

La ou les sédations en fin de vie ?

Contexte définitionnel et réglementaire

Sédation : recherche, par des moyens médicamenteux, d'une **diminution de la vigilance** pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une **situation vécue comme insupportable** par le patient, alors que tous les moyens ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté (SFAP/HAS 2018).

Différentes pratiques sédatives

La diminution de la vigilance peut être graduelle, appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue et parfois jusqu'au décès.

Demande de sédation de la part des patients et des familles comme un droit sans connaissance des critères d'éligibilité.

De quoi parlons nous ?

- 1-D'anxiolyse ?
- 2-De diminution de la vigilance graduelle, appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue ?

Intentionnalité $\Rightarrow$ échelle Sédapall

- 3-De sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCMDC)?

1-L'anxiolyse



1-L'anxiolyse

- ♦ Calmer l'angoisse simple : facilité du réveil,
- ♦ N'est pas une sédation profonde,
- ♦ N'impose pas une procédure collégiale

2- Sédation graduelle/transitoire



2- Sédation graduelle/transitoire

- Ne relève pas de la loi de 2016,
- Sédation transitoire proportionnée
- Déterminer quelle est l'intentionnalité de cette sédation ?
- L'outil SEDAPALL précise les éléments de l'intentionnalité des pratiques sédatives

2- Sédation graduelle/ transitoire

Intentionnalité de la sédation : l'outil SEDAPALL selon 3 axes :

- **La durée prescrite (D)**
 - réversibilité programmée (D1),
 - réversibilité potentielle non programmée (D2),
 - Irréversibilité décidée (D3).
- **La profondeur (P)**
 - proportionnée au symptôme à calmer (P1) Richmond-2=>-5,
 - d'emblée profonde (P2) Richmond $\geq$ -4.
- **Le consentement (C)**
 - absence (C0),
 - anticipé - Directives Anticipées - (C1),
 - au moment de la mise en œuvre de la sédation (C2),
 - demande de sédation profonde exprimée par le patient (C3).

ECHELLE SEDAPALL

Axe D Durée prescrite	Type
Sédation transitoire (réversible)	D1
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible)	D2
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	Type
Sédation proportionnée	P1
Sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement/Demande	Type
Absence de consentement	C0
Consentement donné par anticipation	C1
Consentement	C2
Demande de sédation	C3

Echelle de RICHMOND

Score	DESCRIPTION	DEFINITION
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+ 3	Très agité	Tire ou arrache tuyaux et cathéters, cherche à quitter le lit, et/ou agressif envers l'équipe
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis, assez vigoureux
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
- 1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s)
- 2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais sans contact visuel
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)

3-Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès



3-Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

- Cotée SEDAPALL D3 Richmond -4,-5
- **Seule situation qui relève de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 ;** elle impose notamment la connaissance des textes de la HAS, une démarche de questionnement préalable solidement argumentée et une procédure collégiale dans les règles

3-SPCMDC : QUI ?

Loi Claeys-Leonetti (2 février 2016) a créé nouveau droit:

→ un patient peut demander une SPCMDC

→ personnes en fin de vie

→ affection grave et incurable

- Souffrance réfractaire - traitements - pronostic vital engagé à court terme ;
- Demande d'arrêt d'un traitement - engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ;
- Patient qui ne peut pas exprimer sa volonté : si le médecin arrête un traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

3-SPCMDC : Attention !

- La demande / décision du patient est-elle libre et éclairée ? capacité de discernement ?
- Le pronostic est-il engagé à court terme ?
- Parler de la sédation avec le patient et ses proches est indispensable avant la mise en œuvre de la décision de SPCD
- Chaque situation, chaque demande ou non demande, est singulière souvent complexe , d'où la procédure collégiale

La procédure collégiale

- Obligatoire avant toute décision de SPCMD
 - multidimensionnelle car la souffrance est globale,
 - pluri-professionnelle et interdisciplinaire : tout professionnel prenant en charge le patient
 - répétée sans retarder la mise en œuvre des moyens adaptés pour soulager le patient qui est urgente
- Décision ou non d'une sédation prise par le médecin en charge du patient
- Information au patient / personne de confiance / la famille ou l'un des proches si incapacité d'expression de la volonté
- L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient

Mise en œuvre de la sédation profonde et continue

- Ecrite
- Evaluation et surveillance +++++
sont réalisées toutes les 15 minutes pendant la 1ère heure puis au minimum 2 fois par jour ;
- Seuls le rythme respiratoire et le pouls (pour RDOS) sont surveillés et tracés
- Les traitements antalgiques systématiques
- Hydratation et nutrition artificielles arrêtés
- Soins de nursing

Mise en œuvre de la sédation profonde et continue

- Soit dans des services expérimentés,
- Soit par l'équipe en charge du patient qui s'appuie sur une équipe spécialisée en soins palliatifs,
- Soit au domicile et en Ehpad :
 - ☐ médecin et un(e) infirmier(ère) doivent être joignables 24h/24,
 - ☐ relais continu de l'entourage capable d'alerter : proches, bénévole, auxiliaires de vie, **lit de repli en établissement de santé doit être prévu :**
 - ☒ **en leur absence, une hospitalisation est nécessaire**

Midazolam

- Midazolam IV :

dose de charge 1 mg en 30 secondes

toutes les 2 à 3 minutes (SA 0,5 mg)

pour avoir un score de Richmond -4 ou -5

dose d'entretien = 50/100% de la dose initiale mis en dose horaire pour avoir un Richmond à -4

- Midazolam S/C :

dose de charge entre 0,05/kg et 0,1 mg/kg

toutes les 20 à 30 minutes (2,5 mg /si SA 1 mg)

Richmond -4,

dose d'entretien : 50/100% de la dose initiale mis en dose horaire pour avoir un Richmond à -4

Neuroleptiques en complément

- Chlorpromazine IV lente /IM/(S/C)
dose de charge 25 mg + 25 mg au bout de 30 minutes si besoin,
SA, Insuffisance hépatique et rénale, cachexie : 12,5 mg
dose entretien 25 à 100 mg 2 à 3 fois/j ou en continu
Dose maxi /j 300 mg
- Levopromazine IV lente ou S/C
dose de charge 25 mg possibilité de renouveler toutes les 60 à 90 mn
SA, Insuffisance hépatique et rénale, cachexie : 12,5 mg
dose entretien 25 à 100 mg 2 à 3 fois/j ou en continue
Dose maxi /j 300 mg

Merci de votre attention

