



# Pratiques sédatives en USP :

## Conclusions d'un groupe de travail

Dr Estelle Pechard-Bugliery ,Dr Laure Copel  
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon



### Contexte actuel

Suite à la loi du 2 Février 2016, l'Unité de Soins Palliatifs du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon a souhaité mettre en place un groupe de travail pour réfléchir aux modalités d'application de cette loi concernant les pratiques sédatives dans le service.

### Objectifs du travail

**Nous avons choisi plusieurs thématiques que nous avons traitées successivement :**

1. Quelle traçabilité des différentes pratiques sédatives du service ?
2. Comment mettre en place une procédure collégiale à l'USP ?
3. Comment juger du caractère réfractaire d'une souffrance ?
4. Comment juger d'un pronostic engagé à court terme ?
5. Quelle procédure de mise en œuvre ?
6. Quels protocoles médicamenteux en fonction des situations ?
7. Quelles modalités de diffusion de nos décisions ?

### Méthodologie

Groupe multidisciplinaire composé de trois médecins, quatre IDE, un aide-soignant, une psychologue et un psychiatre

8 réunions entre mai et septembre 2018

Nous nous sommes appuyés sur plusieurs documents : la loi, l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS), la classification Sedapall de la SFAP et le guide du parcours de soins de l'HAS intitulé « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? »

### Résultats et discussion

Les réflexions ont permis la rédaction d'un document de 10 pages dont vous nous proposons quelques extraits.

**Traçabilité :** utilisation de l'échelle Sedapall (en mots plutôt qu'en chiffres) , traçabilité de l'évolution selon RASS.

Deux procédures pour deux intentions : transmission au fil de l'eau et dans le dossier (médical et infirmier) et conservation dans un but de recherche sur un cahier spécifique de manière rétrospective lors des staffs.

**Procédure collégiale :** c'est une réunion dédiée, pluri-professionnelle avec les soignants et médecins engagés dans le suivi, au moins un médecin extérieur (par exemple un collègue de réseau), aucune profession ne doit être majoritaire. Le déroulé comprend un temps individuel (tour de table des ressentis de chacun) et un temps collectif (échanges, débat). Le temps conclusif peut se faire après la réunion. Si il n'y a pas de consensus évident, le médecin le plus ancien en charge de la salle au moment de la réunion prend la décision; trois possibilités : décider, faire appel à une autre équipe, différer la décision.

**Caractère réfractaire d'une souffrance :** le caractère insupportable d'une souffrance est jugée par le patient mais le caractère réfractaire d'une souffrance est à partager avec l'équipe soignante, il ne peut pas être laissé à la simple appréciation du patient. Dire qu'une souffrance est réfractaire, c'est renoncer à essayer de la soulager. Il y a une vraie problématique autour du temps qui s'intrique à celui de pronostic engagé à court terme. Répondre à cette question n'est pas facile, et c'est sans doute souhaitable : la tension que cela provoque en nous prouve l'importance que nous donnons à ce type de réflexion.

**Pronostic engagé à court terme :** les critères proposés par l'HAS semblent très restrictifs et correspondent aux symptômes de l'agonie, c'est-à-dire un état où les patients ne seraient plus en possibilité de demander une sédation. Nous mettons en avant l'importance de l'évaluation pluridisciplinaire et l'acceptation d'une certaine subjectivité. Nous nous sommes intéressés à « la question de la surprise » : il s'agit de répondre collectivement à la question suivante : « Seriez-vous surpris si le patient décédait dans les 15 jours ? ». Des études sont en cours pour valider ce procédé. La question du pronostic nous met dans une position très délicate, de surpuissance.

**Procédure de mise en œuvre :** avant la décision: temps de communication indispensables pour rappeler les repères de la loi, vérifier si la représentation du patient et/ou de ses proches est adéquate, échanger sur les incertitudes (délais avant le décès, réveils possibles...). Après la décision, échange sur les souhaits : moment, présence des proches, rituel, rapidité de mise en œuvre. Pendant la mise en œuvre : aucune recommandation, chacun se comporte selon son ressenti. Après la mise en œuvre : réévaluation fréquente du patient, accompagnement renforcé de la famille, attention particulière portée à l'équipe.

**Protocoles médicamenteux :**

	Induction rapide sans réversibilité programmée	Paliers progressifs sans induction avec ou sans réversibilité programmée	Induction rapide et réversibilité rapide souhaitée
Voie veineuse	Vérification de l'existence d'une voie d'abord suffisante et d'un accès proximal		
En 1ère intention	<b>Midazolam</b> - Pour l'induction : 1mg IV toutes les 2 à 3 minutes, jusqu'au niveau de conscience souhaité - Dose d'entretien : mise en place d'une dose en continu avec une dose horaire égale à la moitié de la dose d'induction	<b>Midazolam</b> - Pour l'induction : 1mg IV toutes les 20 minutes, jusqu'au niveau de conscience souhaité - Dose d'entretien : mise en place d'une dose en continu avec une dose horaire égale à la moitié de la dose d'induction	<b>Propofol</b> - Pour l'induction (20mg/kg/h): vit 100 jusqu'à la perte du reflexe ciliaire - Puis diminution (2-6mg/kg/h): vit 12 (120mg/h) - Si signes de réveil : refaire 2ml (soit 20mg) et augmentation de la vitesse de la SE de 5 en 5ml (50mg) jusqu'à retrouver la sédation
Echec si	Patient insuffisamment sédaté sous midazolam à 4 à 5mg/h		Anticiper arrêt du propofol . Après l'arrêt du propofol : - rinçage prudent de la voie veineuse et du robinet - retrait de la SE de propofol de la chambre.
2ème intention	<b>Propofol</b> - Pour l'induction (20mg/kg/h): vit 100 jusqu'à la perte du reflexe ciliaire - Puis diminution (2-6mg/kg/h): vit 12 (120mg/h) - Si signes de réveil : refaire 2ml (soit 20mg) et augmentation de la vitesse de la SE de 5 en 5ml (50mg) jusqu'à retrouver la sédation	<b>Propofol</b> - débiter (2 mg/kg/h): vit 10 (100mg/h) puis augmentation de la vitesse de 5 en 5 (50mg/h) jusqu'à l'obtention du confort souhaité. - Si signes de réveil : augmentation de la vitesse de la SE de 5 en 5ml (50mg) jusqu'à retrouver la sédation  <b>Neuroleptique</b> - largactil - Pour l'induction : 25mg IV - Puis 25mg/24h IVSE - Si signes de réveil : augmenter de 12.5mg/24h - tercián - Pour l'induction : 12.5mg IV - Puis 25mg/24h IVSE - Si signes de réveil : augmenter de 12.5mg/24h	
Oxygénothérapie	O2 selon la situation clinique (patient déjà sous O2 ou pathologie respiratoire : pas de majoration de l'O2)		6L/min au MHC. Maintien de l'O2 jusqu'au réveil du patient
CAT en cas d'ACR	Pas de geste particulier		Ventilation artificielle avec ballon Pas de MCE (hors mention contraire en pop-up)

### Conclusions et perspectives

Les réflexions sur les pratiques sédatives mettent en tension les équipes et cela est probablement une bonne chose.

Ce travail a cependant été facilitateur dans nos pratiques quotidiennes.

Il y a nécessité de le réévaluer de façon régulière.

Il nous semble indispensable de porter une attention particulière à l'équipe notamment à ceux qui n'étaient pas là lors de la décision.