

SOINS PALLIATIFS

&

SEDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES

LEGISLATION ET RECOMMANDATIONS

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

- ▶ "La **sédation profonde et continue** est la suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès"

Recommandations HAS

Loi du 2 février 2016 : Art. L. 1110-5-2

Afin « d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une **sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès**, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre. »

Extrait de la Loi du 2 Février 2016

Une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, ce n'est pas...

- Une anxiolyse
 - Une sédation d'urgence
 - Une sédation proportionnée
- Et ce n'est pas non plus une euthanasie

Conditions d'application

Tout patient a le droit de bénéficier d'une sédation profonde et continue si ces 3 critères sont présents :

- Pathologies graves, incurable et évolutive
- Symptômes réfractaires présents ou prévisibles
- Pronostic vital engagé à court terme

Dans ces situations :

- A la demande du patient
 - face à une souffrance insupportable réfractaire aux traitements
 - lorsqu'il demande un arrêt de traitement qui engage son pronostic à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
- Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

Procédure collégiale

« La sédation profonde et continue [...] est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.

Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant.

L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. »

Extrait de la Loi du 2 Février 2016

Repères de la SFAP

Engagement du pronostic vital à court terme

Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de **quelques heures à quelques jours**.

- L'évaluation pronostique doit être **pluri professionnelle**.
- L'appui à une **équipe ressources en soins palliatifs** peut être d'une aide précieuse dans cette évaluation
- Avec évaluation d'un faisceau de signes cliniques (atteintes de organes vitaux, anorexie/cachexie, oligoanurie, dyspnée...) et notamment la baisse du **Palliative Performance Scale * (PPS)** de 40% ou 30% à 20% en 3 jours qui évoque un décès en moins de 2 semaines.
- Dans l'éventualité d'un pronostic vital non engagé à court terme, une **sédation réversible de profondeur proportionnée** au besoin de soulagement est discutée avec le patient

*échelle de performance pour patients en soins palliatifs

Caractère réfractaire d'une souffrance

La souffrance est définie comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été **proposés et/ou mis en œuvre** :

- sans obtenir le soulagement escompté par le patient,
- ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables
- ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.

Le patient est le seul à pouvoir apprécier le **caractère insupportable de la souffrance**, du délai ou des effets indésirables.

L'évaluation du caractère réfractaire est **pluri-professionnelle** : membres de l'équipe soignante et/ou médico-sociale, équipe compétente en soins palliatifs, psychiatre ou psychologue clinicien, spécialiste si besoin (algologue, anesthésiste..).

L'évaluation doit être réalisée dans un **délai approprié et répétée** sans pour autant retarder la mise en œuvre de la sédation.

Contacts utiles

COMPAS Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1	02.40.16.59.90
UNITE DE SOINS PALLIATIFS Site hospitalier Laënnec CHU Nantes	02.53.48.27.33

Références bibliographiques

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès

Recommandations HAS
Fiches Repères de la SFAP