

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 13 Août 2024

Sédation palliative: pour qui? quand? comment?

Dre Nathalie Dieudonné Rahm, médecine palliative

Cette présentation est basée sur les dernières recommandations de la société européenne de soins palliatifs ([EAPC, 2024](#)).

La sédation palliative a pour but de soulager une souffrance réfractaire par l'administration proportionnée et monitorée de sédatifs pour diminuer la conscience de patients ayant une maladie qui limite le pronostic...

C'est une décision avec des conséquences sociales et éthiques nécessitant d'être prise en compte par le patient, ses proches et les équipes.

Grands principes:

- Indication: doit être définie et documentée
- Symptôme réfractaires: malgré des mesures au niveau expert, restent insupportables → dyspnée, contusion, angoisse...
- Intentionnalité: Le but est de diminuer la conscience, pas de hâter le décès
- Proportionnalité: la sédation ne doit pas être plus profonde que nécessaire

Le processus décisionnel est complexe. Avant de poser l'indication, il faut une évaluation complète ainsi qu'une réunion avec l'équipe et une réunion avec le patient et ses proches.

- Non-indication si le patient souhaite mourir ou si c'est la souffrance d'un tiers (des proches, de l'équipe)
- Indication de sédation temporaire: si souffrance existentielle, insomnie pénible, pour une procédure spécifique
- Indication de sédation continue:
 - Anticiper une crise: hémorragies, détresse respiratoire...
 - Soulager des symptômes réfractaires insupportables
 - Retrait thérapeutique

C'est une décision qui prend du temps, compter 7 jours, car le sujet est délicat, tant avec les proches que pour l'équipe.

Une attention particulière doit être apportée au partage d'information et à la documentation, pour s'assurer que la décision soit prise de manière éthique:

→ date de première considération pour sédation, symptômes réfractaire, date d'information au patient et de consentement, quand et quels proches informés, mode de sédation (continu, intermittent, souhait de réveil après x temps), poursuite vs arrêt de l'hydratation/la nutrition, préférences et valeurs de soins du patient et de ses proches.

Traitements

En cas de délirium, les sédatifs sont insuffisants et doivent être associés à un antipsychotique.

Tous les traitements qui n'ont pas d'impact sur le confort doivent être suspendus.

Les opiacés soulagent douleur et dyspnée, mais ne sont pas des sédatifs intentionnels.

Le dosage initial vise généralement à obtenir une sédation légère à modérée (-1,-2), mais en cas de crise aiguë (détresse resp. , hémorragie) il est recommandé de commencer par une dose permettant une sédation profonde (-3,-4)

La profondeur de sédation est mesurée avec l'échelle [RASS-Pal](#). A -2, une sédation légère permet un contact visuel de ≤ 10 s. A -4, la sédation profonde offre des mouvements oculaires et du corps à la stimulation tactile légère, sans réponse à l'appel.

Première étape: sédation par midazolam (2.5mg sc ou 5-10mg sc). ou lorazepam

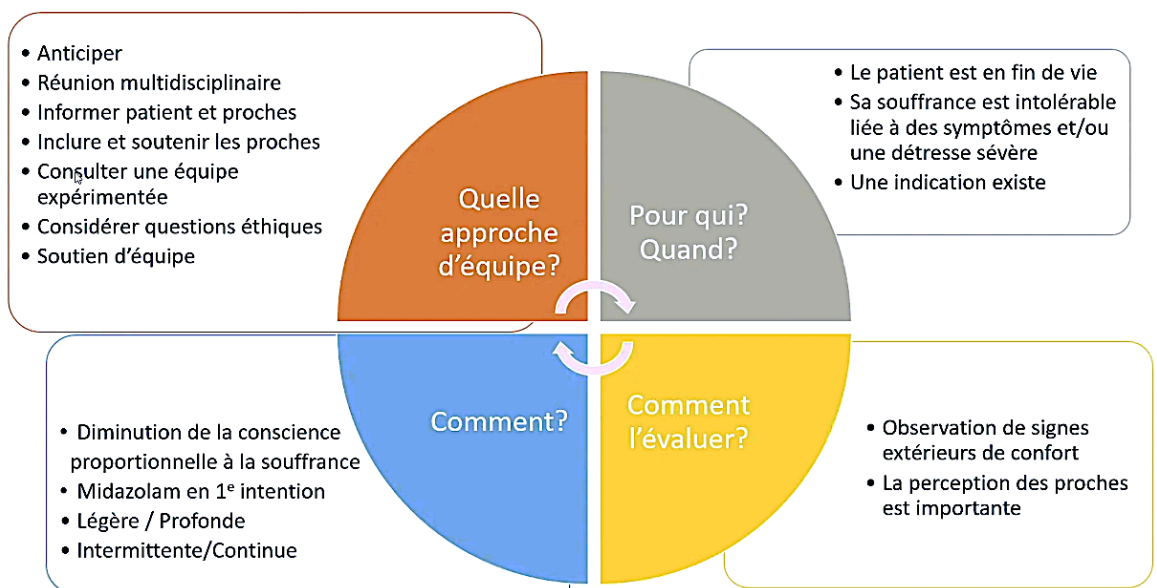
Si échec: ad étape 2: Levomepromazine ou chlorpromazine

Si échec, ad étape 3: propofol

Le soutien aux proches et aux collaborateurs est essentiel. La situation et l'objectif de la sédation doivent être bien compris → colloques, débriefs, supervision, amélioration continue.

Les proches sont à intégrer au plus tôt dans le processus décisionnel, afin qu'ils aient le temps de se faire à l'idée. A moins d'une situation urgente, leur donner l'opportunité de dire au revoir (adieu). Il faut les guider pour soutenir le patient, les tenir informés tout au long de la sédation, leur permettre de rencontrer l'équipe et leur fournir soutien émotionnel et spirituel.

En résumé



Comment faire mieux?

- La standardisation de la procédure permet une meilleure prise en charge. Aux HUG, il existe un protocole pour les urgences, un pour les soins intensifs, un pour la médecine palliative...
- Privilégier initialement une sédation légère et temporaire.
- Déclarer les incidents, travailler les insatisfactions, se soutenir en équipe: "defusing" → libérer et discuter des émotions vécues lors de la procédure, avant un vrai debrief.
- Anticiper, efforts d'information et de documentation
- Surveillance des prescriptions de midazolam dans le TBO pour avoir une idée du taux de patients sédatisés
- Soutien d'expert aux équipes



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch