

# le Medical Update Group

**Mercredi 13 Novembre à 20 h**

**Au Théâtre 2, University Mauritius**

**« La prise en charge de la souffrance  
en fin de vie  
et place de la sédation »**

Dr Claude GRANGE

# De quelle souffrance parle t'on?

- Douleur Physique
- Souffrance Psychique, morale
- Souffrance sociale
- Souffrance spirituelle

# Douleur/Souffrance

## Douleur

- Expérience sensorielle et émotionnelle liée à lésion organique réelle, potentielle ou inexistante
- Davantage Physique, lié au corps, au soma

## Souffrance

- Mesure subjective de la douleur
- Ce que fait l'individu de sa douleur
- Il n'est de souffrance que de sens
- Concerne un champ plus large, psychologique, sociale, spirituelle

# Soulagement

## **Douleur Physique**

- Nociceptives: 9/10
- Neuropathiques: 7/10

## **Souffrance morale**

Il s'agit d'une autre affaire....

- La souffrance subie: la pire, mal supportée, mal soulagée
- La souffrance choisie: la mieux supportée, la plus acceptable

# La Douleur

- Est un phénomène complexe, multifactorielle, éminemment subjectif
- La douleur est ce que dit le malade: « toute attitude qui conduit à estimer la douleur d'autrui, conduit à la sous estimer »
- Premier principe: je crois à sa douleur
- Deuxième principe: j'évalue et j'essaye de discriminer entre le j'ai mal, le je suis mal ou les deux

La médecine de la douleur  
est avant tout  
une médecine de l'humain  
et non pas de l'organe

# La maladie grave et la fin de vie

Sont de véritables traumatismes  
psychiques, source de souffrance



# Total Pain = Souffrance totale

- Il s'agit d'une approche globale de la souffrance  
tel que décrit par Cécily Saunders, 1967
- Ce concept de souffrance globale illustre le passage du guérir (to cure) au soigner (to care)

# La douleur physique

- composante nociceptive
- composante neurogène
- composante psychogène

# La souffrance morale

- La maladie grave comme la fin de vie est un traumatisme psychique qui nécessite de faire un travail de deuil de sa bonne santé comme de son immortalité
- Deuil en 3 phases :
  - Détresse
  - Dépression
  - Adaptation
- Gestion des angoisses archaïques de séparations, d'abandon, de castration, de mort

# La souffrance sociale

- Crise d'altérité engendrée par la maladie
- L'individu rentre dans une relation d'inégalité, il y a une crise dans la communication avec autrui
- La douleur sociale est aussi provoquée par le cheminement différent qui peut subsister entre le patient et son entourage
- Tout ne parvient pas à se dire non plus : protection mutuelle et tout le monde se protège croyant bien faire conduisant à l'isolation du malade

# La souffrance spirituelle

- L'approche spirituelle fait référence à l'ensemble de la vie du patient (passé, présent, futur)
- La dimension spirituelle recouvre la capacité que l'homme a, à porter des questions sur le sens de son existence, de sa vie, sur les relations qu'il entretient avec autrui et son affrontement à la mort ( Père Verspieren)
- Le moteur de la souffrance spirituelle est souvent la culpabilité.
- Cette souffrance repose sur des peurs de quelque chose de non définissable

# Vécu de la souffrance

« Le souffrance naît de la crise existentielle la plus profonde, quand l'homme est confronté à sa propre mort »

- Ecouter est une position active.
- Ecouter ce n'est pas forcément adhérer
- Ecouter ce n'est pas être obligé de répondre ou d'agir
- Ecouter ce n'est pas un piège, c'est permettre une relation vivante où la parole s'échange et se ricoche (Pillot, 1994)

# L'expression de la souffrance se manifeste par des :

- Plaintes auprès des soignants.  
(il est important de donner du sens à la plainte)
- Emotions qui s'expriment  
(angoisses archaïques, de séparation, de perte, de castration, de mort)
- Mécanismes de défense  
(stratégies pour « faire face » à une situation stressante)
- Attitude et comportements défensifs  
(régressifs, obsessionnels, phobiques, agressifs, tyranniques).

# Ecouter la plainte

- Elle repose sur les dires du patient, ce qui nécessite de la part du médecin ou du soignant, une écoute attentive
- La douleur enfoncé dans la nuit du corps et l'infini de la conscience
- Clinique de l'extrême , conscience de l'unique centré sur l'histoire de vie singulière d'une personne



# Les mécanismes de défense

C'est un mécanisme inconscient d'adaptation à respecter:

- Le déni
- La colère, la révolte
- Le marchandage
- La tristesse
- La résignation
- L'acceptation

# Dans la phase terminale: Un sentiment domine

La peur

# Quelles PEURS?

- de souffrir
- d'étouffer
- de perdre la tête
- de perdre le contrôle
- de quitter ses proches
- du regard des autres
- de la douleur des proches
- de l'au de là

# Et Vous ?

- Avez-vous déjà pensé à votre propre mort ?
- De quelle mort vous ne voudriez surtout pas?

Et pour vous une belle mort, ce  
serait quoi?

# Le paradoxe en France !!

- 80% des personnes décèdent en milieu institutionnel
- 80% des personnes souhaiteraient mourir à domicile

# Pratiques sédatives en soins palliatifs

La sédation n'est ni une anxiolyse  
ni une euthanasie, c'est une pratique médicale.  
Il existe plusieurs types de sédations.

# Les pratiques sédatives à visées palliatives en fin de vie

Peuvent être classées en fonction de 3 critères:

1. La durée: transitoire, indéterminée (réversible)  
maintenue jusqu'au décès (irréversible)
2. La profondeur : proportionnée (à l'intensité des symptômes) ou d'emblée profonde
3. Le consentement: non obtenu, obtenu de manière anticipée(oral) (DA), obtenu au moment de la sédation, ou demande exprimée



# La typologie SEDAPAL

<b>Axe D</b>	<b>Durée prescrite</b>	<b>Type</b>
Sédation transitoire (réversible)		<b>D1</b>
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible)		<b>D2</b>
Sédation maintenue jusqu'au décès		<b>D3</b>
<b>Axe P</b>	<b>Profondeur</b>	<b>Type</b>
Sédation proportionnée		<b>P1</b>
Sédation profonde d'emblée		<b>P2</b>
<b>Axe C</b>	<b>Consentement- Demande</b>	<b>Type</b>
Absence de consentement		<b>C0</b>
Consentement donné par anticipation		<b>C1</b>
Consentement		<b>C2</b>
Demande de sédation		<b>C3</b>

# Définition

« 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.»

# Types de sédation

La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience qui peut être :

1. Sédation transitoire: sommeil provoqué transitoire
2. Sédation prolongée: sommeil provoqué continue

# 1 la sédation transitoire

- Les soins douloureux
- Les situations d'urgence
- Les caps difficiles
- Les symptômes physiques réfractaires
- Les symptômes psychiques réfractaires
- Une alternative à une demande d'euthanasie

Protocole de sédation par titration IV ou SC

## 2 la sédation continue

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 tt de maintien en vie est mis en œuvre

# Dans les cas suivants:

1. Affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et devant une souffrance réfractaire au tt.
2. Affection grave et incurable et Arrêt des tt qui engage le pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable

**Protocole de sédation par titration IV ou SC**


# Les 2 indications en situation aigue d'urgence

1. Les hémorragies cataclysmiques extériorisées (ORL, pulmonaire, digestive)
2. Les détresses respiratoires asphyxiques (étouffement avec risque de panique, sensation de mort imminente)

## Protocole d'urgence

# Guide des bonnes pratiques

Anticiper le plus possible la mise en œuvre d'une sédation possible

1. Information et consentement du malade
2. Discussion collégiale, décision médicale
3. Information de la famille
4. Prescription du protocole de sédation
5. Mise en place de la sédation après évaluation de la situation
6.  Réévaluer au bout de 48h la poursuite de la sédation

Toute prescription anticipée de l'induction d'une sédation doit être personnalisée, nominative et réévaluée systématiquement.



# Échelle de sédation de RUDKIN

1. Malade éveillé et orienté.
2. Malade somnolent.
3. Malade yeux fermés, répondant à la voix.
4. Malade yeux fermés, répondant à la stimulation tactile.
5. Malade yeux fermés, ne répondant pas à la stimulation tactile.

PRODUIT		DEMI-VIE	DOSAGE
<b>HYPNOVEL</b>	Midazolam	<b>2 à 4 heures</b>	Amp 1 ml à 5 mg Amp 10 ml à 50 mg
<b>SERESTA</b>	Oxazépam	10 heures	10 mg, 50 mg
<b>XANAX</b>	Alprazolam	12 heures	0,25 mg, 0,50 mg
<b>TEMESTA</b>	Lorazépam	15 heures	1 mg, 2,5 mg
<b>LEXOMIL</b>	Bromazépam	20 heures	6 mg
<b>VALIUM</b>	Diazépam	<b>32 heures</b>	10 mg, 5 mg, 2 mg 3gttes = 1 mg
<b>URBANYL</b>	Clobazam	40 heures	5 mg, 10 mg, 20 mg
<b>LYSANXIA</b>	Prazépam	65 heures 20ml à 15mg/ml = 30 gttes	10 mg, 40 mg
<b>NORDAZ</b>	Nordazépam	65 heures	7,5 mg, 15 mg
<b>TRANXENE</b>	Clorazépate	<b>70 heures</b>	5 mg, 10 mg, 50 mg
<b>TRANXENE</b>	injectable pic plasmatique en 30mn		20 mg, 50 mg 100 mg

# Titration I.V

- Midazolam 1mg pour 1ml
- Dose d'INDUCTION : 1mg IVD  
ttes les 2 à 3mn soit 1ml  
jusqu'au **score 4** de l'échelle de Rudkin
- Dose d'ENTRETIEN : 50% de la dose  
d'induction en posologie horaire.

# Exemple de Titration I.V

- Midazolam 1mg pour 1ml
- Dose d'INDUCTION : 1mg IV  
ttes les 2 à 3mn jusqu'au **score 4** de l'échelle de Rudkin, *soit 4mg*
- Dose d'ENTRETIEN : 50% de la dose d'induction en posologie horaire *soit  $4mg / 2 = 2mg \times 24 = 48mg/24h$*

# Titration S/C

- Midazolam 50 mg dans 50 ml dans une PSE
- A T0 mettre en route la PSE à la vitesse correspondant au débit d'1ml/h (1 mg/h)
- Toutes les 15 mn, augmenter de 0,5 ml/h, jusqu'à obtenir le stade IV de l'échelle de Rudking
- Attention au risque de relargage, vérifier le site d'injection

# Sédation en cas d'urgence vitale

**Contexte** : hémorragie ou étouffement dans le cadre d'une prise en charge palliative

- **Voie** : IV de préférence
- Cf protocole
  - « Procédure de sédation par Midazolam (HYPNOVEL®) en cas d'urgence vitale par Hémorragie ou étouffement »

	<b>Sédation profonde et continue Maintenue jusqu'au décès</b>	<b>Euthanasie</b>
<b>Intention</b>	Soulager la souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
<b>Moyen</b>	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
<b>Procédure</b>	Utilisation d'un sédatif pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
<b>Résultat</b>	Sédation profonde maintenue jusqu'au décès dû à l'évolution de la maladie incurable	Mort immédiate du patient
<b>Temporalité</b>	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par le produit létal
<b>Législation</b>	Autorisée par la loi	Interdit par la loi qualifié d'homicide ou empoisonnement