



Guide de prise en charge des symptômes chez les enfants en fin de vie

AVIS DES EXPERTS DU COMITÉ DIRECTEUR PROVINCIAL DES SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES DE
L'ONTARIO : MISE À JOUR 2023

Traduction réalisée par les Services linguistiques de l'Université McGill

Avertissement

Le présent document se veut un simple guide. Il ne remplace pas le jugement clinique et ne renferme pas des directives thérapeutiques à suivre à la lettre chez un patient donné. De plus, les interactions médicamenteuses ne sont pas prises en compte dans les médicaments et les stratégies posologiques présentés. Le professionnel de la santé doit toujours se montrer prudent lors de la prescription de médicaments qu'il ne connaît pas à fond.

Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

Les médicaments et les posologies recommandés dans le présent guide sont souvent « hors indication », ce qui signifie qu'ils ne correspondent pas à la dose, à la voie d'administration, à l'âge du patient ou aux indications médicales décrites dans les monographies approuvées par Santé Canada. L'emploi hors indication est très courant en pédiatrie : jusqu'à 80 % des médicaments actuellement prescrits dans les hôpitaux pédiatriques canadiens sont administrés hors indication (Hepburn et coll., 2019). Bien que le terme « emploi hors indication » ne signifie pas « non étayé par des données probantes », les médecins prescripteurs doivent être conscients du risque associé à l'absence d'études rigoureuses à l'appui de l'utilisation de ces médicaments chez les enfants recevant des soins palliatifs. Comme les recommandations du présent guide proviennent de cliniciens ayant de l'expérience en soins palliatifs pédiatriques et ont été évaluées par des examinateurs externes, elles sont conformes à la pratique. Toutefois, si le clinicien n'est pas à l'aise avec une recommandation, il doit demander conseil à l'équipe régionale de soins palliatifs pédiatriques.

Vous pouvez télécharger une copie du présent document et l'enregistrer en format PDF. Le *Guide de prise en charge des symptômes chez les enfants en fin de vie* étant régulièrement mis à jour, nous vous recommandons de consulter périodiquement la version en ligne publiée à l'adresse <https://www.pogo.ca/healthcare/pediatric-palliative-care/> afin de vous assurer de disposer du contenu le plus récent.

En cas de divergence entre le contenu d'une copie et la version en ligne du présent guide, le contenu de la version en ligne fera foi.

Il est interdit d'utiliser le présent document à des fins commerciales.

Table des matières

Table des matières

Avertissement	2
Introduction.....	4
Population cible.....	5
1. DOULEUR	6
DOULEUR SOMATIQUE (intermittente).....	6
DOULEUR SOMATIQUE (persistante)	7
DOULEUR NEUROPATHIQUE.....	8
DOULEURS NEUROPATHIQUES INTENSES	10
ANTALGIQUES ADJUVANTS.....	10
2. SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES	11
IRRITABILITÉ NEUROLOGIQUE	11
CRISES ÉPILEPTIQUES	12
SOMMEIL	14
3. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES.....	15
ANXIÉTÉ	15
DÉPRESSION.....	16
DELIRIUM.....	17
4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES.....	18
SÉCRÉTIONS	18
DYSPNÉE (épisode).....	20
DYSPNÉE (persistante)	21
5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX.....	22
REFLUX GASTRIQUE ET RÉGURGITATION	22
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	23
MÉDICAMENTS À LARGE SPECTRE.....	23

[Table des matières](#)

CONSTIPATION	24
OCCLUSION INTESTINALE	25
DIARRHÉE.....	26
6. SYMPTÔMES DIVERS	27
PRURIT	27
RÉTENTION D'URINE	28
SAIGNEMENTS	28
7. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	29
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	29
Références	32
Annexe A : Abréviations.....	33
Annexe B : Méthodes, membres du groupe de travail, examinateurs externes et membres du comité directeur	34
Méthodes.....	34
Membres du groupe de travail sur la prise en charge des symptômes en fin de vie	35
Remerciements.....	36
Membres du Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques	36
Autres remerciements	37

Introduction

La prise en charge des symptômes chez les enfants en fin de vie recevant des soins palliatifs nécessite une équipe de soins avisée, qui tient compte de l'état de l'enfant¹ et des objectifs de soins de l'enfant et de sa famille.

¹ Dans le présent document, le terme « enfant » désigne une patiente ou un patient pédiatrique, quel que soit son âge, et comprend les nourrissons, les enfants et les adolescents.

Afin de permettre l'examen et la tenue à jour du *Guide sur les soins pédiatriques en fin de vie à l'intention des professionnels de la santé* et du *Guide de prise en charge des symptômes chez les enfants en fin de vie*, documents d'orientation fondés sur l'opinion d'experts et publiés en 2016, le Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques a constitué un [groupe de travail](#) multidisciplinaire composé d'experts en soins palliatifs pédiatriques (précisions et méthodes à l'Annexe B). Ce groupe a examiné les deux documents pour s'assurer qu'ils reflètent fidèlement les pratiques exemplaires actuelles en soins palliatifs pédiatriques et pour y ajouter des indications sur les personnes à consulter pour obtenir des conseils sur les soins aux enfants en fin de vie.

Les renseignements fournis dans le présent document se fondent sur les normes d'exercice et l'expérience d'experts en soins palliatifs pédiatriques de l'Ontario. Ils présentent une approche de base utile aux personnes qui prodiguent des soins palliatifs à des enfants en fin de vie. Les stratégies de prise en charge et les médicaments énumérés dans le tableau sont classés par symptôme et peuvent être utilisés pour des indications bien définies chez les enfants en fin de vie. Dans les cas où aucun intervalle posologique n'est recommandé, la décision d'administrer un médicament régulièrement ou au besoin est laissée à la discrétion de l'équipe soignante. Enfin, les décisions de traitement doivent être conformes aux objectifs de soins.

Population cible

La population cible est constituée d'enfants de 0 à 18 ans qui reçoivent des soins palliatifs. Les utilisateurs cibles sont les professionnels de la santé, notamment les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières et les pharmaciens, qui s'occupent d'enfants recevant des soins palliatifs.

Il est fortement recommandé de consulter un professionnel de la santé spécialisé en soins palliatifs pédiatriques qui travaille dans un centre universitaire de santé pédiatrique afin de déterminer quelles sont, chez un patient donné, les stratégies les plus pertinentes et les plus utiles.

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
DOULEUR SOMATIQUE (intermittente)	
Une évaluation complète de la douleur est indispensable à un soulagement efficace. Déterminer s'il existe une composante neuropathique ou une douleur chronique centralisée. Tenir compte de la « douleur totale », et des facteurs psychologiques, émotionnels, sociaux et spirituels qui y contribuent. Envisager d'agir sur la cause sous-jacente, comme la radiothérapie pour les tumeurs osseuses. Envisager des traitements intégratifs, comme le massage, l'acupression, l'acupuncture, la neurostimulation transcutanée (TENS), la musicothérapie, l'aromathérapie, la méditation, la visualisation, la rétroaction biologique, l'hypnose. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) N'administrer qu'un seul AINS (ibuprofène, naproxène, kétorolac, célécoxib) à la fois. Les AINS peuvent augmenter le risque de saignement ou de gastrite. Si des AINS sont utilisés fréquemment, envisager la prescription d'un médicament antiacide. Opioides Il a été démontré qu'une utilisation appropriée d'opioïdes ne hâte pas la mort, mais améliore la qualité de vie et peut même prolonger la vie. Il n'existe pas de dose limite bien définie pour les opioïdes. Toutefois, si l'augmentation de la dose ne réduit pas substantiellement ou durablement la douleur, envisager d'autres diagnostics pouvant nécessiter des stratégies thérapeutiques différentes, notamment la douleur neuropathique intense, la douleur chronique ou l'hypersensibilité centralisée, l'anxiété, la détresse psychosociale, le delirium, l'irritabilité neurologique, la neurotoxicité ou l'hyperalgésie induite par les opioïdes. À doses élevées, les opioïdes peuvent entraîner de la neurotoxicité et de l'hyperalgésie par accumulation de métabolites.	PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES ÉPISODIQUES (symptômes intermittents)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Acétaminophène (PO/GT) 15 mg/kg Q4H PRN (<i>dose maximale : 1 000 mg; dose quotidienne maximale : 75 mg/kg ou 4 000 mg</i>) Ibuprofène (PO/GT) < 6 mois : 5 mg/kg Q6H PRN > 6 mois : 10 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 400 mg</i>) Morphine (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) - PO/GT : 0,2-0,4 mg/kg Q2H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 5-10 mg</i>) - IV/SC, SL/bucc. : 0,05-0,1 mg/kg Q1H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 2-4 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Naproxène (PO/GT) 5-10 mg/kg Q12H PRN (<i>dose maximale : 500 mg</i>) Kétorolac (PO/GT, IV) - PO/GT : > 2 ans : 0,5 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 10 mg</i>) - IV : > 2 ans : 0,5 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 30 mg, dose quotidienne maximale : 60 mg</i>) - Remarque : La durée du traitement ne doit pas dépasser 5 jours. Utilisation possible chez les nourrissons nés à terme. Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de kétorolac chez les nourrissons. Hydromorphone (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) - PO/GT : 0,04-0,08 mg/kg Q2H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 1-2 mg</i>) - IV/SC, SL/bucc. : 0,01-0,02 mg/kg Q1H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,4-0,8 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.
	<u>TROISIÈME INTENTION</u>
	Envisager des traitements adjuvants. Célécoxib (PO/GT) 10 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 200 mg, dose quotidienne maximale : 400 mg</i>) - Remarque : AINS à privilégier en cas de risque hémorragique. Fentanyl (IV/SC, SL/bucc., IN) - IV/SC : 0,25-0,5 µg/kg Q30min PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 25 µg</i>) - SL/bucc., IN : 1,5 µg/kg Q30min PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 25 µg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
	Remarque : Opioïde à privilégier en cas d'insuffisance rénale, à utiliser avec une extrême prudence chez les patients n'ayant jamais pris d'opioïdes.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

DOULEUR SOMATIQUE (persistante)

La prise en charge de la douleur persistante doit inclure un traitement de fond et un traitement en cas d'accès douloureux, tous deux composés de traitements non médicamenteux, associés ou non à des traitements médicamenteux. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) N'administrer qu'un seul AINS (ibuprofène, naproxène, kétorolac, célécoxib) à la fois. Les AINS peuvent augmenter le risque de saignement ou de gastrite. Si des AINS sont utilisés fréquemment, envisager la prescription d'un médicament antiacide. Opioïdes Il a été démontré qu'une utilisation appropriée d'opioïdes ne hâte pas la mort, mais améliore la qualité de vie et peut même prolonger la vie. De nombreux patients commencent par prendre des opioïdes de manière intermittente. La dose continue d'opioïdes doit être établie à partir de la dose intermittente utilisée au moment du calcul. Si le patient ne prend pas d'opioïdes, mais qu'un traitement continu par des opioïdes est indiqué (par exemple après une intervention chirurgicale ou une blessure grave), on peut envisager de prescrire les doses indiquées dans le présent tableau.	TRAITEMENT DE FOND (symptômes persistants)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Acétaminophène (PO/GT) 15 mg/kg Q6H (dose maximale : 1 000 mg) Ibuprofène (PO/GT) < 6 mois : 5 mg/kg Q6H > 6 mois : 10 mg/kg Q6H (dose maximale : 400 mg) Morphine (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) (prudence en cas d'insuffisance rénale) - PO/GT : 0,2-0,4 mg/kg Q4H (dose initiale habituelle chez l'adulte : 5-10 mg) - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q2H PRN - IV/SC, SL/bucc. : 0,05-0,1 mg/kg Q4H (dose initiale habituelle chez l'adulte : 2-4 mg) - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Perfusion IV/SC continue : 10-20 µg/kg/h - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès douloureux et de la dose quotidienne totale.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Naproxène (PO/GT) 5-10 mg/kg Q12H (dose maximale : 500 mg) Kétorolac (PO/GT, IV) - PO/GT : > 2 ans : 0,5 mg/kg Q6H (dose maximale : 10 mg) - IV : > 2 ans : 0,5 mg/kg Q6H (dose maximale : 30 mg, dose quotidienne maximale : 60 mg)

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
Il n'existe pas de dose limite bien définie pour les opioïdes. Toutefois, si l'augmentation des doses ne réduit pas substantiellement ou durablement la douleur, envisager d'autres diagnostics pouvant nécessiter des stratégies thérapeutiques différentes, notamment la douleur neuropathique intense, la douleur chronique centralisée, l'anxiété, la détresse psychosociale, le delirium, l'irritabilité neurologique, la neurotoxicité ou l'hyperalgésie provoquée par les opioïdes. À doses élevées, les opioïdes peuvent entraîner de la neurotoxicité et de l'hyperalgésie par accumulation de métabolites. DOULEUR SOMATIQUE (suite)	- Remarque : La durée du traitement ne doit pas dépasser 5 jours. Utilisation possible chez les nourrissons nés à terme. Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de kétorolac chez le nourrisson. Hydromorphone (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) (prudence en cas d'insuffisance rénale) - PO/GT : 0,04-0,08 mg/kg Q4H (dose habituelle chez l'adulte : 1-2 mg) - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q2H PRN - IV/SC, SL/bucc. : 0,01-0,02 mg/kg Q4H (dose habituelle chez l'adulte : 0,4-0,8 mg) - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Perfusion IV/SC continue : 2-4 µg/kg/h - Accès douloureux : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès douloureux et de la dose quotidienne totale.
	TROISIÈME INTENTION (voir également la rubrique « Antalgiques adjuvants »)
	Célécoxib (PO/GT) 10 mg/kg Q12H (dose maximale : 200 mg) - Remarque : AINS à privilégier en cas de risque hémorragique. Fentanyl (IV/SC, transdermique) - La dose de fentanyl est fonction de la dose d'opioïdes administrée. Si le patient ne prend pas d'opioïdes et qu'une perfusion de fentanyl est indiquée (p. ex. en cas de douleur intense et persistante avec allergie ou d'insuffisance rénale), il est recommandé de consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de fentanyl chez l'enfant. Méthadone (PO/NG, SL/bucc.) - Pour les enfants chez qui une douleur progressive est prévue (p. ex. cancer ou douleur osseuse), envisager la mise en route précoce d'un traitement par la méthadone. - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de méthadone chez l'enfant.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

DOULEUR NEUROPATHIQUE

La douleur neuropathique peut être périphérique (p. ex. lésion du plexus brachial) ou centrale (p.ex. lésion de la moelle épinière, AVC)

TRAITEMENT DE FOND

PREMIÈRE INTENTION

Table des matières

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
thalamique). La prise en charge de la douleur neuropathique doit inclure un traitement de fond et un traitement en cas d'accès douloureux, tous deux composés de traitements non médicamenteux, associés ou non à des traitements médicamenteux. Envisager la prise en charge de la cause sous-jacente, comme la radiothérapie pour les tumeurs osseuses. Envisager des traitements intégratifs, comme le massage, l'acupression, l'acupuncture, la neurostimulation transcutanée (TENS), l'aromathérapie, la méditation, la visualisation, la rétroaction biologique, l'hypnose. Envisager des traitements topiques, notamment des crèmes contenant de la lidocaïne, des AINS, etc. Options pour le traitement des accès de douleur neuropathique : • Acétaminophène • AINS • Opioïdes • Méthadone (médecins prescripteurs expérimentés) • Clonidine • Cannabinoïdes (médecins prescripteurs expérimentés) • Kétamine (médecins prescripteurs expérimentés)	Gabapentine (PO/GT) • Mise en route : 2-4 mg/kg TID ou 5-10 mg/kg QHS (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 100 mg TID ou 300 mg QHS</i>), puis augmentation de 5-10 mg/kg/j tous les 2-4 jours jusqu'à l'atteinte de 20-30 mg/kg/j répartis également TID, ou 25 % de la dose quotidienne totale QAM, 25 % à midi et 50 % QHS (en particulier si les symptômes nocturnes et les troubles du sommeil sont fréquents). • Progression posologique : Augmenter de 5-10 mg/kg/j tous les 7 jours PRN (<i>dose quotidienne maximale : 75 mg/kg ou 3 600 mg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste</i>). ○ Remarque : Administrer la moitié de la dose quotidienne totale au coucher si les symptômes surviennent principalement le soir ou pendant la nuit. Prégabaline (PO/GT) • Mise en route : 1 mg/kg QHS pendant 3 jours (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 75 mg QHS</i>), puis 1 mg/kg BID • Progression posologique : Augmenter de 1 mg/kg/dose tous les 7 jours PRN (<i>dose quotidienne maximale : 12 mg/kg/j ou 600 mg/j</i>). DEUXIÈME INTENTION Clonidine (PO/GT) • Mise en route : 1-2 µg/kg QHS pendant 3-5 jours, puis la même dose BID (<i>dose maximale : 100 µg</i>) • Progression posologique : On peut augmenter la dose (jusqu'à 4 µg/kg) ou la fréquence d'administration (jusqu'à QID) tous les 2-4 jours au besoin, selon le moment d'apparition et l'intensité des symptômes (<i>dose quotidienne maximale : 16 µg/kg ou 400 µg/j; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste</i>). Amitriptyline (PO/GT) • 0,2 mg/kg (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 10 mg</i>) • Progression posologique : Augmentation possible de 0,2 mg/kg tous les 4-5 jours au besoin (<i>dose quotidienne maximale : 2 mg/kg ou 50 mg</i>). Opioïdes : Voir la rubrique « Douleur somatique (persistante) » TROISIÈME INTENTION Méthadone (PO/NG, SL/bucc.) • Pour les enfants chez qui une douleur neuropathique progressive est prévue (p. ex. cancer ou douleur osseuse), envisager la mise en route précoce d'un traitement par la méthadone. • Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de méthadone chez l'enfant. Cannabinoïdes (PO/NG, SL/bucc.) • Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de cannabinoïdes chez l'enfant.

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
	Voir la rubrique « Antalgiques adjuvants »

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

DOULEURS NEUROPATHIQUES INTENSES

Bon nombre des traitements ci-dessus n'atteignent leur pleine efficacité qu'après un certain temps. En présence de douleurs neuropathiques intenses, il est fortement recommandé de consulter des experts en soins palliatifs ou en traitement de la douleur.	En plus de mettre en place ou d'optimiser les mesures ci-dessus, envisager les traitements suivants : • Méthadone (PO/NG, SL/bucc.) ○ Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de méthadone chez l'enfant. • Kétamine (perfusion IV/SC) ○ Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de kétamine chez l'enfant. • Dexmédétomidine (perfusion IV/SC) ○ Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de dexmédétomidine chez l'enfant. • Lidocaïne (perfusion IV) ○ Consulter un professionnel de la santé habitué à prescrire de la lidocaïne IV à des enfants.
---	---

ANTALGIQUES ADJUVANTS

La prise en charge de la douleur aux stades avancés de la maladie exige la collaboration de plusieurs spécialistes dans de multiples disciplines.	DOULEUR LOCALISÉE • Envisager des anesthésiques locaux ou régionaux ○ Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans l'utilisation de blocs nerveux locaux ou régionaux chez l'enfant.
	DOULEUR OSSEUSE • Alendronate (PO/GT) ○ 1 mg/kg/semaine, arrondi à la dizaine de mg la plus proche (<i>maximum hebdomadaire : 70 mg</i>) • Pamidronate, acide zolédronique ○ Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de bisphosphonates chez l'enfant.
	DOULEURS CANCÉREUSES • Dexaméthasone (PO/GT, IV/SC) ○ 0,01 mg/kg BID-TID (<i>dose quotidienne maximale : 12 mg/j</i>) ○ <i>Remarque : Utiliser en bolus de 2 à 3 jours. Envisager un traitement antiacide concomitant. Des doses plus élevées peuvent être utilisées en cas d'urgence, sous réserve de la consultation d'un spécialiste.</i> • Prednisone (PO/GT)

1. DOULEUR

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales recommandées
	○ 0,5-1 mg/kg Q12H (<i>dose maximale : 40 mg</i>) • Radiothérapie ○ Consulter un radio-oncologue.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

2. SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
IRRITABILITÉ NEUROLOGIQUE	
Avant de traiter des enfants atteints de troubles neurologiques qui présentent une irritabilité d'origine indéterminée, il est recommandé de consulter le rapport clinique de l'American Academy of Pediatrics intitulé Pain Assessment and Treatment in Children With Significant Impairment of the Central Nervous System. L'approche suggérée consiste à déterminer les sources potentielles de douleur ou d'inconfort pouvant entraîner l'irritabilité. L'irritabilité neurologique est un phénomène particulier qui se définit comme un état de sensibilité accrue aux stimuli externes et internes, entraînant une surcharge sensorielle et se manifestant par une irritabilité, souvent accompagnée de comportements révélateurs de la douleur comme l'hypertonie, les troubles du sommeil ou les changements cognitifs ou d'humeur. L'irritabilité neurologique s'observe généralement dans le contexte d'altérations cérébrales biochimiques ou électriques (p. ex. méningite, lésion cérébrale post-anoxique ou traumatique/lésion axonale diffuse, hémorragie intracrânienne, encéphalopathie épileptique, maladie métabolique ou neurodégénérative en phase terminale).	TRAITEMENT DE FOND
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Gabapentine (PO/GT) ou prégabaline (PO/GT) • Voir la rubrique « Douleur neuropathique »
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Clonidine (PO/GT) • Voir la rubrique « Douleur neuropathique » Phénobarbital (PO/GT, IV/SC) • Voir la rubrique « Crises épileptiques »
	<u>TROISIÈME INTENTION</u>
	Méthadone (PO/NG, SL/bucc.) • Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de méthadone chez l'enfant. Cannabinoïdes (PO/NG, SL/bucc.) • Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de cannabinoïdes chez l'enfant. Halopéridol (PO/IV) • 0,01-0,02 mg/kg TID • Progression posologique : Augmenter la dose de 0,5 mg/j tous les 5-7 jours au besoin (<i>dose quotidienne maximale : 0,15 mg/kg ou 15 mg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste</i>).
	PRISE EN CHARGE DES ACCÈS DOULOUREUX
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>

2. SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
IRRITABILITÉ NEUROLOGIQUE (suite)	Clonidine (PO/GT) 2 µg/kg Q4H PRN (dose habituelle chez l'adulte : 100 µg) - Progression posologique : Porter la dose à 4 µg/kg si la réponse est insuffisante (dose maximale : 100 µg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste). Lorazépam (PO/GT, SL/bucc., IV/SC) - Voir la rubrique « Anxiété »
	DEUXIÈME INTENTION
	Midazolam (PO/GT, SL/bucc., IN, IV/SC) - PO/GT : 0,2-0,5 mg/kg Q2H PRN (dose initiale habituelle chez l'adulte : 5 mg) - SL/bucc., IN, IV/SC : 0,1-0,2 mg/kg Q1H PRN (dose initiale habituelle chez l'adulte : 2,5 mg) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante. Opiïdes - Voir la rubrique « Douleur somatique (persistante) » Phénobarbital (PO/GT, IV/SC) 5-10 mg/kg Q12H PRN (dose maximale : 200 mg)
	TROISIÈME INTENTION
	Halopéridol (PO/GT, SC) - Voir la rubrique « Delirium » Hydrate de chloral - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription d'hydrate de chloral chez l'enfant.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

CRISES ÉPILEPTIQUES

Les **crises épileptiques** en fin de vie peuvent être très pénibles. Le plus souvent, une prise en charge énergique est indiquée.

En présence de crises réfractaires, se reporter à la rubrique « [Sédation palliative continue](#) ».

PRISE EN CHARGE ÉPISODIQUE/DES ACCÈS :

1. Si la crise ne se résorbe pas spontanément (3-5 minutes), administrer la benzodiazépine de votre choix.
2. En l'absence de réponse après 5 minutes, répéter l'administration de benzodiazépine.
3. En l'absence de réponse, administrer du lévétiracétam, du phénobarbital ou de la phénytoïne (selon la disponibilité).

Lorazépam (SL/bucc., IV/SC)

- 0,1 mg/kg (dose maximale : 4 mg)

Midazolam (IN, SL/bucc., IV/SC, IM)

- IN : 0,2 mg/kg (dose maximale : 10 mg, 5 mg par narine)
- SL/bucc. : 0,5 mg/kg (dose maximale : 10 mg)

2. SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
	- IV/SC : 0,1-0,2 mg/kg/dose (dose maximale : 10 mg) - IM : 0,3 mg/kg (dose maximale : 10 mg) Diazépam (IV, PR) - IV : 0,3 mg/kg (dose maximale : < 5 ans : 5 mg, > 5 ans : 10 mg) - PR : 0,5 mg/kg (dose maximale : 20 mg) Lévétiracétam (IV) - Dose d'attaque : 60 mg/kg (dose maximale : 4,5 g) Phénobarbital (IV/SC) - Dose d'attaque : 20 mg/kg sur 10-20 minutes (dose maximale : 1 g) Phénytoïne (IV) - Dose d'attaque : 20 mg/kg sur 20-30 minutes (dose maximale : 1,5 g)
Pour la prise en charge de l'épilepsie chronique, nous recommandons la consultation de neurologues. Au cours des dernières semaines ou des derniers jours de vie, plusieurs médicaments peuvent être utilisés en prévention des crises. Épilepsie chronique (suite)	TRAITEMENT DE FOND Lévétiracétam (PO/GT, IV/SC) 2,5-5 mg/kg BID - Progression posologique : Augmenter la dose de 5-10 mg/kg/j tous les 7 jours PRN (dose quotidienne maximale : 60 mg/kg ou 3 000 mg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste). Phénobarbital (PO/GT, IV/SC) < 10 ans : 2-3 mg/kg BID ou 4-6 mg/kg QHS (dose maximale : 200 mg) > 10 ans : 1-2 mg/kg BID ou 2-4 mg/kg QHS (dose maximale : 200 mg) - Progression posologique : Augmenter la dose de 20-33 % de la dose quotidienne totale tous les 2 jours au besoin (dose quotidienne maximale : 200 mg). Phénytoïne (PO/GT, IV) 1 mois-6 ans : 3 mg/kg Q8H ou 4 mg/kg Q12H 7-15 ans : 2,3 mg/kg Q8H ou 3,5 mg/kg Q12H > 16 ans : 1,3-2 mg/kg Q8H ou 2-3 mg/kg Q12H Clobazam (PO/GT) 0,25 mg/kg QHS ou 0,125 mg/kg/dose BID (dose initiale maximale : 10 mg) - Progression posologique : Augmenter la dose de 25-33 % tous les 2-3 jours au besoin (dose quotidienne maximale : 1 mg/kg/j ou 80 mg). Acide valproïque (PO/GT/PR) 15 mg/kg une fois par jour, ou en deux doses quotidiennes - Progression posologique : Augmenter la dose de 5-10 mg/kg/j tous les 7 jours au besoin (dose quotidienne maximale : 60 mg/kg/j). Midazolam (IV/SC) - Voir la rubrique « Sédation palliative continue » pour les crises réfractaires survenant en toute fin de vie.

2. SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

Stratégies de prise en charge

Médicaments et doses initiales suggérées

SOMMEIL

Examiner l'anamnèse du sommeil (insomnie d'endormissement, réveil pendant la nuit, lever matinal, etc.). Évaluer l'état de l'enfant lorsqu'il est éveillé : est-il à l'aise ou en détresse?

Traiter les causes sous-jacentes courantes des troubles du sommeil : douleur, dystonie, delirium, reflux, anxiété, dépression, nausées, démangeaisons, crises d'épilepsie, etc.

Passer en revue les pratiques d'hygiène du sommeil (p. ex., lumière vive, air frais et activité pendant la journée, routine du soir et heure de coucher régulières, environnement sombre et calme pendant la nuit, heure limite pour l'utilisation d'écrans avant le coucher, routine matinale et heure de lever régulières).

Envisager des traitements non médicamenteux (couverture lestée, massages, méditation, etc.).

En l'absence d'une autre source évidente de stimuli (p. ex. la douleur), la mélatonine est le traitement médicamenteux de première intention pour les troubles du sommeil. Envisager d'autres agents en deuxième intention, et faire une sélection en fonction des caractéristiques cliniques des troubles du sommeil et des maladies concomitantes.

D'autres médicaments peuvent être indiqués chez un patient donné.

TRAITEMENT PAR LA MÉLATONINE

Mélatonine (PO/GT, SL)

- < 2 ans : 1 mg QHS
- 2-9 ans : 1-3 mg QHS
- > 10 ans : 3 mg QHS
- Progression posologique : Augmenter la dose de 1-3 mg tous les 7 jours au besoin (*dose maximale : 10 mg*).

HYPEREXCITABILITÉ (notamment causée par des médicaments, comme les stéroïdes, par le TDAH ou par un trouble du spectre de l'autisme)

Clonidine (PO/GT)

- 2 µg/kg QHS (*dose initiale maximale : 100 µg*)
- Progression posologique : Augmenter la dose de 2 µg/kg tous les 3-4 jours au besoin (*dose maximale : 4 µg/kg QHS ou 200 µg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste*).

Gabapentine (PO/GT)

- 5 mg/kg QHS
- Progression posologique : Augmenter la dose de 5 mg/kg tous les 3-5 jours au besoin (*dose maximale pour le sommeil : 15 mg/kg QHS*).

Hydrocortisone

- Si l'insomnie est provoquée par des corticostéroïdes, envisager l'administration d'une dose physiologique d'hydrocortisone.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

- Voir les rubriques « [Anxiété](#) » et « [Dépression](#) »

SÉDATION (uniquement si on ne trouve aucune cause sous-jacente et que le trouble du sommeil nuit fortement à la qualité de vie)

Zopiclone (PO/GT)

- 2,5-7,5 mg/dose QHS (*dose maximale : 7,5 mg*)

Trazodone (PO/GT)

- > 12 ans : 25-50 mg QHS
- Progression posologique : Augmenter la dose de 25 mg Q24H au besoin (*dose maximale : 150 mg*).

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

3. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Stratégies de prise en charge

Médicaments et doses initiales suggérées

ANXIÉTÉ

L'anxiété et la peur font partie de l'expérience humaine et sont normales chez de nombreux enfants atteints d'une maladie mortelle ou qui réduit l'espérance de vie. L'anxiété est le mécanisme d'avertissement de l'organisme; elle joue un rôle important dans la régulation du comportement en nous aidant à éviter les dangers et les blessures. Cependant, elle peut aussi se révéler néfaste. Premièrement, elle peut être disproportionnée par rapport au niveau de menace (p. ex. une phobie grave des aiguilles) : elle risque alors de provoquer une détresse extrême chez le patient et de nuire au traitement. Deuxièmement, elle peut être proportionnelle au niveau de menace, alors que cette menace ne peut pas ou ne doit pas être évitée (p. ex. anxiété liée à la mort ou à une amputation imminente).

Un traitement peut s'imposer lorsque le patient est en proie à des inquiétudes ou à une anxiété beaucoup plus intenses que d'habitude, qui nuisent considérablement à son fonctionnement quotidien ou à ses soins médicaux.

Une intervention précoce sous forme de traitement non médicamenteux et de soutien professionnel est bénéfique : counseling, thérapie cognitivo-comportementale, méditation, visualisation, hypnose ou yoga.

TRAITEMENT DE FOND

PREMIÈRE INTENTION

Sertraline (PO/GT) (si le pronostic > 1 mois)

- Voir la rubrique « [Dépression](#) »

Citalopram (si le pronostic > 1 mois)

- Voir la rubrique « [Dépression](#) »

Lorazépam (PO/GT, SL/bucc., IV/SC)

- 0,02-0,05 mg/kg QHS-QID (*dose initiale maximale : 2 mg*)
- Progression posologique : Augmenter la dose de 0,02-0,05 mg/kg par dose tous les 2-3 jours au besoin (*dose quotidienne maximale : 8 mg*).

Clonazépam (PO/GT)

- < 30 kg : 0,005-0,025 mg/kg BID ou 0,003-0,017 mg/kg TID
- Progression posologique : Augmenter la dose de 0,05 mg/kg/j tous les 3 jours au besoin (*dose quotidienne maximale : 0,2 mg/kg*)
- > 30 kg : 0,5 mg PO TID
- Progression posologique : Augmenter la dose de 0,5-1 mg/j tous les 3 jours au besoin (*dose quotidienne maximale : 12 mg; la prescription de doses plus élevées est possible, sous réserve de la consultation d'un spécialiste*).

DEUXIÈME INTENTION

Olanzapine (PO/GT, SL)

- Voir la rubrique « [Delirium](#) »

Quétiapine (PO/GT)

- Voir la rubrique « [Delirium](#) »

Mirtazapine (PO/GT, SL)

- Voir la rubrique « [Dépression](#) »

TROISIÈME INTENTION

Trazodone (PO/GT)

- > 12 ans : 12,4-25 mg QHS
- Progression posologique : Augmenter la dose (de 12,5-25 mg/dose) et/ou la fréquence (jusqu'à TID) selon les besoins et en fonction du moment d'apparition des symptômes (*dose maximale : 100 mg, dose quotidienne maximale : 200 mg*).

Kétamine (PO/GT, IN, IV/SC)

- Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de kétamine chez l'enfant pour le traitement de symptômes psychiatriques.

3. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
TRAITEMENT ÉPISODIQUE/DES ACCÈS (suite)	TRAITEMENT ÉPISODIQUE/DES ACCÈS (p. ex. crises de panique, anxiété préopératoire)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Lorazépam (PO/GT, SL/bucc., IV/SC) 0,02-0,05 mg/kg, répéter au besoin Q15min x 3.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Olanzapine (PO/GT, SL) 4-9 ans : 1,25-2,5 mg Q2H PRN, répéter au besoin Q1H x 3 > 10 ans : 2,5-5 mg Q2H PRN, répéter au besoin Q1H x 3
	<u>TROISIÈME INTENTION</u>
	Trazodone (PO/GT) > 12 ans : 12,5-25 mg, répéter au besoin Q1H x3
DÉPRESSION	
Il est normal qu'un enfant en soins palliatifs éprouve de la tristesse et du chagrin. La dépression survient lorsque la tristesse et le chagrin l'accablent et l'empêchent de ressentir de la joie. Les symptômes de dépression sont plus fréquents chez les enfants lorsque leur diagnostic et leur état de santé sont tenus secrets. On pose un diagnostic de dépression lorsqu'au moins cinq des symptômes ci-après sont présents pendant deux semaines consécutives : 1. Humeur dépressive* 2. Anhédonie* 3. Troubles du sommeil 4. Changement de poids 5. Manque d'énergie ou fatigue 6. Ralentissement psychomoteur 7. Sentiment d'inutilité, de désespoir ou de culpabilité 8. Manque de concentration ou indécision 9. Pensées suicidaires ou idées de mort récurrentes** * Au moins un de ces deux symptômes doit être présent. ** Les idées de mort récurrentes peuvent être tout à fait normales chez un patient qui fait face à sa propre mortalité. Voici des exemples d'interventions non médicamenteuses : communication ouverte, espace sûr et sans jugement pour exprimer	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Sertraline (PO/GT) (si le pronostic > 1 mois) 6-12 ans : 12,5-25 mg par jour > 13 ans : 25-50 mg par jour - Progression posologique : Augmenter la dose de 12,5-50 mg tous les 7 jours au besoin (<i>dose quotidienne maximale : 200 mg/j</i>). Citalopram (si le pronostic > 1 mois) - Mise en route : 7-11 ans : 2,5-10 mg par jour, puis augmenter la dose de 2,5-5 mg tous les 7-14 jours jusqu'à 10-20 mg/j > 12 ans : 10 mg par jour, puis augmenter la dose de 5-10 mg tous les 7-14 jours jusqu'à 20-40 mg/j Méthylphénidate (PO/GT) 2,5-5 mg (libération immédiate) QAM +/- 2,5-5 mg 4 heures plus tard. - Progression posologique : Augmenter la dose de 2,5-5 mg par dose Q24H au besoin (<i>maximum quotidien : 60 mg</i>). - Remarque : Une fois la dose efficace établie, on peut passer à une présentation à action prolongée.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Dextroamphétamine/sels mixtes d'amphétamine (PO/GT) 2,5 mg QAM, puis 2,5 mg 4 heures plus tard

3. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
ses peurs, ses inquiétudes, sa colère et ses réactions face à la perte, occasions de pratiquer des activités « normales » pour un enfant, discussions contribuant à un choix éclairé au sujet des options de traitement, soutien émotionnel et pragmatique pour le patient et sa famille, thérapie cognitivo-comportementale, pleine conscience, méditation, psychothérapie interpersonnelle, thérapie de groupe ou familiale, techniques de relaxation, tenue d'un journal, thérapie d'acceptation et d'engagement.	- Progression posologique : Augmenter la dose de 2,5-5 mg par dose Q24H au besoin (dose quotidienne maximale : 40 mg). Mirtazapine (PO/GT, SL) < 12 ans : 3,75 mg QHS > 12 ans : 7,5 mg QHS - Progression posologique : Augmenter la dose de 7,5-15 mg par semaine au besoin (<i>dose maximale : < 12 ans : 22,75 mg, > 12 ans : 45 mg</i>). - Remarque : À des doses élevées, la mirtazapine a des effets stimulants. Si elle est prescrite uniquement pour le sommeil, envisager la prescription d'une dose plus faible. TROISIÈME INTENTION Kétamine (PO/GT, IN, IV/SC) - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de kétamine chez l'enfant pour le traitement de symptômes psychiatriques.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

DELIRIUM	
Déterminer s'il existe une cause réversible (p. ex. hyponatrémie, hypercalcémie, corticostéroïdes, chimiothérapie, opioïdes, benzodiazépines, bien qu'en fin de vie, il n'est pas toujours possible de réduire la dose de ces médicaments). - Aider l'enfant à s'orienter. - Les interactions sociales réconfortantes avec des visiteurs familiers peuvent être utiles. - Réduire le bruit au minimum et éviter toute stimulation inutile. - Rester calme et rassurant au chevet du patient. - Rappeler gentiment à l'enfant l'endroit où il se trouve et le moment de la journée. - Apporter à l'enfant des objets familiers, comme sa couverture préférée, une peluche, des photos de famille ou de la musique apaisante. - Ne jamais débattre avec un enfant désorienté. - Distraire l'enfant au moyen d'idées ou d'images joyeuses. - Fournir des lunettes à l'enfant au besoin. - Assurer la sécurité de l'enfant lorsqu'il est agité.	PREMIÈRE INTENTION Halopéridol (PO/GT, SC) 2 mois-3 ans : 0,01-0,02 mg/kg Q6H-Q8H (<i>dose initiale maximale : 0,5 mg</i>) 3-12 ans : 0,025-0,05 mg/kg Q6H-Q8H (<i>dose initiale maximale : 1,5 mg</i>) > 12 ans : 0,5-1,5 mg Q6H-Q8H - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % par jour au besoin (<i>dose quotidienne maximale : 2 mois-3 ans : 0,15 mg/kg, 3-12 ans : 10 mg, > 12 ans : 30 mg</i>). Quétiapine (PO/GT) < 7 kg : 0,5 mg/kg/j 7-19 kg : 6,25-12,5 mg QHS à BID 20-39 kg : 18,75 mg QHS à BID 40-59 kg : 25 mg QHS à BID > 60 kg : 25-50 mg QHS à BID - Progression posologique : Augmenter la dose de 50 % par jour au besoin (<i>dose quotidienne maximale : > 7 kg : 6 mg/kg, 7-19 kg : 200 mg, 20-59 kg : 300 mg, > 60 kg : 600 mg</i>). Olanzapine (PO/GT, SL) < 30 kg : 1,25 mg QHS à BID 30-60 kg : 2,5 mg QHS à BID > 60 kg : 5 mg QHS à BID

3. SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
- Encourager l'enfant à rester éveillé pendant la journée et à sortir du lit si son état de santé le permet. - Encourager l'enfant à dormir plus longtemps la nuit. - Si l'enfant est perturbé ou s'il a des questions, lui donner des explications une fois les hallucinations terminées et sa confusion mentale dissipée. Si le patient est hospitalisé ou reçoit régulièrement des soins infirmiers à domicile, les professionnels de la santé peuvent se servir d'une méthode d'évaluation efficace, l'outil <i>Pediatric Confusion Assessment Method for the ICU</i> (pCAM-ICU) ou l'outil <i>Preschool Confusion Assessment Method for the ICU</i> (psCAM-ICU), et remplir l'évaluation à chaque quart de travail afin de surveiller les symptômes de delirium. DÉLIRE (suite)	Progression posologique : Augmenter la dose de 50-100 % tous les 7 jours au besoin (<i>dose quotidienne maximale</i> : < 30 kg : 5 mg, 30-60 kg : 10 mg, > 60 kg : 20 mg).
	DEUXIÈME INTENTION
	Risperidone (PO/GT) < 10 kg : 0,05-0,1 mg QHS à BID 10-20 kg : 0,125-0,25 mg QHS à BID 20-60 kg : 0,25-0,5 mg QHS à BID > 60 kg : 0,5-1 mg QHS à BID - Progression posologique : Augmenter la dose de 50 % par jour au besoin (<i>dose quotidienne maximale</i> : < 10 kg : 0,1 mg/kg, 10-20 kg : 2 mg, 20-60 kg : 3 mg, > 60 kg : 4 mg). Aripiprazole (PO/GT) (à envisager en présence d'autisme) < 2 ans : 0,5 mg par jour 2-6 ans : 1-2 mg par jour > 6 ans : 2-5 mg par jour - Progression posologique : Augmenter la dose de 50-100 % tous les 2 jours (au début), puis tous les 14 jours (<i>dose quotidienne maximale</i> : < 2 ans : 1 mg, 2-6 ans : 5 mg, > 6 ans : 15 mg).
	TROISIÈME INTENTION
	Dexmédétomidine (perfusion IV/SC) - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de dexmédétomidine chez l'enfant. Méthotriméprazine/lévomépromazine (PO/GT, IV/SC) - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de méthotriméprazine chez l'enfant.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
SÉCRÉTIONS	
Si l'enfant est incapable d'évacuer ses sécrétions, le repositionner sur le côté pour faciliter le drainage postural. Lui prodiguer fréquemment des soins buccodentaires.	PREMIÈRE INTENTION
	Atropine ophtalmique à 1 % (SL/bucc.) Remarque : Une dilution à 0,25 % ou 0,5 % est possible.

4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
Tenir compte des effets indésirables : sécrétions épaisses, difficiles à évacuer, bouche sèche et somnolence. L'aspiration peut provoquer une irritation et augmenter les sécrétions. On l'évitera dans la mesure du possible. Le traitement le plus efficace et causant le moins d'effets indésirables est la réduction de l'apport de liquides total (alimentation entérale ou intraveineuse). Ajuster la quantité pour assurer le confort du patient. L'emploi d'un anticholinergique peut être envisagé, mais ces agents réduisent la production de salive et sont peu efficaces lorsque les sécrétions sont d'origine pulmonaire.	1 à 4 gouttes Q2H à Q4H, PRN
	DEUXIÈME INTENTION
	Scopolamine (transdermique, IV/SC) - Transdermique : < 2 ans : ¼ timbre tous les 3 jours 2-5 ans : ½ timbre tous les 3 jours 6-11 ans : ½ à 1 timbre tous les 3 jours > 12 ans : 1 timbre tous les 3 jours - Progression posologique : Ajouter l'équivalent de la dose initiale tous les 3 jours jusqu'à l'obtention de l'effet souhaité. - Application : Retirer uniquement la partie de la pellicule protectrice nécessaire pour l'administration de la dose prescrite OU placer un pansement Tegaderm sur la peau de l'enfant, sous la partie du timbre qui ne doit pas être administrée. - Remarque : Lorsque le médicament est administré par voie transdermique, l'état d'équilibre est atteint après 24 heures. Ne pas utiliser en cas d'urgence. - IV/SC : < 50 kg : 6 µg/kg Q6H PRN > 50 kg : 0,3 mg Q6H PRN Glycopyrrolate (PO/GT, IV/SC) - PO : 40-100 µg/kg/dose TID-QID (dose maximale : 3 000 µg) - IV/SC : 4-10 µg/kg/dose Q3H-Q4H (dose maximale : 200 µg) Injection de Botox dans les glandes salivaires - Consulter un oto-rhino-laryngologiste (ORL) ou un radiologue interventionnel.
	TROISIÈME INTENTION
	Bromure d'ipratropium (INH) - Aérosol-doseur : < 6 ans : 1 inhalation (20 µg) Q4H PRN > 6 ans : 1-2 inhalations (20-40 µg) Q4H PRN - Nébuliseur : < 6 ans : 125-250 µg Q4H PRN > 6 ans : 250-500 µg Q4H PRN Ligature des canaux salivaires - Consulter un oto-rhino-laryngologiste (ORL)

SÉCRÉTIONS (suite)

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
DYSPNÉE (épisode)	
Distraire l'enfant et lui enseigner des techniques de respiration profonde. Un ventilateur dirigé vers le visage ou une fenêtre ouverte peuvent réduire la sensation d'essoufflement. Dans le traitement de la dyspnée, il n'est pas nécessaire d'utiliser de l'oxygène pour ramener la saturation du sang en oxygène (SpO₂) à 98-100 %. Cependant, si le patient pense que l'oxygène lui fait du bien (sur le plan psychologique ou en raison du soufflage d'air), on peut y avoir recours. On peut administrer les doses PRN avant l'effort afin de prévenir la dyspnée liée à l'effort. On soulage la dyspnée au moyen d'opioïdes. Par ailleurs, les benzodiazépines peuvent traiter la dyspnée elle-même, mais elles peuvent également atténuer l'anxiété, que cette dernière soit la cause ou la conséquence de la dyspnée.	PRISE EN CHARGE ÉPISODIQUE, ÉVOLUTION LENTE (symptômes légers ou modérés)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Morphine (PO/GT) 0,1-0,2 mg/kg Q2H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 2,5-5 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Hydromorphone (PO/GT) 0,02-0,04 mg/kg Q2H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,5-1 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante. Lorazépam (PO/GT, SL/bucc.) 0,03-0,05 mg/kg Q4H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,5-1 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante (<i>dose maximale : 2 mg</i>).
	PRISE EN CHARGE ÉPISODIQUE, ÉVOLUTION RAPIDE (symptômes modérés ou graves)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Morphine (IV/SC, SL/bucc.) 0,05-0,1 mg/kg Q1H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 1-2 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Hydromorphone (IV/SC, SL/bucc.) 0,01-0,02 mg/kg Q1H PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,2-0,4 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.
	<u>TROISIÈME INTENTION</u>
DYSPNÉE (épisode) (suite)	Fentanyl (IV/SC, SL/bucc., IN) 0,125-0,25 µg/kg Q30min PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 12,5 µg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante. Midazolam (IV/SC, SL/bucc., IN) - IV/SC : 0,05 mg/kg Q30min PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 2,5 mg</i>) - IN : 0,1 mg/kg Q30min PRN (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 2,5 mg</i>) - Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % si la réponse est insuffisante.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
DYSPNÉE (persistante)	
Distraire l'enfant et lui enseigner des techniques de respiration profonde. Un ventilateur dirigé vers le visage ou une fenêtre ouverte peuvent réduire la sensation d'essoufflement. Dans le traitement de la dyspnée, il n'est pas nécessaire d'utiliser de l'oxygène pour ramener la saturation du sang en oxygène (SpO₂) à 98-100 %. Cependant, si le patient pense que l'oxygène lui fait du bien (sur le plan psychologique ou en raison du soufflage d'air), on peut y avoir recours. On peut administrer les doses PRN avant l'effort afin de prévenir la dyspnée liée à l'effort. On soulage la dyspnée au moyen d'opioïdes. Par ailleurs, les benzodiazépines peuvent traiter la dyspnée elle-même, mais elles peuvent également atténuer l'anxiété, que cette dernière soit la cause ou la conséquence de la dyspnée. DYSPNÉE (persistante) (suite)	TRAITEMENT DE FOND (pour les symptômes persistants)
	<u>PREMIÈRE INTENTION</u>
	Morphine (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) - PO/GT : 0,1-0,2 mg/kg Q4H (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 2,5-5 mg</i>) - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q2H PRN - IV/SC, SL/bucc. : 0,05-0,1 mg/kg Q4H (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 1-2 mg</i>) - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Perfusion IV/SC continue : 5-10 µg/kg/h - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès dyspnéiques et de la dose quotidienne totale.
	<u>DEUXIÈME INTENTION</u>
	Hydromorphone (PO/GT, IV/SC, SL/bucc.) - PO/GT : 0,02-0,04/kg Q4H (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,5-1 mg</i>) - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q2H PRN - IV/SC, SL/bucc. : 0,01-0,02 mg/kg Q4H (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 0,2-0,4 mg</i>) - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Perfusion IV/SC continue : 1-2 µg/kg/h - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès dyspnéiques et de la dose quotidienne totale.
	<u>TROISIÈME INTENTION</u>
	Fentanyl (IV/SC, transdermique) - La dose de fentanyl est fonction de la dose d'opioïdes administrée. Si le patient ne prend pas d'opioïdes et qu'une perfusion de fentanyl est indiquée (p. ex. en cas de dyspnée grave et persistante avec allergie ou d'insuffisance rénale), il est recommandé de consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans l'administration continue de fentanyl chez l'enfant. Midazolam (perfusion IV/SC) 0,25 µg/kg/min (<i>dose initiale maximale : 1,5 mg/h</i>) - Accès dyspnéique : 10 % de la dose quotidienne totale Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès dyspnéiques et de la dose quotidienne totale.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux

4. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Stratégies de prise en charge

Médicaments et doses initiales suggérées

stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

Stratégies de prise en charge

Médicaments et doses initiales suggérées

REFLUX GASTRIQUE ET RÉGURGITATION

Le reflux gastrique et la régurgitation sont fréquents chez les enfants présentant une atteinte neurologique consécutive à une dysmotilité et constituent un facteur de risque d'aspiration de corps étranger et de maladie respiratoire progressive.

Réévaluer le régime alimentaire. Les petites portions plus fréquentes sont mieux tolérées. Les médicaments et la constipation peuvent contribuer à ralentir la motilité et entraîner le reflux ou la régurgitation.

Chez les enfants nourris par sonde, la suppression de l'acidité peut être confirmée par pH-métrie gastrique, de préférence quand le patient est à jeun, avant l'administration d'un antiacide. Le pH cible est > 4.

REFLUX GASTRIQUE/GASTRITE/ŒSOPHAGITE

Oméprazole (PO/GT)

- 1 mois-2 ans : 1-3 mg/kg une fois par jour, ou en deux doses quotidiennes
- > 2 ans : 0,7-2,5 mg/kg une fois par jour, ou en deux doses quotidiennes (*dose habituelle chez l'adulte : 40 mg/j*)
- Progression posologique : Augmenter la dose de 1 mg/kg/j (*dose quotidienne maximale : 3,5 mg/kg/j ou 80 mg/j*).

Lansoprazole (PO/GT, SL/bucc.)

- < 10 kg : 7,5 mg une fois par jour
- 10-29 kg : 15 mg une fois par jour
- > 30 kg : 30 mg une fois par jour
- Progression posologique : Augmenter la dose de 7,5 mg/j (*dose quotidienne maximale : 1,6 mg/kg ou 30 mg/j*)

Pantoprazole (IV)

- 1-1,5 mg/kg une fois par jour, ou en deux doses quotidiennes (*dose habituelle chez l'adulte : 40 mg/j*)
- Progression posologique : Augmenter la dose de 0,5 mg/kg/j (*dose quotidienne maximale : 80 mg*)

Famotidine (PO/GT, IV/SC)

- IV/SC :
 - < 3 mois : 0,25 mg/kg/dose IV Q24H
 - > 3 mois : 0,25-0,5 mg/kg/dose IV Q12H (*dose quotidienne maximale : 40 mg*)
- PO/GT :
 - < 3 mois : 0,5-1 mg/kg/dose Q24H
 - > 3 mois : 0,5-1 mg/kg/dose Q12H (*dose habituelle chez l'adulte : 40 mg Q12H*)

RÉGURGITATION

Dompéridone (PO/GT)

- 1,2-2,4 mg/kg/j en trois ou quatre doses quotidiennes (*dose quotidienne maximale : 30 mg/j*)

Cisapride (PO/GT)

5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
	• Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de cisapride chez l'enfant. Envisager l'administration par voie post-pylorique

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

L'étiologie doit guider les modalités de prise en charge et le traitement médicamenteux. Réduire le bruit et les odeurs à la maison, veiller à une bonne hygiène buccale et surveiller la constipation. La visualisation, la distraction et la relaxation sont également efficaces. Une perte de poids rapide peut entraîner un syndrome de l'artère mésentérique supérieure et une occlusion partielle. Il convient de déterminer si l'alimentation apporte toujours des bienfaits nets à l'enfant. L'intolérance à l'alimentation est-elle un symptôme du processus de fin de vie?	MÉDICAMENTS À LARGE SPECTRE
	Ondansétron (PO/GT, SL/bucc., IV/SC) • 0,1-0,15 mg/kg/dose Q8H PRN (<i>dose habituelle chez l'adulte : 4-8 mg; dose quotidienne maximale : 24 mg</i>) Dimenhhydrinate (PO/GT, IV) • 1-1,25 mg/kg/dose Q6H PRN (<i>dose habituelle chez l'adulte : 25-50 mg</i>) Halopéridol (PO/GT, SC) • 0,01-0,02 mg/kg Q8H (<i>dose initiale maximale : 1 mg</i>) Olanzapine (PO/NG, SL/bucc.) • 10-19 kg : 1,25 mg DIE à BID • 20-29 kg : 2,5 mg DIE à BID • 30-39 kg : 3,75 mg DIE à BID • > 40 kg : 5 mg DIE à BID Nabilone (PO/GT) • < 6 ans : consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de cannabinoïdes chez l'enfant. • > 6 ans : 0,5-2 mg BID • Progression posologique : Augmenter la dose (de 0,25-0,5 mg/dose) et/ou la fréquence (jusqu'à QID) tous les 2-3 jours au besoin.
	CHIMIOTHÉRAPIE
	• Consulter les lignes directrices du POGO
	TROUBLES VESTIBULAIRES
	Diménhydrinate (PO/GT, IV) • Voir la rubrique « Nausées et vomissements, Médicaments à large spectre » Scopolamine (transdermique, IC/SC) • Voir la rubrique « Sécrétions »
	HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE
	Dexaméthasone (PO/GT, IV) • Dose initiale : 0,2-0,4 mg/kg (<i>dose maximale : 10 mg</i>)

5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS (suite)	- Dose d'entretien : 0,075 mg/kg Q6H (dose maximale : 4 mg) - Si le patient a encore besoin de ce médicament après 48 heures, consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de dexaméthasone pour traiter l'hypertension intracrânienne chez l'enfant. Acétazolamide (PO/GT, IV) - Dose initiale : 5-10 mg/kg Q12H (dose initiale habituelle chez l'adulte : 500 mg BID) - Progression posologique : Tous les 2-4 jours, augmenter la dose en ajoutant l'équivalent de 25 à 50 % de la dose quotidienne totale, en deux à quatre doses quotidiennes, selon les besoins (dose quotidienne maximale : 4 000 mg).
	ANXIÉTÉ
	Voir la rubrique « Anxiété »
	REFLUX GASTRIQUE
	Voir la rubrique « Reflux gastrique »
	DYSMOTILITÉ/GASTROPARÉSIE/ILÉUS
	- Voir la rubrique « Régurgitation » Remarque : Bien que le métoclopramide soit couramment utilisé dans de nombreux contextes, la dompéridone est utilisée en pédiatrie en raison de son profil d'effets indésirables sur le SNC plus avantageux.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
CONSTIPATION	
Si l'enfant prend des opioïdes, la prise en charge doit se faire de manière proactive.	LAXATIFS OSMOTIQUES (émollients)
De nombreux enfants ne diront pas qu'ils sont constipés : il faut donc leur poser des questions précises sur leurs habitudes intestinales.	Polyéthylène glycol 3350 (PO/GT)
<i>Remarque : L'utilisation prolongée de laxatifs stimulants peut entraîner une dépendance. Cependant, chez les enfants atteints de dysmotilité (souvent liée à une détérioration neurologique) qui présentent une constipation récurrente malgré l'obtention de selles molles (ou même liquides) au moyen de laxatifs osmotiques, on peut</i>	0,5-1 g/kg une fois par jour, ou en deux doses quotidiennes (dose quotidienne maximale : 34 g) - Remarque : Ajuster la dose jusqu'à l'obtention de l'effet optimal (selles molles et moulées toutes les 24-48 heures). Si l'enfant pèse plus de 34 kg et qu'il ne répond pas au traitement, on peut augmenter la dose à 100 g pour forcer l'élimination.
	Lactulose (PO/GT)
	5-10 mL une fois par jour (maximum : 30 mL/j)
	Magnésium (PO/GT)
	Existe sous différentes présentations. Au besoin, consulter un professionnel de la santé expérimenté pour en savoir plus.
	LAXATIFS STIMULANTS

5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
devoir administrer régulièrement des laxatifs stimulants pour compenser la dysmotilité intestinale. CONSTIPATION (suite)	Séné (PO/GT) 2-5 ans : 5,1-8,6 mg (3-5 mL) QHS PRN 6-11 ans : 8,6-17,2 mg (5-10 mL) QHS PRN > 12 ans : 8,6-34,4 mg QHS PRN - Progression posologique : Augmenter à BID au besoin - Remarque : Ce médicament peut être utilisé de manière systématique en cas de dysmotilité avec échec récurrent d'un traitement osmotique en monothérapie. Bisacodyl (PO/GT) 16-30 kg : 5 mg 30-50 kg : 10 mg > 50 kg : 10-15 mg - Remarque : Les comprimés doivent être avalés entiers, et non écrasés ou mâchés. Au besoin, consulter un gastro-entérologue (prucalopride, cisapride).
	TRAITEMENTS LOCAUX (RECTAUX) Suppositoires à la glycérine (PR) Lavement Fleet (PR) Bisacodyl (PR) : 2-5 ans : 5 mg Q12H PRN > 6 ans : 10 mg Q12H PRN
	CONSTIPATION CAUSÉE PAR LES OPIOÏDES Méthylalantrexone (SC) 150 µg/kg tous les deux jours PRN (dose maximale : 18 mg) Naloxéol (PO/GT) 0,5 mg/kg/dose par voie entérale tous les deux jours PRN (dose maximale : 25 mg)
OCCLUSION INTESTINALE	
Les signes d'occlusion intestinale comprennent les ballonnements, les douleurs abdominales, les vomissements bilieux, les aspirats bilieux dans la sonde gastrique ou la présence d'aliments administrés par voie post-pylorique dans l'estomac (via la sonde gastrique) ou dans la bouche (régurgitations ou vomissements).	OCCLUSION - Interrompre toute forme d'alimentation. - Interrompre tout traitement par des agents stimulant la motilité gastrique ou par des laxatifs stimulants. - Passer en revue tous les médicaments administrés par voie entérale, et interrompre les traitements qui peuvent être interrompus. On peut continuer d'administrer les médicaments essentiels absorbés dans les régions proximales du tractus gastro-intestinal. Au besoin, consulter un pharmacien, un chirurgien ou un spécialiste en soins palliatifs pédiatriques. - Assurer la suppression de l'acidité (voir la rubrique « Reflux gastrique »).
	Pour soulager les symptômes Octréotide (IV/SC) 1-2 µg/kg, puis perfusion à 1-2 µg/kg/h

5. SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
	- Progression posologique : Augmenter la dose de 1 µg/kg/h (dose maximale : 4 µg/kg/h) Scopolamine (transdermique, IV/SC) - Voir la rubrique « Sécrétions » Butylbromure de hyoscine (IV) 1 mois-5 ans : 0,3 mg/kg/dose Q6H PRN 6-11 ans : 5-10 mg IV Q6H PRN > 12 ans : 10-20 mg IV Q6H PRN Dexaméthasone (IV) 1-2 mg/kg x 1, puis 1-1,5 mg/kg/j en doses fractionnées Q6H-Q12H (dose quotidienne maximale : 16 mg)

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

DIARRHÉE	
Causes possibles : infection, malabsorption, alimentation, médicaments et traitement.	Si on envisage un traitement médicamenteux, la prudence s'impose. Consulter au besoin un gastro-entérologue ou un spécialiste des maladies infectieuses.
Réduire la dose de laxatifs, puis l'augmenter graduellement au besoin.	PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES ÉPISODIQUES (en fin de vie)
Maintenir l'hydratation.	Lopéramide (PO/GT) 2-5 ans : 1 mg PRN en cas de selles molles (dose quotidienne maximale : 3 mg) 6-8 ans : 2 mg dès les premières selles molles, puis 1 mg PRN (dose quotidienne maximale : 4 mg) 9-11 ans : 2 mg dès les premières selles molles, puis 1 mg PRN (dose quotidienne maximale : 6 mg) > 12 ans : 4 mg dès les premières selles molles, puis 2 mg PRN (dose quotidienne maximale : 8 mg)

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

6. SYMPTÔMES DIVERS

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
PRURIT	
Il pourrait s'agir d'une allergie : passer en revue la liste des médicaments du patient. Le prurit peut être un effet indésirable des opioïdes, ces derniers pouvant provoquer une libération d'histamine. Il disparaît généralement quelques jours après le début du traitement ou l'augmentation de la dose. Certains opioïdes provoquent moins de prurit que d'autres. La rotation des opioïdes (hydromorphone, fentanyl) peut permettre de soulager les démangeaisons.	SYMPTÔMES LIÉS À L'HISTAMINE
	Cétirizine (PO/GT) • 6 mois-1 an : 2,5 mg une fois par jour • 2-5 ans : 2,5-5 mg une fois par jour • > 6 ans : 5-10 mg une fois par jour (<i>dose quotidienne maximale : 20 mg/j</i>) Diphenhydramine (PO/GT, IV) • 1-1,25 mg/kg Q6H PRN (<i>dose habituelle chez l'adulte : 25-50 mg Q6H PRN</i>) Hydroxyzine (PO/GT) • 0,5 mg/kg Q6H PRN (<i>dose habituelle chez l'adulte : 25 mg Q6H PRN</i>) Envisager l'administration de corticostéroïdes topiques ou généraux
	SYMPTÔMES PROVOQUÉS PAR LES OPIOÏDES
	Naloxone (perfusion IV) • Dose initiale : > 3 ans : 2 µg/kg/h • Progression posologique : Augmenter la dose de 0,5 µg/kg/h en prévoyant quelques heures d'intervalle entre chaque hausse.
	SYMPTÔMES NON LIÉS L'HISTAMINE (p. ex. symptômes neurogènes, insuffisance rénale)
	Gabapentine (PO/GT), prégabaline (PO/GT) ou amitriptyline (PO/GT) • Voir la rubrique « Douleur neuropathique » Ondansétron (PO/GT, IV/SC, SL) ou aprépitant (PO/GT) • Voir la rubrique « Nausées et vomissements » Mirtazapine (PO/GT) • Voir la rubrique « Anxiété »
	INSUFFISANCE HÉPATIQUE (en plus des symptômes précédents)
	Cholestyramine • < 10 ans : 240 mg/kg/j, en 2 ou 3 doses. Administrer 1 à 2 doses le matin et une autre dose au dîner PRN (<i>dose quotidienne maximale : 4 g</i>) • > 10 ans : Dose initiale : 4 g/j, en 2 ou 3 doses. Administrer 1 à 2 doses le matin et une autre dose au dîner PRN (<i>dose quotidienne maximale : 16 g</i>) ○ On peut envisager l'administration de doses plus élevées, sous réserve de la consultation d'un spécialiste. Rifampicine (PO/GT) • 5 mg/kg BID • Progression posologique : Augmenter la dose de 33-50 % toutes les 2-4 semaines (<i>dose quotidienne maximale : 20 mg/kg ou 600 mg</i>)
PRURIT (suite)	

6. SYMPTÔMES DIVERS

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
RÉTENTION D'URINE	
Rechercher les causes réversibles. En cas de rétention provoquée par les opioïdes, il est souvent efficace de donner un bain chaud à l'enfant et de l'encourager à uriner dans l'eau. Envisager une rotation des opioïdes. La pose d'un cathéter peut s'imposer pour le soulagement du patient. Comme certains des médicaments prescrits en fin de vie risquent d'entraîner une rétention d'urine, on doit veiller à ce que le matériel de cathétérisme soit accessible au cas où l'enfant serait incapable d'uriner en raison d'un problème non réversible.	RÉTENTION NON OBSTRUCTIVE
	Béthanéchol (PO/GT) 0,05 mg/kg (<i>dose initiale habituelle chez l'adulte : 5-10 mg</i>). Répéter Q1H jusqu'à l'obtention de l'effet souhaité (<i>dose totale maximale : 50 mg</i>) - Entretien : Administrer la dose efficace (<i>dose maximale : 50 mg</i>) TID-QID (<i>dose quotidienne maximale : 200 mg</i>)
	Nalbuphine (IV/IM/SC) 0,05-0,1 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 20 mg</i>)
	RÉTENTION OBSTRUCTIVE Cathétérisme, consultation d'un urologue au besoin

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

SAIGNEMENTS	
Garder des serviettes foncées à portée de main. Si le saignement ne répond pas aux médicaments ou à une transfusion, ou s'il est excessif, envisager une sédation palliative continue afin de réduire l'anxiété de l'enfant.	TOUS LES SIÈGES
	Acide tranexamique (PO/GT) - PO/GT : 10-25 mg/kg Q8H PRN (<i>dose maximale : 1,5 g</i>) - IV : 10 mg/kg Q6H PRN (<i>dose maximale : 1 g</i>) - Remarque : Ce médicament peut être utilisé comme traitement prophylactique en cas de risque élevé de saignement.
	SAIGNEMENT DES MUQUEUSES/HÉMORRAGIE EXTERNE
	Acide tranexamique (topique ou sous forme de bain de bouche) - Enduire une compresse de gaze de solution injectable à 100 mg/mL et l'appliquer directement sur la zone du saignement, PRN. - Dissoudre un comprimé de 500 mg dans 5-10 mL d'eau, demander au patient de se rincer la bouche pendant 2 minutes puis de recracher le liquide, répéter PRN.
	Épinéphrine (topique) Enduire une compresse de gaze de solution injectable à 1 mg/mL (1 : 1 000) et l'appliquer directement sur la zone du saignement.
	Colle de fibrine (topique) Appliquer sur la zone du saignement.
HÉMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE	
En fin de vie, faire preuve de circonspection dans la prise en charge des saignements gastro-intestinaux inférieurs. Pantoprazole (IV)	

6. SYMPTÔMES DIVERS

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
	• 5-15 kg : 2 mg/kg x 1, puis perfusion à 0,2 mg/kg/h • 16-40 kg : 1,8 mg/kg x 1, puis perfusion à 0,18 mg/kg/h • > 40 kg : 80 mg x 1, puis perfusion à 8 mg/h Octréotide (IV) Autres suggestions (à l'hôpital ou en clinique seulement) Correction des anomalies biologiques par transfusion : Plaquettes : • 10 mL/kg IV en cas de saignement, si la numération plaquettaire est < 50 Vitamine K : • 2-5 mg/dose PO/IV Plasma frais congelé : • 10 mL/kg IV Cryoprécipité : • Il est recommandé de consulter un hématologue.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

7. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	
Recourir à la sédation palliative continue pour la prise en charge des symptômes réfractaires en toute fin de vie, conformément aux politiques et aux lignes directrices applicables. La survie attendue doit être inférieure à deux semaines et les symptômes doivent être jugés réfractaires à la prise en charge habituelle, après consultation d'un médecin spécialisé en médecine palliative. Administrée conformément à des lignes directrices bien définies, la sédation palliative ne hâte pas la mort. Son objectif est de traiter les symptômes réfractaires afin d'assurer le confort du patient jusqu'à ce que la mort survienne naturellement, en raison de la progression de la maladie sous-jacente.	<u>PREMIÈRE INTENTION</u> Midazolam (IV/SC) (utilisation générale, crises épileptiques, irritabilité neurologique) • Mise en route : ▪ < 25 kg : 0,1 mg/kg ▪ 25-50 kg : 2,5-5 mg ▪ > 50 kg : 5 mg ▪ Répéter toutes les 5 minutes jusqu'à la sédation • Débit de perfusion IV/SC continue : 0,5-2 µg/kg/min (ou 0,03-0,12 mg/kg/h) ○ <i>Remarque : Si le patient a besoin d'une plus forte dose d'attaque, envisager un débit de perfusion horaire équivalant à 25-33 % de la dose cumulative.</i> • Dose en cas d'accès : Administrer l'équivalent de la dose horaire en bolus toutes les 10 minutes PRN (p. ex. perfusion à 2 mg/h, plus 2 mg PRN) • Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès et de la dose quotidienne totale. Méthotriméprazine/lévomépromazine (IV/SC) (delirium, nausées et vomissements, tolérance aux

[Table des matières](#)

7. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Stratégies de prise en charge	Médicaments et doses initiales suggérées
Il est recommandé de choisir l'agent sédatif qui cible le symptôme sous-jacent le plus problématique ou réfractaire. La dose du sédatif doit être ajustée de façon à procurer le confort recherché : une sédation profonde n'est pas toujours nécessaire. La sédation palliative peut être associée à l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles, mais elle n'est pas toujours nécessaire dans ce contexte. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (suite)	benzodiazépines) - Mise en route : < 25 kg : 0,1-0,3 mg/kg Q8H 25-50 kg : 6,25-12,5 mg Q8H > 50 kg : 12,5-25 mg Q8H - Répéter Q1H jusqu'à sédation - Dose en cas d'accès : Dose indiquée ci-dessus Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès et de la dose quotidienne totale. Kétamine (IV/SC) (douleur) - Mise en route : 0,5 mg/kg IV pendant 5-10 minutes, répéter Q10min jusqu'à la sédation - Perfusion IV/SC continue : 5-10 µg/kg/min - Dose en cas d'accès douloureux : Administrer l'équivalent d'une dose horaire en bolus Q15min PRN (p. ex. perfusion à 2 mg/h, plus 2 mg PRN) - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès de douleur et de la dose quotidienne totale.
	DEUXIÈME INTENTION Envisager l'utilisation d'un autre médicament de première intention. Phénobarbital (IV/SC) (crises épileptiques, irritabilité neurologique) - Mise en route : 20 mg/kg pendant 10 à 20 minutes - Perfusion IV continue : 1 mg/kg/h - Dose en cas d'accès : 1 mg/kg Q1H PRN - Progression posologique : Augmenter la dose en tenant compte des doses administrées pour les accès et de la dose quotidienne totale. Dexmédétomidine (IV/SC) (douleur, delirium, irritabilité neurologique, hyperactivité sympathique paroxystique) - Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans la prescription de dexmédétomidine chez l'enfant.
	TROISIÈME INTENTION Propofol (IV) Consulter un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans l'administration de propofol chez l'enfant.

* Les stratégies posologiques ont été établies principalement à partir de la liste des médicaments pédiatriques et néonataux de l'Hôpital pour enfants malades (SickKids), sur Lexicomp. Les modifications proposées aux stratégies posologiques sont fondées sur l'avis d'experts et sur un consensus applicable en contexte de fin de vie. Si la prise en charge d'un patient pose des difficultés, ou si vous avez des doutes concernant les recommandations formulées dans le présent document, nous vous suggérons fortement de consulter le médecin traitant ou l'équipe des soins palliatifs pédiatriques.

Références

Fraser Health Authority. (2019). Hospice Palliative Care Program. Symptom Guidelines.

<https://www.fraserhealth.ca/employees/clinical-resources/hospice-palliative-care#.YtGVGaDMLIU>

Hain, R., Goldman, A., Rapoport, A. et Meiring, M. (dir.). (2021). *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford University Press.

Hauer, J., Houtrow, A. J., Feudtner, C., Klein, S., Klick, J., Linebarger, J. et coll. (2017). Pain Assessment and Treatment in Children With Significant Impairment of the Central Nervous System. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1002>

Hepburn, C. M., Gilpin, A., Autmizguine, J., Denburg, A., Dupuis, L. L., Finkelstein, Y., Gruenwoldt, E., Ito, S., Jong, G., Lacaze-Masmonteil, T., Levy, D., MacLeod, S., Miller, S.P., Offringa, M., Pinsk, M., Power, B., Rieder, M. et Litalien, C. (2019).

[L'amélioration des médicaments à usage pédiatrique : une prescription pour les enfants et les adolescents canadiens | Société canadienne de pédiatrie](#), 24(5), 333-335.

Jassal, S. S. (dir.). (2013). *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care: The Rainbows Children's Hospice Guidelines*. Together For Short Lives. <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/>

Lau, E. (dir.). (2023). The Hospital for Sick Children Electronic Formulary. Wolters Kluwer Clinical Drug Information, Inc.

Mallory Byrne, P. N. P., Davidoff, K., Hauer, J., Jones, E., Murphy, T., Rabinowitz, E. et coll. (2020). Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management Guidelines. *Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team*. <https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBookv2.pdf>

Pediatric Oncology Group of Ontario et Provincial Council for Maternal and Child Health. (2014). Symptom Management Guide for Children Near/At End-of-Life, version 1 [https://www.pogo.ca/wp-content/uploads/2025/03/Symptom-Management-Guide-for-Children-NearAt-End-of-Life_2016-FINAL_ARCHIVED.pdf]

Smith, H. A., Boyd, J., Fuchs, D. C., Melvin, K., Berry, P., Shintani, A. et coll. (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 39(1), 150-157. <https://doi.org/10.1097%2FCCM.0b013e3181feb489>

Annexe A : Abréviations

Abréviation	Définition
BID	Deux fois par jour
DIE	Une fois par jour
IM	Par voie intramusculaire
IN	Par voie intranasale
INJ	Par injection
IV	Par voie intraveineuse
IV/SC	Par voie intraveineuse ou sous-cutanée
µg	Microgrammes
µg/kg	Microgrammes par kilogramme
µg/kg/h	Microgrammes par kilogramme par heure
mg	Milligrammes
mg/kg	Milligrammes par kilogramme
mg/kg/j	Milligrammes par kilogramme par jour
mg/kg/h	Milligrammes par kilogramme par heure
mg/kg/semaine	Milligrammes par kilogramme par semaine
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
PO	Par voie orale
PO/GT	Par voie orale ou par sonde gastrique

Abréviation	Définition
PO/NG	Par voie orale ou naso-gastrique
PR	Par voie rectale
PRN	Aussi souvent que nécessaire, au besoin
Q	Tous les, toutes les...
QAM	Une fois par jour, le matin
QHS	Une fois par jour, au coucher
Q15min	Toutes les 15 minutes
Q30min	Toutes les 30 minutes
Q1H	Toutes les heures
Q2H	Toutes les deux heures
Q4H	Toutes les quatre heures
Q6H	Toutes les six heures
Q8H	Toutes les huit heures
Q12H	Toutes les douze heures
SC	Par voie sous-cutanée
SL/bucc.	Par voie sublinguale ou perlinguale
TID	Trois fois par jour

Annexe B : Méthodes, membres du groupe de travail, examinateurs externes et membres du comité directeur

Méthodes

Groupe de travail sur la prise en charge des symptômes en fin de vie

Le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) et le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) ont constitué un [groupe de travail](#) interdisciplinaire composé de professionnels de la santé spécialisés en soins palliatifs pédiatriques. Ce groupe comprenait une infirmière praticienne et des médecins spécialisés en soins palliatifs pédiatriques, des pédiatres et un pharmacien pédiatrique, tous sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur expérience en soins palliatifs pédiatriques de fin de vie. Son mandat : conseiller le Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques de l'Ontario sur la mise à jour de la liste des médicaments et du guide de prise en charge des symptômes afin de faciliter, pour les fournisseurs de soins communautaires à domicile et dans les hôpitaux, la prestation de soins de fin de vie aux enfants.

Approche générale pour l'élaboration des avis d'experts

Les principales responsabilités du groupe de travail étaient les suivantes : simplifier les guides fondés sur l'avis d'experts en soins palliatifs pédiatriques de fin de vie, reformater leur contenu afin d'en améliorer la clarté et de faciliter le transfert des connaissances, rédiger des avertissements à l'intention des fournisseurs communautaires sur la consultation de professionnels de la santé spécialisés en soins palliatifs pédiatriques, et formuler des recommandations à l'intention du Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques sur la mise à jour et la diffusion des guides fondés sur l'avis d'experts. De juin 2020 à juin 2022, le groupe de travail a tenu plusieurs réunions auxquelles ont participé sept professionnels de la santé de partout en Ontario possédant une expertise en soins palliatifs pédiatriques. Plusieurs communications et examens ont été effectués par courriel.

Le processus de mise à jour s'est déroulé en plusieurs étapes. La date de la première version a déterminé le déclenchement du processus, le but étant que les recommandations soient à jour dans les deux documents : (1) le document d'information et (2) la liste des médicaments. Un groupe de travail multidisciplinaire composé d'experts en soins palliatifs pédiatriques a été mis sur pied. Les membres de ce groupe ont examiné la première version des documents. On a ensuite attribué des parties des documents à chaque membre afin qu'il les actualise à la lumière de la pratique clinique actuelle, de l'avis des experts et du consensus médical.

[Table des matières](#)

On a ensuite compilé les parties à jour des deux documents, et le groupe de travail a examiné l'ensemble du contenu. Les corrections préliminaires du groupe de travail ont été examinées par les deux coprésidents du Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques de l'Ontario, et leur rétroaction, intégrée à la mise à jour. Cette ébauche a ensuite été soumise à l'examen du Comité directeur des soins palliatifs pédiatriques de l'Ontario, et la version actualisée du document a été achevée en août 2023. Les membres du groupe de travail ont eu la possibilité de formuler leurs derniers commentaires en août 2023, avant l'achèvement des deux documents en septembre 2023.

Des experts et des examinateurs externes ont participé activement à l'examen et à la mise à jour de la liste des médicaments; en outre, on a confié à des membres du groupe de travail la révision de certaines parties de cette liste. Les schémas et les recommandations posologiques ont été examinés à la lumière des avis d'experts et des commentaires de fournisseurs de soins palliatifs pédiatriques exerçant en Ontario ainsi que des experts ayant passé en revue la liste des médicaments. Par exemple, ces personnes ont examiné les recommandations relatives à la prise en charge des symptômes : médicaments, posologie, consultation d'experts ou d'équipes spécialisés en soins palliatifs pédiatriques. En outre, on a discuté des recommandations d'autres experts cliniques externes dans le cadre de réunions du groupe de travail ou d'échanges courriel. Enfin, les coprésidents du Comité directeur des soins palliatifs pédiatriques de l'Ontario ont examiné les avertissements sur la consultation, dans des cas bien définis, d'experts ou de services spécialisés en soins palliatifs pédiatriques. Les dernières corrections au guide de prise en charge des symptômes ont été transmises aux membres du groupe de travail en août 2023, puis la mise à jour (1) du document d'information et (2) du guide de prise en charge des symptômes a été achevée en septembre 2023.

Membres du groupe de travail sur la prise en charge des symptômes en fin de vie

- **Dr Dave Lysecki, M.D., FRCPC (président)**, directeur médical et médecin en soins palliatifs pédiatriques, programme Quality of Life and Advanced Care (QoLA Care), McMaster Children's Hospital, Hamilton Health Sciences; directeur médical, Keaton's House Children's Hospice, Kemp Care Network; professeur agrégé et chef de division, Division des soins palliatifs, Département de pédiatrie, Université McMaster
- **Dre Dawn Davies, M.D., FRCPC**, médecin en soins palliatifs pédiatriques, Roger Neilson, soins palliatifs pour enfants et Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeure agrégée, Département de pédiatrie, Université d'Ottawa
- **Dre Leonie Herx, M.D.-Ph. D., CCMF (SP), FCMF**, médecin en soins palliatifs, Centre des sciences de la santé de Kingston; directrice de la Division de médecine palliative et professeure agrégée, Université Queen's

Table des matières

- **Rebecca Williams**, infirmière praticienne spécialisée, équipe de soins pédiatriques avancés, Hôpital pour enfants malades (SickKids)
- **Dre Taheera Ramji, M.D.**, pédiatre communautaire, Trillium Health Partners
- **Dr Jitin Sondhi, B.Sc. spécialisé, M.D., CCMF (SP)**, codirecteur clinique régional, South West Hospice Palliative Care Network; co-médecin en chef de la Oxford Palliative Outreach Team, Sakura House Hospice
- **Dr John Wiernikowski, B.Sc. (phm.), Ph. D. pharm., FISOPP, FCAPhO**, pharmacien clinicien, pédiatrie, hématologie et oncologie pédiatriques, McMaster Children's Hospital; professeur adjoint d'enseignement clinique en pédiatrie, Université McMaster

Autres auteurs pour certaines parties :

- **Dre Joanna Humphreys, M.D., FRCPS**, médecin en soins palliatifs pédiatriques, McMaster Children's Hospital; professeure adjointe, Division des soins palliatifs, Département de pédiatrie (rubriques « Sécrétions » et « Sommeil »)
- **Dr Gregorio Zúñiga-Villanueva, M.D., M. Sc.**, médecin en soins palliatifs pédiatriques, McMaster Children's Hospital; professeur adjoint, Division des soins palliatifs, Département de pédiatrie (rubriques « Sédation palliative continue » et « Crises épileptiques »)

Remerciements

Nous tenons à remercier les examinateurs externes : le Dr Satbir Jassal, directeur médical du Rainbows Hospice, Leicestershire, Angleterre; la Dre Pamela Mosher, psychiatre à l'Hôpital pour enfants malades (SickKids); ainsi que le Dr Zúñiga-Villanueva et la Dre Humphreys. Ces médecins ont révisé, modifié et commenté le *Guide de prise en charge des symptômes chez les enfants en fin de vie*. Nous les remercions pour leur contribution et leurs corrections; leurs précieuses observations ont été très utiles. Nous tenons également à remercier Carla Bennett, POGO, Kirsten Efremov, POGO, Beverly Guttman, PCMCH (Provincial Council for Maternal and Child Health) et Lesley Tarasoff, PCMCH, pour leurs services de secrétariat tout au long du processus.

Membres du Comité directeur provincial des soins palliatifs pédiatriques

- **Dr Mark Greenberg, O.C., MB, ChB, FRCPC, coprésident**, responsable de clinique principal, initiatives stratégiques, Pediatric Oncology Group of Ontario

Table des matières

- **Dr Adam Rapoport, M.D., FRCPC, M. Sc. S., coprésident**, directeur médical, équipe de soins pédiatriques avancés, Hôpital pour enfants malades (SickKids); directeur médical, Emily's House; coprésident, Toronto Regional Implementation Working Group
- **Susan Blacker, M.Serv.Soc., TSI**, coresponsable provinciale de clinique, Ontario Palliative Care Network
- **Deanna Bryant, M.A.P.**, cheffe de groupe (A), Secrétariat, Ontario Palliative Care Network
- **Dr Robert Connelly, M.D., M.B.A., FRCPC**; directeur du Département de pédiatrie, École de médecine, Université Queen's; coprésident, Kingston Regional Implementation Working Group
- **Sanober Diaz, M. Sc. S., LCS**, directrice générale, PCMCH
- **Julie Drury**, conseillère en partenariat avec les parents
- **Cathy Hecimovich, M. Éd.**, membre à titre personnel, directrice générale, Ontario Retirement Communities Association
- **Lynanne Mason**, directrice, Services d'urgences pédiatriques, soins ambulatoires et soins aux patients hospitalisés, Children's Hospital, London Health Sciences Centre
- **Valerie McDonald**, membre à titre de patiente, comité consultatif sur les partenariats, Ontario Palliative Care Network
- **Bruce Squires, M.B.A.**, président, McMaster Children's Hospital, Hamilton Health Sciences; coprésident, Hamilton Regional Implementation Working Group
- **Megan Wright, M. Sc. inf.**, directrice, Soins palliatifs, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; directrice générale, Roger Neilson, soins palliatifs pour enfants; coprésidente, Ottawa Regional Implementation Working Group

Autres remerciements

Révision et approbation :

- **Pediatric Oncology Group of Ontario**
 - **Jill Ross**, directrice générale, Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)
 - **Dr David Hodgson**, directeur médical et titulaire de la chaire du POGO en traitement du cancer pédiatrique, Pediatric Oncology Group of Ontario
- **Provincial Council for Maternal and Child Health**
 - **Sanober Diaz**, directrice générale, Provincial Council for Maternal and Child Health

Table des matières