



Item138-Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la dem

Objectifs CNCI

- Connaître les indications de la sédation.
- Savoir délibérer individuellement et collectivement pour aboutir à une décision de sédation.
- Savoir mettre en oeuvre et évaluer les effets d'une sédation pour un patient atteint de maladie létale.
- Comprendre la distinction entre une sédation pour détresse en phase terminale et une euthanasie.
- Savoir analyser une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et apporter par tous les moyens légaux une réponse à la détresse qui sous-tend une telle demande.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - RPC Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs / ANAES / 2002 - Décret du 29 janvier 2010 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi Léonetti / « obstination déraisonnable » - Equipe mobile de soins palliatifs - PenC de la douleur - PenC symptômes d'inconfort (7) - PenC nutritionnelle / hydratation - PenC psychologique - PenC sociale et financière - Hospitalisation à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Palliatif non exclusif de curatif - Puridisciplinaire / globale - Favoriser SC / éviter IV - Morphine = laxatif - Soins de bouche - Prévention des escarres - Prise en charge à 100% - Prise en charge de l'entourage - Pas de réa si soin palliatif (A savoir !)

Sédation pour détresse en phase terminale

Objectifs :

- **Limiter les souffrances :**
 - Douleur
 - Angoisse (en phase terminale l'angoisse peut être beaucoup plus difficile à vivre que la douleur ...)
- **Permettre un décès dans le respect de la dignité**
 - Pas de soins dégradants devant la famille (toilette, changer les protections ...)
 - Veiller à ce que le patient ne soit pas à moitié dévêtu devant ses proches (respect du corps)
- **Contrôler la phase aiguë de l'urgence**

Moyens :

- Idéalement l'équipe médicale aura anticipé la fin de vie et équipé le patient avec une voie d'abord facile (VVC) afin de limiter les traumatismes répétés des VVP
- **Antalgiques :** titration en urgence si détresse vitale aiguë avec douleurs, morphinique IV avec PSE ou Deltec afin de prodiguer des bolus en plus du débit de base.
 - La titration se fait en répétant les bolus de morphine de façon itérative toutes les 1 à 2 minutes et en réévaluant le débit de base (au bout de 15 à 30 min, intégrer la moitié du nombre de bolus au débit basal continu)
- **Anxiété :**
 - La morphine est utilisable à dose légère pour calmer la polypnée d'un patient hyper anxieux en toute fin de vie (effet dépresseur respiratoire)
 - Midazolam : médicament de référence de la sédation, il est utilisé à visée anxiolytique lorsqu'il est utilisé à petites doses (non sédatives)
- **Sédation :** lorsque la fin de vie est imminente et que le patient n'est pas confortable (douleur, angoisse, gémissements ...)
 - L'équipe médicale (entraînée) peut utiliser le Midazolam à visée sédative. Même principe qu'une titration en morphine : réalisation de bolus de midazolam (0,5 à 1mg) jusqu'à obtention d'une sédation efficace (patient calme, stimuable, équivalent au comas vigile). Une fois l'équilibre atteint, ne pas oublier de poursuivre le midazolam avec un débit continu correspondant à la dose efficace (rapportée en débit horaire) étant donné la courte demie-vie du produit
 - Penser à faire sortir la famille de la chambre lors d'une sédation pour fin de vie (scene souvent traumatisante pour les proches et parfois gênant le bon déroulement des soins). Il est assez rare de constater un décès dans la minute

suivant une sédation pour fin de vie, le plus souvent la famille peut retourner au chevet du patient qui leur paraîtrait apaisé.

- **Hypersécrétion des voies aériennes supérieures :**

- Possibilité d'utiliser un anti-sécrétoire : scopolamine (en patch transdermique ou IV), limite la sensation d'étouffement hyperanxiogène du patient

- **Surveillance :**

- Sans être invasif pour les proches et le patient
 - Ne plus prendre les constantes
 - Pas d'examen complémentaires (cela ne changerait plus la prise en charge)
- Contrôles visuels réguliers par l'équipe paramédicale (afin de plaier d'éventuelles complications)
- Impliquer l'entourage (possibilité par les proches d'effectuer des bolus de morphine ou de midazolam par exemple après explications du fonctionnement).

- **Hors hospital :**

- une prise en charge similaire est tout à fait possible en dehors d'un centre ou d'une institution (domicile) néanmoins ceci nécessite une parfaite coopération de l'entourage et du médecin traitant avec l'équipe de l'HAD (hospitalisation à domicile)
- un décès au domicile est très lourd à gérer pour l'entourage d'un patient (parfois très long, plusieurs jours). Proposer un soutien psychologique.

Réponses à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

Quels sont les 5 modalités organisationnelles pour les soins palliatifs ?

- Unités d'hospitalisation de soins palliatifs (USP)
- Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- Lits identifiés
- Réseaux de soins palliatifs
- Soins palliatifs à domicile (HAD)

Quels sont les 4 niveaux de décisions pour limiter les soins ?

- Ne pas entreprendre un nouveau traitement
- Fixer des limites de posologie
- Arrêter un traitement
- Renforcer la sédation

Quels sont les 5 principaux points de la loi Léonetti de 2005 sur les soins palliatifs ?

- Lutte contre l'obstination déraisonnable
- Autonomie
- Directives anticipées
- Principe du double effet
- Collégialité