



LES SOINS  
MÉDICAUX DANS  
LES DERNIERS  
JOURS DE LA VIE

05/2015  
GUIDE  
D'EXERCICE

**Publication du Collège des médecins  
du Québec**

Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8  
Téléphone : 514 933-4441  
ou 1 888 MÉDECIN  
Télécopieur : 514 933-3112  
Site Web : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)  
Courriel : [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

**Édition**

Service des communications

**Graphisme**

Francis Bernier

**Révision linguistique**

Odette Lord

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à condition  
que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2015  
Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN 978-2-9815140-2-8 (PDF)

© Collège des médecins du Québec,  
mai 2015

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

## — Membres du groupe de travail sur la pharmacologie dans le cadre des soins de fin de vie

### COMITÉ DE RÉDACTION

**DRE GENEVIÈVE DECHÊNE,**  
médecin de famille,  
GMF du Sud-Ouest, Verdun

**DR BENOÎT DUBUC,**  
médecin de famille,  
CHU de Québec

**ROGER LADOUCEUR,**  
médecin de famille  
et responsable du Plan de DPC,  
Collège des médecins du Québec

**MME ANDRÉE NÉRON,**  
pharmacienne, CHUM  
Équipe de soins palliatifs et  
clinique antidouleur du CHUM

## — Membres du groupe de travail sur la pharmacologie dans le cadre des soins de fin de vie

### REMERCIEMENTS

- › Dre Lucie Baillargeon  
*Directrice du volet Soins palliatifs*  
Université Laval
- › Dr Alain Beaupré  
*Président*  
Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ)
- › Dr Raoul Daoust  
*Médecin d'urgence*  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- › Dre Dominique Dion  
*Médecin de famille*  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Centre hospitalier de St. Mary
- › Dr Charles Dussault  
*Président*  
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
- › Dre Justine Farley  
*Médecin de famille en soins palliatifs*  
Centre hospitalier de St. Mary
- › Dre Diane Francoeur  
*Présidente*  
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- › Dr Louis Godin  
*Président*  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- › Dr Yves Lacasse  
*Président du Comité sur l'oxygénothérapie à domicile*  
Association des pneumologues de la province de Québec (APPQ)
- › Dre Julie Laflamme  
*Pédiatre en soins palliatifs* et l'équipe des soins palliatifs pédiatriques du Centre mère-enfant du CHUL
- › Dre Hélène Roy  
*Pédiatre en soins palliatifs*  
Centre mère-enfant du CHUL
- › Mme Lucie Wiseman  
*Présidente*  
Alliance des Maisons de soins palliatifs du Québec  
Pour les maisons suivantes :
  - › Maison Au Diapason
  - › Maison Au jardin de MesAnges
  - › Maison Aube-Lumière
  - › Maison de l'Envol
  - › Maison Michel-Sarrazin
- › Médecins du Collège des médecins du Québec
  - › Dr Marc Billard
  - › Dr Serge Dupont
  - › Dre Marguerite Dupré
  - › Dr François Goulet
  - › Dre Anne-Marie MacLellan
  - › Dre Michèle Marchand
  - › Dre Manon Poirier
  - › Dr Yves Robert

# — Table des matières

07/

Introduction

08/

Qu'entend-on par « derniers jours de la vie »?

09/

Les soins aux derniers jours de la vie par rapport aux soins palliatifs

10/

Les mythes entourant les opioïdes

11/

**1. Préalables aux soins administrés aux derniers jours de vie**

11/

1.1 Compétences requises du médecin prodiguant des soins de bien-être à un malade dans ses derniers jours de vie

12/

1.2 Règles d'or pour le soulagement de la douleur aux derniers jours de vie

15/

Tableau 1 : Paramètres pharmacocinétiques des opioïdes courtes actions administrés par voie orale ou parentérale

18/

**2. Le traitement des grands syndromes rencontrés aux derniers jours de vie**

18/

2.1 La douleur

25/

2.2 Les nausées et les vomissements

25/

2.3 La dyspnée

27/

2.4 L'embarras bronchique (sécrétions ou râles respiratoires)

28/

2.5 L'agitation et le délirium terminal

28/

2.6 La détresse terminale

30/

**3. Les questions fréquemment posées en soins médicaux aux derniers jours de vie**

30/

3.1 Pourquoi et comment avoir recours à la voie sous-cutanée aux derniers jours de vie?

30/

3.2 La voie intraveineuse a-t-elle sa place aux derniers jours de vie?

31/

3.3 La morphine fait-elle mourir?

31/

3.4 Comment procède-t-on à l'arrêt des médicaments devenus inutiles aux derniers jours de vie?

34/

**4. Situations particulières**

34/

4.1 Les particularités de la mort à domicile et les conditions favorables

36/

Tableau 2 : Maintien à domicile d'un malade aux derniers jours de sa vie Conditions favorables et organisation de la pratique médicale

40/

Tableau 3 : Derniers jours de vie à domicile ou en établissement de longue durée

Réserve pharmaceutique de base à laisser sur place

42/

4.2 Les soins palliatifs pédiatriques

45/

Conclusion

46/

**Annexe I - Délais de transition suggérés lors de changements de formulations ou de voies d'administration des opioïdes**

47/

**Annexe II - Médication injectable pour le soulagement des symptômes aux derniers jours de vie**

# — Table des matières

## 53/

Annexe III - Exemple d'une  
ordonnance en cas de  
détresse en soins palliatifs

## 54/

Annexe IV - Liste des  
abréviations

## 55/

Références

## 60/

Lectures suggérées

# INTRODUCTION

---

Le document de réflexion du Collège des médecins du Québec sur les soins appropriés en fin de vie et la question de l'euthanasie, rendu public le 3 novembre 2009, a suscité de nombreuses réactions, notamment de la part des médecins. La création par l'Assemblée nationale du Québec de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité a permis d'entendre de nombreux témoignages et opinions. Certains d'entre eux faisaient référence aux médicaments utilisés aux derniers jours de vie sans faire une distinction claire entre les soins palliatifs et l'aide à mourir (qui fera l'objet d'un document distinct).

C'est pourquoi le Collège a jugé utile de produire le présent guide d'exercice, dans le but de mieux informer et outiller les médecins sur le bon usage et les effets des médicaments couramment utilisés aux derniers jours de vie. Ce guide ne se veut pas un document détaillé sur tous les soins palliatifs, ceux-ci couvrant toute la période de vie où l'on sait que la maladie est incurable; il traitera uniquement des soins médicaux et des prescriptions à faire à la toute dernière période

de la vie, celle qui précède la mort, de façon à éviter des souffrances aux patients mourants. Une bonne connaissance des traitements médicamenteux pouvant être offerts à ces patients contribuera à l'amélioration de la qualité des services médicaux aux patients parvenus au terme de leur vie. Ne seront pas traités ici les syndromes particuliers de soins palliatifs comme l'occlusion, la cachexie, l'hypercalcémie, etc. Ne seront pas traités non plus dans ce guide les soins infirmiers et ceux des autres professionnels impliqués dans la fin de vie (soins de bouche, constipation, besoins spirituels et psychologiques, etc.). Les médecins désirant en savoir davantage sur la sédation palliative sont invités à consulter le guide *La sédation palliative en fin de vie*, publié par la Société québécoise des médecins de soins palliatifs et le Collège des médecins du Québec.

## QU'ENTEND-ON PAR « DERNIERS JOURS DE LA VIE »?

Lorsque vient le temps d'accompagner et de soulager les personnes mourantes, la période des derniers jours et des dernières heures est souvent critique. De façon arbitraire et pour les besoins du présent document, nous convenons que cette période dite des « derniers jours de la vie » débute lorsque la personne qui se meurt ne peut plus avaler sa médication ou dès que l'agonie semble imminente. La plupart du temps, ce malade mourra dans les quelques heures ou dans les quelques jours qui suivent la diminution de l'état de conscience ou l'incapacité à s'hydrater.

Ce guide traitera de la mort calme, mais aussi de cette autre mort troublante, celle qui peut être quelquefois précédée de souffrances ou de détresse. Le médecin trouvera dans ce guide l'essentiel des compétences qu'il doit maîtriser pour assurer des soins de derniers jours de vie appropriés. Un rappel succinct de la médication requise pour soulager le mourant est présenté. Nous aborderons les grands syndromes pré-mortem. Nous parlerons des particularités du traitement des malades en établissement et de ceux à domicile.

Il n'y a pas qu'une façon de mourir ni un gabarit unique de soins qui puissent être utilisés et prescrits aux derniers jours de vie. Ce document souhaite apporter les connaissances et les outils de base pour soulager la très grande majorité des malades aux derniers jours de leur vie.

La plupart des traitements proposés dans ce document ne sont pas issus de données probantes : les suggestions de ce guide font par contre l'objet d'avis d'experts reconnus.

## LES SOINS AUX DERNIERS JOURS DE LA VIE PAR RAPPORT AUX SOINS PALLIATIFS

Au Québec, tous les malades, y compris ceux qui sont aux derniers jours de leur vie, devraient avoir accès aux soins requis par leur condition. Des équipes de soins palliatifs sont présentes dans la plupart des régions du Québec. Elles possèdent une expertise dans le soulagement et l'accompagnement des malades en fin de vie, peu importe le diagnostic; leurs services ne se limitant pas aux soins des malades atteints de cancer. Leur expertise ne constitue pas une exclusivité; il est du devoir de tout médecin traitant, médecin de famille ou autre spécialiste, de bien soulager les malades sous ses soins aux derniers jours de leur vie, quitte à appeler en consultation, au besoin, les experts de sa région. Au Québec, toute personne mourante doit pouvoir bénéficier de soins de fin de vie de qualité.

« Il est du devoir de tout médecin traitant, médecin de famille ou autre spécialiste, de bien soulager les malades sous ses soins aux derniers jours de leur vie. »

## LES MYTHES ENTOURANT LES OPIOÏDES

### UN FREIN AU SOULAGEMENT DES PATIENTS DANS LEURS DERNIERS JOURS DE VIE

Il est important d'aborder avec les patients et leurs proches les principaux mythes entourant l'usage des opioïdes.

#### Mythes entourant l'emploi des opioïdes qui entraînent un soulagement non optimal de la douleur [1]

Il existe une dose maximale sécuritaire	Faux
La tolérance est inévitable	Faux
Les opioïdes contrôlent tous les types de douleur	Faux
L'augmentation des doses entraîne inévitablement une dépression respiratoire	Faux
La voie sous-cutanée (SC) est plus efficace que la voie orale (PO)	Faux
La voie intraveineuse (IV) est plus efficace que la voie SC	Faux
L'utilisation des opioïdes entraîne toujours de la confusion et de la somnolence	Faux
Le patient qui demande ses doses trop souvent est un narcomane	Faux

Source : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (2008).  
Adapté avec la permission de l'APES.

# Chapitre 1/ Préalables aux soins administrés aux derniers jours de vie

## 1.1 COMPÉTENCES REQUISES DU MÉDECIN PRODIGUANT DES SOINS DE BIEN-ÊTRE À UN MALADE DANS SES DERNIERS JOURS DE VIE

Le médecin doit être capable de :

- › Évaluer la douleur (localisation, intensité, qualité, chronologie, territoire d'irradiation, facteurs d'aggravation et de soulagement) et les autres symptômes (nausées/vomissements, anxiété, insomnie et dyspnée), ainsi que les conséquences de ces symptômes pour le malade et ses proches.
- › Expliquer au malade et à la famille les objectifs du traitement de confort visant le soulagement de la douleur et des autres symptômes.
- › Adapter sa façon de communiquer aux circonstances et aux individus afin d'éviter les écueils d'une mauvaise compréhension du plan de traitement.
- › Connaître les médicaments à prescrire aux fins d'analgésie et de soulagement des autres symptômes.
- › Détecter les effets indésirables de la médication et poser les bons gestes pour les contrer.
- › Individualiser le plan de traitement tout en instaurant, autant que possible, une séquence simple de traitement.
- › Réévaluer régulièrement le plan de traitement.
- › Prévoir et avoir accès rapidement, sur place et au chevet du malade, à la médication en réserve pour une crise de douleur ou pour une détresse.
- › Travailler en interdisciplinarité.

## 1.2 RÈGLES D'OR POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR AUX DERNIERS JOURS DE VIE [1]

### 1.2.1 PRESCRIRE L'ANALGÉSIE REQUISE

- › Choisir un analgésique correspondant à l'intensité de la douleur, en utilisant les agents recommandés à des doses ajustées;
- › Connaître la pharmacologie du médicament choisi (classe, début de l'analgésie, pic d'action, durée d'analgésie, préparations disponibles, etc.);
- › Prévoir une autre voie d'administration que la voie orale;
- › Administrer les analgésiques à des intervalles correspondant à leur durée d'action;
- › Connaître les principaux analgésiques opioïdes, mais aussi les analgésiques non opioïdes pouvant être utilisés seuls ou en association avec des opioïdes.

### 1.2.2 EFFECTUER UN CHANGEMENT D'OPIOÏDE OU DE VOIE D'ADMINISTRATION

#### INDICATIONS

- › Passer de la voie orale à la voie sous-cutanée.
- › Passer de la voie orale à la voie transdermique.
- › Changer d'opioïde en raison du non-soulagement de la douleur (augmentation significative des doses, surdosage ou effets indésirables intolérables pour le patient).
- › Changer d'opioïde s'il y a suspicion d'hyperalgésie secondaire à une dose trop élevée d'un agent opioïde pour un patient donné (y penser en présence d'une douleur généralisée exacerbée par l'augmentation des doses d'opioïde).

#### PROCÉDURE SUGGÉRÉE

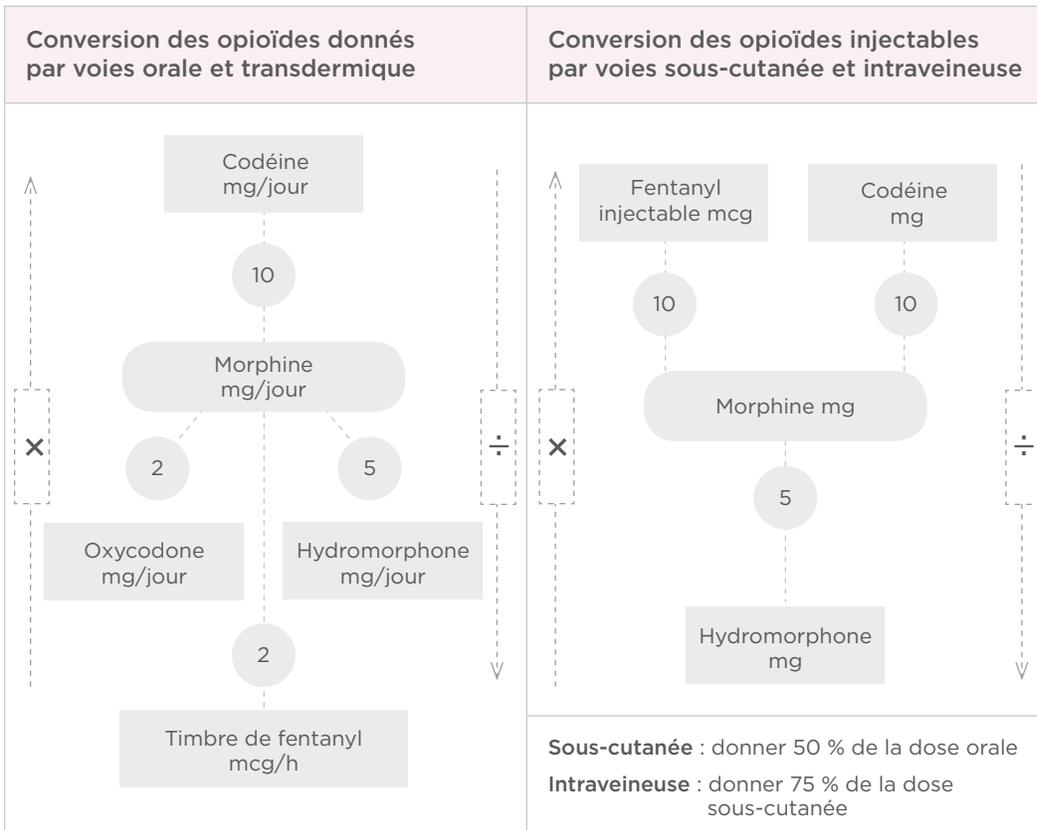
- › Si le malade était bien soulagé par l'opioïde antérieur par voie orale et que l'on désire passer à la voie sous-cutanée en raison de l'agonie imminente, déterminer la dose sous-cutanée du même opioïde, soit 50 % de la dose orale (tableau 1).
- › Si le malade était bien soulagé par l'opioïde antérieur, mais que l'on désire changer d'opioïde en raison des effets indésirables, par exemple, déterminer la dose équianalgésique du nouvel opioïde (figure 1, tableau 1). Réduire ensuite de 25 à 50 % la dose calculée du nouvel agent pour les premières doses, pour tenir compte de la tolérance croisée partielle entre les opioïdes

et réduire ainsi au maximum le risque de surdosage. L'objectif est de bien soulager le patient sans créer de somnolence excessive.

- › Si le patient n'est pas bien soulagé, augmenter par la suite la dose du nouvel opioïde selon des délais établis en fonction des paramètres pharmacocinétiques de la molécule utilisée (tableau 1).
- › Redoubler de prudence si un analgésique non opioïde est ajouté lors du changement.
- › Prévoir des entredoses de cet opioïde, en général de 10 à 15 % de la dose quotidienne, à donner toutes les heures, au besoin, pour la voie orale et toutes les 30 minutes, au besoin, pour la voie injectable.
- › Si pour des considérations particulières, l'opioïde choisi pour les entredoses correspond à une préparation commerciale de fentanyl pour administration gingivale ou sublinguale : suivre les recommandations du manufacturier pour la séquence d'ajustement ou demander le concours de l'équipe de soins palliatifs.
- › Hormis les situations particulières (présence de timbres de fentanyl ou de buprénorphine, toux à soulager, usage de méthadone) et malgré quelques anecdotes de succès thérapeutique, il n'est pas recommandé de combiner deux agents opioïdes pour soulager la douleur de base.
- › Garder toujours à l'esprit que les ratios de conversions suggérés dans ce document proviennent de guides généraux. Le soulagement et les effets secondaires varient beaucoup d'un individu à l'autre. Il faut donc adapter rapidement la posologie à l'effet clinique observé chez le patient.

### 1.2.3 CONNAÎTRE LES ÉQUIVALENCES ANALGÉSIQUES DES DIVERS OPIOÏDES

**Figure 1**  
Équivalences analgésiques des divers opioïdes



- › Les 2 organigrammes sont valables pour la conversion entre 2 molécules ayant la même voie d'administration (PO avec PO, IV avec IV, SC avec SC).
- › Les chiffres représentent le facteur de conversion entre les molécules opioïdes.
- › Multiplier ou diviser la dose à transformer par le facteur de conversion selon la direction de la flèche.
- › Diminuer la dose convertie de 25 % si le patient prend l'opioïde depuis plus d'un mois pour tenir compte de la tolérance.
- › Le timbre de fentanyl est changé habituellement aux 3 jours. Un timbre de 25 mcg/h correspond à environ 50 mg de morphine PO/jour (ou 25 mg de SC par jour).
- › Entredoses : donner de 10 à 15 % de la dose totale quotidienne.

- › Si pour des considérations particulières, l'opioïde choisi pour les entredoses correspond à une préparation commerciale de fentanyl pour administration gingivale ou sublinguale : suivre les recommandations du manufacturier pour la séquence d'ajustement ou demander le concours de l'équipe de soins palliatifs.

**Tableau 1**

**Paramètres pharmacocinétiques des opioïdes courtes actions administrés par voie orale ou parentérale [2-4]**

Agent	Équivalences	Début d'action analgésique	Pic d'action analgésique	Durée d'action analgésique
<b>Morphine</b>	PO 20 mg SC 10 mg IV 8 mg	PO 45-60 min SC 10-20 min IV 2-5 min	PO 1 h SC 0,5-1 h IV 15 min	PO 4-6 h SC 4-6 h IV 2 h
<b>Hydromorphone</b>	PO 4 mg SC 2 mg IV 1,5 mg	PO 30 min SC 10-20 min IV 5 min	PO 1 h SC 0,5-1 h IV 15 min	PO 3-5 h SC 3-5 h IV 2 h
<b>Oxycodone</b>	PO 10-15 mg	PO 15-30 min	PO 0,5-1 h	PO 4-6 h
<b>Fentanyl injectable*</b>	SC 100 mcg IV 80 mcg	IV 1-2 min	IV 10-15 min	IV 1-2 h
<b>Codéine**</b>	PO 200 mg SC 120 mg	PO 30-60 min SC 10-20 min	PO 1-1,5 h SC 0,5-1 h	PO 4-6 h SC 4-6 h

\* Le fentanyl injectable s'accumule et son effet se prolonge après quelques doses répétées.

\*\* Nous suggérons de ne pas utiliser la codéine en fin de vie. L'effet analgésique obtenu est faible, voire nul.

## 1.2.4 PRESCRIRE LES OPIOÏDES PAR VOIE SOUS-CUTANÉE

### INJECTIONS INTERMITTENTES TOUTES LES 4 HEURES

#### Déterminer la dose à injecter en SC :

- › calculer la dose totale d'opioïde oral reçue par le patient au cours des 24 dernières heures (doses habituelles et entredoses);
- › calculer la dose équianalgésique en cas de changement d'opioïde;
- › convertir à la voie SC en divisant cette dose par deux;
- › diviser cette valeur par 24 heures pour obtenir la dose horaire d'opioïde (mg/h) :

- › multiplier la dose horaire par 4 pour obtenir la dose d'opioïde qui sera injectée régulièrement toutes les 4 heures;
- › ajuster cette dose toutes les 12 à 24 heures, selon le soulagement du malade;
- › si le patient est souffrant après la conversion, on peut augmenter la dose de 25, 50 ou même 100 % par 24 heures, selon l'intensité de la douleur et l'imminence de la fin de la vie; on ne doit pas laisser souffrir inutilement un patient aux derniers jours de sa vie.

**Déterminer l'entredose :**

- › de 10 à 15 % de la dose totale quotidienne;
- › ou bien 50 % de la dose injectée toutes les 4 heures;
- › injecter toutes les 30 minutes au besoin si le patient n'est pas soulagé;
- › si le fentanyl par voie injectable est l'agent employé pour les entredoses, tenir compte de l'accumulation possible.

**Tenir compte du volume à perfuser en SC dans le choix de la concentration de l'opioïde :**

- › généralement moins de 2,5 ml par injection intermittente; préférablement moins de 1 ml par injection.

**Exemple**

MS Contin 40 mg bid + 4 ED de morphine 5 mg par jour  
= 100 mg total/jour

*Cela équivaut à 50 mg de morphine SC/jour.*

On prescrira de la morphine 8 mg SC q 4 h régulièrement, avec de la morphine 5 mg SC toutes les 30 min PRN si inconfort.

**PERFUSION SC CONTINUE (PSCC)****Déterminer la dose à injecter en SC :**

- › calculer la dose orale totale d'opioïde reçue par le patient au cours des 24 dernières heures (doses habituelles et entredoses);
- › calculer la dose équianalgésique en cas de changement d'opioïde;
- › convertir à la voie SC en divisant la dose par deux;
- › diviser cette valeur par 24 heures pour obtenir la dose horaire d'opioïde (mg/h) :

- › l'atteinte du taux sérique analgésique se fait en quelques heures. Commencer la perfusion par un bolus qui représente de 2 à 4 fois la dose horaire;
- › ajuster la perfusion toutes les 12 à 24 heures, selon le soulagement du malade;
- › si le patient recevait une préparation à libération prolongée, commencer la perfusion continue au plus tard de 6 à 9 heures après la prise du dernier comprimé ou suppositoire (annexe I);
- › si le patient est souffrant, la perfusion peut être commencée plus tôt et ajustée rapidement, selon la réponse.

**Déterminer l'entredose :**

- › de 10 à 15 % de la dose totale quotidienne ou encore de 1 à 2 fois la dose horaire;
- › injecter toutes les 30 minutes au besoin si le patient n'est pas soulagé.

**Administrer la perfusion SC :**

- › tenir compte du volume à perfuser en SC : généralement moins de 5 ml/h (le volume est plus grand qu'avec des injections intermittentes parce que l'injection se fait en continu);
- › cette prescription devrait faire l'objet d'une discussion avec le pharmacien; les pompes et les pousse-seringues sont disponibles dans certains CLSC, certains hôpitaux et certaines pharmacies privées ou spécialisées.

**Exemple**

MS Contin 40 mg bid + 4 ED de morphine 5 mg par jour = 100 mg total/jour  
*Cela équivaut à 50 mg de morphine SC/jour.*

On commencera la perfusion par un bolus de 4 à 8 mg en 1 min, suivi d'une perfusion continue de morphine 2 mg/h.

*L'entredose sera de 5 mg SC toutes les 30 min au besoin.*

# Chapitre 2/ Le traitement des grands syndromes rencontrés aux derniers jours de vie [5-10]

## 2.1 LA DOULEUR

La douleur est la manifestation la plus préoccupante aux derniers jours de vie [11]. Il n'est pas rare d'entendre le malade dire : « Pourvu que je ne souffre pas! »

Les principales questions relatives au soulagement de la douleur sont :

- › Peut-on éviter la douleur?
- › Comment soulager le malade?
- › Le recours aux opioïdes est-il obligatoire?
- › Les opioïdes peuvent-ils porter préjudice au malade?

### 2.1.1 PATIENT DÉJÀ SOULAGÉ PAR UN OPIOÏDE, QUI EST INCAPABLE D'AVALER

Pour les malades qui sont déjà soulagés par leurs opioïdes, il suffit d'administrer la médication analgésique par une autre voie que la voie orale : on passe habituellement à la voie sous-cutanée (annexes I et II). Par contre, pour les patients déjà sous timbre de fentanyl, on gardera en place le timbre transdermique, et les doses supplémentaires d'opioïdes seront alors administrées par la voie sous-cutanée.

Ajuster la médication par la suite, toutes les 12 à 24 heures, en fonction du soulagement du malade et d'une somnolence possible (acceptable ou non); cet effet indésirable est variable d'un patient à l'autre. Les autres effets indésirables possibles des opioïdes, essentiellement la constipation (universelle et indépendante de la dose), les nausées et la confusion, doivent être traités de façon à ne

pas avoir à réduire indûment les doses d'opioïdes : on doit tout faire pour soulager un patient aux derniers jours de sa vie.

Il n'existe pas d'examen ni d'échelle de mesure de la douleur suffisamment fiables pour déterminer la dose d'opioïde dont un patient aurait besoin. La réévaluation constante du patient demeure la meilleure façon de suivre un traitement antalgique. Les échelles numériques ou analogues visuelles de la douleur permettent au mieux de comparer le patient à lui-même.

Les patients en fin de vie peuvent être plus souffrants dans les derniers jours précédant la mort : on explique cela, entre autres, par l'ankylose secondaire à l'immobilité. Il faudra prévoir ce phénomène dans les prescriptions de derniers jours de vie (tableau 3).

La médication analgésique opioïde est habituellement administrée par la voie transdermique et/ou sous-cutanée aux derniers jours de vie. Toutefois, elle peut aussi être administrée par d'autres voies, essentiellement la voie transmuqueuse orale et, occasionnellement, la voie rectale, utilisées en pédiatrie surtout, mais parfois aussi en médecine adulte, à domicile, par exemple.

Les opioïdes peuvent être donnés par ces voies d'administration de façon intermittente (au besoin) ou régulière. Ainsi, on pourra déposer des formulations injectables d'opioïdes concentrés en goutte-à-goutte dans la gouttière gingivale située entre la gencive et la joue. Chez le patient qui est déjà sous méthadone, on poursuivra l'administration du médicament par la voie transmuqueuse orale; on pourra déposer une solution de méthadone concentrée dans la gouttière gingivale.

On peut administrer par voie rectale des solutions injectables concentrées d'opioïdes (morphine ou hydromorphone), des suppositoires de certains opioïdes (morphine, oxycodone ou hydromorphone), ou des comprimés non enrobés d'opioïdes (méthadone, morphine, oxycodone ou hydromorphone). Il faut s'assurer que l'ampoule rectale est vide avant de procéder.

### 2.1.2 PATIENT INCONSCIENT OU NE POUVANT PAS COMMUNIQUER

Les patients inconscients ne pourront pas communiquer clairement leurs souffrances, mais il existe plusieurs outils standardisés qui permettent d'évaluer la douleur chez les patients confus ou ne pouvant s'exprimer [12]. Les avis de la famille et du personnel soignant sur la qualité du soulagement du malade sont très utiles dans ce contexte. On peut administrer une médication analgésique et/ou anxiolytique de routine à ces malades lorsqu'ils sont aux derniers jours

de leur vie. Plusieurs proposent d'administrer sur une base régulière de petites doses sous-cutanées d'opioïde et de midazolam et de les réajuster, selon la réponse clinique (annexe II).

### 2.1.3 PATIENT PEU OU NON SOUFFRANT

La plupart des malades vivent paisiblement les derniers jours précédant leur mort, avec peu de douleurs, d'agitation ou d'embarras bronchique. Il faut s'assurer que cette paix apparente est bien l'expression d'un véritable bien-être. Une trop grande faiblesse pourrait empêcher le mourant de manifester ses souffrances.

Chez les patients peu souffrants, la famille et le personnel soignant doivent disposer malgré tout d'un opioïde, d'une benzodiazépine et d'un anticholinergique en réserve sur place, afin qu'ils puissent rapidement soulager le malade si la situation se détériorait (tableau 3). Il est également recommandé que la famille et le personnel soignant aient la formation nécessaire pour l'administration sans délai des médicaments requis en cas de souffrance sévère ou de détresse (annexe III).

### 2.1.4 EXACERBATION AIGUË DE LA DOULEUR

Lorsqu'un patient est vu pour une exacerbation aiguë de sa douleur, quel que soit le milieu de soins (urgence, domicile, longue durée, etc.), il faudra le soulager immédiatement s'il s'agit d'un patient moribond. Sinon, on pourra prendre le temps de rechercher la cause de cette exacerbation douloureuse pour décider ensuite de l'approche thérapeutique, tout en tenant compte des volontés du patient.

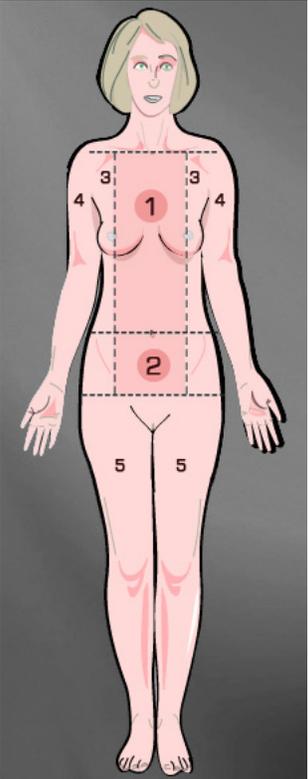
L'appréciation de la douleur par le médecin doit être complétée par celle du patient et de ses proches [13, 14]. Le simple fait de faire évaluer l'intensité de la douleur par le patient lui-même améliore l'efficacité du traitement [15].

Chez un patient qui est incapable d'avaler et qui n'a pas de douleur très sévère, la voie sous-cutanée est à privilégier, car elle est, après les 24 premières heures, aussi efficace que la voie intraveineuse tout en comportant moins d'effets indésirables [16, 17].

Le site d'administration sous-cutanée peut influencer la vitesse d'absorption des médicaments [18-20]. En raison de sa plus grande rapidité d'absorption

(de 5 à 10 minutes), le site anatomique recommandé pour l'administration sous-cutanée de médicaments dans les derniers jours de vie se situe entre la ligne des seins, dans un rectangle allant du haut du sternum jusqu'à l'ombilic, donc au niveau du thorax et de l'abdomen supérieur. De plus, cette zone est facile d'accès et fait en sorte que le patient n'est pas incommodé par le dispositif en place lorsqu'il bouge.

**Figure 2**  
Sites d'injection et temps estimé du début d'action de la médication injectée par voie sous-cutanée selon les sites (5 zones) [1, 19, 20]

	<p><b>Zone 1</b> Offre une plus grande rapidité d'absorption (de 5 à 10 minutes), un confort accru pour le patient ainsi qu'un accès facile pour ceux qui administrent les injections sous-cutanées</p>
	<p><b>Zone 2 (Abdomen inférieur)</b> Est un 2<sup>e</sup> choix (de 10 à 15 minutes)</p>
	<p><b>Zone 3 (Thorax, à l'extérieur de la ligne des seins)</b> Entraîne un retard d'absorption en raison du passage de la médication par le réseau lymphatique axillaire (environ 20 minutes)</p>
	<p><b>Zones 4 et 5</b> L'absorption aux zones 4 et 5 (membres) est plus lente et peut donc retarder de façon significative le début d'action des médicaments injectés (plus de 20 minutes)</p>

Reproduit avec la permission de Palli-Science.

Lorsque l'on injecte plus en latéral, à l'extérieur de la ligne des seins, le réseau lymphatique doit passer en axillaire, ce qui ralentit l'absorption des médicaments. Le deuxième site à considérer est donc plutôt l'abdomen inférieur. L'injection au niveau des épaules et des bras peut retarder le début d'action des médicaments. Pour ce qui est des cuisses, ce site est le dernier choix pour l'administration de molécules par la voie sous-cutanée.

La peau cicatrisée peut mal absorber la médication : il faut donc l'éviter. Les zones irradiées, même si elles semblent intactes, ne doivent pas être utilisées non plus. Les zones œdématisées ne peuvent évidemment pas être utilisées, puisqu'elles n'arrivent déjà pas à absorber le liquide qui s'y trouve.

Pour une douleur très sévère, la voie intraveineuse agit plus rapidement. Plusieurs études ont montré l'efficacité d'un ajustement rapide de la morphine intraveineuse avec peu d'effets indésirables, lorsque le médecin titrait la morphine toutes les 5 minutes (annexe II).

### 2.1.5 QUE FAIRE AVEC UN PATIENT QUI N'EST PAS SOULAGÉ MALGRÉ LES TRAITEMENTS?

Il est troublant d'être en présence d'un patient qui demeure souffrant alors que la médication usuelle est utilisée de façon adéquate, et ce, même après l'administration conjointe d'un opioïde, de midazolam et d'un anticholinergique par voie SC (annexe III).

Les causes possibles de cette réponse incomplète au traitement antalgique sont multiples et doivent être recherchées sans délai :

- › Il faudra s'assurer que les injections sous-cutanées ne se font pas à des sites cutanés où l'absorption serait diminuée (œdème, cicatrice, atrophie marquée du tissu sous-cutané, cuisses); en présence d'anasarque, d'autres voies d'administration devront être utilisées.
- › Certains malades aux derniers jours de leur vie peuvent devenir tolérants (diminution de l'effet analgésique au fur et à mesure de l'administration de la molécule) aux effets analgésiques des opioïdes et avoir alors besoin d'une augmentation significative des doses.
- › Chez certains patients, les opioïdes peuvent augmenter la douleur et aller jusqu'à provoquer un phénomène d'hyperalgésie (sensibilité accrue à la douleur provoquée par un opioïde). Cette hyperalgésie est plus souvent présente chez des patients qui reçoivent des doses élevées d'opioïdes, doses équivalentes à plus de 200 mg de morphine orale par jour.

Lorsque l'on assiste à une hyperalgésie ou à une escalade des doses d'opioïdes sans soulagement, on pourra procéder à une rotation d'opioïdes (voir 1.2.2). Il faut être prudent quand on utilise la voie intraveineuse, en raison de la tachyphylaxie (tolérance rapide) qui peut s'installer à très court terme quand on emploie cette voie d'administration, ce qui forcera à donner des doses plus rapprochées pour maintenir une analgésie adéquate. Le phénomène de tachyphylaxie semble moins prononcé quand on utilise la voie sous-cutanée (quoique ce phénomène demeure mal documenté).

Les douleurs réfractaires de cancer peuvent quelquefois répondre à l'administration de dexaméthasone par voie orale ou sous-cutanée, en raison de la possible réduction de l'œdème péritumoral, donc de l'effet de masse.

Lorsque la source de douleurs réfractaires est localisée (un membre, un plexus, une racine nerveuse), des techniques d'anesthésie régionale pourront être tentées pour soulager certains patients très souffrants. Ces techniques ne font habituellement pas partie de l'arsenal thérapeutique proposé aux patients aux derniers jours de leur vie, en raison de leur complexité, des délais pour y avoir accès dans certains milieux, de la nécessité de perfusion continue et des possibilités d'échec, dans les cas de douleurs complexes. Si un patient est très souffrant, il ne faut pas hésiter à discuter des cas réfractaires avec l'anesthésiologiste.

En pratique, il peut devenir difficile dans les derniers moments de vie d'identifier la cause exacte de la perte de contrôle de la douleur. De plus, dans les dernières heures de vie, plusieurs patients peuvent devenir agités. Est-ce que cette agitation est l'expression d'une douleur non contrôlée ou d'un malaise généralisé dû à l'immobilisation? Est-elle plutôt liée à de l'anxiété ou à un délirium? Un globe vésical? Un fécalome? Ces questions demeureront souvent sans réponse, puisque la diminution de l'état d'éveil du patient ne lui permettra souvent plus de communiquer adéquatement. On suggère alors de contrôler cette agitation (voir 2.5 et annexe II) à l'aide de benzodiazépines et/ou de neuroleptiques sédatifs tout en s'assurant que les analgésiques sont utilisés de façon optimale. La méthotriméprazine est un neuroleptique sédatif puissant utile en fin de vie chez des patients chez qui on recherche un effet sédatif et possible-ment analgésique (annexe II). Compte tenu de ses effets indésirables potentiels (hypotension orthostatique, délirium et effets anticholinergiques), la méthotriméprazine est réservée essentiellement aux derniers jours de vie pour des patients agités et pour des patients épuisés dont la douleur n'est pas contrôlée malgré l'utilisation optimale d'analgésiques. Il est à noter que cette molécule peut provoquer une simple rougeur et une chaleur de la peau au site d'injection sous-cutané pour lesquelles il n'y a pas lieu d'intervenir.

Les barbituriques constituent une classe de médicaments utiles aux derniers jours de vie, pour soulager les convulsions [21], l'anxiété réfractaire et l'agitation (annexe II). Ils ne possèdent pas d'activité analgésique en soi, mais procurent une sensation de bien-être. Les barbituriques possèdent des propriétés anxiolytiques, anticonvulsivantes et sédatives utiles dans les cas de douleurs réfractaires. Le phénobarbital est le seul barbiturique qui s'administre par voie sous-cutanée.

La kétamine est un anesthésique général rarement utilisé aux derniers jours de vie : son utilisation devrait être réservée aux médecins expérimentés.

### 2.1.6 QUE FAIRE SI LES INTERVENTIONS ORIENTÉES VERS LE SOULAGEMENT PROVOQUENT DE LA SÉDATION?

Dans les tout derniers moments de la vie, quand le mourant éprouve une souffrance importante difficile à contrôler (douleur importante, douleur aiguë sévère, dyspnée, nausées/vomissements, agitation, angoisse, etc.), le Collège exhorte les médecins à soulager le patient sans délai. Il est inacceptable de laisser souffrir un patient aux derniers jours de sa vie.

« Il est inacceptable de laisser souffrir un patient aux derniers jours de sa vie. »

« On ne doit pas s'abstenir de soulager un mourant par crainte d'une sédation secondaire si toutes les autres avenues thérapeutiques ont échoué. »

Le médecin doit toujours diriger ses interventions vers le meilleur soulagement possible dans les situations de souffrances importantes pour lesquelles des analgésiques, des anxiolytiques ou des neuroleptiques sont requis. Le médecin traitant ne doit pas hésiter à consulter rapidement un confrère expert en soulagement des symptômes de fin de vie lorsque les traitements donnés n'ont pas procuré les résultats escomptés. On ne doit pas s'abstenir de soulager un mourant par crainte d'une sédation secondaire si toutes les autres avenues thérapeutiques ont échoué.

## 2.2 LES NAUSÉES ET LES VOMISSEMENTS

Les nausées et les vomissements sont des symptômes fréquents en fin de vie, en raison de l'utilisation répandue des opioïdes, mais aussi de possibles atteintes du tractus gastro-intestinal. Cependant, ces symptômes sont moins présents dans les derniers jours de vie et surtout à l'agonie, lorsque le patient ne mange plus et ne s'hydrate plus. Lorsque ces symptômes sont présents, il faudra considérer leur soulagement comme tout aussi important que le soulagement de la douleur [22].

Avec une médication relativement simple telle que l'halopéridol (Haldol®), on arrivera à soulager la majorité des patients nauséux : cette molécule peut s'administrer par voie sous-cutanée (annexe II).

En cas de nausées et/ou de vomissements réfractaires sévères, l'olanzapine à dissolution rapide (Zyprexa Zydis®) pourra être efficace ainsi que la dexaméthasone.

Le dimenhydrinate (Gravol®) est rarement utilisé dans les derniers jours de vie, il est essentiellement réservé aux cas de nausées liées aux mouvements ou de nausées d'origine vestibulaire. Il en est de même pour le métopropramide (Maxeran®), utile essentiellement chez les patients présentant une stase gastrique (plénitude gastrique, vomissements en jet non précédés de nausées).

## 2.3 LA DYSPNÉE

Une des grandes craintes des malades dans les derniers jours de la vie est de mourir « étouffé ». La dyspnée représente une véritable souffrance pour le malade ainsi que pour ceux qui en sont témoins, sa famille et le personnel soignant [23]. La dyspnée aux derniers jours de vie est complexe, résultant le plus souvent de plusieurs problèmes combinés comme la faiblesse musculaire extrême, l'hypoxémie, l'anémie, une infection, une surcharge pulmonaire, une embolie pulmonaire, un bronchospasme et autres.

L'utilisation d'un simple ventilateur dirigé vers le visage du patient peut aider. Il est recommandé d'administrer aux patients dyspnéiques des opioïdes comme la morphine, l'hydromorphone ou le fentanyl (annexe II) et/ou une benzodiazépine comme le lorazépam ou le midazolam [24, 25, 31]. Cette association médicamenteuse s'est révélée plus efficace que l'oxygène pour le soulagement de la dyspnée [26-28].

Selon les résultats d'études sur des patients en fin de vie atteints de cancer, l'oxygène ne devrait pas être utilisé pour soulager la dyspnée à moins que le patient ne soit très hypoxémique (saturation en oxygène inférieure à 88 %), qu'il ait une dyspnée importante au repos ou qu'il ne présente une décompensation œdémateuse sur un cœur pulmonaire : l'oxygène n'est donc pas le premier choix de traitement chez les patients dyspnéiques aux derniers jours de leur vie [29].

Cette recommandation est conforme au cadre de référence du Programme national d'oxygénothérapie à domicile [30] qui indique que chez les patients atteints d'une maladie néoplasique :

- › L'oxygénothérapie n'est pas le traitement de première intention pour les usagers dyspnéiques en phase palliative. En l'absence d'hypoxémie sévère, l'oxygénothérapie n'est pas recommandée pour l'utilisateur dyspnéique atteint de cancer avancé.
- › Une oxygénothérapie de confort peut être considérée en présence d'une hypoxémie sévère (saturation au repos < 88 %) pour un usager atteint d'un cancer primitif du poumon ou d'une affection pulmonaire liée à toute autre forme de cancer, si le pronostic vital est estimé à moins de 3 mois.

Quant aux patients atteints de maladies non néoplasiques en phase terminale :

- › Une oxygénothérapie de confort peut être considérée en présence d'une hypoxémie sévère ou d'une décompensation œdémateuse secondaire à un cœur pulmonaire.

Il est normal de voir la saturation en oxygène baisser tout juste avant la mort. Il n'est donc pas recommandé de mesurer celle-ci, ni de faire un gaz artériel dans les tout derniers moments de la vie ni de s'acharner à installer l'oxygène pour un patient moribond.

Par contre, il ne faudrait pas refuser l'oxygène à un patient qui en prend déjà et qui en ressentirait les bienfaits : l'oxygène doit être vu alors comme un traitement de bien-être à poursuivre tant que le patient aux derniers moments de sa vie en ressentirait un bienfait. En raison du soulagement ressenti par certains patients, mais aussi parfois de l'insistance des proches inquiets, dans le contexte du domicile surtout, il pourrait être acceptable de faire un essai de traitement à l'oxygène chez certains patients dyspnéiques pour lesquels le traitement pharmacologique ne semblerait pas suffire, indépendamment de la saturation en oxygène. Des données semblent démontrer que les patients cessent d'utiliser l'oxygène lorsqu'ils n'en perçoivent pas l'utilité.

## 2.4 L'EMBARRAS BRONCHIQUE (SÉCRÉTIONS OU RÂLES RESPIRATOIRES)

L'embarras bronchique dans les derniers jours de vie peut être causé par une augmentation des sécrétions bronchiques (non expectorées en raison de la grande faiblesse du patient), une surcharge pulmonaire ou une infection des voies respiratoires. Il est difficile de distinguer ces conditions dans les derniers moments de vie chez un patient qui présente des râles [32]. Il est utile de savoir que ces conditions affectent environ le tiers des patients aux derniers jours de leur vie et qu'un traitement aux anticholinergiques sous-cutanés est habituellement efficace chez la majorité des patients à l'agonie (annexe II).

Les anticholinergiques réduisent la production des sécrétions bronchiques [33], mais ils ne réduisent pas la quantité des sécrétions déjà présentes dans l'arbre respiratoire : c'est pourquoi un patient bien hydraté juste avant l'agonie risque d'avoir plus de sécrétions qu'un patient qui aurait cessé de boire et d'être hydraté plusieurs heures avant l'agonie. La scopolamine par voie sous-cutanée agit rapidement, mais au prix d'une importante sédation et d'un risque d'agitation si les doses sont répétées. Les autres anticholinergiques utilisés aux derniers jours de vie comportent moins d'effets sédatifs que la scopolamine SC (annexe II).

En cas d'échec des anticholinergiques, si l'on suspecte une surcharge pulmonaire, on pourra considérer l'administration de furosémide 20 mg SC, à répéter après une heure au besoin. Certains patients embarrassés seront ainsi soulagés.

Les anticholinergiques seront peu efficaces en cas d'infection pulmonaire et bronchique aux derniers jours de vie. Il n'existe pas d'autres choix de traitement pour ce type d'embarras bronchique.

Il ne sera pas nécessaire de traiter l'embarras bronchique chez un patient paisible, inconscient et sans réflexe ciliaire, puisque cet embarras n'est probablement pas une source d'inconfort pour lui. Ce seront surtout les proches qui en seront incommodés, en raison du bruit quelquefois important, sans compter l'irrégularité fréquente de la respiration en fin de vie. Une fois les explications données, les proches comprendront que le patient ne souffre pas et que la médication ne peut pas toujours atténuer les sécrétions.

Il n'y a pas de place aux derniers jours de vie pour l'aspiration trachéale, technique invasive et inefficace. On pourra tout au plus utiliser une tige rigide de succion pour aller chercher des sécrétions abondantes dans la bouche.

## 2.5 L'AGITATION ET LE DÉLIRIUM TERMINAL

Dans les derniers jours précédant leur mort, plusieurs patients seront agités. Certains parlent même de délirium. Cet état perturbe grandement le malade, sa famille et le personnel soignant. Il ne faut donc pas hésiter à contrôler cette agitation. Est-ce de l'anxiété? Est-ce de la douleur mal contrôlée ou une dyspnée qui angoisse le malade? Sommes-nous devant un patient souffrant d'un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines? Est-ce un fécalome, un globe vésical? On peut rapidement soulager l'agitation causée par une rétention urinaire en installant une sonde vésicale ou en faisant un curage aux patients qui ont un fécalome, mais le soulagement de l'agitation terminale demeure un traitement pharmacologique. Le but ultime de nos interventions est de soulager l'agitation.

« ... la plupart des médicaments qui soulagent l'agitation risquent de provoquer une sédation secondaire. »

« ... il est plus utile d'un point de vue clinique d'orienter tout simplement nos interventions vers le soulagement des souffrances tout en acceptant l'effet secondaire possible de sédation chez certains patients. »

Nous devons être conscients que la plupart des médicaments qui soulagent l'agitation risquent de provoquer une sédation secondaire. Certains parlent de « sédation palliative », mais il est plus utile d'un point de vue clinique d'orienter tout simplement nos interventions vers le soulagement des souffrances tout en acceptant l'effet secondaire possible de sédation chez certains patients (tableau 3, annexe II). Cela devrait être expliqué aux proches.

## 2.6 LA DÉTRESSE TERMINALE

La détresse est un terme d'usage courant qui décrit toute situation très pénible ou insoutenable en fin de vie, le plus souvent aiguë. Les causes possibles sous-jacentes sont nombreuses : œdème aigu du poumon, insuffisance respiratoire aiguë, embolies pulmonaires massives, infarctus aigu du myocarde, ischémie mésentérique massive, hémorragie massive, statut épileptique, douleurs réfractaires, délirium sévère accompagné d'agitation, peur-panique devant la mort imminente, etc.

Dans ces situations critiques, la cause de la souffrance subite du patient n'est pas toujours évidente et la recherche de cette cause exposerait le patient à des délais inacceptables pour le soulager.

Les traitements proposés ici proviennent d'observations cliniques, ils font donc l'objet d'avis d'experts [34]. Un trio de médicaments administrés simultanément par voie sous-cutanée (opioïde, midazolam et scopolamine), ce que certains appelaient « Protocole de détresse », vise essentiellement le soulagement rapide de la douleur, de l'anxiété, de la dyspnée et de l'embarras bronchique (annexe III). Il faut ajuster les doses de ces trois médicaments selon la médication en cours et l'état du patient. Cette administration simultanée des trois molécules est une exception et ne constitue pas un mode de traitement de base aux derniers jours de vie des patients. Par contre, il faut prévoir que la majorité des patients auront besoin aux derniers jours de leur vie d'un opioïde, d'un anticholinergique et d'une benzodiazépine. Il est donc important que les soignants, incluant les proches à domicile, aient accès à ces trois molécules sans délai, qu'elles soient sur place et qu'ils sachent les utiliser. Ces trois molécules devraient être prescrites d'emblée à tous les patients aux derniers jours de leur vie (prescriptions anticipées), avant l'agonie et surtout avant qu'une situation de détresse se présente (tableau 3, annexe III).

Évidemment, en cas de détresse importante, si une voie veineuse est déjà en place ou facile d'accès, le médecin présent ne doit pas hésiter à administrer la médication par voie intraveineuse pour obtenir un soulagement plus rapide.

« L'ajustement de la médication, au fur et à mesure que l'état du patient se détériore, assure un bon soulagement des symptômes et minimise le risque de détresse. »

# Chapitre 3/

## Les questions fréquemment posées en soins médicaux aux derniers jours de vie

### 3.1 POURQUOI ET COMMENT AVOIR RECOURS À LA VOIE SOUS-CUTANÉE AUX DERNIERS JOURS DE VIE?

La voie sous-cutanée est efficace : elle est utilisée couramment en soins palliatifs. L'injection de médicaments dans l'espace sous-cutané est moins invasive et douloureuse que la voie intramusculaire.

Plusieurs variables, telles que la viscosité du médicament, son pH, sa solubilité et le site d'injection, vont affecter la rapidité de l'absorption médicamenteuse. Il n'est pas nécessaire de donner une direction particulière à l'aiguille, puisque l'injection se donne dans le tissu sous-cutané qui sert en fait d'« éponge » (figure 2).

Pour éviter les piqûres accidentelles, mieux vaut utiliser un système qui ne laisse pas d'aiguille au site d'injection : on peut tout simplement utiliser les canules intraveineuses habituelles de calibre 24 ou 27, qui seront introduites sous la peau et laissées en place. Il existe également des cathéters plus chers de type « papillon » avec aiguilles rétractables, ainsi que de type BD Insyte™ ou Insuflon®. La médication sera injectée dans ces dispositifs par perfusion continue ou par injection intermittente.

### 3.2 LA VOIE INTRAVEINEUSE A-T-ELLE SA PLACE AUX DERNIERS JOURS DE VIE?

Lors d'une exacerbation aiguë de la douleur, une douleur sévère sera soulagée plus rapidement par la voie intraveineuse. Une voie intraveineuse serait probablement plus efficace que la voie sous-cutanée, surtout dans les cas où l'on craint une diminution du drainage lymphatique : œdème local, anasarque, site de radiothérapie ou zone de cicatrice importante [19, 20].

### 3.3 LA MORPHINE FAIT-ELLE MOURIR? [35-39]

Il est courant d'entendre que la morphine peut « faire mourir », qu'elle abrégait les jours d'une personne en phase terminale. On entend souvent des phrases comme « Ils l'ont mis sous morphine... il n'en a plus pour longtemps. » Si l'on hésite à utiliser la morphine pour soulager les malades et que nous ne l'utilisons que dans les tout derniers moments de la vie, quelques heures ou quelques minutes seulement avant le décès, cette coïncidence peut renforcer l'idée que la morphine est associée à la mort.

Les opioïdes causent plus de bienfaits que de méfaits et il est important de l'expliquer aux patients et à leurs proches. D'innombrables Québécois reçoivent chaque jour des opioïdes pour le soulagement de douleurs modérées à sévères, pour des problèmes courants de douleurs aiguës et chroniques (cancer, chirurgies, lombalgies, etc.), sans que cela réduise leur survie.

Plusieurs études montrent que les opioïdes n'abrègent pas la vie lorsque l'ordonnance est adéquate. En contrepartie, divers rapports indiquent que des personnes souffrantes cessent de s'alimenter ou même se suicident lorsqu'elles souffrent trop. Il ne faut pas craindre de bien soulager les patients aux derniers jours de leur vie en utilisant de la morphine ou d'autres opioïdes.

« Il ne faut pas craindre de bien soulager les patients aux derniers jours de leur vie en utilisant de la morphine ou d'autres opioïdes. »

### 3.4 COMMENT PROCÈDE-T-ON À L'ARRÊT DES MÉDICAMENTS DEVENUS INUTILES AUX DERNIERS JOURS DE VIE?

Lorsque l'on convient de s'en tenir à des soins de bien-être, après discussion avec le malade et ses proches et après avoir obtenu leur accord, on doit cesser l'administration de toute la médication préventive et de toute médication qui ne contribue plus au bien-être du malade. On doit ainsi cesser d'emblée l'administration d'aspirine et d'hypolipémiants. On doit également cesser progressivement ou rapidement l'administration des antihypertenseurs, selon le pronostic du patient, sachant que de nombreux analgésiques, dont les opioïdes, provoquent de l'hypotension et que la tension artérielle baisse en fin de vie chez la plupart des patients bien avant l'agonie, en raison, entre autres, de la perte de

poids. Il en est de même pour les hypoglycémiant, susceptibles de provoquer des hypoglycémies chez un patient amaigri ou qui ne mange presque plus.

Il en est aussi de même pour les anticholinestérasés utilisées dans la démence ainsi que les antidépresseurs dont l'administration aurait dû être cessée progressivement bien avant les derniers jours de vie. Il y a peu de bienfaits à garder ces molécules. On doit procéder à une diminution progressive rapide (mais non à un arrêt brusque) de ces molécules avant l'agonie, pour ne garder que la médication essentielle et utile au patient.

Si un anticoagulant est utilisé en prévention, il est préférable d'en cesser l'administration. Par contre, si la prise d'anticoagulant a été amorcée après une thrombo-embolie ou une condition cardiaque spécifique comme la fibrillation auriculaire, on peut choisir de poursuivre l'anticoagulothérapie. La prise de warfarine sodique orale devrait être cessée et remplacée par des héparines à bas poids moléculaires, en raison de leur simplicité d'ajustement. Peu importe la situation, l'anticoagulothérapie orale devrait être cessée dès que le patient n'avale plus.

Pour les patients qui ont déjà convulsé, surtout ceux qui ont convulsé plusieurs fois, on poursuivra les anticonvulsivants jusqu'au décès pour les remplacer, lorsque le patient n'avalera plus, par des benzodiazépines ou du phénobarbital par voie sous-cutanée. Une autre solution est d'utiliser par voie rectale le diazépam, l'acide valproïque ou le lévétiracétam (annexe II).

L'administration des stéroïdes prescrits depuis moins de deux semaines peut être cessée sans réduction progressive, quelle que soit la dose. S'ils contribuent au confort du malade ou s'il en prend depuis plusieurs mois, ils seront conservés tant que le malade pourra les avaler. Lorsque le patient n'avalera plus, on pourra administrer la dexaméthasone par voie sous-cutanée aux mêmes doses, si cela est jugé pertinent.

L'administration de laxatifs en cours chez un patient qui reçoit des opioïdes devra être cessée lorsqu'il cessera d'avalier, sauf en présence d'un fécalome symptomatique, où les suppositoires, les lavements et au besoin le curage seront alors prescrits ponctuellement.

Le soulagement des symptômes liés à l'insuffisance cardiaque passe par l'administration de diurétiques comme le furosémide. La réduction ou l'arrêt des diurétiques doit tenir compte du confort du patient, la dyspnée d'une surcharge pouvant être soulagée par des opioïdes sous-cutanés. Chez un insuffisant cardiaque sévère bien contrôlé par des diurétiques, mais incommodé par la fréquence des mictions, on pourra installer une sonde urinaire et conserver la médication.

Les antibiotiques déjà en cours devraient être cessés, sauf s'ils contribuent au bien-être du malade, en supprimant la fièvre, par exemple.

Certaines personnes vont demander au médecin un arrêt de toute leur médication, excluant celle qui les soulage, pour éviter de prolonger leur vie. Il s'agit d'une demande légitime des malades qui découle du consentement aux soins médicaux ou du refus de ces soins. Le médecin doit s'assurer que le patient comprend bien les conséquences de ce choix et ne doit pas refuser une demande clairement formulée en ce sens [1].

# Chapitre 4/ Situations particulières

## 4.1 LES PARTICULARITÉS DE LA MORT À DOMICILE ET LES CONDITIONS FAVORABLES [40]

De nombreux patients aux derniers jours de leur vie désirent demeurer à leur domicile mais, pour plusieurs raisons, seulement une minorité des Québécois, soit environ 10 %, meurent à domicile actuellement [41, 42]. Au Québec, ce choix est considéré comme une solution de rechange valable à la mort en établissement. Les services de soins à domicile reçoivent de plus en plus de demandes en ce sens [43]; il est possible d'offrir aux Québécois des soins palliatifs à domicile sécuritaires et de grande qualité [41, 44-46].

Pour un médecin, garder à domicile un patient aux derniers jours de sa vie présuppose un mode d'organisation de soins au patient différent de celui des milieux hospitaliers où la médication et les professionnels sont sur place. À domicile, ce sont les proches qui procurent la grande majorité des soins et des traitements, sous la surveillance ponctuelle de l'infirmière des soins à domicile et la surveillance téléphonique, à distance, du médecin (tableau 2). Celui-ci, en collaboration avec l'infirmière, doit préparer d'avance la médication au domicile du patient, en prévision des différents symptômes et complications possibles aux derniers jours de vie (tableau 3). La majorité des situations difficiles rencontrées aux derniers jours de vie peut être gérée efficacement à domicile.

Les conditions favorables pour réussir cela, essentiellement organisationnelles, sont détaillées au tableau 2. On peut ainsi réduire les hospitalisations et les visites répétées aux urgences. Il est à noter que l'organisation des soins des derniers jours de vie à domicile est similaire à celle que l'on trouve dans d'autres milieux de vie comme dans les établissements de soins de longue durée, par exemple. Quel que soit le lieu de vie du patient, celui-ci devrait recevoir des soins palliatifs complets, comportant les mêmes possibilités de traitements que ceux qui sont offerts en centres hospitaliers. Des services médicaux aux derniers jours de vie doivent être disponibles au lieu de vie du patient lorsqu'il le désire.

« Quel que soit le lieu de vie du patient, celui-ci devrait recevoir des soins palliatifs complets, comportant les mêmes possibilités de traitements que ceux qui sont offerts en centres hospitaliers.

Des services médicaux aux derniers jours de vie doivent être disponibles au lieu de vie du patient lorsqu'il le désire. »

**Tableau 2****Maintien à domicile d'un malade aux derniers jours de sa vie**  
*Conditions favorables et organisation de la pratique médicale [43]*

Conditions favorables	Organisation de la pratique médicale
<p>Le médecin fait des visites à domicile.</p>	<p>La visite médicale à domicile est recommandée lors de la prise en charge d'un patient aux derniers jours de sa vie, mais aussi lors de l'apparition d'un nouveau problème, du mauvais contrôle des symptômes ou lorsque la fin de la vie approche. Une pratique de groupe avec des confrères qui font aussi des visites à domicile facilite le suivi de ces cas.</p> <p>L'infirmière à domicile représente la personne clé des soins palliatifs à domicile. Le médecin fera souvent un suivi du patient à distance après l'avoir rencontré au moins une fois. La grande disponibilité téléphonique du médecin et d'une infirmière pivot en soins palliatifs à domicile (celle qui est responsable du patient hors de l'hôpital) est alors cruciale.</p>
<p>Le médecin apporte le dossier médical lors de ses visites. Le médecin référent devrait fournir sans délai les informations pertinentes (imagerie, derniers examens de laboratoire et consultations médicales).</p>	<p>Si le dossier médical du patient est dans un établissement public où la <i>Loi sur les archives</i> interdit de sortir un dossier de l'établissement, il faut savoir que cette loi entre en conflit avec le <i>Code de déontologie des médecins</i> ainsi qu'avec le <i>Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin</i>. De plus, si un médecin est poursuivi en vertu du <i>Code criminel</i> (code qui prime la <i>Loi sur les archives</i> lors d'un procès), une grande importance sera attachée à l'exigence qui est faite au médecin d'avoir en main toutes les informations nécessaires avant de prendre une décision concernant le patient.</p> <p>Tout médecin qui effectue une visite à domicile devra donc avoir en sa possession le dossier médical, c'est-à-dire les notes médicales, les résultats d'imagerie et de laboratoire ainsi que les sommaires médicaux et rapports de consultations. Ces éléments du dossier original d'établissement pourraient être dupliqués de façon à constituer un dossier médical d'établissement « secondaire » qui accompagnera le médecin lors de ses visites. Un dossier médical électronique facilitera l'élaboration des soins médicaux à domicile.</p>

<p>Le suivi des cas instables à domicile suppose un accès ouvert au médecin traitant.</p>	<p>Le secrétariat médical doit être formé pour assurer la transmission des messages urgents au médecin traitant; le médecin doit rendre rapidement les appels (pharmaciens, infirmières et proches aidants) concernant un patient aux derniers jours de sa vie à domicile, tout comme il le ferait pour un patient hospitalisé, et effectuer les visites lorsque nécessaire.</p>
<p>Le médecin traitant travaille en interdisciplinarité étroite avec les infirmières du maintien à domicile des CLSC.</p>	<p>L'infirmière pivot du malade et le médecin traitant doivent se connaître et discuter régulièrement des changements de condition du patient, tout comme ils le font pour des patients hospitalisés (interdisciplinarité).</p> <p>Les professionnels responsables du patient ne travaillent pas toujours dans le même établissement et ne sont pas toujours responsables du même dossier; ils doivent pouvoir communiquer entre eux rapidement lors de décompensations ou de détérioration de l'état du malade, à l'aide de téléavertisseurs, de cellulaires et de télécopies, par exemple.</p> <p>Plusieurs CLSC laissent au domicile d'un grand malade des feuilles de chevet (« dossier à domicile ») où l'essentiel des soins à donner au patient est noté, ainsi que les signes vitaux et les récents changements de sa condition. Ce précieux outil de communication permet de réduire les risques d'erreurs et d'offrir au patient un suivi interprofessionnel serré et de qualité, tout comme en milieu hospitalier.</p>
<p>Garde téléphonique infirmière et médicale 24 heures</p>	<p>L'accessibilité téléphonique 24 heures permet au patient qui le désire de demeurer à domicile jusqu'à son décès et d'offrir un soutien adéquat aux proches qui en prennent soin. Les infirmières de garde devraient pouvoir joindre rapidement un médecin en cas d'urgence.</p> <p>Le travail de groupe en médecine familiale facilite la mise en place d'une garde téléphonique médicale 24 heures pour les patients vulnérables à domicile. Sinon, il est possible de faire appel au service de garde d'une unité hospitalière régionale de soins palliatifs.</p>

Prescription de suivi aux infirmières	Le recours à des ordonnances individuelles et collectives pour le suivi à domicile des malades par une infirmière facilite les soins au patient et permet de réduire le nombre de visites médicales. Le médecin doit préciser avec elle les éléments de surveillance (signes vitaux, symptômes) et les paramètres au-delà desquels le médecin devrait être appelé.
Prescription de traitement aux infirmières	Tout comme en milieu hospitalier, les infirmières des services de maintien à domicile des CLSC peuvent effectuer, grâce aux ordonnances collectives et individuelles, plusieurs actes utiles et nécessaires au maintien de patients à domicile, comme le choix et les changements de pansements, les traitements par voie parentérale (SC, IM et IV), l'ajustement des doses de certaines molécules (insuline et warfarine sodique), les soins de stomie ou de drain, etc.
Délégation aux proches aidants	<p>Contrairement à la façon de fonctionner en milieu hospitalier, les proches aidants sont les principaux intervenants impliqués dans les soins à domicile, puisqu'ils sont sur place. Ce sont eux qui administrent la médication, que ce soit par voie orale, transdermique ou sous-cutanée, après prescription par le médecin et enseignement par l'infirmière.</p> <p>Ce sont eux qui effectuent une surveillance de base des symptômes et qui contactent l'infirmière en cas de problème, cette dernière étant elle-même en communication avec le médecin au besoin.</p> <p>Ce sont eux qui sont présents au moment du décès du patient et qui en avisent l'équipe soignante.</p> <p>La confiance et le travail d'équipe avec les proches aidants constituent donc la base du maintien à domicile d'un patient aux derniers jours de sa vie.</p>
Non-réanimation	On laissera au domicile du patient un formulaire de non-réanimation (ou document précisant le niveau de soins) dûment signé par lui : cela permettra d'éviter des réanimations intempestives et inutiles lors du décès du patient. On laissera à la famille, et ce, dans la mesure du possible, l'information nécessaire et la plus complète possible sur la marche à suivre après le décès à domicile.

L'objectif des soins aux derniers jours de vie à domicile est de soulager les souffrances terminales du patient comme on le ferait en milieu hospitalier. Les molécules à administrer et leurs voies d'administration sont essentiellement les mêmes qu'en établissement (annexe II). Une réserve pharmaceutique de base, commune à la plupart des soins aux derniers jours de vie, devrait déjà être au domicile des patients pour lesquels on craint une détérioration rapide, une complication ainsi que pour ceux qui désirent mourir à domicile (tableau 3). Cette réserve pharmaceutique permettra aux infirmières visiteuses ou aux proches de faire face aux situations difficiles ou aux situations urgentes.

Dans les derniers jours de vie, le passage à la voie sous-cutanée de certaines molécules essentielles au bien-être du patient est à prévoir (annexes I et II). Le tableau 3 propose une réserve pharmaceutique de base pour le domicile d'un patient aux derniers jours de sa vie ou à laisser sur place en établissement de longue durée. Il va de soi que cette courte liste n'est pas exhaustive, mais elle est un guide de base à adapter à la situation clinique.

**Tableau 3**

**Derniers jours de vie à domicile ou en établissement de longue durée**  
**Réserve pharmaceutique de base à laisser sur place**

Catégorie de médicaments	Molécule suggérée (doses en annexe II)	Symptômes visés
Benzodiazépines par voie SL et SC		
	Lorazépam (Ativan®)*	Anxiété, insomnie, dyspnée, convulsions
	Midazolam (Versed®)	Anxiété, insomnie, dyspnée, convulsions, avant une procédure douloureuse
Opioïdes par voie parentérale		
<p><b>Opioïdes en solution injectable :</b></p> <p>On choisit habituellement l'opioïde déjà en cours en réduisant de moitié la dose orale q 4 h pour obtenir la dose à administrer par la voie sous-cutanée q 4 h.</p> <p>Pour les patients sous fentanyl transdermique, on poursuit la médication TD en cours, avec de la morphine ou de l'hydromorphone SC.</p>	<p>Morphine SC</p> <p>Hydromorphone SC</p> <p>Fentanyl TD</p>	<p>Douleurs, dyspnée, détresse, inconfort des derniers jours de vie</p>
Neuroleptiques injectables SC		
	<p>Méthotriméprazine (Nozinar®)*</p> <p>Effet sédatif prononcé</p>	<p>Agitation ou insomnie sévère qui ne répond pas aux benzodiazépines; douleurs réfractaires; nausées et vomissements</p>

\* Ou toute molécule de la même catégorie.

Anticholinergique par voie SC		
	Scopolamine, Glycopyrrolate	Réduit les râles bronchiques des derniers jours de vie qui peuvent perturber la famille  Effet sédatif de la scopolamine, potentialisé lorsqu'associée à un opioïde

## 4.2 LES SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

### PARCE QUE LES ENFANTS MEURENT AUSSI...

Le Québec perd 800 enfants annuellement dont 50 % avant l'âge de 1 an [47]. L'accompagnement de l'enfant mourant et de sa famille est primordial, car la perte d'un enfant est une catastrophe et même une absurdité pour sa cellule familiale. Le choc émotionnel causé par son décès est ressenti par ses proches et par les soignants.

### APPROCHE SIMILAIRE AUX SOINS PALLIATIFS ADULTES...

Les soins palliatifs pédiatriques sont des soins actifs et complets, englobant les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle. Ils visent à aider à maintenir la meilleure qualité de vie possible à l'enfant et à offrir du soutien à sa famille; cela comprend le soulagement des symptômes de l'enfant, des services de répit pour la famille et des soins jusqu'au moment du décès et durant la période de deuil. Si l'expérience pédiatrique en soins palliatifs relève de celle qui a été acquise avec les adultes, elle comporte certaines particularités.

### DES MALADIES DIFFÉRENTES...

Si l'oncologie prédomine en soins palliatifs adultes, chez l'enfant, ce sont les maladies neuromusculaires, neurodégénératives et métaboliques qui sont les plus fréquentes. Plusieurs décès surviennent aussi à la suite d'un accident ou d'une complication néonatale, la plupart de façon subite et inattendue. La clientèle se répartit en six groupes d'enfants et de familles, tels que définis par les *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*. Tout enfant atteint d'une condition médicale pouvant l'empêcher d'atteindre ses 18 ans devrait bénéficier d'une approche palliative, qui devrait commencer dès l'annonce du diagnostic. La phase palliative peut ainsi être très longue, et même s'étendre sur des années. Les interventions visent toujours à améliorer la qualité de vie et le confort pour permettre à l'enfant de vivre et de se développer pleinement.

### DES DÉFIS À RELEVER...

Le premier grand défi en pédiatrie est l'évaluation adéquate des symptômes et de la douleur, car le niveau de développement cognitif et affectif de l'enfant influence son expérience et son interprétation de sa douleur. Plusieurs outils de mesure particuliers sont adaptés à son âge et à sa capacité de communication. Ces échelles peuvent être utilisées autant par les intervenants que par les parents; ces derniers deviennent ainsi les principaux interlocuteurs et les principaux évaluateurs des symptômes et de la douleur

de leur enfant. L'intégration des proches dans l'équipe de soins est essentielle et incontournable.

Lorsque l'administration orale des médicaments n'est pas possible, la voie transmuqueuse devient une excellente solution en raison de sa rapidité d'action. La majorité de la médication palliative (opioïdes, benzodiazépines, kétamine et scopolamine) peut être administrée par cette voie en favorisant la formulation la plus concentrée possible (un volume de moins de 0,1 cc est idéal pour éviter de stimuler la déglutition). Chez les enfants, la voie transdermique par l'utilisation des timbres de fentanyl à petites doses permet de réduire le recours aux injectables.

La voie rectale peut être une possibilité, surtout pour la poursuite de certains anticonvulsivants, en utilisant une solution concentrée avec un petit cathéter à gavage Fr5. Les voies intramusculaires et intraveineuses sont à proscrire même en présence de voie centrale permanente. La voie sous-cutanée en doses intermittentes est simplifiée par la pose d'un cathéter de type Insuflon<sup>®</sup>, très petit, confortable et sans espace mort. Il permet l'administration de plusieurs médicaments compatibles, sans nécessité de rinçage. Le volume par dose à administrer et toléré par les tissus est variable en fonction de l'âge; on tentera de limiter le volume à 0,2 ml chez le prématuré, à 0,5 ml chez l'enfant et à 1 ml chez l'adolescent. Les dispositifs pour perfusion continue sous-cutanée, de type Comfort Soft ou Inset II, dérivés de l'utilisation dans les cas de diabète, permettent mobilité, confort et qualité de vie aux enfants tant en milieu hospitalier qu'à domicile.

La pharmacothérapie pédiatrique est moins documentée et étudiée qu'en soins palliatifs adultes. Les traitements offerts sont à la fois basés sur l'expérience clinique adaptée de la pédiatrie et de l'adulte. En règle générale, les doses pédiatriques sont calculées en mg/kg et ne dépassent pas les doses adultes habituelles. Au-delà de la médication, des mesures non pharmacologiques et de distraction telles la massothérapie, la zoothérapie, la visualisation ainsi que la musicothérapie doivent être encouragées, car les enfants y sont particulièrement réceptifs.

Depuis quelques années, la recherche et l'expertise en matière de soins palliatifs pédiatriques ont permis de mieux répondre aux besoins des enfants et de leur famille. La compréhension du vécu de l'enfant, de sa maladie et de sa mort, les besoins particuliers de la fratrie, des parents et des grands-parents, ainsi que le soulagement de la détresse vécue par les soignants, sont davantage pris en compte et contribuent à l'évolution des soins. La création d'un héritage

est désormais reconnue essentielle pour atténuer la souffrance existentielle de l'enfant et de ses proches. Comme l'une des plus grandes peurs de l'enfant mourant est d'être oublié, de nombreuses activités peuvent être réalisées pour l'aider à bâtir des objets de mémoire (photographie, sculpture de mains, album, journal de vie, etc.).

### UN TRAVAIL D'ÉQUIPE...

Pour un soignant, la prise en charge d'un enfant dont l'espérance de vie est limitée peut paraître un défi énorme et soulever des appréhensions tant sur le plan émotionnel qu'organisationnel. Malgré la tristesse de ces situations, ces expériences s'avèrent toujours enrichissantes, et les retombées dépassent largement les craintes initiales. Nul besoin d'être un expert. Tout soignant doit savoir qu'il peut en tout temps compter sur le soutien des équipes interdisciplinaires de soins palliatifs des centres pédiatriques du Québec.

# CONCLUSION

---

Nous espérons que ce guide saura accompagner le clinicien impliqué auprès d'un patient aux derniers jours de sa vie. Ce document ne se veut pas un précis détaillé de soins palliatifs, mais un guide traitant des soins médicaux de base reconnus pour cette dernière période de la vie d'une personne. Nous avons choisi de ne pas traiter ici d'enjeux moraux et éthiques complexes, mais plutôt de présenter au clinicien les traitements qui feront en sorte qu'il puisse bien soulager ses patients aux derniers jours de leur vie. Les traitements décrits dans ce guide, qui visent le soulagement des souffrances des patients mourants, doivent être accessibles partout au Québec, autant dans les centres hospitaliers et les maisons de soins palliatifs qu'à domicile et dans les établissements de soins de longue durée.

## — Annexe

### ANNEXE I - DÉLAIS DE TRANSITION SUGGÉRÉS LORS DE CHANGEMENTS DE FORMULATIONS OU DE VOIES D'ADMINISTRATION DES OPIOÏDES [1]

Formulation initiale	Formulation envisagée	Particularités
Courte action PO q 4 h	SCI q 4 h	Début du SC à l'heure prévue de la prochaine dose
Courte action PO q 4 h	PSCC	Commencer la perfusion en même temps que la dernière dose de courte action
Longue action PO q 12 h	SCI q 4 h ou PSCC	Commencer SCI ou PSCC 6 à 9 h après la dernière dose longue action
SCI q 4 h	PSCC	Commencer PSCC en même temps que la dernière dose SCI courte action
PSCC	SCI	Commencer SCI + poursuivre PSCC x 1 h, puis cesser Dose quotidienne totale divisée par 6 injectée q 4 h

## — Annexe

### ANNEXE II - MÉDICATION INJECTABLE POUR LE SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES AUX DERNIERS JOURS DE VIE

DOULEUR	
Analgésiques opioïdes	
Patient naïf aux opioïdes	<p><b>a) Dose injectable initiale habituelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Morphine SCI/IVI : 5 mg (de 1 à 5 mg) q 4 h PSCC/PIVC : 1 mg/h (de 0,5 à 1 mg/h)</li> <li>➤ Hydromorphone SCI/IVI : 1 mg (de 0,25 à 1 mg) q 4 h PSCC/PIVC : 0,25 mg/h (de 0,1 à 0,25 mg/h)</li> </ul> <p><b>b) Ajustement rapide en présence de douleur sévère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Morphine SCI/IVI : 1 mg (de 1 à 3 mg) q 5 à 10 min (q 15 min si SCI) max 10 mg ou <i>ad</i> soulagement ou présence d'une sédation indue  SCI/IVI : la dose qui soulage est donnée 2 h plus tard, puis q 4 h  PSCC/PIVC : la dose totale qui soulage le patient est divisée par 4, puis administrée immédiatement</li> </ul>
Patient non naïf aux opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Passage de PO à SC</li> <li>➤ Patient souffrant : ↑ dose habituelle de 25 à 50 %</li> <li>➤ Patient très souffrant : ↑ dose habituelle de 100 %</li> <li>➤ Douleur sévère – ajustement rapide IVI : de 10 à 20 % de la dose quotidienne totale q 5 à 10 min ou <i>ad</i> soulagement/sédation indue (max de 4 à 5 doses) SCI : idem q 15 min</li> </ul>
Entredose d'opioïde	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SCI : de 10 à 15 % de la dose quotidienne q 30 min PRN</li> <li>➤ PSCC : de 1 à 2 fois la dose horaire q 30 min PRN</li> <li>➤ PIVC : idem q 10 min PRN</li> </ul>

## — Annexe

Analgésiques non opioïdes	
Méthotriméprazine (Nozinan®)	SCI*, IVI : 10 mg (de 2,5 à 50 mg) q 6 h (max 300 mg/jour) → Pour soulager la douleur réfractaire accompagnée ou non de nausées et de vomissements, ou encore d'agitation
Dexaméthasone (Decadron®)	SCI, IVI : 4 mg (de 4 à 20 mg), puis 4 mg (de 2 à 8 mg) die (die à qid)

\* Voie d'administration non reconnue dans la monographie du produit.

AUTRES SYMPTÔMES	
Embarras bronchique	
Glycopyrrolate (Robinul®)	SCI : 0,4 mg (de 0,2 à 0,6 mg) q 4 h PRN → Ne cause pas de sédation
Scopolamine/ Hydrobromure d'hyoscine	SCI : 0,4 mg (de 0,2 à 0,8 mg) q 4 h PRN → Amnésiant et très sédatif → Peut causer hallucination, délirium, agitation
Hyoscine (Buscopan®)	SCI, IVI : 20 mg, puis 10 mg (de 10 à 20 mg) q 4 h PRN → Ne cause pas de sédation
Scopolamine transdermique (Transderm-V®)	De 1 à 3 timbres (1,5 mg/timbre libérant 1 mg en 3 jours) → Délai de plusieurs heures avant d'obtenir un effet clinique → Cause peu de sédation → Peut causer hallucination, délirium, agitation

## — Annexe

Nausées et vomissements	
Halopéridol (Haldol®)	SCI, IVI* : 1 mg (de 0,5 à 1 mg) q 8 h (max suggéré : 3 mg/jour pour éviter les réactions extrapyramidales)
Métoclopramide (Maxeran®) (Reglan®)	IVI, SCI* : 10 mg (de 5 à 10 mg) q 4 h (max suggéré : 40 mg/jour) → Ne pas administrer lors d'occlusion digestive
Dexaméthasone (Decadron®)	SCI, IVI : 4 mg (de 4 à 20 mg) stat, puis 4 mg (2 à 8 mg) die <i>ad qid</i>
Olanzapine (Zyprexa Zydis®)	PO à dissolution rapide : 5 mg die à bid (max : 10 mg/jour)
Méthotriméprazine (Nozinan®)	SC, IVI* : 5 mg (de 2,5 à 25 mg) q 6 h

Agitation - délirium	
Lorazépam (Ativan®)	SCI*, IV, SL, IR : 0,5 mg (de 0,5 à 4 mg) q 6 h (4 à 6 h) PSCC*, PIVC : de 0,5 à 1 mg/h (max 4 mg/h)
Midazolam** (Versed®)	SCI, IVI : de 1 à 10 mg q 4 h (2 à 4 h) (max 10 mg/h ou 240 mg/jour) PSCC, PIVC : 2 mg (de 1 à 5 mg) stat, puis de 0,5 à 5 mg/h (max 10 mg/h ou 240 mg/jour)
Méthotriméprazine (Nozinan®) [48]	SCI*, IVI : 5 mg (de 5 à 50 mg) q 6 h (max 300 mg/jour) PSCC, PIVC : de 1 à 10 mg/h

\* Voie d'administration non reconnue dans la monographie du produit.

\*\* Des doses ad 1200 mg/24h ont déjà été administrées pour les cas complexes, réfractaires ou en présence de tachyphylaxie.

## — Annexe

Phénobarbital	<p>SCI*, IVI, IR : 30 mg (de 15 à 60 mg) q 6-12 h</p> <p>→ Chez le patient agité, dose de charge proposée de : 120 mg (de 120 à 480 mg), puis 120 mg (de 60 à 360 mg) q 6 h</p> <p>→ Exceptionnellement, on peut prescrire jusqu'à 2500 mg/jour</p>
Halopéridol (Haldol®)	<p>SCI, IVI : 1 mg (de 0,5 à 5 mg) q 1 h PRN ou doses fixes q 8 h (max 25 mg/jour)</p>

Convulsions	
Midazolam (Versed®)	<p><b>Crise convulsive ou statut épileptique</b> SCI, IVI : 5 mg (de 5 à 10 mg), q 10-15 min x 1-2 doses</p> <p>→ Peut aussi être donné par voie intranasale ou transmuqueuse</p> <p><b>Prophylaxie</b> PSCC : 1 mg/h (de 1 à 4 mg/h)</p> <p>SCI : idem (dose totale par 24 h/6), q 4 h</p> <p>→ Action rapide (moins de 15 min) même en SC</p>
Lorazépam (Ativan®)	<p><b>Crise convulsive ou statut épileptique</b> IV, IR, SL, SCI* : 4 mg (de 4 à 8 mg) ou (de 0,05 à 0,1 mg/kg), q 10-15 min x 1-2 doses</p> <p><b>Prophylaxie</b> SCI*, IVI : 1 mg (de 0,5 à 4 mg) q 4 h</p>
Diazépam (Diastat®) (Valium®)	<p><b>Prophylaxie</b> IR : 10 mg x 1, puis 20 mg die à bid par la suite</p>
Acide valproïque (Depakene®)	<p><b>Prophylaxie</b> IR : 15 mg/kg/jour en 2 à 3 prises (max 60 mg/kg/jour)</p> <p>→ Requiert ± 3 jours pour que la médication soit efficace</p>

\* Voie d'administration non reconnue dans la monographie du produit.

## — Annexe

Phénobarbital	<p><b>Prophylaxie</b></p> <p>SCI*, IVI : 60 mg (de 60 à 150 mg) q 8-12 h</p> <p>→ Rougeur fréquente au site d'injection SC</p> <p>→ Induira de la somnolence</p> <p><b>Convulsion (1<sup>er</sup> épisode)</b></p> <p>Bolus de 60 à 100 mg</p> <p>puis, dose entretien : 60 mg (de 60 à 150 mg) sc q 8-12 h (ad 400 mg/j en dose divisée (dose habituelle 3-5mg/kg/jour)</p> <p>→ Si patient déjà sous anticonvulsivant, dose initiale plus élevée; ajustement selon évolution (évaluer le risque de convulsion secondaire à un arrêt abrupt des agents par voie orale)</p> <p><b>Statut épileptique</b></p> <p>SCI*, IV : dose de charge 10 mg/kg (max 600 mg)</p> <p>Commencer par la moitié de la dose calculée, puis donner le reste de la dose après 30 à 60 min si le statut épileptique persiste (le pic plasmatique est 2 à 4 heures)</p> <p>→ L'effet clinique prend 30 minutes si le phénobarbital est donné par voie IV ou 60 minutes s'il est donné par voie SC*</p>
---------------	--

\* Voie d'administration non reconnue dans la monographie du produit.

## — Annexe

DYSPNÉE	
Opiïdes	
Morphine SC (ou équivalent : Hydromorphone SC- Fentanyl timbre TD)	<p><b>Patient naïf aux opioïdes</b> de 1 à 2,5 mg SCI q 4 h</p> <p><b>Patient déjà exposé aux opioïdes</b> ↑ dose habituelle ≈ de 25 à 50 % selon la gravité de la dyspnée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prévoir des entredoses</li> <li>➤ Ajustements de dose q 24 h</li> <li>➤ ↑ de 25 à 100 % selon la réponse clinique et la tolérance</li> </ul>
Benzodiazépines	
Lorazépam (Ativan®)	SL, IR, SCI*, IV : 0,5 mg (de 0,5 à 2 mg) q 4 h PSCC*, PIVC : de 0,1 à 0,5 mg/h
Midazolam (Versed®)	SCI, IVI : de 1 à 10 mg q 2-4 h PSCC, PIVC : dose initiale de 2 mg (de 1 à 5 mg), puis 0,5 à 5 mg/h SC, IV → Peu sédatif à moins de 1 mg/h → Tolérance s'installe rapidement

\* Voie d'administration non reconnue dans la monographie du produit.



## — Annexe

### ANNEXE IV - LISTE DES ABRÉVIATIONS

bid	Deux fois par jour
die	Une fois par jour
ED	Entredose
IM	Intramusculaire
IR	Intrarectal
IV	Intraveineux
IVI	Intraveineux intermittent
PIVC	Perfusion intraveineuse continue
PO	Oral
PRN	Au besoin
PSCC	Perfusion sous-cutanée continue
q	Chaque (p. ex., q 3-4 h : toutes les 4 à 6 h)
qid	Quatre fois par jour
SC	Sous-cutané
SCI	Sous-cutané intermittent
SL	Sublingual
stat	Immédiatement
TD	Transdermique

## — Références

1. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC (APES) (2008). *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*, 4<sup>e</sup> éd., Montréal, APES, 541 p.
2. MERCADANTE, S. ET A. CARACENI (2011). « Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review », *Palliative Medicine*, vol. 25, n° 5, juill., p. 504-515.
3. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) (2008). *Control of Pain in Adults with Cancer: A National Clinical Guideline*, Édimbourg (R.-U.), SIGN, 72 p. [En ligne : [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)]
4. GUIDELINES & PROTOCOLS ADVISORY COMMITTEE (2011). *Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease-Part 2: Pain and Symptom Management*, British Columbia Ministry of Health, 44 p. [En ligne : [www.bcguidelines.ca/pdf/palliative2.pdf](http://www.bcguidelines.ca/pdf/palliative2.pdf)]
5. GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC) (2010). « Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making », Royaume-Uni, GMC, 92 p. [En ligne : [www.gmc-uk.org/guidance](http://www.gmc-uk.org/guidance)]
6. KLEPSTAD, P., S. KAASA ET P.C. BORCHGREVINK (2011). « Starting step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients: dose titration: a systematic review », *Palliative Medicine*, vol. 25, n° 5, juill., p. 424-430.
7. FALLON, M.T. ET B.J. LAIRD (2011). « A systematic review of combination step III opioid therapy in cancer pain: An EPCRC opioid guideline project », *Palliative Medicine*, vol. 25, n° 5, juill., p. 597-603.
8. HANKS, G.W., ET COLLAB. (2001). « Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations », *British Journal of Cancer*, vol. 84, n° 5, p. 587-593.
9. HOSPICE PALLIATIVE CARE-CLINICAL PRACTICE COMMITTEE (2006). *Principles of Opioid Management*, Surrey (C.-B.), Fraser Health, 43 p. [En ligne : [www.fraserhealth.ca/media/16FHSymptomGuidelinesOpioid.pdf](http://www.fraserhealth.ca/media/16FHSymptomGuidelinesOpioid.pdf)]
10. ZECH, D.F., ET COLLAB. (1995). « Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study », *Pain*, vol. 63, n° 1, oct., p. 65-76.
11. LIEBESKIND, J.C. (1991). « Pain can kill », *Pain*, vol. 44, n° 1, janv., p. 3-4.
12. HERR, K., H. BURSCH ET B. BLACK (s.d.). *State of the Art Review of Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults*. [En ligne : <http://prc.coh.org/pain-noa.htm>]
13. RUNDSHAGEN, I., ET COLLAB. (1999). « Patients' vs nurses' assessments of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse-controlled analgesia », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 82, n° 3, mars, p. 374-378.

## — Références

14. KLEPSTAD, P., ET COLLAB. (2002). « Self-reports are not related to objective assessments of cognitive function and sedation in patients with cancer pain admitted to a palliative care unit », *Palliative Medicine*, vol. 16, n° 6, nov., p. 513-519.
15. SILKA, P.A., ET COLLAB. (2004). « Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 11, n° 3, mars, p. 264-270.
16. LVOVSCHI, V., ET COLLAB. (2008). « Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED », *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 26, n° 6, juill., p. 676-682.
17. ZEPPELELLA, G. ET M.D. RIBEIRO (2006). « Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 25 janv., p. CD004311.
18. CHANG, A.K., ET COLLAB. (2009). « Efficacy and safety profile of a single dose of hydromorphone compared with morphine in older adults with acute, severe pain: a prospective, randomized, double-blind clinical trial », *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 7, n° 1, févr., p. 1-10.
19. ELSNER, F., ET COLLAB. (2005). « Intravenous versus subcutaneous morphine titration in patients with persisting exacerbation of cancer pain », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, n° 4, août, p. 743-750.
20. MOULIN, D.E., ET COLLAB. (1991). « Comparison of continuous subcutaneous and intravenous hydromorphone infusions for management of cancer pain », *Lancet*, vol. 337, n° 8739, 23 févr., p. 465-468.
21. HOWARD, P., ET COLLAB. (2011). « Anti-epileptic drugs », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 42, n° 5, nov., p. 788-804.
22. LAUGSAND, E.A., S. KAASA ET P. KLEPSTAD (2011). « Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations », *Palliative Medicine*, vol. 25, n° 5, juill., p. 442-453.
23. THOMAS, J.R. ET C.F. VON GUNTEN (2003). « Management of dyspnea », *The Journal of Supportive Oncology*, vol. 1, n° 1, mai/juin, p. 23-34.
24. NAVIGANTE, A.H., M.A. CASTRO ET L.C. CERCHIETTI (2010). « Morphine versus midazolam as upfront therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 39, n° 5, mai, p. 820-830.

## — Références

25. NAVIGANTE, A.H., ET COLLAB. (2006). « Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 31, n° 1, janv., p. 38-47.
26. MAHLER, D.A., ET COLLAB. (2010). « American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease », *Chest*, vol. 137, n° 3, mars, p. 674-691.
27. QASEEM, A., ET COLLAB. (2008). « Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians », *Annals of Internal Medicine*, vol. 148, n° 2, 15 janv., p. 141-146.
28. JENNINGS, A.L., ET COLLAB. (2001). « Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, p. CD002066.
29. ABERNETHY, A.P., ET COLLAB. (2010). « Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 376, n° 9743, 4 sept., p. 784-793.
30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Programme national d'oxygénothérapie à domicile - Cadre de référence*, Québec, MSSS - Direction des communications, 163 p. [En ligne : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)]
31. SIMON, S.T., ET COLLAB. (2010). « Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 20 janv., p. CD007354.
32. WEE, B. ET R. HILLIER (2008). « Interventions for noisy breathing in patients near to death », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 23 janv., p. CD005177.
33. WILDIERS, H., ET COLLAB. (2009). « Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 38, n° 1, juill., p. 124-133.
34. CHALIFOUR, G., M. SIMARD ET J. LAFLAMME (2012). « Protocole de détresse », Québec, Maison Michel-Sarrazin.
35. DHALLA, I.A., ET COLLAB. (2011). « Clustering of opioid prescribing and opioid-related mortality among family physicians in Ontario », *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 57, n° 3, mars, p. e92-e96.

## — Références

36. DHALLA, I.A., ET COLLAB. (2009). « Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n° 12, 8 déc., p. 891-896.
37. MELZACK, R. (1991). « Sensory and pharmacological modulation of pain », *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, vol. 69, n° 5, mai, p. 695-696.
38. BOHNERT, A.S., ET COLLAB. (2011). « Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths », *Journal of the American Medical Association*, vol. 305, n° 13, 6 avril, p. 1315-1321.
39. PORTENOY, R.K., ET COLLAB. (2006). « Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 32, n° 6, déc., p. 532-540.
40. GOMES, B. ET I.J. HIGGINSON (2006). « Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 7540, mars, p. 515-521.
41. DECHÊNE, G., ET COLLAB. (2000). *Précis pratique de soins médicaux à domicile*, Saint-Hyacinthe/Montréal, Édisem/FMOQ, 533 p.
42. DECHÊNE, G., D. DION ET J. GRATTON (2004). « Où meurent les Québécois? - 1 : Recherche sur la population québécoise de 1994 à 1998 », *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 4, avril, p. 111-121.
43. HEYLAND, D.K., ET COLLAB. (2000). « Dying in Canada: is it an institutionalized, technologically supported experience? », *Journal of Palliative Care*, vol. 16 (Suppl.), oct., p. S10-S16.
44. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., ET COLLAB. (1984). *Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins - Rapport*, Montréal, Université de Montréal - Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 160 p. [En ligne : [www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/R84-02.pdf](http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/GRIS/R84-02.pdf)]
45. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux - Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, 72 p. [En ligne : [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009\\_PremiereLigne/format2pages/csbe-Recommandations-t4-2p-042009.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/format2pages/csbe-Recommandations-t4-2p-042009.pdf)]

## — Références

46. LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) (2008). *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile - Document de réflexion*, CMFC, Mississauga (ON), 30 p. [En ligne : [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca)]

47. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesures d'indicateurs*, Québec, INSPQ, 108 p. [En ligne : [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)]

48. LEMAY, M. (2010). *L'utilisation de la méthotriméprazine à la Maison Michel-Sarrazin (ou l'épopée d'une année)*.

## — Lectures suggérées

ASSOCIATION DES PHARMACIENS  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU  
QUÉBEC (APES) (2008). *Guide pratique  
des soins palliatifs : gestion de la douleur  
et autres symptômes*, 4<sup>e</sup> éd., Montréal,  
APES, 541 p.

GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC)  
(2010). « Treatment and care towards  
the end of life: good practice in decision  
making », Royaume-Uni, GMC, 92 p. [En  
ligne : [www.gmc-uk.org/guidance](http://www.gmc-uk.org/guidance)]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC  
(MSSS) (2006). *Normes en matière de  
soins palliatifs pédiatriques*, Québec,  
MSSS, Direction des communications,  
88 p.

PALLI-SCIENCE. [En ligne : [www.palli-science.com](http://www.palli-science.com)]