

Place de la sédation continue lors d'un arrêt de dialyse : Questionnement sur une situation clinique

Adrien EVIN, médecin

Gwenola LAMBALLAIS, infirmière

Katell SEVERIN, psychologue clinicienne

USP CHU de NANTES



Mr M.

- Patient de 74 ans
- Hospitalisé pour arrêt de dialyse
- Dialyse chronique depuis 7 ans (3/sem)
- Contexte : « pénibilité » des séances de dialyse, perte de sens de sa vie => qualité de vie insuffisante



Mr M

- La Dialyse est pour ce patient:
un moyen de suppléance vitale
- L'arrêt de la dialyse est vécu comme une mort programmée pour le patient et sa famille



Mr M

« je m'abandonne en toute confiance à votre équipe. Je suis prêt à répondre à toutes vos exigences pour en finir »

- Comportement du patient amenant un grand nombre d'interrogations de l'équipe



Nos questions :

- Quelle est la demande du patient ? Est-ce une demande d'euthanasie? De suicide assisté ? Ou un appel à l'aide?
- Ce patient rentre-t-il dans le cadre de la loi sur la sédation profonde et continue?
- Doit-on l'informer sur cette loi et comment ? Quelles conséquences cela peut avoir?



Point vue des soignants paramédicaux

- Patient autonome dans la vie et dans l'action ne parlant pas de sa dialyse aux soignants

- Très communicant :

Porte ouverte, plaisir à l'échange, relatant sa vie

- Sentiment d'injustice : séparation de sa femme, mort de son enfant

« je n'ai rien à me reprocher »



Point vue des soignants paramédicaux

- Amenant à nous poser la question
« fait-il cela par chantage ? La faire culpabiliser ?
La faire souffrir? »

- Une situation déroutante

Nous posant même la question de sa sincérité
(urine ? Médicaments ?)



Point de vue du psychologue

- Question d'une pathologie psychiatrique : éclairage du psychiatre
- Espace d'échange troublant : partage du bonheur de l'arrêt de dialyse
- Impression de perte identitaire : patient retrouvant une place dans ce contexte de « mourant »



Point de vue du psychologue

- Accompagner le patient dans le travail de « trépas »

Remise en mouvement dans ce contexte de mort certaine

Donner un sens au reste de sa vie



Réflexions et Procédure collégiale

- Qui : l'équipe soignante, les médecins qui le prennent en soins, un regard extérieur avec le réseau de soins palliatifs.
- Questions : autonomie du patient et place de la sédation profonde ?



Réflexions et Procédure collégiale

- Cadre légale loi du 2 fev 2016:

*A la demande du patient (..), une sédation profonde et continue (...), est mise en œuvre (...)
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*



Appropriation par l'équipe de la loi

- Notion de court terme
- Notion de souffrance insupportable
- Différence entre sédation profonde et euthanasie : représentation de l'équipe

	Sédation profonde et continue	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement...)



La décision collégiale

- Après de longs échanges :

Ne rentre pas dans le cadre de la loi sur la sédation profonde

Mais sédation proportionnée possible si symptôme

Et décision de sédation profonde pouvant être re-questionnée en fonction de l'évolution



La décision collégiale

- Demande de transfert en soins de suite
Car stabilité de l'état sans aucun symptôme
Projet de vie
- Questionnement sur l'information sur la loi
- Conséquences de l'information?



Une question complexe même pour l'HAS

« Les patients qui ont une maladie dont l'arrêt des traitements engage leur pronostic vital à plus long terme ou n'entraîne pas de souffrance insupportable ne sont **pas d'emblée** concernés par la SPCMD. » **version finale des recommandations**

« Les patients qui ont une maladie dont l'arrêt des traitements engage leur pronostic vital à plus long terme ne sont **pas d'emblée** concernés par la SPCD : arrêt de l'insulinothérapie, de la dialyse, de la chimiothérapie, de la nutrition, etc. »

