



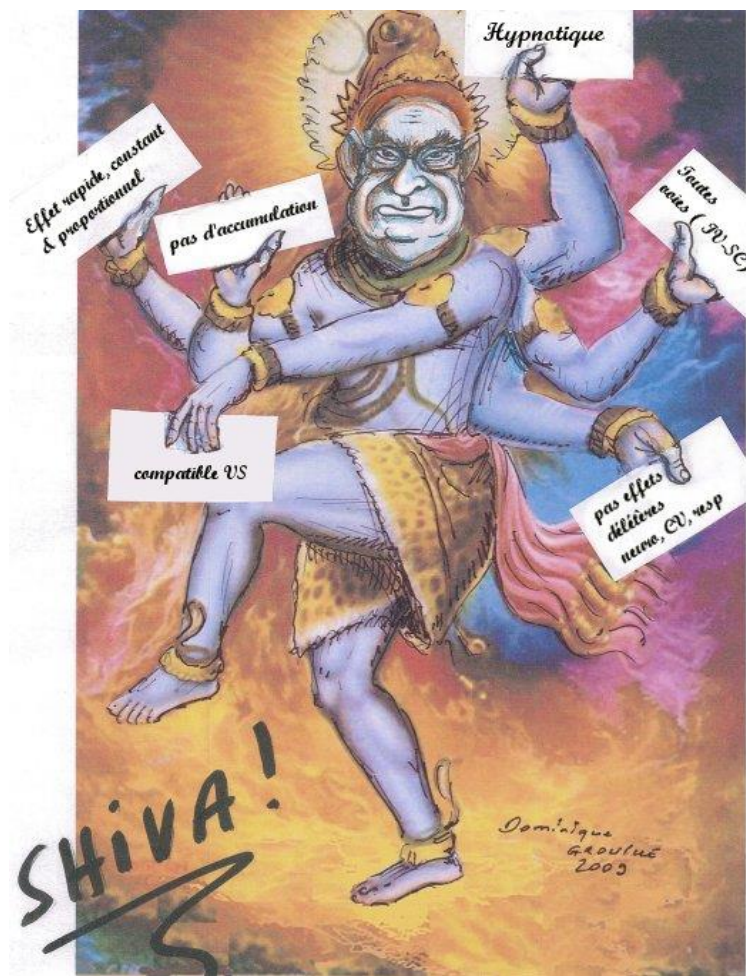
# Pratiques sédatives Comment je fais, Comment j'enseigne ?

Pr Clavel Laurent ( Strasbourg)  
Dr Sardin Bertrand (Limoges)

L'agent de sédation idéal  
n'existe pas.

Ni en théorie ni en pratique

aucune étude ni recommandation  
actuelle ne donne d'informations  
suffisantes sur la bonne façon de  
conduire une sédation  
Sfap 2017





Il n'y a pas une sédation mais des pratiques sédatives SEDAPALL ©

## Recommandations de 2010 (HAS/SFAP)

- personnel référent, compétent en soins palliatifs prévenu et joignable,
- disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicaments,
- disponibilité du médecin pour faire des visites régulières,
- possibilité d'un suivi infirmier régulier,-possibilité de contacter un médecin ou un infirmier à tout moment,
- assentiment de l'entourage (famille, proches, auxiliaires de vie) et une présence continue pour que la sédation ait lieu à domicile.

Les consignes doivent être laissées par écrit au domicile du patient :  
protocolisation de l'administration et de la surveillance du traitement et  
conduite à tenir en cas d'urgence.



Un certain nombre de produits sont utilisables en fonction

- du but recherché chez ce malade
- du contexte
- des équipes
- des lieux de mise en œuvre
- des voies d'administrations utilisables
- des disponibilités pharmaceutiques

Benzodiazépines

Neuroleptiques

Anesthésiques généraux



# Le midazolam



# Midazolam

Effet classe des benzodiazépines

Liste 1 substances vénéneuses et réservé **usage hospitalier**

Anxiolytique, anticonvulsivante, myorelaxante, **sédative**

**hypnotique et amnésiante** ( à des degrés divers)

**Différents contextes de mise en œuvre :**    **POINTS de VIGILANCE**

USP

Contexte (environnement particulier)

MCO

Pharmacologie

GERIATRIE

Délivrance

LISP

Ressources (humaines, cognitives, logistiques)

INSTITUTION

DOMICILE



## Que faire en cas d'échec ?

Le constat d'échec est clinique

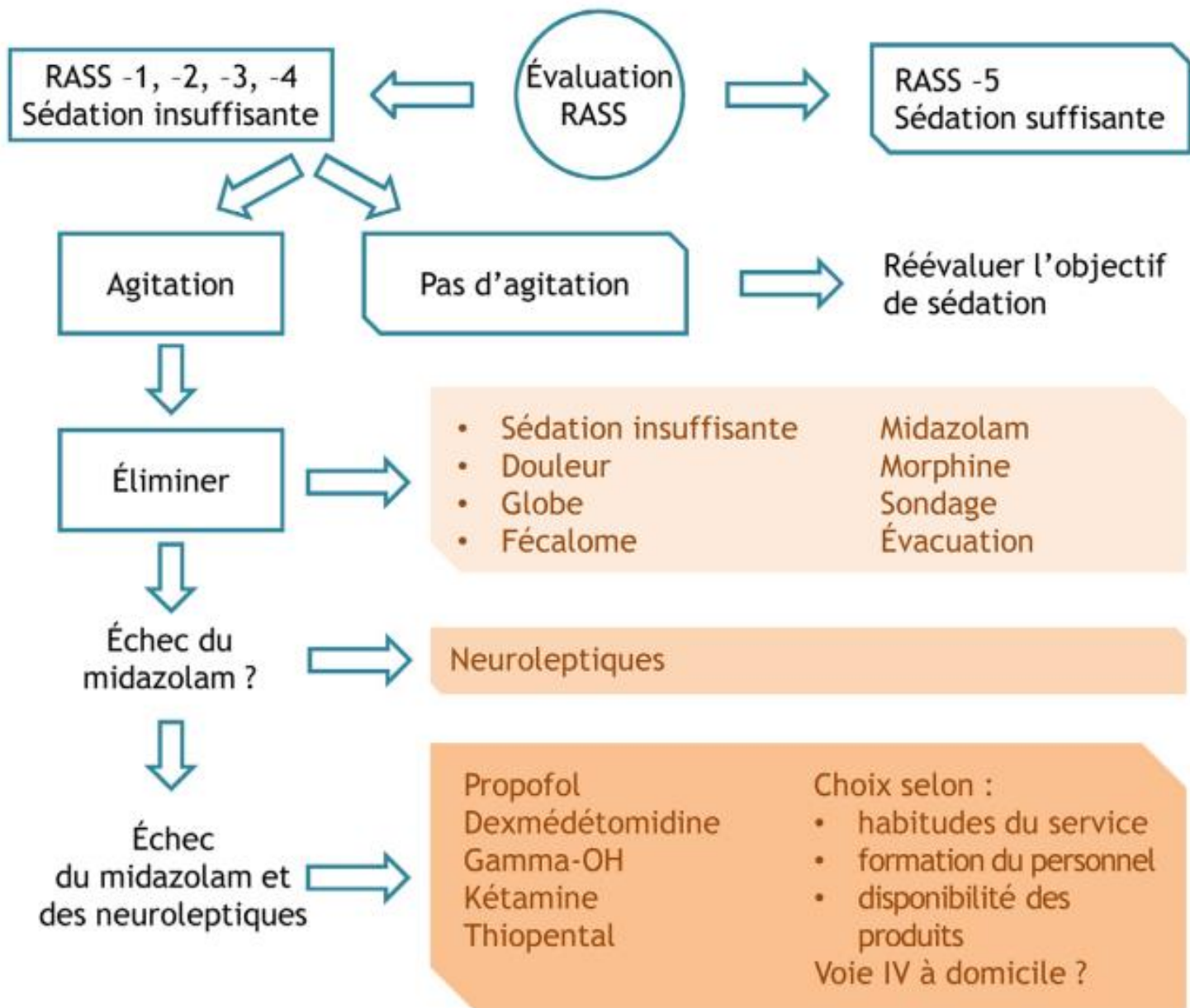
- Niveau de sédation obtenu ( Richmond)
- Niveau de sédation voulu ( Sedapall)
- ± agitation ou persistance du syndrome réfractaire

2 seuils posologiques 5 et 10 mg/h

Augmentation des doses sans effet notable ou effet immédiat satisfaisant mais non durable (multiplication des doses de secours)



# Journée thématique nationale sur les pratiques sédatives







Anesthésiques généraux ( hors phénobarbital)

- à ne pas mettre en toutes les mains ( Formation +++, protocoles]

Utilisation hors AMM,

Liste 1 réservé **usage hospitalier** ( gamma OH, dexmédétomidine), **reservé Anesth-Réa et medecine urgence** (Propofol Kétamine) **stupéfiant** ( Kétamine)

**hypnotiques** ( à des degrés divers)

Associer ou non aux précédents

**Différents contextes de mise en œuvre :**

**POINTS de VIGILANCE**

USP

Contexte (environnement particulier)

MCO

Pharmacologie

GERIATRIE

Délivrance

LISP

Ressources

INSTITUTION

Formation

DOMICILE



# Journée thématique nationale sur les pratiques sédatives

		Dose initiale	Dose Entretien
<i>Alternative première ligne : MDZ+neuroleptiques</i>			
Voie IV	chlorpromazine	25 mg $\pm$ 25 mg après 30 mn	50 -100 mg.j <sup>-1</sup> (Max 300 mg.j <sup>-1</sup> )
Voie SC	halopéridol	titration 1-2 mg/30mn (max 5mg)	5-15 mg.j <sup>-1</sup>
	lévomépromazine	12.5-25mg toutes les 6h	50 à 100 mg/j <sup>-1</sup> (Max 300mg.j <sup>-1</sup> )
<i>Alternatives deuxième ligne (Echec MDZ+neuroleptiques)</i>			
Voie IV	Propofol	1 mg.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>	1-5 mg.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>
	Dexmédétomidine	0.7 $\mu$ g.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>	0.4 – 1.5 $\mu$ g.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>
	Gamma-OH	50 mg.kg <sup>-1</sup>	15-35 mg.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>
Voie SC	Phénobarbital	25 – 50 mg toutes les 6 heures	100 -1600 mg.j <sup>-1</sup>
	Kétamine	5 mg.kg <sup>-1</sup>	0.12 mg.kg <sup>-1</sup> mn <sup>-1</sup>
	Dexmédétomidine	0.7 $\mu$ g.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>	0.4 – 1.5 $\mu$ g.kg <sup>-1</sup> .h <sup>-1</sup>



Au total, ce qu'il faut enseigner

- en l'état actuel des connaissances, le midazolam reste la molécule de première intention pour les pratiques sédatives quelque soit le contexte
- en cas de rupture, d'autres benzodiazépines peuvent être substituées
- en cas d'échec l'association aux neuroleptiques doit être rapide
- en troisième ligne le recours à d'autres thérapeutiques doit être discuté
  - en fonction
    - du contexte
    - voie d'administration
    - de l'habitude des équipes référentes mais aussi de soins
    - d'un avis d' « expert »
    - du lieu
  - une hospitalisation de secours doit-être envisagée



**Merci de votre attention  
Avez vous des questions ?**