Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

RECUEIL DES POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

POLITIQUE ☐ PROCÉDURE ☒

N° : PRO-10006	**TITRE : ADMINISTRATION D'UNE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**	
PAGE : 1 DE 15	**DIRECTION**	**:** Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
ÉMIS LE : 2016-01-15 ENTRÉE EN VIGUEUR : 2016-02-04	**SECTEURS D'ACTIVITÉS**	**:** CISSS de la Montérégie-Ouest
RÉVISÉ LE : Révision antérieure :	**DESTINATAIRES**	**:** Gestionnaires; infirmières et professionnels, médecins et pharmaciens œuvrant auprès des usagers en soins palliatifs et en fin de vie; usagers et bénévoles

1. ÉNONCÉ

La *Loi concernant les soins de fin de vie* amène de nouvelles responsabilités pour les établissements, notamment au niveau de l'encadrement de la sédation palliative continue. Ce soin palliatif vise le soulagement de la souffrance lorsque celle-ci devient réfractaire et intolérable pour l'usager, et ce, malgré l'utilisation des approches thérapeutiques conventionnelles. La présente procédure vise à encadrer l'administration de la sédation palliative continue à travers les différents milieux où on retrouve la prestation de ce soin au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) et à assurer la meilleure qualité de soin possible aux usagers en fin de vie.

2. CHAMP D'APPLICATION

Avec l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie,* le gouvernement du Québec met de l'avant la nécessité d'un meilleur encadrement de la sédation palliative continue, dont le consentement et la déclaration de celle-ci (Loi 2, articles 24, 25 et 34).

La présente procédure découle de l'application de la Loi, et s'adresse principalement aux médecins et infirmières qui interviennent auprès d'usagers en fin de vie pour qui la sédation palliative continue représente une option de soin. Elle vise tous les milieux susceptibles d'offrir la sédation palliative continue : centres hospitaliers (CH), centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et en soutien à domicile (CLSC).

3. DÉFINITION

La sédation palliative est un soin de fin de vie qui consiste en l'administration de médicaments sédatifs dans le but de soulager des souffrances réfractaires en abaissant le niveau de conscience de l'usager. Selon sa durée, la sédation palliative sera qualifiée d'intermittente ou de continue.

La sédation palliative intermittente peut être administrée pendant quelques heures à quelques jours, avec alternance de périodes d'éveil et de sommeil, à des usagers dont le pronostic est généralement plus long (≥ 2 semaines). Elle constitue alors un répit pour l'usager souffrant, laissant le temps à l'équipe soignante de faire les ajustements thérapeutiques nécessaires pour l'atteinte du soulagement. Elle ne sera pas traitée en détail dans cette procédure, la Loi 2 portant que sur la sédation palliative continue.

La sédation palliative continue est indiquée lorsque la situation de l'usager se détériore rapidement, et qu'elle ne peut être contrôlée autrement. La sédation palliative sera alors instaurée de manière continue, c'est-à-dire qu'elle est maintenue jusqu'au décès naturel de l'usager. La sédation palliative continue est réservée aux personnes en toute fin de vie, soit avec un pronostic estimé à moins de deux semaines (≤ 2 semaines). Elle peut parfois être confondue à tort avec l'aide médicale à mourir ou avec l'ordonnance de détresse. Il nous apparait donc essentiel d'insister sur ce qui la distingue de ces autres soins.

Distinction avec l'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir implique l'administration volontaire et planifiée de médication avec l'intention claire de provoquer la mort. Au contraire, avec une sédation palliative continue pratiquée avec rigueur, la médication administrée ne vise qu'un niveau d'inconscience suffisant pour assurer le confort de l'usager. C'est la maladie sous-jacente, qui continue d'évoluer pendant la sédation, qui entrainera le décès, et non la sédation elle-même.

Distinction avec l'ordonnance de détresse

L'ordonnance de détresse implique l'administration en situation d'urgence d'une combinaison de médicaments visant à induire une sédation rapidement chez un usager aux prises avec une détresse (respiratoire, hémorragique, etc.) tout en lui permettant de récupérer, si cela est possible, de cette complication. Ce type de sédation dure en général 4 heures. Cependant, les épisodes de détresse surviennent habituellement lorsque le décès est imminent. Si le décès survient, c'est alors la maladie sous-jacente qui est la cause immédiate du décès et non la médication contenue dans le protocole.

Pour terminer, la sédation palliative continue ne doit pas être confondue avec la diminution de l'état de conscience en lien avec l'évolution naturelle de la maladie (agonie terminale) ou avec l'utilisation de médicaments ayant la sédation comme effet secondaire (ex. : administration de benzodiazépines, anticholinergiques, opioïdes, etc.).

4. OBJECTIFS

La présente procédure vise à :

- Identifier les rôles et les responsabilités de chacun.
- Guider les membres de l'équipe interdisciplinaire dans l'identification des soins offerts en fin de vie telle que la sédation palliative continue.

- Assurer le respect des normes cliniques et du cadre légal entourant la sédation palliative continue comme les indications, le processus décisionnel, le consentement, l'administration et la surveillance, la documentation et la déclaration (*Loi concernant les soins de fin de vie* et Guide d'exercice du Collège des médecins).
- S'assurer que l'usager et ses proches reçoivent des explications et du soutien tout au long du processus décisionnel et du déroulement de la sédation.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Nous référons le lecteur à la *Politique sur les soins de fin de vie* du CISSSMO pour la description des rôles et des responsabilités relevant de l'établissement et de la direction générale. La présente section définit les rôles et responsabilités généraux des différents acteurs pouvant être impliqués dans l'administration d'une sédation palliative continue.

- **DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL**
  - Assurer le respect de hauts standards de pratique liés à la sédation palliative continue.
  - Assurer le respect de la *Loi concernant les soins de fin de vie* liée au consentement et à la déclaration de la sédation palliative continue.

- **DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE**
  - Élaborer et diffuser le document d'encadrement de la pratique infirmière lié à la sédation palliative continue tel un protocole infirmier.
  - Assurer la prestation de soins de qualité et sécuritaire aux usagers recevant la sédation palliative continue.
  - Évaluer la qualité des soins dispensés au regard de l'évaluation clinique, de l'administration de médicaments, de la surveillance et de la documentation lors de sédation palliative continue.

- **DIRECTION DU PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES**
  - Contribuer à l'élaboration de document d'encadrement de la pratique lié à la sédation palliative continue.
  - Assurer l'implantation et le respect des protocoles et procédures cliniques dans son secteur d'activités.
  - Collaborer à l'évaluation de la qualité des soins dispensés au regard de la sédation palliative continue.

- **MÉDECIN TRAITANT**
  - Informer l'usager et ses proches sur l'objectif de la sédation palliative continue et sur les autres options de soins possibles.
  - Assurer un consentement écrit, libre et éclairé avant l'initiation d'une sédation palliative continue (annexe A).
  - Documenter au dossier son évaluation et les motifs soutenant le choix de l'usager et ses proches.
  - Déterminer le protocole médicamenteux en fonction de la condition et des besoins de l'usager.
  - Communiquer avec le pharmacien, au besoin, afin d'établir le profil pharmaceutique de l'usager.

- S'assurer que les membres de l'équipe soignante connaissent les motifs de la décision, comprennent bien la procédure et du niveau de sédation attendu.
- Doit être présent à l'amorce de la sédation palliative continue, mais n'est pas dans l'obligation de rester sur place jusqu'à l'atteinte du niveau de sédation souhaité.
- Demeurer disponible et facilement joignable tout au long de l'administration de la sédation palliative continue.
- Apporter du soutien aux proches tout au long du processus.
- Déclarer au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), à l'aide du formulaire *Déclaration de la sédation palliative continue*, toute sédation palliative continue dans les 10 jours du décès de l'usager (annexe B).

- **PHARMACIEN**
  - Dresser, en collaboration avec le médecin, le profil pharmaceutique de l'usager.
  - Collaborer à l'identification d'un protocole médicamenteux approprié aux symptômes visés et au niveau de sédation et de confort souhaité.

- **INFIRMIÈRE**
  - Participer au processus de concertation interdisciplinaire à partir de son évaluation clinique, notamment sur la gestion des symptômes et sur la présence ou non d'une souffrance chez l'usager.
  - Administrer le protocole médicamenteux de la sédation palliative continue tel que prescrit avec l'objectif d'atteindre le niveau de sédation et de confort souhaité.
  - Communiquer à l'équipe de soins la démarche en cours.
  - Apporter du soutien aux proches tout au long du processus.
  - Procéder à la documentation clinique des soins et la surveillance liée à la sédation palliative continue.

- **AUTRES PROFESSIONNELS**
  - Collaborer à la concertation interdisciplinaire portant sur la gestion des symptômes liés à une souffrance physique, psychologique, existentielle ou spirituelle et s'implique au besoin.
  - Apporter du soutien, notamment psychosocial, à l'usager et aux proches tout au long du processus.

- **CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS**
  - Traiter les déclarations de sédation palliative continue effectuées par le corps médical.
  - Évaluer périodiquement la qualité des soins fournis.

6. CLIENTÈLE VISÉE

Ce soin vise les usagers se trouvant dans une condition médicale à caractère terminal présentant un pronostic vital de moins de deux semaines et consentants à recevoir des soins de fin de vie (niveau d'intervention médicale 4).

7. INDICATIONS

En lien avec le caractère terminal de la condition d'un usager, le caractère réfractaire et intolérable des symptômes vécus par celle-ci constitue une condition essentielle pour avoir recours à la sédation palliative en fin de vie. Plus spécifiquement, l'usager devra notamment :

- Être en phase avancée d'une pathologie mortelle.
- Être en état de souffrance intolérable, tel que définie par l'usager.
- Présenter un ou des symptômes réfractaires d'ordre physique, psychologique, existentiel ou spirituel. Une consultation doit être envisagée si le caractère réfractaire du symptôme est incertain.
- Avoir un pronostic de survie d'environ deux semaines. Si le pronostic est de plus de deux semaines, la sédation intermittente devrait alors être considérée.

L'évaluation du pronostic vital d'un usager par le médecin doit se baser sur divers éléments tels que l'étendue de la maladie, sa vitesse de progression, l'autonomie fonctionnelle et la présence de certains symptômes spécifiques (dysphagie, anorexie-cachexie, faible statut de performance, etc.). Cependant, en toute fin de vie, il est fréquent d'observer certains signes qui peuvent aider à déterminer le pronostic vital :

- Arrêt spontané de l'alimentation et de l'hydratation
- Dysphagie
- Râles terminaux
- Asthénie importante et perte de mobilité
- Somnolence progressive allant jusqu'à l'inconscience
- Altération des signes vitaux

Les principaux symptômes justifiant l'utilisation de la sédation palliative continue font l'objet d'un très large consensus :

- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
- Détresse respiratoire majeure et récidivante
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Convulsions réfractaires
- Douleur intraitable et intolérable
- Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
- Détresse hémorragique
- Nausées et vomissements incoercibles
- Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
- Autre état réfractaire

La décision d'initier une sédation palliative continue est l'aboutissement d'un processus minutieux visant à ce que tous les éléments pertinents en matière de risques et d'avantages soient soupesés et tous les acteurs de la situation respectés, à commencer par l'usager. Ce processus est illustré sous forme d'arbre décisionnel à l'annexe C.

8. CONSENTEMENT

Le médecin doit avoir obtenu un consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant (consentement substitué) avant d'amorcer la sédation palliative. La *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit des exigences particulières pour le consentement à la sédation palliative continue.

Pour être valide, le consentement à la sédation palliative continue doit répondre aux critères suivants :

- Être donné par un usager apte à consentir aux soins ou par une personne habilitée par la loi si l'usager est inapte et informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

- Être donné sans pression : le médecin doit s'assurer du caractère libre du consentement en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures, qu'elles soient financières, psychosociales ou relationnelles.
- Être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et conservé dans le dossier de l'usager (annexe A).

Pour que le consentement soit éclairé, l'usager ou la personne habilitée doit être informé :

- Du diagnostic de la maladie
- De la nature et du but du traitement
- De ses avantages et de ses risques
- Des conséquences d'un refus
- Des autres options possibles

Dans une perspective clinique, on comprend qu'effectivement :

- Le diagnostic seul de la maladie ne suffit pas et, malgré son caractère incertain, le pronostic est déterminant pour la décision.
- Il est également déterminant de pouvoir prévoir le mieux possible la durée de la sédation, qui demeurera toutefois souvent imprécise.
- 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.
- 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.

Le consentement d'une personne apte

Dans un contexte idéal, le consentement à une sédation palliative serait toujours donné par l'usager alors qu'il 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 usager laisse présager le recours possible à la sédation.

Si l'usager ne peut dater et signer le formulaire de consentement parce qu'il ne sait pas écrire ou parce qu'il 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 l'usager et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

Dans le cas d'un consentement obtenu de l'usager, la participation des proches au processus décisionnel demeure éminemment souhaitable. Cependant, la décision revient à l'usager lui-même, et ses proches ne peuvent participer au processus décisionnel qu'avec son accord. Qu'ils aient participé ou non à la décision de sédation, les proches doivent comprendre les explications appropriées que l'équipe soignante leur a données avant le début de la sédation. Toutefois, il appartient à l'usager de décider des informations qui seront transmises à ses proches.

Le consentement substitué

En cas d'inaptitude à consentir aux soins, 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[1]. La décision doit être prise dans le meilleur intérêt de l'usager et autant que possible dans le respect des volontés qu'elle a exprimées avant son inaptitude. C'est à ce représentant de déterminer quelles informations peuvent être transmises à des tiers.

Dans tous les cas, l'usager 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.

En cas d'usager inapte qui n'aurait personne pour donner son consentement substitué à la sédation palliative continue, il sera possible pour l'équipe traitante d'appeler au Curateur public du Québec pour qu'il donne son consentement substitué. Avant de donner un consentement substitué pour une personne isolée, le Curateur public s'assurera que tous les efforts ont été faits pour trouver un membre de la famille ou un proche qui aurait pu consentir à sa place.

9. PROTOCOLE MÉDICAL

Les principes généraux suivants s'appliquent :

- La sédation palliative continue est débutée sur ordonnance médicale individuelle.
- La sédation palliative continue est disponible pour tout usager en fin de vie pour lequel les critères sont respectés.
- Avant d'appliquer le protocole, il est essentiel de prévoir un temps d'information pour l'usager et ces proches. Ce moment pourra notamment permettre de clarifier les aspects d'hydratation et de nutrition, souvent déjà interrompus en phase avancée de la maladie, l'objectif de la sédation, et le fait que la sédation n'écourte pas la vie ni ne provoque le décès lorsque pratiquée selon les indications cliniques.
- Le médecin doit également s'assurer que toute l'équipe de soins comprend bien la procédure, son indication, et son impact sur les proches et qu'elle est prête à y collaborer.

Pour les spécificités du protocole pharmaceutique, nous référons le lecteur au *Guide sur la sédation palliative en fin de vie*, publié par le Collège des médecins du Québec (2015).

[1] Article 15 tel qu'il sera modifié par la *Loi concernant les soins de fin de vie. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.*

10. SURVEILLANCE DE L'USAGER SOUS SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Les agents pharmacologiques utilisés pour parvenir à un soulagement doivent être administrés de façon sécuritaire et les doses doivent être ajustées proportionnellement aux besoins de l'usager. Le niveau de sédation recherché est établi en fonction du symptôme à pallier et du degré de souffrance. La sédation palliative continue requiert une étroite collaboration entre l'infirmière et le médecin afin d'assurer une surveillance soutenue et l'ajustement de la médication. Cette surveillance s'ajoute aux soins infirmiers de fin de vie et au soutien des proches. L'infirmière doit se référer au protocole infirmier à cet effet en vigueur au CISSSMO.

11. SOUTIEN AUX PROCHES

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 de sens dans leur accompagnement, notamment à cause de l'absence d'échanges avec l'usager 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. Cela explique pourquoi les proches doivent recevoir un soutien adapté et continu de la part du personnel soignant.

L'environnement de soins doit aussi favoriser le contact intime entre l'usager et ses proches, afin d'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.

12. TENUE DE DOSSIER

On devrait retrouver au dossier de l'usager placé sous sédation palliative continue les informations suivantes :

- L'évaluation détaillée de la condition de l'usager.
- La liste de toutes les approches pharmacologiques ou non pharmacologiques tentées avant la sédation.
- L'essentiel des discussions et l'évaluation des membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont pris part au processus décisionnel.
- L'essentiel des informations échangées avec l'usager ou ses proches, incluant l'expression de leur compréhension de la situation et des effets de la sédation palliative continue.
- Une copie des prescriptions à utiliser lors de la sédation palliative continue (molécule, concentration, voie d'administration, posologie).
- Toute modification de doses et tout ajout de nouvelles molécules doivent être notés au dossier médical, ainsi que les éléments les justifiant, avec les heures précises où ces prescriptions sont effectives.
- L'ensemble de l'évaluation et de la surveillance clinique réalisé par les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante.
- Les formulaires de consentement et de déclaration doivent également être versés au dossier médical.

13. AVIS DE DÉCLARATION

Le médecin qui administre une sédation palliative continue doit, dans les 10 jours suivant le décès de l'usager le déclarer en informer le CMDP s'il exerce en établissement ou en informer le Collège des médecins du Québec s'il exerce en cabinet. À cette fin, il doit utiliser le formulaire de déclaration de la sédation palliative continue présenté en annexe B et l'acheminer au CMDP.

14. MÉCANISME D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le CMDP doit évaluer périodiquement la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables pour la sédation palliative continue. À défaut d'un CMDP institué, il revient alors au chef de service médical ou au médecin responsable des soins médicaux pour l'établissement d'assumer ces fonctions. Pour les médecins exerçant en cabinet privé de professionnel, la loi confie la responsabilité d'exercer ces fonctions au Collège des médecins du Québec, que la sédation soit administrée à domicile ou dans une maison de soins palliatifs.

RÉDIGÉ PAR :	RÉVISÉ PAR :
Maud Carrier, conseillère-cadre en soins infirmiers spécialisés, Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire **Natalie Racine**, chargée de projet, Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	

PERSONNES CONSULTÉES :
Membres du comité de mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie: Dre Karyne Amyot, Dre Chantal Anctil, Dre Lucie Poitras, Catherine Meloche, Chantal Rochefort, Louise Parent, Carole Roy, Patricia Reid, Natacha Bernier

RÉFÉRENCES :

Assemblée nationale. (2014). *Projet de loi n°52. Loi concernant les soins de fin de vie.* Éditeur officiel du Québec.

Collège des médecins du Québec. (2015). *La sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice.* Publication du Collège des médecins du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction générale des services de santé et médecine universitaire. (2015). *Présentation PowerPoint : Sédation palliative continue.* Document inédit.

Société québécoise des médecins de soins palliatifs (2014). *Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative – Principes et pratique en médecine adulte.* Publication du MSSS.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2015). *Procédure relative à la sédation palliative continue.* Document de l'établissement.

HISTORIQUE DU DOCUMENT

DOCUMENT ORIGINAL OU RÉVISION AVEC MODIFICATION(S) MAJEURE(S)			RÉVISION SANS MODIF.MAJEURE	COMMENTAIRES
ADOPTÉ PAR	**ÉMIS LE**	**DATE ENTRÉE EN VIGUEUR**	**RÉVISÉ LE**	
Comité de coordination clinique CISSSMO	2016-01-15	2016-02-04		

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE - MODÈLE

Santé et Services sociaux Québec

DT9231

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Je consens à la sédation palliative continue.

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

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

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

Signature : _____ Date ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

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

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à *(adresse)* :

Lien avec la personne concernée :

Signature : _____ Date ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

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

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

Lien avec la personne concernée :

Signature : _____ Date ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

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

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

Prénom et nom du médecin	Nº de permis d'exercice	Signature

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

MODÈLE

ANNEXE B

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UNE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE – MODÈLE

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : ____ / ___ / ___ (année / mois / jour) ❑ F ❑ M

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

DÉCLARATION DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

1. **Coordonnées du médecin responsable et de l'installation**

   Nom du médecin responsable : _____ Numéro de permis : _____

   Lieu de prestation (cocher) : ❑ Domicile ❑ Maison de soins palliatifs ❑ CHSLD ❑ CHSGS

   Nom de l'installation : _____

2. **Diagnostic prépondérant et condition clinique**

   _____

   _____

3. **Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cocher)**

   ❑ Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
   ❑ Détresse respiratoire majeure et récidivante
   ❑ Dyspnée progressive et incontrôlable
   ❑ Convulsions réfractaires
   ❑ Douleur intraitable et intolérable
   ❑ Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
   ❑ Détresse hémorragique
   ❑ Nausées et vomissements incoercibles
   ❑ Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
   ❑ Autre symptôme réfractaire : _____

4. **Essais thérapeutiques antérieurs**

   Pharmacologiques : _____

   _____

   _____

   Sédation intermittente ❑ Oui ❑ Non

   Non pharmacologiques : _____

   _____

5. **Estimation du pronostic vital**

   Durée anticipée de la sédation continue : _____

6. **Recours à la sédation palliative continue**

   ❑ Oui ❑ Non – Justifier : _____

   Second avis demandé : ❑ Oui ❑ Non

   Si oui, nom du médecin : _____ Date _____ (AAAA-MM-JJ)

7. **Obtention d'un consentement écrit**

   ❑ Oui – Formulaire joint ❑ Non – Justifier : _____

MODÈLE

ANNEXE B (SUITE)

8. **Médication prescrite**

Médicaments	Voie d'administration	Début		Fin	
		Dosage	Date (AAAA-MM-JJ)	Dosage	Date (AAAA-MM-JJ)
Lorazépam	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Midazolam	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Méthotriméprazine	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Chlorpromazine	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Phénobarbital	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Propofol	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Scopolamine	❑ IV ❑ Sous-cutané				
Autres :	❑ IV ❑ Sous-cutané				
	❑ IV ❑ Sous-cutané				
	❑ IV ❑ Sous-cutané				

9. **Hydratation**

❑ Naturelle
- ❑ cessée spontanément par le patient, le _____
- ❑ cessée à l'initiative du médecin, le _____

❑ Artificielle
- ❑ cessée le _____

10. **Nutrition**

❑ Naturelle
- ❑ cessée spontanément par le patient, le _____
- ❑ cessée à l'initiative du médecin, le _____

❑ Artificielle
- ❑ cessée le _____

11. **Évolution jusqu'au décès**

❑ Mort paisible ❑ Soulagement [illegible] ❑ Complications : _____

Décès constaté le _____ (AAAA-MM-JJ)

12. **Attitude [illegible] l'équipe soignante tout au long du processus**

Proches	**Consultation avant le début du processus** ❑ Oui À quelle date : _____ ❑ Non, pourquoi? _____ **Soutien apporté** ❑ Oui, lequel? _____ ❑ Non, pourquoi? _____	**Collaboration tout au long du processus jusqu'au décès** ❑ Oui ❑ Non, pourquoi? _____ **Soutien apporté** ❑ Oui, lequel? _____ ❑ Non, pourquoi? _____
Équipe soignante	**Consultation avant le début du processus** ❑ Oui À quelle date : _____ ❑ Non, pourquoi? _____ **Soutien apporté** ❑ Oui, lequel? _____ ❑ Non, pourquoi? _____	**Collaboration tout au long du processus jusqu'au décès** ❑ Oui ❑ Non, pourquoi? _____ **Soutien apporté** ❑ Oui, lequel? _____ ❑ Non, pourquoi? _____

13. **Formulaire de déclaration rempli le** _____ (AAAA-MM-JJ)

Transmis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le _____ (AAAA-MM-JJ) **au 450 699-7412 (télécopieur)**

_____ Nom du médecin responsable en lettres moulées

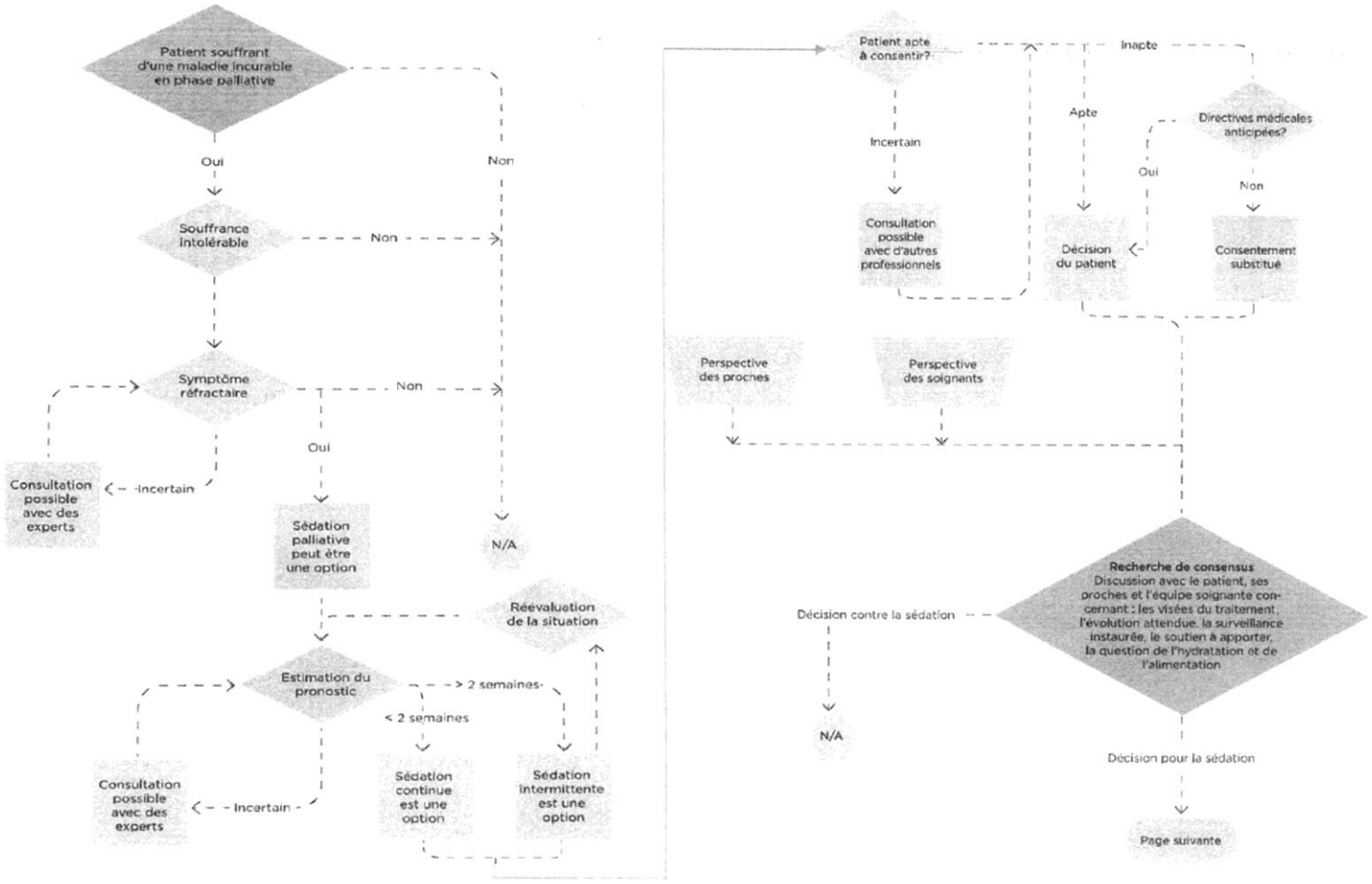
_____ Signature du médecin responsable

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

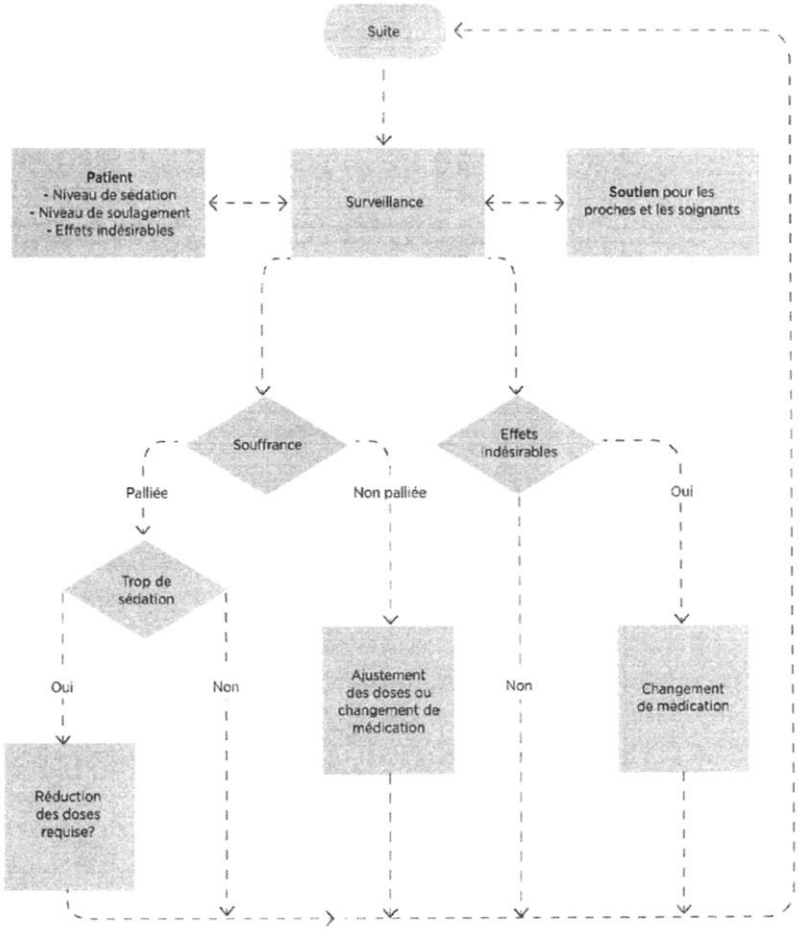
MODÈLE

ANNEXE C

ARBRE DÉCISIONNEL
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE



ANNEXE C (SUITE)



Particularités :

L'obtention du consentement doit être faite par écrit, de manière libre et éclairée avant l'initiation d'une sédation palliative continue en utilisant le formulaire « Consentement à la sédation palliative continue » (AH-880). Le consentement substitué est accepté.

Le médecin doit être présent à l'amorce de la SPC et doit demeurer disponible et facilement joignable tout au long de l'administration de la sédation palliative continue.

L'infirmière participe au processus de concertation interdisciplinaire à partir de son évaluation clinique, notamment sur la gestion des symptômes et sur la présence ou non d'une souffrance chez l'usager. Elle administre le protocole médicamenteux de la sédation palliative continue et procède à la documentation clinique des soins et de la surveillance.

La SPC doit être déclarée au CMDP à l'aide du formulaire CISSSMO « Déclaration de la sédation palliative continue » dans les 10 jours suivant le décès de l'usager.