

# La sédation intermittente pour soulager une angoisse réfractaire en phase palliative

Marine Trubert

► **To cite this version:**

Marine Trubert. La sédation intermittente pour soulager une angoisse réfractaire en phase palliative. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01413355>

**HAL Id: dumas-01413355**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413355>**

Submitted on 9 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Université Pierre et Marie Curie – Paris 6**

**Faculté de Médecine**

**La sédation intermittente pour soulager une angoisse réfractaire  
en phase palliative**

*Par : Marine TRUBERT*

*Fonction : Infirmière DE*

**Mémoire pour le DU accompagnement et fin de vie**

**Année universitaire 2015-2016**

**Responsables d'enseignement : Docteur Véronique Blanchet**

**Docteur Yolaine Raffray**

## Table des matières

I.	Introduction.....	3
II.	Narration.....	3
III.	Analyse de la situation .....	6
	1. Les problèmes que posent cette situation .....	6
	2. Les problèmes que cela me pose .....	6
	3. Problématique.....	6
IV.	Recherche documentaire .....	7
	1. La sédation .....	7
	1. La sédation en soins palliatifs.....	7
	2. Les indications à la sédation en soins palliatifs .....	8
	2. L'angoisse .....	10
	1. Définitions .....	10
	2. Evaluation de l'angoisse ou de l'anxiété.....	12
	3. Le traitement de l'angoisse ou de l'anxiété en soins palliatifs .....	14
V.	Synthèse .....	16
VI.	Conclusion.....	18
VII.	Bibliographie .....	19
VIII.	Annexes .....	21
	1. Echelle HADS .....	21
	2. Echelle de sédation de Rudkin .....	22

## **I. Introduction**

Infirmière depuis 2009 je travaille depuis 5 ans dans un service de lits dédiés de soins palliatifs. J'ai participé à la création de ce service qui se compose de 6 lits d'hospitalisation regroupé en service au sein d'une clinique chirurgicale.

L'équipe se compose de médecins généralistes, d'infirmières, d'aides-soignantes et d'une équipe de coordination tous dédiés au service.

Depuis 5 ans nous avons pu modifier notre prise en charge en nous appuyant sur notre expérience mais également grâce aux formations, et je souhaite grâce à ce DU<sup>1</sup> pouvoir contribuer à faire évoluer nos pratiques.

Ainsi j'ai choisi pour rédiger ce Récit de Situation Complexe et Authentique une situation qui m'a interrogé sur ma pratique et celle de l'équipe pluridisciplinaire à laquelle j'appartiens afin d'améliorer notre prise en charge en se référant à la littérature et aux recommandations en soins palliatifs.

## **II. Narration**

Je prends en charge Mr D, un homme de 72 ans, transféré dans notre service pour initier une prise en charge palliative d'un cancer bronchique découvert à un stade multi métastatique 5 mois auparavant.

Il a été traité par radiothérapie au niveau d'une métastase osseuse et a subi une cure de chimiothérapie qui s'est compliquée d'une insuffisance rénale et d'une altération de l'état général ayant entraîné son hospitalisation en pneumologie un mois avant d'être transféré.

A l'entrée, le patient est douloureux ; un traitement antalgique est débuté mais Mr D est réticent et méfiant à l'égard des morphiniques. Tout au long de l'hospitalisation, il se montrera suspicieux par rapport aux traitements malgré les explications données, allant jusqu'à appeler les laboratoires pour connaître les effets indésirables.

Mr D est marié mais séparé de son épouse qu'il n'a pas vue depuis 12 ans. Il a un fils qui vit en Savoie et a désigné sa belle-sœur avec qui il est resté proche comme personne de confiance.

Mr D se questionne sur son devenir et « sent que la maladie évolue à vitesse grand V ». Il pose des questions sur la fin de vie et l'accompagnement. Il me dit qu'il « n'a pas peur de la mort » mais qu'il « ne veut pas souffrir ». Il verbalise des tendances suicidaires anciennes. Il refuse dans un premier temps un suivi avec la psychologue mais celle-ci est avertie du risque suicidaire. Il acceptera de la rencontrer quelques jours plus tard.

Un matin, Mr D m'appelle car il ne se sent pas bien (étourdissement, hallucination, gout amer dans la bouche...). Il souhaite rentrer chez lui car il « ne veut plus vivre comme ça ». Je reste un long moment avec lui, et après avoir toujours nié être angoissé Mr D admet que son anxiété par rapport à sa maladie pourrait lui engendrer des symptômes psychosomatiques. Il accepte d'essayer un traitement pour ses « douleurs psychologiques » avant d'éventuellement demander à sortir contre avis médical.

En transmissions pluridisciplinaires, il est évoqué le versant hystérique et paranoïaque de Mr D.

Le médecin prescrit de la risperidone.

---

<sup>1</sup> Diplôme Universitaire

Quelques jours plus tard Mr D me semble un peu moins angoissé et décide de reprendre la chimiothérapie.

Après sa séance de chimiothérapie, Mr D a le sourire et semble plus apaisé que les jours précédents mais attend de voir si « dans trois jours l'effet sera le même qu'avec l'autre chimio »

Puis une semaine après sa chimiothérapie Mr D est nauséux, à quelques vomissements, des diarrhées et douleurs abdominales qui ne sont pas soulagés par les traitements mis en place.

Les nausées semblent être majorées par l'angoisse et il évoque une « douleur psychologique dans la tête » qui lui provoque des « Tocs » (mouvements incoordonnés, se tripote les mains, refait des gestes...)

De l'alprazolam est prescrit et Mr D continue de voir la psychologue.

Les symptômes persistent. Des examens complémentaires sont réalisés et mettent en évidence une occlusion intestinale et une augmentation des lésions secondaires.

Le médecin l'informe uniquement de l'occlusion et Mr D est « assommé » par la nouvelle.

Mr D est très angoissé et explique qu'il n'a pas la force de rentrer chez lui pour se suicider et nous montre ses directives anticipées qu'il avait déjà écrites. Il pleure beaucoup et dit qu'il « ne voulait pas mourir comme ça ».

Il accepte l'introduction du midazolam pour anxiolyse car il ne « veut pas être angoissé, ne veut pas souffrir et en a marre de ne plus être autonome ».

Une seringue électrique de midazolam est prescrite ainsi que des titrations si besoin.

Mr D refuse de voir la psychologue, il lui dit qu'il ne veut plus parler et qu'il a passé « un cap ».

Malgré l'introduction du midazolam en seringue électrique, Mr D est très anxieux, il m'appelle plusieurs fois pour des crises d'angoisse et « ses tocs ». Il souhaite que nous fassions quelques choses pour son « mal-être ». Il est bouleversé par la visite de son fils qui « serait prêt à le ramener chez lui pour qu'il puisse se suicider ». Il pleure beaucoup et me dit qu'il va se laisser mourir tout en rajoutant « à moins que l'instinct de survie revienne ». Il refuse de déjeuner.

Nous décidons en équipe d'augmenter la seringue électrique de midazolam et de réaliser des titrations de midazolam dans les moments de souffrance intense.

Je réalise donc une titration dans l'après-midi car Mr D n'arrive pas à maîtriser son angoisse et demande à dormir. Il s'endort, puis le soir Mr D me dit avoir pu se reposer et souhaite dîner. Il me dit qu'il voudrait que l'on augmente les doses pour qu'il puisse dormir « la journée ».

Il aura deux autres titrations dans la nuit.

Quelques jours après Mr D est toujours en grande souffrance psychologique amplifiée par l'annonce de l'évolution de la maladie par le médecin. Mr D me dit qu'il souhaite « dormir et ne plus penser ».

Les jours qui suivent nous poursuivons les titrations, qui le font dormir quelques heures, tout en augmentant la seringue électrique de midazolam.

Malgré ses moments de souffrance intense Mr D apprécie échanger sur sa vie, sur sa fin de vie et sur son fils. Il est demandeur de présence et de communication.

Il fait part à l'équipe d'un accord avec son fils qui ne lui rendra plus visite s'il est « inconscient » ou si il « ne se ressemble plus du tout ».

Puis quelques jours après, Mr D me paraît beaucoup plus détendu et ne m'a pas demandé de titration de la journée. Il arrive à s'occuper dans sa chambre et en sortant pour fumer.

Mr D est soulagé et a repris le goût de vivre. Il a repris ses entretiens avec la psychologue et dit ne plus penser au suicide.

Il souhaiterait un relais per os de tous ses traitements la journée afin de gagner en autonomie (car il a toujours sa perfusion en continue avec la seringue électrique de midazolam). L'essai sera infructueux avec réapparition des crises de pleurs et des « douleurs psychologiques » qui lui semblent « incontrôlables et envahissantes ».

Cela fait deux mois que Mr D est hospitalisé, il est de plus en plus fatigué et a des épisodes de désorientation. Les douleurs sont revenues et, suite à une chute, une radiographie du bras est effectuée. Mr D est informé de la découverte d'une métastase osseuse ayant un aspect d'os rongé.

Suite à l'annonce Mr D est de plus en plus confus, il me tient des propos incohérents et paranoïaques. Il ne sait plus où il est, et pense que nous lui faisons une « blague ». Je n'arrive pas à le contenir par ma présence et mon soutien et réalise une titration de midazolam qui le fera dormir momentanément.

Puis Mr D est toujours agité, il pense que les résultats annoncés ne sont pas les siens. Il veut que j'appelle les pompiers pour le transférer à l'hôpital pour être « soigné ».

Depuis le début de l'hospitalisation Mr D a souhaité garder un fond douloureux et a refusé à plusieurs reprises que l'on augmente les antalgiques mais l'annonce des résultats semble avoir décuplé ses douleurs physiques et psychiques qui ne sont plus supportables.

Les traitements antalgiques et sédatifs sont augmentés progressivement. L'état de Mr D demande beaucoup de présence à ses côtés.

Mr D alterne ensuite entre phases d'éveil avec agitation et angoisse de mort, et phases de somnolence.

Après 68 jours d'hospitalisation, Mr D décède entouré de l'équipe.

### III. Analyse de la situation

#### 1. Les problèmes que posent cette situation

- Douleur causée par son cancer bronchique multi métastatique
- Angoisse face à la mort avec la peur de souffrir et la crainte d'être un fardeau pour ses proches lorsque la maladie terminale deviendra invalidante
- Détresse spirituelle sur le sens de la vie qu'il lui reste à vivre
- Risque suicidaire
- Confusion aigüe suite à l'annonce de l'aggravation de la maladie

#### 2. Les problèmes que cela me pose

- Les annonces d'aggravation de la maladie ont déclenché des crises d'angoisse chez Mr D. Je me demande :
  - Si toutes les vérités sont-elles bonnes à dire ? et s'il fallait informer Mr D de l'évolution de sa maladie ?
  - Et comment évaluer les capacités du patient à recevoir l'information d'un diagnostic grave ?
- J'ai ressenti de l'impuissance à ne pas pouvoir soulager autrement que par la sédation Mr D et je me demande :
  - Si la sédation intermittente a soulagé l'angoisse de Mr D ?
  - S'il n'y avait pas d'autres moyens ? et de quoi dispose l'infirmier dans son rôle propre pour soulager cette angoisse ? Comment la définir et l'évaluer ?
  - Quelles sont les modalités de la sédation intermittente ? Comment la pratiquer ?
- Mr D avait tenu des propos suicidaires et ses demandes de sédation étaient-elles une demande d'euthanasie ?

#### 3. Problématique

Dans cette situation clinique, ce qui m'a le plus interrogé dans ma pratique c'est la sédation intermittente chez un patient qui était physiquement autonome mais qui était dans une grande détresse psychologique qu'il n'arrivait pas à surmonter.

Nous avons l'habitude dans le service de pratiquer la sédation continue en phase terminale jusqu'au décès. Mais c'est la première fois que nous avons à réaliser une sédation intermittente pour soulager une angoisse, cette angoisse était-elle réfractaire ?

Je me demande donc quelles sont les modalités de mise en œuvre de cette sédation ? Quelles sont les recommandations ?

A quels moments réalisés ces titrations ? Lorsque le patient le demande ? Lorsqu'il est en souffrance ?

Mais comment évaluer la souffrance du patient, à partir de quel moment n'est-elle plus supportable ?

Le patient avait exprimé des propos suicidaires et cela me rendait mal à l'aise de pratiquer ces titrations à sa demande ? Ne se servait-il pas de ces titrations pour satisfaire son désir de mort ?

Face à ces réflexions, je souhaite approfondir mes connaissances sur l'intérêt de la sédation intermittente dans ma pratique en soins palliatifs. Ma problématique est donc :

**« La sédation intermittente pour soulager une angoisse réfractaire en phase palliative »**

## IV. Recherche documentaire

Dans un premier temps je vais définir les termes de ma problématique.

Qu'est-ce que :

- la sédation ?
- la sédation en phase palliative ?
- La sédation intermittente ?
- L'angoisse ?
- L'angoisse réfractaire ?

Qu'est-ce que soulager une angoisse ?

### 1. La sédation

La « sédation » est issue du terme latin « sedare » qui signifie « apaiser, calmer ». C'est l'action de médicaments sédatifs.

La SFAR<sup>2</sup> définit la sédation comme « *l'utilisation de moyens médicamenteux ou non, destinée à assurer le confort physique et psychique du patient, et à faciliter les techniques de soins* »<sup>3</sup>. Elle est donc étroitement liée à la notion de qualité de soins.

Ainsi la sédation s'applique dans des contextes ou objectifs bien différents :

- Améliorer le confort du patient en luttant contre la douleur (analgésie), l'anxiété (anxiolyse) et le manque de sommeil
- Assurer la sécurité du patient agité, ainsi que celle du personnel
- Faciliter les soins et en garantir l'efficacité
- Optimiser les bénéfices de la ventilation mécanique en permettant l'adaptation au respirateur
- Faciliter les actes à visée diagnostique et thérapeutique de courte durée
- Réduire la réponse neuroendocrinienne au stress dans les quelques situations où son effet délétère est établi de façon convaincante.

Mais qu'en est-il en soins palliatifs ?

### 1. La sédation en soins palliatifs

Cicely SAUNDERS (1918-2005), pionnière des soins palliatifs a défini la médecine palliative comme « *le suivi et la prise en charge de patients atteints d'une maladie active, progressive, dont le stade est très avancé et le pronostic très limité, et dont le traitement vise au maintien de la qualité de vie* ».

La SFAP<sup>4</sup> définit les soins palliatifs comme « *des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle* »

---

<sup>2</sup> Société française d'anesthésie et de réanimation

<sup>3</sup> « Sédation en réanimation Concept et Pratique », XIème conférence de consensus de la SRLF, Résumé, 2 juillet 1993, Bobigny, disponible en ligne : <http://sfar.org/sedation-en-reanimation-concept-et-pratique/>

<sup>4</sup> Société française d'accompagnement et de soins palliatifs



Dans la pratique de la médecine palliative, le terme de sédation est utilisé pour désigner une pratique qui vise à diminuer la perception d'une situation perçue comme insupportable par le malade.

Ainsi la SFAP définit la sédation comme : « *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* »<sup>5</sup>.

« *La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience qui peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue* » En effet, la sédation peut être continue où le sommeil est induit jusqu'à la mort, ou discontinue où alterne des phases de sommeil et des phases d'éveil.

Mais dans quels cas la sédation est-elle recommandée ? Quelles en sont les indications ?

## 2. Les indications à la sédation en soins palliatifs

Des recommandations de bonnes pratiques de la sédation ont été retenues par un groupe d'experts<sup>6</sup> et ont été validées par la Haute Autorité de Santé. J'ai ainsi repris ces recommandations ci-dessous pour définir mon cadre conceptuel.

Les situations dans lesquelles la question de la sédation se pose sont exceptionnelles, singulières et complexes. Elles doivent s'accompagner d'une procédure collégiale pluridisciplinaire, prenant en compte le consentement du patient lorsqu'il est possible de le recueillir, et à défaut, si il ne peut s'exprimer, ses directives anticipées et/ou l'avis de la personne de confiance et/ou à défaut de ses proches.

La procédure collégiale doit être tracée dans le dossier du patient et mettre en évidence les arguments qui ont été développés et la décision qui en résulte.

### *Indications de la sédation en phase terminale*

La phase terminale se caractérise par la défaillance des grandes fonctions vitales aboutissant en l'absence de réanimation au décès. Lors de cette phase de la maladie, les indications à la sédation sont :

#### – Les complications aiguës à risque vital immédiat en phase terminale :

Elle ne doit être utilisée que lorsque l'éveil est indissociable d'une souffrance très éprouvante, le but étant de soulager le patient de la pénibilité et de l'effroi générés par la situation.

On retrouve les situations qui peuvent se compliquer d'un risque vital immédiat comme les hémorragies cataclysmiques, notamment extériorisées, de la sphère ORL, pulmonaire ou digestive ... et les détresses respiratoires asphyxiques...

Dans les cas où il y a un risque élevé de survenue de ses complications, il est recommandé aux médecins de rédiger des prescriptions anticipées.

#### – Les symptômes réfractaires

Les symptômes réfractaires en phase terminale constituent également une indication à la sédation.

---

<sup>5</sup> Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Médecine palliative avril 2010 ; vol. 9 : p. 59-70

<sup>6</sup> Régis AUBRY, Véronique BLANCHET et Marcel-Louis VIALARD

D'après CHERNY NI et PORTENOY RK « est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient »<sup>7</sup>.

C'est donc le caractère « réfractaire » et la pénibilité du symptôme pour la personne malade qui justifient la sédation. Il n'y a pas de liste exhaustive de symptômes compte tenu de la subjectivité.

#### *Indications de la sédation en dehors de la phase terminale*

La sédation en soins palliatifs peut également être indiquée en dehors de la phase terminale dans des situations singulières et complexes.

##### – Symptôme réfractaire

Un symptôme réfractaire peut également être une indication à la sédation en phase palliative de façon intermittente ou transitoire.

On parle de sédation de répit afin de laisser le temps au symptôme de perdre son caractère réfractaire soit par le succès d'un traitement spécifique, soit par une meilleure tolérance du patient après la sédation.

Cela peut permettre au patient de « passer un cap ».

Ainsi, si dans l'évolution de la maladie, une souffrance à dominante psychologique ou existentielle devient réfractaire à une prise en charge adaptée, une sédation transitoire peut être proposée à la personne malade, après évaluations pluridisciplinaires répétées dont celles d'un psychologue ou d'un psychiatre.

##### – Limitation et arrêt de traitement

La sédation est indiquée lors des arrêts de ventilation assistée non invasive pour prévenir l'apparition de symptôme(s) insupportable(s) pour le patient.

De même, lors de l'arrêt des traitements de suppléance vitale, chez un patient cérébrolése évoluant vers un état végétatif chronique ou un état pauci-relationnel, l'impossibilité d'évaluer un état de souffrance peut justifier la mise en place d'une sédation.

##### – Nouvelle loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Dans le cadre de cette nouvelle loi, le patient a le droit à 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 traitements de maintien en vie.

Cela s'applique dans les cas suivants :

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- 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.
- Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie.

Dans cette loi, la nutrition et l'hydratation artificielle constituent des traitements, et l'arrêt de ceux-ci donne droit à la mise en place d'une sédation profonde et continue.

---

<sup>7</sup> Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994; 10(2):31-38

Cette sédation sera mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire (non publiée à ce jour) qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues sont remplies.

Il existe donc plusieurs situations dans lesquelles la sédation est recommandées, et en particulier dans le cadre de symptômes réfractaires. Mais qu'est-ce que l'angoisse et peut-elle rentrer dans ce cadre ?

## 2. L'angoisse

### 1. Définitions

L'anxiété, l'angoisse et le stress sont 3 termes souvent confondus et mal définis. Afin de bien les différencier, il faut reprendre leurs origines et leurs définitions.<sup>8</sup>

Les termes d'anxiété et d'angoisse ont un point commun étymologique venant du sanscrit « amhas », l'étroitesse, faisant référence au rétrécissement du monde de l'individu anxieux où seuls les thèmes de soucis et d'inquiétude ponctuent sa vie ; l'inquiétude étant un état pénible causé par la crainte ou l'appréhension du danger.

Cette racine va donner naissance en latin à deux séries de mots :

- « Ango, angusto, angustio »
- « Anxio »

Cicéron (106 à 43 avant JC) oppose ces deux termes : « anxietas » représentant une inquiétude permanente et « angor » un tourment passager.

L'étymologie latine des deux termes angoisse et anxiété est différente mais néanmoins proche. Ainsi chez les Anglo-Saxons et les Allemands un seul terme désigne les concepts d'angoisse et d'anxiété (Anxiety et angst).

Lorsque l'on parle d'angoisse et d'anxiété, le stress y est souvent associé mais qu'est-ce que le stress ?

Hans Selye, considéré comme le père fondateur du concept de stress le définit en 1936 sous le terme de syndrome général d'adaptation. Cela correspond à une réponse stéréotypée du système hormonal correspondant à une contre réaction dont le but est de maintenir l'homéostasie menacée par une agression extérieure. L'évolution des techniques d'explorations médicales a montré que la réponse physiologique au stress impliquait non pas uniquement les glandes surrénales mais le système nerveux autonome, le système neuro endocrinien hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien et le système immunitaire. La réponse physiologique n'est donc pas une réponse stéréotypée mais variable selon les individus et l'environnement.

Le stress est un phénomène normal, il traduit l'adaptation de notre organisme aux exigences que nous vivons. C'est une réaction positive qui donne les moyens de réagir par des phénomènes biologiques comme la sécrétion d'hormones (adrénaline, cortisol) qui veillent à maintenir l'équilibre, et par des phénomènes psychologiques afin de réfléchir et d'agir pour tenter de solutionner les problèmes ou de surmonter nos émotions. L'anxiété est l'émotion principale qu'engendre le stress, c'est une perception et une anticipation du danger et de la menace d'une situation. Elle est un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations

---

<sup>8</sup> SERVANT Dominique – Gestion du stress et de l'anxiété – Masson, Pratiques en psychothérapie, Issy les Moulineaux, 2<sup>ème</sup> édition 2007, 241 p.

de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle semble primordiale à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance.

Cependant le stress peut devenir pathogène quand sa durée et son intensité dépassent les capacités d'adaptation du sujet. Stress et anxiété sont alors indissociables. L'anxiété devient exagérée, pénible et envahissante. Elle inhibe et entrave la personne dans son adaptation au monde environnant.

L'angoisse est une expérience émotive de même nature que l'anxiété mais en plus intense, c'est une anxiété oppressante, pouvant entraîner des troubles physiques caractérisés par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique avec une idée de striction, d'oppression physique.

L'angoisse devient alors pathologique lorsqu'elle est source de souffrance pour le sujet. Elle est évocatrice de la souffrance de l'appareil psychique. Dans ce cas, l'angoisse s'associe à des manifestations physiques telles le tremblement, la difficulté à respirer, les palpitations, les douleurs thoraciques, l'augmentation du rythme cardiaque, l'augmentation de la tension artérielle etc... L'appareil psychique exprime sa souffrance au travers du corps.

La cause de cette souffrance peut être réactionnelle à un événement de vie, extérieure à l'individu : deuil, séparation, maladie, etc...<sup>9</sup>

#### *Chez le sujet malade :*

Lérische définit la maladie comme « *ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations, mais surtout ce qui les fait souffrir* ».

Lorsque l'on pense aux angoisses d'une personne atteinte d'une maladie potentiellement létale, on pense aux angoisses de mort. Chez le sujet sain, l'angoisse de mort est une constante de la dynamique de vie, en effet la certitude de notre fin est un élément existentiel qui constitue l'arrière-plan de toute notre vie psychique. Mais chez le sujet malade, cette terrifiante échéance devient par le biais de la maladie une menace plus immédiate. Ainsi la prégnance de l'angoisse de mort dans ces moments de maladie est omniprésente. Mais son intensité mortifère n'a pas forcément de lien avec la réalité concrète du risque létale de la pathologie en cause.<sup>10</sup>

Stéphane Amar<sup>11</sup> nuance cette angoisse de mort en termes d'« *angoisse de mourir* » avec un versant positif : l'angoisse-signal attestant de l'action de la pulsion de vie et un versant négatif : l'angoisse automatique attestant de la désintronisation pulsionnelle et d'un débordement du moi. Ainsi, lui supposer une double valence positive ou négative permet d'accompagner avec discernement et respect de la vie psychique : l'expression de l'angoisse est aussi à entendre comme manifestation de vie.

Chez le patient qui est atteint d'une maladie létale l'angoisse va donc le faire souffrir mais la souffrance est aussi globale<sup>12</sup>. Elle est constituée de différentes composantes :

- La composante physique avec les douleurs, la fatigue, les dégradations physiques...

<sup>9</sup>GRANATO Philippe, Angoisse douleur de l'esprit, consulté le 22/3/2016, <http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur/7.htm>

<sup>10</sup> MORASZ Laurent, Prendre en charge la souffrance à l'hôpital : patients, soignants, famille, Editions Dunod, Paris, 2003, 249p

<sup>11</sup> AMAR Stéphane, L'accompagnement en soins palliatifs : approche psychanalytique, Editions Dunod, Paris, 2012, 301p

<sup>12</sup> AUBRY Régis DAYDE Marie-Claude, Soins palliatifs éthique et fin de vie, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2010, 247 p.

- La composante psychologique et morale avec l'anxiété, l'angoisse, la dépression, le sentiment d'abandon, les craintes de douleur de mort, l'incertitude de l'avenir...
- La composante sociale et familiale avec la perte des rôles, l'isolement social, les problèmes financiers...
- La composante spirituelle avec le questionnement sur le sens de la vie, le besoin de placer sa vie dans un au-delà de soi-même, le soutien religieux pour les croyants...

Ainsi celui qui souffre va mal et a besoin d'aide. Cette aide consiste d'abord à reconnaître la souffrance de l'autre et l'autre dans sa souffrance dans le but de la soulager.

### *Mais que signifie soulager dans ce contexte ?*

Soulager provient du latin « subleviare » soulever, avec l'influence de « alleviare » alléger, et signifie d'après le Larousse : « *Délivrer quelqu'un d'une souffrance physique ou morale* » ou « *Rendre un mal moins pénible, plus supportable* ».

Ainsi l'objectif sera de rendre supportable la situation pour le patient sachant que l'objectif d'aucune souffrance psychologique à l'approche de la mort ne peut constituer un objectif raisonnable.

Pour cela, dans le cadre de la souffrance psychologique et en particulier de l'angoisse, il va falloir dans un premier temps l'évaluer puis, dans un second temps, la traiter par des moyens non médicamenteux et médicamenteux si besoin.

## 2. Evaluation de l'angoisse ou de l'anxiété

L'angoisse désigne donc une anxiété intense, avec des manifestations somatiques, le tout faisant souffrir. Dans la littérature, ces deux termes sont souvent utilisés l'un pour l'autre. J'ai donc élargi ma recherche documentaire sur l'évaluation de l'angoisse à l'évaluation de l'anxiété.

### *Les outils d'hétéro-évaluation :*

Pour évaluer les troubles anxieux, le groupe d'expert de palliative ch a édité des outils pour l'évaluation de l'anxiété en soins palliatifs<sup>13</sup>. Ils mettent en évidence l'importance de l'observation et de la relation avec le patient et son entourage dans la prise en charge. Ainsi l'on trouve :

- L'observation du patient

Le soignant va observer le comportement du patient. A-t-il un bon sommeil ? Est-il agité, calme, renfermé ? Comment entre-t-il en contact avec son entourage et les soignants ? Quels signes non-verbaux montre-t-il ?

- La discussion avec le patient

La discussion avec le patient sera individualisée en fonction du patient, de la situation, du moment et de l'intervenant. Chaque discussion doit s'accompagner d'un travail relationnel.

En plus d'une anamnèse détaillée (biologique, psychologique, sociale, spirituelle et médicamenteuse), le soignant évaluera une éventuelle réduction des activités de la vie quotidienne et se posera les questions suivantes:

- Quels sont les sentiments que le patient éveille chez moi? Anxiété, préoccupation, sollicitude?
- Quelles connaissances le patient a-t-il de sa maladie et comment l'évalue-t-il?

<sup>13</sup> Palliative ch, L'anxiété (angoisse) en fin de vie, Bigorio 2011, consulté le 22/03/2016, [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/Bigorio\\_2011\\_FR.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_FR.pdf)

- Avec quelles émotions en parle-t-il? Paraît-il distant, abattu, oppressé, angoissé?
- Quels sont ses objectifs, ses espoirs et ses craintes?
- Quelles «recettes» personnelles contre l’anxiété a-t’ il expérimentées jusqu’à présent?

Palliative ch rappelle que « *les soignants hésitent souvent à parler de l’anxiété, craignant de déclencher de l’angoisse chez le patient et de le blesser alors que pourtant le fait d’évoquer avec précaution les sentiments du malade soulage celui-ci de sa charge émotionnelle* ».

L’évocation de l’anxiété peut se faire de différentes manières afin que le patient est la possibilité d’exprimer son ressenti. On peut poser des questions ouvertes en mentionnant qu’il est normal d’éprouver de la crainte, de l’angoisse dans la situation présente. Le soignant peut également s’appuyer sur la reformulation. Le but étant d’essayer d’éclaircir les raisons de son angoisse.

Il arrive souvent que les patients aient plus peur des souffrances entourant la mort que de la mort elle-même, ainsi que des soucis pour l’avenir de sa famille. Si le patient montre qu’il est prêt à parler de sa mort, le soignant aidera le patient à exprimer les craintes qui y sont liées.

Mais un patient en soins palliatifs peut souffrir de craintes d’une toute autre origine et il faut faire attention à ne pas projeter sur lui notre propre peur de la mort. Nous devons essayer de le comprendre et être disposés à supporter ses émotions.

- La discussion avec la famille

En accord avec le patient, le soignant essaiera de savoir ce que savent les proches. Il leur demandera comment ils trouvent le patient et se renseignera sur leurs espoirs, leurs buts et leurs angoisses, ainsi que sur les mécanismes qui leur ont permis jusqu’à présent de gérer leur anxiété.

- L’équipe

Le travail en équipe pluridisciplinaire doit être mis en valeur en exposant les différentes expériences relationnelles. Comment chaque membre de l’équipe perçoit le patient et la situation ? Comment l’équipe réagit face à ces symptômes ? Ces échanges peuvent donner des informations importantes sur l’anxiété du patient.

#### *Les outils d’autoévaluation :*

Afin d’évaluer de façon plus objective l’intensité de l’anxiété et son évolution dans le temps il peut être intéressant d’utiliser des échelles. Cela permet une traçabilité et peut faciliter la prise de décision en donnant des critères communs à l’équipe. Mais les échelles restent controversées comme instrument de dépistage<sup>14 15</sup>.

Sarah Dauchy et Claire Chauffour-Ader ont retenus l’échelle HADS<sup>16 17</sup> comme exemple d’une échelle d’autoévaluation de symptômes anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items (7 sur l’anxiété et 7 sur la dépression) dont la réponse varie de 0 à 3. Le score total est la somme des deux sous-scores obtenus en additionnant les réponses. En fonction du score le trouble est absent, douteux ou probable.

<sup>14</sup> CHAUFFOUR – ADER C, DAUCHY S. Prise en charge de l’anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. Médecine palliative 2002 ; 1 : 19-34

<sup>15</sup> Palliative ch, L’anxiété (angoisse) en fin de vie, Bigorio 2011, consulté le 22/03/2016, [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/Bigorio\\_2011\\_FR.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_FR.pdf)

<sup>16</sup> Cf annexe 1

<sup>17</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale

Mais, il a été montré que la baisse du fonctionnement physique et social du patient et la présence de douleur étaient associés à des scores d'anxiété plus élevés, ainsi que l'asthénie à des scores de dépression plus élevés. L'évaluation conjointe de la douleur est donc fortement recommandée.

L'utilisation de cette échelle à raison d'une fois par semaine peut permettre de vérifier l'efficacité d'un traitement mis en route par l'évolution du score.

Afin de permettre une évaluation de l'intensité du symptôme ressenti, les échelles EVA, EN et EVS<sup>18</sup>, utilisés principalement pour la douleur, peuvent être un outil adaptés pour évaluer l'intensité de l'anxiété par le patient et permettre un suivi dans le temps.

L'utilisation de ces outils peut donc être utile dans un but de mesure quantitative et évolutive des symptômes de souffrance psychologiques des patients mais doit obligatoirement s'accompagner d'une analyse clinique.

### 3. Le traitement de l'angoisse ou de l'anxiété en soins palliatifs

L'objectif ne peut pas être de libérer le patient de toute anxiété, mais de rendre celle-ci supportable afin de permettre au malade et à sa famille de gérer au mieux l'évolution à venir jusqu'au décès. De façon générale, l'anxiété du patient peut être traitée soit par une approche médicamenteuse, soit par une approche non-pharmacologique.

#### *Traitements non médicamenteux*

Le dialogue avec le patient est essentiel. L'écoute et la verbalisation de l'angoisse peuvent avoir, à elles seules, un effet thérapeutique, de même que l'analyse au sein de l'équipe multidisciplinaire. Dans certains cas, il peut être utile de recourir à d'autres spécialistes tels qu'aumônier, psychiatre, psychothérapeute ou bénévole pour soutenir le patient.

On retrouve également les différentes techniques d'aide comme les techniques de relaxation, massages, sophrologie, aromathérapie, musicothérapie...

Ces techniques d'aide sont recommandées aux patients qui souffrent d'une anxiété modérée ou comme mesure complémentaire pour les cas sévères.

#### *Traitements médicamenteux*

L'anxiolyse selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), se définit comme l'apaisement de l'anxiété et doit être distinguée de la sédation.

De façon générale, dans le contexte des soins palliatifs, une approche globale doit être envisagée qui associe des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Le choix de ces mesures est justifié par l'évaluation et l'analyse de la situation rencontrée. Ces patients sont généralement complexes et présentent une association de symptômes intriqués. Il est nécessaire de hiérarchiser les priorités thérapeutiques et de se fixer des objectifs dans le temps.

Les troubles anxieux peuvent se présenter comme une urgence thérapeutique (la crise d'angoisse, l'attaque de panique, les syndromes de sevrage) ou comme des troubles chroniques.

Sarah Dauchy et Claire Chauffour-Adér<sup>19</sup> résument les principes généraux de traitement ainsi :

- Évaluation des différentes étiologies possibles du symptôme ;

---

<sup>18</sup> Echelle Visuelle Analogique, Echelle Numérique et Echelle Verbale Simple

<sup>19</sup> CHAUFFOUR – ADER C, DAUCHY S. Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. Médecine palliative 2002 ; 1 : 19-34

- Individualisation des prescriptions (les doses optimales ne sont pas connues à l'avance) avec systématisation des traitements en cas de symptôme chronique, et prescription à la demande (anticipée) notée pour faire face à une recrudescence de la symptomatologie ;
- Maintien de l'autonomie des patients et de leurs facultés relationnelles ;
- Respect du principe de titration (« start low, go slow ») : recherche de la plus petite dose efficace générant le moins d'effets secondaires possibles ;
- Surveillance de l'efficacité ;
- Évaluation des effets secondaires ;
- Utilisation de la voie d'administration la plus adaptée ;
- Réflexion sur l'opportunité des interventions non pharmacologiques et leur place dans la stratégie thérapeutique ;
- Explications aux patients et aux familles ;
- Réévaluation fréquente des prescriptions.

Les traitements médicamenteux reposent alors sur l'utilisation appropriée des classes thérapeutiques spécifiques suivantes : les anxiolytiques (benzodiazépiniques et non benzodiazépiniques), les neuroleptiques et les anti-dépresseurs.

D'autres traitements peuvent être considérés comme « co-anxiolytiques », tous les traitements qui agissent sur l'anxiété de façon non spécifique mais étiologique : les antalgiques, les traitements à visée eupnéisante, les culots globulaires, les hypocalcémiants. Les morphiniques occupent une place particulièrement importante car, à côté de leur efficacité antalgique, ils permettent de réduire l'anxiété associée aux situations de détresse respiratoire, par diminution de la gêne subjective.

L'anxiolyse se différencie de la sédation car elle permet de maintenir un état de conscience indispensable au patient pour exprimer sa souffrance et être en relation avec le monde extérieur. Elle n'a pas pour but d'altérer la vigilance mais vise l'apaisement de l'anxiété et de l'angoisse. Mais lorsque tous les moyens thérapeutiques ont été mis en place pour soulager l'anxiété ou l'angoisse du patient et que cela s'avère inefficace, on parle alors d'angoisse réfractaire. Il y a donc indication à une sédation en dehors de la phase terminale dans le cadre de symptômes réfractaires lors d'une situation spécifique et complexe.



## V. Synthèse

Tout d'abord, ce travail de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances dans le domaine des soins palliatifs et en particulier dans les domaines de la sédation et de la prise en charge de la souffrance psychologique. L'anxiété et l'angoisse étant des manifestations de cette souffrance.

Dans la situation de Mr D, la souffrance psychologique à type d'anxiété et d'angoisse était bien présente suite à l'annonce d'un diagnostic grave mettant en jeu son pronostic vital et mettant en exergue sa peur de perte d'autonomie et de déchéance du corps. Il manifestait cette souffrance par un besoin de présence et de relation important, des demandes d'euthanasie et des symptômes somatiques (nausées, « Toc », crises de pleurs incontrôlables, douleurs exacerbées, peur panique...).

Ceci ayant entraîné tout d'abord la mise en place d'une anxiolyse per os puis, devant le manque d'efficacité, la mise en place d'une anxiolyse par une seringue électrique de midazolam ainsi que la possibilité de titration de midazolam en cas de « souffrance intense ».

C'est cette possibilité de titration de midazolam qui m'a interrogé et, suite à ce travail de recherche j'émet 2 hypothèses :

1. La souffrance intense de Mr D est un symptôme réfractaire et correspond à une indication de sédation en dehors de la phase terminale dans des situations singulières et complexes. En effet, les différents traitements anxiolytiques, la prise en charge psychologique et l'accompagnement de l'équipe soignante et moi-même n'a pas suffi à rendre sa souffrance supportable. La prescription de titration de midazolam en cas de « souffrance intense » correspond à une prescription de sédation intermittente afin de laisser le temps au symptôme réfractaire de devenir supportable.
2. La souffrance intense de Mr D ne correspond pas à un symptôme réfractaire et la prescription de titration de midazolam en cas de « souffrance intense » correspond à un traitement anxiolytique de crises. Le but étant de soulager ponctuellement Mr D mais pas de le sédaté.

Ces deux hypothèses me semblent valables, et je me rends compte que ce qu'il a manqué dans cette situation c'est de la traçabilité : en effet, dans le dossier il est précisé : « *après discussion en équipe : essayer le midazolam en cas de souffrance intense* » mais il n'est pas précisé le but rechercher de ces titrations : était ce de faire dormir le patient dans le cadre d'une sédation transitoire ou était-ce un traitement anxiolytique momentané ?

Les recommandations de la SFAP précise que : « *les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient* » et que « *le médecin responsable de la décision de sédation s'assure de la compréhension par l'ensemble de l'équipe des objectifs visés par les thérapeutiques mises en œuvre, les différenciant explicitement d'une pratique d'euthanasie* »<sup>20</sup>.

Le fait que le but de la sédation ne soit pas précisé et qu'il n'y ai pas de résultats attendus rend l'utilisation du midazolam subjective en fonction du soignant qui la pratique : un infirmier pourra faire dormir profondément le patient, et un autre pratiquer une sédation plus légère ou anxiolyse. Il y a donc un risque de dérive, l'infirmier se retrouve seul juge de l'utilisation qu'il

---

<sup>20</sup> Blanchet V, Viallard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Médecine palliative avril 2010 ; vol. 9 : p. 59-70

va faire du midazolam en fonction de ses propres représentations. Et dans ce contexte comment évaluer l'efficacité de l'utilisation du midazolam ?

Le patient souhaitait dormir, la titration le faisait dormir : du point de vue du patient on pourrait considérer ce traitement efficace. De plus, après ces titrations Mr D a repris des activités, il s'est replacés dans la vie (même si cela n'a été que transitoire). Sa souffrance psychologique était alors supportable.

Mais comment a-t-il ressenti cette alternance de phases d'éveil et d'endormissement ? Était-ce confortable ? N'aurait-il pas fallu réaliser une sédation intermittente plus longue : 24h, 48h ?

De mon côté « soignant », l'utilisation du midazolam a permis de faire dormir momentanément Mr D et donc de faire cesser ses crises d'angoisses et de pleurs intenses que l'accompagnement et l'écoute n'avait pas réussi à soulager. La titration était alors pour ma part efficace mais cela s'accompagnait d'un sentiment d'impuissance à ne pas réussir à soulager Mr D par mon approche relationnelle et donc de la culpabilité à devoir utiliser le midazolam comme « seul » moyen à le soulager. Je me demande toujours si plus de disponibilité, plus d'écoute... aurait permis à Mr D de passer ce cap ?

Je pense qu'il aurait été intéressant d'utiliser des échelles comme l'échelle de sédation de Rudkin et une échelle pour évaluer l'anxiété de Mr D afin de justifier et évaluer l'utilisation des titrations de midazolam.

Ce travail de recherche m'a donc permis de mettre en évidence des axes d'amélioration pour la prise en charge des patients au sein de mon service de lits dédiés.

En effet, nous n'avons jamais utilisé le midazolam en titration dans le cas d'angoisse réfractaire et cela m'a mise à mal et questionnée dans ma pratique.

Désormais, si la situation venait à se reproduire, j'insisterais lors de la réunion pluridisciplinaire pour préciser l'intentionnalité de l'utilisation du midazolam et le but recherché, et que cela soit précisé clairement dans le dossier afin que tout le personnel est la même information et la même utilisation.

Était-ce de l'anxiolyse ou une sédation intermittente ? Dans quels contextes utilisons-nous la sédation ? Était-ce bien un symptôme réfractaire ? Comment évaluer l'efficacité du midazolam ?

Nous n'utilisons pas d'échelle de sédation dans notre service, ni d'échelle pour évaluer l'anxiété. La mise en place de ces échelles me paraît désormais indispensable afin d'uniformiser nos pratiques et prendre en soins de manière optimum nos patients.

## VI. Conclusion

Le patient en phase palliative d'une maladie létale est un être en souffrance. L'angoisse et l'anxiété peuvent être des manifestations de cette souffrance. C'est une souffrance globale, tous les repères de vie du patient sont perturbés. A cela s'ajoute l'angoisse de mourir et de l'inconnu dans lequel chaque patient a ses propres préjugés et ses propres craintes.

Il est important de déceler cette souffrance pour pouvoir la prendre en charge de manière adaptée et personnalisée afin de la rendre supportable pour le patient. Si la souffrance du patient n'est pas prise en charge alors le patient pourra ne plus trouver de sens à sa vie et ainsi présenter un risque suicidaire, ou faire des demandes d'euthanasie.

La première étape dans la prise en charge de la souffrance du patient est l'accompagnement relationnel. « *Mettre des mots sur la souffrance, c'est la contenir et non la créer, c'est éclairer ce qui était là*<sup>21</sup> ». Etre à l'écoute du patient et laisser place à sa parole peuvent déjà permettre de le soulager. L'expression de la souffrance est à entendre comme manifestations de vie.

A l'accompagnement relationnel peut s'ajouter des traitements médicamenteux et en particulier l'anxiolyse. L'anxiolyse permet l'apaisement de l'anxiété tout en permettant au patient de s'exprimer sans altérer son état de conscience.

Mais dans certaines situations, la souffrance du patient reste insupportable pour lui alors que tous les moyens ont été mis en œuvre pour le soulager. Il s'agit alors d'un symptôme réfractaire. Nous pouvons alors être amenés à réaliser une sédation intermittente après évaluations pluridisciplinaires répétées dont celles d'un psychologue ou d'un psychiatre. La prise de décision de cette sédation doit être tracée dans le dossier du patient. Le but étant de permettre au patient de passer un cap et de se réveiller sereinement.

Mais désormais avec la nouvelle loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, les patients « *atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire aux traitements* » pourront être amenés à demander « *une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès* ».

Mais cela ne permettra pas de maintenir l'état de conscience du patient et ainsi de lui permettre de s'exprimer, alors, comment fera-t-on pour évaluer sa souffrance ? Comment savoir si ses souffrances seront correctement soulager sous sédation ?

---

<sup>21</sup> CHOLEVA Arlène (psychologue clinicienne et psychanalyste), La souffrance des soignants, intervention DU accompagnement et fin de vie le 31 mars 2016, Paris VI, UPMC

## VII. Bibliographie

### OUVRAGES :

AUBRY Régis DAYDE Marie-Claude, *Soins palliatifs éthique et fin de vie*, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2010, 247 p.

AMAR Stéphane, *L'accompagnement en soins palliatifs : approche psychanalytique*, Editions Dunod, Paris, 2012, 301p.

Institut UPSA de la douleur éd., *Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier*, Institut UPSA de la douleur, Rueil-Malmaison, 2008, 208p.

MORASZ Laurent, *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital : patients, soignants, famille*, Editions Dunod, Paris, 2003, 249p.

SERVANT Dominique, *Gestion du stress et de l'anxiété*, Masson, Pratiques en psychothérapie, Issy les Moulineaux, 2<sup>ème</sup> édition 2007, 241 p.

### REVUES :

BLANCHET V., VIALARD ML., AUBRY R., Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine palliative*, avril 2010 ; 9 : p. 59-70

CHAUFFOUR – ADER C., DAUCHY S., Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. *Médecine palliative*, octobre 2002 ; 1 : 19-34

CHERNY NI., PORTENOY RK., Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10(2) : p. 31-38

### SITES INTERNET :

GRANATO Philippe, *Angoisse douleur de l'esprit*, [consulté le 22/3/2016], disponible en ligne : <http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur/7.htm>

Palliative ch, *L'anxiété (angoisse) en fin de vie*, Bigorio 2011, [consulté le 22/03/2016], disponible en ligne :

[http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/Bigorio\\_2011\\_FR.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_FR.pdf)

**CONFERENCES :**

XIème conférence de consensus de la SRLF, *Sédation en réanimation Concept et Pratique*, Résumé, 2 juillet 1993, Bobigny, [consulté le 17/03/2016], disponible en ligne : <http://sfar.org/sedation-en-reanimation-concept-et-pratique/>

CHOLEVA Arlène (psychologue clinicienne et psychanalyste), *La souffrance des soignants*, intervention DU accompagnement et fin de vie le 31 mars 2016, Paris VI, UPMC

**TEXTES REGLEMENTAIRES:**

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id>

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Disponible en ligne :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A637DE2F397411E318F921C7D073B4E3.tpdila09v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A637DE2F397411E318F921C7D073B4E3.tpdila09v_1?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id)

## VIII. Annexes

### 1. Echelle HADS

Annexe 1. Echelle HADS					
Adapté de Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983,67:361-70.					
* D = dépression.					
** A = anxiété.					
D*	A**		D*	A**	
	3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : Presque toujours Très souvent Parfois Jamais
	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : Oui, tout autant Pas autant Un peu seulement Presque plus		0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : Jamais Parfois Assez souvent Très souvent
	3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout	3 2 1 0		Je ne m'intéresse plus à mon apparence : Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé
	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses : Autant que par le passé Plus autant qu'avant Vraiment moins qu'avant Plus du tout		3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout
	3 2 1 0	Je me fais du souci : Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement		0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : Autant qu'avant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais
	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : Jamais Rarement Assez souvent La plupart du temps		3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais
	0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : Oui, quoi qu'il arrive Oui, en général Rarement Parfois		0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : Souvent Parfois Rarement Très rarement

#### Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = \_\_\_\_\_

#### Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

## **2. Echelle de sédation de Rudkin**

<b>Scores</b>	<b>Etat du patient</b>
1	Eveillé, orienté
2	Somnolent
3	Yeux fermés, répondant à l'appel
4	Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère*
5	Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère*
* Pincement ferme, mais non douloureux, du lobe de l'oreille	

**Résumé :**

Le patient en phase palliative d'une maladie létale est un être en souffrance. L'angoisse et l'anxiété peuvent être des manifestations de cette souffrance. C'est une souffrance globale, tous les repères de vie du patient sont perturbés. A cela s'ajoute l'angoisse de mourir et de l'inconnu dans lequel chaque patient à ses propres préjugés et ses propres craintes.

Il est important de déceler cette souffrance pour pouvoir la prendre en charge de manière adaptée et personnalisée. L'accompagnement relationnel est essentiel : être à l'écoute et laisser place à la parole peuvent déjà permettre de soulager le patient. A ceci peut s'ajouter des traitements médicamenteux et en particulier l'anxiolyse. Mais ceci peut s'avérer insuffisant, le patient est alors submergé par son angoisse et son anxiété, et cela peut devenir insupportable pour lui. Cela devient alors un symptôme réfractaire.

Il s'agit alors d'une indication pour une sédation en dehors de la phase terminale dans le cadre de symptômes réfractaires lors d'une situation spécifique et complexe. Celle-ci pouvant se faire de façon intermittente ou transitoire.

**Titre :** La sédation intermittente pour soulager une angoisse réfractaire en phase palliative.

**Mots clés :** Angoisse, anxiété, sédation, symptôme réfractaire.