

SOINS PALLIATIFS & PRATIQUES SEDATIVES

Définition de la sédation

« La **sédation** 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.

La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue. »

Définition de la SFAP

Types de sédation

Sédation d'urgence : il s'agit d'altérer la vigilance d'un patient lors d'un événement aigu telle qu'une hémorragie massive ou une dyspnée asphyxique par exemple. On réalise une induction* de la sédation : en première intention, Midazolam 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes jusqu'au soulagement.

Sédation proportionnée : La profondeur de la sédation est proportionnelle au soulagement du patient. Il y a une induction puis la mise en place d'un débit d'entretien maintenant le degré de sédation souhaité par le patient. La durée de la sédation est fonction de la présence des symptômes réfractaires et/ou du désir du patient.

Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès : Il s'agit d'altérer complètement la conscience du patient avec comme objectif un RASS de -4 à -5. La titration* puis le débit d'entretien permet de maintenir cet état jusqu'à la survenue du décès. Cf. Fiche pratique consacré à ce type de sédation.

La sédation n'est pas...

- Une anxiolyse
 - L'effet indésirable d'un médicament
 - Un trouble de la vigilance chez un patient en fin de vie
- Et ce n'est pas non plus une euthanasie

Conditions d'application

Les équipes doivent avoir une compétence en soins palliatifs (expérience, formations) pour pratiquer une sédation. Si cette compétence n'est pas présente, il y a nécessité de faire appel à des personnes ressources (équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, réseau de soins palliatifs, USP, etc.)

La prise de décision d'une sédation fait suite à une procédure collégiale multidisciplinaire, intégrant le consentement du patient chaque fois qu'il est possible de le recueillir. La décision de sédation doit être prise par le médecin en charge du patient, après, autant que possible, avis d'un médecin compétent en soins palliatifs. Le patient, sa personne de confiance, ses proches sont informés de la décision.

Les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient.

*Induction : action d'administrer une dose dite « de charge » tel qu'un bolus intraveineux par exemple pour atteindre le plus rapidement un état (antalgie, sédation) par opposition à un débit d'entretien.

*Titration : augmentation progressive de la posologie d'un traitement en fonction de la réponse du patient.

Un outil, le SEDAPALL permet de préciser le type de sédation que l'on souhaite mettre en place :

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	C1
Consentement donné par anticipation	C2
Consentement	C3
Demande de sédation	C4

L'échelle de Richmond permet d'apprécier la profondeur de la sédation :

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

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)

Contacts utiles	Références bibliographiques
COMPAS Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1 UNITE DE SOINS PALLIATIFS Site hospitalier Laënnec CHU Nantes	02.40.16.59.90 02.53.48.27.33 Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie Recommandations de la SFAP Fiche SEDAPALL , Devalois B., Broucke M., Copel L., Mauviel M. Pratiques sédatives p.536 à 612 - Manuel de soins palliatifs - 5 ème édition Dunod – Paris 2021