



28^e congrès annuel



Association québécoise
de soins palliatifs

3 et 4 mai 2018
CENTREXPO COGECO
DRUMMONDVILLE

www.pluricongres.com/aqsp2018

SEDAPALL

Typologie des pratiques sédatives

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Dr Bernard DEVALOIS



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

SEDAPALL :

Typologie des pratique

sédatives

Devalois Bernard

Directeur du CREI **Bientraitance et Fin de vie** (Centre de Recherche et d'Enseignement Interprofessionnel), Chercheur associé **AGORA** (EA 7392) – Université de Cergy.Pontoise Chef de service Médecine Palliative, Médecine de la Douleur (CHRD Pontoise)

Broucke Marion

Infirmière USP P Brousse (AP-HP) Master Recherche en Médecine Palliative

France → Vote loi 2016

- 1 **Obligation** de mettre en œuvre TOUS les moyens antalgiques et sédatifs nécessaires pour assurer le **confort**
- 2 Instauration d'un **droit à la sédation maintenue jusqu'au décès** (= dans certaines **circonstances particulières**, obligation pour le médecin si les conditions sont remplies)
= « *Droit de préférer dormir, plutôt que de souffrir en attendant de mourir* »

France → Vote loi 2016

⇒ **Confusions** opinion publique + professionnels de santé et même +/- acteurs de soins palliatifs

- pratiques sédatives = sédation irréversible
- sédation irréversible = slow euthanasia
- droit à la sédation = obligation d'accéder à toute demande de sédation irréversible

France → Vote loi 2016

⇒ **Confusions** opinion publique + professionnels de santé et même +/- acteurs de soins palliatifs

~~pratiques sédatives = sédation irréversible~~

~~sédation irréversible = slow euthanasia~~

~~droit à la sédation = obligation d'accéder à~~

~~toute demande de sédation irréversible~~

SEDAPALL V1.0

Groupe de travail SFAP chargé de définir une typologie permettant à la fois

- d'aider à la prise de décision
- de mener des travaux de recherche pour mieux connaître les pratiques sédatives

Focus groups + bibliographie internationale

➔ *Différentes versions avec tests intermédiaires*

SEDAPALL V1.0

Identification progressive de 3 variables indépendantes

Choix d'un système descriptif type TNM

Choix de 2 versions complémentaires simple + détaillée

Validation finale + Avis favorable du Conseil Scientifique SFAP puis adoption par le

Conseil d'administration de la SFAP (Mars 2016 => Mai 2017)

IMPORTANCE DU GLOSSAIRE +++

SEDAPALL V1.0

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

- Pratiques **sédatives** : ≥ -2 sur Richmond
- Visée **palliative (et non ni anxiolytique ni euthanasique)**
- **Fin de vie (pas la réa par exemple)**

Niveau	Description	Définition
+ 4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou 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	Eveillé et calme	
- 1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s).
- 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)



Score de Rudkin (VO et traduction GT SFAP)

- ➡ 1 complètement réveillé
- ➡ 2 somnolent
- ➡ 3 yeux fermés mais réveillable à la demande
- ➡ 4 yeux fermés mais réveillable avec une stimulation physique légère
- ➡ 5 yeux fermés et non réveillable avec une stimulation physique légère

- 1 Fully awake
- 2 Drowsy
- 3 Eyes closed but rousable to command
- 4 Eyes closed but rousable to mild physical stimulation
- 5 Eyes closed and unrousable to mild physical stimulation

Typologie DPC SEDAPALL simplifié

- **Durée**
 - Profondeur
 - Consentement
-
1. Réversibilité programmée
 2. Réversibilité potentielle non programmée
 3. Irréversibilité décidée

Typologie DPC SEDAPALL simplifié

- Durée
- **Profondeur**
- Consentement

1. Sédation proportionnée Richmond $-2 \Rightarrow -5$
(Rudkin $3 \Rightarrow 5$)
2. Sédation profonde d'emblée Richmond ≥ -4
(Rudkin =5)

Proportionnée vs profonde

- **Sédation proportionnée** : l'objectif de profondeur est le niveau nécessaire et suffisant pour soulager le patient. Le niveau peut donc varier d'une sédation légère (échelle de Richmond = -2 ou -3 ; Rudkin = 3 ou 4) à une sédation profonde si nécessaire (niveau -4 à -5 sur l'échelle de Richmond ; Rudkin = 5).

On vise le confort par altération nécessaire et suffisante de la vigilance

- **Sédation profonde d'emblée** : l'objectif est d'atteindre et de maintenir un sommeil profond. Le patient n'est pas réveillable même avec une stimulation nociceptive légère (niveau de Richmond -4 ou -5 ou score de Rudkin = 5).

On vise une altération totale de la vigilance

Typologie DPC SEDAPALL simplifié

- Durée
- Profondeur
- **Consentement**

0 Absence de consentement

1 Consentement par anticipation

2 Consentement au moment de la décision

3 Demande explicite du patient de dormir

Extraits du glossaire SEDAPALL

- **Consentement** : acceptation par le patient d'une proposition de sédation.
- **Demande de sédation** : expression d'une volonté du patient clairement formulée d'être endormi. Le médecin n'est tenu de mettre en œuvre une telle demande de pratique sédative que dans les cas spécifiques explicitement prévus par la loi de 2016.
- **Droit à la sédation** : La loi française de 2016 impose la mise en œuvre de tous les moyens disponibles pour obtenir le meilleur apaisement possible. Il convient donc de choisir la forme la plus adaptée de pratiques sédatives à la souffrance réfractaire du patient. Par ailleurs la loi crée dans certaines circonstances un droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD*).

SEDAPALL-S

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

SEDAPALL-D

Axe D Durée prescrite détaillé	Contexte	Type détaillé
D1 Sédation transitoire (réversible*)		
	Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire*	D1a
	Sédation nocturne pour insomnie réfractaire*	D1b
	Autres situations	D1c
D2 Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)		
	Situations d'urgences palliatives anticipées* (détresse asphyxique, hémorragique ou agitation terminale)	D2a
	Autres situations	D2b

SEDAPALL-D

D3 Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)		
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si souffrances réfractaires aux traitements ET d'un pronostic engagé à court terme* pour un patient exprimant une demande* de SPCMJD	D3a
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si refus par un patient d'un traitement de maintien artificiel en vie et qui exprime une demande* de SPCMJD afin de prévenir une souffrance insupportable	D3b
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si une décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté	D3c
	Hors du cadre du droit à la SPCMJD*	D3d

SEDAPALL-D

Axe C Consentement* détaillé	Contexte	Type détaillé
C0 Absence de consentement		
	Patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté	C0a
	Consentement non recueilli (avec argumentation)	C0b
C1 Consentement donné par anticipation		
	Consentement anticipé recueilli oralement	C1a
	Consentement exprimé dans les directives anticipées du patient	C1b
C2 Consentement		C2
C3 Demande de sédation		
	Demande spontanée du patient	C3a
	Demande du droit à la sédation dans le cadre légal de la SPCMJD*	C3b

Place de chaque version :

- Version simplifiée : pour le quotidien
 - Organiser la discussion collégiale
 - Identifier ce qui pose problème
 - Dire clairement ce qu'on décide et le partager
→ **Quelle intention ?**
- Version détaillée pour l'enseignement et la recherche
 - Améliorer la connaissance des pratiques
 - Évaluer les éventuelles évolutions ou dérives
→ **Quelles pratiques ?**

Permet une meilleure évaluation des pratiques sédatives

- Registre des pratiques sédatives (USP Paul-Brousse) : Chaque mise en place de pratique sédative à visée palliative en fin de vie donne lieu à une fiche qui permet la traçabilité de la décision et son suivi
- Chaque prescription de midazolam est automatiquement caractérisée (anxiolytique OU sédative avec sa typologie SEDAPALL-S)
USP Pontoise

Deux étapes supplémentaires de validation

- SEDAPALL DELPHI : élaboration de vignettes cliniques avec validation des réponses attendues par groupe d'experts
- SEDAPALL USP : évaluation qualitative de l'utilisation de SEDAPALL-S par professionnels travaillant en USP

SEDAPALL Delphi

- Élaboration de vignettes cliniques
- Validation par méthode Delphi des 16 vignettes et de leur classification par SEDAPALL simplifié
- Méthode qualitative permettant de développer et d'obtenir un consensus
- Auprès d'un groupe d'expert (12 experts)
- Procédure itérative (plusieurs tours de questionnaires)

Méthode DELPHI

- Évaluer le degré d'accord avec la typologie de la vignette (échelle de Likert de 1 à 9)
- Travail de réécriture par le groupe de travail entre chaque tour jusqu'à l'obtention du consensus
- Si le **score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7** et qu'il n'y a **pas de désaccord**, la vignette sera considérée comme validée.
- Le **désaccord** est défini comme une distribution comportant simultanément au moins 30% des scores individuels compris entre 1 et 3 et 30% compris entre 7 et 9)

Exemple: vignette n°1

- Mme S est atteinte d'une SLA. Elle est dépendante d'une VNI pour respirer (elle a une autonomie sans son masque de quelques minutes). Elle décide de demander l'arrêt de cette ventilation artificielle conformément à la loi de 2005. Elle demande également, afin de ne pas mourir avec une sensation asphyxique et au vu de la loi Claeys-Léonetti, d'être endormie avant la procédure d'arrêt de la VNI. Après discussion collégiale, une voie veineuse est mise en place et une sédation jusqu'à un RASS -4 à -5 (score de Rudkin 5) est débutée et poursuivie jusqu'au décès qui survient 4 heures après l'arrêt de la VNI.

Résultats premier tour

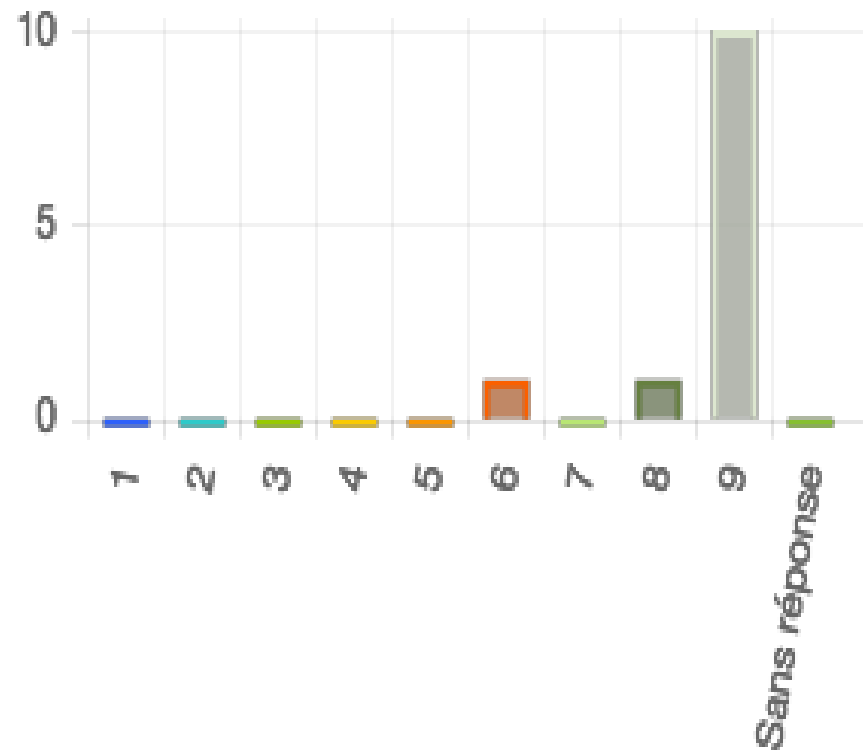
- Exemple pour la vignette n°1:

Réponse attendue : D3b P2 C3b

- Concernant l'axe D (Durée prescrite) :
 - 11 experts ont répondu D3b
 - 1 expert a répondu D1c
- Concernant l'axe P (Profondeur) :
 - 11 experts ont répondu P2
 - 1 expert a répondu P1
- Concernant l'axe C (Consentement – Demande) :
 - 8 experts ont répondu C3b
 - 3 experts ont répondu C3a
 - 1 expert a répondu C1a

Résultats second tour

- Réponses obtenues :
 - Score médian : 9
 - Pas de désaccord
 - → ACCORD D'EXPERTS



Au final

- Validation de 15 vignettes au second tour
- Validation d'une vignette au 3ème tour

➔ outil avant tout pédagogique

➔ mais aussi outil d'évaluation de l'acculturation de différents acteurs spécialisés ou non en soins palliatifs aux différentes pratiques sédatives

SEDAPALL -USP

- Utilisation systématique de SEDAPALL simplifié dans 3 ou 4 USP
- Evaluation **qualitative** de l'intérêt auprès de tous les membres de l'équipe ayant participé à au moins 2 discussions de mise en œuvre de pratiques sédatives (questionnaire d'intérêt)
- Analyse pour chaque catégorie professionnelle
- Objectif secondaire : première approche quantitative des pratiques sédatives en USP

Nombreuses pistes de recherche

- 1 impact sur **raccourcissement de la durée de vie** en fonction de l'axe D (1,2,3) et non plus toutes pratiques mélangées
- 2 Proportion des sédations type D2 **qui sont en fait maintenues jusqu'au décès ?**
3. **Durée moyenne** des sédations irréversibles (D3) ?

Pistes en cours d'exploration

4. Incidence des différentes pratiques sédatives dans les **différentes structures**, dans les **différents pays** (avec ou sans possibilité légale d'injections létales)
5. Modalités de **consentement** selon les pratiques sédatives
6. Proportion entre sédation **proportionnée** (P1) ou **profonde** d'emblée (P2) ?

Pistes en cours d'exploration

7. Les **impacts psycho-émotionnels** sur les professionnels des pratiques sédatives varient-ils selon le type de pratiques sédatives ?
8. Quels **produits** sont mis en œuvre en fonction du type de sédation ?

Pistes en cours d'exploration

9. Dans combien de cas une sédation décidée comme irréversible (D3) ne l'est pas dans les faits ? (**réveil inopiné...**)

10. Quelles différences pour les éventuels **apports artificiels hydriques** voire nutritionnels selon les types de sédation (D1/2/3, P1/2) ?

Etc...

Une recherche connexe en cours de montage: Pronosti-K

- Evaluation de la capacité de pronostication de la survenue du **décès à court terme** pour les patients cancéreux en fin de vie en USP
- Question de la surprise adaptée au pronostic à court terme : « ***seriez vous surpris si le patient était toujours vivant dans une semaine ?*** »
- Objectif principal : VPN de la question de la surprise : dans quelle proportion se trompe-t-on quand on pense qu'un patient va décéder à court terme ?
- **Intérêt majeur pour différencier une sédation à visée palliative d'une sédation euthanasique**

VPN, VPP...

	Surpris si encore vivant dans une semaine ? OUI	PAS Surpris si encore vivant dans une semaine ? NON
Patient décédé dans la semaine = OUI	n1	n2
Patient décédé dans la semaine = NON	n3	n4

VPP Capacité à prédire sans se tromper décès dans la semaine
→ possibilité de SPCMJD

VPN Capacité à prédire sans se tromper qu'il ne sera pas mort
dans la semaine → impossibilité de SPCMJD

A vous de jouer...

- Télécharger sur www.sfap.org et utiliser au quotidien (Registre, EPP, etc.)
- Faire de la formation sur les pratiques sédatives (utiliser les vignettes, en valider de nouvelles...)
- Faire de la recherche en devenant Centre Investigateur d'une des études en cours de lancement ou en devenant promoteur (pas de copyright mais pensez à nous prévenir voire à nous associer !)
- Pour tout contact bernard.devalois@gmail.com

Aller plus loin ?



Devalois B. 2016. Les mots de la fin de vie, Toulouse, Presses Universitaires du Midi.

Disponible à la librairie du congrès + séance rencontre dédicaces

Fin de vie : Bien comprendre les mots, pour mieux soulager les maux.