



Questions que vous avez posées...

Pr L. CALVEL

Pr E. PERCEAU-CHAMBARD



- ***Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :***

absence de lien d'intérêts déclarés par les intervenants



Cliquez pour modifier le style du titre

PROCÉDURES TECHNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES



- Utilisation du PROPOFOL pour la SPCMJD ?
- Quelles molécules par voie parentérale recommandées pour une anxiolyse avec le minimum d'effet sédatif ?
- Comment faire la différence entre un symptôme réfractaire et un symptôme résistant ? Quel relevé clinique effectuer ? Quels moyens humains mettre en œuvre ?



- Existe-t-il un protocole pour les sédations d'urgence dans le cadre d'un syndrome hémorragique ou asphyxique chez un patient bénéficiant déjà d'un traitement de fond par MIDAZOLAM ou autre BZD ?



- Avec les avancées en terme de voies d'abord (Midline, Picline) et dans la mesure où les situations d'urgence ont pu être anticipées, compte-tenu de la nécessité d'avoir une action rapide et efficace du midazolam, la sédation par voie sous cutanée a-t-elle encore une place (sauf catastrophe non prévue et pas de voie disponible) ?



- Nous expliquons régulièrement aux patients, aux équipes et aux familles que la mise en place d'une sédation n'accélère pas la venue du décès selon certaines études. Pourrait-on avoir des précisions sur le mode de réalisation des études permettant cette conclusion ?



- Comment mieux utiliser les neuroleptiques dans les pratiques sédatives ; à quel moment les introduire ? comment les associer ?



- Quelles conduites humaines, architecturales, médicamenteuses, en EHPAD avec PUI, peut-on adopter vis-à-vis de patients en démence avancée, dont l'angoisse n'est plus calmée par des benzodiazépines classiques dont le Diazépam à petites doses ?



Cliquez pour modifier le style du titre

REPRÉSENTATIONS/ QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES



- Quelle est la place de la SPCMJD face à la demande de mourir dans un contexte de souffrance existentielle?
- Comment faire face à un patient qui demande une sédation terminale alors qu'elle n'est pas indiquée ?
 - Frontière entre anxiolyse et sédation profonde n'est toujours pas claire et celle entre sédation profonde et suicide assisté est souvent absente dans l'esprit des familles.



- Nous nous interrogeons souvent sur le bénéfice de cette sédation. Est-ce pour calmer le patient ? Pour apaiser la famille ? Pour apaiser l'équipe soignante ? Ne devrait-on pas respecter l'extériorisation de cette angoisse et l'accompagner au maximum par des moyens humains ? N'est-ce pas une camisole chimique ? Ou une solution de facilité car pénurie de professionnelles dans les unités ?



- Dans le cadre de la SPCMJD pourquoi mettre en place une sédation quand décision d'arrêt des traitements de maintien en vie notamment l'arrêt d'hydratation et alimentation ? Quelle intention ?
- Dans le cadre d'une souffrance existentielle pertinence à mettre en place une SPCMJD sachant qu'un traitement anti-dépresseur met plusieurs semaines avant d'avoir un effet et que nous sommes dans le court terme quelques heures à quelques jours ?



- La demande de SPCMJD doit être faite par le patient lui-même. Que faire pour un patient atteint d'une maladie grave responsable de troubles cognitifs évolutifs (glioblastome par exemple, métastases cérébrales) qui écrit ses DA en demandant à bénéficier d'une sédation en fin de vie si son état se dégrade et que sa dépendance devient insupportable, mais qui n'est au fur et à mesure de l'évolution de la maladie n'est plus en mesure de s'exprimer, et de dire si ce qu'il vit est pour lui acceptable ou non ? S'il en a fait part à sa personne de confiance, celle-ci peut-elle en son nom faire la demande de mise en place de la sédation, à partir du moment où les critères cliniques sont présents, avec une fin de vie estimée à une quinzaine de jours ?



- Comment faire pour ne pas avoir le sentiment de priver le patient de communication avec son entourage, voir ce sentiment de donner la mort, bien que l'on sait que ce n'est pas le cas et que c'est pour *son* (le patient) confort ?



- Comment les personnes malades s'approprient-elles la question de la SPCMJD ?
Quelles demandes font-elles aux soignants ?
- Que savons-nous des perceptions des patients ayant « bénéficié » d'une sédation profonde transitoire ?



- Quels sont les arguments, chez le patient répondant aux critères de mise en place d'une SPCMJD pour viser le côté profond sans proposer de manière systématique une proportionnalité de la sédation ?



- Est-ce une intuition, une réalité, une idée reçue de penser que la SPCMJD est une pratique dont la fréquence d'emploi est très divergente d'une USP à l'autre ? Quels facteurs peuvent l'expliquer ?



- Comment peut-on lutter contre une tendance des acteurs de soin et d'une demande de la société, de proposer des sédations de manière presque systématique à toutes les personnes en fin de vie, au risque de les faire taire trop précocement, de manière excessive voire comme si la personne qui était en train de mourir n'avait plus le droit de parole...comme si l'on devait toujours dormir avant de mourir?



- Dans une ambiance hospitalière dans laquelle le raccourci entre sédation et sédation profonde et continue est très fréquemment fait, comment continuer à proposer et défendre d'autres formes de sédation , notamment transitoire et proportionnée ?



- La mise en place d'une sédation proportionnée fait-elle recours à la Loi Claeys-Léonetti 2016 ?
- Qu'en est-il de *sa* (la loi) réévaluation à 2 ans ?



Cliquez pour modifier le style du titre

DOMICILE



- Comment organiser de manière collégiale des sédations au domicile? Le recours aux HAD est-elle la solution la plus adéquate?



- Doit-on ou plutôt peut-on (en sécurité pour tous patient, entourage, soignants) réaliser tout type de pratique sédative à domicile ?
- Les sédations proportionnées transitoires (comme les sédations nocturnes) ou les sédations profondes d'emblée pour détresse sont réalisables. La SPCMJD nous pose en revanche un réel problème pratique alors que le législateur nous demande de pouvoir la mettre en oeuvre Y COMPRIS à domicile. Les choses ont-elles donc changé depuis les décrets et les recos HAS ?



- Quelle mise en place pratique à domicile ?
comment adapter les doses la nuit si besoin ?
protocole précis sur l'annexe d'une fiche
Urgence Pallia ? dans le cadre de l'HAD
uniquement pour qu'on ait l'astreinte qui
sécurise ?



- Avez vous une expérience de SPCMJD à domicile ? Si Oui, avec quels moyens ?
- Pourriez vous me conseiller un circuit "court" pour la délivrance de l'hypnovel en ville ?
- La SPCMJD est-elle vraiment réalisable dans de bonnes conditions à domicile ? ou est-ce un leurre ?



Cliquez pour modifier le style du titre

INSTITUTION / ENSEIGNEMENT



- Comment aborder la sédation dans des services non dédiés aux SP, si pas de formation institutionnelle ? Est-ce possible de mettre en place une SPMCJD sans EMSP ou IDE formées ?