

La fin de vie

Sédation, Soins critiques

F. Damas

Impuissance et Interdits

1) Décision d'arrêt ou d'abstention de traitement susceptibles de prolonger la vie. (18%)

Loi sur les droits des patients

2) Administration de sédatifs et d'analgésiques susceptibles de raccourcir la vie. (28%)

Loi sur les soins palliatifs

3) Accéder à une demande d'euthanasie (2%)

Loi sur l'euthanasie

Accompagnement de fin de vie

- Soulager les souffrances
- Respecter la dignité du malade
 - Reconnaître ses capacités d'autodétermination
- Promouvoir une prise en charge d'un patient entouré par sa famille.

Mourir dans de bonnes conditions

Mission essentielle des soignants.

Quels moyens?

Accompagnement palliatif

Sédation en fin de vie

Protocoles de détresse

Euthanasie

Sédation en fin de vie

Indications principales sédation

- Délirium, agitation (60%)
 - Dyspnée (25%)
 - Douleur (15%)
- Vomissement (5%)

Indication Sédation

- Caractère réfractaire des symptômes
 - Association de divers symptômes
 - Contexte individuel

Symptômes Réfractaires

Un symptôme est considéré comme réfractaire
quand :

Aucun traitement conventionnel n'est efficace
ou suffisamment rapidement efficace

Ou quand ces traitements sont associés à des
effets secondaires inacceptables

Souffrance Existentielle

- Peut être un des symptômes réfractaires
- Phase terminale d'une maladie grave de longue durée
- Sentiment de vacuité et de perte de sens cause du niveau réfractaire des autres symptômes souvent multiples

Sédation

Faire perdre conscience au malade pour lui permettre de ne plus souffrir durant la période d'administration des sédatifs.

Sédation légère ou profonde

Sédation intermittente ou continue

Médications

- **1) Midazolam**

Benzodiazépine de référence

Administration IV, SC, IM ...

A titrer

1 – 2 mg / h

Jusqu'à 10 – 20 mg / h

(Poursuite des analgésiques)

Médications

- **2) Propofol**

Uniquement en IV

Sédatif, antiémétique, anticonvulsivant.

A titrer

1 – 4 mg / Kg / h

Médications

- **3) Phénobarbital**
 - IV, IM, IR
- 5 – 10 mg /kg dose de charge
(à répéter si néc.)
Puis 1 – 5 mg /kg / j.

Indication Sédation

- Evaluation subjective par le patient du degré d'inconfort ou de souffrance.
 - Demande des Proches
 - Demande des Soignants
 - Décision médicale(symptôme traitable ou non)

Décision donc partagée.

Controverses

- 1) Euthanasie masquée ?
- 2) Euthanasie lente ?
- 3) Arrêt alimentation et hydratation

Interférence avec l'évolution « naturelle » de la
maladie ?

Raccourcissement du processus morbide ?

Guidelines (KNMG)

- 1) Présence de 1 ou plusieurs symptômes réfractaires
- 2) La mort est attendue à bref délai (< 15 j)
- 3) Initiative de la décision : le patient, la famille ou l'équipe soignante.
- 4) Expertise suffisante sinon appel à plus compétent
- 5) Administration au départ en présence du médecin puis par pallier
- 6) Information des proches et attention à l'équipe soignante
- 7) Arrêt alimentation et hydratation possible

Discussion avec le patient ou avec la famille

- Les conditions, le pronostic
- Les indications et le but d'une sédation
- Les options en cas de souffrances insupportables : sédation et euthanasie
- Procédure en cas de situation imprévisible
- Les limitations de la sédation (éveil pfs involontaire), différence entre s. continue et intermittente
- Les conséquences : perte de la communication
- La procédure elle-même : médicaments etc

Discussion avec le patient ou avec la famille

- Souhaits et craintes en face de la mort
- Don d'organes?
- Temps de l'au revoir
- Lieu du décès
- Arrêt des procédures de soutien des fonctions vitales y compris l'alimentation et l'hydratation
- Support religieux ou spirituel

Besoins des familles

- Besoin d'être informées de la situation du patient et de ses conditions changeantes
- Savoir ce qui est fait et pourquoi
- Être assurées du confort du patient

Expérience des Proches

- Questionnement sur le but de la sédation:
 - impossibilité d'une euthanasie
 - euthanasie lente (?)
- Questionnement sur la souffrance du patient
- Questionnement sur les répercussions sur la famille .
(proportionnel à la durée de la sédation)

Sédation en urgence

- Décision immédiate

Mais aussi

- Décision anticipée : « **Protocoles de Détresse** »

Prescription anticipée de médicaments analgosedatives pour traiter les accès de souffrances aiguës prévisibles.

Les urgences

Protocole de détresse

- Permet de passer le mieux possible le cap d'une crise grave et de réévaluer ensuite la situation
- Provoque une sédation qui commence dans les 10 minutes et dure 3 à 4 heures
- Provoque une amnésie antérograde
- Possible que le patient ne se réveille pas
→ ce geste doit être préparé avec le patient, les proches et les autres soignants

Les urgences

Protocole de détresse

- Midazolam (Dormicum®) dans la 1^{ière} seringue
 - Action sédatrice
 - Amnésie antérograde
 - Peut être utilisé en sublingual (mêmes doses), surtout intéressant en cas de très petit débit cardiaque
- Morphine et scopolamine dans la 2^{ème} seringue
 - Morphine : effet bradypnéisant, diminution de la sensation de dyspnée, effet sédatif
 - Scopolamine : effet sur la diminution du volume des sécrétions, effet sédatif et amnésie en synergie avec le midazolam

Les Demandes d'Euthanasie

- Rappel de la Loi

Définition:

L'acte pratiqué par un tiers (Médecin) qui met intentionnellement fin à la vie d'un malade à sa demande

Euthanasie

- **Trois Conditions essentielles:**

1) Patient Compétent

2) Demande réfléchie, répétée, volontaire

3) Maladie grave et incurable avec souffrance constante et inapaisable

Euthanasie

Autres conditions de Procédure:

- Demande écrite
- Avis d'un confrère indépendant
 - Contact avec Famille
 - Information Equipe Soignante
- Pas de délai (sauf si échéance mort non brève)

Euthanasie

Procédure particulière :

« C'est le patient qui décide, c'est le médecin qui
consent »

Préparation avec la famille

Discussion avec l'équipe soignante

Choix du « dernier rendez-vous »

Euthanasie

Mort programmée

Mort volontaire

Mort Consciente.

	Sédation fin de vie	Euthanasie
But	Soulager la souffrance	Mettre un terme aux souffrances
Moyens	Diminuer la conscience	Mettre un terme à la vie
Indications	Symptômes réfractaires surtout physiques	Maladie incurable et souffrance insupportable
Procédure médicale	Normale	Exceptionnelle
Phase terminale uniquement	Oui	Non
Consultation médecin indépendant	Non sauf manque d'expertise	Obligatoire
Décision	Consensus patient-famille-soignants	Volonté première patient, accord du médecin

	Sédation fin de vie	Euthanasie
Médications	Benzodiazépines	Barbituriques
Dosage	Titré	Létal (surdosage)
Réversible	En principe	Non
Raccourcit la Vie	Non	Oui
Mort de cause naturelle	Oui	Oui si procédure OK
Contrôle	Normal	Législation particulière
Notification	Non	Obligatoire

François DAMAS

Éthique de la vie

LA
COMPRENDRE MORT
L'EUTHANASIE CHOISIE
& SES ENJEUX

Préface de
Martin WINCKLER



MARDAGA