

Les questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative

Quel est le contexte ?

Phase avancée ou terminale d'une maladie ?
Symptômes réfractaires caractérisés ?
Limitation ou arrêt de traitement ?
Pronostic vital engagé à court terme ?
Patient en capacité d'exprimer sa volonté ?

(Voir fiches repères SFAP et recommandations HAS)

De quelle type de sédation s'agit-il ?

D..... P..... C.....

La durée prévue de sédation (D), sa profondeur (P), le consentement du patient (C) sont analysés préalablement à toute mise en œuvre et tracés dans le dossier du patient.

Outil SEDAPALL (simplifié)

Durée

D1 : Sédation transitoire (réversible)
D2 : Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible)
D3 : Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)

Profondeur

P1 : Sédation proportionnée
P2 : Sédation profonde d'emblée

Consentement

C0 : Absence de consentement
C1 : Consentement donné par anticipation
C2 : Consentement
C3 : Demande de sédation

Les conditions de mise en œuvre d'une sédation continue sont-elles sécurisées ?

- La disponibilité des produits nécessaires à l'obtention d'une sédation est-elle certaine ?
- Leur mode d'administration est-il maîtrisé ?
- La surveillance 24 h/24 (intervention professionnelle dans des délais raisonnables) est-elle prévue et possible par des acteurs formés à ces techniques, et connaissant les textes ?
- Une solution de repli est-elle possible (pour les patients à domicile) ?

Le recours à une équipe référente en soins palliatifs et/ou à un service d'HAD (Hospitalisation à Domicile) est fortement recommandé, surtout en EPHAD ou à domicile.

Le patient et/ou l'entourage ont-ils été correctement informés ?

Explications sur les médicaments utilisés, l'objectif, la profondeur et la durée possible de la sédation.

Le soutien des proches est-il prévu et possible 24 h / 24 ?

Avec l'aide de bénévoles d'accompagnement si possible.

Comment trouver une équipe spécialisée en soins palliatifs ?

Consultez l'annuaire des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement sur le site de la SFAP : <http://www.sfap.org/annuaire>

Comment avoir plus d'informations ?

Site de la **SFAP** (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) : www.sfap.org

Site de la **HAS** (Recommandations officielles) : <https://www.has-sante.fr>

La connaissance des textes et des recommandations reste indispensable dans tous les cas.

Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès - Repères

Est-on dans un des 3 cas particuliers de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès prévus par la loi ?

1. Patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire aux traitements. **D3 P2 C3**
2. Décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engageant son pronostic vital à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. **D3 P2 C3**
3. Patient ne pouvant pas exprimer sa volonté et pour lequel, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie est prise après la mise en œuvre d'une procédure collégiale. **D3 P2 C0**

Qu'est-ce qu'une souffrance réfractaire ?

- La souffrance est définie comme réfractaire 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 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.
- L'évaluation du caractère réfractaire de la souffrance est multidimensionnelle avec prise en compte des aspects physiques, psychologiques, sociaux, familiaux, existentiels et spirituels, contribuant souvent à une souffrance globale.
- L'évaluation est pluri-professionnelle, nécessitant la mise en œuvre d'une procédure collégiale.
- L'évaluation du caractère réfractaire doit être réalisée dans un délai approprié ; elle doit être répétée quand cela est possible, sans retarder la mise en œuvre des moyens adaptés pour soulager le patient.
- Le lien avec une équipe compétente en soins palliatifs est recommandé.
- Le recours à un psychologue ou psychiatre face à une souffrance existentielle ou psychologique est essentiel.

Qu'est-ce qu'un pronostic vital engagé à court terme ?

- Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours.
- Le pronostic doit faire l'objet d'une évaluation lors d'une procédure collégiale afin d'avoir un éclairage pluri-professionnel qui permet une évaluation plus fiable. Afin d'approcher au mieux l'évaluation du pronostic, l'évaluation d'un faisceau de signes cliniques est recommandée. Elle est, entre autres, basée sur l'étendue de la maladie et sa vitesse de progression, la rapidité du déclin fonctionnel, la présence de défaillance d'une fonction vitale.
- Lorsque la demande intervient alors que le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, une sédation profonde et continue jusqu'au décès n'est pas recommandée. En cas de symptôme réfractaire, une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement peut alors être proposée.

Qu'est-ce qu'une procédure collégiale ?

- C'est une réunion de concertation entre le médecin en charge du patient, les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et au moins un médecin extérieur à l'équipe, sans lien hiérarchique avec le premier, appelé en qualité de consultant. (+/- 2ème médecin consultant si nécessaire).
- Cette délibération interdisciplinaire et pluriprofessionnelle est imposée par la loi avant de prendre une décision de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à la demande du patient.
- Elle a pour but de réaliser une évaluation globale de la situation, de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies et de s'assurer que la demande du patient est libre et éclairée.
- Elle n'a pas à porter de jugement de valeur sur la demande du patient et pourra ouvrir la réflexion à la dimension d'incertitude et de doute ainsi qu'à des évolutions du projet de soins.
- La décision de débuter la sédation est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Elle est inscrite dans le dossier médical du patient (traçabilité).