

	AIDE A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE SEDATION PROFONDE CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES DANS LE CADRE DES SOINS PALLIATIFS CHEZ L'ADULTE	HAD-RP-PRO14-V2 Date application: 30/04/2025
--	--	---

I. OBJET ET/OU OBJECTIFS

La procédure a pour objet de proposer une aide à la mise en œuvre d'une sédation dans le cadre des soins palliatifs chez l'adulte.

Elle comporte en annexe deux fiches pratiques à utiliser pour chaque patient pour lequel il est envisagé une sédation :

- Fiche pratique d'aide à la mise en œuvre d'une sédation dans le cadre des soins palliatifs chez l'adulte (Annexe 6)
- Fiche de surveillance d'un patient sous sédation (Annexe 7)

II. DOMAINES D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNÉES

Cette procédure s'applique à la filière domicile de la Mutualité Française Charente, aux :

- Médecins traitants
- Infirmiers libéraux
- Equipe pluridisciplinaire de l'HAD : Médecins Praticiens en HAD, IDEC, Aides-Soignants, Psychologue, Assistant social, Pharmacienne et Secrétaires médicales
- Equipe pluridisciplinaire du SSIAD : IDEC, Aides-Soignants
- EMSP
- Prestataires

	Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :
Nom :	Monique DELAGE Médecin praticien HAD	Stéphanie PEYRET Pharmacienne HAD	Dominique VELTEN Directrice HAD
Date :	26/04/2025	26/04/2025	26/04/2025
Visa :			

III. DÉFINITION ET/OU ABRÉVIATIONS

« 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. 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 par le patient. » Définition de la SFAP / (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs).

La sédation n'a pas pour but, ni pour effet, d'accélérer ou de ralentir la survenue de la mort.

La sédation est à distinguer de l'anxiolyse.

La titration est l'utilisation itérative de bolus permettant d'obtenir le degré de sédation visé sans induire d'effet indésirable important.

L'induction, terme d'anesthésie désignant le déclenchement, la première étape de la sédation.

SPCD = Sédation Profonde Continue maintenue jusqu'au Décès

IV. DESCRIPTION

A. PRINCIPES

1. Indications en phase terminale :

a. Situations aiguës à risque vital immédiat, facilement identifiables :

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

La sédation a pour but de soulager la personne malade de la pénibilité et l'effroi générés par ces situations.

Cela nécessite la rédaction de **Prescriptions Anticipées Personnalisées (PAP)**.

b. Symptômes physiques réfractaires, vécus comme insupportables par le patient :

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

c. Détresse vécue comme insupportable par le patient (souffrance psycho-existentielle) dans un contexte de pronostic engagé à court terme (quelques heures à quelques jours.)

d. Contre-indications :

- Lorsque le patient ne souhaite pas être sédaté.
- Toutes situations qui n'entrent pas dans les indications.

2. Conditions préalables indispensables :

Un certain nombre de questions sont à poser en préalable à la sédation. Ce questionnement est la garantie d'une démarche éthique. Il porte sur :

a. Les compétences requises de l'équipe soignante.

- Connaissances des médicaments à utiliser, de leur pharmacocinétique, de leurs effets secondaires
- Capacité de l'équipe à clarifier la situation : les indications, le contexte, la phase terminale, l'intention de la démarche

b. La mise en œuvre d'une procédure collégiale, soit :

Discussion en équipe pluridisciplinaire :

- Avec l'équipe soignante s'occupant du patient au quotidien, : professionnels libéraux, équipe de l'HAD,
- Avec l'**avis d'un 2^{ème} médecin formé aux soins palliatifs**,
- Avec l'EMSP si elle intervient.

Information et consentement du patient :

- Si le patient est capable d'exprimer sa volonté,
- Si le patient n'est pas capable d'exprimer sa volonté : respect des directives anticipées à rechercher. S'il n'y a pas de directives anticipées, recueil des volontés du patient auprès de la personne de confiance ou à défaut tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Décision médicale de sédation par le médecin référent : avec typologie de la sédation envisagée d'après SEDAPALL détaillée (Sedapall V.01) (Annexe 2) notamment **sa durée et sa profondeur : niveau de sédation recherché**, sur un score RUDKIN (**Annexe 3**) ou score RICHMOND (**Annexe 4**).

- Décision médicale argumentée et écrite dans le dossier médical.
- Information du patient si possible.
- Information de la personne de confiance, de la famille ou des proches. Proposer la présence de 2 personnes maximum.

c. La présence continue de l'entourage auprès du patient en cas de mise en œuvre d'une sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès au domicile

Dans le cas d'un patient seul à domicile, une hospitalisation pourra être organisée afin de respecter son souhait.

B. MODALITÉS DE RÉALISATION

1. Préalable :

La veille de la mise en place de la sédation, on prévoira :

- Une prescription d'Emla si besoin
- Des protections absorbantes (changes complets et/ou carrés)
- Une sonde urinaire/risque de globe urinaire

On préviendra :

- Les aides-soignants
- L'IDEC du SSIAD (prises en charge conjointe)
- Les astreintes médicale, paramédicale et administrative
- Les prestataires

On pourra proposer de la musique, des huiles essentielles en fonction des centres d'intérêt du patient. En revanche, on rappellera qu'il est **préférable de ne pas stimuler oralement le patient sédaté**.

2. Mise en place et surveillance :

Au commencement d'une sédation, l'IDEL doit rester présent jusqu'à ce que le patient soit stabilisé. **La présence d'un médecin (médecin traitant et/ou médecin coordonnateur) est également requise dès l'initiation de la sédation (hormis cas d'urgence) et jusqu'à stabilisation.** Un médecin doit rester joignable durant le temps de la sédation.

La surveillance doit porter sur :

- l'efficacité par un score de profondeur de sédation : score de RUDKIN (**Annexe 3**) ou score de RICHMOND (RASS) (**Annexe 4**),
- l'évaluation de la douleur par une échelle d'hétéro-évaluation (ALGOPLUS)
- l'évaluation de la dyspnée par l'échelle RDOS (**Annexe 5**)

Il est nécessaire de poursuivre une hétéro-évaluation de la douleur ou de la dyspnée (si c'est le symptôme réfractaire) notamment au moment des soins, et de **noter ces différents points sur la « fiche de surveillance d'un patient sous sédation » (Annexe 7).**

La fréquence des évaluations reste difficile à recommander et sera adaptée au contexte et au lieu. Les recommandations SFAP de 2010 préconisent **une surveillance après la phase de titration toutes les 15 minutes pendant la première heure puis au minimum deux fois par jour.**

3. Mode d'utilisation :

1. **POUR L'INDUCTION** : Préparer une seringue de 10 ml avec **2 ampoules de 5 mg/5 ml** de MIDAZOLAM (Hypnovel® concentration de 1mg/ml).

- **Voie intra-veineuse (IV) disponible** :

Deux possibilités :

1- **Endormissement rapide nécessaire : Titration**

Injecter, par voie IV, 1 ml par 1 ml (soit 1 mg par 1 mg) en 30 secondes toutes les 2 à 3 minutes, dans le site au plus près du malade (sinon penser à rincer la tubulure avec du NaCl entre chaque bolus), jusqu'à ce que le patient ait les yeux fermés et ait atteint le niveau de sédation recherché (RICHMOND -4 à -5, ou RUDKIN à 5 pour SPCD).

2- **Endormissement moins urgent : Débit continu** avec PCA à augmenter progressivement sans dose de charge. On débute à 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 minutes jusqu'à obtenir le score de sédation recherché.

A adapter en fonction des situations.

- **Voie sous-cutanée (SC) : pas de titration possible.**

Eventuelle dose de charge : 0,05 à 0,1 mg/kg, à renouveler toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à obtenir le score de sédation recherché (RICHMOND -4 à -5, ou RUDKIN à 5 pour SPCD).

En l'absence de dose de charge : la perfusion continue est débutée à la dose de 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et adaptation du débit jusqu'à obtention de l'effet recherché.

2. **EN CAS DE RISQUE de DETRESSE VITALE (hémorragie cataclysmique, asphyxie)** :

- **Voie intra-veineuse (IV) disponible** :

Endormissement rapide nécessaire : Titration

Injecter, par voie IV, 1 demi-ampoule soit 2,5 mg en 30 secondes toutes les 2 à 3 minutes, dans le site au plus près du malade (sinon penser à rincer la tubulure avec du NaCl entre chaque bolus), jusqu'à ce que le patient ait les yeux fermés et ait atteint le niveau de sédation recherché (RICHMOND -4 à -5, ou RUDKIN à 5 pour SPCD).

Puis prévenir le médecin (médecin traitant et/ou médecin coordonnateur).

- **Voie sous-cutanée (SC) : pas de titration possible.**

Endormissement moins rapide : 1 demi-ampoule soit 2,5 mg en 30 secondes toutes les 5 minutes jusqu'à obtenir le score de sédation recherché (RICHMOND -4 à -5, ou RUDKIN à 5 pour SPCD).

3. APRES L'INDUCTION

- **Entretenir la sédation, jusqu'au moment prévu de la réévaluation :**

- Un débit d'entretien avec PCA pourra être débuté par une **dose horaire** égale à 50 % ou 100 % de la dose utile à l'induction, en perfusion **IV** ou **SC** continue. (Exemple : si la titration a nécessité 4 mg, mettre en place un débit continu de 4 mg/2 soit 2 mg/h ou 4 mg/h)

- **Pour un patient déjà sous Midazolam**, il sera nécessaire de rajouter à la dose horaire préalable à l'induction la dose horaire égale à 50 % ou 100 % de la dose utile à l'induction.

Puis adapter en fonction des réévaluations, en majorant ou minorant de 30 à 50 % la dose en cours, dans une fourchette basée sur le poids du patient : 0,03 à 0,2 mg/kg/h. (soit pour une sédation profonde et continue pour un patient de 60 kg : 1,8 à 12 mg/h)

- Des bolus peuvent être administrés en cas de réveil ou **pour prévenir les réveils liés aux stimulations douloureuses lors des soins** en association avec des bolus **d'antalgique**.

- Pour rester au score désiré, il sera généralement nécessaire d'augmenter le débit au fil du temps.

- Pour certains auteurs, au-delà de Midazolam 5 mg/h associer une autre molécule. (cf. infra)

- Pour l'entretien d'une sédation selon le dispositif en place (**Voie Veineuse Centrale (VVC)**, **Port à Cath (PAC)**, **Picc Line**, **Midline**, **Voie SC**) et selon la dose nécessaire, choisir une concentration adaptée sachant :

- ✓ Qu'il existe des ampoules **5 mg/5 ml** et des ampoules de **50 mg/10 ml**, (**anticiper la commande**)

- ✓ Le Midazolam peut être utilisé **pur ou dilué dans du sérum physiologique**.

En cas de difficulté d'approvisionnement en MIDAZOLAM, d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées en recours temporaire :

- **En IV :**

- Le DIAZEPAM (Valium®) : 5 mg en IV lente pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes,
- Le CLONAZEPAM (Rivotril®) : 0,5 mg en IV lente pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes,

- **Si voie intraveineuse impossible :**

- Le DIAZEPAM : 5 mg en intrarectal pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes,
- Le CLONAZEPAM : 1 mg en SC pour l'induction, renouvelable une fois après 30 minutes,
- En cas de situation de détresse nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple) et de difficulté d'approvisionnement du midazolam, ces posologies peuvent être doublées.

Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et rénaux, cachectiques), **ces doses initiales doivent être diminuées de moitié**.

4. Points clés :

- **L'objectif de profondeur** de sédation recommandé pour une SPCD est un score de RICHMOND à -4 ou -5 ou RUDKIN à 5.
- **Le MIDAZOLAM** reste actuellement l'agent sédatif de **première intention** en IV ou en SC.
- L'administration du MIDAZOLAM doit faire l'objet d'une surveillance adaptée et de réajustements fréquents.
- **En deuxième intention, un neuroleptique sédatif associé à une Benzodiazépine est utilisable selon la clinique :**
 - **CHLORPROMAZINE (Largatil®) :**
 - Voie IV ou SC,
 - La dose initiale est de 25 mg en bolus IV lent (ou IM si voie veineuse impossible). Elle peut être renouvelée après 30 minutes si besoin.
 - Selon la dose initiale cumulée nécessaire, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est initiée, en perfusion IV continue ou bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) répétés 2 à 3 fois par jour.
 - Des bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 ou davantage de doses de secours sont nécessaires sur 24 h, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.
 - **LEVOMEPRIMAZINE (Nozinan®) :**
 - Voie SC
 - La dose initiale est de 25 mg. Elle peut être renouvelée après 60 à 90 minutes si besoin.
 - Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 25 et 100 mg/j, en perfusion SC continue ou bolus SC répétés 2 à 3 fois par jour.
 - Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 doses de secours ou plus sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.
- **En milieu hospitalier** d'autres molécules peuvent être utilisées en seconde intention, à condition d'être indiquées et prescrites par un médecin expérimenté dans un contexte de surveillance adaptée :
 - KETAMINE, notamment en cas de douleur associée (potentialisation, co-analgésie) ;
 - PROPOFOL, OXYBATE de sodium, DEXMEDETOMIDINE ;
 - PHENOBARBITAL dans le cas particulier d'un état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques.
- Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et/ou rénaux, cachectiques), les doses initiales doivent être diminuées de moitié.
- La mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au **décès à domicile ou en EHPAD** nécessite la collaboration entre le médecin traitant et une équipe experte en Soins Palliatifs.

4. Les traitements associés

Le Midazolam est dépourvu d'effet antalgique. Un **traitement antalgique** doit lui être associé en fonction des résultats de l'hétéro-évaluation selon les règles de bonne pratique. Lorsqu'un patient recevait un traitement opioïde avant la sédation, celui-ci doit être maintenu.

Dans le cadre de la sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès, il n'y a pas d'indication médicale à la poursuite de l'hydratation puisque le pronostic est engagé à court terme. Toutefois, elle pourrait être maintenue à faible volume (250 ml/24 h) si son arrêt soulève des problèmes d'ordre psychologique ou culturel ; mais, en cas d'œdèmes, d'épanchements, ou d'encombrement bronchique pouvant générer un inconfort, elle sera arrêtée.

En revanche, **il n'y a pas lieu de poursuivre la nutrition parentérale, les dialyses, ... ; de même la suppléance respiratoire (Oxygène, VNI, respirateur, ...) devra être interrompue** dès que la sédation profonde continue est effective.

6. Documents de référence

- La sédation pour détresse en phase terminale, 2004, Blanchet and al, version courte et longue.
- Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations dans les situations spécifiques et complexes, 2009.
- Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie, 2009.
- Loi No 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale. SFAP mai 2014.
- Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. Mai 2017.
- SEDAPALL V1.0 Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie.
- Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD). Evaluation du Pronostic vital engagé à court terme. Fiche repère SFAP. Mai 2017.
- Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès : (SPCMJD). Evaluation du caractère réfractaire de la souffrance. Fiche repère SFAP. Mai 2017.
- GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? HAS février 2018 Actualisation janvier 2020.
- RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. HAS. Février 2018 Actualisation janvier 2020.

V. ANNEXES

HAD-RP-DOC16 Echelle de Performance pour Patients en Soins Palliatifs.

HAD-RP-DOC17 Typologie SEDAPALL simplifiée.

HAD-RP-DOC18 Echelle de RUDKIN.

HAD-RP-DOC19 Echelle de vigilance-agitation de RICHMOND.

HAD-RP-ENR30 Echelle d'hétéro-évaluation de la dyspnée RDOS (Respiratory Distress Observation Scale).

HAD-RP-ENR31 Fiche pratique d'aide à la mise en œuvre d'une sédation dans le cadre des soins palliatifs chez l'adulte.

HAD-RP-ENR32 Fiche de surveillance d'un patient sous sédation.

NATURE DES MODIFICATIONS		
Version	Date	Objet de la modification
1	31/03/2021	Création de la procédure (remplace HAD-AP03-PRO06-V2)
2	26/04/2025	Actualisation