

# une sédation palliative\*

Le niveau de profondeur d'une sédation palliative peut être léger (ouverture des yeux à la stimulation verbale et/ou tactile) ou profond (pas de réaction aux stimuli verbaux ou tactiles).  
La durée d'une sédation palliative peut être continue jusqu'au décès, ou transitoire pour permettre de passer un cap (la sédation transitoire n'est pas abordée dans ces guidelines).



\* Utilisation de médicament(s) sédatif(s) visant à diminuer de façon volontaire le niveau de conscience d'un patient en fin de vie, l'objectif étant de contrôler un ou des symptôme(s) réfractaire(s) et jugé(s) insupportable(s) par le patient.

## ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

### Quelles questions dois-je me poser avant d'entreprendre une sédation palliative ?

**Attention, la sédation palliative est un traitement réservé exclusivement aux patients :**

- présentant un ou plusieurs symptôme(s) réfractaire(s),
- dont le pronostic vital est engagé à très court terme,
- et ayant donné, si possible, leur accord à la pratique de l'acte.

- **Le symptôme concerné est-il bien réfractaire ?** Tous les moyens thérapeutiques disponibles et adaptés ont-ils été proposés

ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté ? Ce symptôme (physique, psychologique ou existentiel) et son éventuel traitement sont-ils vécus comme insupportables par le patient ? Avant de déclarer qu'un symptôme est réfractaire, procédez à une analyse rigoureuse en recherchant les thérapeutiques qui pourraient encore être tentées, en équipe pluridisciplinaire, et en faisant appel à l'expertise de spécialistes.

- **Le décès du patient est-il imminent ?** Le pronostic vital est-il engagé dans les heures ou jours à venir (au maximum 2 semaines) ? Ayez à l'esprit que lorsqu'elle se prolonge, la sédation devient difficile à gérer sur le plan médical et est à l'origine d'une grande souffrance pour l'entourage (proches et soignants).
- **Le patient (ou son représentant légal) consent-il à l'acte ?** Le patient est seul à pouvoir juger que sa souffrance est

insupportable. Pour permettre son consentement éclairé, informez préalablement le patient de sa situation clinique, de son pronostic, des risques encourus, et de la procédure de sédation proprement dite. Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, tenez compte de ce qu'il aurait transmis antérieurement (planification anticipée de soins et/ou directives anticipées).

## Quelle est la démarche à suivre afin d'assurer une thérapie sûre et efficace ?

Si votre équipe n'est pas familiarisée avec la pratique sédative, il est recommandé de collaborer avec une équipe spécialisée en soins palliatifs.

- Assurez une **surveillance continue** auprès du patient, en vous appuyant sur la présence permanente d'un proche si la sédation est pratiquée à domicile. L'équipe soignante en charge du traitement doit être joignable et **disponible 24 h sur 24**.
- Choisissez le sédatif qui comporte le moins de risques létaux : administrez-le à une **dose proportionnée au contrôle du symptôme**.
- **Poursuivez les thérapeutiques participant au confort du patient** (par exemple antalgiques, antiémétiques, antiépileptiques), en adaptant leur voie d'administration à l'état d'inconscience du patient. Renforcez certains soins et traitements tels que les soins de bouche, soins anti-escarres, surveillance de l'apparition de râles, etc. Une sonde vésicale peut être mise en place une fois le patient sédaté. Interrogez-vous sur l'intérêt de la poursuite ou non d'une hydratation artificielle en fonction des spécificités de la situation. Gardez à l'esprit que, dans une situation d'extrême fin de vie, son intérêt est extrêmement limité.
- **Évaluez systématiquement et régulièrement le degré de soulagement et d'endormissement** du patient : de façon soutenue durant la phase d'induction ; au minimum 2x/jour par la suite. Aidez-vous d'une échelle d'évaluation pour

estimer le niveau de sédation (voir l'outil « [Échelle de Rudkin modifiée](#) » en dernière page) et le degré de soulagement des symptômes. Assurez-vous que le patient ne réagit pas de manière paradoxale aux médicaments (delirium). Adaptez la médication en fonction. 🧠🧠

- **Offrez un soutien aux proches** : leur désarroi peut être intense, ils ont besoin d'être soutenus au moment de l'induction et durant tout le temps de la sédation. Assurez des rencontres fréquentes en apportant une écoute bienveillante de leur ressenti, craintes et difficultés ; en les informant pour leur permettre de comprendre la situation, l'objectif de la sédation, sa mise en œuvre et les adaptations apportées ; en les aidant à être partenaires de soins s'ils le souhaitent et à porter les gestes qui font sens pour eux. 🧠🧠

### Le protocole de détresse : quel est son objectif ?

Certains symptômes (par ex. dyspnée asphyxiante ou saignement cataclysmique) entraînent une souffrance brutale, insoutenable. La plupart d'entre eux conduisent à un décès rapide mais très inconfortable pour le patient. Il est nécessaire d'appliquer dans l'urgence un protocole qui vise à sédater le patient et à contrôler, si possible, le symptôme causal. Ce protocole de détresse comporte un sédatif, combiné éventuellement avec un opioïde et un anticholinergique, administrés par voie intraveineuse ou sous cutanée.

Après application d'un tel protocole, il est nécessaire de réévaluer au calme la situation afin de décider si l'on poursuit par une sédation palliative ou si on laisse le malade s'éveiller.

Des directives complètes sont disponibles sur [Palliaguide.be](https://palliaguide.be) 🧠🧠

## Quelles mesures pharmacologiques dois-je utiliser pour pratiquer une sédation ?

Choisissez le sédatif alliant le mieux efficacité et sécurité :

- **Midazolam** produit de référence, généralement utilisé en première intention. D'autres benzodiazépines, comme le lorazépam ou le diazépam, sont utiles lorsqu'on redoute le développement d'une tolérance rapide au midazolam.
- **Propofol et barbiturique** réservés aux situations où les benzodiazépines n'apportent pas l'effet escompté. Leur administration requiert l'intervention d'une équipe expérimentée et dans la plupart des cas l'hospitalisation du patient.
- **Clonidine** peut être ajoutée au sédatif pour potentialiser son effet. Elle est utile en cas d'escalade rapide des doses, lorsqu'on suspecte un effet de tolérance.
- Neuroleptique tel que l'**halopéridol** ou la **clotiapine** qui peut être combiné au sédatif lorsque le patient présente une agitation psychomotrice secondaire à un delirium réfractaire.

Lors d'une sédation par midazolam, appliquez le protocole suivant :

### Induction par voie sous-cutanée :

- Administrez 2,5 mg de midazolam sc toutes les 20 à 30 min jusqu'au niveau de sédation souhaité.
- Dose réduite à 1 mg chez le patient très âgé ou fragilisé.
- Dose augmentée à 5 voire 10 mg sc en cas d'urgence vitale (détresse respiratoire terminale, hémorragie cataclysmique).

### Induction par voie intraveineuse :

- Diluez le midazolam dans du sérum

physiologique afin d'obtenir une concentration de 1 mg/ml.

- Administrez 1 mg en iv lent toutes les 5 min jusqu'au niveau de sédation souhaité.
- Dose réduite à 0,5 mg iv lent toutes les 5 min chez le patient très âgé ou fragilisé.
- Dose augmentée à 2,5 voire 5 mg iv lent en cas d'exposition préalable aux benzodiazépines ou dans le cadre d'un protocole de détresse.

### Entretien (sc et iv) :

- Administrez la dose horaire à l'aide d'une pompe, iv ou sc continu : la dose horaire est équivalente à 50% de la dose totale nécessaire pour induire la sédation.
- Anticipez la possibilité d'un réveil (notamment lors d'un soin) en prévoyant une entredose équivalente à la dose d'une heure, à administrer en iv lent ou sc, et en respectant, s'il n'y a pas d'inconfort majeur, un délai de 60 min entre chaque entredose.
- Adaptez la dose d'entretien en fonction de l'utilisation des entredoses.
- Augmentez de 50 à 100% le débit horaire, max toutes les 60 min.
- Au-delà de 300 mg/24h, une majoration de la dose n'apportera probablement plus l'effet attendu. En cas d'augmentation rapide des doses ou lorsque la dose dépasse 200 mg/24h, envisagez d'associer le midazolam à une autre molécule (par ex. *clonidine*) pour potentialiser son effet sédatif, ou d'utiliser un autre sédatif, avec l'aide d'une équipe expérimentée.

Dans les situations non-urgentes, il est possible d'induire la sédation d'emblée par une dose d'entretien, à augmenter progressivement. Cette procédure permet un endormissement plus lent. La dose initiale est alors de 1 mg/h (0,5 à 1,5 mg/h) sc ou iv. Elle est augmentée par paliers de 0,5 mg/h toutes les 60 min (30 à 120 min) jusqu'à l'obtention du degré de sédation recherché.

# À quels repères éthiques dois-je être attentif lorsque j'envisage de pratiquer une sédation ?

La sédation palliative doit être distinguée des thérapeutiques qui, en visant à contrôler un symptôme (par exemple angoisse, agitation, douleur), entraînent, de façon involontaire, un état de somnolence. Sa mise en œuvre est complexe et demande de prendre des précautions importantes sur le plan éthique.

La sédation n'est pas une euthanasie déguisée : elle en diffère par l'intention, la procédure et le résultat. En induisant une sédation, le clinicien vise à réduire l'état de conscience du patient pour

contrôler un symptôme réfractaire. Il ne cherche pas à interrompre la vie.


La sédation est un acte qui doit être proportionné au caractère réfractaire et insupportable du symptôme, dans le choix, la posologie et la durée d'administration de la médication sédative.

La sédation requiert une bonne pratique médicale et demande de communiquer, de façon soutenue et le plus précocement possible, avec tous les intervenants (patient, proches, équipe soignante), entre autres à propos du caractère réfractaire et insupportable du symptôme, de l'intentionnalité de l'acte, de la procédure utilisée et des résultats attendus. Si ces précautions ne sont pas prises, la sédation conduit à des situations difficiles à gérer et à des dérives éthiques.

## Outil : échelle de Rudkin modifiée (traduction française)

Score	Niveau de sédation
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 sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés ne répondant pas à la stimulation tactile légère

Cette fiche est une synthèse partielle du site [palliaguide.be](http://palliaguide.be)

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

