

Les 13 messages clés ⇒AFFICHAGE V1.5

1. Il est aussi valorisant de permettre à un patient de mourir apaisé et non inconfortable que de sauver des vies. Dans la situation actuelle certaines vies ne peuvent être sauvées mais toutes méritent nos soins pour les soulager
2. Aucune des procédures proposées ne conduit à abrégé la vie des patients mais à les soulager et les accompagner conformément à la loi française
3. Les situations de crise du type de celle que nous affrontons doivent conduire à sortir des schémas standards tout en respectant le devoir éthique fondamental de la bienveillance due à chaque patient
4. Trois types de symptômes inconfortables prédominent pour les patients COVID en phase palliative exclusive (non réanimatoires) ; la détresse respiratoire, la dyspnée intense et l'encombrement agonique. Des procédures sont disponibles pour les soulager dans le présent document
5. Le choix de la voie sous-cutanée est le plus logique dans ce contexte particulier (sauf asphyxie aiguë qui nécessite une action très rapide seulement possible par la voie veineuse qui doit donc être si possible **mise en place en préventif** avec KTO)
6. L'altération pharmacologique de la vigilance (pratique sédatif) est la seule option en cas de symptômes réfractaires. Son évaluation fait exclusivement appel à l'échelle de Richmond (ou RASS acronyme anglais) . Elle est disponible sur une feuille en annexe à afficher et à garder sur soi
7. Pour soulager la dyspnée, le médicament le plus efficace (et celui qui doit être utilisé) est la morphine. Aux doses adaptées la morphine diminue la fréquence respiratoire et augmente l'amplitude améliorant ainsi les échanges alvéolocapillaires.
8. Pour pratiquer une sédation, c'est le midazolam qui est le produit de référence et qui doit être utilisé. Des alternatives beaucoup moins pratiques sont possible en cas de pénurie.
9. La morphine n'est pas un agent sédatif (sauf en surdosage volontaire) et ne devrait pas être utilisé pour cet usage (mais seulement à dose thérapeutique pour la dyspnée ou la polypnée, et bien sûr la douleur)
10. Le mélange Hypnovel-Morphine systématique dans une même seringue pour bolus ne doit pas en principe être utilisé : il ne permet pas d'adaptation des doses entre les 2 produits qui n'ont pas la même finalité évoque plus une visée euthanasique qu'une visée palliative et il ne permet pas d'ajuster finement les 2 traitements respectifs. En cas de pénurie de pousse seringue il est parfois la seule solution par défaut.
11. En situation palliative exclusive, il n'y a pas d'indications à des mesures curatives ou de soutien d'une fonction vitale défaillante. À ce titre, l'usage d'oxygène est à discuter. Il est probablement générateur de plus d'inconvénients (sécheresse de bouche, escarre liée aux lunettes, etc.) que d'avantages (respirer de l'air frais est aussi efficace que de l'oxygène pour soulager la sensation d'étouffement). De même tout apport d'hydratation artificielle dans ces situations est plus néfaste que bénéfique en augmentant le risque d'encombrement
12. C'est une sédation de durée indéterminée et potentiellement réversible dont la profondeur est dite proportionnée (aussi profonde que nécessaire pour soulager le patient) qui apparaît la plus logique dans la situation actuelle pour les PSNR présentant une dyspnée réfractaire aux morphiniques. En cas d'asphyxie, il faudra mettre en œuvre une sédation profonde très rapidement (quelques minutes maximum).
13. Dès l'apparition de symptômes respiratoires (au moins en milieu hospitalier) il faut mettre en place une voie veineuse périphérique obturée (KTO=) et préparer à l'avance des seringues de 10 mg/10 ml de midazolam non nominatives (qui peuvent se garder au moins une semaine)

Proposition d'arbre décisionnel pour un Patient clairement statué non réanimatoire et qui présente des symptômes intenses (V1.5)

Affichage vérifier version à jour sur <https://bientraitance-findevie.org>

Actions si →	Dyspnée	Détresse asphyxique	Autres symptômes
	Mettre en place un traitement morphinique adapté +/- associé à un traitement anxiolytique	Réalisation d'une sédation profonde immédiate . Echelle de Richmond -4 ou -5	Anxiété mise en place traitement anxiolytique per os ou si pas possible sous cutané
	Si pas d'amélioration au bout d'une à 2 heures (échelle numérique de la dyspnée* > 5 ou fréquence respiratoire > 25/minutes) ou à la demande du patient ⇒ envisager une sédation proportionnée (au moins -2 sur échelle de Richmond et approfondir en augmentant les doses jusqu'au soulagement (Cf. Fiche Sédation proportionnée).	Dans les services COVID préparer quelques seringues non nominatives prêtes en salle de soins contenant 10 mg midazolam dans 10 ml, conservation possible au moins 8 jours à réserver à une détresse respiratoire brutale possible)	Encombrement mettre en place anti sécrétoires (cf fiche encombrement)
	Dans toute la mesure du possible poser une VVP avec KTO par précaution au moindre signe de problèmes respiratoires).		Douleurs abdominales, agitation, confusion soudaine : vérifiez absence de globe et si besoin pose d'une sonde vésicale en urgence.

sur une échelle de 0 (le moins possible) à 10 (le pire possible) a combien estimez vous votre gêne à respirer ?

Echelle de Richmond (RASS)

- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s).
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Pour structures Bagatelle Bahia HIARD Sur Crossway et Amadeus il suffit de prescrire PAP COVID Palliatifs pour que toutes les prescriptions anticipées nécessaires sont faites

Pour tout problème/question : appel à expertise palliative spécifique astreinte téléphonique COVID palliatif

Pour joindre équipe Soins Palliatifs Bagatelle et Robert Picquet : 24/24h

7j/7

0611868097

Echelle de Richmond (RASS) à utiliser pour les pratiques sédatives

Pour affichage

- Agitation Pour mémoire
 - o 4 combatif "combattif, violent ; présente un danger immédiat pour le personnel"
 - o 3 très agité "tire ou enlève le(s) tubes ou cathéter(s), agressif"
 - o 2 agité "Mouvement non adaptés fréquents combat le ventilateur"
 - o 1 nerveux "Anxieux, craintif, mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques"
- Non agité, non sédaté (pour mémoire)
 - o 0 éveillé et calme
 - o -1 Somnolent "Pas totalement éveillé mais maintient son éveil à la voix (ouverture des yeux et contact supérieure à 10s) "

Sédation légère ou modérée

- -2 Sédation légère "S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact < à 10s)"
- -3 Sédation modérée "S'éveille brièvement à la voix mais sans contact du regard"

Sédation profonde ou non stimuable

- -4 Sédation profonde "Pas de réponse à la voix mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique"
- -5 Non stimuable "Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique"

Dans le cadre de la prise en charge patients COVID-like présentant des symptômes respiratoires réfractaires nécessitant une pratique sédative à visée palliative

⇒ **Si asphyxie** faire sédation profonde d'emblée -4 à -5 le plus vite possible

⇒ **Si dyspnée réfractaire** (non soulagée par morphinique faire sédation proportionnée, approfondissement de la sédation jusqu'à obtenir le confort du patient de -2 jusqu'à -5 si besoin)

