

LA SEDATION

Anne RICHARD Médecin Saint-Etienne

Définition

La sédation, en médecine palliative, consiste à endormir un malade, par l'administration d'un médicament, pour diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation qu'il juge insupportable. Il peut s'agir de douleurs physiques et/ou psychologiques, d'une difficulté respiratoire, d'une agitation ou angoisse majeure....que les traitements proposés ne suffisent pas à soulager.

C'est le malade qui juge qu'il ne supporte plus la souffrance (physique ou psychique)

La sédation peut être intermittente, transitoire ou continue. Le malade se réveille si les médicaments sont interrompus.

Rappel

Notre « état de conscience » se modifie soit de façon physiologique (normale), soit de façon pathologique, c'est-à-dire suite à un dysfonctionnement ou à l'administration de certains médicaments. Afin de comprendre ce qu'est le « sommeil induit » par un médicament, il est utile de rappeler quelques définitions.

Etats de conscience modifiés en physiologie :

La vigilance est l'état d'éveil (ou de veille) qui permet l'attention

La somnolence est la tendance à l'endormissement spontané en l'absence de toute stimulation.

Le sommeil est un état physiologique qui **alterne avec l'état de veille**.

Il est réversible avec une stimulation

La conscience est l'ensemble des activités cognitives qui nous permettent d'attribuer une signification aux stimulations qui nous entourent et d'y répondre de façon appropriée.

Elle implique la vigilance (l'éveil), un fonctionnement sensitif normal et un fonctionnement du cortex cérébral.

Etats de conscience modifiés en pathologie :

Le coma est une abolition de la conscience, mais contrairement au sommeil, il est non réversible sous l'influence de stimulations.

Le coma est plus ou moins profond. Plusieurs stades sont identifiés. L'échelle de Glasgow permet d'évaluer la profondeur du coma en établissant un score en fonction des réponses à des stimulations. Elle va de 15 (conscience normale) à 3 (coma profond).

Le coma végétatif chronique : C'est l'état clinique dans lequel se trouve un malade qui est sorti partiellement du coma profond. Il ne dépend plus d'une machine pour respirer, présente un cycle veille-sommeil mais sans manifestation de la conscience.

L'état pauci-relationnel : Le malade a un cycle veille-sommeil et suit du regard sans communiquer pour autant.

Le coma peut être provoqué par des médicaments. Il est alors plus ou moins profond selon le but recherché (sédation, anesthésie, réanimation)

Ces rappels permettent de comprendre plus facilement la définition officielle :

"La sédation en phase terminale pour détresse est la 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 disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient. »

La sédation est une pratique médicale rigoureuse

La SFAP a rédigé, en 2004 et en 2009, des recommandations sur la « sédation en phase terminale ». Celles-ci ont été validées par la Haute Autorité de Santé.

Les indications sont codifiées :

1. Les complications aiguës à risque vital immédiat : Hémorragie massive extériorisée ou détresse respiratoire asphyxique. Dans ces deux cas, la possibilité de la sédation a été discutée avec le malade de façon anticipée de façon à ce qu'elle soit mise en route en urgence.

2 - Symptômes réfractaires, vécus comme insupportables par le patient. Il peut s'agir de douleurs rebelles, de détresse respiratoire, angoisse, agitation, confusion, panique, vomissements, mouvements anormaux, hémorragie.... C'est le caractère réfractaire et insupportable pour le patient (et non le symptôme lui-même) qui est pris en compte.

3- Les souffrances à dominante psychologique ou existentielle.

La réponse à ces situations toujours singulières et complexes ne peut se réduire au seul domaine médical et pharmacologique. La sédation n'est qu'une possibilité parmi les prises en charges proposées.

4 - Les arrêts de traitements dans le cadre de la loi Léonetti.

5 – En néonatalogie, lorsqu'une décision de non réanimation a été prise.

La pratique de la sédation doit respecter des règles très précises :

1. Des conditions préalables pour réaliser une sédation sont indispensables :

- A l'hôpital : Nécessité de pouvoir faire appel à une équipe compétente en soins palliatifs

- En EHPAD ou à domicile : Nécessité de soignants formés, disponibles et d'un entourage consentant et présent.

2. La prise de décision

C'est le patient qui juge que la situation est insupportable pour lui. Dans les rares cas où le malade est conscient mais ne peut pas s'exprimer, le médecin consulte les directives anticipées ou à défaut la personne de confiance ou à défaut l'entourage.

Le diagnostic du symptôme est revu, on vérifie si tous les traitements ont été essayés.

La discussion en équipe éclaire la décision qui relève du médecin.

Le médecin informe le malade des modalités et des risques

Les proches sont informés mais ce n'est pas à eux de donner un consentement.

Toute cette procédure est retranscrite dans le dossier

3. La mise en œuvre de la sédation

- Les médicaments utilisés sont des « narcotiques », c'est-à-dire qu'ils endorment le patient plus ou moins profondément en fonction de la dose administrée. Le midazolam (Hypnovel*) est le médicament choisi en première intention. Il est anxiolytique (supprime l'anxiété) à faible dose et narcotique (fait dormir) à doses plus élevées. L'intérêt de ce médicament est son délai d'action très rapide (1 à 3 mn si injecté par voie intraveineuse, 15 à 20 mn si injecté par voie sous-cutanée). D'autres narcotiques peuvent le remplacer en cas d'inefficacité. A noter qu'il ne s'agit pas des mêmes produits que ceux qui sont utilisés pour l'euthanasie ou le suicide assisté, ces derniers ayant pour propriété de provoquer directement la mort.

- L'administration du médicament se fait par voie intraveineuse si le malade a déjà des perfusions, sinon par voie sous-cutanée. La dose nécessaire, variable d'un malade à l'autre, est établie pas une « titration » : une dose de base est injectée puis augmentée jusqu'à obtention du sommeil voulu. La dose efficace, appelée « dose de titration », est ensuite renouvelée par une administration continue (perfusion ou seringue électrique). La surveillance du malade est faite avec une échelle de vigilance, évaluant la profondeur du sommeil. Doses utilisées et surveillance sont retranscrites dans le dossier du patient.

- Les traitements assurant le soulagement des symptômes douloureux (antidouleurs, antiémétiques...) sont poursuivis tout au long de la sédation.
- L'accompagnement du malade se poursuit tout au long de la sédation. En aucun cas la sédation ne doit être une rupture dans l'accompagnement

4. Des effets indésirables peuvent survenir : encombrement et infection bronchique, rétention urinaire, accumulation des médicaments en cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique, confusion, dépression respiratoire,...

Il peut arriver que la sédation accélère la survenue du décès du fait des effets indésirables des médicaments, cardio-vasculaires ou respiratoires, pouvant survenir plus facilement chez un malade très fragile. L'objectif de la « sédation en phase terminale » n'est pas de provoquer la mort (comme c'est le cas de l'euthanasie) mais de soulager le malade en l'endormant pour qu'il ne vive pas l'effroi d'une situation qu'il redoute. Lors de l'information avant la mise en route de la sédation, le médecin doit informer le malade des modalités et du risque d'accélérer la survenue du décès. (art 2 de la loi du 22 avril 2005)

A noter : Dans sa contribution rendue publique en février 2013, le Conseil National de l'Ordre des Médecins évoque les conditions dans lesquelles pourrait être mise en œuvre une sédation et parle de « sédation terminale ». La SFAP a attiré l'attention sur cette expression de « sédation terminale » jugée ambiguë et impropre. En effet, il ne faut pas confondre une sédation qui serait administrée dans une intention de provoquer le décès (utilisation voulue de doses trop élevées) et une « sédation administrée en phase terminale d'une maladie » dans l'objectif de soulager, quelles qu'en soient les conséquences, un malade qui présente une situation de souffrance insupportable.

Quel rôle pour le bénévole ?

Par sa formation et son expérience, il n'est pas effrayé par la situation.

Sa simple présence est rassurante et apaisante. Le bénévole est une aide pour le malade et surtout pour la famille souvent désemparée face à un proche qui ne communique plus.

Le bénévole est à l'écoute de l'entourage qui peut exprimer sa souffrance. Il peut expliquer des situations qui effrayent parfois les proches. Il indique aussi aux familles l'importance de leur présence et la nécessité de diversifier les moyens de communication.

Si le bénévole est une présence neutre particulièrement importante pour les malades ayant peu ou pas de visites, il permet avant tout à l'accompagné de rester humain et vivant jusqu'au bout. Il est aussi le témoin de pratiques. Mais s'il doit repérer ce moment offert (évoqué souvent en terme de cadeau par les accompagnants), il est capital de ne pas prendre possession de la situation, de garder la juste distance et de s'interroger : est-ce pour lui, est-ce pour moi ?

En conclusion

Supprimer la communication d'une personne en fin de vie est un geste grave nécessitant une vigilance éthique. La sédation doit être pratiquée avec des règles rigoureuses d'indications, de mise en œuvre et de surveillance, ce qui permet d'éviter les dérives.

«Faire dormir un patient» doit garder un sens d'accompagnement et non de rupture. Chacun a sa place auprès du malade que ce soit l'entourage, l'équipe médicale et soignante ou le bénévole, assurant ainsi à celui qui arrive au terme de son existence et dont les douleurs sont insupportables, une fin de vie digne à laquelle toute personne humaine doit pouvoir prétendre.
