



**La sédation
en questions**



N°124 MARS 2016

Revue / Jusqu'à la mort accompagner la vie



*Revue / Jusqu'à la mort
accompagner la vie*



N° 124 - MARS 2016

La sédation en questions



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

LA SÉDATION EN QUESTIONS

BRUNO ROCHAS..... 5

LE DOSSIER

UNE HISTOIRE DE LA SÉDATION EN SOINS PALLIATIFS

RENÉ SCHAEERER..... 11

Nous avons en France une longue et regrettable expérience de la sédation en fin de vie. Cet article la rappelle en l'inscrivant dans l'histoire plus large des soins palliatifs. Les produits utilisés visaient à la fois l'analgésie et le sommeil induit. La grande majorité des services de cancérologie employaient le « cocktail lytique » chez leurs patients en fin de vie. Cette proportion a commencé à baisser lentement à partir de la mise en place des soins palliatifs.

LA SÉDATION EN FIN DE VIE. QUEL OBJECTIF POUR QUELLE INTENTIONNALITÉ ?

ELISABETH DELL'ACCIO 21

La question de l'intentionnalité amène à réfléchir à l'objectif de la sédation dans tous ses déterminants. Cette démarche est indispensable pour prendre une décision qui soit réellement du meilleur intérêt pour la personne mourante, c'est-à-dire le respect. La demande, dans cette circonstance, se situe dans un espace de vulnérabilité partagée, rencontre de l'espace intime du patient et aussi du médecin. L'analyse de l'intentionnalité contribue à réinscrire la pratique du soin dans un rapport de responsabilité.

LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE À L'ÉPREUVE DE L'EUTHANASIE

EMMANUEL HIRSCH 29

Comment respecter la liberté d'une personne dépendante d'une maladie ou d'altérations qu'elle ne maîtrise plus ? Comment envisager, avec elle ou pour elle, lorsqu'elle ne s'exprime plus, les conditions d'une liberté digne d'être encore vécue, en société, parmi nous ? Il n'est pas du tout certain qu'à elle seule, en dépit de ses qualités, la loi puisse répondre à des enjeux qui, c'est évident, relèvent de notre conscience et de nos responsabilités individuelles.

LES AMBIGUITÉS DE LA SÉDATION TERMINALE

ROBERT HOLCMAN..... 37

On peut tout aussi bien dire que la sédation terminale est une forme d'euthanasie lente, par attrition. Son introduction constitue un tournant puisque, pour la première fois, des soignants vont avoir un geste conduisant à la mort du patient. Toute la question est de savoir pour qui la mort doit être « confortable » ? Faut-il penser autant à ceux qui partent qu'à ceux qui restent ? C'est à l'aune de cette question qu'il faut estimer l'influence des familles dans la destinée de membres malades et/ou en fin de vie.

LA SÉDATION OU LES AVENTURES DE LA CONSCIENCE

OLIVIER MARET..... 47

On considère volontiers que « perdre conscience » c'est tout perdre du soi, c'est être doucement englouti dans un néant sans retour, c'est mourir dans le confort. On confond la perte de conscience et l'anéantissement du psychisme, en passant sous silence ce que la psychologie du xxe siècle nous a appris sur l'activité inconsciente. Même s'il en a été débattu dans le contexte de la fin de vie, il ne s'agit pas en soi d'une anticipation de la mort, mais d'une poursuite de la vie, sous conscience modifiée mais non anéantie.



LA SÉDATION : UN OUTIL DE FIN D'EXISTENCE POUR UNE SOCIÉTÉ D'AVEUGLÉS ? DE LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE À LA BOUGIE

CATHERINE D'ARANDA 59

Dans une perspective phénoménologique, la sédation supprime seulement la manifestation de la vie au monde des proches et des soignants. Quand je sédate une personne, j'agis sur son corps, cerveau compris, mais je n'ai aucune action sur la vie qui l'anime. Il persiste un doute : un patient sédaté se réjouit-il ou souffre-t-il encore ? La seule certitude objective est qu'il ne peut plus nous le manifester, qu'il ne manifeste plus ce qu'il éprouve peut-être encore.

LA SÉDATION, ULTIME OBSTINATION ?

BRUNO ROCHAS 65

L'interpellation d'une souffrance insupportable n'appelle d'abord pas tant une réponse du soignant qu'un redoublement d'attention. Une attention respectueuse qui peut encourager le maintien d'un dialogue avec le malade, afin de lui permettre de nommer et éventuellement confier ce qui fait tension en lui. Un travail d'équipe concerté, pluri-professionnel et en lien avec la famille est évidemment nécessaire pour cela.

ENTRETIEN

→ SÉDATION EN GÉRIATRIE

ÉRIC KILEDJIAN 75

DIRECTIVES ANTICIPÉES

CORINNE SISOIX 79

Rédiger ses directives anticipées est l'occasion pour le patient d'identifier ses peurs, d'en repérer l'origine. Formuler des craintes peut être un moyen de les tenir à distance. Il peut s'agir d'ouvrir un autre espace de pensée, de se rassurer avec l'idée que toutes ces peurs n'ont aucune valeur prémonitoire et que le moment venu tout peut être différent. L'usage qui en est fait interroge la pratique de psychologue. Des témoignages vont nous aider dans cette réflexion.

LA SÉDATION EN SOINS PALLIATIFS : REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS ET JEUNES MÉDECINS

ISABELLE CHAZOT, JULIE HENRY 89

Ce travail a proposé aux soignants et aux jeunes médecins de réfléchir sur leurs représentations et de pouvoir parler sereinement de la sédation avec les patients et leurs proches. Les réponses ont comporté des éléments de compétence et des propos autour du vécu, du ressenti. Il y a une constante co-présence d'une certaine forme d'évidence médicale et d'un trouble irréductible dans la pratique de cet acte qui n'est jamais banalisé.

LES ACTUALITÉS

COMPTE-RENDU D'ACTUALITÉS

RENÉ SCHAERER, FRANÇOISE POIRIER 103

CAMPAGNE « MOI, J'ANTICIPE LES CONDITIONS DE MA FIN DE VIE » 2015-2016

PASCALE ROUILLY 107

RECENSIONS 111

ÉDITORIAL

LA SÉDATION EN QUESTIONS

* BRUNO ROCHAS, MÉDECIN, COMITÉ DE RÉDACTION, VIENNE

La sédation (réduction de l'état de conscience d'un malade induite par des médicaments) est une pratique aujourd'hui validée en soins palliatifs. Initialement considérée comme un effet indésirable éthiquement acceptable de traitements de symptômes pénibles (troubles respiratoires, digestifs, anxieux, douleur rebelle), elle est devenue en une quinzaine d'années un acte thérapeutique à part entière, étendant son indication à la prise en charge d'une souffrance insupportable liée à des symptômes dits réfractaires.

Acte grave qui prive une personne de sa conscience, de sa capacité de communication, de relation, il a fallu l'encadrer par des recommandations de bonnes pratiques encourageant à un processus décisionnel préliminaire sollicitant des principes éthiques essentiels (autonomie, consentement, intentionnalité, équilibre bienfaisance / non-malfaisance, etc.).

Le monde médical s'est saisi de cette alternative thérapeutique avec un usage de traitements sédatifs en fin de vie se banalisant, mais avec ambivalence entre réticence devant une conduite perçue comme pseudo-euthanasique et satisfaction d'accéder à une solution en apparence efficace pour soulager des patients en situation de souffrance rebelle.



Cette pratique semble également apporter des arguments face aux inquiétudes sociétales liées aux représentations de la fin de vie et aux attentes fortes exprimées en direction du corps médical d'une meilleure prise en compte de la souffrance exprimée par les malades.

Sur le plan politique enfin, la sédation a été une arme dans le débat autour de la nouvelle loi sur la fin de vie, comme alternative face à une volonté d'évoluer vers un droit à l'euthanasie et/ou le suicide assisté. Avec le compromis de faire apparaître de nouveaux droits pour le patient.

Cette pratique de la sédation et l'évolution de la législation restent source d'un débat permanent tant dans la société, qu'au sein du corps médical en particulier des soins palliatifs. Au-delà des craintes sur le risque de glissement vers des conduites euthanasiques plus ou moins conscientes, la sédation pose un certain nombre de questions sur le plan éthique et philosophique.

Ainsi, la question des limites s'impose d'elle-même en ce domaine : vie, sommeil, mort ; jouissance / souffrance ; sens du temps qu'il reste, fin de vie, fin de l'existence. Alors comment trouver un équilibre entre bénéfices et risques de la sédation au nom du principe de bienfaisance ?

Comment la notion de souffrance rebelle se répercute-t-elle dans la relation de soin, dans le dialogue avec le malade, amenant à cette proposition de traitement ? Le fantasme d'une médecine toute puissante, y compris devant toute souffrance, réapparaît-il ici tant du côté médical que du côté du malade et de son entourage ? Il semble d'ailleurs intéressant de rapprocher la sédation, d'autres dispositifs comme les directives anticipées, visant à rassurer nos concitoyens sur les conditions de prise en charge de la fin de vie et d'en mesurer les enjeux.

Du côté des soignants, quelle ambivalence dans l'intentionnalité de cet acte ? Dans sa proportionnalité ? Comment cette pratique est-elle vécue par les soignants ? Qu'éprouvent les médecins lors de ces prescriptions ?

Enfin, comment continuer à accompagner une personne endormie et faut-il avoir peur que la sédation, comme moyen de soulager, devienne une *fin* en soi... ?

En complément de la pédagogie nécessaire en ce domaine, et sans posture dogmatique, nous souhaitons encourager la poursuite de la réflexion sur des pratiques déjà en mouvement, dans une société qui change aussi. En poursuivant le questionnement, le dialogue...

