

Les principales pathologies en cause sont le cancer et la démence

# Sédation palliative en établissement médico-social

La sédation palliative se définit comme l'administration intentionnelle d'une médication sédative dans le but de soulager un ou plusieurs symptômes réfractaires en diminuant l'état de conscience d'un patient en fin de vie, de manière temporaire ou continue jusqu'au décès (1). La sédation continue jusqu'au décès est l'objet de nombreuses études et guidelines en raison des questionnements médico-éthiques qu'elle soulève (2). Très peu de données sont néanmoins disponibles quant à son utilisation dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les défis spécifiques qu'elle y pose.

## Etat des connaissances sur la sédation continue en EMS

Les données actuelles sur la sédation continue jusqu'au décès en EMS sont indicatives, vu le peu d'études menées sur cette thématique et leur caractère rétrospectif, sous forme d'enquêtes par questionnaire auprès de divers professionnels de la santé et de proches. La plupart d'entre elles se sont déroulées aux Pays-Bas, en Belgique et au Royaume-Uni. Les informations qu'elles rapportent nous offrent toutefois de précieuses pistes de réflexion pour notre propre pratique. Selon ces travaux, le taux de patients décédés sous sédation continue en EMS varie de 6.4 à 9.4% (3-5). Les principales pathologies en cause sont le cancer et la démence, plus rarement une autre affection neurologique ou cardio-vasculaire (6). Les symptômes réfractaires les plus fréquemment cités sont la douleur, la dyspnée, l'état confusionnel aigu, les myoclonies, un épuisement extrême et des troubles de la déglutition avec fausses routes et épisodes d'étouffement. L'anxiété et la détresse existentielle sont également évoquées (3,6-7). Généralement deux ou d'avantage de symptômes sont présents simultanément. La durée de sédation jusqu'au décès varie d'un à huit jours (6-7). Un soulagement insuffisant des symptômes malgré la sédation est rapporté dans une proportion variant de 10 à 60% selon les personnes interrogées, soignants ou proches (6-7). Le médicament sédatif le plus souvent utilisé est le midazolam mais d'autres médicaments contre-indiqués dans les guidelines, tels que les opioïdes, sont également employés (7).

## Défis posés par la sédation continue en EMS

Ils sont multiples, touchant les dimensions médico-éthiques, de communication et organisationnelles. Si beaucoup sont similaires à ceux rencontrés en milieu hospitalier et dans les services spécialisés de soins palliatifs, d'autres semblent plus spécifiques aux EMS. Ils soulignent l'importance clef d'une anticipation, aussi précoce que possible, des situations à risque. Sur le plan médico-éthique, la prise de décision d'initier une sédation continue s'avère parfois complexe du fait de la difficulté à définir le caractère terminal de la maladie, notamment lors de démence



PD Dr Claudia Mazzocato  
Lausanne

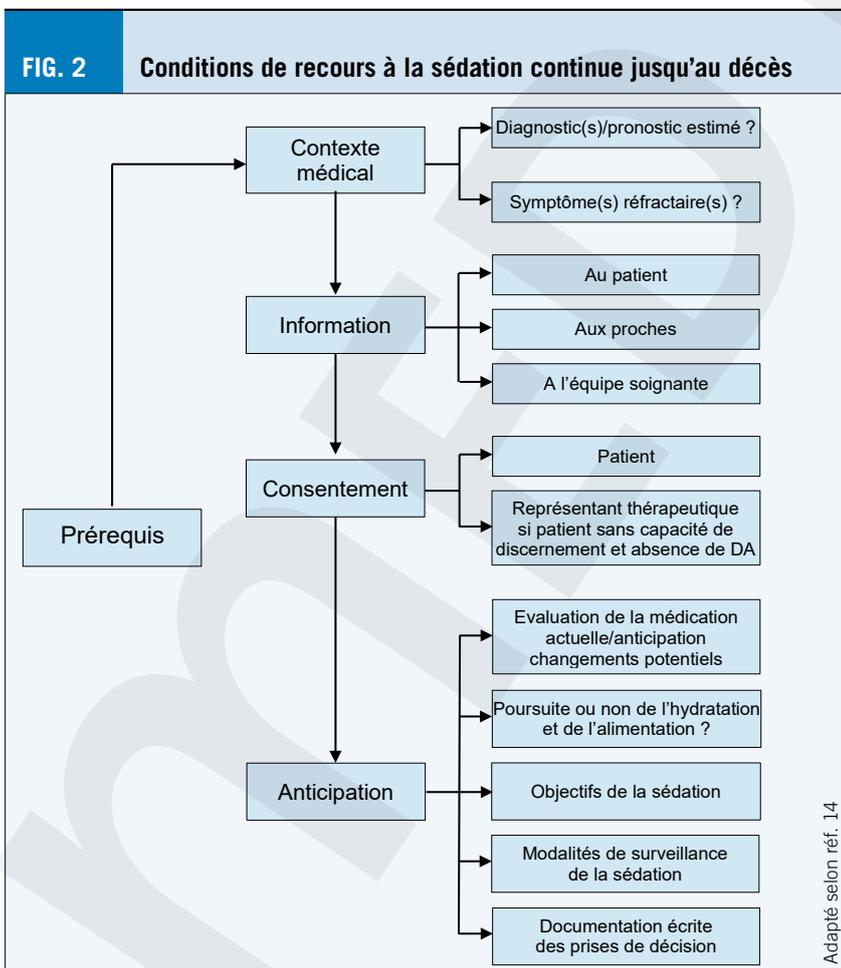
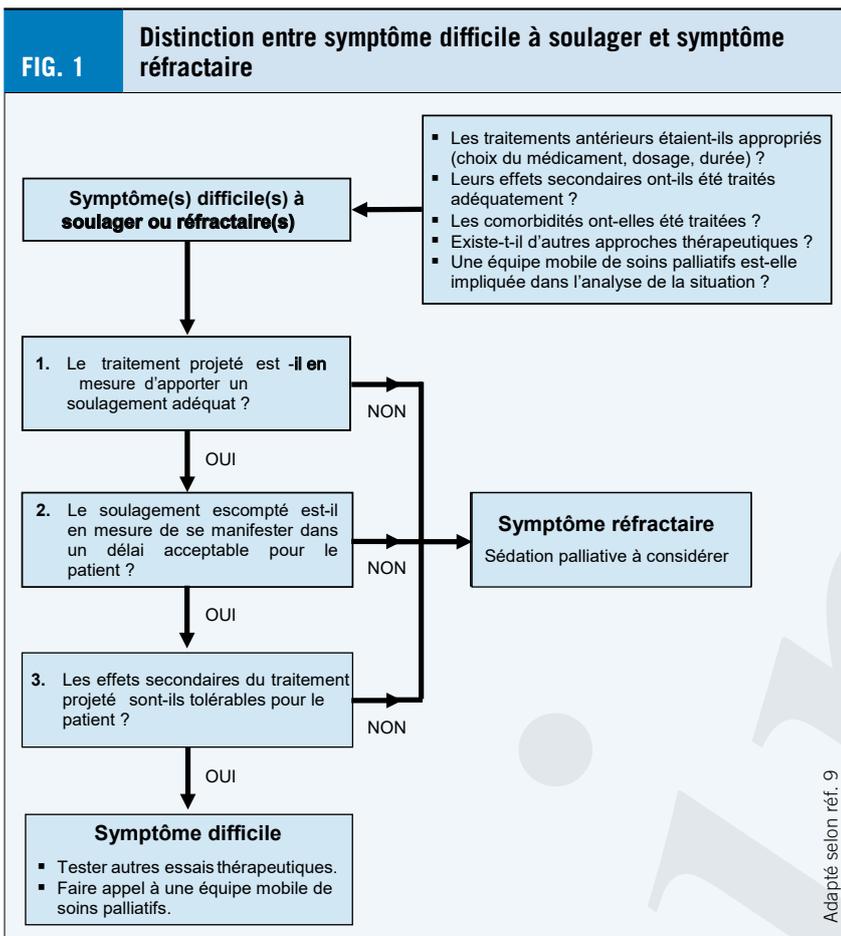
et d'insuffisance d'organes (8). De plus, la distinction entre symptôme difficile à soulager et symptôme réfractaire n'est pas toujours aisée (fig. 1) en raison des comorbidités du patient et un accès moins aisé à un plateau médicotechnique qu'à l'hôpital (9). Face à ce type de dilemmes, le soutien d'une équipe spécialisée en soins palliatifs est précieux. Par ailleurs, les conditions éthiques encadrant la sédation ne sont pas toujours respectées. Son initiation sans le consentement du patient ni des proches ne serait pas exceptionnelle (7, 10). Enfin, nombre de médecins et autres soignants rapportent leur peu d'expérience avec cette pratique et leur méconnaissance des recommandations qui l'encadrent (11).

Un manque de communication entre patient, proches et équipe soignante ainsi qu'au sein de cette dernière est une problématique également régulièrement citée (10). La prise de décision par le médecin sans concertation ni consensus avec l'équipe infirmière peut amener cette dernière à vivre la sédation comme une forme d'euthanasie. Enfin, des médecins disent subir des pressions de proches souhaitant une sédation en l'absence des prérequis médico-éthiques (12). La connaissance des guidelines et/ou le soutien d'une équipe de soins palliatifs contribueraient à en diminuer l'impact. Sur le plan organisationnel, un manque de disponibilité des médicaments, d'équipement et de soignants pour assurer la surveillance de la sédation sont les obstacles les plus fréquemment identifiés (11).

TAB. 1. Score de 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 une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille)
5. Patient avec les yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille)

Adapté selon réf. 15



### Recommandations encadrant la sédation palliative continue

Nous ne disposons pas actuellement de recommandations portant spécifiquement sur la sédation continue en EMS. Il convient donc d'appliquer celles émises sur le plan national et international, en les adaptant au contexte spécifique des EMS. Elles portent sur les conditions de recours à la sédation, le choix du médicament sédatif et la procédure de sédation (1, 13).

### Conditions de recours à la sédation continue (fig. 2) (14)

Le patient souffre d'une maladie terminale. Il présente un ou plusieurs symptômes intolérables, non soulagés malgré les efforts de l'équipe soignante. En EMS, un symptôme réfractaire est fréquemment un symptôme difficile devenu insupportable en raison de sa persistance et/ou de son aggravation. Il est donc généralement possible d'anticiper la sédation. Cette anticipation porte sur l'information du patient et des proches des objectifs de cette approche (soulagement), ses modalités (durée, profondeur, surveillance) et ses conséquences (diminution de l'état de conscience). Le patient donne son accord ou, lors d'incapacité de discernement et en l'absence de directives anticipées, son représentant thérapeutique.

L'équipe soignante est au clair sur les buts et les conséquences de la sédation et en accord avec cette prise de décision. Celle dernière, les modalités et le monitoring de la sédation ainsi que la décision de poursuivre ou non une alimentation ou une hydratation artificielle sont documentés dans le dossier du patient. L'équipe soignante est en mesure d'assurer la présence nécessaire au bon déroulement de la sédation: médecin traitant effectuant des visites régulières et mobilisable en tout temps, suivi infirmier continu de jour comme de nuit. Elle est en contact, chaque fois que possible, avec une équipe mobile de soins palliatifs facilement joignable en cas de besoin. Enfin, elle s'assure de la disponibilité en doses suffisantes du médicament sédatif et des autres médicaments à visée de confort ainsi que du matériel de perfusion.

### Choix du médicament sédatif

Le midazolam est utilisé en première intention en raison de son rapide effet, sa courte durée d'action, sa rapide élimination et la possibilité d'antagoniser son action par le flumazénil. La lévomépromazine, plus difficile d'utilisation en raison de sa longue demi-vie et ses effets secondaires, peut être indiquée lors d'état d'agitation réfractaire secondaire à un état confusionnel aigu. Les opioïdes sont contre-indiqués. Leur action sédatrice est médiocre et ils peuvent induire de sévères effets secondaires. Leur indication se limite au traitement de la douleur et de la dyspnée terminale.

**Induction et surveillance (monitoring) de la sédation**

Toute initiation de sédation doit se faire en présence d'un médecin. Chaque fois que possible, une sédation temporaire est envisagée avant une sédation continue jusqu'au décès. Les doses de midazolam sont titrées de manière à induire une réduction de conscience aussi faible que possible rendant le(s) symptôme(s) réfractaire(s) acceptable(s).

- ▶ Induction: Midazolam en bolus IV 0.5 - 1 mg chaque 5 minutes ou SC 1 - 2.5 mg chaque 10 à 15 minutes jusqu'à obtention du degré de sédation recherché.
- ▶ Maintenance : Midazolam IV / SC à un dosage/heure correspondant au 50% de la dose utilisée lors de l'induction, dès l'obtention du degré de sédation recherché.
- ▶ Sédation insuffisante : Augmenter la dose de maintenance du midazolam IV / SC de 1mg/h jusqu'à obtention du degré de sédation recherché.
- ▶ Surveillance des paramètres suivants la première heure ou lors d'augmentation de la dose de maintenance: a) Profondeur de la sédation selon une échelle validée, telle que celle de Rudkin par exemple (tab. 1) (15) ; b) Fréquence respiratoire; c) Pouls; d) TA; e) Saturation en O<sub>2</sub> (selon lieu de prise en charge, évolution clinique et objectifs de la sédation). Puis surveillance de ces paramètres aux deux heures ou à une fréquence adaptée au lieu de prise en charge.
- ▶ Evaluation continue des symptômes : L'ensemble des traitements symptomatiques et des soins de confort sont maintenus et adaptés concomitamment à la sédation.

**Messages à retenir**

- ◆ L'objectif de la sédation continue jusqu'au décès est le soulagement de symptômes ressentis comme intolérables par un patient en fin de vie, en diminuant son état de conscience à l'aide d'une médication sédative.
- ◆ Les symptômes difficiles doivent être traités précocement et activement, de manière à éviter autant que possible qu'ils deviennent réfractaires.
- ◆ Le patient est en accord avec la procédure sédative ou, lors d'incapacité de discernement et d'absence de directives anticipées, son représentant thérapeutique.
- ◆ La sédation doit être anticipée chaque fois que possible : médication et équipement en quantité suffisante, surveillance infirmière 24 heures sur 24, disponibilité du médecin et, si besoin, d'une équipe mobile de soins palliatifs.

**PD Dr Claudia Mazzocato**

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois  
Service de soins palliatifs et de support, Département de Médecine Interne  
Mont Paisy 14, 1011 Lausanne  
Claudia.Mazzocato@chuv.ch

**+** **Conflit d'intérêts :** L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts.

**Références**

1. Recommandations de Bigorio « Sédation palliative » : [www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_12\\_4\\_bigorio\\_2005\\_Sedation\\_fr\\_.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2005_Sedation_fr_.pdf)
2. Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Curr Opin Oncol* 2015;27(4):358-64
3. Rietjens Jet al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: Descriptive study. *BMJ* 2008;336(7648):810-3
4. Seale C. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliat Med* 2009;23(3):198-204
5. Chambaere K et al. Continuous deep sedation until death in Belgium: A nationwide survey. *Arch Intern Med* 2010;170(5):490-3
6. Van Deijck RH et al. The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: A nationwide exploratory study among Dutch nursing home physicians. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(9):1671-8
7. Anquinet L et al. Continuous deep sedation until death in nursing home residents with dementia: a case series. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(10):1768-76
8. Brandt HE et al. Symptoms, signs, problems, and diseases of terminally ill nursing home patients: A nationwide observational study in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2005;165(3):314-20
9. Cherny N, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8
10. Inghelbrecht E et al. Continuous deep sedation until death in Belgium: A survey among nurses. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:870-9
11. Seymour J et al. The perspectives of clinical staff and bereaved informal caregivers on the use of continuous sedation until death for cancer patients: the study protocol of the UNBIASED study. *BMC Palliat Care* 2011;10:5 doi: 10.1186/1472-684X-10-5
12. Blanker MH et al. Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. *BMC Family Practice* 2012;13:68 doi: 10.1186/1471-2296-13-68
13. Cherny NI, Radbruch L. Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23(7):581-93
14. Moynier-Vantighem K, Beauverd M. Sédation palliative: aspects cliniques pratiques. *Rev Med Suisse* 2008;4:462-6
15. Rudkin GE et al. Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with patient-controlled midazolam. *Anaesthesia* 1992;47(5):376-81