)</li> <li>- dyskinésie précoce</li> <li>- dyskinésie tardive en cas de traitement de longue durée</li> <li>- syndrome extrapyramidal</li> <li>- syndrome neuroleptique malin</li> </ul> <p><b>Troubles psychiatriques</b></p> <p>indifférence, réactions d'anxiété, changements d'humeur</p>	<p><b>Central Nervous System (CNS)</b></p> <p>Drowsiness is frequent, especially at initiation of therapy. Mild impairment of concentration, judgment, memory, and fine motor skills may occur. Disturbances of sleep, dizziness, vertigo, headache and depression may occur. Patients with uncontrolled pain may experience paradoxical euphoria, elation, excitement and confusion. In children, hyperactivity is not uncommon; behavioural disturbances and cognitive impairment may occur. Geriatric patients may experience excitation, confusion or depression.</p> <p><b>Cardiovascular</b></p> <p>Hypotension may be observed with IV administration and is generally related to the rate of administration.</p> <p><b>Respiratory</b></p> <p>Respiratory depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouvements</li> <li>- Céphalées</li> <li>- Étourdissements</li> <li>- Soubresauts</li> <li>- Agitation</li> <li>- Hypertension intracrânienne</li> </ul> <p><b>Troubles métaboliques / nutritionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperlipémie</li> <li>- Acidose</li> <li>- Augmentation de la créatinine</li> <li>- Augmentation de l'azote uréique dans le sang</li> <li>- Hyperglycémie</li> <li>- Hypernatrémie</li> <li>- Hypokaliémie</li> </ul> <p><b>Troubles respiratoires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspnée</li> <li>- Hypoxie</li> <li>- Pneumothorax</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre, hoquet, toux, éruptions cutanées</li> <li>- Anémie</li> <li>- Insuffisance rénale</li> </ul>
<b>ADMINISTRATION</b>	Midazolam injectable USP doit être uniquement administré par voie	Le lorazépam ne doit pas être injecté par voie intra-artérielle, et des précautions sont	Les patients doivent rester allongés pendant au moins une heure après l'injection, en raison	The general use of phenobarbital as a sedative or hypnotic has for the most part,	Il faut toujours avoir recours à des techniques aseptiques rigoureuses pour manipuler

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	<p>intramusculaire ou intraveineuse.</p> <p>Chez les patients âgés et affaiblis, des doses plus faibles sont nécessaires.</p> <p>La posologie du midazolam doit également être ajustée selon le type et la quantité de prémédication administrée.</p> <p>Des doses excessives ou une administration rapide ou d'un bolus IV unique peuvent entraîner une dépression ou un arrêt respiratoire, surtout chez les patients âgés ou affaiblis</p>	<p>nécessaires pour empêcher son épanchement dans le tissu adjacent à une artère, ce qui risquerait de produire un artériospasme et une gangrène consécutive pouvant nécessiter une amputation.</p>	<p>du risque d'hypotension.</p>	<p>been supplanted by other less toxic drugs (i.e. benzodiazepines).</p> <p>Phenobarbital can be given by deep IM or slow IV injection.</p> <p>Since phenobarbital is a potent CNS depressant, IV administration should not be attempted without adequate provisions for supporting respiration and circulation.</p> <p>Rapid injection can cause cardiovascular collapse. Slow administration will usually prevent this occurrence but may cause apnea, laryngospasm, coughing, or other respiratory difficulties.</p> <p>IM injection should not exceed a volume of 5 mL at any one site because of possible tissue damage.</p> <p>Phenobarbital solutions are highly alkaline. Extreme care should be exercised to avoid extravasation or intra-arterial injection. Extravascular injection may cause local tissue damage with subsequent necrosis. The consequences of intra-arterial injection may vary from transient pain along the course of the artery to gangrene of the limb.</p>	<p>PROPOFOL INJECTABLE (propofol), car c'est un produit parentéral à usage unique qui ne contient aucun agent de conservation antimicrobien et qui est destiné à un seul patient. Le véhicule qui le compose permet la croissance rapide des microorganismes. Si l'on n'utilise pas des techniques de manipulation aseptiques, on risque une contamination microbienne avec fièvre/infection/sepsis susceptible de provoquer des maladies mortelles. PROPOFOL INJECTABLE ne doit pas être administré à l'aide d'un filtre microbiologique.</p> <p>On a déterminé que PROPOFOL INJECTABLE est compatible avec les solutés i.v. suivants dans un cathéter i.v. déjà en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soluté de dextrose à 5 %, USP</li> <li>- soluté de lactate de Ringer, USP</li> <li>- soluté de lactate de Ringer et de dextrose à 5 %</li> <li>- soluté de dextrose à 5 % et de chlorure de sodium à 0,45 %, USP</li> <li>- soluté de dextrose à 5 % et de chlorure de sodium à 0,2 %, USP</li> </ul> <p>PROPOFOL INJECTABLE ne doit pas être administré dans le même cathéter i.v. que du sang ou du plasma, étant donné que la compatibilité de ces produits n'a pas été établie.</p>
<b>POSOLOGIE</b>	<p><b>SEDATION INTRAVEINEUSE</b></p> <p>Pour de courtes procédures endoscopiques ou diagnostiques et la cardioversion par courant</p>	<p><u>Personnes âgées</u></p> <p>Les personnes âgées ou affaiblies et celles souffrant de syndrome cérébral organique sont sujettes à la dépression du SNC même lorsque les</p>	<p><b>Adultes :</b></p> <p><u>Voie i.m.</u> : dose totale quotidienne de 75 à 100 mg, devant être fractionnée en injections de 25 mg pratiquées par injection intramusculaire</p>	<p>Decreased dosage is recommended in older individuals and in patients with decreased renal or hepatic function.</p>	<p>Chez les patients qui ont reçu une forte prémédication, il faut réduire les doses d'induction et de maintien.</p> <p><b>INDUCTION DE L'ANESTHÉSIE</b></p>

	MIDAZOLAM (Versed)	LORAZÉPAM (Ativan)	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)	PHÉNOBARBITAL	PROPOFOL
	<p>continu. Patients de moins de 55 ans <u>Dose initiale</u> : Pas plus de 2 à 2,5 mg <u>Dose totale</u> : habituellement pas nécessaire d'administrer plus de 5 mg Ne pas dépasser 0,1 mg/kg</p> <p><u>Patients prémédiqués</u> : Réduire la posologie de 30 % environ</p> <p>Patients de 55 ans ou plus; patients affaiblis; malades chroniques; patients dont les réserves pulmonaires sont limitées.</p> <p><u>Dose initiale</u> : Pas plus de 1 à 1,5 mg <u>Dose totale</u> : habituellement pas nécessaire d'administrer plus de 3,5 mg Ne pas dépasser 0,07 mg/kg</p> <p><u>Patients prémédiqués</u> : Réduire la posologie de 30 % environ (c.-à-d. 60 % de moins que pour les patients non prémédiqués jeunes et en bonne santé)</p> <p><b>DOSE PEDIATRIQUE RECOMMANDÉE</b> En tant que groupe, les patients pédiatriques ont en général besoin de doses plus élevées de midazolam que les adultes, et les jeunes enfants pourraient avoir besoin de doses plus élevées que les enfants plus vieux.</p> <p><u>Voie intramusculaire</u></p>	<p>benzodiazépines sont prescrites à de faibles doses. Chez les personnes âgées ou affaiblies, il faut réduire la dose initiale d'environ 50 % et ajuster la posologie en fonction des besoins et de la tolérance du patient.</p> <p><b>Anxiété excessive avant les interventions chirurgicales : ADULTES</b> <u>Voie intramusculaire</u> : 0,05 mg/kg jusqu'au maximum de 4 mg au total, administrée 2 à 3 heures avant l'intervention. <u>Voie intraveineuse</u> : 0,044 mg/kg ou 2,0 mg au total, en prenant la plus faible des deux, 15 à 20 minutes avant l'intervention chirurgicale. Des doses intraveineuses de plus de 2 mg ne doivent être administrées qu'aux patients de poids anormal. Ordinairement, on ne doit pas dépasser la dose de 2 mg chez des personnes de plus de 50 ans. Il faut généralement réduire les doses d'autres dépresseurs du SNC.</p>	<p>profonde 3 ou 4 fois par jour, en pleine masse musculaire. Si Nozinan est administré en même temps que des narcotiques, les doses de ceux-ci doivent être réduites en conséquence.</p> <p><b>Pédiatrie</b> : <u>Voie i.m.</u> : une dose journalière totale de 0,0625 à 0,125 mg/kg, donnée une fois par jour ou en doses fractionnées. Substituer la voie orale à la voie parentérale aussitôt que possible. <u>Voie i.v.</u> : <b>dans le contexte des soins palliatifs</b>, 0,0625 mg/kg/jour dans 250 ml de soluté glucosé à 5 %, administré en perfusion lente (de 20 à 40 gouttes à la minute).</p>	<p>DOSES EXCEEDING 2 g DAILY ARE NOT RECOMMENDED.</p> <p><b>Preoperative</b> For intramuscular or slow intravenous injection.</p> <p><b>Adults (≥ 18 years):</b> 100 mg to 200 mg 60 to 90 minutes prior to surgery.</p> <p><b>Children (&lt; 18 years):</b> 1 mg to 3 mg/kg 60 to 90 minutes prior to surgery.</p>	<p><b>GÉNÉRALE</b> ... les effets de PROPOFOL INJECTABLE peuvent être potentialisés chez les patients à qui l'on a donné des sédatifs i.v. ou des narcotiques en prémédication peu avant l'induction. <u>Adultes (&lt; 55 ans)</u> : 2,0 à 2,5 mg/kg (environ 40 mg toutes les 10 secondes jusqu'au début de l'anesthésie)</p> <p><u>Personnes âgées, affaiblies et/ou de classe ASA III ou IV</u> : 1,0 à 1,5 mg/kg (environ 20 mg toutes les 10 secondes jusqu'au début de l'anesthésie)</p> <p><u>Enfants (3 à 18 ans)</u> : Les enfants âgés de plus de 8 ans ont besoin d'environ 2,5 mg/kg. Les enfants de 3 à 8 ans peuvent avoir besoin de doses un peu plus élevées mais qui devraient être ajustées lentement jusqu'à l'obtention de l'effet désiré. Il est recommandé de réduire la posologie chez les enfants des classes ASA III et IV.</p> <p><u>Enfants (&lt; 3 ans)</u> : Propofol injectable non recommandé pour l'induction de l'anesthésie</p> <p><b>MAINTIEN DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE (perfusion ou bolus intermittents voie i.v.)</b> <u>Adultes (&lt; 55 ans)</u> : 0,10 à 0,20 mg/kg/min (6 à 12 mg/kg/h)</p> <p><u>Personnes âgées, affaiblies et/ou de classe ASA III ou IV</u> : 0,05 à 0,10 mg/kg/min (3 à 6 mg/kg/h)</p>



	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	<p>Des doses de 0,1 à 0,15 mg/kg sont habituellement efficaces et ne prolongent pas l'émergence de l'anesthésie générale. Pour les patients plus anxieux, des doses jusqu'à 0,5 mg/kg peuvent être nécessaires.</p> <p><u>Voie intraveineuse – injection intermittente</u> La dose initiale devrait être administrée en 2 à 3 minutes. Avant d'amorcer une intervention ou de répéter la dose, attendre 2 à 3 autres minutes afin de pouvoir évaluer pleinement l'effet sédatif. Si une sédation plus forte s'impose, continuer à augmenter la dose petit à petit jusqu'à l'obtention du niveau approprié de sédation.</p> <p><b>Dose initiale</b> 6 mois à 5 ans : 0,015-0,1 mg/kg 6 à 12 ans : 0,025-0,05 mg/kg 12 à 17 ans : dose adulte</p> <p><b>Dose totale</b> 6 mois à 5 ans : 0,6 mg/kg 6 à 12 ans : 0,4 mg/kg 12 à 17 ans : dose adulte La dose de Midazolam injectable USP doit être réduite chez les patients qui ont reçu une prémédication opioïde ou d'autres agents sédatifs dont le midazolam.</p> <p><u>Perfusion intraveineuse continue</u> Dose de départ intraveineuse de 0,05 à 0,2 mg/kg administrée pendant au moins 2 à 3 minutes peut servir à</p>				<p><u>Enfants (3 à 18 ans) :</u> 0,10 à 0,25 mg/kg/min (6 à 15 mg/kg/h)</p> <p><b>SÉDATION À DES FINS CHIRURGICALES OU DIAGNOSTIQUES</b> <u>Adultes (&lt; 55 ans) :</u> Induction, 0,5 à 1,0 mg/kg administré en 3 à 5 minutes. Maintien, 0,025 à 0,075 mg/kg/min (1,5 à 4,5 mg/kg/h).</p> <p><u>Personnes âgées, affaiblies et/ou de classe ASA III ou IV :</u> Il peut être nécessaire de réduire la dose et le débit d'administration d'environ 20 à 30 %</p> <p><u>Enfants de &lt; 18 ans :</u> Propofol injectable non recommandé lors d'interventions chirurgicales ou diagnostiques.</p>

	<b>MIDAZOLAM (Versed)</b>	<b>LORAZÉPAM (Ativan)</b>	<b>MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)</b>	<b>PHÉNOBARBITAL</b>	<b>PROPOFOL</b>
	<p>établir l'effet clinique désiré. <b>Des doses de départ par voie intraveineuse ne doivent pas être utilisées chez les nouveau-nés.</b> Cette dose de départ peut être suivie d'une perfusion intraveineuse continue pour conserver l'effet.</p> <p><b>Débit initial</b> : 0,001 à 0,002 mg/kg/min (1 à 2 mcg/kg/min)</p> <p>Le débit de perfusion peut être augmenté ou diminué au besoin, ou des doses intraveineuses additionnelles de Midazolam injectable USP peuvent être administrées pour augmenter ou conserver l'effet désiré.</p>				
<b>INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES</b>	<p>L'effet hypnotique du midazolam intraveineux et le risque d'apnée sont accentués par la prémédication, <b>en particulier les opioïdes</b> (p. ex. la morphine, la mépéridine et le fentanyl), le secobarbital et la combinaison dropéridol-fentanyl. Par conséquent, la posologie du midazolam doit être ajustée selon le type et la quantité de prémédication administrée.</p> <p><b>Valproate de sodium</b> Le déplacement du midazolam de ses sites de liaison plasmatiques par le valproate de sodium peut augmenter la réponse au midazolam; il faut donc prendre soin d'ajuster la dose de midazolam chez les patients épileptiques.</p>	<p><u>Autres déprimeurs du SNC</u> Les benzodiazépines, dont le lorazépam, produisent des effets déprimeurs additifs sur le SNC lorsqu'elles sont administrées avec d'autres agents déprimeurs du SNC comme les barbituriques, les antipsychotiques, les hypnotiques et sédatifs, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les analgésiques narcotiques, les antihistaminiques sédatifs, les anticonvulsivants, les anesthésiques et l'alcool.</p> <p><u>Opioïdes</u> L'utilisation concomitante d'ATIVAN et d'opioïdes peut entraîner une sédation profonde, une dépression respiratoire, le coma et le décès</p> <p>- Il faut réserver l'emploi concomitant de ces</p>	<p>Nozinan potentialise l'action des autres phénothiazines et des déprimeurs du SNC (barbituriques, analgésiques, narcotiques ou antihistaminiques); il faut réduire les doses de ces derniers de moitié pendant qu'on ajuste progressivement la posologie de Nozinan.</p> <p>Puisque les phénothiazines, tel que le Nozinan, peuvent abaisser le seuil convulsif, l'emploi en association avec des produits médicinaux qui ont un effet convulsivant ou qui abaissent le seuil convulsif doit être soigneusement évalué, en raison de la gravité du risque auquel le patient est exposé.</p> <p><i>Associations à prendre en considération</i> : Médicaments qui abaissent la tension artérielle : augmentation</p>	<p>Concomitant use of the following drugs should be avoided because of likely occurrence of adverse effects: alcohol, anaesthetics and CNS depressants and to a lesser extent, acetaminophen, oral anticoagulants, carbamazepine, oral contraceptives, estrogens, corticosteroids, digitalis, digitoxin, tricyclic antidepressants, cyclophosphamide, doxycycline, griseofulvin, monoamine oxidase inhibitors, phenytoin, quinidine, sodium valproate, valproic acid and vitamin D.</p> <p><b>Anticoagulants, Oral:</b> Metabolism of coumarin anticoagulants may be accelerated, resulting in decreased anticoagulant response.</p>	<p>Propofol a été employé en rachianesthésie et en anesthésie péridurale avec un vaste éventail de prémédications, de myorelaxants, d'agents d'inhalation et d'analgésiques, de même qu'avec des anesthésiques locaux. L'administration concomitante de PROPOFOL INJECTABLE 1 % avec ceux-ci et d'autres agents ayant un effet déprimeur sur le système nerveux central comme l'alcool et les anesthésiques peut accentuer les effets sédatifs et anesthésiques de PROPOFOL INJECTABLE ainsi que ses effets déprimeurs sur le système cardiorespiratoire.</p> <p>... tout agent pris en concomitance ayant un effet réducteur sur le débit cardiaque diminuera par le fait même la clairance de PROPOFOL INJECTABLE.</p> <p>Chez les enfants, l'administration</p>

	MIDAZOLAM (Versed)	LORAZÉPAM (Ativan)	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)	PHÉNOBARBITAL	PROPOFOL
		<p>médicaments aux patients chez qui les autres options thérapeutiques s'avèrent inadéquates.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut limiter les doses et la durée au minimum nécessaire.</li> <li>- Il faut surveiller les patients pour déceler d'éventuels signes et symptômes de dépression respiratoire et de sédation.</li> </ul> <p><u>Halopéridol</u> Des cas d'apnée, de coma, de bradycardie, d'arrêt cardiaque et des décès ont été signalés après l'administration concomitante de lorazépam et d'halopéridol.</p> <p><u>Clozapine</u> L'utilisation concomitante de la clozapine et du lorazépam peut produire une sédation marquée, une salivation excessive et de l'ataxie.</p> <p><u>Valproate</u> L'administration concomitante du lorazépam et du valproate peut augmenter les concentrations plasmatiques et diminuer la clairance du lorazépam. Il faut réduire la posologie du lorazépam d'environ 50 % lors de son administration conjointe avec du valproate.</p> <p><u>Probénécide</u> L'administration concomitante du lorazépam et du probénécide peut accélérer le début d'action ou prolonger l'effet du lorazépam en raison d'une augmentation de la demi-vie et d'une diminution de la</p>	de l'effet antihypertenseur et du risque d'hypotension orthostatique (effets cumulatifs).	<p><b>Anticonvulsants:</b> <b>Phenytoin:</b> When phenobarbital is used with phenytoin, concentrations of either or both drugs may be increased, decreased or unchanged.</p> <p><b>CNS Depressants:</b> Alcohol, benzodiazepines and other CNS depressants used concurrently with phenobarbital may result in excessive CNS depression.</p>	de fentanyl en concomitance avec PROPOFOL INJECTABLE peut entraîner une bradycardie grave.

	MIDAZOLAM (Versed)	LORAZÉPAM (Ativan)	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)	PHÉNOBARBITAL	PROPOFOL
		<p>clairance totale. On doit réduire la posologie du lorazépam d'environ 50 % lors de son administration conjointe avec du probénécide.</p> <p><u>Théophylline et aminophylline</u> L'administration de théophylline ou d'aminophylline peut réduire les effets sédatifs des benzodiazépines, y compris du lorazépam.</p> <p><u>Autres</u> L'injection de lorazépam, comme d'autres benzodiazépines injectables, produit aussi un effet dépresseur sur le SNC lorsqu'il est administré avec de l'alcool éthylique, des phénothiazines, des barbituriques, des inhibiteurs de la MAO et d'autres antidépresseurs. L'administration concomitante de scopolamine et d'injection de lorazépam a fait apparaître une fréquence plus élevée de sédation, d'hallucinations et de comportement irrationnel.</p>			
<b>SYMPTÔMES DE SURDOSAGE</b>	Les manifestations d'une surdose de midazolam sont : une sédation, une somnolence, une confusion, une atteinte à la coordination, des réflexes diminués, des effets indésirables sur les signes vitaux, un coma et peut-être un arrêt cardiorespiratoire.	<p><u>Surdosage léger</u> : Somnolence, confusion mentale et léthargie.</p> <p><u>Surdosage plus grave</u> : Ataxie, hypotonie, hypotension, hypnose, coma de stade I à III et, très rarement, décès.</p> <p><u>Autres symptômes possibles</u> : Dysarthrie, réactions paradoxales, dépression du SNC, dépression respiratoire et dépression cardiovasculaire.</p>	Les symptômes d'intoxication aiguë comprennent la simple dépression du SNC, les spasmes, les tremblements, les convulsions toniques et cloniques, le coma accompagné d'hypotension et de dépression respiratoire.	<p>Doses that result in toxicity vary widely among patients and depend on co-ingestion of other drugs and the patient's underlying comorbidities.</p> <p><u>Acute overdose</u> with phenobarbital primarily affects the CNS and the cardiovascular system.</p> <p><u>Mild overdose</u> resembles alcohol intoxication. Drowsiness, confusion, stupor, respiratory depression, ataxia, sluggish or absent</p>	Dépression cardio-respiratoire Dépression cardiovasculaire

	MIDAZOLAM (Versed)	LORAZÉPAM (Ativan)	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)	PHÉNOBARBITAL	PROPOFOL
				<p>reflexes, early hypothermia, late fever, cardiovascular depression with hypotension, renal failure, cardiac arrhythmias, pulmonary edema, aspiration pneumonia, bullae over pressure points and decreased gastrointestinal motility are all possible symptoms.</p> <p><u>Severe overdose</u> may progress to shock, coma and death.</p>	

# ANNEXE G

## Évaluation des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES		RÉPONSES DE L'INESSS
LECTEUR EXTERNE #1		
1. CONTENU GÉNÉRAL		
1.1.	<p>Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>En général la forme retenue pour présenter les informations est bonne. On y retrouve le gabarit généralement utilisé lors de la production des autres protocoles de l'INESSS. Je souligne toutefois quelques suggestions de clarification :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Définitions Plus précises des termes SPC-SPI et effet secondaire relatif à d'autres TX palliatifs en tout début de document</i></li> <li>• <i>Tableau en page 6, point 3 : lecture +/- conviviale et absence de proposition de dose de départ suggérée. Cohérence entre certaines données questionnable. Pas assez précis</i></li> <li>• <i>Informations à transmettre pourraient être présentées plus schématiquement (les divers acteurs du soin – l'avant, pendant et après le soin)</i></li> </ul>	<p>La définition suivante de la SPC a été ajoutée au début du PMN :</p> <p>« Dans tout le document, l'utilisation des termes sédation palliative continue (SPC) fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne. »</p> <p>La section 2.6 a été retravaillée afin de tenir compte de tous les commentaires des lecteurs externes ainsi que des guides sélectionnés. Une rencontre avec le comité consultatif a permis de valider les changements apportés et clarifier plusieurs points, notamment en ce qui concerne les doses de départ et les intervalles d'administration entre les doses intermittentes (voir réponses aux commentaires section 2.6 du rapport en soutien).</p> <p>La section 3 a également été retravaillée afin de tenir compte au mieux de ces commentaires. En effet les informations à transmettre ont été recatégorisées en deux sections :</p> <p>I) Avant d'amorcer la SPC II) Dès l'amorce et tout au long du processus</p>
1.2.	<p>La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Tout à fait</i></p>	s.o.
1.3.	<p>Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui. Seul bémol concernant le choix de l'échelle ce CPOT qui ne cadre pas avec la clientèle des SP en fin de parcours, avec pronostic vital compromis.</i></p>	<p>L'intérêt de l'échelle CPOT a été questionné en comité consultatif. Bien que peu utilisée à l'heure actuelle, plusieurs membres ont mentionné qu'il pouvait s'agir d'un outil pertinent surtout pour des infirmières qui seraient moins habituées aux soins de fin de vie et ils proposent de l'indiquer en exemple. En effet, cette échelle s'appuie</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Autres commentaires concernant l'échelle CPOT en annexe du PMN et dans le rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Ne pas utiliser cette échelle qui n'ajoute rien et n'est pas plus simple à utiliser selon moi. Ça ne va pas du tout avec la clientèle que nous traitons! Risque D'induire des biais de compréhension sur les sp...</i></li> <li>▶ <i>Je suis personnellement plus ou moins en accord avec le comité. Nous utilisons aisément le NCS et le CPOT parle de ventilation assistée ce qui ne correspond nullement à la réalité des soins en fin de vie. Cela risque d'ajouter de la confusion pour les soignants moins habilités en sp.</i></li> </ul>	<p>sur les principaux éléments à observer et documenter lors du suivi d'une personne sous sédation palliative pour évaluer le confort tout en étant simple d'utilisation. Selon un membre, il y aurait une valeur ajoutée à l'utiliser également pour des infirmières expérimentées afin d'orienter l'évaluation de manière plus objective.</p> <p>En accord avec le comité consultatif, l'échelle NCS a été ajoutée comme grille d'évaluation du soulagement de la douleur que l'équipe interprofessionnelle peut utiliser lors du suivi de la personne sous SPC. La grille a été ajoutée en Annexe du PMN.</p> <p>Étant donné que l'échelle CPOT a officiellement été publiée sous cette forme, la mention « interaction avec le ventilateur » n'a pas été retirée. Par contre, la note de bas de tableau suivante a été ajoutée pour plus de précision :  <b><u>Cet indicateur n'est pas pertinent dans le cas de la SPC.</u></b></p>
<p>1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Humblement, je ne crois pas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La prise en compte des contraintes de ressources est bien présente. L'organisation des soins proposés dans le PMN s'appuie sur ces limites et cela est raisonnable. Toutefois, peu de place est faite à la réflexion éthique en regard des choix proposés dans le PMN ainsi que ses effets secondaires possibles. Ceci fait entrave à l'objectif du protocole de l'INESSS qui est de valoriser les bonnes pratiques et la recherche de l'excellence.</i></li> <li>• <i>Aussi, bien que la composante majeure de la communication avec le patient et ses proches soit explicitement nommé comme élément pouvant influencer sur la qualité des soins, l'adhésion aux objectifs de soins et le respect du choix du patient ou de son substitut, les aspects éthiques et les dilemmes possibles ne sont pas suffisamment abordés (notion de libre choix : de milieu de soin- d'objectif de soin en termes de niveau de sédation)</i></li> </ul>	<p>Plusieurs modifications ont été apportées aux documents afin de mettre en avant l'importance du choix du patient, ou de son représentant légal, et son adhésion aux objectifs de soin, par exemple :</p> <p><i>Lorsqu'une SPC est envisagée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>S'assurer de respecter les éléments <b>éthiques</b>, cliniques et le processus décisionnel décrits dans le <a href="#">guide d'exercice québécois sur la sédation palliative du CMQ-SQMDSP</a></i></li> <li>▶ <b><u>Impliquer le proche aidant, le cas échéant, dès que possible dans les discussions avec la personne qui sera placée sous SPC, y compris le choix du milieu de soins</u></b></li> </ul> <p>En lien avec le choix du niveau de sédation visé, les membres du comité consultatif soulèvent qu'un pointage de -3 sur l'échelle RASS était recommandé initialement par les guides, mais les professionnels ont constaté qu'un pointage de -3 permettait rarement en pratique d'atteindre une sédation suffisamment profonde. Selon les membres du comité consultatif, bien que dans la plupart des situations, la personne ou la famille souhaitent une sédation profonde, un pointage de -3 pourrait être acceptable dans certaines situations exceptionnelles ou pour une durée déterminée si la personne exprime ce choix. Cependant, par souci de clarté vis-à-vis de l'objectif de traitement, et pour éviter toute confusion sur le terrain, plusieurs membres pensent qu'il est préférable de ne pas inclure cette nuance dans le PMN et plutôt se limiter au pointage -4 à -5.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>En général oui, avec bémol :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>les limites mentionnées précédemment.</i></li> <li>• <i>Il faut aussi souligner que les références à plusieurs documents pour bien appliquer le PMN rend plus laborieux son utilisation chez les soignants non experts. Si cela est plus accessible et que les précisions recommandées bonifient le PMN, cela le rendra plus accessible à ces soignants non spécialisés</i></li> </ul>	<p>Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. Certains éléments, notamment éthiques et déontologiques (p.ex. le consentement, la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation) étant amplement discutés dans le guide d'exercice, une référence à ce document dans le PMN (par le biais d'un hyperlien cliquable) a été jugée suffisante par le comité consultatif dans la mesure où il s'agit d'informations complémentaires mais non essentielles à l'application du protocole. De plus, la référence au guide d'exercice limite les duplications ainsi que les risques d'incohérence entre les deux documents. Le rapport en soutien décrit également les positions des différents GPC retenus concernant plusieurs de ces éléments.</p> <p>Enfin, des discussions sont en cours afin de rendre disponibles le PMN et la mise à jour du guide d'exercice au même endroit afin de faciliter l'accès à ces deux documents complémentaires.</p>
<p>1.6. Les références sont-elles d'actualité ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui.</i></p>	<p>S.O.</p>
<b>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</b>	
<b>A. PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)</b>	
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <p>► <i>Changer ou pour « et »</i></p>	<p>La conjonction « ou » inclut le « et ». Ce titre de section fait partie du gabarit de PMN standard qui répond à certaines normes ne pouvant être modifiées. Aucune modification n'a donc été apportée au PMN</p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <p>► <i>la question de la phase terminale me questionne pour plusieurs raisons: risque d'interprétation possible/ référence au niveau de soins devrait y être/ et le parallèle avec l'AMM où ce n'est plus nécessaire d'être en fin de vie alors que la mesure est plus radicale. Je suggère d'adopter un terme clinique cohérent avec la capacité de formuler un pronostic précis et l'évaluation clinique par un médecin expert (ex: à pronostic vital compromis) Je suggère d'inscrire en préambule, que la consultation en SP est nécessaire avant la SPC, dès le début de la réflexion...</i></p>	<p>Bien que la prise en charge subséquente soit cohérente avec le niveau de soins D, les membres du comité consultatif évoquent la difficulté de définir le caractère terminal de la condition médicale par un niveau de soins, puisque dans certains cas, ce choix n'a pas été officiellement exprimé par la personne même si les traitements reçus correspondent à ce niveau de soin, notamment en raison de la difficulté pour la personne ou pour la famille d'accepter la situation.</p> <p>En accord avec la proposition et avec les membres du comité consultatif, la notion de maladie en phase terminale a toutefois été retirée de la situation clinique et remplacée par <i>en fin de vie</i> et une référence au niveau de soin a été ajoutée en note de bas de page :</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Correspond habituellement à un niveau de soins D si documenté.</u></b></p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>En accord avec le comité consultatif, la suggestion de consulter une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs a été ajoutée comme première directive de la section <b>Lorsqu'une SPC est envisagée</b> :</p> <p>► <b><u>La consultation d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus.</u></b></p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <p>► <i>ces 2 semaines correspondent au même inconfort professionnel et éthique que nommé précédemment</i></p>	<p>Le critère du pronostic vital de 2 semaines a été longuement débattu en comité consultatif du fait de l'incertitude associée à son évaluation. Le caractère stricte associé à la notion de « 2 semaines » avait toutefois été assoupli en conservant la notion de « 2 semaines » comme une balise générale. Étant donné que la formulation proposée ne semble pas suggérer assez clairement cette nuance, le critère de 2 semaines a été enlevé du PMN, après consultation auprès de représentants du Collège des Médecins du Québec, le PMN actuel faisant déjà référence au guide d'exercice québécois pour cette évaluation. Par ailleurs, le guide du Collège devrait être mis à jour prochainement afin de clarifier les nuances associées au pronostic vital. L'énoncé a donc été remplacé par le suivant :</p> <p><i>Dont le pronostic vital est limité <b>ou compromis</b>.</i></p>
<p>Section : Directives</p> <p>► <i>1- commentaire général: l'utilisateur non expérimenté devra rechercher les informations de « référence » dans 2 endroits/ guides/sites différents. Cela n'est pas pratique...il faudrait penser à joindre en annexe/hyperlien les référents essentiels</i></p> <p><i>2-en page 8 vous faites référence au niveau de sédation pour la 1ère fois. Selon moi, le niveau de sédation, même continue, devrait apparaître comme élément clinique, de façon explicite, dans cette section. Argumentaire : tout au long du monitoring, il est un référent dans l'atteinte de l'objectif</i></p>	<p>1- Voir réponse au commentaire 1.5</p> <p>2- Comme suggéré, une définition plus précise de la SPC a été ajoutée au début de cette section du PMN afin de clarifier l'objectif de traitement en termes de niveau de sédation visé, c'est-à-dire une sédation profonde. Voir réponse au commentaire 1.1.</p>
<p>Section : Directives</p> <p>► <i>CMQ à ajouter</i></p>	<p>La modification suggérée a été apportée dans le document.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section : Directives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Plusieurs médecins ne savent même pas ce qu'est un consentement libre et éclairé. La très large majorité du temps, en institution, le processus lié au consentement libre et éclairé n'est pas réalisé (temps d'explication/réponses aux questions/ retour après délai de réflexion du pt/ ré-explication et réponses complétées/ avantages et inconvénients si on fait et si on ne fait pas/ respect du refus pour des raisons culturelles ou socio-familiales) donc: trouver un document en annexe qui cadre cette pratique sans que le soignant non expert n'est à recherche un autre document</i></li> </ul>	<p>Le formulaire de consentement est accessible par le biais d'un lien cliquable qui donne accès à la dernière version du document au format pdf disponible sur le site du MSSS.</p>
<p>Section : Directives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>en bas de page 4, note 4, vous parlez de « milieu de vie » qui comprend le domicile, le CHSLD et les MSP. Je propose de modifier domicile par milieu de vie ici aussi. Pourquoi? Parce qu'en CHSLD, si nous voulons débiter une sédation palliative selon les règles de l'art avec un suivi et monitoring adéquat (particulièrement le début de la sédation), nous devons aussi nous assurer des ressources professionnelles disponibles. Selon les ratio infirmière/pts que l'on connaît, cela est quasi impossible actuellement sans l'ajout de personnel initialement. Fait vécu et entendu dans nos CHSLD...et même dans certains de nos établissements!</i></li> <li>▶ <i>j'ajouterais donc ressources professionnelles</i></li> <li>▶ <i>préciser svp! service 24/7 médico nursing</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Si la personne souhaite recevoir la sédation palliative <b>en milieu de vie</b><sup>1</sup> :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <i>S'assurer de la disponibilité des ressources (<b>professionnelles</b>, matérielles et techniques) ainsi que d'un soutien téléphonique <b>médical/infirmier</b> joignable en tout temps et capable d'intervenir en temps opportun si la situation se détériore.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><sup>1</sup> Dans tout le document, l'utilisation de la mention « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique - p. ex. à domicile, en CHSLD, en maison de soins palliatifs.</p>
<p>Section 1.1 : Histoire de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Pour une meilleure compréhension je suggère d'ajouter: « ...le choix de traitement pharmacologique ou les modalités d'administration afin de minimiser les effets secondaires et optimiser le soin » Une personne non habituer pourrait se demander pourquoi ces pathos et pas, par exemple, l'IC ou les MPOC sévère...</i></li> </ul>	<p>La modification concernant le traitement pharmacologique a été apportée dans le document.</p> <p>Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. Par souci de simplicité, les références aux sections qui expliquent la pertinence de chacune des directives ou des conditions décrites ont été ajoutées entre parenthèses. Le rapport en soutien explique plus en détails la pertinence de rechercher chacune de ces pathologies (voir section 2.2.5.1).</p>
<p>Section 1.3 : Symptômes et signes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Il me semble que seulement questionner sur LA PRÉSENCE de souffrance est insuffisant. Il faut pouvoir LES décrire. Cela peut permettre une meilleure pratique concernant la nécessité d'utiliser ou non la sédation palliative. (Optimisation des soins)</i></li> <li>▶ <i>Si nous n'avons qu'un symptôme de délirium hypo-actif, je ne crois pas que la sédation palliative soit nécessaire...Ne devrions-nous pas ajouter «</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié de la façon suivante, incluant l'ajout de la note de bas de page permettant de définir la <i>détresse psychologique ou existentielle</i> :</p> <p><i>Rechercher la présence d'au moins un des symptômes suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Douleur</i></li> <li>▶ <i>Dyspnée</i></li> <li>▶ <i>Sécrétions bronchiques abondantes</i></li> <li>▶ <i>Détresse respiratoire ou hémorragique</i></li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>délirium hyper-actif et agitation majeure » ou quelque chose du genre...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Il serait bien de préciser la définition (Détresse psychologique ou existentielle) ... ce symptôme est une des principales souffrance menant au choix d'une SPC et peu d'outils sont accessibles pour diagnostiquer la détresse...d'où l'importance de référence rapide à des équipes d'experts existentielle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Délirium</li> <li>▶ Agitation</li> <li>▶ Nausées</li> <li>▶ Vomissements</li> <li>▶ Convulsions</li> <li>▶ Détresse psychologique ou existentielle<sup>4</sup></li> <li>▶ Autre état réfractaire</li> </ul> <p><b><u>Décrire ce ou ces symptômes, ainsi que l'intensité et la tolérabilité de la souffrance engendrée.</u></b></p> <p><sup>4</sup>Faire preuve de prudence dans l'évaluation du caractère réfractaire de la détresse psychologique ou existentielle. Pour être qualifiée de réfractaire, cette détresse doit résister à une attention particulière et à une approche thérapeutique multidimensionnelle bien conduite (écoute, soutien spirituel et religieux, psychothérapie, pharmacothérapie, etc.) impliquant la contribution de plusieurs intervenants.</p> <p>Aucune précision n'a été apportée à la liste des symptômes à rechercher afin de ne pas être trop restrictif dans le PMN et laisser place au jugement clinique. L'étape suivant la recherche de ces symptômes est de les décrire ainsi que l'intensité et tolérabilité de la souffrance qu'ils causent puis d'évaluer le caractère réfractaire de ces symptômes en se renseignant sur l'histoire thérapeutique. Cela devrait permettre de s'assurer qu'un simple délirium non réfractaire ne soit considéré pour l'amorce d'une SPC.</p>
<p>Section 1.4 : Histoire thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ cet énoncé ne me semble pas clair selon l'esprit du document Je suggère de modifier comme suit: « ...de l'équipe interprofessionnelle que les traitements ont été fournis dans les conditions appropriées OU PROPOSÉS MAIS REFUSÉS OU JUGÉS INACCEPTABLES ... » et qu'aucune...</li> <li>▶ précisez pourquoi (La prise régulière et concomitante d'autres substances psychoactives)</li> </ul>	<p>Bien que cette formulation permette de vérifier auprès de la personne si les autres options thérapeutiques sont toujours inacceptables (même si ce choix avait été exprimé antérieurement), l'énoncé a été modifié de la façon suivante afin d'insister sur l'importance de la discussion avec la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vérifier qu'aucune autre option thérapeutique n'est disponible ou jugée acceptable <b><u>dans la situation, après discussion avec la personne ou son représentant légal</u></b> (c'est-à-dire qu'aucune autre option thérapeutique ne pourra procurer un soulagement adéquat, dans un délai convenable, sans effets secondaires ou complications inacceptables pour la personne traitée).</li> <li>▶ L'énoncé initialement proposé a été modifié de la façon suivante afin de clarifier l'objectif de la démarche :</li> </ul> <p><b><u>Pour orienter le choix du traitement pharmacologique, se renseigner sur :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La prise régulière et concomitante de benzodiazépines<sup>1</sup></li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>La prise régulière et concomitante d'autres substances psychoactives (p. ex. opioïdes, antipsychotiques, antidépresseurs tricycliques, cannabis médical)</i></li> </ul>
<p>Section 2.2 : Principes de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>trop affirmatif et toujours le même problème de mettre un temps (2 semaines) sur le pronostic comme critère d'administration ou pas.</i></li> </ul>	<p>En plus de la modification du critère de pronostic relatif à la situation clinique (voir réponse au commentaire dans la section situation clinique), dans les principes de traitement, cette directive a été supprimée du PMN afin de laisser place au jugement clinique. La mise à jour du guide d'exercice devrait permettre d'apporter les nuances nécessaires en lien avec l'évaluation du pronostic vital.</p>
<p>Section 2.3 : Préalables, selon les situations cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Autre recherche pour un soignant peu habitué à la spc. Cela peut limiter l'utilisation du protocole par des soignants moins habilités</i></li> </ul>	<p>Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. La pertinence de poursuivre l'hydratation et l'alimentation étant amplement discutée dans le guide d'exercice, une référence à ce document dans le PMN (par le biais d'un hyperlien cliquable) a été jugée suffisante par le comité consultatif et limite les risques d'incohérence entre les deux documents. Le rapport en soutien décrit également les positions des différents GPC retenus sur ce sujet (voir section 2.2.7).</p> <p>Aucune modification n'a donc été apportée aux documents.</p>
<p>Section 2.4 : Information générale visant le traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>On m'a mentionné que certaines maisons de sp ont des ententes avec certains départements d'anesthésie en établissement... ajouter établissement OU dans un cadre spécialisé</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié de la façon suivante :</p> <p>« Administration possible seulement en établissement ou dans un cadre spécialisé »</p>
<p>Section 2.5 : Choix du traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Bien qu'il soit vrai que certaines personnes auront besoins ou souhaiteront être hospitalisées, cette affirmation, liée au besoin de consulter une équipe d'experts en sp porte le mauvais message et cette consultation devrait, de toute façon, être précoce dans le parcours :</i></li> </ul> <p><i>1ère : la spc est un soin de dernier recours en sp et donc, l'accès sinon la consultation à une équipe spécialisée en sp lorsque le besoin se présente devrait être un fait dès le début du processus.</i></p> <p><i>2ème: si un accès (évidemment souhaitable, toujours dans le respect du choix de la personne malade et de ses proches) à une équipe spécialisée en sp est possible en milieu de vie (accès consultation téléphonique, à la limite, pour la 1ère ligne), il est futile de transférer le patient en CH...à ce stade! cela n'aidera en rien la personne malade, les proches et notre système de santé.</i></p>	<p>Concernant la consultation d'une équipe spécialisée, voir la réponse au commentaire dans la section Situation clinique ou clientèle.</p> <p>La raison d'inclure la possibilité d'un transfert en milieu hospitalier en dernier recours ne vise pas à permettre un accès à une expertise ou à répondre à une situation où les proches aidant ne seraient plus disponibles, mais à une situation où toutes les options thérapeutiques disponibles en milieu de vie sont épuisées et ne permettent pas ou plus d'obtenir une sédation adéquate. Le transfert permettrait ainsi d'avoir accès par exemple au propofol ou au phénobarbital. Afin de clarifier ce point, l'énoncé initialement proposé dans le PMN a été modifié pour le suivant :</p> <p><b><u>Lorsqu'aucune autre option n'est disponible</u></b>, un transfert en milieu hospitalier pourrait <b><u>ultimement</u></b> être nécessaire pour les personnes qui reçoivent une sédation palliative continue en milieu de vie.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.6 Posologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Ce tableau n'est vraiment pas convivial et précis. Ce n'est pas clair et il me semble qu'il y a des incohérences...dose de départ proposée serait bien selon les conditions cliniques et Hx. Je pense vraiment que les infos du doc de la SQMDSP était plus clairement énoncé...désolée! À retravailler?</i></li>   <li>▶ <i>Dose de charge me semble un peu trop pour débiter. De même que le 3mg/h</i></li>   <li>▶ <i>L'administration en intermittence, en début d'installation de la sédation, pourrait s'ajuster plus rapidement que dans des délais de 2 ou 4 à 6 heures, selon moi, si nous faisons un suivi rapproché. (Sécurité/atteinte de l'objectif</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le tableau de posologies a été retravaillé afin de tenir compte de tous les commentaires des lecteurs externes ainsi que des documents retenus dans le cadre des travaux. Une rencontre avec le comité consultatif a permis de valider les changements apportés et clarifier plusieurs points, en particulier certains dosages considérés trop faibles par plusieurs lecteurs externes, ainsi que certains intervalles d'administration pour les doses intermittentes qui étaient trop espacés dans le temps selon plusieurs membres du comité consultatif. Afin de mieux tenir compte de l'ensemble de l'histoire du patient dans le choix de la posologie initiale, l'énoncé suivant a été ajouté en début de section, au-dessus du tableau de posologies : <ul style="list-style-type: none"> <li><b><i>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale. Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses proches de la valeur inférieure de l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus proches de la valeur supérieure.</i></b></li> </ul> </li> </ul> <p>De plus, une colonne a été retirée du tableau pour simplifier et ne conserver que les informations les plus pertinentes.</p> <p>Enfin, la prochaine étape de production des documents consiste à solliciter des futurs utilisateurs afin de vérifier la convivialité, la clarté, l'utilité du PMN et s'il est adapté à la réalité du terrain. Cette étape se déroule sous la forme d'un sondage qui porte sur le PMN, incluant une question spécifique sur les posologies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La littérature concernant les doses de midazolam est plutôt consistante : plusieurs guides de pratique clinique recommandent une dose de charge de midazolam entre 1 et 5 mg (AHS, BC-CPC) alors que d'autres suggèrent plutôt 2,5 à 5 mg. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'une dose de charge de 5 mg est minimalement recommandée et qu'il n'est pas rare qu'une dose de charge de 10 mg soit administrée chez les personnes ayant déjà une histoire thérapeutique avec les benzodiazépines. De plus, le guide de l'APES recommande une dose de départ de midazolam de 5mg SC aux 2 heures régulier lorsqu'il est administré de façon intermittente. Les membres du comité consultatif sont en accord avec cette recommandation de l'APES et ils calculent que l'administration de 5 mg aux 2 heures est équivalent à 60 mg/24h, soit 2,5 mg/h en perfusion continue. Afin de laisser une certaine marge de manœuvre au clinicien qui tiendra compte de l'histoire de santé, de l'histoire thérapeutique et des habitudes de vie, comme indiqué ci-dessus, l'intervalle de dose de charge n'a donc pas été modifié et la dose initiale a été modifiée ainsi :  <b><i>Dose initiale : <u>2 à 5 mg/h (48-120 mg/24h)</u></i></b></li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><i>plus rapide/surveillance des ajustements afin de diminuer les risques d'accumulation-effets secondaires). Le suivi rapproché peut s'apparenter à une fréquence de 30 à 60 minutes selon moi : atteinte de l'objectif visé, fréquence de suivi à poursuivre mais à fréquence moindre.</i></p> <p>▶ <i>Devrait être ajouté les voies S/L et TM, particulièrement utile en milieu de vie</i></p> <p>▶ <i>Personnellement je peux vivre avec cette dose (Lorazépam : envisager l'ajout si une dose de 2mg q4h ne suffit pas) mais elle ne me semble pas très élevée (mon expérience)</i></p> <p>▶ <i>30 à 75 mg/24h (dose moyenne efficace de méthotriméprazine : me semble faible !!!</i></p> <p>▶ <i>Phénobarbital : lorsqu'une dose de 90 mg SC aux 6 heures ne suffit pas : je peux vivre avec cette dose mais elle ne me semble pas très élevée (cf dose moyenne et mon expérience)</i></p>	<p>▶ Dans le PMN, il est recommandé (voir section 4 du PMN) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En début d'installation de la sédation, un suivi minimalement aux 30 minutes jusqu'à l'atteinte d'une sédation et d'un soulagement adéquats.</li> <li>• Une fois l'objectif visé atteint, deux évaluations quotidiennes approfondies sont requises, alors qu'une surveillance régulière complémentaire doit est assurée afin de repérer tout changement dans l'état de la personne sous SPC.</li> </ul> <p>▶ Concernant les voies sublinguale ou transmucoale, les membres du comité consultatif jugent qu'il s'agit de voies d'administration difficiles à utiliser pour des professionnels non expérimentés. De plus, ils considèrent que ne sont pas des voies compatibles avec une sédation de plusieurs jours du fait qu'elles nécessitent des soins de bouche fréquents et que l'absorption du produit peut être plus aléatoire. Ils ajoutent que l'administration par voie sublinguale n'est pas possible lorsque la personne est inconsciente et que la sécheresse buccale amène une difficulté supplémentaire à l'administration par la voie transmucoale. Ces voies pourraient cependant être utilisées par des professionnels expérimentés, pour la dose initiale de traitement lorsque le patient est encore éveillé ou pour dépanner dans certaines situations exceptionnelles, en particulier à domicile, en attendant d'avoir accès à une voie SC ou IV.</p> <p>La modification n'est donc pas retenue dans le PMN mais ces voies ne sont pas contre-indiquées.</p> <p>▶ Concernant la dose de lorazépam à laquelle l'ajout d'une molécule devrait être envisagée, le guide de l'APES suggère d'ajouter un agent sédatif lorsqu'une dose de 2 mg SC aux 4 heures ne suffit pas. Les membres du comité consultatif sont en accord avec ces recommandations et aucune modification n'a été faite.</p> <p>▶ Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'information sur les doses efficaces moyennes n'est plus pertinente dans le contexte où ils suggèrent d'utiliser un dosage efficace dès le début de la SPC, plutôt que de débiter à une faible dose et titrer lentement. Cette colonne a donc été retirée du tableau.</p> <p>▶ En accord avec le comité consultatif, la dose de phénobarbital à partir de laquelle l'ajout d'une molécule devrait être envisagé a été modifiée pour la dose suivante :</p> <p><b><u>120 mg aux 6 heures (480 mg/24h)</u></b></p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 3 : Information à transmettre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>cf commentaires dans guide et normes de décembre: mieux présenter et plus précisément: pt-proches-équipe avant-pendant-après SPC</i></li> <li>▶ <i>Milieu de vie ?</i></li> <li>▶ <i>J'aurais tendance à joindre quelques référents reconnus : leurs CISSS et CIUSSS ; L'APPUI ; Palli-science et l'AQSP. Liens plus précis</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Voir réponse au commentaire 1.1</li> <li>▶ La modification suggérée a été apportée dans le document.</li> <li>▶ Le PMN réfère par le biais d'hyperliens cliquables à plusieurs ressources disponibles sur le site de Palli-Sciences ainsi qu'un guide pour les proches aidants (CIUSSS MCQ) en accord avec les membres du comité consultatif, y compris les proches aidants et la patiente partenaire. Aucune modification n'a donc été apportée.</li> </ul>
<p>Section 4 : Suivi</p> <p>- <u>Commentaires en lien avec la collaboration interprofessionnelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>En premier lieu: accès au travail de collaboration médico-nursing 24/7</i></li> </ul> <p>Autre commentaire sur ce thème dans le rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « ... c'est le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui ont la responsabilité d'instaurer l'administration de la sédation palliative. » : d'où l'ajout proposé au suivi du PMN en 1er lieu: <i>collaboration md-inf.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les énoncés suivants ont été ajoutés dans la section « Suivi » du PMN :  <b><u>* Il est primordial de souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans ce processus.</u></b>   <b><u>*À domicile, s'assurer qu'un soutien médical/infirmier expérimenté est joignable par téléphone en tout temps (24 heures par jour, 7 jours par semaine) et capable d'intervenir en présence au besoin.</u></b></li> </ul>
<p>- <u>Commentaires en lien avec la définition du niveau de sédation visé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Comment savoir si la sédation est adéquate pour un cas précis si le niveau de sédation n'est pas précisé préalablement. SPC ne veut pas dire pour tous, RASS -5 à atteindre. Il y a ici une question de respect du choix du patient et donc un aspect éthique à considérer.</i></li> <li>▶ <i>Question : Si une personne me demande d'être mise sous sédation, mais à -3 sur l'échelle de RASS, je ne la considère pas en sédation? et je n'ai pas besoin d'utiliser le protocole. Est-ce bien cela? Si tel est le cas, il risque d'y avoir interprétations diverses sur le protocole, son utilité et son utilisation. Selon moi, la visée d'une sédation moindre demeure la visée d'une sédation avec les enjeux éthiques que cela comporte. Le protocole permet de guider vers une bonne pratique. Voilà pourquoi je crois pertinent d'inscrire précocement dans le protocole, la notion de niveau de sédation. Il s'agit d'un élément essentiel du choix de traitement de la personne malade ou de son substitut légal. Enjeu déontologique et éthique</i></li> </ul> <p>Autres commentaires sur ce thème dans le rapport :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le terme sédation adéquate fait référence à l'objectif de traitement détaillé à la section 2.1, qui est de soulager le ou les symptômes réfractaires repérés en induisant une sédation profonde.</li> </ul> <p>Cependant, la définition suivante de la SPC a été ajoutée au début du PMN afin de clarifier le niveau de sédation visé :</p> <p>« Dans tout le document, l'utilisation des termes <i>sédation palliative continue (SPC)</i> fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne. »</p> <p>Au sujet du pointage visé sur l'échelle RASS, voir la réponse au commentaire 1.4.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>le mot « adéquate » ne me semble pas assez précis. Adéquate pour qui? qui décide ce qui est recherché? il y a, selon moi, dans le texte, un paradigme que je ne partage pas soit celui d'affirmer comme un absolu le fait qu'une sédation palliative continue doit être une sédation profonde avec RASS à -4 -5...Ou il y a un contexte que je ne connais/comprends pas! Si nous nous référons à la définition acceptée (de façon consensuelle) de la SPC également acceptée par le comité consultatif, nous ne pouvons affirmer que si un patient souhaite être sous sédation, il souhaite systématiquement l'atteinte d'une sédation profonde (-4 -5), bien que la très grande majorité des cas, c'est ce qui est souhaité et donc recherché et donc considéré comme « adéquat ». Pour des considération déontologiques et éthiques, si le patient souhaite une sédation continue, en contexte de sp, de niveau -3 au RASS, et qu'il se dit/ semble confortable, la sédation est adéquate.</i></li> <li>▶ <i>cf. commentaire antérieur sur « adéquate ». Le comité consultatif est d'accords avec cette définition mais la contredit en affirmant qu'il ne s'agit pas d'abaisser le niveau de conscience mais de l'abaisser à -4 -5 (RASS), peu importe la volonté de la personne (tension éthique) Aussi, dans le PMN, les définitions doivent être claires et précises et se retrouver en début de protocole.</i></li> </ul>	
<p><i>- Commentaires en lien avec la fréquence des suivis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Netement insuffisant pour moi: suivi des effets secondaires et du maintien de la visée justifie de notifier au dossier aux 4 h idéalement</i></li> <li>▶ <i>Nettement insuffisant...on nivelle par le bas la qualité d'un soin jugé d'exception ou de dernier recours en sp! Ça n'a pas de sens! Si en plus nous n'avons pas de professionnel pour évaluer, comment s'assurer que des signes suggestifs d'effets secondaires en installation ou de complications soient détectés et corrigés?</i></li> </ul> <p><i>Autres commentaires sur ce thème dans le rapport :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>« Par ailleurs, le témoignage des proches aidants et des patients partenaires consultés au cours de ce projet a permis de constater l'impact négatif qu'un manque d'informations, de communication et de soutien peut avoir sur le proche aidant » : Tout à fait. C'est également un argument en faveur d'un minimum de 3 évaluations/24h: réassurance, soutien et communication continue sur l'état de la situation...on gagne du temps en le faisant de cette façon</i></li> <li>▶ <i>Ces éléments militent en faveur d'une évaluation aux 8h <b>minimalement</b>, dans un contexte de bonne pratique, selon moi. Les évaluations 3/24h permettent également de rejoindre l'objectif important de la communication de l'état des lieux aux proches, trop svr négligée, et qui pourtant peut s'avérer un élément de qualité de soins et de collaboration par excellence.</i></li> <li>▶ <i>Non pour moi. Re: commentaire précédent + évaluation précoce des effets secondaires et complications bcp plus difficile pour suivi de qualité</i></li> </ul>	<p>La fréquence des évaluations indiquée dans le PMN est une fréquence minimale nécessaire pour assurer un suivi sécuritaire et qui tient compte des limites de disponibilité des ressources. Il s'agit des évaluations formelles de l'état de sédation et du soulagement de la douleur. En établissement ou MSP, selon un membre du comité consultatif, les patients ne sont pas souvent seuls. Dans les faits les patients sous sédation sont quasiment en suivi constant. Cette section a été retravaillée pour mieux distinguer les évaluations formelles requises (minimalement deux fois par jour) de la surveillance régulière qui assure que tout changement de l'état du patient va être repéré rapidement. Le comité est en accord avec l'ajout de l'énoncé suivant :</p> <p><b><u>Assurer une surveillance régulière de la personne sous SPC, par l'équipe interprofessionnelle ou les proches aidants, selon le milieu, afin de repérer rapidement tout changement dans son état (p. ex. apparition d'effets médicamenteux indésirables, de signes d'inconforts ou d'éveil, ou de complications).</u></b></p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p data-bbox="346 246 667 272"><b>B. RAPPORT EN SOUTIEN</b></p> <p data-bbox="203 313 394 339">Section : Résumé</p> <ul data-bbox="258 370 1117 862" style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>actuellement, dans plusieurs milieux, on préfère ne pas mettre en SPC un patient en raison des exigences organisationnelles et éthique (ressources insuffisantes pour une pratique exemplaire?/ est-ce que je peux vraiment mettre en spc ce pt?/ est-ce que j'interprète bien ce que signifie « phase terminal »?/ On dit que c'est pour un Px de 2 semaines... ou moins???) Plusieurs fois j'ai entendu des collègues me mentionner que c'est plus difficile d'obtenir la SPC que l'AMM pour un patient.(et c'était avant que le critère de fin de vie ne soit retiré). Il serait intéressant de minimalement harmoniser les critères avec la 1ère version du guide de l'AMM soit (après options thérapeutiques): Retirer phase avec terminale et 2 semaines par la terminologie suivante du guide de l'AMM : « chez une personne majeure, en fin de vie, atteinte d'une maladie grave et incurable et dont sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Cette personne éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. Cela permettrait plus de confort pour exercer le jugement clinique en équipe ... Ou simplement toujours utiliser pt dont le pronostic vital est compromis.</i></li> </ul> <p data-bbox="203 891 1100 943">Autres commentaires dans le rapport en lien avec <u>la définition de la situation clinique et le critère de pronostic vital</u>:</p> <ul data-bbox="258 946 1117 1408" style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>cf commentaires précédents: Px vs AMM vs accessibilité possiblement diminuée de la SPC</i></li> <li>▶ <i>Cf commentaires précédent. Nous devrions parler, selon moi, seulement de pronostic de survie limité avec déclin marqué et progressif...et laisser le Px estimé de 2 semaines, qui est, au regard de plusieurs experts, difficilement précis. Le jugement clinique serait alors, avec le descriptif de la condition, les éléments décisionnels</i></li> <li>▶ <i>Commentaire similaire : s'il est trop difficile, est-ce possible de retirer le délai de 2 semaines ? et de délibérément ne pas mettre de temps sur le jugement clinique en lien avec le pronostic vital ???</i></li> <li>▶ <i>Nous devons garder en tête le dilemme des clientèles pouvant recevoir l'AMM, avec souffrance intolérables et réfractaires mais qui n'ont pas accès à la SPC telle que définie dans le texte...même si elle le souhaite. Ceci explique en partie les pratiques svt rencontrées de prescrire des molécules pour la sédation sans rigoureusement appliquer le protocole sur la SPC</i></li> <li>▶ <i>ceci peut laisser à penser à un accès tardif à la SPC dans certains cas...? (évidemment pas dans les milieux spécialisés comme les MSP par exemple)</i></li> </ul>	<p data-bbox="1144 313 2039 394">En accord avec la proposition et avec les membres du comité consultatif, la notion de maladie en phase terminale a été retirée de la situation clinique et remplacée par <b><u>en fin de vie</u></b>.</p> <p data-bbox="1144 423 2049 695">Le critère du pronostic vital de 2 semaines a été longuement débattu en comité consultatif du fait de l'incertitude associée à son évaluation. Le caractère stricte associé à la notion de « 2 semaines » avait toutefois été assoupli en conservant la notion de « 2 semaines » comme une balise générale. Étant donné que la formulation proposée ne semble pas suggérer assez clairement cette nuance, le critère de 2 semaines a été enlevé du PMN, en accord avec le Collège des Médecins. Le guide du Collège va être mis à jour prochainement afin de clarifier les nuances associées au pronostic vital et des discussions sont en cours afin de rendre disponibles les deux documents au même endroit. L'énoncé a donc été remplacé par le suivant :</p> <p data-bbox="1163 724 1671 750"><i>Dont le pronostic vital est limité <b><u>ou compromis</u></b></i></p> <p data-bbox="1144 779 2043 886">La possibilité d'harmoniser les critères avec le guide de l'AMM a été discutée en comité mais les membres n'étaient pas en accord avec cette modification par crainte de créer une certaine confusion si les mêmes critères étaient utilisés pour les deux interventions.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><i>cf mes commentaires antérieurs sur les craintes des soignants p/r interprétation et contexte. Les références ou appels pour des infos sur la SPC pour des patients suivis par des soignants moins familiers avec les sp et la spc nous rappelle que c'est trop svt tardif!</i></p>	
<p>Section 1.2.2 : Sélection des documents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Suggestion : changer pour milieu de vie ou ajouter domicile, RPA et CHSLD bien que pour ce dernier, il est à la fois milieu de vie et milieu de soin</i></li> </ul>	<p>Comme suggéré la mention à <i>domicile</i> a été modifiée par <i>milieu de vie</i> dans tout le document.</p>
<p>Section 2.2.1 : Définitions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Comment pourrions-nous rendre disponible ces définitions de base qui ne sont pas toutes intégrées chez les soignants moins expérimentés ? annexe?Hyperliens? définitions précises en début du PMN? et c'est svt le fruit de confusion...</i></li> <li>▶ <i>Je ne comprends pas cette posture initiale pour un protocole de spc! voici le coeur des problèmes d'interprétations les plus svt rencontrés: l'objectif visé...C'est aussi là que certains dilemmes éthiques peuvent survenir ou/et des pratiques sous optimales. Ex:« inutile de débiter une sédation, le pt est anxieux et agité, on va prescrire pour qu'il se calme...et il finit par dormir » Et on pèse sur le crayon sans avoir discuté avec le patient de son souhait véritable: diminuer l'anxiété en acceptant des périodes de sommeil secondaires ou dormir comme visée de soin? l'objectif visé n'est pas le même; la Tx ne sera pas la même, même si ce pourrait être les même molécules; le processus et la préparation ne sont pas les mêmes et le suivi (monitoring) ne sera pas le même. Les enjeux éthiques liés à la communication par exemple, ne seront pas les mêmes...notion de bienveillance, de non-malveillance et de respect du choix du patient sont ici au centre de la question de l'objectif recherché par LE PATIENT.</i></li> <li>▶ <i>cf commentaire précédent...d'où l'importance de joindre les définitions claires et précises. Par ailleurs le patient pourrait vouloir une sédation continue palliative. Et si le niveau -3 maîtrise ses symptômes et répond à son objectif de confort, selon le paradigme du comité consultatif, il ne serait pas en SPC même si nous appliquons tout le processus de la SPC et que nous nous assurons qu'il demeure dans cet état altéré du sommeil jusqu'à sa mort...???</i></li> <li>▶ <i>« Le présent rapport n'abordera que la sédation palliative continue en fin de vie pour laquelle une sédation profonde est visée » : C'est dommage. Ma crainte est que certains patients n'auront pas droit à la SPC selon lors besoin et souhait de tous ordres (physiques, psycho, culturel etc...)</i></li> </ul> <p>Autres commentaires dans le rapport en lien avec <u>la définition de la SPC et l'objectif de traitement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>« À cet égard, les membres du comité consultatif précisent que pour rencontrer cet objectif, la sédation palliative devrait être profonde ... » : Je ne suis pas personnellement d'accord avec cette affirmation bien qu'elle est réelle pour la majorité des</i></li> </ul>	<p>La définition suivante de la SPC a été ajoutée au début du PMN :</p> <p><i>« Dans tout le document, l'utilisation des termes sédation palliative continue (SPC) fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne. »</i></p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>situations. Elle ne devrait donc pas, selon moi, être exprimé comme un absolu. Où est le patient dans cette posture ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► Oui le -3 n'est pas souvent l'objectif du soin. Doit-il pour autant être exclu du processus que nous nommons SPC ? si c'est la volonté du patient/ses proches répondants ???</li> </ul>	
<p>Section 2.2.2 Définition de la situation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► « ... une évaluation complète et une gestion avancée des symptômes doivent être effectuées en consultation avec un médecin expérimenté en soins palliatifs » : <i>Devrait apparaître dans le PMN.</i></li> </ul>	<p>En accord avec le comité consultatif, la suggestion de consulter une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs a été ajoutée comme première directive de la section <b>Lorsqu'une SPC est envisagée</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► <b><u>La consultation d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus.</u></b></li> </ul>
<p>Section 2.2.3 : Contre-indications à l'application du protocole médical national</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► <i>Est-ce alors qu'implicitement cela signifie le respect des indications et critères associés ? ex: âge, le consentement éclairé, etc...</i></li> </ul>	<p>Les membres du comité consultatif considèrent qu'il n'existe pas de contre-indication absolue à l'application du protocole. Cela signifie en effet implicitement que les critères énoncés dans la situation clinique doivent être rencontrés ainsi que l'obtention du consentement comme l'exige la Loi.</p>
<p>Section 2.2.4.1 Obtention du consentement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► « ...la prise en compte des diversités culturelles... » : <i>devrait être explicitement indiqué dans le PMN (cf note sur PMN)</i></li> </ul>	<p>Cet élément précisé dans le rapport est suggéré implicitement dans le PMN grâce à la modification suivante qui donne comme directive de tenir compte des éléments éthiques en référant au guide d'exercice :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► <i>S'assurer de respecter les éléments <b>éthiques</b>, cliniques et le processus décisionnel décrits dans le <a href="#">guide d'exercice québécois sur la sédation palliative du CMQ-SQMDSP</a></i></li> </ul> <p>D'autre part, la section de suivi mentionne de considérer les aspects psychologiques et spirituels de la personne ou de son proche aidant.</p>
<p>Section 2.2.6.3.1 Benzodiazépines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► « L'APES souligne par ailleurs que l'administration prolongée du midazolam (24-48 heures) peut provoquer une accumulation du médicament » : <i>cette info ne devrait-elle pas figurer dans le PMN ???</i></li> </ul>	<p>Les membres du comité consultatif sont d'avis que ce phénomène d'accumulation ne représente pas une préoccupation majeure dans un contexte de sédation profonde.</p>
<p>Section 2.2.6.4 Posologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► <i>Dans le PMN, je propose d'ajouter explicitement les doses recommandées pour débuter la sédation si naïf à la molécule ou à sa classe et maintenir l'avis de considération de profil pharmaco initial (majoration des doses) et condition du pt (accumulation, effets sec...)</i></li> </ul>	<p>Afin de mieux tenir compte de l'ensemble de l'histoire du patient dans le choix de la posologie initiale, l'énoncé suivant a été ajouté dans le PMN au-dessus du tableau de posologies :</p> <p><b><i>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale. Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses proches de la valeur inférieure de</i></b></p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><i>l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus proches de la valeur supérieure.</i></p>
<p>Section 2.2.7 : Information à transmettre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « Ainsi, la personne (ou celle qui peut consentir aux soins pour elle) doit, entre autres, être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation » : <i>Je me questionne sur le phrasé...Peut-être que cela est correct mais ... Il me semble que la décision de débiter une SPC devrait se maintenir jusqu'au décès. Cela me semble très clair. Mais la SPC n'est pas un soin qu'on ne peut cesser bien que cela ne soit pas souhaitable et aucunement recommandé</i></li> </ul>	<p>Cette phrase du rapport cite textuellement la Loi concernant les soins de fin de vie dans la section qui concerne la sédation palliative continue.</p>
<p>Section 2.2.8 Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Dans un document de l'INESSS nous devons viser l'excellence, selon moi. Avant de débiter une SPC, il faut planifier et analyser les possibles et mettre en place les conditions nécessaires pour un bon soin, le cas échéant. Sinon, il doit y avoir une discussion avec le pt et ses proches afin d'évaluer si les obstacles sont incontournables ou pas et si une deuxième option doit être envisagée par la personne malade et ses proches. Ex : avant un suivi à domicile, on s'assure des services du CLSC-GMF-SAD 24/7-présence d'un md faisant des vad + contexte socio-familial, etc... Si les ressources ne sont pas au rendez-vous, il faut s'assurer que le patient reçoive les meilleurs soins au meilleurs endroit possible et non diminuer les services nécessaires parce qu'ils ne sont pas disponibles !</i></li> </ul>	<p>Dans la section <i>Lorsqu'une SPC est envisagée</i>, la directive suivante vise précisément à s'assurer de la disponibilité des ressources nécessaires :</p> <p>Si la personne souhaite recevoir la sédation palliative en milieu de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ S'assurer de la disponibilité des ressources (professionnelles, matérielles et techniques) ainsi que d'un soutien téléphonique médical/infirmier disponible en tout temps et capable d'intervenir en temps opportun si la situation se détériore.</li> </ul> <p>La directive suivante a également été déplacée au début de cette même section pour mettre l'emphase sur l'importance des discussions avant de débiter la SPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b><u>Impliquer le proche aidant, le cas échéant, dès que possible dans les discussions avec la personne qui sera placée sous SPC, y compris le choix du milieu de soins</u></b></li> </ul>
<p>Section : Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je me questionne pourquoi le degré de sédation moindre est associé à la SPI ??? Cette section du texte confirme les confusions des définitions et l'importance, dans le début du document, de définir les termes SPC/SPI/état de sédation secondaire ou effet secondaire de la médication. Ainsi que : les principes sous-jacents aux choix des soins (aspects législatifs, déontologiques et éthiques)</i></li> </ul>	<p>Pour clarifier la situation, les éléments suivants apparaissent au début de la section « Résultats » du rapport en soutien aux travaux :</p> <p>« La SPI implique des périodes d'éveil entrecoupant les périodes de sédation (qui peuvent varier de quelques heures à quelques jours selon le document de l'APES), Les membres du comité consultatif mentionnent toutefois que certains milieux réfèrent à la sédation palliative intermittente en parlant de sédation à visée anxiolytique, qui a pour but de traiter un symptôme, et donc à visée curative et non palliative. Ils ajoutent par ailleurs que l'objectif de traitement ne serait pas le même que la SPC, c'est-à-dire qu'il ne viserait pas une sédation profonde et continue</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>jusqu'au décès, mais viserait plutôt à soulager le symptôme observé tout en minimisant le niveau de sédation obtenu. De plus, ils soulignent qu'il existe une certaine confusion sur le terrain avec les termes « continue » et « intermittente » utilisés pour qualifier le type de sédation palliative, certaines personnes comprenant plutôt que cela fait référence au mode d'administration des médicaments, ce qui n'est pas le cas : une personne peut ainsi recevoir ses médicaments autant en doses intermittentes qu'en doses continues lors d'une sédation palliative continue (SPC). Plusieurs membres du comité consultatif ajoutent que des périodes d'éveil peuvent être planifiées dans des situations particulières en amont d'une SPC, notamment pour des personnes qui ne souhaitent pas d'emblée être sous sédation de manière définitive. Ainsi, ils précisent que dans certaines situations, une sédation palliative intermittente ou une sédation palliative modérée (RASS -2 ou -3) pourraient être appropriées et une transition vers la SPC pourrait être effectuée au besoin. »</p>
<p><b>3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b></p>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse : 7/10</b></p>	<p>S.O.</p>
<p><b>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b></p>	
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Les professionnels soignants (médecins et personnel infirmier et tous les types de professionnels constituant les équipes de soins palliatifs) ainsi que les gestionnaires-décideurs, pour tous les milieux de soins. Un document destiné aux personnes malades et leurs proches aidants devrait être accessible, en parallèle. En général, les milieux spécialisés ont des documents « maison » pour expliquer les soins particuliers tels que l'AMM, la SPC, le protocole de détresse ou l'Agonie.</i></p>	<p>Le PMN réfère à plusieurs ressources disponibles notamment un guide qui porte sur les soins palliatifs et de fin de vie destiné aux proches aidants (CIUSSS MCQ).</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
LECTEUR EXTERNE #2	
5. CONTENU GÉNÉRAL	
<p>5.1. Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui le gabarit général utilisé dans les protocoles de l'INESSS est respecté</i>  <i>La présentation est agréable à lire</i>  <i>Il manque en tout début je crois la définition claire et précise de la SPC. C'est ce qui concerne ce protocole particulier et il y a 2 sections qui m'apparaissent moins claires et à retravailler.</i>  <u>La section 2.6 Posologie :</u> <i>Le tableau est la partie du dernier guide clinique produit en 2016 qui a été le plus souvent critiqué par les médecins moins expérimentés en soins palliatifs car pas assez précis surtout en ce qui concerne les doses de départ.</i>  <u>La section 3 Information à transmettre :</u> <i>La présentation pourrait-être améliorée</i>  <i>Cette section semble s'adresser uniquement à la clientèle à domicile</i>  <i>Le tableau aurait avantage à être organisé en 3 parties</i>  I) <i>Informations générales à transmettre avant de débiter la SPC</i>  II) <i>Informations à transmettre pendant le suivi de la personne sous SPC</i>  III) <i>Informations particulières pour le proche aidant dans le contexte d'une SPC en milieu de vie</i></p>	<p>La définition suivante de la SPC a été ajoutée au début du PMN :</p> <p><i>« Dans tout le document, l'utilisation des termes sédation palliative continue (SPC) fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne. »</i></p> <p>La section 2.6 a été retravaillée afin de tenir compte de tous les commentaires des lecteurs externes ainsi que des guides sélectionnés. Une rencontre avec le comité consultatif a permis de valider les changements apportés et clarifier plusieurs points en particulier notamment en ce qui concerne les doses de départ et les intervalles d'administration entre les doses intermittentes (voir réponses aux commentaires section 2.6 du rapport en soutien).</p> <p>La section 3 a également été retravaillée afin de tenir compte au mieux de ces commentaires. En effet les informations à transmettre ont été recatégorisées en deux sections :</p> <p>III) <i>Avant d'amorcer la SPC</i>  IV) <i>Dès l'amorce et tout au long du processus</i></p>
<p>1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui parfaitement</i></p>	<p>s.o.</p>
<p>1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ?</p> <p><b>Réponse :</b>  I) <i>Oui le protocole est applicable dans la mesure où l'équipe soignante qui l'applique détient les compétences et les connaissances pour le faire. La SPC demeure un soin particulier qui exige au-delà du suivi d'un « protocole » une approche humaine et professionnelle très précise. Une SPC débutée alors que l'équipe manque d'expérience peut être catastrophique et traumatisante pour les proches. Je crois qu'il devrait y avoir une section en tout début qui fait une « mise en garde » du genre « Il est fortement suggéré de consulter les professionnels (médecins, infirmières minimalement) détenant une expertise en soins palliatifs si vous envisagez de débiter une SPC et que vous détenez peu d'expérience en soins palliatifs. »</i></p>	<p>I) Après discussion avec les membres du comité consultatif, l'énoncé suivant a été ajouté comme première directive de la section <b>Lorsqu'une SPC est envisagée :</b></p> <p>► <b><u>La consultation d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus.</u></b></p> <p>II) L'intérêt de l'échelle CPOT a été questionné en comité consultatif. Bien que peu utilisée à l'heure actuelle, plusieurs membres ont mentionné qu'il pouvait</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><i>Il y a une (ou des) équipe de garde en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec qui se fera un plaisir d'accompagner les soignants peu expérimentés. « Protocoler » la SPC est un énorme défi car il y a beaucoup de « cas particuliers ».</i></p> <p><i>II) Je questionne l'utilisation de l'échelle CPOT (voir mes commentaires directement sur le PMN)</i></p>	<p>s'agir d'un outil pertinent surtout pour des infirmières qui seraient moins habituées aux soins de fin de vie et ils proposent de l'indiquer en exemple. En effet, cette échelle s'appuie sur les principaux éléments à observer et documenter lors du suivi d'une personne sous sédation palliative pour évaluer le confort tout en étant simple d'utilisation. Selon un membre, il y aurait une valeur ajoutée à l'utiliser également pour des infirmières expérimentées afin d'orienter l'évaluation de manière plus objective.</p> <p>En accord avec le comité consultatif, l'échelle NCS a été ajoutée comme grille d'évaluation du soulagement de la douleur que l'équipe interprofessionnelle peut utiliser lors du suivi de la personne sous SPC. La grille a été ajoutée en Annexe du PMN.</p>
<p>1.7. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Ils sont présents mais pas « tous »</i></p> <p><i>Les plus grands enjeux actuels sont bien différents des enjeux de 2014 et 2016 lors de la rédaction des derniers guides cliniques et ils ne sont pas clairement énoncés dans les réflexions je crois</i></p> <p><u><i>Enjeux No 1) La compréhension de la définition de la SPC</i></u>  <i>La SPC est mal comprise des soignants en particulier des médecins incluant les médecins pratiquant en soins palliatifs. Cette mauvaise compréhension a mené à une « sous déclaration » importante des SPC faites au Québec malheureusement. La décision d'endormir une personne dans un sommeil profond jusqu'à son décès pour la soulager d'une souffrance doit-être déclarée au terme de la loi actuelle. Plusieurs médecins la déclare seulement si elle est demandée par le patient par exemple. Je crois que cette question pourrait être plus clairement abordée.</i></p> <p><u><i>Enjeux No 2) Le pronostic estimé de 2 semaines</i></u>  <i>L'évaluation du pronostic court est un enjeu majeur dans la décision de débuter ou non une SPC. Cependant s'il y a une incertitude quant au pronostic cela n'est pas une contre-indication absolue à la SPC. C'est un sujet difficile à expliquer par écrit j'apprécierai si cela vous est possible de discuter avec vous de cette question.</i></p> <p><u><i>Enjeux No 3) L'accès à l'AMM...</i></u>  <i>L'induction de la SPC doit-être bien faite et rapide. Le contexte d'AMM présent au Québec depuis bientôt 7 ans a modifié la pratique de la SPC pour plusieurs cliniciens. La SPC doit-être complète et efficace rapidement ou cela induit de grandes souffrances chez les proches et les soignants et des demandes d'AMM impossible à accepter car la personne est incapable de consentir. Il n'est question</i></p>	<p><u><i>Enjeu No 1) La compréhension de la définition de la SPC</i></u></p> <p>Les membres du comité consultatif ont soulevé à plusieurs reprises la confusion qui existe sur le terrain au sujet des différents types de sédation palliative. Afin d'assurer une meilleure compréhension et une application commune du PMN, le PMN ainsi que le rapport en soutien n'abordent que la sédation palliative continue en fin de vie dont la définition a été ajoutée dans le PMN (voir réponse à la question 1.1). La SPC ainsi définie est soumise à une obligation légale de déclaration comme indiqué dans les 2 documents. Cependant, l'énoncé concernant la déclaration a été modifié dans le PMN afin d'indiquer plus clairement l'obligation de déclaration :</p> <p><i>L'administration de la SPC <b>doit être déclarée</b> aux responsables suivants, conformément aux dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie, en utilisant le formulaire de déclaration :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Si le prescripteur exerce en établissement : au CMDP de l'établissement</i></li> <li>▶ <i>Si le prescripteur exerce hors-établissement : au CMQ.</i></li> </ul> <p><u><i>Enjeu No 2) Le pronostic estimé de 2 semaines</i></u></p> <p>Le critère du pronostic vital de 2 semaines a été longuement débattu en comité consultatif du fait de l'incertitude associée à son évaluation. Le caractère stricte associé à la notion de « 2 semaines » avait toutefois été assoupli en conservant la notion de « 2 semaines » comme une balise générale. Étant donné que la formulation proposée ne semble pas suggérer assez clairement cette nuance, le critère de 2 semaines a été enlevé du PMN, après consultation auprès de</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><i>de cela dans aucun guide malheureusement et cela ne fait référence à aucune « donnée probantes » mais fait partie du quotidien dans les dernières années. La section 2.6 (le tableau) devrait être révisé en tenant compte de cet enjeu.</i></p>	<p>représentants du Collège des médecins du Québec, le PMN actuel faisant déjà référence au guide d'exercice québécois pour cette évaluation. Par ailleurs, le guide du Collège devrait être mis à jour prochainement afin de clarifier les nuances associées au pronostic vital. L'énoncé a donc été remplacé par le suivant :</p> <p><i>Dont le pronostic vital est limité <b>ou compromis</b>.</i></p> <p>De plus, dans les principes de traitement, la première directive qui mentionnait qu'une SPC ne devrait <b>généralement</b> pas être initiée si une période de sédation supérieure à 2 semaines est anticipée a été supprimée du PMN afin de laisser place au jugement clinique.</p> <p><u><i>Enjeu No 3) L'accès à l'AMM...</i></u></p> <p>L'enjeu de soulager rapidement et de façon adéquate la personne sous SPC est la préoccupation principale des membres du comité consultatif et un des objectifs majeurs du PMN. L'algorithme de traitement accompagné du tableau de posologie visent à soutenir le clinicien dans le but de répondre à ce besoin. Afin de bien clarifier ce point et de mieux outiller les utilisateurs du protocole dans le choix du dosage initial, l'énoncé suivant a été ajouté au-dessus du tableau de posologies :</p> <p><b><u><i>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale.</i></u></b></p> <p>L'énoncé de l'objectif de traitement a également été modifié afin de tenir compte de la nécessité d'atteindre un soulagement complet rapidement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Soulager, <b>de manière rapide et complète</b>, le ou les symptômes réfractaires repérés en induisant une sédation profonde et continue, donc qui va être maintenue jusqu'au décès de la personne.</i></li> </ul>
<p>1.8. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui mais il exigera un tutoriel important à mon avis et peut-être l'ajout de quelques annexes (voir commentaires directement dans le PMN)</i></p>	<p>L'INESSS va produire un tutoriel, publié en ligne, pour faciliter l'application et la compréhension du PMN. Dans ce tutoriel, 2 ou 3 cas cliniques seront présentés pour amener l'utilisateur à parcourir le PMN et pour passer certains des messages les plus importants du PMN.</p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.9. Les références sont-elles d'actualité ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui elles sont excellentes.</i></p>	<p>S.O.</p>
<p><b>6. CONTENU SPÉCIFIQUE</b></p>	
<p><b>C. PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)</b></p>	
<p>Section : Titre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>La définition de la SPC doit être inscrite sur le PMN Il est question ici d'un protocole pour la sédation médicale continue profonde malheureusement plusieurs médecins la confondent encore</i></li> </ul>	<p>Voir réponses aux commentaires 1.1 et 1.4.</p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Situation clinique ET clientèle, et non « ou »</i></li> </ul>	<p>Ce titre de section fait partie du gabarit de PMN standard qui répond à certaines normes ne pouvant être modifiées. Par ailleurs, l'utilisation du « OU » inclut la notion du « ET ».</p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>soit la clientèle avec NIM objectif D pour ceux qui les auront rédigés</i></li> </ul>	<p>Bien que la prise en charge subséquente soit cohérente avec le niveau de soins D, les membres du comité consultatif évoquent la difficulté de définir le caractère terminal de la condition médicale par un niveau de soins, puisque dans certains cas, ce choix n'a pas été officiellement exprimé par la personne même si les traitements reçus correspondent à ce niveau de soin, notamment en raison de la difficulté pour la personne ou pour la famille d'accepter la situation.</p> <p>En accord avec la proposition et avec les membres du comité consultatif, la notion de maladie en phase terminale a toutefois été retirée de la situation clinique et remplacée par <i>en fin de vie</i> et une référence au niveau de soin a été ajouté en note de bas de page :</p> <p><b><u>Correspond habituellement à un niveau de soins D si documenté.</u></b></p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je remplacerais partout le mot évalué par le mot estimé (sujet dont je souhaiterais discuter avec vous) Le 2 semaines est bcp remis en question cliniquement., car plusieurs médecins croient que la SPC est contre indiquée complètement s'il y a un doute quant au pronostic vital...ce qui n'est pas le cas, surtout depuis que l'AMM est offerte</i></li> </ul>	<p>Voir réponse au commentaire 1.4.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section : Directives ► <i>j'ajouterais comme c'est le 1 er endroit où il en est question ...du CMQ-SQMDS 2016</i>	La modification suggérée a été apportée dans le document.
Section : Directives ► <i>Domicile doit-être remplacé par « milieu de vie » chaque fois qu'il en est question car le CHSLD, la RPA doit rencontrer les mêmes considérations</i>	La modification suggérée a été apportée dans le document.
Section : Directives ► <i>pas assez précis à mon avis car le soutien dont il est question est un soutien infirmier et médical 24/7 disponible pour les proches aidants</i>	La précision suggérée a été apportée dans le PMN dans cette section ainsi que dans la section 4.
Section : Directives ► <i>à chaque fois que vous utilisez le mot « la personne » <b>la personne sous SPC</b> serait plus précis je crois</i>	La modification suggérée a été apportée dans le document.
Section 1.1 : Histoire de santé ► <i>Je préciserais le traitement <b>pharmacologique</b> et je préciserais en quoi cette condition influence le choix de la molécule. Un soignant peu habitué à prescrire la SPC cherchera à comprendre pourquoi rechercher ses pathologies. Voici en commentaires des exemples :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ex : ajouter entre parenthèse (Favoriser telle molécule ou éviter telle classe de médicament)</i></li> <li>○ <i>Entre parenthèse Ex : Favoriser usage de BZD ou de barbiturique</i></li> <li>○ <i>Prudence avec la classe des antipsychotiques</i></li> </ul>	La modification concernant le traitement pharmacologique a été apportée dans le document.  Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. Par souci de simplicité, les références aux sections qui expliquent la pertinence de chacune des directives ou des conditions décrites ont été ajoutées entre parenthèses. Le rapport en soutien explique plus en détails la pertinence de rechercher chacune de ces pathologies (voir section 2.2.5.1).
Section 1.3 : Symptômes et signes ► <i>Je crois que ce point devrait être plus élaboré. La présence, la description, son évolution, ce qui a été tenté pour la soulager. Je ne connais aucun patient en fin de vie où il y a « absence » de souffrance...</i> ► <i>L'intensité de la souffrance est plus juste que le degré</i>	L'énoncé initialement proposé dans le PMN a été déplacé à la suite de la recherche des symptômes et a été modifié pour le suivant :  <b><u>Décrire ce ou ces symptômes, ainsi que l'intensité et la tolérabilité de la souffrance engendrée.</u></b>
Section 1.4 : Histoire thérapeutique ► <i>Même commentaire qu'en #9 préciser pourquoi se renseigner aiderait le clinicien moins expérimenté</i>	L'énoncé initialement proposé a été modifié afin de clarifier l'objectif de la démarche :  ► <b><u>Évaluer le caractère réfractaire du ou des symptômes repérés à la section 1.3 en se renseignant sur les essais thérapeutiques antérieurs destinés à soulager le ou les symptômes : ...</u></b>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b><u>Pour orienter le choix du traitement pharmacologique, se renseigner sur</u> : ...</b></li> </ul>
<p>Section 2.2 : Principes de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « <i>Devrait-être exceptionnelle</i> » on ne doit pas faire de cette proposition une contre-indication à une SPC alors que le pronostic est incertain. C'est le pronostic vital qui doit-être engagé à court terme le nombre de jours exactes étant très compliqué à établir. Il est possible exceptionnellement de faire une SPC « précoce » si la souffrance l'exige.</li> <li>▶ Donner des exemples de complications en bas de page peut-être</li> <li>▶ « <i>N'est pas recommandé</i> » très souvent utilisé en établissement, utiliser le mot « éviter » apparaît comme une contre-indication alors que ce n'est pas le cas. Je crois que ce paragraphe devrait être reformulé de façon moins stricte. Utiliser plutôt les mots privilégier, recommander, acceptable de...</li> <li>▶ Concernant l'énoncé : « Elle peut toutefois être utilisée conjointement à d'autres agents sédatifs en présence de râles bronchiques, d'embarras respiratoires, de sécrétions importantes ou si la sédation est inadéquate : Un « et » au lieu d'un « ou » peut-être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concernant le pronostic vital, voir la réponse au commentaire 1.4.</li> <li>▶ Des exemples de complications associées à une SPC qui dure plus de deux semaines ont été ajoutés dans le rapport en soutien : <i>rigidité de la personne, souffrance accrue à la mobilisation.</i></li> <li>▶ Les modifications suggérées concernant la formulation de certaines recommandations ont été apportées dans le document : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Deux agents de la même classe thérapeutique ne devraient pas être combinés.</i></li> <li>▶ <i>Lors de l'administration d'une combinaison de plusieurs agents, <b><u>l'administration de chaque agent dans une perfusion distincte</u></b> devrait être privilégiée...</i></li> </ul> </li> <li>▶ Concernant la scopolamine, bien que l'indication principale soit généralement les râles bronchiques, des membres du comité consultatif ont mentionné qu'il s'agit d'un agent sédatif souvent utilisé et pas seulement dans le cas de râles. Par conséquent, la recommandation laisse la possibilité de l'utiliser même en l'absence de râles.</li> </ul>
<p>Section 2.3 : Préalables, selon les situations cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je mettrais en annexe la section du guide qui parle de l'hydratation et de l'alimentation pour avoir le moins possible à chercher d'autres documents</i></li> </ul>	<p>Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. La pertinence de poursuivre l'hydratation et l'alimentation étant amplement discutée dans le guide d'exercice, une référence à ce document dans le PMN (par le biais d'un hyperlien cliquable) a été jugée suffisante par le comité consultatif et limite les risques d'incohérence entre les deux documents. Des discussions sont en cours afin de rendre disponibles le PMN et la mise à jour du guide d'exercice au même endroit et ainsi faciliter l'accès à ces deux documents complémentaires. Enfin, le rapport en soutien décrit également les positions des différents GPC retenus sur ce sujet (voir section 2.2.7).</p> <p>Aucune modification n'a donc été apportée aux documents.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.4 : Information générale visant le traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je remplacerais par « administration peu accessible hors établissement et sans accès à une équipe spécialisée en soins palliatifs. Certaines MSP ont accès au propofol par des ententes internes</i></li> </ul>	<p>L'énoncé initialement proposé dans le PMN a été modifié pour le suivant :</p> <p><i>Administration possible seulement en établissement <u>ou</u> dans un cadre spécialisé</i></p>
<p>Section 2.5 : Choix du traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je crois qu'il serait approprié de mentionner dans cette section qu'il est suggéré de consulter un médecin avec expertise en soins palliatifs pour initier la SPC cela éviterais ce qui doit-être évité à tout prix soit les transferts hospitaliers en toute fin de vie</i></li> <li>▶ <i>Très mauvais message à donner dans un guide avec le recul de la pandémie. Si une SPC est débuté dans un milieu de vie on doit ABSOLUMENT s'assurer que des soins compétents et que les proches aidants seront disponibles jusqu'au décès.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Une directive dans ce sens a été ajoutée au début du document. Voir réponse au commentaire 1.3</li> <li>▶ La raison d'inclure la possibilité d'un transfert en milieu hospitalier en dernier recours ne vise pas à permettre un accès à une expertise ou à répondre à une situation où les proches aidant ne seraient plus disponibles, mais à une situation où toutes les options thérapeutiques disponibles en milieu de vie sont épuisées et ne permettent pas/plus d'obtenir une sédation adéquate. Le transfert permettrait ainsi d'avoir accès par exemple au propofol ou au phénobarbital. Afin de clarifier ce point, l'énoncé initialement proposé dans le PMN a été modifié pour le suivant :</li> </ul> <p><b><u>Lorsqu'aucune autre option n'est disponible</u>, un transfert en milieu hospitalier pourrait <u>ultimement</u> être nécessaire pour les personnes qui reçoivent une sédation palliative continue en milieu de vie.</b></p>
<p>Section 2.6 Posologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Les dosages du tableau ne représentent pas la pratique clinique dont je suis témoin dans plusieurs milieux de soins</i></li> </ul> <p><i>Les dosages dans plusieurs cases sont de beaucoup inférieurs à la pratique clinique. C'est d'ailleurs le commentaire le plus fréquent reçu sur le dernier guide de pratique. Devrait-être discuté d'avantage avec un plus grand nombre de médecins exerçant les soins palliatifs à temps complet. Il serait intéressant de valider ce tableau. La SQMDSP pourrait collaborer à cette exercice en fournissant plusieurs experts À DISCUTER ENSEMBLE si possible avant publication.</i> <li>▶ <i>Concernant la dose maximale de méthotriméprazine : 50mg aux 4h est la dose moyenne et non maximale utilisé en SPC en pratique. Je me questionne sur ce maximum ??</i></li> <li>▶ <i>Les doses maximales sont indiquées à titre informatif. (Ajouter « des doses plus élevées peuvent être nécessaires et acceptables selon la situation clinique »)</i></li> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le tableau de posologies a été retravaillé afin de tenir compte de tous les commentaires des lecteurs externes ainsi que des documents retenus dans le cadre des travaux. Une rencontre avec le comité consultatif a permis de valider les changements apportés et clarifier plusieurs points en particulier certains dosages considérés trop faibles par plusieurs lecteurs externes, ainsi que certains intervalles d'administration pour les doses intermittentes qui étaient trop espacés dans le temps selon plusieurs membres du comité consultatif. Afin de mieux tenir compte de l'ensemble de l'histoire du patient dans le choix de la posologie initiale, l'énoncé suivant a été ajouté en début de section, au-dessus du tableau de posologies :</li> </ul> <p><b><i>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale. Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses proches de la valeur inférieure de l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus proches de la valeur supérieure.</i></b></p> <p>De plus, la prochaine étape de production des documents consiste à solliciter des futurs utilisateurs afin de vérifier la clarté, l'utilité du PMN et s'il est adapté à la</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>réalité du terrain. Cette étape se déroule sous la forme d'un sondage qui porte sur le PMN, incluant une question spécifique sur les posologies. Parmi les futurs utilisateurs qui ont accepté de participer, une dizaine de médecins de famille, dont plusieurs font partie du conseil d'administration de la SQMDSP, des infirmières et des pharmaciens, vont collaborer à cette étape de la production.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'information sur les doses efficaces moyennes n'est plus pertinente dans le contexte où ils suggèrent d'utiliser un dosage efficace dès le début de la SPC, plutôt que de débiter à une faible dose et titrer lentement. Cette colonne a donc été retirée du tableau.</li> <li>▶ L'énoncé suivant a été ajouté : <b><u>L'utilisation de doses plus élevées pourrait être nécessaire et acceptable dans certaines situations selon le jugement clinique.</u></b></li> </ul>
<p>Section 3 : Information à transmettre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Et l'équipe de soins pas un « ou »</i></li> <li>▶ <i>Contexte de « milieu de vie » les proches peuvent être impliqué par exemple en CHSLD</i></li> </ul>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.</p>
<p>Section 4 : Suivi de la personne sous SPC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je crois que la 1<sup>ère</sup> puce doit préciser « S'assurer d'un accès 24/7 téléphonique et en présence au besoin (médical et infirmier)</i></li> <li>▶ <i>Un protocole doit viser une pratique « exemplaire » donc je crois qu'en établissement, en CHSLD en MSP les patients sont visités minimum une fois par quart de travaille ...2 fois par jour est vraiment un suivi de domicile. Attention ce n'est pas un protocole seulement pour le domicile</i></li> <li>▶ <i>Il existe une grille de surveillance de la SPC qui pourrait être placée en annexe du protocole</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'énoncé suivant a été ajouté : <b><u>À domicile, s'assurer qu'un soutien médical/infirmier expérimenté est joignable par téléphone en tout temps (24 heures par jour, 7 jours par semaine) et capable d'intervenir en présence au besoin.</u></b></li> <li>▶ La fréquence des évaluations indiquée dans le PMN est une fréquence minimale pour les évaluations formelles de l'état de sédation et du soulagement de la douleur. En établissement ou MSP, selon un membre du comité consultatif, les patients ne sont pas souvent seuls. Dans les faits les patients sous sédation sont quasiment en suivi constant. Cette section a été retravaillée pour mieux distinguer les évaluations formelles requises (minimalement deux fois par jour) de la surveillance régulière qui assure que tout changement de l'état du patient va être repéré rapidement. Le comité est en accord avec l'ajout de l'énoncé suivant : <b><u>Assurer une surveillance régulière de la personne sous SPC, par l'équipe interprofessionnelle ou les proches aidants, selon le milieu, afin de repérer rapidement tout changement dans son état</u></b></li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><b><u>(p. ex. apparition d'effets médicamenteux indésirables, de signes d'inconforts ou d'éveil, ou de complications).</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concernant la référence à une grille de surveillance dans le PMN, après discussion avec les membres du comité consultatif, l'énoncé suivant a été ajouté :</li> </ul> <p><b><u>Au besoin, un exemple de formulaire de surveillance pour documenter ces évaluations est disponible en annexe du guide d'exercice québécois sur la sédation palliative.</u></b></p>
<p>Section 5 : Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>À plusieurs endroits est mentionné « Sédation inadéquate » est-ce que cela signifie sédation incomplète donc pas assez profonde ?? si c'est le cas je crois que sédation incomplète ou si vigilance de la personne sédationnée, ou si signes d'inconfort demeurent présents...seraient plus juste.</i></li> </ul>	<p>Le terme sédation adéquate fait référence à l'objectif de traitement détaillé à la section 2.1, qui est de soulager le ou les symptômes réfractaires repérés en induisant une sédation profonde.</p> <p>L'énoncé a été modifié de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b><u>Sédation ou soulagement inadéquats malgré l'utilisation des doses recommandées à la section 2.6</u></b></li> </ul> <p>L'énoncé de l'objectif de traitement a également été modifié afin de tenir compte de la nécessité d'atteindre un soulagement complet rapidement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b><u>Soulager, de manière rapide et complète, le ou les symptômes réfractaires repérés en induisant une sédation profonde et continue, donc qui va être maintenue jusqu'au décès de la personne.</u></b></li> </ul> <p>De plus, l'énoncé concernant la phase d'induction a été modifié dans la section de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b><u>Jusqu'à ce qu'un soulagement et une sédation adéquats soient atteints</u></b></li> </ul>
<p>Annexe II : Échelle CPOT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Interaction avec le ventilateur (patient intubé) ??? Non applicable à nos patients garder seulement vocalisation dans le tableau serait plus juste</i></li> </ul>	<p>Étant donné que l'échelle CPOT a officiellement été publiée sous cette forme, la mention « interaction avec le ventilateur » n'a pas été retirée. Par contre, la note de bas de tableau suivante a été ajoutée pour plus de précision :</p> <p><b><u>Cet indicateur n'est pas pertinent dans le cas de la SPC.</u></b></p>
<b>D. RAPPORT EN SOUTIEN</b>	
<p>Section : Résumé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Sédation palliative <b>continue</b> en fin de vie</i></li> </ul>	<p>À plusieurs endroits dans le rapport en soutien, le terme « continue » ou le terme « SPC » a été ajouté.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section Introduction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Pronostic <b>estimé</b> serait plus juste car il est très difficile d'établir hors de tout doute le pronostic vital</i></li> </ul>	<p>À plusieurs endroits dans le rapport, le terme « évalué » a été remplacé par « estimé ».</p>
<p>Section 2.2.1 : Définitions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>La différence entre sédation palliative et sédation palliative continue est l'objectif clair de sommeil profond jusqu'au décès la sédation palliative modérée ne fait pas l'objet de ce protocole la définition doit être claire. Cette définition devrait être présente dans le titre du PMN.</i></li> <li>▶ <i>C'est la principale raison pourquoi la SPC est sous déclarée au Qc. Les médecins ne déclarent pas les SPC qui sont débutées pour contrôler un symptôme même si l'intention est d'endormir profondément jusqu'au décès. Si la sédation induite est profonde et continue elle doit être déclarée selon la LCSFV.</i></li> <li>▶ <i>De mon point de vue cela (des périodes d'éveil peuvent être planifiées au tout début d'une SPC) se nomme la sédation intermittente et non une SPC. Cette phrase apporte de la confusion concernant la SPC dont il est question dans le protocole national.</i></li> <li>▶ <i>« ...le présent rapport n'abordera que la sédation palliative continue en fin de vie pour laquelle une sédation profonde est visée afin de soulager des symptômes réfractaires et intolérables et maintenue jusqu'au décès naturel de la personne » : Phrase très importante à retrouver dans le PMN.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Une définition de la SPC a été ajoutée dans le PMN (voir réponse au commentaire 1.1)</li> <li>▶ Concernant la confusion relative à la SPC et la sous-déclaration, voir la réponse au commentaire 1.4.</li> <li>▶ L'énoncé a été modifié dans le rapport.</li> <li>▶ Cette phrase se retrouve dans l'objectif de traitement énoncé dans le PMN</li> </ul>
<p>Section 2.2.2 Définition de la situation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Pourquoi « pourrait » ? Il ne serait pas plus clair d'écrire « peut être amorcée » ...</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié.</p>
<p>Section 2.2.4.2 Pronostic vital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Malheureusement plusieurs cliniciens prennent ce critère comme absolue et estime qu'il est « contre-indiqué » de procéder à une SPC si le pronostic est incertain, d'où l'importance du choix des mots ...</i></li> <li>▶ <i>une SPC peut être quand même administrée de façon exceptionnelle dans les situations de grande souffrance avec pronostic incertain, l'estimation du pronostic est importante mais n'est pas une contre-indication à la SPC si possibilité de &gt; 2 semaines.</i></li> </ul>	<p>Voir réponse au commentaire 1.4, enjeu No2.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.2.5.1 : Histoire de santé et habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je ne comprends pas la pertinence de ce commentaire (thrombocytopénie sévère) dans le contexte d'une SPC...sauf si on doit débiter la SPC par voie intra-veineuse</i></li> </ul>	<p>Les membres du comité consultatif sont d'avis que la thrombocytopénie sévère devrait orienter le choix du mode d'administration des molécules pharmacologiques et mentionnent que cette condition pourrait être évaluée cliniquement pour estimer le risque de saignement ou mesurée à l'aide d'une valeur de laboratoire lorsque disponible.</p>
<p>Section 2.2.6.3 Choix du traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concernant l'énoncé : « ...l'utilisation des antalgiques doit être systématique, qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés » : <i>Ce n'est pas une pratique appliquée dans les milieux que je connais</i></li> <li>▶ <i>L'usage de « devrait », « pourrait » me semble à reconsidérer car induit le doute...les verbes au présents sont préférables dans un protocole Ex : Le choix de traitement doit prendre en ...</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cet énoncé n'est pas une recommandation mais est rapporté du guide de l'HAS car l'objectif du rapport est de documenter de façon transparente tous les éléments qui ont été répertoriés ou soulevés au cours des travaux (dont les pratiques recensées à l'extérieur du Québec). Aucune modification n'a donc été apportée.</li> <li>▶ Cette formulation fait partie des formulations standards utilisées par l'INESSS pour ses recommandations et un tableau qui explicite l'usage de ces termes été ajouté au rapport en soutien pour plus de précision.</li> </ul>
<p>Section 2.2.6.3.8 Algorithme de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Je crois qu'on doit ajouter que tout doit-être fait pour éviter cette situation. Un transfert en SPC incomplète est traumatisant pour les proches. Une équipe spécialisée devrait-être contactée avant d'arriver à cette situation</i></li> </ul>	<p>La possibilité d'un transfert en milieu hospitalier est évoquée en dernier recours, quand toutes les options thérapeutiques ont été épuisées (voir réponse au commentaire 2.5 et modification effectuée dans le PMN).</p>
<p>Section 2.2.6.4 : Posologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Cette affirmation (Les documents de la SQMDSP et du CMQ suggèrent d'instaurer le traitement à dose minimale efficace et d'augmenter selon la réponse clinique jusqu'à l'atteinte de l'objectif) est remise en doute par plusieurs cliniciens en contexte d'AMM car une SPC incomplète et dont l'induction est trop lente provoque beaucoup de souffrance et de questionnement chez les proches aidants et chez les soignants. Il est de loin préférable de débiter à plus forte dose et diminuer au besoin une fois la SPC profonde obtenue. Devrait être discuté à nouveau par un plus grand groupe de médecins experts en SP</i></li> </ul>	<p>Cet énoncé est une phrase rapportée de la littérature (documents de la SQMDSP et du CMQ) car l'objectif du rapport est de documenter de façon transparente tous les éléments qui ont été répertoriés ou soulevés au cours des travaux (dont les pratiques recensées à l'extérieur du Québec). Aucune modification n'a donc été apportée.</p>
<p>Section 2.2.6.4.4 : Anesthésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>À mon humble avis le collègue expérimenté devrait être consulté avant de débiter le propofol</i></li> </ul>	<p>En accord avec ce commentaire, les membres du comité consultatif sont d'avis que les professionnels moins expérimentés devraient consulter une équipe spécialisée avant d'envisager l'usage du propofol. La recommandation suivante a été ajoutée dans le tableau de posologies concernant le propofol :</p> <p><b><i>La consultation d'une équipe spécialisée est recommandée pour les professionnels moins expérimentés</i></b></p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.2.6.4.5 Anticholinergiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Cette phrase (le document de la SQDMSP mentionne plutôt une dose maximale de 200 mcg/h) devrait être retiré elle ne représente pas une pratique d'usage. Pourrait induire de la confusion la scopolamine est donné en mg et non en mcg.</i></li> </ul>	<p>La modification proposée a été apportée au rapport.</p>
<p>Section 2.2.7 : Information à transmettre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Il est question de quel type de « soutien téléphonique joignable » Je crois qu'il doit être préciser qu'en contexte de SPC en milieu de vie le soutien téléphonique médicaux-nursing doit-être disponible 24/7 lequel peut se déplacer au besoin.</i></li> </ul>	<p>Voir réponse au commentaire section 4 du PMN.</p>
<p>Section 2.2.8 : Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Concernant l'énoncé : « Le document de la SQMDSP et le guide d'exercice québécois précisent à cet égard qu'un pointage de -3 ou -4 sur l'échelle RASS est généralement recherché lors d'une sédation profonde » : RASS -3 n'est pas une sédation profonde ???</i></li> </ul>	<p>Bien que les guides de pratique indiquent qu'un pointage de -3 à -4 sur l'échelle devrait être visé, les membres du comité consultatif soulèvent que le pointage de -3 initialement visé permet rarement d'atteindre une sédation suffisante dans la pratique. Les membres sont unanimes pour viser un pointage de -4 à -5 sur cette échelle afin de répondre à l'objectif de soin de manière rapide et adéquate.</p>
<b>7. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse : 7.5/10</b></p>	<p>s.o.</p>
<b>8. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b>	
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Les cliniciens avec une clientèle atteinte de maladie à pronostic réservé (onco, pneumo, cardio, etc.) en particulier en établissement. Les professionnels de la santé œuvrant en milieu de vie auprès de la clientèle âgée en perte importante d'autonomie (domicile, CHSLD) Les gestionnaires afin qu'ils soient sensibilisés à l'importance de ce soin et des ressources qu'il exige, la SPC exige autant d'attention de nos gestionnaires que l'AMM à mon humble avis. Je ne crois pas du tout pertinent que la population générale ait accès à ce protocole très spécifique et qui s'adresse aux professionnels de la santé présents en fin de vie de leurs patients. Un document différent pourrait-être produit informant à la fois par exemple sur le protocole de détresse, la SPC et l'AMM mais cela n'est probablement pas le mandat de l'INESSS.</i></p>	<p>s.o.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
LECTEUR EXTERNE #3	
<b>9. CONTENU GÉNÉRAL</b>	
<p>9.1. Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Globalement bien présenté. Facile à lire pour le texte. P3 objectifs de traitement vs AMM à reformuler. P3 insuffisance rénale ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>La surveillance de la sédation et l'ajustement du dosage des agents sédatifs devraient tenir compte de la présence d'insuffisance rénale significative qui pourrait augmenter le risque d'effets indésirables.</i></li> </ul> <p><i>Je ne comprends pas cette phrase. Aucun des médicaments au tableau de la section 2.4 n'est éliminé par voie rénale. Ils ont tous une élimination par métabolisme hépatique sauf la scopolamine qui a un métabolisme par une enzyme inconnue. L'effet et l'élimination des médicaments ne seront pas différents en insuffisance rénale. Seulement les opioïdes ont des effets indésirables qui peuvent être augmenté en insuffisance rénale mais ce ne sont pas ici des médicaments utilisés comme agents sédatifs. Ceci est décrit à la page 31 du rapport en soutien.</i></p> <p><i>Algorithme pourrait être plus précis p5 Tableau sur les médicaments plus difficile à suivre vs doses initiales intermittentes, doses horaires en perfusion. Ne concordent pas. Et aussi doses moyennes. P6</i></p> <p><i>** Voir les commentaires intégrés au document**</i></p>	<p><u>Concernant l'objectif de traitement :</u> Comme vous l'avez mentionné, dans la LCSFV, on indique les définitions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « sédation palliative continue » un 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;</li> <li>▶ « aide médicale à mourir » un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.</li> </ul> <p>L'énoncé du PMN a pour but de différencier l'AMM de la sédation palliative continue en ce qui a trait à la cause du décès de la personne. L'énoncé a donc été modifié pour le suivant :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Contrairement à l'aide médicale à mourir, la sédation palliative continue n'a pas pour objectif ni pour effet d'entraîner le décès de la personne ».</p> <p><u>Concernant l'insuffisance rénale :</u> Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'insuffisance rénale est généralement un élément dont les professionnels doivent tenir compte dans le traitement pharmacologique en soins palliatifs, mais que cette information n'entraîne aucune conduite particulière dans le cas de la sédation palliative continue. L'énoncé a donc été retiré du PMN.</p> <p><u>Concernant l'algorithme :</u> L'algorithme a été retravaillé, notamment pour être plus précis et pour clarifier que la monothérapie n'est pas obligatoire, ni pertinente dans plusieurs cas. De plus, afin d'en améliorer le visuel, les documents seront envoyés en infographie avant leur publication officielle sur le site web de l'INESSS.</p> <p>Concernant le tableau des posologies : voir réponses ci-bas.</p>
<p>1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Rapport de soutien clair et aidant. Facile à lire</i></p>	<p>s.o.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><i>Correspond bien à ce qu'on retrouve dans le document.</i></p>	
<p>1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui, correspond bien à mon avis à la pratique québécoise. Correspond bien à ce que je vois dans mes milieux de soins et à ce que je connais des discussions avec mes collègues de d'autres milieux. Algorithme à bonifier à mon avis ** voir commentaires dans le document**</i></p>	<p>L'algorithme a été retravaillé, notamment pour être plus précis et pour clarifier que la monothérapie n'est pas obligatoire, ni pertinente dans plusieurs cas. De plus, afin d'en améliorer le visuel, les documents seront envoyés en infographie avant leur publication officielle sur le site web de l'INESSS.</p>
<p>1.10. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Les éléments sont présents. Je clarifierais le tableau de doses (voir commentaires dans le document). Interaction possible phénobarbital et midazolam manquante.</i></p>	<p>Des modifications ont été apportées au tableau des posologies.</p> <p>Le guide d'exercice québécois souligne que l'emploi de phénobarbital au-delà de quelques jours peut engendrer des interactions médicamenteuses, le phénobarbital étant un inducteur enzymatique puissant de plusieurs cytochromes, dont le CYP3A4. À cet égard, la monographie du midazolam souligne que les inducteurs de cette isoenzyme peuvent mener à une interaction avec le midazolam. Bien que la monographie du phénobarbital indique que la combinaison d'une benzodiazépine et du phénobarbital puisse provoquer une dépression excessive du système nerveux central, les membres du comité consultatif sont d'avis que cette interaction pharmacodynamique ne représente pas une préoccupation majeure dans le contexte de sédation profonde.</p> <p>Ainsi, aucune modification n'a été apportée au PMN, mais les explications concernant cette interaction figurent dans le rapport en support.</p>
<p>1.11. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Texte claire et compréhensible à mon avis. Plus de détails et de flexibilité dans l'algorithme pourrait aider à la compréhension. Voir commentaire dans le document. Les doses dans le tableau 2.6 ne sont pas toujours claires. ** voir commentaires dans le document** Attention au terme entredose : En pratique, le terme entredose est souvent utilisé et associé aux entredoses d'opioïdes. On devrait plutôt utiliser un terme comme "dose supplémentaire" ou dose au besoin si sédation non atteinte. Ça éviterait de la confusion et que des entredoses d'opioïdes soient utiliser pour la sédation. ** voir commentaires dans le document p3**</i></p>	<p>Les membres du comité consultatif sont d'accord avec la proposition de changer de terme « entredoses » par « doses supplémentaires ». Ainsi, l'énoncé a été modifié de la façon suivante :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Des doses supplémentaires d'agents sédatifs devraient généralement être prévues pour permettre à l'équipe de soins de gérer rapidement une sédation inadéquate en attendant de contacter le prescripteur pour ajuster la médication régulière. »</p>
<p>1.12. Les références sont-elles d'actualité ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui. Les références proviennent de groupes crédibles et sont d'actualité.</i></p>	<p>S.O.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<b>10. CONTENU SPÉCIFIQUE</b>	
<b>E. PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)</b>	
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <p>Dans la loi sur les soins de fins de vie, on parle de “personne en fin de vie” plutôt que phase terminale. Voici la définition de la sédation dans la loi sur les soins de fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « sédation palliative continue » un 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; »</li> </ul>	<p>Comme vous l’avez mentionné, dans la LCSFV, on indique les définitions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « sédation palliative continue » un 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;</li> </ul> <p>L’APES mentionne dans son guide : « La sédation palliative continue ne peut être administrée qu’aux personnes malades en phase terminale ». Le guide PSPC mentionne quant à lui que : « la sédation palliative vise à soulager chez les patients atteints d’une maladie terminale, le fardeau d’une souffrance intolérable ». Le guide du CMQ mentionne que : « La pratique de la sédation palliative est considérée comme un geste médical légitime, qui est exceptionnellement indiqué chez des patients parvenus à la phase toute terminale de leur maladie ». De plus, le guide du CMQ stipule que : « ...la sédation palliative continue est généralement proposée et administrée à une personne malade en phase terminale ».</p> <p>En anglais, le guide du GGPO parle de « dying patients », le guide du NCCN spécifie « imminently dying patients ». Le guide du BC-CPC mentionne: « to treat refractory, intractable and intolerable symptoms for a patient at end of life with advanced life-limiting, progressive illness. »</p> <p>La notion de phase terminale a toutefois été retirée de la situation clinique et remplacé par <i>en fin de vie</i>, et l’énoncé a été modifié de la façon suivante :</p> <p style="text-align: center;">« Personne de 18 ans et plus en fin de vie qui reçoit des soins palliatifs qui visent exclusivement à assurer son confort »</p>
<p>Section : Situation clinique ou clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ J’ai lu les discussions dans le rapport mais j’aurais eu tendance à faire référence au niveau de soins. Une personne qui reçoit une sédation palliative est nécessairement en niveau de soins D.</li> </ul>	<p>Bien que la prise en charge subséquente soit cohérente avec le niveau de soins D, les membres du comité consultatif écartent la possibilité de définir le caractère terminal de la condition médicale par un niveau de soins, puisque dans certains cas, ce choix n’a pas été officiellement exprimé par la personne même si les traitements reçus correspondent à ce niveau de soin, notamment en raison de la difficulté pour la personne ou pour la famille d’accepter la situation.</p> <p>La notion de maladie en phase terminale a toutefois été retirée de la situation clinique et remplacée par <i>en fin de vie</i> et une référence au niveau de soin a été ajouté en note de bas de page :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	« Correspond habituellement à un niveau de soins D si documenté. »
<p>Section 1.2 : Habitudes de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajouter aux exemples opoïdes, psychostimulants</li> </ul>	Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.
<p>Section 1.4 : Histoire thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ajout cannabis médical</li> </ul>	Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.
<p>Section 2.1 : Objectif de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>**Attention**</b> l'AMM n'a pas pour <b>objectif premier</b> de précipiter la mort. Elle a pour objectif le soulagement d'une souffrance intolérable du patient par l'administration de médicaments qui vont entraîner le décès. L'<b>objectif</b> de l'AMM est le soulagement des souffrances et non de précipiter le décès. Le <b>moyen</b> est l'administration de médicaments qui entraîne le décès.</li> </ul> <p>Définition de l'AMM dans la loi sur les soins de fin de vie : « aide médicale à mourir » un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.</p>	<p>Comme vous l'avez mentionné, dans la LCSFV, on indique les définitions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ « sédation palliative continue » un 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;</li> <li>▶ « aide médicale à mourir » un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.</li> </ul> <p>L'énoncé du PMN a pour but de différencier l'AMM de la sédation palliative continue en ce qui a trait à la cause du décès de la personne. L'énoncé a donc été modifié pour le suivant :</p> <p style="text-align: center;">« Contrairement à l'aide médicale à mourir, la sédation palliative continue n'a pas pour objectif ni pour effet d'entraîner le décès de la personne ».</p>
<p>Section 2.1 : Objectif de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Utiliser le mot décès plutôt que mort.</li> </ul>	Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.2 : Principes de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La combinaison est parfois nécessaire à domicile.</li> </ul>	<p>Le WWHIPC mentionne qu'il est préférable d'administrer les agents sédatifs par l'intermédiaire d'un site d'accès séparé notamment pour limiter les risques d'incompatibilité médicamenteuse. Dans le cas où plus d'un agent est utilisé, le guide de l'APES précise qu'il est préférable d'éviter d'administrer plusieurs agents différents dans une même perfusion afin de faciliter la titration indépendante de chaque agent et ainsi maximiser la sédation tout en diminuant l'occurrence d'effets indésirables [APES, 2017].</p> <p>L'énoncé a donc été modifié pour le suivant :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Lors de l'administration d'une combinaison de plusieurs agents, l'administration de chaque agent dans une perfusion distincte devrait être privilégiée afin de les titrer de façon indépendante et ainsi maximiser la sédation et diminuer la présence d'effets indésirables. Si plusieurs agents sont combinés dans une même perfusion, vérifier avec le pharmacien la compatibilité et la stabilité des associations médicamenteuses. »</p>
<p>Section 2.2 : Principe de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vérifier avec le pharmacien</li> </ul>	<p>La modification suggérée a été apportée dans le PMN.</p>
<p>Section 2.2 : Principe de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Je ne comprends pas cette phrase. Aucun des médicaments au tableau de la section 2.4 n'est éliminé par voie rénale. Ils ont tous une élimination par métabolisme hépatique sauf la scopolamine qui a un métabolisme par une enzyme inconnue. L'effet et l'élimination des médicaments ne seront pas différents en insuffisance rénale.</li> <li>▶ Seulement les opioïdes ont des effets indésirables qui peuvent être augmentés en insuffisance rénale mais ce ne sont pas ici des médicaments utilisés comme agents sédatifs. Ceci est décrit à la page 31 du rapport en soutien</li> </ul>	<p>Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'insuffisance rénale est généralement un élément dont on doit tenir compte dans le traitement pharmacologique pour les personnes en soins palliatifs, mais que cette information n'entraîne aucune conduite particulière dans le cas de la sédation palliative continue. L'énoncé a donc été retiré du PMN.</p>
<p>Section 2.2 : Principe de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En pratique, le terme entredose est souvent utilisé et associé aux entredoses d'opioïdes. On devrait plutôt utiliser un terme comme "dose supplémentaire" ou dose au besoin si sédation non atteinte. Ça éviterait de la confusion et que des entredoses d'opioïdes soient utilisées pour la sédation.</li> </ul>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 2.4 : Information générale visant le traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ J'essaierais d'utiliser le même vocabulaire dans chaque colonne. Delirium Agitation</li> <li>▶ Embarras respiratoires et râles terminaux, c'est la même chose</li> <li>▶ 15 à 30 minutes (Début d'action lorazépam IV ou SC)</li> <li>▶ Et aussi intolérance antérieure au produit. Ex : ne pas utiliser si réaction paradoxale antérieure. Ou autre...</li> <li>▶ Précautions liées au phénobarbital : Inducteur enzymatique. Peut augmenter l'élimination du midazolam et diminuer son effet. Cette induction enzymatique prend quelques jours avant mais une diminution de l'effet du midazolam pourrait être observée si la sédation dure plusieurs jours.</li> <li>▶ Dépression respiratoire</li> <li>▶ Réaction paradoxale : Peut arriver autant avec le midazolam qu'avec le lorazepam à mon avis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les modifications suggérées ont été apportées dans le PMN.</li> </ul>
<p>Section 2.5 : Choix du traitement pharmacologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Monothérapie rarement utilisée. Lorsqu'on regarde l'algorithme, on comprend qu'on devrait toujours commencer par la monothérapie. Pas assez claire dans l'algorithme à mon avis qu'on utilise rarement une monothérapie.</li> <li>▶ Écrire plus clairement que ces agents sont ajoutés au premier agent</li> <li>▶ On devrait renommer les agents dans la bulle : Ajouter un agent de classe pharmacologique différente.</li> <li>▶ Le phénobarbital n'est pas toujours disponible selon les milieux. L'algorithme devrait permettre plus de flexibilité selon la disponibilité des produits ou autre impondérable. Ex : Si anxiété et que phéno pas disponible en 2<sup>e</sup> agent, est-ce qu'un clinicien moins expérimenté</li> </ul>	<p>L'algorithme a été retravaillé, notamment pour être plus précis et pour clarifier que la monothérapie n'est pas obligatoire, ni pertinente dans plusieurs cas. De plus, sous « Bithérapie », nous avons ajouté l'énoncé « **Consulter le tableau 2.4 pour une liste plus complète des propriétés de chaque agent », afin de garder l'algorithme le plus concis possible.</p> <p>Enfin, nous avons ajouté l'énoncé « Considérer les enjeux de disponibilité, de stabilité ainsi que les délais de préparation et de livraison » sous la phrase « Ajouter un agent de classe pharmacologique différente » afin de sensibiliser le clinicien au fait que certains médicaments peuvent être en pénurie, indisponible selon le milieu ou en quantité limitée.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>saurait quoi faire? Est-ce qu'il comprendrait dans l'algorithme qu'il peut aussi utiliser du méthotriméprazine ou de la scopolamine si le phéno n'est pas disponible?</p>	
<p>Section 2.6 Posologies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Administration continue de midazolam : J'aurais mis ici 3mg/hre ou 6mg q 2 hres.</li> <li>▶ Administration continue de midazolam : Titrer de 0 à 2 mg/hre</li> <li>▶ Administration continue de lorazépam : Discordance avec la colonne 1 : 1 à 2 mg q 4 hres correspond à 0.25 à 0.5mg/hre ???</li> <li>▶ Administration continue de méthotriméprazine : Discordance à mon avis : 10mg q 4 hres correspond à 2.5mg/hre et 25mg q 4 hres correspond à 6,25mg/hre</li> <li>▶ Envisager l'ajout d'une molécule lorsque la dose de méthotriméprazine atteint : 25mg q 4 hres correspond à 6.25mg/hre ??</li> <li>▶ Dose moyenne efficace de méthotriméprazine : 60 à 150mg à mon avis vs doses de départ.</li> <li>▶ Envisage l'ajout d'une molécule lorsque la dose de phénobarbital atteint : J'aurais mis ici 120mg.</li> <li>▶ Dose maximale de phénobarbital : Jamais vu des doses aussi élevées en sédation palliative sans support respiratoire. Doses max vu en clinique 720mg</li> <li>▶ Administration continue de scopolamine : Préciser : Doses initiales 0.1mg/hre. Dose max 0.4mg/hre Sinon apparait bizarre vs première colonne du tableau.</li> </ul>	<p>Les membres du comité consultatif, en accord avec le fait qu'il y avait certaines discordances entre les dosages proposés par voie continue et intermittente, sont d'avis que les nouveaux intervalles de dosage suggérés permettent de couvrir la majorité des situations, soit une personne naïve ou non à la classe des benzodiazépines. De plus, l'énoncé suivant a été ajouté :</p> <p>« <b>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale.</b> Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses proches de la valeur inférieure de l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus proches de la valeur supérieure. »</p> <p>Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'information sur les doses efficaces moyennes n'est plus pertinente dans le contexte où ils suggèrent d'utiliser un dosage efficace dès le début de la SPC, plutôt que de débiter à une faible dose et titrer lentement.</p> <p>Les modifications suggérées pour le phénobarbital et la scopolamine ont été apportées dans le PMN.</p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Section 4 : Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évaluer la personne (tel que décrit ci-dessous), selon les fréquences minimales suivantes, à ajuster selon l'évolution de sa condition. Commentaire : Évaluation par qui? Médicale? Infirmière?</li> <li>▶ Par la suite : 2 fois par jour. Commentaire : par md ou infirmière?</li> </ul>	<p>Les protocoles médicaux nationaux de l'INESSS sont formulés de façon neutre et visent à décrire les actions qui doivent être posées dans le cadre de cette situation clinique, sans préciser quel professionnel doit le faire, mais en considérant généralement le médecin et l'infirmière qui sont les premiers professionnels visés par ce type de documents. Il appartient à l'équipe de soin et aux différents milieux de déterminer de l'organisation des soins, en respectant les compétences et limites de chaque profession.</p> <p>Aucune modification n'a donc été apportée au PMN.</p>
<p>Section 5 :</p> <p>Est-ce qu'on parle ici de doses maximales ou de doses moyennes ?</p>	<p>L'énoncé réfère aux doses recommandées à la section 2, tableau 2.6. Les membres du comité consultatif sont d'avis que l'information sur les doses efficaces moyennes n'est plus pertinente dans le contexte où ils suggèrent d'utiliser un dosage efficace dès le début de la SPC, plutôt que de débiter à une faible dose et titrer lentement. Cette colonne a donc été retirée du tableau.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN</b></p> <p>Aucun commentaire</p>	<p>s.o.</p>
<b>11. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse : 9/10</b></p>	<p>s.o.</p>
<b>12. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b>	
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse : Médecins, infirmières, pharmaciens, préposées, aidants naturels, ministère de la santé</b></p>	<p>s.o.</p>

## ANNEXE H

### Sondage auprès des futurs évaluateurs

Tableau H-1 Statistiques des réponses au sondage des futurs utilisateurs

Questions	Répartition des réponses (16 répondants)	%
<b>GÉNÉRAL</b>		
1. Quelle est votre profession ?	Médecin de famille (n=7)	43,75%
	Infirmière (n=3)	18,75%
	Pharmacien (n=2)	12,5%
	Autres spécialités (n=4) - médecin de famille avec pratique exclusive en médecine palliative (2) - médecin de famille avec surspécialité médecine palliative (1) - chef d'unité des unités de soins palliatifs	25%
2. Avez-vous déjà administré la sédation palliative continue ?	Oui (n=16)	100%
	Non (n=0)	0%
a. Si oui, combien de fois avez-vous administré une sédation palliative continue approximativement jusqu'à maintenant ?	Moins de 25 (n=5)	31,25%
	Entre 25 et 75 (n=9)	56,25%
	Plus de 75 (n=2)	12,5%
b. Si oui, Dans quel contexte <sup>1</sup>	En établissement (n=14)	87,5%
	En CHSLD (n=4)	25%
	En maison de soins palliatifs (n=6)	37,5%
	Autres (p.ex., à domicile) (n=6)	37,5%
3. Veuillez SVP inscrire votre nom, titre, spécialité, acronymes, affiliation, établissement dans cette section.	s.o	
<b>Protocole médical national</b>		
4. Le contenu du PMN sur l'administration de la sédation palliative chez l'adulte est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain) :	Totalement en accord (n=11)	68,75%
	Plutôt en accord (n=4)	25%
	Plutôt en désaccord (n=1)	6,25%
	Totalement en désaccord (n=0)	0%

<sup>1</sup> Les répondants pouvaient inscrire plus d'une réponse, par conséquent, le total est supérieur à 100%.

Questions	Répartition des réponses (16 répondants)	%
5. Le PMN présente l'information de façon claire et facile à comprendre :	Totalement en accord (n=12)	75%
	Plutôt en accord (n=3)	18,75%
	Plutôt en désaccord (n=1)	6,25%
	Totalement en désaccord (n=0)	0%
6. L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :	Totalement en accord (n=9)	56,25%
	Plutôt en accord (n=4)	25%
	Plutôt en désaccord (n=3)	18,75%
	Totalement en désaccord (n=0)	0%
7. L'algorithme concernant le choix du traitement pharmacologique (section 2.5 du PMN) est clair, convivial et contient toute l'information nécessaire pour aider le clinicien dans sa décision ?	Totalement en accord (n=4)	25%
	Plutôt en accord (n=10)	62,5%
	Plutôt en désaccord (n=2)	12,5%
	Totalement en désaccord (n=0)	0%
8. Le tableau sur les posologies (section 2.6 du PMN) est clair, convivial, facile d'utilisation et contient toute l'information nécessaire pour aider le clinicien à administrer la sédation palliative continue.	Totalement en accord (n=5)	31,25%
	Plutôt en accord (n=9)	56,25%
	Plutôt en désaccord (n=1)	6,25%
	Totalement en désaccord (n=1)	6,25%
9. L'encadré sur les informations à transmettre (section 3 du PMN) est clair, convivial, facile d'utilisation et contient toute l'information nécessaire pour faciliter la communication entre le clinicien et la personne ou son proche aidant.	Totalement en accord (n=8)	50%
	Plutôt en accord (n=8)	50%
	Plutôt en désaccord (n=0)	0%
	Totalement en désaccord (n=0)	0%
10. Avez-vous des commentaires supplémentaires en lien avec la qualité, la clarté et la convivialité du PMN sur l'administration de la sédation palliative chez l'adulte ?	Question ignorée (n=6)	
	Commentaires obtenus (n=10) voir tableau H-2	
<b>COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES</b>		
11. Avez-vous d'autres commentaires sur le PMN ?	Commentaires obtenus (n=11) voir tableau H-2	
	Question ignorée (n=5)	

**Tableau H-2 Réponses aux commentaires obtenus dans le sondage des futurs utilisateurs**

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<b>1. CONTENU GÉNÉRAL</b>	
J'entérine le choix d'avoir mis l'accent sur les particularités des SPC en milieu de vie qui requiert un encadrement qui doit être explicite.	s.o.
Excellent tableau	s.o.
Excellent filet de sécurité et complète bien guide pratique	s.o.
Le tout semble concis!	s.o.
Je trouve ce protocole tout à fait complet et pertinent. Un gros remerciement à tout le comité rédacteur.	s.o.
Très facile à lire. Aucune erreur décelable.	s.o.
Les sections sont pertinentes. Il n'y a pas d'éléments superflus dans lesquels on se perd.	s.o.
Il est clair et convivial! Bravo!	s.o.
Bien fait, contient l'information pertinente sans être trop lourd.	s.o.
Je n'aime pas la formulation: "l'évolution de leurs sentiments propres."	La formulation a été enlevée puisqu'un autre paragraphe décrit en détail les émotions qui peuvent être ressenties avec l'évolution de la maladie et l'approche du décès.
Certains concepts sont expliqués de façon trop sommaire pour que les non-initiés comprennent bien les concepts. De plus, comme dans l'amm, les symptômes doivent être réfractaires aux soins que le patient juge acceptables. Toutes les options doivent avoir été présentées, mais le patient n'est pas tenu de toutes les tenter... ceci n'est pas clair dans le texte.	Des modifications à la section 1.4 du PMN ont été apportées. Ainsi, l'énoncé suivant a été modifié :  « Vérifier qu'aucune autre option thérapeutique n'est disponible ou jugée acceptable dans la situation, <u>après discussion avec la personne ou son représentant légal</u> (c'est-à-dire qu'aucune autre option thérapeutique ne pourra procurer un soulagement adéquat, dans un délai convenable, sans effets

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	secondaires ou complications inacceptables pour la personne traitée). »
Il faudrait mieux définir quelles recommandations s'appliquent aux différentes réalités des différents milieux où se fait la SPC. De plus, il faut mieux définir la notion de réfractaire et il faut mieux définir certains concepts si on pense que ce protocole sera utilisé par des non-initiés.	L'ensemble des recommandations ont été formulées de façon à s'appliquer à l'ensemble des milieux, certains éléments étant présentés comme des éléments de réflexion à considérer selon le milieu de soins.  Par ailleurs la recommandation suivante est présente en début de protocole pour éviter qu'un non-initié se lance dans une SPC seul, on se fiant uniquement sur le protocole :  « Lorsqu'une SPC est envisagée : La consultation d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus. »
La section 1.1 ne devrait pas apparaître à cet endroit. On met cette information au premier plan quand pour ma part, ce ne sont que de la gestion des exceptions ou des cas particuliers.	Cette section fait partie du gabarit de PMN standard qui répond à certaines normes et qui sert essentiellement à vérifier que la situation clinique est rencontrée, qu'aucune contre-indication n'est présente et que certains éléments permettant d'orienter le choix du traitement ou des dosages sont recherchés. Aucune modification n'a donc été apportée au PMN.
Est-ce que les ressources informationnelles nommés dans la section "dès l'amorce de la SPC" ne devraient pas apparaître plus tôt dans le processus, soit à la section "avant d'amorcer la SPC"?	La modification suggérée a été apportée dans le PMN.
<b>2. CONTENU DU PMN EST PERTINENT À MA PRATIQUE (ADAPTÉ À LA RÉALITÉ ET AUX BESOINS DU TERRAIN)</b>	
Il me manque des recettes. P. ex. comment composer les perfusions, à quelle fréquence remplir les échelles.	Tel qu'il est précisé dans la section 4 du PMN, la fréquence des évaluations est minimalement 2 fois par jour selon l'état de la personne sous SPC et selon le jugement clinique. Le PMN vise à fournir les informations essentielles pour orienter la prise en charge afin de soutenir le clinicien dans sa pratique. Les éléments techniques qui relèvent de la pratique courante, comme la préparation des perfusions, ne sont pas abordés dans ce type de document.
Je suis un peu dubitative de certains choix:  - pourquoi la scopolamine est indiquée en délirium (d'autant plus qu'il est indiqué en dessous qu'il s'agit d'un effet secondaire),  - pourquoi suggérer une perfusion de lorazépam considérant tous les risques maintenant que le midazolam est couvert par la RAMQ sans procédure	- Après consultations auprès des membres du comité consultatif, le délirium a été retiré du tableau des propriétés de la scopolamine.  - La perfusion continue de lorazépam n'est pas recommandée, cependant les

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>spéciale,</p> <p>- L'administration des différentes molécules dans des perfusions distinctes ne représente pas nécessairement la pratique sur le terrain dépendamment des milieux, mais c'est en effet une meilleure pratique. Il est aussi nettement plus simple et esthétique, une fois les doses titrées et connues, d'avoir une seule perfusion... Sinon, le protocole est bien fait, clair. Il met l'emphase sur les meilleures pratiques (soutien à la personne, aux proches, équipe inter, etc), qui sont malheureusement loin de la réalité depuis la pandémie (absence d'équipe inter, absence de personnel formé, absence d'unité de soins palliatifs en milieu hospitalier...). (Ce n'est pas lié au protocole du tout, mais un triste constat.)</p>	<p>membres du comité consultatif ont suggéré de ne pas en faire une contre-indication puisqu'elle peut avoir son utilité dans certaines situations temporaires particulières. La prudence est recommandée pour l'usage du lorazépam en perfusion continue. En présence d'une pénurie de midazolam ou de difficulté d'approvisionnement, l'usage du lorazépam en perfusion pourrait être utile dans certaines situations.</p> <p>- s.o.</p>
<p>Reflète la réalité terrain, clair, structuré et aidant. Bon encadrement pour les nouveaux professionnels. Tient compte des normes du CMQ et du côté éthique et humanitaire dans l'approche clinique.</p>	<p>s.o.</p>
<p>Le PMN semble davantage orienté vers les besoins des soins à domicile, mais ne reflète que très peu la pratique en établissement.</p>	<p>L'ensemble des recommandations ont été formulées de façon à s'appliquer à l'ensemble des milieux, certains éléments étant présentés comme des éléments de réflexion à considérer selon le milieu de soins. Dans l'absence de plus de précision sur ce commentaire, aucune modification spécifique n'a pu être apportée au PMN.</p>
<p><b>3. L'APPLICATION DES DIRECTIVES DANS MON MILIEU DE PRATIQUE NE DEVRAIT PAS POSER DE DIFFICULTÉ PARTICULIÈRE</b></p>	
<p>Si le personnel est formé en soins palliatifs (unité dédiée), il n'y a aucun problème et ce sont des directives que nous appliquons. En milieu hospitalier, actuellement, avec la pénurie profonde de personnel, l'équipe inter est inexistante. Les dernières SPC (dans 2 hôpitaux différents) ont été profondément ratées par manque de connaissance ou de disponibilité nursing (malgré des explications de l'équipe médicale et le support de l'infirmière conseillère cadre) et cela a causé de la détresse auprès des patients et de leurs familles. À leur décharge, le manque d'effectifs est criant et pour une des SPC, il s'agissait d'une CP sur le shift de soir (parce qu'il n'y a parfois que des CP)... Ce n'est donc pas simple et le personnel n'est pas formé en SP, malgré des efforts dans ce sens.</p>	<p>Effectivement, comme pour tous les protocoles médicaux et les actes posés, les professionnels de la santé doivent être formés et compétents. Bien que la formation du personnel ne fasse pas parti du mandat de l'INESSS, un tutoriel accompagnera ce PMN pour en clarifier l'utilisation, et le besoin de formation a été ajouté dans le rapport en soutien aux travaux.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Le protocole suggère des fréquences de surveillance minimale qui peuvent être perçues comme contraignante et en limiter l'application dans certains milieu en manque de ressource, par ex à domicile. Les critères de surveillance acceptable devraient être adaptable par le prescripteur.	Selon la littérature et les parties prenantes consultées, et tel qu'il est précisé dans la section 4 du PMN, le protocole souligne les critères minimaux de surveillance nécessaire à la conduite de la SPC de façon sécuritaire. La fréquence des évaluations est minimalement 2 fois par jour, à ajuster selon l'évolution de la condition de la personne sous SPC, ou selon le jugement clinique. De plus, elle doit tenir compte des besoins du proche aidant. Enfin, la 2 <sup>e</sup> visite peut être remplacée par un suivi téléphonique lorsque la condition du patient est stable, afin de permettre plus de flexibilité à l'équipe de soins à domicile.
Je soulignerais que la sédation palliative continue ne devrait pas être présentée comme une alternative équivalente à l'aide médicale à mourir.	Le PMN ne sous-entend pas que la sédation palliative est une alternative à l'AMM, mais spécifie plutôt la distinction qui doit être faite entre ces deux procédures : « Contrairement à l'aide médicale à mourir, la sédation palliative n'a pas pour objectif ni pour effet d'entraîner le décès de la personne ». Par ailleurs, pour tout ce qui concerne le jugement clinique, l'évaluation médicale et le processus décisionnel de recourir à la SPC ou non, l'utilisateur est dirigé vers le guide d'exercice québécois.
Les patients sont souvent isolés et n'ont pas de proches présents. La monothérapie est rarement une option avec nos patients multi compliqués. lorsqu'on en arrive à une SPC, généralement les patients ont déjà une perfusion sc continue avec de multiples médicaments. donc le propofol est souvent une des premières molécules utilisées. de plus, nos perfusions sc continues de SPC contiennent généralement un mélange de benzo et de nozinan titrable et que l'on rajuste tous les jours.	L'algorithme mentionne déjà que la monothérapie est rarement une option. Le propofol fait partie des options proposées dans l'algorithme, à égalité avec les benzodiazépines, la méthotriméprazine, le phénobarbital et la scopolamine. Par ailleurs, la combinaison de molécules dans une même perfusion n'est pas contre-indiquée dans le protocole (et souligne plutôt la bonne pratique reconnue à cet égard).
Pour le moment je ne suis pas attachée à un milieu de pratique, toutefois, ce guide peut s'appliquer très bien en centre hospitalier, milieu qui m'est le plus familier, je suis d'avis aussi que ce protocole peut bien s'appliquer en milieu de vie.	s.o.
<b>4. L'ALGORITHME</b>	
Certaines hésitations lors du choix de débiter un hyposédatif longue action prescrit PRN (ex. phénobarbital) ou par exemple administrer seulement une dose de sédatif courte action (ex: Versed) pour sédationner dans l'immédiat	Un délai précis pour l'ajustement des doses ne peut être établi pour l'ensemble des situations cliniques possibles dans un contexte de SPC. Par contre, des modifications ont été apportées au PMN pour donner des indications plus précises sur l'importance d'atteindre une sédation adéquate rapidement.
Le moment où il est jugé approprié de débiter le phénobarbital serait opportun. Ex: à partir d'une certaine qté de nombre d'entre dose de Versed etc.	Ainsi, l'énoncé suivant a été ajouté dans les principes de traitement ainsi que dans l'algorithme : « <b>L'ajustement des doses doit être fait dans les meilleurs délais</b> , en tenant compte des propriétés des médicaments utilisés (voir tableau 2.4), afin de soulager la souffrance de manière rapide et complète ».
Je suis un peu mal à l'aise avec l'algorithme qui semble suggérer que l'on peut prendre plusieurs périodes/jours? avant d'endormir la personne. Je crois que cela va	

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>beaucoup dépendre du contexte et malheureusement, l'algorithme le démontre mal. Pour certaines personnes/familles, il y a urgence à ce que la personne dorme, très rapidement. L'attente devient un échec.</p>	
<p>Il est très bien mais je me questionne sur l'impression (pas écrite comme telle dans le protocole, mais combien de temps signifie "après ajustement des doses") qu'il est possible de laisser du temps entre chaque étape. Selon la personne et le contexte, il y a urgence de sédatonner vite. Et dans ces contextes, et selon le contexte extérieur (pénurie de ressources, etc), le propofol ou débiter d'emblée à 3 ingrédients peut être intéressant... En même temps, j'imagine que cela rentre dans "cas complexes". Il est vrai que beaucoup des SPC à domicile sont moins complexes et répondent très bien à midazolam / nozinan en alternance. Donc l'algorithme est sommes toutes bien fait et clair.</p>	
<p>Un des éléments que j'aurais aimé retrouver dans le texte, le tableau ou l'algorithme est le temps ciblé avant d'obtenir une sédation adéquate. J'ai souvent été témoin de sédations dont l'ajustement des médicaments se faisait trop lentement et que le RASS visé a pris trop de temps à être atteint.</p>	
<p>Il est souhaitable de préciser qu'on doit absolument offrir avec la sédation, la continuité du soulagement en maintenant et optimisant les analgésiques afin de s'assurer que le patient une fois endormi ne souffre pas tout en étant incapable de l'exprimer.</p>	<p>Des modifications au PMN ont été apportées. Ainsi, l'énoncé suivant a été modifié : « Ils <u>devraient</u> toutefois être <u>considérés</u> conjointement à un agent sédatif lorsque la douleur et la dyspnée font partie des symptômes repérés. » De plus, l'énoncé suivant a été ajouté : « Poursuivre tout traitement qui consiste à soulager les symptômes ».</p>
<p>J'ai des réserves quant à l'utilisation de la scopolamine dans ce protocole. À mon avis devait être suggéré comme un traitement d'appoint en cas de râles terminaux uniquement et préférablement une fois la sédation atteinte. En bithérapie, les effets secondaires anticholinergiques notamment l'agitation pourrait s'avérer contre-productive et/ou traumatique si la posologie de l'autre molécule n'était pas suffisante.</p>	<p>Concernant la scopolamine, bien que l'indication principale soit généralement les râles bronchiques, des membres du comité consultatif ont mentionné qu'il s'agit d'un agent sédatif souvent utilisé et pas seulement dans le cas de râles. Par conséquent, la recommandation laisse la possibilité de l'utiliser même en l'absence de râles.</p>
<p>Un questionnement pour la scopolamine qui est indiquée en délirium?</p>	
<p>Je ne critique pas l'algorithme car je ne vois pas comment le faire différemment. Il peut seulement être plus ardu pour un clinicien peu expérimenté de ne se fier qu'à un algorithme.</p>	<p>L'algorithme a été élaboré afin de soutenir le clinicien dans sa prise de décision et ne doit pas remplacer le jugement clinique.</p>
<p>Le propofol est une molécule très intéressante. Je crois que la mise en garde est suffisante. Je ne voudrais cependant pas que nos établissements nous en empêchent l'accès à cause du protocole.</p>	<p>s.o.</p>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<b>5. TABLEAU DES POSOLOGIES/DOSAGES</b>	
<p>Il est certain qu'une administration intermittente peut être facilitante en milieu institutionnel. Mais pas toujours car requiert des interventions techniques à répétitions et pourrait garder moins de temps nursing pour l'observation et correction à apporter. Pour le domicile, la pompe ou le biberon, en administration continue est à privilégier. Dans le tableau, administration continue? dans le tableau, décrit dose de charge et dose initial. ça porte à confusion, ce ne semble pas être des doses dans une pompe en 24 hres.</p>	<p>Sous le tableau section 2.6 du PMN, il est inscrit : « Compte-tenu de la courte demi-vie du midazolam, l'administration continue est à privilégier. Toutefois, l'administration intermittente de midazolam pourrait être pertinente, notamment dans les cas de fin de vie imminente ou de situation urgente en attendant d'avoir accès à une perfusion. » Ceci inclut l'administration du midazolam à domicile. Pour les autres molécules, les membres du comité consultatif sont en accord que l'administration de méthotriméprazine puisse être possible en perfusion continue et des dosages ont été suggérés, cependant ils soulignent la présence d'irritation aux sites d'injection si l'utilisation d'un même site est faite. Par conséquent, ils sont d'avis que l'administration de la méthotriméprazine devrait être faite en changeant fréquemment le microperfuseur, ce qui requiert des interventions techniques. Quant au phénobarbital, les membres du comité consultatif ont souligné que la demi-vie du phénobarbital étant très longue, il n'y a pas d'avantages à l'administrer en perfusion continue et que l'administration intermittente aux 6 à 8 heures ne cause généralement pas de problématique lors de sédation palliative à domicile.</p> <p>Des modifications au PMN ont été apportées pour substituer « Dose initiale » pour « Débit initial ».</p>
<p>J'ai un commentaire pour la section 2.2, 2ième puce, je ne crois pas que la voie IV ne devrait qu'être réservée qu'aux conditions émises si le milieu de soins le permet, d'autres conditions selon mon expérience s'appliquent.</p>	<p>Dans le guide de l'APES, il est mentionné que l'administration des médicaments par voie sous-cutanée (SC) devrait généralement être favorisée, car elle permet de diminuer la quantité d'équipements reliés à la personne traitée ainsi que le volume liquidien total administré, l'accumulation de liquide pouvant entraîner des complications qui diminuent le confort de la personne (p. ex. œdème des membres inférieurs, œdème aigu du poumon) [APES, 2017]. Bien que l'administration par voie intraveineuse devrait être considérée dans certaines conditions cliniques où l'efficacité de la voie sous-cutanée peut être mise en doute (p. ex. réponse partielle ou absente, anasarque ou thrombocytopenie sévère), les membres du comité consultatif soulignent que l'administration intraveineuse n'est pas toujours possible dans certains milieux (p. ex. en CHSLD ou lors de soins à domicile). Ainsi, les parties prenantes estiment que pour la grande majorité des situations, la voie SC devrait être favorisée. Cependant, les conditions sont mentionnées dans le PMN à titre d'exemples et non pas afin de restreindre l'utilisation de la voie IV à ces situations.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>J'ai des réserves concernant les doses de versed. Les doses de départ me semblent un peu élevées. On considère également le iv équivalent au sc ce qui, de mon expérience clinique, n'est pas le cas.</p>	<p>La littérature concernant les doses de midazolam est plutôt consistante : plusieurs guides de pratique clinique recommandent une dose de charge de midazolam entre 1 et 5 mg (AHS, BC-CPC) alors que d'autres suggèrent plutôt 2,5 à 5 mg. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'une dose de charge de 5 mg est minimalement recommandée et qu'il n'est pas rare qu'une dose de charge de 10 mg soit administrée chez les personnes ayant déjà une histoire thérapeutique avec les benzodiazépines. De plus, le guide de l'APES recommande une dose de départ de midazolam de 5 mg SC aux 2 heures régulier lorsqu'il est administré de façon intermittente. Les membres du comité consultatif sont en accord avec cette recommandation de l'APES et ils calculent que l'administration de 5 mg aux 2 heures est équivalent à 60 mg/24h, soit 2,5 mg/h en perfusion continue. Les membres du comité consultatif soulignent que des doses de départ plus élevées sont nécessaires pour atteindre le niveau de sédation visé plus rapidement, par conséquent, ils suggèrent une dose de charge de midazolam entre 5 et 10 mg, suivie d'une perfusion continue entre 2 et 5 mg/h et une titration de l'ordre de 1 à 2 mg/h selon le besoin.</p> <p>Étant donné le début d'action plus rapide du midazolam administré par voie IV comparativement à l'administration par voie SC, les membres du comité consultatif sont d'avis que l'administration par voie IV peut donner l'impression d'une plus grande efficacité, cependant les dosages recommandés dans la littérature ne varient pas en fonction de la voie d'administration.</p>
<p>Par ailleurs pour la médication intermittente régulière, les doses d'introduction du versed m'apparaissent trop élevées et l'utilisation du q4h régulier à domicile est tout à fait acceptable et nettement plus facile pour les proches.</p> <p>Dose de départ pour versed et nozinan me semblent bien plus élevées que dans la pratique q4h reg pour le versed est bcp plus convivial que le q2h</p>	<p>La courte demi-vie et la durée d'action entre 30 et 80 minutes du midazolam ne justifient pas une administration aux 4 heures de cette molécule et la plupart des guides de pratique clinique canadiens ne recommandent pas l'administration intermittente de midazolam. D'ailleurs, les membres du comité consultatif suggèrent de privilégier l'administration continue de midazolam, ce qui est inscrit sous le tableau section 2.6 du PMN : « Compte-tenu de la courte demi-vie du midazolam, l'administration continue est à privilégier. Toutefois, l'administration intermittente de midazolam pourrait être pertinente, notamment dans les cas de fin de vie imminente ou de situation urgente en attendant d'avoir accès à une perfusion. » Si une administration intermittente est souhaitée, le lorazépam est l'alternative suggérée et les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il devrait être administré aux 4 heures.</p> <p>Les membres du comité consultatif soulignent que des doses de départ plus élevées sont nécessaires pour atteindre le niveau de sédation visé plus rapidement, par conséquent, ils suggèrent une dose de charge de midazolam entre 5 et 10 mg, suivie d'une perfusion continue entre 2 et 5 mg/h et une titration de l'ordre de 1 à 2 mg/h selon le besoin.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>En pratique, l'utilisation de deux molécules d'emblée est fréquente et convient à la plupart des situations cliniques.</p>	<p>s.o.</p>
<p>Une benzodiazépine, le lorazépam par la voie sous-cutanée intermittente, fait presque toujours partie des ordonnances pour les patients âgés en fin de vie en CHSLD. La prescription initiale peut être en régulier + PRN ou PRN seulement, mais très souvent réajusté en régulier + PRN dans les heures/jours qui suivent. Je crois que la définition de sédation palliative continue s'applique également dans ce contexte (ou bien je comprends mal la définition). Les doses initiales pour les patients très âgés fragiles sont souvent plus faibles que ce qu'on retrouve dans le protocole médical national, soit 0,25 à 0,5 mg sous-cutanée aux 6 heures réguliers. Évidemment, il peut s'agir de doses pour soulager certains symptômes tels l'anxiété ou l'agitation. Il résulte tout de même une sédation pour les patients qui reçoivent en régulier une benzo + un opioïde + scopolamine. Donc: peut-on s'assurer de bien définir la sédation palliative continue? peut-on réviser les doses initiales pour les très âgés fragiles en fin de vie?</p>	<p>En ce qui concerne plus précisément les éléments qui pourraient mener à l'application du protocole médical national sur la sédation palliative, l'ensemble des documents retenus s'entendent pour souligner que l'amorce d'une sédation palliative en fin de vie repose tout d'abord sur la présence de symptômes physiques ou psychologiques à la fois intolérables pour la personne et réfractaires aux traitements usuels, c'est-à-dire qu'il est impossible d'atteindre à l'aide des traitements standards un soulagement approprié dans un délai acceptable et sans induire une morbidité aiguë ou chronique intolérable [NCCN, 2021; SPSIM, 2021; HAS, 2020; FBSPSC, 2019; PSPC, 2018; APES, 2017; SQMDSP-CMQ, 2016; SQMDSP, 2014]. La définition de la SPC proposée en début de PMN a donc été modifiée pour la suivante : « <i>sédation palliative continue (SPC) fait référence à l'usage d'un traitement pharmacologique avec l'objectif de soulager un symptôme réfractaire en induisant un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'au décès de la personne.</i> »</p>
<p>Voir commentaires précédents: les doses initiales des agents centraux pour les personnes très âgés fragiles pourraient être révisées à la baisse. La dose initiale de scopolamine correspond à la pratique.</p>	<p>Les membres du comité consultatif soulignent que des doses de départ plus élevées sont nécessaires pour atteindre le niveau de sédation visé plus rapidement. Cependant, afin de mieux tenir compte de l'ensemble de l'histoire du patient dans le choix de la posologie initiale, l'énoncé suivant a été ajouté dans le PMN au-dessus du tableau de posologies :</p> <p><b><i>L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale. Par exemple, un patient naïf pour ces agents pourrait recevoir des doses proches de la valeur inférieure de l'intervalle alors qu'un patient qui en recevait déjà de façon régulière pourrait recevoir des doses plus proches de la valeur supérieure.</i></b></p>
<p>Je suis ravi de lire des doses qui correspondent davantage aux réalités des SPC que nous effectuons.</p>	<p>s.o.</p>
<p>La fréquence d'administration intermittente du midazolam est, en pratique courante, q 3 heures et q 1 hre prn, l'administration q 2 heures régulière pourrait alourdir le fardeau des soignant notamment à domicile.</p>	<p>La courte demi-vie et la durée d'action entre 30 et 80 minutes du midazolam ne justifient pas une administration aux 3 heures de cette molécule. D'ailleurs, les membres du comité consultatif suggèrent de privilégier l'administration continue de midazolam, ce qui est inscrit sous le tableau section 2.6 du PMN : « Compte-tenu de la courte demi-vie du midazolam, l'administration continue est à privilégier. Toutefois, l'administration intermittente de midazolam pourrait être pertinente, notamment dans les cas de fin de vie imminente ou de situation urgente en attendant d'avoir accès à une perfusion. » Si une administration</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	intermittente est souhaitée, le lorazépam est l'alternative suggérée et les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il devrait être administré aux 4 heures.
<b>6. APPLICATION DANS LE MILIEU</b>	
<p>La clientèle de CHSLD (surtout les grands malades âgés) répond habituellement aux doses des agents administrées par voie sous-cutanée intermittente, majoritairement le lorazépam en association avec la scopolamine (+ opioïde), parfois ajout de méthotriméprazine. L'administration par voie sous-cutanée continue (via une pompe) ou par voie IV poserait de grands problèmes logistiques dans la majorité des installations (et dans les futures maisons des aînés). Problématiques d'accessibilité (préparation du médicament en temps opportun; pompe); de formation de personnel; de personnel en nombre suffisant pour assurer la surveillance; la voie IV pour cette situation clinique me semble hasardeuse dans ces milieux de vie.</p>	<p>L'énoncé suivant du PMN répond à cette préoccupation :</p> <p>« Si la personne souhaite recevoir la sédation palliative en milieu de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer de la disponibilité des ressources (professionnelles, matérielles et techniques) ainsi que d'un soutien téléphonique médical/infirmier disponible en tout temps et capable d'intervenir en temps opportun si la situation se détériore.</li> <li>- Considérer les limites d'accessibilité de certaines molécules (approvisionnement, préparation, délais de livraison). »</li> </ul> <p>Dans tout le document, l'utilisation de la mention « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique - p. ex. à domicile, en CHSLD, en maison de soins palliatifs.</p>
<p>Le PMN tel quel ne contient aucune information supplémentaire ou nouvelle qui serait pertinente pour l'utilisation par les médecins de soins palliatifs dans mon milieu. et la SPC ne se fait que par les médecins en soins palliatifs dans mon établissement. Toutefois, plusieurs intensivistes pratiquent la SPC sans vraiment savoir qu'ils en font. je crois que cette situation qui est répandue à travers le QC devrait être adressée. mais je ne pense pas que le PMN changera cette situation</p>	<p>Cette information sera considérée lors de la diffusion du protocole.</p>
<b>7. INFORMATION À TRANSMETTRE</b>	
<p>Importance d'offrir à la famille le temps nécessaire à faire les adieux avant de débiter la sédation spc avant la dose de charge, car après, ils ne pourront plus le faire. Certains proches sont surpris de la rapidité de la sédation et souffrent de ne pas avoir su d'avance que ça irait si vite. De plus, il est important que le médecin ou le gestionnaire en établissement puisse préparer le personnel et aviser du traitement à venir afin de s'assurer de la continuité des soins de qualité et permettre aux soignants qui ne souhaitent pas collaborer au soin puisse se faire remplacer et d'autres, puissent recevoir les informations et le soutien psychologique nécessaire.</p>	<p>Des modifications ont été apportées dans cette section du PMN pour clarifier cet élément.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>L'enseignement sur les émotions ressenties à venir est essentielle dans les explications à fournir aux familles et même aux intervenants, surtout quand la durée attendue de la SPC dépasse quelques jours. Surtout à domicile, cela normalise les émotions contradictoires que peuvent vivre ceux qui sont au chevet du patient.</p>	<p>s.o.</p>
<p>J'énoncerais spécifiquement la durée attendue de la sédation, insistant dans les cas où la durée de la sédation est anticipée plus longue de le mentionner spécifiquement...</p>	<p>La modification suggérée a été apportée dans le document.</p>
<p><b>8. TRANSFERT DES CONNAISSANCES</b></p>	
<p>Je crois que tous les intervenants du SAD CLSC, en tout cas chez nous, devraient recevoir non seulement ce document, mais une formation dédiée sur la SPC. Bien que ce ne soit pas l'idéal, il arrive que des SPC soient débutées en fin d'après-midi ou même en soirée. L'ajustement de la médication se fait donc en collaboration avec des intervenants/infirmières qui sont parfois moins familières avec la clientèle en fin de vie et les soins palliatifs spécialisés.</p>	<p>Cette information sera considérée lors de la diffusion du protocole. Par ailleurs, l'INESSS va produire un tutoriel, publié en ligne, pour faciliter l'application et la compréhension du PMN. Dans ce tutoriel, 2 ou 3 cas cliniques seront présentés pour amener l'utilisateur à parcourir le PMN et pour passer certains des messages les plus importants du PMN. De plus, une présentation de ces travaux au congrès de l'AQSP est prévue.</p> <p>Le protocole de l'INESSS est complémentaire au guide d'exercice du CMQ et vise à uniformiser la pratique québécoise. Par ailleurs, des discussions sont en cours pour rendre accessible les documents de l'INESSS et du CMQ en un seul endroit pour faciliter la consultation de ces deux documents.</p> <p>De plus, un modèle d'ordonnance individuelle pré-imprimée (OIPi) a aussi été élaboré pour faciliter l'implantation du PMN.</p>
<p>Nous sommes entre deux feux : éviter un surcharge d'informations, mais fournir tous les renseignements nécessaires. Il y a actuellement votre guide, le guide du Collège des médecins, les Palliscience, le Pallium (au Canada), des protocoles dans chaque CIUSSS, et d'autres guides aussi. Si votre guide était complet, il y aurait donc une abondance de guides à suivre. Si votre guide était complémentaire aux autres, il serait donc incomplet. Il faut se demander quel est le rôle de chacun des nombreux guides.</p>	
<p>Étant donné que la SPC doit être déclarée à la DSP, le document pourra être associé au formulaire d'autorisation de la SPC. Les différentes équipes de soins palliatifs des différents CISSS et CIUSSS ont déjà été mises à contribution pour les ordonnances préimprimés pour les protocoles de détresse. Ils seront donc à même de contribuer à l'implantation efficacement dans leur milieu respectif.</p> <p>Comme moyen de diffusion, on pourrait également présenter le document au congrès de l'AQSP en mai 2022. Les plateformes de soins palliatifs tels palli-science et pallium pourront être un bon moyen de diffusion. L'outil pourra également être diffusé auprès des étudiants de médecine lors de leur stage de soins palliatifs à l'externat et à la résidence.</p>	
<p>L'envoyer aux directions concernées. Il serait malheureux qu'à la suite de la lecture cependant, les installations reviennent en arrière sur les perfusions sous-cutanées à</p>	

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
plusieurs ingrédients, ou bloque l'accès au propofol.	
Je crois que plus d'enjeux avec la clientèle âgée que la clientèle suivie par les équipes de soins palliatifs. S'assurer de diffuser aux directions SAPA pour aider à organiser l'administration de la SPC lorsqu'indiquée (ex: personnes âgées qui souhaitent mourir à domicile)	
Ce PMN pourrait faire l'objet d'une réunion scientifique transdépartementale dans notre installation ce qui sécuriserait sa diffusion. La mise sur pied d'un comité d'implantation avec représentation interprofessionnelle serait facilitante.	
Présenter le PMN, répondre aux questions et soutien par pairs expérimentés par la suite	

## RÉFÉRENCES

- Alberta Health Services (AHS). COVID-19 specific quick tips: Palliative sedation  
Edmonton, AB : AHS; 2020. Disponible à :  
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-palliative-sedation-quick-tips.pdf>.
- Alberta Health Services (AHS). Palliative sedation, adult – All locations V 1.0. Provincial Clinical Knowledge Topic. Edmonton, AB : AHS; 2018. Disponible à :  
<https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/klink/et-klink-ckv-palliative-sedation-adult-all-locations.pdf>.
- Association des pharmaciens des établissements de santé (APES). Options thérapeutiques et date limite d'utilisation des produits injectables en soins palliatifs dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Montréal, Qc : APES; 2020. Disponible à : [https://www.apesquebec.org/sites/default/files/services-membres/guides-outils/20200415\\_RPESP\\_COVID19.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/services-membres/guides-outils/20200415_RPESP_COVID19.pdf).
- Association des pharmaciens des établissements de santé (APES). Sédation palliative continue. Dans : Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes. 5<sup>e</sup> éd. Montréal, Qc : APES; 2017 : 347-61.
- BC Centre for Palliative Care (BC-CPC). BC inter-professional palliative symptom management guidelines. New Westminster, BC : BC-CPC; 2019. Disponible à : [https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/ColourFullPrintOct16\\_2019.pdf](https://bc-cpc.ca/wp-content/uploads/2019/10/ColourFullPrintOct16_2019.pdf).
- British Heart Foundation Northern Ireland (BHFNI). Guidance for the management of symptoms in adults with heart failure at the end of life. Belfast, Royaume-Uni : BHFNI; 2019. Disponible à :  
<http://www.professionalpalliativehub.com/sites/default/files/Management%20of%20symptoms%20in%20adults%20with%20Heart%20Failure%20at%20the%20end%20of%20life%20%28BHFNI%20PCPB%20PHA%20HSCB%29%202019%20%285%29.pdf>.
- Cellarius V. A pragmatic approach to palliative sedation. *J Palliat Care* 2014;30(3):173-8.
- Cherny NI. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014;25(Suppl 3):iii143-52.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gelinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018;46(9):e825-73.
- Duran-Crane A, Laserna A, Lopez-Olivo MA, Cuenca JA, Diaz DP, Cardenas YR, et al. Clinical practice guidelines and consensus statements about pain management in critically ill end-of-life patients: A systematic review. *Crit Care Med* 2019;47(11):1619-26.

- Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBPSPC). Palliaguide [site Web]. Bruxelles, Belgique : FBPSPC; 2019. Disponible à : <http://www.palliaguide.be/soins-palliatifs-recommandations/> (consulté le 17 juin 2021).
- Gauvin F, Humbert N, Marzouki M, Daoust L, Girard M-A, Villeneuve É, Vinay P. Sédation palliative en pédiatrie : lignes de conduite de l'unité de consultation en soins palliatifs du CHU Sainte-Justine. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique 2016;15(1):40-50.
- German Guideline Program in Oncology (GGPO). Palliative care for patients with incurable cancer, Extended S3 Guideline, Short version 2.2. Berlin, Allemagne : Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF); 2020. Disponible à : [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/128\\_D\\_Ges\\_fuer\\_Palliativmedizin/128-001OLkengl\\_S3\\_Palliative\\_care\\_2021-03.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/128_D_Ges_fuer_Palliativmedizin/128-001OLkengl_S3_Palliative_care_2021-03.pdf).
- German Guideline Program in Oncology (GGPO). Palliative care for patients with incurable cancer, S3-Guideline, Short version 1.0. Berlin, Allemagne : Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF); 2014. Disponible à : [https://www.eapcnet.eu/wp-content/uploads/2021/03/LL\\_Palliativmedizin\\_ShortVersion\\_1.0.pdf](https://www.eapcnet.eu/wp-content/uploads/2021/03/LL_Palliativmedizin_ShortVersion_1.0.pdf).
- Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative sedation: An analysis of international guidelines and position statements. Am J Hosp Palliat Care 2015;32(6):660-71.
- Halpern SD, Becker D, Curtis JR, Fowler R, Hyzy R, Kaplan LJ, et al. An official American Thoracic Society/American Association of Critical-Care Nurses/American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine policy statement: The Choosing Wisely® Top 5 list in Critical Care Medicine. Am J Respir Crit Care Med 2014;190(7):818-26.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2020. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco\\_fin\\_vie\\_med.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf).
- Imai K, Morita T, Akechi T, Baba M, Yamaguchi T, Sumi H, et al. The principles of revised clinical guidelines about palliative sedation therapy of the Japanese Society for Palliative Medicine. J Palliat Med 2020;23(9):1184-90.
- Knops RR, Kremer LC, Verhagen AA. Paediatric palliative care: Recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands. BMC Palliat Care 2015;14:57.
- McMaster. Continuous Palliative Sedation Therapy (CPST) guidelines. Hamilton, ON : Division of Palliative Care, Dept. of Family Medicine, McMaster University; 2020. Disponible à : <https://fhs.mcmaster.ca/palliativecare/documents/McMasterPalliativeSedationGuidelines202031March2020.pdf>.



- Myatra SN, Salins N, Iyer S, Macaden SC, Divatia JV, Muckaden M, et al. End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian J Crit Care Med* 2014;18(9):615-35.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Palliative care. Version 2.2021. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2021. Disponible à : [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). End of life care for adults: Service delivery. [B] Evidence review: Timing of referral to palliative care services. NICE guideline NG142. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142/evidence/b-timing-of-referral-to-palliative-care-services-pdf-6955526991>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline [NG31]. Londres, Angleterre : NICE; 2015. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
- Osman H, Shrestha S, Temin S, Ali ZV, Corvera RA, Ddungu HD, et al. Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline. *J Glob Oncol* 2018;4:1-24.
- Programme de soins palliatifs de Champlain (PSPC). Lignes directrices sur la pratique clinique de sédation palliative et de médication dans la région de Champlain. Ottawa, ON : PSPC; 2018. Disponible à : [https://champlainpalliative.ca/wp-content/uploads/2018/10/PST-Guidelines-Regional-2018\\_FRE-final.pdf](https://champlainpalliative.ca/wp-content/uploads/2018/10/PST-Guidelines-Regional-2018_FRE-final.pdf).
- Scottish Palliative Care Pharmacists Association (SPCPA). Care in the last days of life [site Web]. Édimbourg, Écosse : SPCPA; 2020. Disponible à : <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/care-in-the-last-days-of-life.aspx>.
- Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP). Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative. Principes et pratique en médecine adulte. Montréal, Qc : SQMDSP; 2014. Disponible à : [https://palliscience.com/sites/default/files/PDF/principes\\_et\\_pratique.pdf](https://palliscience.com/sites/default/files/PDF/principes_et_pratique.pdf).
- Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (SQMDSP-CMQ). La sédation palliative en fin de vie. Guide d'exercice. Montréal, Qc : SQMDSP et CMQ; 2016. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>.
- Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine (SPSIM), Diez-Manglano J, Sanchez Muñoz LA, Garcia Fenoll R, Freire E, Isasi de Isasmendi Perez S, et al. Spanish and Portuguese Societies of Internal Medicine consensus guideline about best practice in end-of-life care. *Rev Clin Esp (Barc)* 2021;221(1):33-44.

- Tomczyk M, Viillard ML, Beloucif S. « Sédatation » ou « pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie » ? Une étude linguistique des recommandations francophones en matière de sédatation en soins palliatifs chez l'adulte. *Rech Soins Infirmiers* 2020;(143):106-17.
- Vinay P, Dallaire M, Gagnon L, Corrales-Rodriguez L, Côté A, Blaise G. Coma, douleur et conscience en fin de vie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 2012;11(2):102-9.
- Waterloo Wellington Interdisciplinary HPC Education Committee: PST Task Force (WWIHPC). *The Waterloo Wellington Palliative Sedation Therapy Protocol*. Waterloo, ON : WWIHPC; 2019. Disponible à : [https://www.palliativecare.ca/44/Clinical\\_Resources/](https://www.palliativecare.ca/44/Clinical_Resources/).

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

