

# PROTOCOLE DE SEDATION POUR DETRESSE EN PHASE TERMINALE

*Selon les recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*

« La sédation pour détresse en phase terminale est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but 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 oeuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient. »

## VISES DE LA SEDATION EN PHASE TERMINALE

- Une somnolence provoquée
- Une perte de conscience provoquée :
  - Coma provoqué transitoire (sédation intermittente)
  - Coma provoqué non transitoire (sédation prolongée)

## INDICATIONS DE LA SEDATION EN PHASE TERMINALE

### 1. SITUATIONS AIGUES A RISQUE VITAL IMMEDIAT :

- **Hémorragies cataclysmiques** notamment extériorisées (sphère ORL, pulmonaire, digestive)
- **Détresses respiratoires asphyxiques** (sensation de mort imminente par étouffement avec réaction de panique)

**La sédation est alors un geste d'urgence pouvant influencer sur le moment de la mort. Dans la mesure du possible, la prescription de la sédation doit être une prescription anticipée.**

### 2. SYMPTOMES PHYSIQUES REFRACTAIRES, VECUS COMME INSUPPORTABLES PAR LE PATIENT

On entend par symptôme réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

## MODALITES PRATIQUES DE LA SEDATION EN PHASE TERMINALE

### 1. CONDITIONS PREALABLES

- **Organisation de l'équipe** : prise de décision en équipe, trace écrite dans le dossier médical, connaissance des médicaments à utiliser, contexte et intention de la démarche clairs pour l'équipe.
- **Anticipation** : la décision de sédation doit être assez anticipée pour permettre l'information voire le consentement du patient.
- **Information** :
  - du patient et de sa famille : sur les modalités techniques, les implications éventuelles, l'objectif visé, les risques (possibilité de non-soulagement, de non-réversibilité, de décès pendant la sédation).
  - de l'équipe : préciser les objectifs des traitements et discuter des résultats.
- **Consentement** : si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance ou la famille doivent être consultées.

## 2. MODALITES PRATIQUES

Le médicament de choix de la sédation pour détresse en phase terminale est le midazolam (**HYPNOVEL®**).

### ○ SI ABORD VEINEUX DISPONIBLE

Préférer une titration :

- Hypnovel® IV à la concentration de 1mg/mL.
- Injecter IV 1mL (1mg) toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention d'un score de 4 à l'échelle de Rudkin<sup>1</sup>.
- Noter le nombre de mg nécessaire à l'induction.
- Puis entretenir la sédation, jusqu'à l'éventuel moment prévu du réveil, en administrant l'Hypnovel® **IVSE** à une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction.

### ○ SI ABSENCE D'ABORD VEINEUX

Préférer la voie sous-cutanée :

- Hypnovel® SC à la concentration de 1mg/mL.
- Injecter 0,1 mg/kg SC en première intention.
- A renouveler dans l'objectif d'obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin<sup>1</sup>.
- Pour maintenir une sédation continue, administrer l'Hypnovel® en perfusion sous-cutanée à la seringue électrique, à une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction.

### ○ EVALUER ET SURVEILLER

L'évaluation se fait toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis au minimum 3 fois par jour.

On adaptera les posologies en fonction de :

- Le degré de soulagement du patient par une hétéroévaluation
- La profondeur de la sédation (échelle d'évaluation de Rudkin=4)

**En cas de sédation prolongée, le bien fondé de la poursuite de la sédation sera réévalué selon l'évolution.**

<sup>1</sup> Echelle d'évaluation de la sédation selon RUDKIN :

1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à la stimulation tactile directe
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère