

GUIDE PRATIQUE POUR LE RECOURS AUX DIFFERENTES SEDATIONS EN SOINS PALLIATIFS



Patient adulte en soins palliatifs

Ce guide vise à rappeler le cadre législatif et à apporter des éléments nécessaires à la prise de la décision.

Néanmoins, il ne permet pas aux soignants de conduire une sédation en autonomie.

En fonction du type de sédation, la loi peut imposer une collégialité (cf. fiche n°4). Il semble alors nécessaire d'engager une discussion avec une équipe-ressource experte dans le domaine et de s'appuyer, le cas échéant, sur la fiche d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale proposée par la SFAP*.



Edition 2022

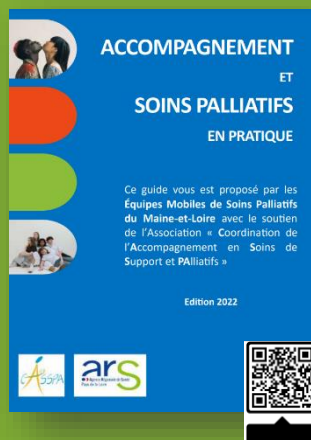
*Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
(<http://www.sfap.org/>)

Ce document est le fruit d'un long travail mené par la Coordination de l'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs - CASSPA 49.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de ses auteurs. Ceci implique une obligation de citation et de référencement pour toute utilisation.

Retrouvez toutes les fiches sur la gestion des symptômes et autres publications de la CASSPA 49 sur :

www.casspa49.fr



Date de publication : novembre 2022
Conception et réalisation : CASSPA 49
Crédit photographique : unsplash



Sommaire

POUR VOUS ACCOMPAGNER

- **EQUIPES RESSOURCES EXPERTES EN SOINS PALLIATIFS..... P. 3**
- **HOPITAUX A DOMICILE..... P. 3**
- **QUELQUES OUTILS D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SOINS PALLIATIFS P. 4**

1^{ERE} PARTIE : GENERALITES

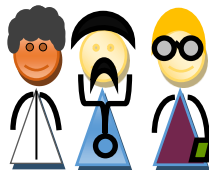
- **DEFINITION DE LA SEDATION PAR LA SFAP..... P. 5**
- **ON S'ATTACHERA TOUJOURS A P. 6**

2^{EME} PARTIE : PROCESSUS DECISIONNELS SELON LA SITUATION DU PATIENT

- **FICHE N°1. EXAMENS, ACTES OU SOINS ENTRAINANT UN INCONFORT REFRACTAIRE P. 9**
- **FICHE N°2. SYMPTOMES REFRACTAIRES VECUS COMME INSUPPORTABLES PAR UN PATIENT EN SITUATION PALLIATIVE NON TERMINALE..... P. 11**
- **FICHE N°3. SITUATION A RISQUE VITAL IMMEDIAT..... P. 15**
- **FICHE N°4. SEDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES (SPCMD) P. 17**



POUR vous ACCOMPAGNER



■ EQUIPES RESSOURCES EXPERTES EN SOINS PALLIATIFS

Equipes mobiles de soins palliatifs – EMSP

EMSP Angers

CHU (02 41 35 56 96 - soins-palliatifs@chu-angers.fr)

ICO (site Angers) (06 76 68 36 80 - emsp.papin@ico.unicancer.fr)

EMSP Cholet

Centre hospitalier (02 41 49 62 70 - eq.mobile-s.palliatifs@ch-cholet.fr)

EMSP Doué-en-Anjou

Les Récollets (02 41 83 46 49 - accueil-emsp@fondation-sjd.fr)

EMSP Saumur

Centre hospitalier (02 41 53 35 16 - secretariat.soinspalliatifs@ch-saumur.fr)

Unité de soins palliatifs - USP

CHU Angers (02 41 35 56 96)

■ HOPITAUX A DOMICILE DU 49

HAD SAINT-SAUVEUR Sainte-Gemmes-sur-Loire (02 41 24 60 00)

HAD SAUMUROIS Doué-en-Anjou (02 41 83 12 30)

HAD MAUGES BOCAGE CHOLETAIS Cholet (02 41 49 62 75)



QUELQUES OUTILS D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN SOINS PALLIATIFS

- **Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ?**
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834548/fr/fin-de-vie-en-parler-la-preparer-et-l-accompagner
- **Pallia 10. Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?**
<http://www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf>
- **Pallia 10. Géronto. Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?**
<http://www.sfap.org/rubrique/pallia-10-geronto>
- **Fiche Urgence Pallia (P. 30)**
<http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>
- **Guide d'aide à la décision à la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale (P. 28)**
<http://www.sfap.org/system/files/guide-2014-sfap-cs.pdf>
- **Fiche : Les questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative**
<http://www.sfap.org/system/files/fiche-pratique-sedation-sfap-questions-prealables-v-avril19.pdf>
- **Outil SEDAPALL (P. 31)**
http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf
- **Échelle de Richmond**
http://www.sfap.org/system/files/echelle_de_vigilance_-_agitation_de_richmond.pdf
- **Fiche repère « Recours, à la demande du patient, à une SPCMJD » (P. 32)**
https://sfap.org/system/files/refractaire_v5_24052017_0.pdf
- **Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative (P. 32)**
<https://sfap.org/actualite/le-vademecum-de-l-utilisation-du-midazolam-visee-sedative>

1^{ère} Partie : généralités

■ DEFINITION DE LA SEDATION PAR LA SFAP ¹


La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

SES CARACTERES

Elle peut être **temporaire ou définitive, continue ou intermittente, et d'une profondeur variable**².





La sédation est une pratique complexe aux enjeux éthiques nombreux, tant dans ses indications que dans son processus décisionnel. Le respect d'un certain nombre de conditions pour être réalisée est nécessaire.

Les situations dans lesquelles la question d'une sédation se pose sont **exceptionnelles** et toujours **singulières**. Elles sont d'autant plus rares que l'évaluation et le traitement des symptômes ont été mis en place de façon rigoureuse et précoce.

 La sédation est une décision médicale. Sa mise en œuvre nécessite une prescription. Dans certains types de sédation, la loi impose une discussion inter ou transdisciplinaire préalable.

Cf. Outil SEDAPALL V1.0

Ce que n'est pas une sédation

-  Une pratique solitaire
-  Une réponse à la souffrance d'une famille ou à l'épuisement d'une équipe soignante
-  Une réponse de 1^{ère} intention face à un symptôme d'inconfort (*anxiolyse, analgésie*)
-  Une alternative à l'euthanasie

¹ Définition de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

² Outil SEDAPALL (cité le 27/10/2022)- http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf


👉 La mise en œuvre d'une sédation ne doit jamais se faire dans l'urgence sauf dans le cas d'une sédation pour détresse à risque vital immédiat (*détresse respiratoire aiguë par exemple*). Dans ce cas, elle doit si possible être **anticipée**.

■ ON S'ATTACHERA TOUJOURS A

- ✚ Rechercher et prendre en charge avant de débiter la sédation l'ensemble des symptômes d'inconfort
- ✚ Rassurer sur le fait qu'une fois la sédation mise en place, l'équipe sera vigilante sur les symptômes d'inconfort (*évaluation pluri quotidienne*)
- ✚ Poursuivre le traitement antalgique tout au long de la sédation
- ✚ Expliquer les symptômes qui peuvent apparaître et leur prise en charge (*douleurs de décubitus, raideur, encombrement, dyspnée, agitation, globe urinaire, escarre*)
- ✚ Réévaluer la pertinence du maintien de chaque traitement y compris l'alimentation et l'hydratation
- ✚ Rassurer le patient et sa famille sur les conditions de réalisation d'une sédation
- ✚ Informer le patient et la famille sur les risques de réveil au cours d'une sédation
- ✚ Discuter en équipe des modalités de la surveillance (*fréquence des passages, surveillance des constantes, etc.*)
- ✚ Maintenir une attention constante à la proportionnalité du traitement et à l'effet sédatif visé

2^{ème} Partie : processus décisionnels selon la situation du patient

RAPPEL

 Toute décision de sédation doit être précédée d'une information^{3 4} au patient. Cette information portera sur la situation clinique, les limites du soin, les alternatives thérapeutiques possibles, les risques encourus...

L'objectif est de permettre au patient de choisir en toute connaissance ce qu'il estime être de son intérêt.

Son consentement⁵ (*libre et éclairé*) devra être recueilli et tracé dans son dossier médical.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses directives anticipées devront être recherchées. La personne de confiance (*ou la famille, ou à défaut un de ses proches*) devra être consultée (*sauf urgence ou impossibilité*)⁶. Des dispositions spécifiques existent pour les mineurs et les majeurs sous tutelle⁷.

Le tableau page 8 présente 4 situations dans lesquelles une sédation peut être mise en place. Chacune de ces situations fait l'objet d'une fiche spécifique.

³ Art. L.1111-2 – Art. R.4127-35 du code de la santé publique

⁴ Cf. Recommandation de bonne pratique sur la délivrance de l'information établie par la Haute Autorité de Santé - 05/2012

⁵ Art. L. 1111-4 – Art. R.4127-36 du code de la santé publique

⁶ Art. L. 1111-4 du code de la santé publique

⁷ Les mineurs et majeurs sous tutelle ont le droit de recevoir une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité soit à leurs facultés de discernement. Art. L. 1111-2 du code de la santé publique

FICHE	SITUATION DANS LAQUELLE UNE SEDATION PEUT ETRE DECIDEE	TYPE DE SEDATION
N°1	Examens, actes ou soins entraînant un inconfort réfractaire	Transitoire
N°2	En situation palliative non terminale Symptômes physiques et/ou psychologiques réfractaires vécus comme insupportables par le patient ne pouvant être soulagés par des thérapeutiques optimales	Transitoire ou de durée indéterminée ⁸ (potentiellement réversible) et de profondeur proportionnée à la situation
N°3	Situation à risque vital immédiat	Transitoire (ou prolongée jusqu'au décès en fonction de la gravité de la situation)
N°4	En situation palliative terminale <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient atteint d'une affection grave et incurable qui en fait la demande ET dont le pronostic vital⁹ est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire¹⁰ aux traitements ▪ Patient atteint d'une affection grave et incurable QUI décide d'arrêter un traitement, ce qui a pour effet d'engager son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ▪ Arrêt de traitement de maintien artificiel en vie décidé collégalement chez un patient incapable d'exprimer sa volonté 	Profonde et Continue Maintenue Jusqu'au Décès (SPCMD)

D'autres situations particulières peuvent se présenter.

Lorsque l'intention de la sédation ne semble pas claire ou que les avis divergent au sein de l'équipe de soins, il peut être intéressant de réfléchir en s'appuyant sur l'outil SEDAPALL développé par la SFAP (Cf. Annexe 3 - P. 31)

Dans le cadre de son utilisation, vous êtes invités à contacter l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) de votre territoire (Cf. P. 3)

⁸ Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? Questions/réponses. HAS 15/03/18

⁹ « Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours ». Outil « SEDAPALL V1.0 » de la SFAP (P.5) – 05/2017

¹⁰ « Un symptôme est dit réfractaire si tous les moyens thérapeutiques disponibles et adaptés et d'accompagnement ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable. Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables ». Outil « SEDAPALL V1.0 » de la SFAP (P.5) – 05/2017

FICHE N°1. Examens, actes ou soins entraînant un inconfort réfractaire

<p>1. Identifier la situation dans laquelle se trouve le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient en situation palliative présentant un inconfort réfractaire lors d'un acte et/ou un soin (<i>ex : pansement, toilette...</i>)
<p>2. Repérer les symptômes à soulager</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur, angoisse... liées à un acte et/ou un soin
<p>3. Informer et recueillir le consentement du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information délivrée au patient ▪ Recueil de son consentement (<i>libre et éclairé</i>) ▪ Traçabilité dans le dossier du patient
<p>4. Type de sédation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transitoire et de profondeur proportionnée à la situation clinique (<i>durée de l'acte de soins</i>) <p>Objectif : soulagement de l'inconfort et diminution de la pénibilité du soin</p>
<p>5. Médications possibles à domicile, en institution</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benzodiazépines ⇒ CLOTIAZEPAM (Veratran®) Voie d'administration : per os Posologie : 5 à 10 mg Délai d'action : 1/2h Demi-vie : 4h ⇒ ALPRAZOLAM (Xanax®) Voie d'administration : per os Posologie : 0.25 mg Délai d'action : 1/2h Demi-vie : 6h à 12h ⇒ MIDAZOLAM (Hypnovel®) Voie d'administration : parentérale en bolus ponctuel IV, SC Posologie : à adapter en fonction de l'état de dénutrition, de la fragilité du patient et de l'effet recherché. En IV, il est recommandé une posologie de 0,5 à 1mg, à répéter si besoin toutes les 3 à 5 min. En SC, posologie de 0,05 à 0,1mg/kg, à répéter si besoin toutes les 20 à 30 min. Délai d'action par voie injectable : 2 min en IV, 20 min en SC Demi-vie : 1h à 2h <p>L'utilisation de l'ampoule injectable est également possible par voie orale, sublinguale, intra rectale et intranasale aux mêmes doses.</p>

<p>Médications possibles à domicile, en institution (suite)</p>	<p>[A compter du 14 juin 2021, la prescription de Midazolam en ville est possible selon les mêmes modalités que les stupéfiants : prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum. Sa délivrance est possible en officine de ville. Elle sera fractionnée en durées maximales de traitement de sept jours]¹¹.</p> <p>Possible recours à une HAD.</p>
<p>6. Conditions de mise en œuvre à domicile ou en EHPAD dans le cadre de l'utilisation du MIDAZOLAM</p>	<p>Pour le MIDAZOLAM : il est recommandé pour la 1^{ère} injection de faire appel à une équipe ressource de soins palliatifs (EMSP, USP - Cf. P. 3)</p> <p><u>Conditions de mise en œuvre</u>¹² :</p> <p>Dans le cadre de la réalisation de soins douloureux¹³, le traitement par MIDAZOLAM doit être initié par une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs et formée à son utilisation.</p> <p>Après stabilisation, le traitement peut être poursuivi à domicile aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ collaboration avec le médecin traitant éventuellement dans le cadre d'une HAD ou d'un réseau de soins palliatifs ▪ formation du médecin traitant et du personnel infirmier ▪ protocolisation des actes réalisés et de la conduite à tenir en cas d'urgence ▪ nécessité d'un suivi régulier en lien étroit avec l'équipe qui a initié le traitement
<p>7. Mise en œuvre de la sédation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Par l'IDE et/ou médecin, sur prescription médicale ▪ Nécessité de réévaluer l'efficacité et les effets indésirables ▪ Traçabilité dans le dossier du patient

¹¹ Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative. Nov.21. Doc. SFAP (Cf. P. 35)

¹² Recommandations de bonne pratique « Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte » - AFSSAPS 2010. P.10

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c248d4ab6b2041a9d8c04456b2da2613.pdf

¹³ Le MIDAZOLAM peut être utilisé à l'occasion de soins douloureux, en complément d'un traitement antalgique, en raison de l'anxiolyse qu'il entraîne et de son effet amnésiant (Accord professionnel) - Recommandations de bonne pratique – « Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte » - AFSSAPS 2010. P.71

FICHE N°2. Symptômes réfractaires vécus comme insupportables par un patient en situation palliative NON TERMINALE

Une souffrance est dite réfractaire¹⁴⁻¹⁵ si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.

Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables.

1. Identifier la situation dans laquelle se trouve le patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient en situation palliative mais dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme (> à plusieurs jours) 		
2. Repérer les symptômes à soulager	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="359 603 669 724"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ agitation ▪ angoisse ▪ confusion mentale ▪ douleurs </td> <td data-bbox="669 603 1060 724"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dyspnée ▪ insomnie ▪ nausées, vomissements ▪ etc. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ agitation ▪ angoisse ▪ confusion mentale ▪ douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dyspnée ▪ insomnie ▪ nausées, vomissements ▪ etc.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ agitation ▪ angoisse ▪ confusion mentale ▪ douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dyspnée ▪ insomnie ▪ nausées, vomissements ▪ etc. 		
3. Informer et recueillir le consentement du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information délivrée au patient ▪ Recueil de son consentement (<i>libre et éclairé</i>) ▪ Traçabilité dans le dossier du patient 		
4. Type de sédation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intermittente, de durée indéterminée¹⁶ ou transitoire (<i>potentiellement réversible</i>¹⁷) <p>La sédation sera « proportionnée » à l'intensité des symptômes et adaptée dans le temps, selon le souhait du patient, pour garder une vie relationnelle.</p> <p>Objectif : soulager des symptômes physiques et/ou psychologiques réfractaires vécus comme insupportables par le patient ne pouvant être soulagés par des thérapeutiques optimales.</p> <p>A noter : les symptômes « réfractaires » peuvent parfois redevenir accessibles à des traitements après une sédation appliquée de façon intermittente ou transitoire (<i>soit grâce au succès d'un traitement spécifique, soit par une meilleure tolérance du patient après une période de sédation</i>)</p>		

¹⁴ Fiche repère SFAP Mai 2017 - Evaluation du caractère réfractaire de la souffrance (Cf. P. 35)

¹⁵ Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative. Nov.21. Doc. SFAP (Cf. P. 35)

¹⁶ Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? Questions/réponses. HAS 15/03/18

¹⁷ **Réversibilité** : possibilité de retour à un état de conscience non altérée par les agents sédatifs après l'arrêt de ceux-ci. Elle peut être potentielle par l'utilisation d'agents sédatifs ayant une demi-vie courte mais sans précision sur la durée lors de la prescription (durée indéterminée). Si la prescription des agents sédatifs est précisément limitée dans le temps, sur une période donnée, la sédation est transitoire. S'il s'agit d'une décision de sédation continue maintenue jusqu'au décès, c'est une sédation irréversible. SEDAPALL V.01- SFAP – mai 2017

5. Médications possibles à domicile, en institution

Comme pour la décision, **c'est au médecin prenant en charge le patient** qu'incombe la **rédaction de la prescription** (Il est recommandé de prendre conseil auprès d'une équipe ressource en soins palliatifs. Cf. p.3).

▪ Première intention :

⇒ MIDAZOLAM (Hypnovel®) en première intention

Voie d'administration : IV (à privilégier) ou SC

Posologie :

Titration : l'HAS¹⁸ préconise une titration par bolus de 0,5 à 1 mg IV à renouveler toutes les 2 à 3 min ou de 0.05 à 0,1 mg/kg en SC à renouveler toutes les 20 min [Jusqu'à obtenir le score de Richmond souhaité. Adapter la posologie chez le sujet âgé ou fragilisé].

Débit d'entretien : la dose d'entretien en IV et en SC débute à une dose horaire correspondant à 50% de la dose ayant permis la sédation lors de la titration.

Cette dose doit généralement être augmentée au fil du temps, par palier de 0,03 mg/kg/h toutes les 3 à 6 heures. Des bolus équivalents à la dose reçue en 1h peuvent être administrés en cas de réveil toutes les 2 min en IV ou toutes les 20 à 30 min en SC.

Possibilité de faire une sédation progressive si titration impossible : débiter à la dose de 0.5 à 1 mg/h en IV ou SC avec possibilité de majoration de débit toutes les 30 min.

[A compter du 14 juin 2021, la prescription de Midazolam en ville est **possible selon les mêmes modalités que les stupéfiants : prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum**. Sa délivrance est possible en officine de ville. Elle sera fractionnée en durées maximales de traitement de sept jours]¹⁹.

Possible recours à une HAD

⇒ Alternatives au MIDAZOLAM :

En cas de difficulté d'approvisionnement du midazolam à domicile, en EHPAD ou établissements médico-sociaux.

DIAZEPAM (Valium®), 5 mg en IV renouvelable une fois après 15 min ou en intra-rectal si voie IV impossible

CLONAZEPAM (Rivotril®) 0.5 mg en IV à renouveler une fois après 15 min en IV ou après 30 min en SC

¹⁸ Recommandation de bonne pratique « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte » – HAS janvier 2020

¹⁹ Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative. Nov.21 – Doc. SFAP

■ Evaluation :

- **du degré de soulagement** du patient : soulagement du symptôme réfractaire à l'aide d'échelles d'hétéro-évaluation
- **des effets indésirables** : réveil avec syndrome confusionnel, accoutumance avec nécessité d'augmenter les doses, dépression respiratoire, vomissements, etc.
- **important de surveiller le niveau de profondeur de la sédation pour vérifier que le résultat du traitement est bien en accord avec la visée définie**

Dans cette situation, la surveillance des paramètres physiologiques (*tension artérielle, saturation en oxygène*) devra être continuée.

- **Deuxième intention** : les neuroleptiques sédatifs peuvent être utiles en complément de la benzodiazépine lorsque la sédation est insuffisante, en cas de confusion ou d'agitation
 - ⇒ CHLORPROMAZINE (Largactil®) : 25 mg IVL à renouveler toutes les 60 min (12.5mg chez personne âgée ou fragilisée). Dose d'entretien égale à la dose cumulée initiale ayant permis la profondeur de sédation attendue (soit en continu sur les 24h, soit en discontinu trois fois par jour). Possibilité de bolus de rattrapage de 25 mg (ou 12.5 mg chez la personne âgée ou fragilisée). Augmentation possible du débit par palier de 30% jusqu'à un maximum de 300 mg/jour.
 - ⇒ LEVOMEPRMAZINE (Nozinan®) : 25 mg SC à renouveler toutes les 60 min (12.5mg chez personne âgée ou fragilisée). Dose d'entretien égale à la dose cumulée initiale ayant permis la profondeur de sédation attendue (soit en continu sur les 24h, soit en discontinu trois fois par jour). Possibilité de bolus de rattrapage de 25 mg (ou 12.5 mg chez la personne âgée ou fragilisée). Augmentation possible du débit par palier de 30% jusqu'à un maximum de 300 mg/jour.

Lorsque la 2^{ème} intention reste insuffisante, un transfert en service spécialisé doit être discuté.

<p>6. Conditions préalables à la mise en œuvre²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Discussion pluridisciplinaire ⇒ Information et consentement du patient ⇒ Explications aux proches sous réserve de l'accord du patient <p><i>(Il est recommandé de prendre conseil auprès d'une équipe ressource en soins palliatifs. Cf. p. 3)</i></p> <p>À domicile et en EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'IDE vérifie l'indication auprès du médecin et applique ensuite la prescription ▪ Prévoir de rédiger une fiche URGENCE PALLIA²¹ ou tout autre document de transmission pour aider le médecin intervenant en situation d'urgence, en cas d'évènements inattendus
<p>7. Mise en œuvre de la sédation</p>	<p>Par l'IDE ou le médecin, sur prescription médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité d'évaluer la profondeur de la sédation, le soulagement des symptômes et les effets indésirables ▪ Traçabilité dans le dossier du patient

²⁰ Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? Questions/réponses – HAS 15/03/18. P. 6

²¹ Fiche Urgence PALLIA. Cf. Annexe 2. P.30

FICHE n°3. Situation à risque vital immédiat ²²

<p>1. Identifier la situation dans laquelle se trouve le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient en situation palliative avec forte probabilité de la survenue d'une complication aiguë à risque vital immédiat
<p>2. Repérer les situations aiguës à risque vital immédiat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragies cataclysmiques, notamment extériorisées (<i>sphère ORL, pulmonaire et digestive</i>) ▪ Détresses respiratoires asphyxiques (<i>sensation de mort imminente par étouffement</i>) ▪ Etc.
<p>3. Anticiper la situation à risque vital immédiat</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer préalablement la probabilité de survenue d'une telle complication ▪ Rédiger une prescription médicale anticipée lorsque la probabilité est élevée ▪ Adresser la fiche URGENCE PALLIA au SAMU 49 après l'avoir complétée avec le patient et l'équipe (Cf. Annexe 2 - p.30) <p>⇒ Si complication non anticipée : appel SAMU 49</p>
<p>4. Informer et recueillir le consentement du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information délivrée au patient ▪ Recueil de son consentement (libre et éclairé) ou des directives anticipées si rédigées ▪ Traçabilité dans le dossier du patient
<p>5. Type de sédation</p>	<p>Transitoire (<i>ou prolongée jusqu'au décès en fonction de la gravité de la situation</i>)</p> <p>Objectif : soulager en urgence la pénibilité du symptôme</p>
<p>6. Conditions de mise en œuvre</p>	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre conseil auprès d'une équipe ressource en soins palliatifs pour anticiper le risque (EMSP, USP - Cf. p.3)

²² Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie de la SFAP – <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation> (cité le 19/11/2020)

<p>7. Médications possibles</p> <p><i>à domicile, en institution via une rétrocession par une pharmacie hospitalière ou un service d'hospitalisation à domicile (HAD)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voie IV à privilégier car rapidité d'action ▪ Benzodiazépine par voie injectable ⇒ MIDAZOLAM (Hypnovel®)²³ - Privilégier la voie IV Posologie : recommandations de l'HAS : après avis d'un médecin expérimenté, une dose de charge de 2 à 5 mg peut être administrée suivie d'une titration de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 min jusqu'à obtenir un score de Richmond à -5 Délai d'action : 2 min Demi-vie : 1 à 2h Si la situation d'urgence persiste : possibilité de mettre en place un débit d'entretien de 0.5 à 1 mg/h en IV ou SC avec possibilité de majoration de débit toutes les 30 min. En l'absence de voie IV, l'action du MIDAZOLAM est rapide par voie sublinguale, intra rectale et intranasale aux mêmes doses. ⇒ Alternatives au MIDAZOLAM : CLONAZEPAM (Rivotril®) : 0,5 à 1 mg en IV, renouvelable après 5 minutes si besoin DIAZEPAM (Valium®) : 5 mg en IV renouvelable après 5 minutes si besoin [A compter du 14 juin 2021, la prescription de Midazolam en ville est possible selon les mêmes modalités que les stupéfiants : prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum. Sa délivrance est possible en officine de ville. Elle sera fractionnée en durées maximales de traitement de sept jours]²⁴. Possible recours à une HAD.
<p>8. Conditions de mise en œuvre de la sédation^{25 26}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'IDE applique la prescription anticipée de sédation (<i>protocole de soin personnalisé</i>) et appelle <u>le médecin qui est tenu de se déplacer</u> ▪ Si la prise en charge n'est pas possible à domicile ou en EHPAD, prévoir une hospitalisation en institution

²³ Recommandation de bonne pratique « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte » – HAS janvier 2020

²⁴ Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative. Nov.21. Doc. SFAP

²⁵ Rapport bibliographique précité (P. 23)

²⁶ Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie de la SFAP –

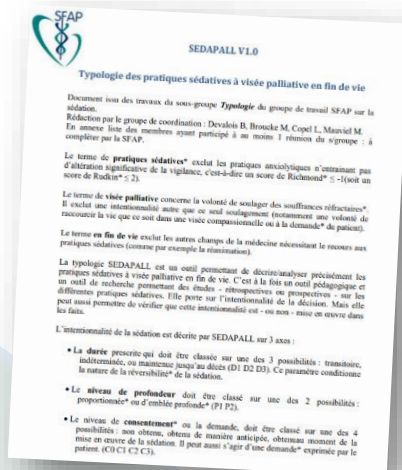
FICHE n°4. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD)

Deux situations peuvent se présenter :

- Patient en état de s'exprimer (N°4 a)
- Patient hors d'état de s'exprimer (N°4 b)

Message-clé : nécessité de vérifier selon **une procédure collégiale** que les conditions prévues par la loi sont réunies, que le patient possède les capacités de discernement nécessaires²⁷ et que sa demande est libre suite à une information loyale, claire et appropriée. L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient²⁸.

Il peut être intéressant d'utiliser l'outil SEDAPALL de la SFAP (Cf. Annexe 3 - P. 31).



<http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation> (cité le 27/10/2022) - P. 14 (encadré 10. Réalisation de la prescription)

²⁷ Si une personne majeure protégée ne peut pas prendre une décision éclairée, le tuteur l'assiste ou la représente. Le tuteur ne peut pas demander une SPCMD sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille, mais son consentement est requis pour la mettre en œuvre. Art. R. 4127.42 du code de la santé publique

²⁸ Art. L.1110.5-2 du code de la santé publique

SITUATION N° 4 a. PATIENT EN ETAT DE S'EXPRIMER

<p>1. Identifier la situation dans laquelle se trouve le patient²⁹</p> <p><i>Loi Leonetti/Claeys du 02/02/16</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient atteint d'une affection grave et incurable qui fait la demande d'une sédation ET dont le pronostic vital³⁰ est engagé à court terme³¹ présentant une souffrance réfractaire³² aux traitements ▪ Patient atteint d'une affection grave et incurable QUI décide d'arrêter un traitement (<i>ex. arrêt de ventilation assistée</i>), ce qui a pour effet d'engager son pronostic vital à court terme³³ et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable
<p>2. Repérer les symptômes à soulager</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souffrance globale, incluant des aspects physiques, psychiques, sociaux et spirituels
<p>3. Écouter, comprendre et analyser la demande du patient atteint d'une maladie grave et incurable³⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle (<i>incluant si besoin un psychologue clinicien ou psychiatre et tout autre spécialiste pour s'assurer que toutes les options thérapeutiques ont été proposées ou mises en œuvre</i>)³⁵ ▪ Le patient doit réitérer sa décision et peut faire appel à tout autre membre de l'équipe médicale. Le caractère dynamique et évolutif de la demande sera pris en compte au cours d'entretiens répétés dans un délai approprié à la situation singulière du patient en veillant à ne pas retarder la mise en œuvre des moyens nécessaires à son soulagement. ▪ Recommandation pour le médecin de s'appuyer précocement sur une équipe de soins palliatifs

²⁹ R. 4127.37.3 I - L. 1110.5.2 - 1° et 2° du code de la santé publique

³⁰ « Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours ». Outil SEDAPALL de la SFAP (P.5) – 05/2017

³¹ « C'est-à-dire qu'il va décéder dans quelques heures à quelques jours » - Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? Questions/réponses. HAS 15/03/2018. P. 7

³² Réfractaire. Définition donnée P. 8

³³ Si l'arrêt de traitement engage le pronostic vital à plus long terme ou n'entraîne pas de souffrance insupportable, les soins adaptés aux symptômes et à la demande du patient seront mis en œuvre, incluant une éventuelle sédation proportionnée (cf. Synthèse du guide parcours de soins : comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? HAS – Fév. 2018 Actualisation en janv. 2020 (P.3)

³⁴ Synthèse du guide parcours de soins précitée (P.2)

³⁵ Synthèse du guide parcours de soins précitée (P.3)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La demande de sédation du patient ne peut être mise en œuvre qu'au terme d'une évaluation collégiale (cf. <i>infra</i>) visant à répondre à trois questions : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ l'arrêt du traitement demandé par le patient engage-t-il le pronostic vital à court terme, c'est-à-dire à quelques heures ou à quelques jours ? ⇒ l'arrêt du traitement est-il susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ? ⇒ la souffrance est-elle réfractaire ?
<p>4. S'appuyer sur l'outil d'aide à la décision de la SFAP pour décider ou non d'une sédation</p>	<p>Utiliser la check-list proposée par la SFAP (Cf. <i>Annexe 1 - P. 28</i>)</p>
<p>5. Informer et recueillir le consentement du patient</p>	<p>Le patient doit avoir toutes les informations pour faire un choix libre et éclairé, en particulier sur les possibilités thérapeutiques incluant les autres pratiques sédatives, sur les termes de la loi et des conséquences de sa demande, notamment le maintien d'une altération de la conscience jusqu'au décès³⁶.</p> <p>Parler de la sédation est indispensable avant sa mise en œuvre³⁷ :</p> <p>Avec le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Modalités de la sédation ⇒ Le lieu et le moment souhaités en concertation avec les proches, les soins de confort, l'accompagnement des proches <p>Avec les proches (<i>nécessité d'obtenir l'accord préalable du patient</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Explications sur le droit du patient à demander une sédation profonde (<i>finalités, modalités et conséquences</i>), l'hydratation et la nutrition (<i>objectifs, bénéfices et risques</i>) ⇒ Le soutien dont ils pourront bénéficier <p>👉 Traçabilité dans le dossier du patient et à domicile dans le cahier de liaison</p>

³⁶ Synthèse du guide parcours de soins précitée (P.2)

³⁷ Synthèse du guide parcours de soins (P. 5)

6. Mise en œuvre de la procédure collégiale³⁸
³⁹préalable à toute décision

- Définition de la **collégialité** : concertation avec les membres de l'équipe de soins⁴⁰, si elle existe **Et avis motivé d'au moins un médecin (extérieur à l'équipe), appelé en qualité de consultant⁴¹, ne présentant pas de lien hiérarchique avec le médecin prenant en charge le patient.**

⇒ Avis motivé d'un 2^{ème} consultant si l'un des deux médecins l'estime utile

La procédure collégiale sera aussi le moment d'évaluer si la demande du patient est libre et éclairée et s'il a les capacités de discernement pour prendre des décisions concernant ses soins⁴² :

- ☞ Si besoin, avis d'un professionnel spécialisé (*gériatre, psychiatre, etc.*)
- ☞ Cas particulier d'un majeur sous tutelle : jugement des tutelles. Possibilité pour le patient de se faire représenter ou être assisté par son tuteur s'il ne peut pas prendre une décision éclairée. Une SPCMD doit être précédée d'une autorisation du juge ou du conseil de famille, et recueillir le consentement du patient majeur sous tutelle
- Réunion(s) (*avec l'appui d'une télé ou vidéo conférence... si la présence de certains participants est impossible*) à l'issue de laquelle le **médecin accède ou non à la demande de sédation⁴³ du patient.**
- Motivation de la décision de recours à la sédation ou de son refus⁴⁴
- **Traçabilité de la décision** dans le dossier du patient

³⁸ Art. R. 4127.37.3 I - R. 4127.37.2 III du code de la santé publique (CSP)

³⁹ Fiche pratique à destination des professionnels de la santé sur le renforcement de la collégialité dans les décisions en fin de vie du Ministère des affaires sociales et de la santé - <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/pour-les-professionnels-de-sante/fiches-pratiques-a-destination-des-professionnels-de-la-sante/article/le-renforcement-de-la-collégialite-dans-les-decisions-en-fin-de-vie> (cité le 19/11/2020)

⁴⁰ L'équipe de soins, appelée à être consultée dans le cadre de la procédure collégiale est définie par l'art. L.1110.12 (CSP)

⁴¹ Le consultant renvoie à un médecin qui dispose des connaissances, de l'expérience, et puisqu'il ne participe pas directement aux soins, du recul et de l'impartialité nécessaires pour apprécier la situation dans sa globalité - rapport bibliographique cité (P. 13)

⁴² Synthèse du guide parcours de soins : comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? HAS – Fév. 2018 actualisation en janv. 2020 (P.4)

⁴³ Cf. Synthèse précitée (P.2)

⁴⁴ R. 4127.37.3 I alinéa 2 (CSP)

<p>7.Type de sédation</p>	<p>Profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie</p> <p>A noter : si le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours et si les symptômes sont réfractaires, une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement est discutée avec le patient</p> <p>Objectif : soulager la souffrance et améliorer le confort de la fin de vie du patient</p>
<p>8. Médications possibles à domicile, en institution</p>	<p>Comme pour la décision, c'est au médecin prenant en charge le patient qu'incombe la rédaction de la prescription (<i>Il est recommandé de prendre conseil auprès d'une équipe ressource en soins palliatifs</i>).</p> <p>⇒ Recommandé : MIDAZOLAM (Hypnovel®)</p> <p>Les voies intraveineuse (IV) ou sous-cutanée (SC) sont possibles. La mise en place d'une pompe avec possibilité de bolus facilite l'adaptation des doses.</p> <p>Deux méthodes de mise en route sont possibles⁴⁵ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^{ère} méthode : Titration préconisée par l'HAS = 1 mg toutes les 2 min, jusqu'à obtention d'un score de Richmond -5. Suivi d'un débit d'entretien débutant à une dose horaire de 50 à 100% de la dose cumulée ayant permis la sédation. Attention, débit d'entretien à moduler selon le poids et la fragilité du patient (0.5mg/h peut parfois suffire en pratique...) ▪ 2^{ème} méthode : Administration continue débutée à la dose de 1 mg/h avec augmentation de 1 mg/h toutes les 30 min jusqu'à obtention score de Richmond -5. Des bolus équivalents à la dose reçue en 1h sont possibles toutes les 2 à 3 min en IV et toutes les 20 à 30 min en SC toutes les 2 min peuvent être administrés en cas de réveil.

⁴⁵ Recommandation de bonne pratique « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte » – HAS janvier 2020

Médications possibles
à domicile, en institution

(suite)

Peu importe la méthode retenue, le traitement vise l'obtention d'un score de -4 ou -5 sur l'échelle de Richmond. Le débit devra être augmenté au fur et à mesure du temps en fonction du nombre de bolus supplémentaires nécessaires.

L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait toutes les 15 minutes pendant la 1^{ère} heure.

Si voie sous-cutanée, la titration est impossible ; débiter à 0.1 mg/kg (à réduire chez le sujet âgé et fragilisé) et augmenter le débit d'entretien selon les mêmes modalités que la voie IV

Les 3 critères qui conduiront à adapter les posologies sont :

- **la profondeur de la sédation** : échelle de vigilance-agitation de Richmond de - 4 à - 5 (patient qu'on ne peut pas réveiller)
- **le degré de soulagement** du patient : soulagement du symptôme réfractaire à l'aide d'échelles d'hétéroévaluation
- **les effets indésirables** : réveil avec syndrome confusionnel, accoutumance avec nécessité d'augmenter les doses, dépression respiratoire, vomissements, etc.

[A compter du 14 juin 2021, la prescription de Midazolam en ville est possible selon les mêmes modalités que les stupéfiants : prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum. Sa délivrance est possible en officine de ville. Elle sera fractionnée en durées maximales de traitement de sept jours]⁴⁶.

Il est fortement conseillé d'avoir recours à l'HAD, notamment pour s'assurer de la disponibilité des équipes (Cf. P.3).

Alternatives au MIDAZOLAM :

- Les benzodiazépines à demi-vie longue peuvent être envisagées :
 - ↳ DIAZEPAM (Valium®), 5 mg IVL ou IR à renouveler si besoin une fois après 15 min
 - ↳ CLONAZEPAM (Rivotril®) 0.5 mg IVL ou SC à renouveler une fois si besoin après 15 min en IV ou 30 min en SC

⁴⁶ Le vademécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative. Nov.21. Doc. SFAP

Médications possibles
à domicile, en institution

(suite)

Deuxième intention :

- Les neuroleptiques sédatifs peuvent être utiles en complément de la benzodiazépine lorsque la sédation est insuffisante, en cas de confusion ou d'agitation :
 - ⇒ CHLORPROMAZINE (Largactil®), 25 mg IVL à renouveler toutes les 60 min (12.5mg chez personne âgée ou fragilisée). Dose d'entretien égale à la dose cumulée initiale ayant permis la profondeur de sédation attendue (soit en continu sur les 24h, soit en discontinu trois fois par jour). Possibilité de bolus de rattrapage de 25 mg (ou 12.5 mg chez la personne âgée ou fragilisée). Augmentation possible du débit par palier de 30% jusqu'à un maximum de 300 mg/jour.
 - ⇒ LEVOMEPRIMAZINE (Nozinan®) 25 mg SC à renouveler toutes les 60 min (12.5mg chez personne âgée ou fragilisée). Dose d'entretien égale à la dose cumulée initiale ayant permis la profondeur de sédation attendue (soit en continu sur les 24h, soit en discontinu trois fois par jour). Possibilité de bolus de rattrapage de 25 mg (ou 12.5 mg chez la personne âgée ou fragilisée). Augmentation possible du débit par palier de 30% jusqu'à un maximum de 300 mg/jour.

Lorsque la 2^{ème} intention reste insuffisante, un transfert en service spécialisé doit être discutée.

NB : Les opioïdes seuls ne doivent pas être utilisés pour induire une sédation. Ils seront poursuivis ou renforcés pour contrôler les douleurs et les dyspnées.

Mesures complémentaires visant le maintien du confort du patient :

En établissement de santé, en dehors des services expérimentés dans la sédation, l'équipe qui prend en charge le patient s'appuie sur une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir **un médecin référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable** ⁴⁷.

Il convient de maintenir les traitements antalgiques préexistants et de prévoir des prescriptions anticipées en cas de douleur spontanée ou induite par les soins.

La surveillance des paramètres physiologiques (*tension artérielle, saturation en oxygène*) est arrêtée en dehors de la surveillance du rythme respiratoire et du pouls.

Les soins pour maintenir le confort du patient sont poursuivis ou instaurés en respectant son intégrité physique et morale.

L'hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements qui devraient être arrêtés. Le patient et les proches auront été informés que les besoins d'hydratation et de nutrition sont diminués en fin de vie et que les soins de bouche sont systématiques et diminuent la sensation de soif. Si, malgré ces explications, la volonté du patient ou des proches est de poursuivre l'hydratation, elle sera maintenue à faible volume (*250 ml/24 h chez l'adulte*), sauf en cas d'effet indésirable grave (*Ex. encombrement*).

L'infirmier(ère) débutera l'administration des médicaments, **en présence du médecin** qui a décidé et prescrit la sédation.

L'infirmier(ère) et le médecin surveillent le patient jusqu'à ce qu'il soit stabilisé (score - 4 à - 5 sur l'échelle de Richmond).

Évaluation par l'infirmier(ère) : au moins 2 fois par jour au domicile, au moins 3 fois par jour en EHPAD et en établissement hospitalier ;

Évaluation quotidienne par le médecin.

9. Conditions de mise en œuvre et surveillance

À domicile et en EHPAD ⁴⁸:

- ⇒ Un médecin et un(e) infirmier(ère) doivent être joignables 24h/24 et l'IDE doit pouvoir se déplacer. En cas d'impossibilité de déplacement de l'IDE, nécessité de recourir à l'HAD
- ⇒ Un relais continu de l'entourage capable d'alerter (*proches, bénévoles, auxiliaires de vie,...*) doit être possible et un lit de repli en établissement de santé doit être prévu : en leur absence une hospitalisation est nécessaire

Le médecin s'appuie sur des structures compétentes en soins palliatifs de type réseau, EMSP, HAD.

⁴⁸ Fiche repère SFAP mai 2017 « D'un point de vue technique, le domicile va complexifier la réalisation de la sédation, notamment la titration initiale, l'adaptation régulière de la dose d'entretien, la surveillance et l'accompagnement de l'entourage..... ». P. 5

SITUATION N° 4b. PATIENT HORS D'ETAT DE S'EXPRIMER

<p>1. Identifier la situation dans laquelle se trouve le patient</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Lors de l'arrêt ou limitation de traitement de maintien artificiel en vie décidé <u>collégalement</u> chez un patient incapable d'exprimer sa volonté dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable⁴⁹, une SPCMD sera instaurée, après avoir vérifié que le patient ne s'y est pas opposé antérieurement.▪ Si le seul traitement de maintien en vie est la nutrition artificielle associée à une hydratation artificielle, son arrêt peut conduire à une durée plus prolongée de la SPCMD (de l'ordre de 7 à 14 jours) ce qui nécessite un accompagnement particulier des proches et des soignants
<p>2. S'appuyer sur l'outil d'aide à la décision de la SFAP pour décider ou non d'une sédation</p>	<p>Utiliser la check-list proposée par la SFAP (<i>Cf. Annexe 1 - P. 28</i>)</p>
<p>3. Rechercher les directives anticipées pour connaître les volontés du patient, notamment sur la sédation profonde et continue <i>(personne majeure y compris sous tutelle)</i></p>	<p>En présence de directives anticipées : Vérification de l'absence de volonté contraire sur la mise en place d'une sédation, exprimée par le patient dans ses directives anticipées⁵⁰</p> <p>En l'absence de directives anticipées⁵¹ : Recueil par le médecin du témoignage de la volonté exprimée par le patient auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches</p>

⁴⁹ Constituent une obstination déraisonnable les actes inutiles, disproportionnés ou n'ayant comme seule finalité que le maintien artificiel de la vie – Art. L1110-5-1 et R.4127-37 du code de la santé publique (CSP)

⁵⁰ R. 4127.37.3 II alinéa 2 (CSP)

⁵¹ R. 4127-37-3 II alinéa 3 (CSP)

<p>4. Information</p>	<p>Information des motifs du recours à la sédation profonde et continue à la personne de confiance, ou, à défaut la famille, ou l'un des proches du patient⁵²</p> <p>Traçabilité dans le dossier du patient</p>
<p>5. Mise en œuvre de la procédure collégiale préalable à toute décision^{53 54}</p>	<p>Concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe</p> <p>Et</p> <p>Avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Avis motivé d'un 2^{ème} consultant est recueilli par ces médecins, si l'un deux l'estime utile.</p> <p>En particulier, traçabilité dans le dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ De la volonté du patient exprimée dans ses directives anticipées (<i>En l'absence de celles - ci, le témoignage de la volonté exprimée par le patient auprès de la personne de confiance, ou à défaut, de la famille ou de l'un des proches</i>) ⇒ Des avis recueillis et les motifs de la décision
<p>6. Type de sédation</p>	<p>Profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie.</p>
<p>7. Médications possibles à domicile, en institution</p>	<p>Idem 4a - point 8, en tenant compte dans cette situation que le patient est hors d'état de s'exprimer.</p>
<p>8. Conditions de mise en œuvre</p>	<p>Idem 4a - point 9</p>

⁵² R. 4127.37.3 II alinéa 5 (CSP)

⁵³ R. 4127.37.2 (CSP)

⁵⁴ R. 4127-37-3 II alinéa 3 (CSP)

Annexe 1.

■ GUIDE D'AIDE A LA DECISION DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UNE SEDATION POUR DETRESSE EN PHASE TERMINALE PROPOSE PAR LA SFAP

Avant de prendre la décision de mettre en œuvre une sédation, l'équipe médicale et soignante doit toujours se poser un certain nombre de questions.

Ce guide a pour objectif de vous aider dans ce questionnement : il ne s'agit pas d'établir un « score », mais de faciliter la prise de décision, en vous aidant à poser les questions de façon méthodique, et d'établir une traçabilité.

1/ S'assurer que l'équipe prenant en charge le patient dispose, en son sein ou par l'intermédiaire d'une équipe ressource, de compétences en soins palliatifs

1. Au moins un membre de l'équipe médicale et soignante a une formation diplômante en soins palliatifs et une expérience clinique de la sédation.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. Une équipe ressource en soins palliatifs accompagne l'équipe médicale et soignante dans le processus décisionnel	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3. Le médecin responsable du patient a une connaissance et une expérience des médicaments sédatifs utilisés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

2/Mettre en place un processus collégial et pluri-professionnel de prise de décision de mettre en place ou de poursuivre une sédation

1. L'avis de la personne malade a été recherché	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. 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	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3. La prise de décision fait suite à une évaluation de la situation du patient, associant plusieurs professionnels	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4. La prise de décision fait suite à une ou plusieurs réunions collégiales	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
5. L'équipe a anticipé une réévaluation régulière de la profondeur et de la durée (continue ou non) de la sédation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
6. Les arguments développés lors de la concertation pluriprofessionnelle et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

3/ S'assurer que les objectifs visés par la sédation sont bien compris par les membres de l'équipe prenant en charge le patient

1. Les objectifs de la sédation sont-ils clairement énoncés ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. Ces objectifs ont-ils été discutés au sein de l'équipe ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3. Sont-ils écrits dans le dossier médical du patient ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4. Est-il prévu d'évaluer l'effet de la sédation au regard de ces objectifs ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

4/ Donner au patient, en tenant compte de ses capacités, l'ensemble des informations relatives aux objectifs, aux modalités de mise en œuvre et d'entretien, aux conséquences et aux risques de la sédation, et les retranscrire dans son dossier.


1. Une information a-t-elle été donnée au patient sur les objectifs de la sédation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	IMPOSSIBLE <input type="checkbox"/>
2. Sur les modalités de mise en œuvre de la sédation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	IMPOSSIBLE <input type="checkbox"/>
3. Sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	IMPOSSIBLE <input type="checkbox"/>
4. L'équipe s'est-elle assurée de la compréhension du patient ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	IMPOSSIBLE <input type="checkbox"/>

Pour en savoir plus : <http://www.sfap.org/system/files/guide-2014-sfap-cs.pdf>



Annexe 2. Fiche URGENCE PALLIA

Fiche disponible avec son guide d'utilisation au téléchargement sur le site de la SFAP (<http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>)



Fiche URGENCE PALLIA ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

REDACTEUR Nom : _____ Statut du rédacteur : _____
 Téléphone : _____ ou tampon _____
 Fiche rédigée le : _____

PATIENT M. Mme NOM : _____ Prénom : _____
 Rue : _____ Téléphone : _____
 CP : _____ Ville : _____ Accord du patient pour la transmission des informations Oui Non Imposable
 N° SS : _____ joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél : _____

Médecin traitant : Dr _____ Tél : _____
 Médecin hospitalier référent : Dr _____ Tél : _____
 Service hospitalier référent : _____ Tél : _____
 Lit de repli possible² : _____ Tél : _____
 Suivi par HAD : Oui Non NA _____ Tél : _____
 Suivi par EMSP : Oui Non NA _____ Tél : _____
 Suivi par réseau : Oui Non NA _____ Tél : _____

Autres intervenants à domicile : _____
 (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés : _____

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique : _____

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →) _____

Produits disponibles au domicile
 Prescriptions anticipées : Oui Non NA Projet d'équipe si accord patient impossible

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le _____ Refusée autant que possible NA

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA Décès à domicile : Oui Non NA
 Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA
 Ventilation non invasive : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA
 Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA
 Sédation en cas de détresse algique avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Rédigées le : _____ Tél : _____ Copie dans le DMP

Directives anticipées Oui Non NA Lien : _____
 Personne de confiance _____
 Où trouver ces documents ? _____ Lien : _____ Tél : _____
 Autre personne à prévenir _____

1) NA = Non Applicable ou Inconnu 2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2013-05



Annexe 3. Outil SEDAPALL

Fiche disponible au téléchargement sur le site de la SFAP
<http://www.sfap.org/actualite/sedations>

L'intentionnalité de la sédation est décrite par SEDAPALL sur 3 axes :

- La **durée** prescrite qui doit être classée sur une des 3 possibilités : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (D1 D2 D3). Ce paramètre conditionne la nature de la réversibilité* de la sédation.
- Le **niveau de profondeur** doit être classé sur une des 2 possibilités : proportionnée* ou d'emblée profonde* (P1 P2).
- Le niveau de **consentement*** ou la demande, doit être classé sur une des 4 possibilités : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Il peut aussi s'agir d'une demande* exprimée par le patient (C0 C1 C2 C3).

Chaque situation de décision de sédation peut ainsi être facilement cotée sur chacun des 3 axes (D 1/2/3 ; P 1/2 ; C 0/1/2/3) ce qui représente 24 situations théoriquement possibles.



Typologie SEDAPALL simplifiée

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

Annexe 4. Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD)

Evaluation du caractère réfractaire de la souffrance Fiche repère SFAP Mai 2017

Fiche disponible au téléchargement sur le site de la SFAP
https://sfap.org/system/files/refractaire_v5_24052017_0.pdf

L'objectif de cette fiche est d'éclairer les professionnels de santé dans l'évaluation du caractère réfractaire de la souffrance. Conformément à la loi, c'est lors de la délibération collégiale qui précède la décision médicale que l'équipe en charge du patient devra apprécier le caractère réfractaire. Cette fiche ne concerne ni la procédure à suivre pour cette délibération collégiale (décrite dans un document HAS consacré à la mise en œuvre de la SPCMJD), ni la mise en œuvre de la sédation. Le caractère réfractaire sera analysé ici dans le contexte de l'article L1110-5-2 de la loi, c'est-à-dire celui d'un patient dont le pronostic vital est engagé à court terme, soit de quelques heures à quelques jours (voir fiche SFAP spécifique).



Annexe 5. Le vademécum de l'utilisation du midazolam à visée sédative

Fiche disponible au téléchargement sur le site de la SFAP

<https://sfap.org/actualite/le-vademecum-de-l-utilisation-du-midazolam-visee-sedative>

L'objectif du document est de donner, les repères essentiels d'utilisation du Midazolam à visée sédative en soins palliatifs à la faveur de la modification de son AMM et de sa mise à disposition en ville. Ce document n'aborde pas à dessein l'utilisation du Midazolam à visée anxiolytique, hors AMM. Il s'appuie sur l'ensemble des documents réglementaires et recommandations qui a été produit sur ce sujet.



Notes

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of 25 horizontal dotted lines for writing notes.

A word cloud centered around the word "Patients" in large white font. The background is a solid green color. The words are in various colors (white, red, yellow, green) and orientations (horizontal, vertical, diagonal). The words include: Soutien, Pluridisciplinarité, Qualité, Usagers, Personne de confiance, Droits, Équipe Bénévoles, Équipes ressources, Proches, Confort, Directives anticipées, Partage, Refus, Obstruction déraisonnable, Support, Information, Soulagement, Santé, Aidants, Apaisement, Soins palliatifs, Association, Consentement, Professionnels, Relation de confiance, Dignité, Collégialité, Éthique, Solidarité, Compétences, and Bienveillance.

Soutien Pluridisciplinarité
Qualité
Usagers Personne de confiance
Droits Équipe Bénévoles Équipes ressources
Proches Confort Directives anticipées
Partage Refus Obstruction déraisonnable
Support Information Soulagement
Santé Aidants Apaisement Soins palliatifs
Association Consentement
Professionnels Relation de confiance
Dignité Collégialité Éthique Solidarité
Compétences Bienveillance

Patients

CASSPA 49

15, rue André Boquel 49055 Angers cedex 02

www.casspa49.fr