

SOINS PALLIATIFS & SEDAPALL

Outil de typologie des pratiques sédatives à visée palliatives

Pourquoi et comment utiliser SEDAPALL ?

Les pratiques sédatives à visée palliative désignent la mise en œuvre pharmacologique d'une altération de la vigilance (altération de la conscience) permettant de soulager **un symptôme, une souffrance** (physique ou psychique) **dits réfractaires** (qui n'a pas pu être soulagé autrement)...cf fiches Compas Sédation. Il ne s'agit pas de pratiques anxiolytiques (anxiolyse sans altération de la vigilance) ni d'une aide médicalisée à mourir.

Avant la mise en œuvre d'une pratique sédative, il est donc nécessaire de

- ▶ Mener une réflexion collégiale et pluridisciplinaire avec une analyse du contexte
- ▶ De vérifier le respect du cadre de la loi du 2 février 2016 s'il s'agit d'une sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD).
- ▶ De déterminer avec outils Sédapall les types de sédation. Cet outil aide à clarifier **l'intentionnalité de la décision en déterminant trois axes** : la **durée envisagée**, la **profondeur visée** et la **nature du consentement du patient**.

SEDAPALL permet de clarifier ce que l'on va faire et de faire ce que l'on dit. La typologie peut être réadaptée en fonction de l'évolution de la situation. La démarche est expliquée auprès du patient et/ou de la personne de confiance et/ou des proches. Une traçabilité de la réflexion, de la décision et de l'information est nécessaire.

SEDAPALL, classification simplifiée des sédations

| Axe D : Durée prescrite | Type |
|---|------|
| Sédation transitoire (réversible) | D1 |
| D'une durée indéterminée (potentiellement réversible) | D2 |
| Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible) | D3 |
| Axe P : Profondeur | Type |
| Sédation proportionnée | P1 |
| Sédation profonde d'emblée | P2 |
| Axe C : Consentement/Demande | Type |
| Absence de consentement | C0 |
| Consentement donné par anticipation | C1 |
| Consentement | C2 |
| Demande de sédation | C3 |

LA DUREE : prévue pour la sédation ?

| | | |
|---|---|--|
| <p><u>Transitoire, réversible : D1</u> -Durée prévue dans la prescription, déterminé à l'avance : début à tel heure, arrêt à telle heure</p> <p>-Réversibilité (réveil) programmée</p> <p>Ex : soins, insomnie réfractaire, autres</p> | <p><u>Durée indéterminée, Potentiellement réversible : D2</u> -Arrêt non programmé au moment de la mise en œuvre (contrairement au D1).</p> <p>-Mais réflexions sur les conditions qui conduiront à stopper ou non l'administration des agents sédatifs.</p> <p>Ex : hémorragie, asphyxie, autres</p> | <p><u>Maintenue jusqu'au décès Irréversible : D3</u> -Correspond à la Loi Clayes et Léonetti de de 2016</p> <p>-Nécessité d'une décision collégiale</p> |
|---|---|--|

LA PROFONDEUR : appréciée par échelle de Richmond

Proportionnée P1

- Ce qui est nécessaire pour soulager le patient des symptômes réfractaires
- Ce n'est pas un niveau de RASS

Profonde P2

- Atteindre un score de Richmond - 4 ou -5

ou RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

| Pointage | Niveau | Comportement observable |
|----------|-------------------|--|
| +4 | Combatif | Combatif, danger immédiat envers l'équipe. |
| +3 | Très agité | Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe |
| +2 | Agité | Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur |
| +1 | Nerveux | Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs |
| 0 | Réveillé et calme | |
| -1 | Somnolent | Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec) |
| -2 | Sédation légère | Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec) |
| -3 | Sédation modérée | N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel |
| -4 | Sédation profonde | Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |
| -5 | Non stimuable | Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |

LA NATURE DU CONSENTEMENT DU PATIENT

| <u>Absence de consentement C0</u> | <u>Consentement anticipé C1</u> | <u>Consentement : C2</u> | <u>Demande de sédation C3</u> |
|--|--|--------------------------|-------------------------------|
| - Patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté - Consentement non recueilli (avec argumentation) | - Consentement anticipé recueilli oralement (ne peut pas consentir au moment de la mise en œuvre) - Consentement exprimé dans les directives anticipées | Accord direct du patient | Demande spontanée du patient |

EN PRATIQUE

Chaque situation de décision de sédation peut être cotée sur chacun des 3 axes :

Exemple : Patient, 82 ans, en insuffisance cardiaque terminale avec artérite oblitérante des membres inférieurs. En position assise 24H/24. Douleurs permanentes (ulcères des MI avec pied nécrosé), jugées insupportables par le patient et réfractaires par les médecins, malgré un traitement antalgique. Le patient refuse tout traitement qui altère la vigilance. Proposition sédation transitoire pour les pansements, acceptée par le patient => SEDAPALL D1 P1 C2

Tracer par écrit la décision (avec appui de la classification), la prescription, la surveillance

| Contacts utiles | Références bibliographiques |
|---|---|
| COMPAS Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1 02.40.16.59.90 | Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 et décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 Manuel de soins palliatifs DUNOD 5^{ème} éd. 2021-pages 564 à 571 |
| UNITE DE SOINS PALLIATIFS Site hospitalier Laënnec CHU Nantes 02.53.48.27.33 | Recommandations HAS fév 2020 et Fiches Repères de la SFAP 2017 |