

La sédation profonde et continue chez l'adulte

Guide à l'usage
des professionnels du soin

I-Introduction

La sédation est un acte médical dont les modalités ont été définies à partir du milieu du vingtième siècle. L'indication première s'est développée dans le contexte de la guerre d'Indochine. Henri LABORIT apporta la preuve que s'il sédait les blessés graves sur le champ de bataille, le temps de les amener au bloc opératoire, la morbi-mortalité diminuaient. La sédation va devenir un acte fréquent en matière d'urgences lors des accidents de la route. Elle va considérablement impacter la survie des patients cérébro-lésés en réanimation (traumatologie, états de mal épileptique....) Cette pratique a fait l'objet de recommandations par la société française d'anesthésie-réanimation en 2000(1). En 2010 ont été formalisées des recommandations pour la sédation et l'analgésie en structures d'urgence(2).

Avec l'essor des soins palliatifs, la confrontation à des situations de grande détresse ou à des symptômes rebelles, la pratique de la sédation va s'y développer. La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs(SFAP) définit un cadre en 1996: la sédation pour détresse en phase palliative, assorti de recommandations de bonnes pratiques. Elles ont été réactualisées en 2000 avec la méthodologie du consensus formalisé d'experts(3). La Haute Autorité de Santé (HAS) les a labellisé en 2010.

En 2012, François Hollande, candidat à l'élection présidentielle, inscrit dans son programme une proposition : *« je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité.»* Elu, il demande au Professeur Sicard(4), puis au Comité Consultatif National d'Ethique(5) de problématiser sa proposition. Les débats se sont prolongés en région sous l'égide des espaces de réflexion éthique(6). A l'issue, les parlementaires votent le 2 Février 2016 une nouvelle loi (7) qui instaure le droit d'accéder, en

L'espace de réflexion éthique Midi-Pyrénées a réalisé en 2015 une enquête auprès des professionnels impliqués dans les soins palliatifs. 182 questionnaires ont pu être exploités .

Outre la méconnaissance des recommandations de bonnes pratiques ,là où l'on s'attendait à ce que la sédation soit plus fréquente dans les lieux dédiés à l'accueil de situations complexes de fin de vie (USP, équipes mobiles, réseaux), c'est dans les LISP qu'elle se pratique le plus souvent. Cela n'est pas sans questionner soit sa banalisation dans ces services, notamment à l'aune des données sur les pratiques (décisions solitaires ou collégiales, titration ou non, connaissance des référentiels...), soit le fait qu'il n'y a pas assez de disponibilité d'accès aux lits d'USP pour accueillir les situations les plus complexes.

Les structures dédiées sont ainsi questionnées : seraient-elles frileuses dans les décisions de sédation ? Peuvent-elles être accusées d'obstination déraisonnable dans l'accompagnement des situations de souffrances rebelles ? Quelle est la place de la crainte de dérives dans des pratiques banalisant cet acte médical ? Dans le verbatim des commentaires et de la question ouverte, nous notons la double thématique: respect de la volonté des personnes malades versus le caractère non systématique de la sédation profonde qui doit être abordée au cas par cas.

fin de vie, à une sédation profonde et continue. Le décret d'application (8) est en date du 3 août 2016.

II-Définition de la sédation profonde et continue

Dans le cadre des travaux de la SFAP, un groupe d'experts avait donné une définition de la **sédation pour détresse en phase palliative** : « La sédation 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. »

Selon les indications, en prenant en compte l'expression de la volonté de la personne concernée, la diminution de la vigilance et partant l'altération de la conscience étaient modulables.

Dans la loi du 2 février 2016(7), **la sédation profonde et continue** vise à une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie. **Elle vise un état de sommeil profond résistant aux stimulations.**

Cela exclut les pratiques anxiolytiques n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance, une intentionnalité autre que le seul soulagement de la souffrance et les autres champs de la médecine nécessitant le recours aux pratiques sédatives (comme par exemple la réanimation).

Comme l'indique l'HAS (12) : « 5 caractéristiques différencient la sédation profonde et continue, jusqu'au décès : **l'intention, le moyen pour atteindre le résultat, la procédure, le résultat, la législation.** »

III- Indications de la sédation profonde et continue

Elle est **limitée à deux indications** dans un contexte d'affections graves et incurables dont le pronostic vital est engagé à court terme, soit spontanément soit après une décision d'arrêt de traitement ayant pour conséquence d'engager le pronostic vital :

-dans le 1er cas lorsque le patient présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

la sédation profonde et continue ?

« Art. L. 1110-5-2.-A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

- dans le 2ème cas, où l'arrêt de traitement engage le pronostic, si la situation est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable pour la personne malade concernée.

Il y a une tension éthique entre l'engagement de « bienfaisance-non malfeasance » et le respect de l'« autonomie » de la personne qui nous le demande. Cela nous fait devoir de mobiliser des compétences médicotéchniques, dans la pluridisciplinarité, pour évaluer le pronostic et la qualité de la prise en charge de la souffrance.

IV. La demande d'une sédation profonde et continue.

-par la personne concernée (soit directement, soit dans ses directives anticipées) ;

-par le médecin au titre du refus l'obstination déraisonnable (excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées) ;

-la personne de confiance, la famille ou les proches ne peuvent pas demander une sédation profonde et continue.

V- l'expression de la volonté de la personne malade.

- **Soit la personne est en capacité d'exprimer sa demande de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès** : le médecin en charge du patient évalue avec la personne concernée les déterminants de cette demande.

Tout en reconnaissant le droit d'y accéder, le médecin doit informer la personne concernée de son devoir d'évaluer si la demande est appropriée et conforme à son état, à l'aune des deux indications précitées.

La personne malade concernée peut demander à être accompagnée par la personne de confiance, si elle en a désigné une.

La décision du médecin de mettre en œuvre la sédation profonde et continue sera prise à l'issue d'une procédure collégiale.

- **Soit la conscience de la personne concernée est altérée** : si sa volonté quant à la sédation profonde et continue est exprimée dans ses directives anticipées, sa demande s'impose au médecin en charge du patient, sous réserve qu'elle soit appropriée et conforme à son état. Si le médecin juge la demande inappropriée, il prendra sa décision à l'issue d'une procédure collégiale dédiée à cette situation. S'il décide de ne pas y satisfaire, cela lui fait devoir et obligation d'en inscrire les motivations dans le dossier de la personne concernée, puis d'expliquer ces déterminants à l'équipe de soins, à la personne de confiance, à défaut la famille ou un des proches.

article R.4127-37 Du CSP : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

article R.4127-37-1 du CSP

I.-Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.

II.-En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

III.-Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-11. Pour ce faire, le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

IV.-En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est informé de la décision de refus d'application des directives anticipées.

En cas d'urgence vitale et dans le doute du caractère approprié des directives anticipées, une réanimation d'attente est à mettre en œuvre, jusqu'à réévaluation complète de la situation de la personne concernée et le temps de mettre en œuvre la procédure collégiale.

- **En l'absence de directives anticipées**, le médecin recueille, dans le cadre de la procédure collégiale, l'expression de la volonté du patient auprès de la personne de confiance, à défaut la famille/un des proches.

Il prendra sa décision à l'issue de cette procédure.

VI- Les questions que doit se poser le médecin pour déclencher la procédure collégiale :

o Une première série de questions porte sur le plan médical : clarification de l'intentionnalité, de son acceptabilité et du caractère proportionné de la sédation profonde et continue :

- qu'en est-il du caractère incurable de la maladie ?
- En quoi le pronostic vital serait engagé à court terme ?
- que peut-on attendre des traitements en cours ?
- en quoi serions-nous en situation d'obstination déraisonnable ?
- est-ce que les traitements de maintien de vie ont été discutés, limités, suspendus ?
- est-ce que les traitements de la souffrance ont été optimaux ?
- est-ce que la situation entraîne une souffrance réfractaire aux traitements et/ou insupportable ?
- est-ce qu'une décision de limiter/arrêter des traitements actifs est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ?

o Une deuxième série de questions porte sur le devoir/obligation d'information, la compréhension et le respect de la volonté des personnes malades dans la finalité du consentement éclairé :

- En quoi les droits inhérents à une personne malade en fin de vie ne seraient pas respectés ?
- comment la personne concernée exprime-t-elle sa demande : quelles sont ses motivations, son ambivalence et ses représentations de la sédation profonde et continue ?
- quel sens donne-t-elle à sa vie : se sent-elle inutile, un fardeau, atteinte dans sa dignité... ?
- est-ce qu'elle a bien compris les conséquences de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, à l'aune de sa maturité, de son niveau de compréhension, de son discernement et de son degré d'autonomie ?
- Que dit-elle des composantes de sa souffrance, notamment des dimensions psycho-socio-spirituelles et du caractère insupportable de cette souffrance ?

o la troisième série de questions porte sur la tension entre ce que la personne pense être bien pour elle et ce qu'en pense la

*article R.4127-37-3Du CSP
« A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.
Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue telle que définie au premier alinéa, ou son refus, est motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé. »*

personne de confiance, la famille, les proches et l'équipe de soins :

- comment s'expriment sa personne de confiance, sa famille/proches quant à cette demande : témoignage de l'expression de la volonté de la personne concernée ou plutôt de leur point de vue, de leur propre souffrance, de convictions philosophiques, religieuses... ?
- comment l'équipe de soins se positionne-t-elle quant à cette demande : en quoi cette demande fait sens pour eux ? Sont-ils en mesure de l'accompagner ? Est-ce que l'équipe a des préjugés ?
- est ce qu'il pourrait y avoir des conflits d'intérêt tant pour l'équipe de soins que pour la personne de confiance, la famille et les proches ?

VII- la procédure collégiale : un éclairage pluriprofessionnel permet une évaluation fiable :

-le médecin en charge de l'organiser doit en informer la personne, si consciente et disposant d'un discernement adapté, la personne de confiance, si désignée, la famille/un des proches et l'équipe de soins concernée.
-le médecin rappelle les formes prises pour l'expression de la volonté de la personne concernée.
-le médecin apporte à la réflexion les réponses dont il dispose aux questions ci-dessus.
-le médecin pose la problématique : quelles sont les conséquences prévisibles du refus ou de l'acceptation de la demande à l'aune de critères cliniques et éthiques sachant que la décision est urgente dans le cas de souffrances réfractaires avec un pronostic de vie qui se compte en heures/jours versus la situation qui fait suite à une limitation-arrêt de traitements où l'on compte en jours/semaines, dans ce cas l'évaluation de la souffrance insupportable aux patients nécessite une évaluation réitérée ?
-Il s'agit de conduire une évaluation si besoin répétée :
Om multidimensionnelle : .pour quoi ? : l'intentionnalité (à l'aune des principes de « bienfaisance –non malfaisance », double effet, futilité, proportionnalité) ;
.pour qui ? : la finalité (à l'aune du respect de la personne malade et de ses attributs « autonomie », « dignité », « identité », « spiritualité », « maturité », « psyché », et de ses droits) ;
.de quel droit ? : la responsabilité de faire accéder ou non à cet acte médical (à l'aune des principes de « justice » et d' « équité »).

OMulti professionnelle : .le médecin prends l'avis de l'équipe de soins, de la personne de confiance si

Extrait article R.4127-37-3 du CSP : Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale. Le recours à la sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue.

désignée et de la famille ou l'un des proches.

.le médecin doit demander l'avis motivé d'un autre médecin extérieur à l'équipe de soins en charge directe du patient (sans lien hiérarchique entre eux).

.dans ces discussions délicates, le recours à un médecin d'EMSP ou d'équipe d'appui d'un réseau de santé est une ressource importante.

.les 2 médecins peuvent solliciter l'avis motivé d'un 3^{ème} médecin (sans lien hiérarchique entre eux).

. L'avis d'un professionnel de la santé psychique est souhaitable, notamment pour affiner l'évaluation de la dimension psycho-socio-spirituelle de la souffrance, son caractère réfractaire et insupportable.

Le médecin en charge de la personne malade concernée retranscrit les différents avis motivés dans le dossier personnel de la personne.

VIII- La décision :

A l'issue de la procédure collégiale, le médecin en charge de la personne concernée prend la décision. Sa décision est motivée et inscrite dans le dossier de la personne concernée.

Le médecin doit expliquer les déterminants de sa décision à la personne concernée, si consciente, à l'équipe de soins, à la personne de confiance, à défaut à la famille ou l'un des proches.

IX- La mise en oeuvre :

-à domicile ou en établissements médico-sociaux, il est souhaitable que la sédation profonde et continue jusqu'au décès soit mise en œuvre avec le support d'une équipe mobile de soins palliatifs ou des équipes d'appuis d'un réseau de de santé, d'une plate-forme territoriale ou d'un service d'hospitalisation à domicile disposant d'une compétence en soins palliatifs ;

-le médecin en charge du patient est présent auprès de l'infirmière lors de l'induction; il assure une évaluation régulière de la personne sous sédation ;

-la démarche palliative est poursuivie après décision de sédation profonde et continue jusqu'au décès : le médecin a le devoir et l'obligation de mettre en œuvre ou de poursuivre les soins palliatifs ;

-le médecin s'attache à apporter un soutien à la personne de confiance, à la famille et aux proches ;

-l'antalgie doit être maintenue ou entreprise, même si le médecin n'est pas en mesure d'évaluer avec certitude la souffrance d'un patient sous une sédation provoquant une altération profonde de la conscience jusqu'au décès.

Extrait article r.4127-37-3 du CSP :

« le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées. »

X- Modalités pratiques. Elles prennent en compte les fiches repères de la SFAP (8, 9,10) et les recommandations de l'HAS(12).

1– chez un patient conscient qui demande une sédation profonde et continue en raison d'une souffrance réfractaire, l'évaluation est urgente et doit répondre à deux questions :

- celle du caractère réfractaire de la souffrance : tous les moyens thérapeutiques disponibles ont été bien utilisés à l'aune de l'acceptabilité des effets secondaires et du vécu insupportable par le patient de sa situation. (L'avis d'un professionnel des soins psychiques est souhaitable) ;

- celle du caractère réservé du pronostic à court terme qui doit se compter en heures/jours : les critères à prendre en compte sont : l'étendue de la maladie et sa vitesse de progression ; le score de l'échelle de performances pour patients en soins palliatifs, la rapidité du déclin fonctionnel, la présence ou l'absence de défaillance des fonctions vitales, la sémiologie témoignant de la proximité de l'entrée en phase agonique (c'est-à-dire l'ensemble des symptômes en lien avec une hypoperfusion des organes et des viscères).

La chute rapide du score de l'échelle de performances des patients en soins palliatifs, passant du niveau de 40 % ou 30 % à 20 % évoque un décès à moins de deux semaines.

Si le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours et que les symptômes sont réfractaires, une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement est discutée avec le patient.

(Version 2)

Niveau	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100%	Complète	Activité et travail : normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90%	Complète	Activité et travail : normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80%	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70%	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60%	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50%	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie au stade avancé</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40%	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie au stade avancé</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30%	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie au stade avancé</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20%	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie au stade avancé</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10%	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie au stade avancé</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0%	Mort				

Traduction : Dr Sandra Legault, Dr Carol Laurin, Maryse Bouvette. PN

2-chez un patient conscient dont la décision d'arrêter les traitements entraîne une souffrance insupportable et engage son pronostic vital à court terme, la décision à prendre n'est pas urgente dès lors que le pronostic se compte en jours/semaines.

Il est préférable de se donner du temps, de laisser la possibilité aux patients de changer d'avis, de réévaluer, de reformuler et d'expliquer la situation à la famille, à l'entourage dans le respect du secret médical. (Il convient de tracer tous ces échanges dans le dossier du patient)

L'évaluation collégiale doit répondre à quatre questions :

- après la décision de limitation et d'arrêt de traitement quelle est la probabilité que le pronostic change pour se compter en heures/jours avec le support de l'échelle de performances des patients en soins palliatifs ;
- peut-on prédire que la décision de limitation-arrêt de traitement va générer une souffrance insupportable (l'avis d'un professionnel du soin psychique est souhaitable) ?
- le patient réitère-t-il sa demande dans un délai rapide, en discernant le souhait de hâter sa mort d'un souhait de contrôler le moment et la manière de mourir ?
- La demande du patient est-elle vraiment libre et éclairée ? (D'où l'intérêt d'anticiper les discussions avec le patient plutôt que de les envisager en situation critique).

Le prérequis est que le patient dispose de capacités de discernement. Pour le patient sous tutelle, il est nécessaire de se procurer le jugement des qui décrit le plus souvent si le patient est compétent pour prendre des décisions pour ses soins et traitements, car si le consentement relève du tuteur, du mandataire de protection future ou de l'habilitation familiale, notre devoir et notre obligation sont d'obtenir, autant que faire se peut, le consentement du majeur protégé lui-même.

3-chez un patient inconscient : le médecin en charge du patient peut poser l'indication d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès au titre de son refus de l'obstination déraisonnable en prenant en compte la volonté du patient exprimé dans ses directives anticipées si elles existent, le témoignage de cette volonté par la personne de confiance si elle a été désignée, le témoignage de cette volonté par sa famille et à défaut des proches. Il est généralement utile d'interroger à cet égard son médecin traitant et l'équipe de soins de proximité si elle existe.

4 la prescription personnalisée : aucune molécule n'a, dans cette indication, d'autorisation de mise sur le marché(AMM), les propositions relèvent actuellement de recommandations de bonnes pratiques(11) labellisées par l'HAS(12).

- Le médicament de référence est le midazolam°, utilisable quels que soient l'âge, et le lieu, à l'hôpital, à domicile ou en établissements médico-sociaux ;
- le midazolam peut être prescrit par un médecin généraliste tant à domicile qu'en établissements médico-sociaux, la délivrance relève d'une rétrocession par une pharmacie hospitalière.
- La titration vise l'obtention d'un score-4 à-5 sur l'échelle de Richmond ci-après

Echelle de vigilance-agitation de Richmond (*Richmond agitation sedation scale RASS*)
Validation française de Chanques et coll [4]

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tirc, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

- En cas d'efficacité insuffisante il est nécessaire d'ajouter un neuroleptique sédatif en se faisant aider, si besoin, par un médecin expérimenté en soins palliatifs.
- Il convient d'être particulièrement attentif à rechercher dans les antécédents toute notion d'effets paradoxaux, de tachyphylaxie rapide, d'imprégnation ancienne et à des doses significatives en benzodiazépines qui risquent de compromettre la sédation. (Il convient d'éviter au maximum de banaliser l'usage du midazolam dans l'anxiolyse notamment pour éviter de se retrouver dans ce type de situation). Si tel est le cas il est préférable de faire appel à l'expertise de médecins expérimentés en soins palliatifs.
- Si cette première ligne de traitement ne permet pas d'atteindre les objectifs de la prescription personnalisée, il convient d'envisager une rotation de molécules en faisant appel à l'expertise d'un médecin expérimenté en soins palliatifs.

XI-Bibliographie.

1-Recommandations pour la Pratique Clinique : Sédation, analgésie et curarisation en réanimation ; *Ann Fr Anesth Réanim* 2000 ; 19:fi98-105.

2-Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence(réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999) ; *Ann. Fr. Med. Urgence* (2011) 1:57-71.

3-Blanchet V., Viallard M., Aubry R., « Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie », *Médecine palliative*, 2010, 9 : 59-70.

4-SICARD Didier, « Penser solidairement la fin de vie - Commission de réflexion sur la fin de vie en France », La Documentation française, Collection : Collection des rapports officiels, Paris, 2012.

5-Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, avis N°121 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », CCNE, Paris, juin 2013.

6- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, « Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie », CCNE, Paris, 2014.

7-Tout LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », JORF n°0028 du 3 février 2016.

8-Décret n°2016-1066 « modifiant le code de déontologie et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016, JORF n°0181 du 5 août 2016.

9-Fiche repère SFAP : « recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ; évaluation du pronostic vital engagé à court terme » ; mai 2017.

10-Fiche repère SFAP : « recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès : évaluation du caractère réfractaire de la souffrance » ; mai 2017.

11-Fiche repère SFAP : « sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès : mise en œuvre médicamenteuse » ; mai 2007.

12-Haute autorité de santé, organisation des parcours : « mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès » ; 2017.

