

Surveillance clinique d'un usager sous sédation palliative (intermittente et continue)

Direction responsable	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2016-07-04
		Révisé	
Installations / Secteurs visés	Toutes les installations du CISSMO Secteur visés : Hôpitaux / Hébergement / Soins à domicile		
Outils cliniques associés	Procédure : Administration d'une sédation palliative continue Formulaire : Surveillance d'un usager sous sédation palliative (CLI-60037)		

Champs d'application / Contexte légal

Cette règle de soins est un complément à la procédure « Administration d'une sédation palliative continue » du CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSMO).

Dans le cadre de l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, il est incontournable d'encadrer les activités de soins infirmiers liées à l'administration de la sédation palliative, la surveillance associée et les soins attendus pour les usagers en fin de vie. La présente règle de soins a pour objet :

- D'assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité auprès des usagers sous sédation palliative.
- De soulager la souffrance de l'usager et répondre à ses besoins spécifiques en fin de vie.
- D'offrir des soins respectant les hauts standards de qualité en matière d'administration, de surveillance, de soins de fin de vie et de soutien aux proches.
- D'assurer une évaluation, une surveillance clinique et un suivi efficient de la condition de l'usager par le médecin et l'équipe interdisciplinaire

Professionnels / non-professionnels visés

Intervenants œuvrant auprès de la clientèle en soins palliatifs et en fin de vie :

- Infirmières
- infirmières auxiliaires
- Ressources externes en soins infirmiers (SSPAD, Santérégie garde 24/7, main d'œuvre indépendante).

Activités réservées / activités visés

Activités réservées à l'infirmière :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Activités autorisées à l'infirmière auxiliaire :

L'infirmière auxiliaire contribue à la surveillance clinique d'un usager sous sédation palliative :

- Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Prodiquer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- Contribuer à la thérapie intra veineuse

Situations visées / clientèles visées

Usager en phase avancée de sa maladie dont la mort est imminente qui présente une souffrance non soulagée ou des symptômes réfractaires et ayant une ordonnance médicale de sédation palliative.

La sédation palliative continue pourra être appliquée que chez un usager dont le pronostic de survie est établi à moins de 2 semaines. La sédation palliative intermittente peut, quant à elle, être appliquée chez un usager en fin de vie dont le pronostic est variable.

Définitions

En soins palliatifs, la sédation palliative est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son principal objectif est le soulagement des symptômes réfractaires et peut être d'une durée de quelques heures à quelques jours.

Distinction entre sédation palliative intermittente et continue

Sédation palliative intermittente

- Alternance de périodes d'éveil et de sommeil
- Pronostic de survie évalué à plus de 2 semaines en situation de fin de vie
- Contexte de souffrance existentielle ou de symptômes réfractaires en situation de fin de vie

Sédation palliative continue

- Induit un état d'inconscience, de façon continue, et ce, jusqu'au décès
- Pronostic de survie évalué à moins de 2 semaines
- Contexte de souffrance existentielle ou de symptômes réfractaires
- Consentement et déclaration obligatoire par le médecin via les formulaires officiels

Lors de l'administration de la sédation palliative continue, plusieurs facteurs doivent être respectés. La procédure CISSMO « Administration d'une sédation palliative continue » énumère les critères à respecter.

Conditions

La sédation palliative est un soin offert à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci ou d'un proche, et initié par le médecin qui consiste à administrer des médicaments dans le but de soulager ses souffrances en abaissant le niveau de conscience. Selon le niveau de conscience souhaité et obtenu, la sédation peut être intermittente ou continue.

Le but premier des soins palliatifs est le soulagement de la souffrance des usagers, quelle qu'en soit la nature. Il peut arriver que certains symptômes ne puissent être contrôlés, en dépit des ressources thérapeutiques extensives mises en œuvre. Ces symptômes dits réfractaires, de nature physique ou psychologique, ont souvent un effet intolérable sur le bien-être de l'usager en fin de vie. Dans ces circonstances, une sédation médicalement induite peut représenter l'intervention la plus appropriée.

Rôles et responsabilités / Directives

1. Travail de collaboration

La contribution de tous les membres de l'équipe soignante est essentielle lors de la sédation palliative. La communication doit être fluide au sein de l'équipe afin de s'assurer que tous comprennent bien la procédure, ses indications, le niveau de sédation à atteindre et l'impact sur les proches.

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire qui contribue à la sédation palliative doivent :

- Effectuer une observation attentive de l'usager afin d'identifier un inconfort ou un besoin non répondu.
- Administrer la médication selon la prescription pharmaceutique.
- S'assurer de bien connaître l'orientation médicale à l'égard du niveau de sédation souhaité.
- Soutenir l'usager et ses proches en restant attentif à leurs besoins et s'y adapter.

2. Administration de la sédation palliative

La médication utilisée vise à provoquer, de manière intentionnelle, une altération de l'état de conscience. L'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent respecter les échelles de médication prescrites par le médecin. Certains principes généraux s'appliquent :

- Lorsqu'un ajustement de posologie est nécessaire, seule l'infirmière peut modifier la dose selon les données cliniques recueillies et ajuster cette dernière en fonction de la prescription médicale.
- Le niveau de sédation varie d'un usager à l'autre et dépend du niveau de l'intensité des symptômes et du niveau de soulagement souhaité.
- La sédation palliative doit être initiée à dose minimale et ajustée selon la réponse de l'usager.
- La voie sous-cutanée doit être privilégiée pour son administration.
- L'utilisation de la voie veineuse est envisageable seulement si l'efficacité de la voie sous-cutanée est mise en doute ou en présence d'anasarque ou de thrombocytopénie sévère.
- Les agents médicamenteux les plus fréquemment utilisés sont :
 - Benzodiazépines
 - Anticholinergiques
 - Neuroleptiques
 - Barbituriques
 - Anesthésiques généraux (Propofols)
- L'utilisation d'opioïdes n'est pas conforme aux bonnes pratiques lors de sédation palliative. Ils sont plutôt utilisés en parallèle pour calmer une douleur physique ou une dyspnée.

Particularité pour la sédation palliative continue

- Le consentement libre et éclairé est requis par l'usager ou son représentant.
- Puisque le niveau de confort est variable d'une personne à l'autre, le médecin doit être présent à l'amorce de la sédation palliative continue et demeurer disponible et facilement joignable tout au long de la procédure.

Particularité pour la sédation palliative intermittente

- La sédation palliative intermittente est administrée pendant plusieurs heures ou quelques jours et doit être réévaluée au besoin. Comme le contexte physiologique est très différent, des considérations particulières touchant la nutrition et l'hydratation doivent être discutées en équipe interdisciplinaire. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) doit être ajusté en conséquence.

3. Surveillance requise lors de sédation palliative

Étant donné que l'usager est sédationné, les intervenants et les proches doivent observer ses comportements non verbaux afin d'assurer un niveau de soulagement et de confort adéquat. Une surveillance clinique étroite est essentielle afin d'ajuster la médication et adapter l'ensemble des soins en fonction de la condition médicale et de la réponse individuelle de l'usager. Elle doit tenir compte de trois principaux volets :

- Le niveau de sédation
- Le niveau de soulagement et de confort
- L'apparition d'effets secondaires

La surveillance de l'usager lors de sédation palliative doit être documentée par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire sur le formulaire « Surveillance clinique de l'usager sous sédation palliative » (CLI-60037).

3.1 Directives pour l'utilisation du formulaire

Informations nominatives

Cette section consiste à préciser le type et le niveau de sédation visés ainsi que la date du début de la sédation palliative. Si le niveau de sédation n'est pas clairement indiqué par le médecin, l'infirmière devra questionner ce dernier pour le connaître.

Section 1 : Échelle de vigilance et d'agitation de Richmond (RASS)

Cette section vise à surveiller le niveau de sédation de l'utilisateur par l'évaluation de son niveau d'agitation. L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire (en collaboration) utilisent l'échelle de vigilance et d'agitation de Richmond (RASS) afin d'identifier le niveau de vigilance et d'agitation observé et fait l'inscription du pointage dans la colonne associée.

Le score attendu pour une sédation légère est -1 à -2.

Le score attendu pour une sédation profonde est -3 à -5.

Légende 1 – Échelle de vigilance et d'agitation de Richmond (RASS) (Sessier 2002, Chanque 2666, Thuong 2008)		
Niveaux	Descriptions	Définitions
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tubulures 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 sec)
-2	Diminution de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec)
-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 l'appel, ni la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Section 2 : Intensité des symptômes respiratoires (Respiratory Distress Observation Scale ou RDOS)

Cette section est utilisée pour mesurer la dyspnée ou la détresse respiratoire. L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire (en collaboration) utilisent la « Respiratory Distress Observation Scale » (RDOS) pour accorder un pointage à chacun des éléments.

Le score attendu est de moins de 4.

Légende 2 – Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire (Respiratory Distress Observation Scale [RDOS] – Campbell (2008, 2010))			
	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-29	≥ 30
Agitation : mouvements non intentionnels	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires	non	modéré	intense
Grognement en fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Regard / facies effrayé : exemple Dents serrées Froncement des sourcils Muscles du visage contractés Yeux écarquillés	non		oui

Section 3 : Soulagement de la douleur

Cette section vise à préciser le niveau de soulagement de la douleur de l'usager comateux sous sédation palliative. La grille permet de déterminer l'efficacité de la médication (niveau de confort) et la nécessité d'ajuster cette dernière.

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire (en collaboration) utilisent la grille de « Nociception Coma-Scale » pour les éléments à observer. Un pointage est accordé selon la présence ou l'absence de ces éléments.

Le score visé est de 8 ou moins.

Il est demandé de prendre le pouls de façon manuelle et non pas avec un appareil. Puisque la saturation n'a pas pour objectif immédiat d'assurer le confort du patient, il n'est pas nécessaire de la monitorer avec la prise de pulsation simultanément.

Soulagement de la douleur (Nociception Coma Scale adapté par Vinay, 2011)	
Visage 1 = Détendu 3 = Crispé 2 = Tendu 4 = Grimaçant	Mouvements 1 = Calme 3 = Agité 5 = Combatif 2 = Remuant 4 = Très agité
Larmes 1 = Absentes 2 = Présentes	Respiration 1 = < 19 2 = ≥ 19
Geignements 1 = Absents 2 = Présents	Pouls 1 = N< 110 2 = ≥ 110
Membres 1 = Souples 3 = Rigides 2 = Raides	
Total Score visé : 8 ou moins	

4. Informations complémentaires

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doit observer la présence d'autres symptômes ou effets secondaires. Elles doivent en faire l'inscription de façon détaillée dans les notes d'observation de manière manuscrite afin d'apporter les précisions en lien avec les symptômes spécifiques identifiés et les interventions effectuées.

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent :

- Être vigilante lors de sédation palliative, car l'anxiété peut être aggravée.
- Observer l'usager afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de manière paradoxale à la médication ou qu'une composante de délirium exacerbée ne s'installe pas.

5. Fréquence de surveillance

La surveillance de la sédation palliative doit être réalisée durant la période de sédation prévue :

- Avant le début de la sédation
- Chaque 15 minutes pour 2 reprises
- Chaque 30 minutes jusqu'à l'atteinte d'un soulagement convenable
- Chaque 4 heures par la suite au minimum tant que le niveau de sédation est atteint et l'usager adéquatement soulagé
- Au besoin selon le jugement clinique et les changements dans l'état de santé de la personne
- Lors d'un changement de médicament

La surveillance et une évaluation clinique globale doivent être effectuées par une infirmière au moins une fois chaque 8 heures.

Particularités pour la sédation palliative à domicile

Selon sa volonté, l'usager peut demeurer à domicile durant la sédation palliative à condition que ses proches puissent assurer une surveillance continue. Lorsqu'une sédation palliative est amorcée à domicile, l'usager doit :

- Être accompagné d'une infirmière à l'initiation de la sédation palliative, et ce, jusqu'à l'atteinte du niveau de confort souhaité;
- Recevoir au moins 1 visite par jour ou plus d'une infirmière selon ce que requiert l'état de santé de l'usager;
- Avoir accès rapidement à une infirmière du soutien à domicile (contacté via la centrale 24/7) ainsi qu'à un médecin de garde, et ce, en tout temps.

À domicile, l'usager placé sous sédation palliative demeure sous la surveillance constante des proches en collaboration étroite avec l'infirmière. Il est donc essentiel de donner aux proches de l'information détaillée sur la nature de la sédation, son objectif, les médicaments utilisés et les éléments de surveillance à assurer. Une documentation spécifique doit être remise aux proches afin de les guider dans la surveillance et le maintien du niveau de sédation souhaité.

Particularités requises pour effectuer une sédation palliative à domicile
L'usager et ses proches acceptent la sédation et comprennent sa nature
Alternative convenue en cas d'échec du maintien à domicile
Disponibilité des proches pour assurer une surveillance continue
Disponibilité d'une infirmière
Disponibilité de la médication 24 / 7
Équipe d'infirmières disponible 24 heures sur 24, avec visites à domicile une à plusieurs fois par jour
Médication disponible à domicile permettant l'administration des médicaments requis par voie sous-cutanée
Suivi médical avec visites régulières à domicile et disponibilité téléphonique 24 heures

6. Soins de fin de vie

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire doivent apporter des soins respectueux et personnalisés à l'usager sédationné. Elles doivent maintenir la communication avec lui tout au long de la sédation, lui expliquer la nature des soins qui lui sont prodigués et d'effectuer les soins de façon délicate et attentive.

Lors d'une sédation palliative, les soins suivants doivent être maintenus :

- Mobilisation de l'usager (chaque 2 heures sauf si indication contraire)
- Surveillance des esquarres
- Soins de bouche (chaque 4 heures et au besoin)
- Vidange vésicale et intestinale
- Surveillance des sites d'injection, des sacs de perfusion et des tubulures (chaque 8 heures)
- Surveillance de l'apparition de râles ou divers signes d'inconfort

Précisions au regard des soins à apporter à un usager en fin de vie

- La prise de tension artérielle, la température et la saturation sont suspendues.
- Le débit maximal pour une perfusion sous-cutanée est de 4 mL/h.

Considérations particulières touchant la nutrition et l'hydratation

L'évolution naturelle d'une maladie s'accompagne généralement d'une détérioration importante de l'état général de l'usager souligné par une perte d'appétit, une faiblesse, un alitement prolongé, une dysphagie et une dyspnée. À ce stade, l'usager refuse souvent de manger et de s'hydrater. La sédation palliative implique rarement l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation, car celles-ci sont le plus souvent déjà spontanément interrompues par l'usager lui-même. Il est essentiel de bien expliquer aux proches l'évolution naturelle des besoins d'hydratation et de nutrition en fin de vie afin d'atténuer les inquiétudes ou une perception erronée de la condition de santé de l'usager.

7. Soutien aux proches

L'environnement de soins doit permettre le contact intime entre l'usager et ses proches, s'ils le souhaitent, pour que puisse s'installer une proximité émotionnelle. Très souvent, ils aiment être tenus informés des changements dans l'état de santé de leur proche. Il est important de répondre à leurs questions et de s'assurer de leur compréhension quant aux intentions qui motivent l'administration d'une sédation et qui en font un geste distinct de l'aide médicale à mourir.

Phénomène de la mort sociale

Une fois que la sédation est amorcée, 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 vie se prolonge au-delà de la durée habituelle d'agonie. Il est essentiel que les proches soient préparés à ce phénomène et bénéficient d'un soutien adapté.

Particularité pour la sédation palliative à domicile

Les proches aidants qui ont consenti à garder la personne en fin de vie à domicile doivent connaître les signes d'inconfort à surveiller et ceux de l'agonie et de la mort imminente puisqu'ils en seront les premiers témoins (sédation de niveau -5, extrémités froides, respiration irrégulière, changement de coloration cutanée, etc.). Ils doivent en tout temps être soutenus et, par conséquent, être avisés de la procédure à suivre lors d'un décès à domicile. Certains documents informatifs sont remis aux proches comme les coordonnées de l'équipe soignante et du service 24/7 ainsi que le guide « Ces derniers moments de vie ».

Notes au dossier

Administration de la médication

L'inscription de la médication administrée par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire est effectuée sur le profil pharmaceutique ou la FADM selon les normes en vigueur dans l'établissement.

Particularité pour la sédation palliative à domicile :

La documentation de la médication est réalisée de manière conjointe entre les proches de l'usager et l'infirmière. L'infirmière documente son évaluation sur la feuille de surveillance lors de chaque visite.

Documentation clinique

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, vomissements incoercibles, etc.), il est convenu de décrire, dans les notes d'observation, par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, les observations concernant les symptômes particulièrement identifiés (ex. : le nombre de convulsions observées, le nombre de vomissements, le type et la quantité).

La documentation clinique doit traiter de plusieurs éléments :

- L'évaluation clinique réalisée par l'infirmière avec la contribution de l'infirmière auxiliaire et les interventions effectuées;
- L'essentiel des échanges, de la collaboration et des réactions des proches;
- Les éléments significatifs rapportés par les proches;
- Les discussions avec le médecin ou le pharmacien en lien avec l'administration et l'ajustement de la médication;
- Les éléments de surveillance cités précédemment.

L'infirmière doit indiquer au plan thérapeutique infirmier (PTI) le résultat de son évaluation dans les constats et les directives infirmières associées. L'infirmière auxiliaire doit appliquer les directrices infirmières qui s'adressent à elle.

Références

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

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

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2015). Protocole infirmier : sédation palliative continue. Document de l'établissement.

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

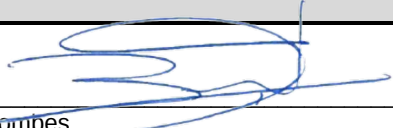
Francoeur, L. et Durand, S. (2016). La loi concernant les soins de fin de vie, rôles et responsabilités de l'infirmière. Perspective infirmière. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. 13-1.

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.

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques, DSIEUSI	2016-05-01
Révisé par		
Personnes consultées	Natacha Bernier, adjointe au directeur, DPSAPA	2016-05-01
	Dominique Lécuyer, coordonnatrice soutien à domicile, DPSAPA	2016-05-01
	Manon Rousse, coordonnatrice soutien à domicile, DPSAPA	2016-05-01
	Isabelle Lefebvre, directrice adjointe, DPSAPA	2016-05-01
	Isabelle Allaire, coordonnatrice volet opération, DSIEUSI	2016-05-01
	Marie-Hélène Faille, conseillère-cadre aux outils cliniques, DSIEUSI	2016-05-01
	Dre Lucie Poitras, directrice des services professionnels, DSPeM	2016-05-01
	Carole Roy, composante Vaudreuil-Soulanges	2016-05-01
	Catherine Meloche, composante Jardins-Roussillon	2016-05-01
	Chantal Rochefort, composante Suroît	2016-05-01
	Patricia Reid, composante Haut-St-Laurent	2016-05-01

Processus de recommandation		
Recommandé par le Comité exécutif du CII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	2016-07-04

Historique du document		
Approuvé par la Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers	 Philippe Besombes, Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers.	2016-07-04

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
N/A	