

# **Table ronde sur la sédation**

**Isabelle Martineau**

**Jocelyne Saint-Arnaud**

**Yvon Beauchamp**

**Hubert Marcoux**

**Louis Roy, animation**

**19<sup>e</sup> Congrès québécois de soins palliatifs**

**Réseau de soins palliatifs du Québec**

**16 et 17 avril 2009, Hôtel Wyatt, Montréal**



Arriver en haletant,  
se coucher,  
s'endormir;  
On appelle cela  
naître,  
vivre  
et mourir.

Jean-Pierre Claris de Florian  
Fables, « Le voyage »

# Table ronde sur la sédation

- Plan de la séance
  - Introduction
  - Situation clinique
  - Panellistes :
    - Yvon Beauchamp
    - Isabelle Martineau
    - Hubert Marcoux
    - Jocelyne Saint-Arnaud
  - Bref résumé
  - Discussion et questions avec les participants
  - Mot de la fin

# Divulgation de conflits d'intérêts

- Subventions de recherche:
  - Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH)
  - Fond de Recherche en Santé du Québec (FRSQ)
- Purdue Pharma: conférencier pour activités de formation médicale continue, 04-2007 & 04-2009
- Janssen-Ortho: comité aviseur, 04-2007
- Wyeth: comité aviseur, 10-2008
- Nycomed: comité aviseur, 06-2008

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain, 55 ans, professionnelle

- Divorcée
- Pas d'enfants
- Large réseau familial et d'amis
- Déterminée et indépendante
- Fait un bilan positif de sa vie

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- Cancer de l'ovaire x 15 mois
- Traitements:
  - Chirurgie
  - Chimiothérapies
  - Progresse sous chimiothérapie: traitement cessé
  - Multiples métastases hépatiques et carcinomatose péritonéale
- Admise à l'unité de soins palliatifs x 3 sem.

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- Alimentation :  $\frac{1}{4}$  de portion lors des repas
- Douleurs
  - abdominales diffuses et thoracique inférieur droit
  - 4 à 5 / 10
  - Refuse  $\uparrow$  de la médication
- Aide pour l'ensemble des ses activités
- Suivis par travailleuse sociale de l'unité
- Évaluée par le psychiatre: pas d'éléments dépressifs

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- Répète que sa vie n'a plus aucun « sens »
  - N'a plus rien à faire ni à attendre de la vie
  - Visites de ses proches deviennent un fardeau
  - Voit la mort comme une délivrance, un passage à autre chose

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- À l'examen:
  - Très amaigrie
  - Pas d'ictère
  - Lucide
  - Ralentie au niveau moteur
  - Perte du murmure vésiculaire au 1/3 inférieur droit
    - Non dyspnéique au repos
  - L'abdomen est souple depuis la dernière ponction d'ascite

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- Médication actuelle:
  - Fentanyl-TD, 50 mcg/h, 1 timbre aux 3 jours
  - Hydromorphone, 1 mg sous-cutané, au besoin
  - Dexaméthasone en sevrage progressif
  - Odansétron 4 mg au besoin
  - Lorazépam 1 mg, au coucher
  - Laxatifs

# SITUATION CLINIQUE

Madame Germain

- État se détériore assez rapidement
- Indice de Karnovski est à 30 à 40%, ECOG à 3/5
- Pronostic « probablement » < 15 jours
- Assistance constante: très reconnaissante envers le personnel
- Mentionne qu'elle ne peut plus supporter une telle détérioration:
  - Atteinte à sa dignité
  - N'attend que la mort
  - Souhaite dormir jusqu'à ce que la mort vienne la chercher

# Questions à l'assistance

1. Êtes-vous d'accord avec la sédation dans cette situation?

**NON**

**OUI**

**INDÉCIS**

2. Si vous étiez cette patiente, est-ce que vous souhaiteriez avoir la sédation?

**NON**

**OUI**

**INDÉCIS**

L'avis de nos présentateurs

# La sédation en fin de vie...

Le point de vue de l'infirmière

Isabelle Martineau, inf. M.Sc.

Coll.: Caroline Bergeron, inf. B. Sc.

# Introduction

- La réalité des infirmières:
  - Rôle non autonome : application des Rx
  - Continuité des soins vs transmission de l'information
- La sédation:
  - Continue → + questionnements

# La sédation en trois temps...

- Autour de la prise de décision
- Une fois la sédation amorcée
- L'héritage laissé... que reste-t-il de ces expériences?

# Autour de la prise de décision

- Symptômes d'origine physique
  - Incoercibles
  - Annonceurs d'une mort imminente
  - Sédation = alternative souhaitable
- Symptômes « existentiels »
  - Source de malaise, sentiment d'abîme (?)
  - Sédation = soulagement du malade, de la famille ET du personnel soignant?

# Une fois la sédation amorcée...

- Famille vs sens dans l'accompagnement de celui « qui dort »
- Malaise face à ce qui n'a pas été dit
- Interprétation possible?

# L'héritage laissé... que reste-t-il de ces expériences?

- Impératif au soulagement de tout inconfort en fin de vie?
- Le risque d'être réducteur
- Le mystère... à se rappeler!



# Bibliographie

- Broeckaert, B. (2000) Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. Journal of pain and symptom management, 20 (6).
- Caenepeel, D. (2005). La sédation continue en fin de vie- enjeux éthiques. Médiaspaul, Montréal.
- de Hennezel, M. (2004). Propositions pour une vie digne jusqu'au bout. Éditions du Seuil, Paris.
- Richard, M.-S. (2004). Soigner la relation en fin de vie en fin de vie. Dunod, Paris.

# Hubert Marcoux

Médecin

Hôpital Jeffrey-Hale, Québec





**Discussion et questions  
avec les participants**

# Questions à l'assistance

1. Êtes-vous d'accord avec la sédation dans cette situation?

**NON**

**OUI**

**INDÉCIS**

2. Si vous étiez cette patiente, est-ce que vous souhaiteriez avoir la sédation?

**NON**

**OUI**

**INDÉCIS**

Malgré tout ce que l'on a pu  
écrire ou raconter,  
seul l'homme (humain)  
a conscience de sa mort.

Jacques Ruffié  
Le Sexe et la mort

