



Sédation à domicile en phase terminale

Laurent Calvel

**Médecin responsable du Service de soins d'Accompagnement,
de soins de Support et de soins Palliatifs (SASP) des HUS**

Paul Ricoeur:

- *La visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes*
- *Se penser « soi-même comme un autre »*

La sédation

Signifiant:

Diminution de la vigilance, par des moyens médicamenteux.

Objectif:

Diminution ou disparition de la perception d'une situation vécue comme insupportable

Contexte:

Non obtention du soulagement par tous les moyens disponibles et adaptés

Mise en œuvre:

intermittente

transitoire

continue

Tomczyk M et al. Méd Pall 2015
Fondras JC Med Pall 2014
Fondras JC et Rameix S. Med Pall 2010
Blanchet V. et al. Méd Pall 2010

Evolution législative impactant sur les postures des professionnels de santé

2005:

Article L. 1110-5

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable.

Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article

2015:

Article L.1110-5-2 (sédation)

Lorsque le patient **ne peut pas exprimer sa volonté et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable visée à l'article L.1110-6**, dans le cas où le **médecin arrête un traitement de maintien en vie**, le médecin applique le **traitement à visée sédatif et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès**.

Le traitement à visée sédatif et antalgique prévu au présent article est mis en oeuvre selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, qui permet de vérifier que les conditions d'application du présent article sont remplies.

L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

La phase terminale

Signifiant

Mort imminente et inévitable

Situation:

Maladie grave, évolutive, incurable

Contexte:

Défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales

Phases cliniques:

Phase préagonique

Phase agonique

Evolution législative impactant sur les postures des professionnels de santé

2005:

Article L. 1110-5

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article

2015:

Article L.1110-5-2 (sédation)

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, **un traitement à visée sédatif et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès associé à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en oeuvre** dans les cas suivants :

- lorsque le patient atteint d'une **affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme** présente **une souffrance réfractaire au traitement,**
- lorsque la **décision du patient**, atteint d'une affection grave et incurable, **d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme.**

Quid de la sédation **profonde** et **continue** jusqu'au **décès**?

- Profonde:
 - passage du coma vigil au coma carus
- Continue:
 - transformation de la relation interhumaine
- Décès:
 - finalité et finitude

Coma profond (Glasgow ≤ 7)

Echelle de Glasgow

Echelle de Rudkin

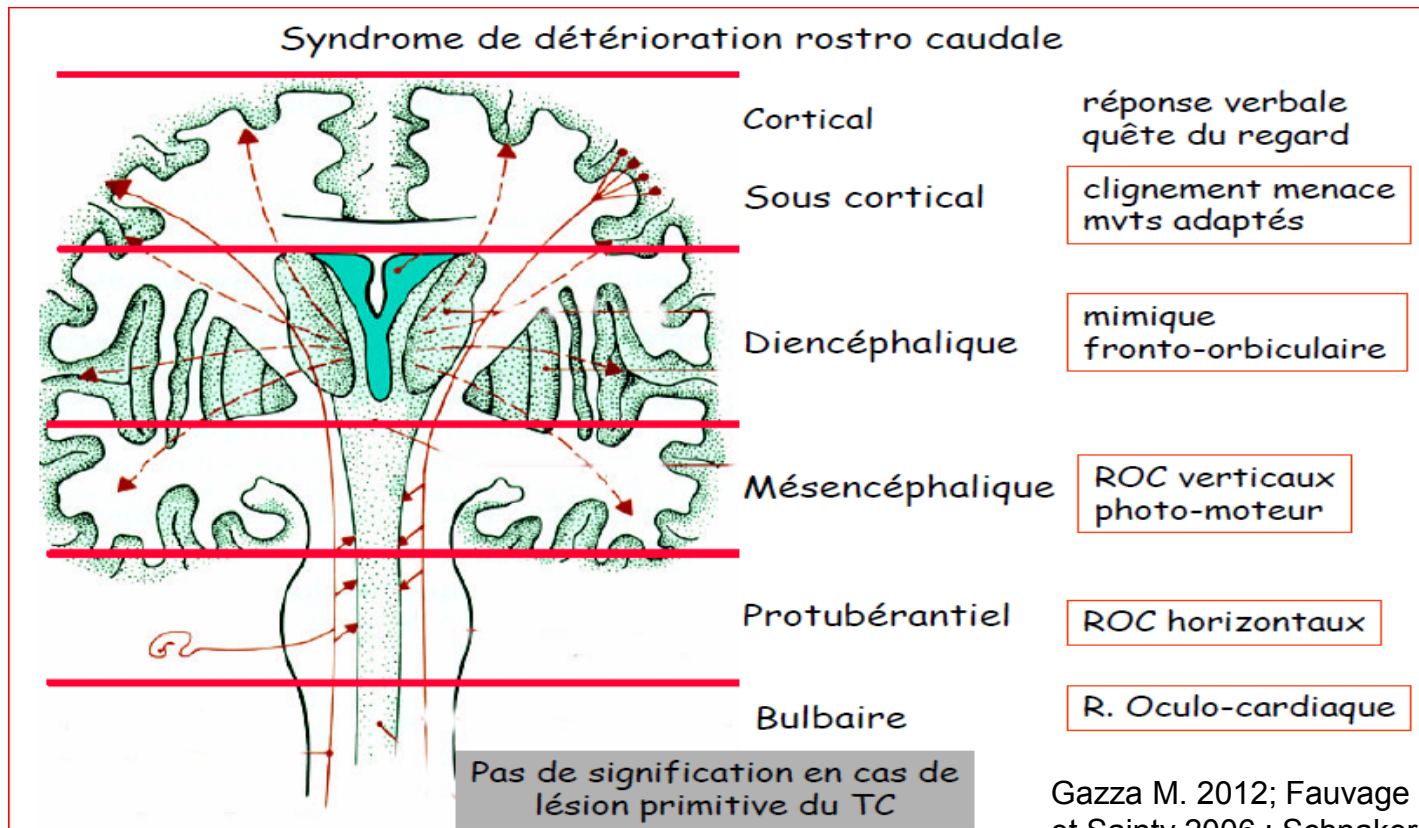
OUVERTURE DES YEUX		
Spontanée	A l'approche de la victime, ses yeux sont grand ouverts	4
A la demande	Si les yeux ne s'ouvrent pas spontanément, premièrement lui parler, si nécessaire crier afin de voir si les yeux s'ouvrent	3
A la douleur	Stimulation au-dessus du mamelon, au niveau de la matrice de l'ongle ou sur le sternum	2
Aucune	Les yeux ne s'ouvrent pas même après une stimulation douloureuse	1
RÉPONSE VERBALE		
	Adulte	Enfant
Orienté	Demander à la victime son nom, où elle est, l'année et le mois. Si les réponses sont correctes, la victime est orientée	Mots appropriés ou sourire social, qui fixe et suit
Confuse	La victime peut prononcer des mots ou des phrases avec du sens mais elle est incapable de donner des réponses correctes à des questions simples	Crie mais peut être consolé
Inappropriée	La victime ne prononce qu'un ou deux mots. La victime peut dire les noms de ses proches, amis ou crier des obscénités (jurons) sans aucune raison apparente	Irritable de façon persistante
Incompréhensible	Gémissements, grognements, murmures; aucun mot intelligible	Remue sans cesse et agitation
Aucune	La stimulation prolongée ou répétée ne produit aucune réponse verbale	Aucune
REPONSE MOTRICE		
Obéit aux ordres	La victime répond de façon adaptée aux instructions. Lui donner plusieurs ordres à exécuter	6
Localise la douleur	La victime peut bouger un bras pour localiser un stimulus douloureux sur la tête ou le tronc dans un effort pour supprimer ce stimulus	5
Inadaptée	Réaction d'évitement : la victime se retire ou se replie face à la douleur	4
Flexion à la douleur	Flexion stéréotypée : après un stimulus douloureux au doigt, la victime plie le bras mais ne parvient pas à donner une réponse localisée lorsque stimulée sur une autre partie du corps	3
Extension à la douleur	Extension stéréotypée : lorsqu'un stimulus douloureux est appliqué sur le bout des doigts, le bras se tend et se raidit (coude verrouillé). Cette extension est parfois accompagnée d'une rotation interne des épaules avec extension du poignet et des doigts	2
Aucune	La stimulation douloureuse répétée ne produit aucune réponse motrice détectable	1
TOTAL /sur 15		

Score	État du patient
1	Éveillé, orienté
2	Somnolent
3	Yeux fermés, répondant à l'appel
4	Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère*
5	Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère*
*Pincement ferme, mais non douloureux, du lobe de l'oreille	

Gazza M. 2012
 Fauvage B. 2010
 Bruder et Sainty 2006
 Schnakers et al. 2004

Atteinte rostrocaudale = diminution du score

RÉFLEXES DU TRONC CÉRÉBRAL		Score
Réflexe fronto-orbitaire (orbitaire)	Fermeture des paupières après percussion glabellaire (Point de l'os frontal situé entre les arcades sourcilières).	5
Réflexe oculo-céphalogyre vertical	Mouvement des yeux dans le sens vertical dans le sens inverse du mouvement imposé de rotation de la tête.	4
Réflexe photomoteur	Contraction de la pupille lors d'une stimulation lumineuse.	3
Réflexe oculo-céphalogyre horizontal	Mouvement des yeux dans le sens horizontal dans le sens inverse du mouvement imposé de rotation de la tête.	2
Réflexe oculo-cardiaque	Diminution de la fréquence cardiaque lors de pression sur les yeux.	1
Rien		0



Corollaire

Prendre en compte

- **Perte des réflexes du TC + atteinte des nerfs crâniens**

Anticipation + Précaution + Attention+ Organisation

- **Renforcées**

Ne pas créer de l'inconfort

Ne pas aller au-delà de l'objectif de soulagement

Evolution législative impactant sur les postures des professionnels de santé

2005:

Article L. 1110-5

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une fin de vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical

2015:

Article L.1110-5-3 (souffrances réfractaires)

Toute personne a le droit de recevoir **des traitements et** des soins visant à **soulager sa souffrance**. Celle-ci doit être **en toute circonstance prévenue, prise en compte**, évaluée et traitée.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements antalgiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie.

Il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à **l'article L. 1111-11-1**, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Le double effet, règle énoncée par Thomas d'Aquin au XIIème siècle

- Première condition :
 - « L'acte en lui-même doit être bon ou moralement neutre ou tout au moins ne doit pas être interdit ».
- Deuxième condition :
 - « le mauvais effet ne doit pas être un moyen de produire le bon effet, mais doit être simultanée ou en résulter ».
- Troisième condition :
 - « le mauvais effet prévu ne doit pas être intentionnel ou approuvé, mais simplement permis ».
 - **Intentionnalité**
- Quatrième condition :
 - l'effet positif recherché doit être proportionnel à l'effet indésirable et il n'y a pas d'autre moyen pour l'obtenir
 - **Proportionnalité**

Pour quels patients

Au terme de l'évolution d'une **maladie**

- **Grave**
- **Incurable**

Patient informé et consentant

Dans quelle temporalité

Maladie avec un pronostic engagé à court terme

- Quelques heures ou quelques jours ou quelques semaines avant la mort

Informer

Anticiper

} Patient et proches

Dans quelles situations

Terminales

(Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying--a survey of experts. Palliat Med. juill 1998;12(4):255-69.)

Réfractaires

(Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care. 1994;10(2):31-8.)

Aiguës

Singulières

Complexes

Exceptionnelles

Eprouvantes

Inconfortables

Avec quel environnement

Les proches

Pour la proximité

Pour la présence

Les soignants

Pour la mise en œuvre

Pour la surveillance

Les médecins

Pour l'évaluation

Pour la réévaluation

Pour l'ajustement thérapeutique

Élément clé:

La collégialité

Etre en mesure de répondre, au préalable, à ces questions

1/S'assurer que l'équipe dispose de compétences en soins palliatifs	Oui	Non	Impossible
<p>Au moins un membre de l'équipe médicale et soignante a-t-il une formation diplômante en soins palliatifs et une expérience clinique de la sédation ?</p> <p>Une équipe ressource en soins palliatifs accompagne-t-elle l'équipe médicale et soignante dans le processus décisionnel ?</p> <p>Le médecin responsable du patient a-t-il une connaissance et une expérience des médicaments sédatifs utilisés ?</p>			
2/Mettre en place un processus collégial et pluri-professionnel	Oui	Non	Impossible
<p>L'avis de la personne malade a-t-il été recherché</p> <p>Si le malade ne peut plus s'exprimer, son avis a été recherché par l'intermédiaire de ses directives anticipées, et/ou par l'intermédiaire de la personne de confiance, de sa famille ou à défaut de ses proches ?</p> <p>La prise de décision fait-elle suite à une évaluation de la situation du patient, associant plusieurs professionnels ?</p> <p>La prise de décision fait-elle suite à une ou plusieurs réunions collégiales ?</p> <p>L'équipe a-t-elle anticipé une réévaluation régulière de la profondeur et de la durée (continue ou non) de la sédation ?</p> <p>Les arguments développés lors des réunions et la décision qui en résulte sont-ils inscrits dans le dossier du patient ?</p>			
3/S'assurer que les objectifs visés par la sédation sont compris par l'équipe	Oui	Non	Impossible
<p>Les objectifs de la sédation ont-ils été clairement énoncés ?</p> <p>ont-ils été discutés au sein de l'équipe ?</p> <p>sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ?</p> <p>Est-il prévu d'évaluer l'effet de la sédation au regard de ses objectifs ?</p>			
4/S'assurer que l'ensemble des informations ont été données au patient, en tenant compte de ses capacités de compréhension	Oui	Non	Impossible
<p>Une information a-t-elle été donnée au patient:</p> <p>sur les objectifs de la sédation ?</p> <p>sur les modalités de mise en œuvre de la sédation ?</p> <p>sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ?</p> <p>Ces informations ont-elles été retranscrites dans le dossier médical du patient ?</p> <p>L'équipe s'est-elle assurée de la compréhension du patient ?</p>			

Faisabilité

Accompagnement de la mort à domicile

En accord avec le patient et ses proches

Possibilité d'appliquer une prescription anticipée

Compétence et recul des professionnels

Présence humaine continue auprès du patient

Disposer

Des produits

De la voie d'administration

D'un environnement médicalisé 24h/24

Élément clé:

L'adhésion du patient, des proches et des professionnels au projet de vie et de soin

Procédure pharmacologique énoncée

Dans l'esprit de la phronesis d'Aristote

Intérêts du Midazolam (Hypnovel), ampoules de 1mg/ml ou 5 mg/ml:

- Hypnotique, hypomnésiant, anxiolytique, myorelaxant
- Maniabilité pharmacologique
 - délai d'action de 2min par voie IV
 - demi-vie courte de 2 à 3h
 - action brève de 20 à 60min
 - efficacité dose dépendante adapté à une titration
 - Hydrosoluble (pharmacocinétique identique IV et SC)
- Marge thérapeutique large

Procédure pharmacologique énoncée (SFAP 2010)

Induction par voie IV (ampoule de 5 mg/ml):

- Titration

- ⇒ Diluer 2 ampoules pour obtenir une concentration de 1 mg/ml,
- ⇒ **Injecter** ml par ml (1mg par 1 mg) **toutes les 2 minutes jusqu'à la chute des paupières** (dose d'induction), pour obtenir un score de Rudkin à 4 (patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère: traction du lobe de l'oreille)

- Cinétique

- ⇒ Début de l'effet: 2 minutes environ
- ⇒ Maximum de l'effet: 5 à 10 minutes
- ⇒ Demi-vie d'élimination: 1,5 à 2,5 heures

Entretien par voie IV:

- Renouveler les injections discontinues en fonction de l'état clinique
- Entretenir la sédation de manière continue jusqu'au moment prévu du réveil, avec une **dose horaire correspondant à 50% de la dose d'induction (au pousse seringue électrique)**
- **Réévaluer toutes les 15 minutes la première heure et une sédation 2x/j**, la situation pouvant être évolutive

Réflexion éthique

À adopter dans une situation complexe telle que la sédation

- **Approcher la situation dans toutes ses dimensions** (médicale, soignante, psychologique, sociale, familiale, culturelle, religieuse)
- **Ne pas juger l'autre** : se poser ensemble une question et susciter une réflexion
- **Envisager plusieurs possibilités**
- **Choisir la solution qui semble la plus satisfaisante pour le patient**
- **Expliquer la décision prise, la mettre en œuvre et l'accompagner**
- **Permettre la dimension collective** de la concertation
- **Donner du temps** donné à la **réflexion** ≠ de la **mise en œuvre**
- **Respecter chaque opinion et chaque représentation**
- **Se distancier de l'émotionnel et du passionnel**

MERCI pour votre attention !

