

PREREQUIS

SEDATION en situation palliative au domicile ou en EHPAD

SEDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES SPCMD

Validation juin 2019

Définition

La sédation en situation palliative 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 autres moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre le soulagement escompté.

La Sédation Profonde et Continue maintenue jusqu'au décès-SPCMD

est la suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès.

Loi du 2 février 2016 (articles L. 1110-5-3 et L. 1110-5-2).

Elles se différencient des pratiques anxiolytiques qui n'entraînent pas d'altération significative de la vigilance.

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 ?

Symptômes réfractaires caractérisés

- Hémorragie massive, asphyxie, détresse respiratoire
- Souffrance réfractaire du patient.

De quel type de Sédation s'agit-il ? Durée Profondeur Consentement

Durée : Sédation **intermittente, transitoire ou continue.** »

Profondeur : Elle peut être **proportionnée ou profonde d'emblée**

Consentement : Oui - Non

ASSOCIATION NEPALE • ESSONNE-NORD

CLIC • MAIA • RÉSEAU DE SANTÉ PLURITHÉMATIQUE

Pronostic vital engagé à court terme :

Espérance de vie de quelques heures à quelques jours.

Demande de SPCMD : deux cas de figure : Patient en capacité d'exprimer sa volonté

<p><u>Patient en capacité d'exprimer sa volonté :</u></p>	<p>Si souffrance réfractaire aux traitements</p> <p style="text-align: center;">Et</p> <p>Affection grave et incurable</p> <p style="text-align: center;">Et</p> <p>Pronostic vital engagé à court terme</p>	<p>Si arrêt des traitements de maintien artificiel en vie à sa demande engage son pronostic vital</p> <p style="text-align: center;">Et</p> <p>Risque d'entraîner une souffrance insupportable,</p>
<p><u>Patient ne pouvant exprimer sa volonté :</u></p>	<p>Si le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, il met en œuvre une SPCMD sauf si le patient s'y est opposé dans ses directives anticipées. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé des motifs du recours à la SPCMD.</p>	

Une Procédure collégiale est organisée

Elle concerne **tous les professionnels impliqués** dans la prise en charge du patient et **un médecin extérieur** appelé en qualité de consultant. Celui-ci peut être un médecin coordinateur de Réseau, un médecin de l'EMSP, un confrère libéral ou médecin référent hospitalier.

L'équipe qui mettra en œuvre la sédation profonde doit avoir participé à la procédure collégiale

La personne de confiance, les proches sont informés de cette procédure.

La décision est tracée dans le dossier du patient.

Une personne mineure, dès lors qu'elle est douée d'une capacité de discernement jugée suffisante, peut demander la mise en œuvre d'une SPCMD. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire (cf. § 3.2.4).

Une personne majeure protégée prend elle-même les décisions touchant à sa personne. Si elle ne peut pas prendre seule une décision éclairée, le tuteur l'assiste ou la représente selon l'évolution de son état de santé. Le tuteur ne peut pas demander une SPCMD sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille, mais son consentement est requis⁶ pour la mettre en œuvre.

Conditions de mise en œuvre d'une sédation continue

Participation de l'équipe de soins au processus conduisant à la prise de décision
Compréhension des participants des raisons de la sédation et des objectifs des soins

Différence avec euthanasie explicite et intégrée : Cf annexe

Prise en compte de la souffrance des soignants

Le médecin référent doit s'appuyer sur une équipe compétente en soins palliatifs. L'équipe qui prend en charge le patient s'appuie sur les structures disponibles : RESEAU, EMSP, HAD disposant d'une équipe ayant les compétences en soins palliatifs.
En leur absence, elle **prend contact avec une équipe spécialisée en soins palliatifs**

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

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

Le soutien des proches est-il prévu et possible ? Cf Fiche HAS (https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc_sp_a_domicile__web.pdf),

S'assurer d'un relais continu faisable de l'entourage capable d'alerter (proches, bénévoles, auxiliaires de vie, etc.); ces aidants doivent avoir été informés et éduqués sur la conduite à tenir en cas d'événement inattendu et sur « qui appeler à quel moment ? ».

Prévoir et réserver un lit de repli en USP ou à défaut en établissement de santé en cas d'échec ou d'impossibilité à poursuivre la sédation ;

Etablir une fiche de synthèse liaison de type Urgence Pallia ou document de liaison et contacter le médecin régulateur du centre 15 ou de permanence des soins, médecin effecteur SAMU, avant la mise en route de la SPCMD.

Initiation et surveillance de la sédation

Le médecin référent responsable de la décision, rédige la prescription : il prend conseil, si besoin, auprès du médecin du réseau, de l'EMSP, de l'équipe référente en soins palliatifs.

Au domicile ou en EHPAD, délivrance du MIDAZOLAM, obtenue par rétrocession par une pharmacie hospitalière sous condition d'un accompagnement par une équipe palliative joignable par téléphone 24 h / 24 ou HAD : le médecin qui prend en charge le patient le prescrit en précisant : « dans le cadre d'une prise en charge palliative » (décret 2004).

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 ou l'équipe infirmière et médicale surveillent le patient jusqu'à ce qu'il soit stabilisé (score - 4 à - 5 sur l'échelle de Richmond (fiche repère annexe 1) ce qui peut nécessiter 1 à plusieurs heures ; puis, une étroite collaboration médecin-infirmier(ère) est nécessaire :

Evaluation : Par l'infirmier(ère) : au moins 2 fois par jour au domicile, au moins 3 fois par jour en Ehpad Par le médecin une fois par jour.

L'équipe soignante, médecin, IDE doit être à tout moment joignable pour pouvoir intervenir.

Mise en œuvre thérapeutique et surveillance

Les consignes doivent être laissées par écrit : protocole pour l'administration et la surveillance du traitement, conduite à tenir en cas d'événement inattendu, d'urgence.

Le médicament de première intention et de référence est le Midazolam. Des associations médicamenteuses sont possibles en cas de difficultés (neuroleptiques)

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

Evaluation et surveillance :

- Les éléments de cette surveillance seront notés sur un cahier de liaison à domicile et en EHPAD,
- Evaluation de la profondeur de la sédation toutes les 15 minutes pendant la 1re heure.
- Puis au minimum : 2 fois par jour au domicile, 3 fois par jour en EHPAD
- **Degré de soulagement des symptômes**
- **Poursuite des mesures d'accompagnement du patient (soins et symptômes)**

- Effets indésirables : réveil, syndrome confusionnel, tachyphylaxie, vomissements, etc.
- La surveillance des paramètres physiologiques (tension artérielle, saturation en oxygène) est arrêtée en dehors de la surveillance du rythme respiratoire et du pouls.
- Accompagnement Soutien de l'entourage renforcé
- Réunions de débriefing après le décès, permettant à l'équipe soignante de reparler de la situation

Procédure Collégiale Définition (Article R. 4127-37-2)

Aucune décision provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD), associée à une analgésie, ne peut être prise sans qu'une Procédure Collégiale ne soit mise en œuvre, que la personne puisse ou non exprimer sa volonté.

Cette procédure doit permettre au médecin de s'assurer que la situation du patient répond bien aux conditions de recours à la SPCMD prévues par la Loi.

La Procédure Collégiale est une concertation avec les membres de l'équipe de soins, et le recueil de l'avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant. Celui-ci est étranger à l'équipe de soins qui assure la prise en charge du patient. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant.

Au préalable, le médecin en charge du patient recherche l'existence de Directives Anticipées si elles existent, puis le témoignage de la Personne de Confiance ou à défaut de l'entourage.

Puis il recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, prend l'avis du consultant.

Au terme de la Procédure Collégiale, le médecin référent de la prise en charge prend sa décision.

Comment trouver une équipe spécialisée en soins palliatifs

Cf Annexe Voir fiche SFAP