



Le vadémécum de l'utilisation du Midazolam à visée sédative

L'objectif du document est de donner, les repères essentiels d'utilisation du Midazolam à visée sédative en soins palliatifs à la faveur de la modification de son AMM et de sa mise à disposition en ville

Ce document n'aborde pas à dessein l'utilisation du Midazolam à visée anxiolytique, hors AMM.

Il s'appuie sur l'ensemble des documents réglementaires et recommandations qui a été produit sur ce sujet

Définition de la pratique sédative

La sédation est 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. La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue.¹

Classification des pratiques sédatives : la classification Sédapall

Dans l'objectif de bien identifier et de clarifier les différents types de pratique sédative, il est recommandé d'utiliser la classification Sédapall qui s'appuie sur 3 critères :

- **La Durée** de la sédation : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (**D1 D2 D3**).
- **La Profondeur** de la sédation : proportionnée* ou d'emblée profonde* (**P1 P2**).
- **Le Consentement*** (ou la demande) : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation ou demande* exprimée par le patient. (**C0 C1 C2 C3**).

Typologie SEDAPALL simplifiée

Sédation proportionnée (P1) : l'objectif est d'atteindre progressivement la profondeur de sédation nécessaire et suffisante pour soulager le patient. Le niveau peut donc varier d'une sédation légère (Richmond = -2 ou -3 ;) à une sédation profonde si nécessaire (Richmond -4 à -5).

Sédation profonde d'emblée (P2) : l'objectif est d'atteindre et de maintenir une sédation profonde rapidement (Richmond -4 à -5 sur l'échelle de Richmond).

Axe D Durée prescrite	Type
Sédation transitoire (réversible*)	D1
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)	D2
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)	D3

Axe P Profondeur	Type
Sédation proportionnée*	P1
Sédation profonde* d'emblée	P2

Axe C Consentement*- Demande*	Type
Absence de consentement	C0
Consentement donné par anticipation	C1
Consentement	C2
Demande de sédation	C3

¹ Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. V. Blanchet ; ML Viillard, R aubry. Med pall 2010 vol 9 (2) : 59-70 Doi : 10.1016/j.medpal.2010.01.006



Indications de pratique sédative

Une pratique sédative ne doit pas être le traitement d'un symptôme ou d'une souffrance encore incorrectement évaluée ou traitée. Elle ne peut se substituer en particulier à une prise en charge adaptée de la douleur et de l'anxiété. Ceux-ci nécessitent une prise en charge symptomatique adaptée et un accompagnement par l'équipe soignante référente, voire par d'autres équipes ressources (douleur, soins palliatifs, etc...).

Les pratiques sédatives font parties de l'arsenal thérapeutique qui doit être mobilisé pour soulager les patients.²

On peut regrouper les pratiques sédatives en deux catégories :

- Les sédations de profondeur et de durée proportionnelles aux symptômes :
 - Légères ou profondes selon l'intensité du symptôme à soulager.
 - Courtes (par exemple dose unique pour pansement douloureux) ou prolongées (par exemple dose initiale + dose d'entretien pour insomnie importante).
 - Transitoires ou poursuivies jusqu'au décès si la symptomatologie le nécessite, elles restent réversibles.

Certaines situations de détresse vitale peuvent nécessiter un soulagement urgent qui pourra être prolongé jusqu'au décès si le symptôme n'est pas résolutif (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple).

- Les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD), telles que décrites dans la loi Clays Léonetti de 2016 et bénéficiant d'éléments réglementaires et de recommandations spécifiques.

Processus décisionnel avant mise en œuvre de toute pratique sédative

Avant de prendre la décision de mettre en œuvre une pratique sédative, l'équipe médicale et soignante doit toujours se poser et répondre à un certain nombre de questions :

1/ L'équipe qui prend en charge le patient dispose-t-elle, en son sein ou par l'intermédiaire d'une équipe ressource, de compétences en soins palliatifs ?

- Un membre de l'équipe médicale et soignante a-t-il une formation diplômante en soins palliatifs et une expérience clinique des sédations ?
- Une équipe ressource en soins palliatifs accompagne-t-elle l'équipe médicale et soignante dans le processus décisionnel ?
- Le médecin responsable du patient a-t-il une connaissance et une expérience des médicaments sédatifs utilisés ?

² Art. L. 1110-5-3.-Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.



2/ Un processus collégial et pluri-professionnel de prise de décision a été mis en place ?

- L'avis de la personne malade a-t-il été recherché ?
- Si le malade ne peut plus s'exprimer, son avis a-t-il été recherché par l'intermédiaire de ses directives anticipées, et/ou par l'intermédiaire de la personne de confiance, de sa famille, ou à défaut de ses proches ?
- La prise de décision fait-elle suite à une évaluation de la situation du patient, associant plusieurs professionnels ?
- La prise de décision fait-elle suite à une ou plusieurs discussions collégiales ?
- Les arguments développés lors de la concertation pluri professionnelle et la décision qui en résulte sont-ils inscrits dans le dossier du patient ?

3/ Les objectifs visés par la sédation sont bien compris par les membres de l'équipe prenant en charge le patient ?

- Les objectifs de la sédation sont-ils clairement énoncés ?
- Ces objectifs ont-ils été discutés au sein de l'équipe ?
- Sont-ils écrits dans le dossier médical du patient ?
- Est-il prévu d'évaluer l'effet de la sédation au regard de ces objectifs ?

4/ Le patient, dans la mesure de ses capacités et ses proches ont bien reçu l'ensemble des informations relatives aux objectifs, aux modalités de mise en œuvre, aux conséquences et aux risques de la sédation ?

- Une information a-t-elle été donnée au patient et à ses proches sur les objectifs de la sédation ?
- Sur les modalités de mise en œuvre de la sédation ?
- Sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ?
- L'équipe s'est-elle assurée de la compréhension du patient et des proches ?

Procédure collégiale

C'est la concertation du médecin en charge du patient :

- - Avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe. Cette concertation est interdisciplinaire et pluri professionnelle : elle concerne tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et dans la mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.
- - En prenant l'avis motivé d'au moins un médecin extérieur à l'équipe sans lien hiérarchique avec le médecin prenant en charge le patient. Ce médecin tiers est appelé en qualité de consultant.

Elle nécessite une réunion, si besoin par visioconférence si la présence de certains participants est impossible.

À l'issue de la procédure collégiale, le médecin prenant en charge le patient prend la décision de réaliser ou non la pratique sédative et en inscrit les motifs dans le dossier du patient, ainsi que l'ensemble de la procédure

Il en informe tous les participants, le patient ou, si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, sa personne de confiance ou à défaut la famille ou l'un des proches, et il formalise sa décision et ses motivations dans le dossier du patient.



Les professionnels participant à la procédure collégiale sont les membres présents de l'équipe de soins.

Procédure collégiale	À domicile	En Ehpad	En établissement de santé
Organisation/ coordination	médecin traitant, médecin prenant en charge le patient, professionnel coordinateur de HAD, réseau, EMSP, ERRSPP, référent LISP, plateforme territoriale d'appui, SSIAD, Spasad, centre de soins infirmiers, etc.	mêmes ressources qu'en ville si disponibles infirmier(ère), médecin coordonnateur	médecin prenant en charge le patient ou cadre de santé EMSP, ERRSPP, référent LISP, réseau
Participants	médecin traitant ou médecin prenant en charge le patient		
	infirmier(ère)s et aide-soignant(e)s, psychologue clinicien, psychiatre, médecin de l'EMSP, ERRSPP, du réseau, référent LISP		
	aide à domicile, infirmier(ère) du SSIAD, Spasad, etc.	cadre de santé, infirmière coordinatrice médecin coordonnateur	cadre de santé
	médecin de soins palliatifs de l'HAD		médecin traitant
	autres professionnels en fonction de la situation : gériatre, pédiatre, autre médecin spécialiste sollicité, kinésithérapeute, infirmière de pratique avancée, psychomotricien, assistante sociale, pharmacien et tout professionnel impliqué dans la prise en charge du patient		
Médecin consultant	appui spécialisé par l'annuaire des structures de soins palliatifs (http://www.sfap.org/annuaire)		médecin d'un autre service ou de l'USP référente médecin de l'EMSP ou de l'ERRSPP, du réseau si disponible
	ou autre confrère sans lien hiérarchique qui réunit les critères énoncés dans le focus 2 en Ehpad, il n'est pas recommandé de faire appel au médecin coordonnateur ⁷ .		

HAD : hospitalisation à domicile, EMSP : équipe mobile de soins palliatifs, ERRSPP : équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques, LISP : lit identifié de soins palliatifs, SSIAD : service de soins infirmiers à domicile, Spasad : service polyvalent d'aide et de soins à domicile, USP : unité de soins palliatifs

Le cas particulier de la Sédation Profonde et Continue Maintenu Jusqu'au Décès (P2 D3 de la typologie SEDAPALL)

Un patient peut, dans des conditions précises et défini par la loi, bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès dans les cas suivants : ³

- 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 ;

³ « Art. L. 1110-5-2.-A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, 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, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° 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 ;

« 2° 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 mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrit au dossier médical du patient. »



- 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 dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie,

La SPCMJD doit être associée à un arrêt de tous les traitements de maintien en vie et à une analgésie.

La demande de SPCMJD doit être particulièrement bien évaluée, par l'équipe pluri professionnelle qui prend en charge le patient. Selon son expérience dans la prise en charge de la fin de vie, le médecin pourra s'appuyer sur une équipe de soins palliatifs .⁴

Elle est mise en œuvre après une **procédure collégiale obligatoire** qui permet à l'équipe soignante de vérifier que les conditions d'application sont remplies. Elle doit répondre aux questions suivantes :

1. Dans la situation d'un patient qui est atteint d'une affection grave et incurable et qui décrit une souffrance réfractaire :
 - La souffrance est-elle réfractaire ?
 - Le pronostic est-il engagé à court terme ?
2. Dans la situation d'un patient qui décide d'arrêter un traitement de maintien en vie :
 - L'arrêt du traitement engage-t-il le pronostic vital à court terme, c'est-à-dire à quelques heures ou à quelques jours, et l'arrêt du traitement est-il susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ?

Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours.

La souffrance est définie comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.

Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables

⁴ Annuaire des structures de soins palliatifs disponible : <http://www.sfap.org/annuaire>



Mise en œuvre d'une pratique sédative

Conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une pratique sédative :

- ✓ L'équipe qui prend en charge le patient s'appuie sur une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir un médecin référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable.⁵
Equipe ressources potentielles :
 - Les structures de soins palliatifs de votre établissement (équipes mobiles, USP).
Annuaire des structures de soins palliatifs disponible : <http://www.sfap.org/annuaire>
 - Les services d'HAD de votre territoire
- ✓ La réévaluation régulière de l'état du patient et de la sédation doit être anticipée. Un médecin et une infirmière doivent être joignables 24 h/24 ; une HAD peut s'avérer indispensable pour assurer la surveillance de la sédation.
- ✓ Un relais continu de l'entourage capable d'alerter les soignants (proches, bénévoles, auxiliaires de vie, etc.) doit être en place. Le soutien des proches doit être prévu
- ✓ Le médecin en charge du patient, **responsable de la décision, rédige la prescription.**

L'infirmière débutera l'administration des médicaments, **en présence du médecin prescripteur cas de titration.** L'infirmier(ère) et le médecin surveillent le patient jusqu'à ce qu'il soit stabilisé

→ *Une hospitalisation peut être nécessaire si ces conditions ne sont pas remplies. Elle devra être anticipée (lit de repli possible)*

Prescription et délivrance du Midazolam à domicile (Arrêté du 14 juin 2021⁶)

⁵ EMSP, ERRSPP, réseau, équipe de soins palliatifs de l'hôpital où le patient a été hospitalisé, médecin de l'équipe d'HAD ayant les compétences en soins palliatifs, médecin de l'USP géographiquement proche, médecin référent des LISP: <http://www.sfap.org/annuaire>.

⁶ [Arrêté du 14 juin 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à usage humain composés de midazolam, administrés par voie injectable - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Article 1

Les médicaments à usage humain composés de midazolam administrés par voie parentérale sont soumis aux dispositions des articles R. 5132-5 et R. 5132-30 du code de la santé publique.

Article R5132-30 Version en vigueur depuis le 01 mai 2012

Il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants pour un traitement d'une durée supérieure à vingt-huit jours.

Cette durée peut être réduite pour certains médicaments désignés, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé.

La délivrance fractionnée d'un médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants peut être décidée, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté mentionne la durée de traitement maximum correspondant à chaque fraction.

Le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, il peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention "délivrance en une seule fois".

Article 2



A compter du 14 juin 2021, la prescription de Midazolam en ville est possible selon les mêmes modalités que les stupéfiants : prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours maximum.

Sa délivrance est possible en officine de ville. Elle sera fractionnée en durées maximales de traitement de sept jours.

Posologies du Midazolam

1- Sédation proportionnée

Le Midazolam est une benzodiazépine recommandée en première intention dans le cadre des sédations proportionnées.

L'administration se fait autant que possible par voie intraveineuse. Si aucun abord veineux n'est accessible, la voie sous-cutanée est à utiliser.

Par voie intraveineuse

Par voie IV, une induction par titration intraveineuse directe est souhaitable.

Elle débute par une dose de 0,5 à 1 mg, à renouveler toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement.

Chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance d'organe, de dénutrition sévère ou de déshydratation, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses est à adapter et peut atteindre 5 minutes.

Si une dose d'entretien est nécessaire, la dose d'entretien en IV débute à une dose horaire correspondant à 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration.

Si la titration IV n'a pas pu être réalisée, l'administration continue de Midazolam sera débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et une adaptation du débit devra être pratiquée jusqu'à obtention de l'effet recherché. Cette dose sera réduite chez le sujet âgé ou fragilisé.

Par voie sous-cutanée

Par voie SC, une dose de charge de 0,05 à 0,1 mg/kg est administrée, à renouveler toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement.

La dose d'entretien en SC correspond à une dose horaire de 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration.

En l'absence de dose de charge, l'administration continue de Midazolam sera également débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et une adaptation du débit devra être pratiquée jusqu'à obtention de l'effet recherché. Cette dose sera réduite chez le sujet âgé ou fragilisé.

Suivi de la sédation

Des doses de secours de Midazolam, en bolus IV (toutes les 2 à 3 minutes) ou SC (toutes les 20 à 30 minutes) selon la voie d'administration de la sédation, égales à la dose reçue en 1 heure, sont possibles. Ces bolus sont à prescrire de manière anticipée afin qu'ils soient rapidement administrés si nécessaire. En IV comme en SC, la dose d'entretien devra être réadaptée régulièrement, proportionnellement au besoin de soulagement et au nombre de doses de secours nécessaires.

La délivrance des médicaments à usage humain composés de midazolam administrés par voie parentérale doit être fractionnée. Les fractions doivent correspondre à des durées maximales de traitement de sept jours.



2- Situations de détresse nécessitant un soulagement urgent

Dans les situations de détresse nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple) une dose de charge de Midazolam entre 2 et 5 mg IV peut être administrée en début de titration.

Dans ces situations, une association d'opioïde et de Midazolam peut être pratiquée de manière synchrone, en particulier en présence d'une douleur ou d'une détresse respiratoire.

De plus, en cas d'administration veineuse impossible avec un besoin de soulagement urgent, une dose de charge de 2 à 5 mg peut être administrée par voie intramusculaire plutôt que sous-cutanée afin de diminuer le délai d'action. La dose d'entretien se fera néanmoins par voie sous-cutanée.

3- Sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès

Bien que les benzodiazépines soient à risque d'accoutumance en cas d'administration prolongée, le Midazolam IV reste recommandé comme médicament de première intention également dans le cadre des SPCMD.

L'objectif de la sédation profonde est d'obtenir un état de conscience évalué à RASS - 4 ou - 5 (Richmond Agitation Sedation Scale, cf annexe).

Les modalités d'utilisation du Midazolam dans cette indication sont proches de celles déjà mentionnées pour les sédations proportionnées.

Une titration est souhaitable :

- soit par bolus : débiter par une dose initiale de Midazolam de 1 mg, à renouveler toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire.
Chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance d'organe, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses peut être plus long.
Une dose d'entretien en IV est nécessaire et débute à une dose horaire de 50 à 100 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration ;
- soit par administration continue débutée à la dose de 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 minutes jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire.

Si le patient se réveille, des bolus par voie IV de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être administrés.

En cas d'administration intraveineuse impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée.

L'association à un antalgique est préconisée pour éviter tout risque de douleur

Surveillance de la pratique sédative

La surveillance d'un patient sédaté repose sur l'évaluation clinique de l'équipe de soins incluant et des échelles pour mesurer la profondeur de la sédation (Richmond) et le degré de soulagement du patient (Algoplus).

Parmi les paramètres physiologiques, seuls le rythme respiratoire et le pouls sont surveillés.

Cette surveillance est réalisée toutes les 15 min pendant la 1ère heure puis au minimum 2 fois par jour à domicile, 3 fois par jour en Ehpad



Annexes :

Richmond (échelle)

Validation française de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) de Chanques et al.

Niveau	Description	Définition	
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters, et/ou agressif envers l'équipe	
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Éveillé et calme		
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)	stimulation verbale
- 2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)	
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (exemple : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	stimulation physique
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	

Algoplus (échelle)

ECHELLE
ALGOPUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heureh.....	h.....	h.....	h.....	h.....	h.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5		■ / 5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

COPYRIGHT



Les documents de référence

- HAS (guide parcours de soins). [Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès](#). Février 2018- actualisation janvier 2020
- HAS (Recommandation de bonnes pratiques). [Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situation palliatives jusqu'en fin de vie](#). Janvier 2020
- [Fiches repères \(SFAP\) 2017](#)
- [Reco SFAP 2009](#)
- Fiche « [questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative](#) » (SFAP)
- [Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale](#) (SFAP 2014)
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret no 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret du 14 juin 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à usage humain composés de Midazolam, administrés par voie injectable
- <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation>
- COMMISSION DE LA TRANSPARENCE AVIS 20 OCTOBRE 2021 midazolam MIDAZOLAM MYLAN 1 mg/ml, 5 mg/ml solution injectable ou rectale Extension d'indication Mise à disposition en ville

Pour aller plus loin :

eLearning de la SFAP [cliquez-ici](#)

Bande annonce [cliquez-ici](#)