

Pratiques sédatives en situation palliative

15 mai 2024

Frédéric Guirimand

Ex Maison Médicale Jeanne Garnier et UVSQ

frederic@guirimand.fr



Adeline Leclercq Rouet

equipes@dactys.eu



Pas de conflit d'intérêt



Pratiques sédatives : quels repères ?



Evolution sociétale : 25 ans de débat...

- 1999 : Loi sur l'accès à des soins palliatifs pour tous, partout !
- 2002 : (loi Kouchner sur le droit des patients) **Consentement libre et éclairé. Personne de confiance**. Fin de la médecine paternaliste ?
- 2005 : (loi Léonetti) **interdit de l'obstination déraisonnable**, arrêt possible des traitements, directives anticipées
- 2016 : (loi Claeys Léonetti) : droit au meilleur apaisement possible de la souffrance
 - 2022 : Avis 139 du CCNE : **autonomie et solidarité** (aide active à mourir) : «... *il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir...* » en privilégiant l'assistance au suicide.
 - Conférence Citoyen : 76% de 184 participants pour une aide à mourir
 - 2023 : Rapport Chauvin : vers un modèle français des soins d'accompagnement
 - 2024 : projet de la loi sur la fin de vie avec aide à mourir

Evolution de la médecine

- Paradoxe : progrès prodigieux et insatisfaction des patients et des soignants: technicité vs humanité
- Prolonger de la vie... repousser la mort : vieillissement de la population
- Fin de vie hypermédicalisée : **la mort naturelle est rare !**
- La question des LIMITES :
« Je sais le faire, je peux le faire, je dois le faire ? »
- La question de **l'obstination déraisonnable**

La médecine crée des situations de + en + complexes

Evolution sociétale : survalorisation de l'autonomie



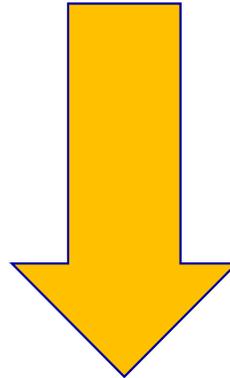
L'interdit de l'obstination déraisonnable (2/2/2016)

- Les actes ne doivent pas être mis en œuvre, ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.
- Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, **conformément à la volonté du patient**
- **et si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.**

**Entre obstination déraisonnable
et perte de chance
du fait de non instauration d'un traitement...
Comment organiser le débat éthique ?**

Ancien paradigme avant la loi du 2/2/2016

Nous sommes des êtres de relation...

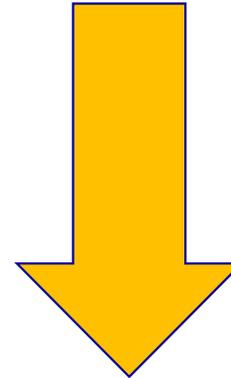


**Privilégier autant que possible
la communication et l'échange**

Changement de paradigme après la loi de 2026

Face à la souffrance...

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté » loi du 2/2/2016



Privilégier l'apaisement, même au prix d'une altération de la conscience

Evolution sociétale : la loi Claeys-Léonetti (2016)

« Je ne t'abandonnerai pas »

« Je ne te prolongerai pas de manière anormale »

« Je ne te laisserai pas souffrir »

- Un interdit : l'indifférence de la souffrance de l'autre
- Un droit : dormir avant de mourir pour ne pas souffrir
- Des devoirs :
 - Se conformer à la volonté du patient: les DA s'imposent au médecin
 - Mettre en place les traitements analgésiques et sédatifs en réponse à la souffrance réfractaire d'un patient en phase avancée ou terminale de maladie

Loi du 2 février 2016 :

Deux pratiques sédatives bien distinctes

- **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'abréger la vie. (art 1110-5.3)
- **Le patient demande** une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) et la loi en fixe les conditions (art 1110-5.2)

Les pratiques sédatives ne résument pas à la SPCMD

Art L. 1110-5-3 : souffrance réfractaire et sédations

- 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'abréger la vie.**
- Il doit en informer le malade,..., la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade...

Art L. 1110-5-2 : droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (1)

- **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 au traitement**

Art L. 1110-5-2 : droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (2)

- **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**

Arrêt de chimio ? NON

Arrêt de ventilation ? OUI

Pas de décision « en urgence »

Art L. 1110-5-2 : droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) à la demande du patient

- Une **procédure collégiale** permet à **l'équipe soignante** de **vérifier préalablement que les conditions d'application prévues sont remplies**
- Une **SPCMD** peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou médico-social

Loi du 2 février 2016 :

Deux pratiques sédatives « intriquées »

- **Le médecin propose** : il 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'abréger la vie. (art 1110-5.3)
- **Le patient demande** une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) et la loi en fixe les conditions (art 1110-5.2)

Comment faire cohabiter ces 2 pratiques intriquées à la lumière des recommandations HAS sur la SPCMD?

Qu'est ce qu'une souffrance réfractaire ?

Une souffrance est dite 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 pour le patient.

Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de sa souffrance, des effets indésirables ou du délai d'action du traitement.

Comment caractériser les pratiques sédatives ?

SEDAPALL

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

- Quelle intention ? Quel résultat ?
- Différencier anxiolyse et sédation...
- Réflexion **en équipe** : clinique, éthique et juridique
- Eviter les pratiques sédatives non nommées ou floues...

Sédation proportionnée ou profonde d'emblée ?

- Sédation proportionnée : recherche de la profondeur minimale (= dose minimale efficace) pour soulager le patient = que sa perception ne soit plus vécue comme insupportable.
Une sédation proportionnée n'est pas toujours légère.
- Sédation profonde d'emblée : on vise un score de Richmond à -4 ou -5

Questions subsidiaires : proportionnée ou profonde d'emblée ?

Sédation pour détresse respiratoire asphyxique

Sédation intermittente nocturne pour insomnie réfractaire

Agitation chez un patient comateux



SEDAPALL simplifié : 24 situations théoriques

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

Questions subsidiaires : D2 existe-t-il ? Combien de C0 ?



Enquête MMJG sur les pratiques sédatives : n= 183 évaluations

Axe D Durée prescrite	Type	%
Sédation transitoire (réversible)	D1	82
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible)	D2	12
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3	6

Axe P Profondeur	Type	%
Sédation proportionnée*	P1	88
Sédation profonde d'emblée	P2	12

+

Axe C Consentement- Demande	Type	%
Absence de consentement	C0	42
Consentement donné par anticipation	C1	8
Consentement	C2	46
Demande de sédation	C3	5

Echelle de Richmond (RASS)

Niveau	Description	Définition	
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+ 3	Très agité	Tire ou arrache tuyaux et cathéters, cherche à quitter le lit, et/ou agressif envers l'équipe	
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis, assez vigoureux	
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Éveillé et calme		
- 1	Somnolent	Pas 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 (ex : 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 (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	stimulation physique
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	

**Evaluer la profondeur d'une sédation
avec une échelle validée (Richmond)**

**Sédation légère : Richmond à -2 ou -3
Sédation profonde : Richmond à -4 ou 5**

Questions subsidiaires :

Patient agité Et non vigile ? Comment coter ?
Coter en priorité l'agitation
Patient comateux et agité : peut-on parler de
« sédation » ?

Patient en demande de sédation profonde et continue

**Une demande de sédation
profonde et continue maintenue
jusqu'au décès**

=

Un patient qui souffre

**Avant de débuter la sédation à domicile, en EHPAD,
s'assurer que les exigences organisationnelles sont
remplies**

**Une hospitalisation peut être nécessaire
si ces conditions ne sont pas remplies.**

Pratiques sédatives en situation palliative en urgence:

Quelles indications ?

- **Dyspnée respiratoire asphyxique** chez un patient non réanimatoire (LATA).
- **Confusion avec agitation** chez un patient en fin de vie
- Hémorragie massive
- Souffrance « réfractaire » chez une personne en situation palliative refusant l'hospitalisation
- ...

Symptômes réfractaires motivant une sédation

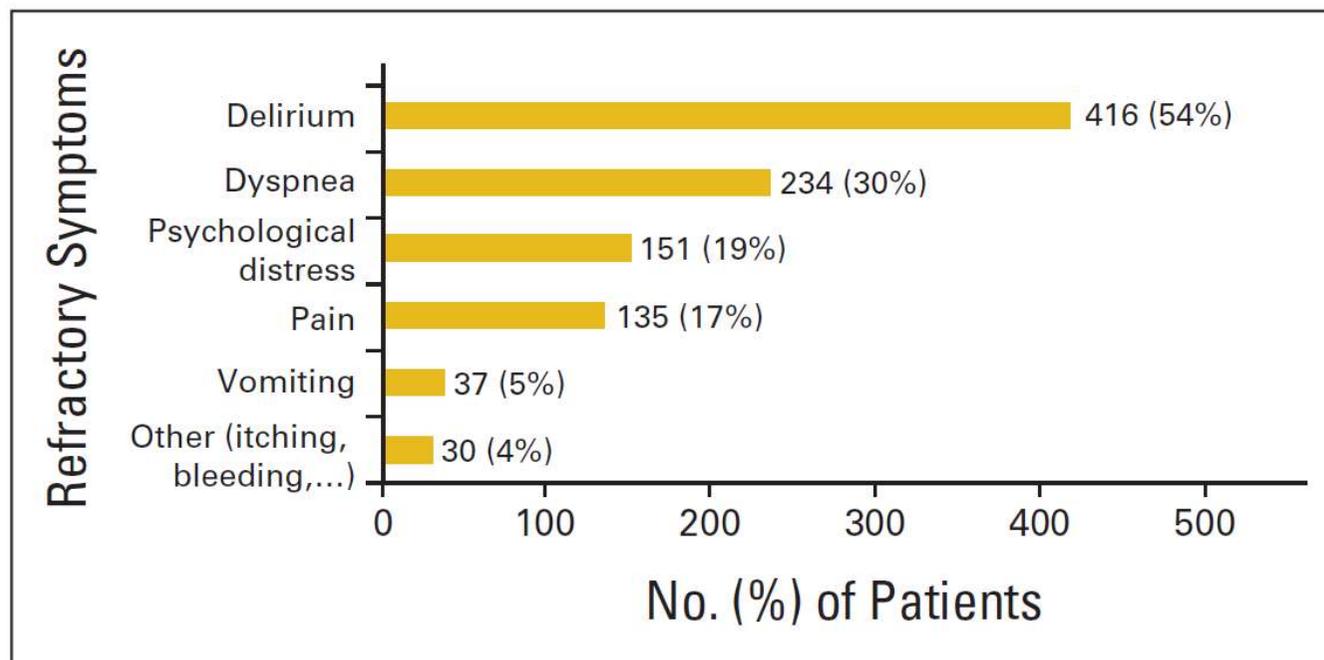


Fig 2. Main refractory symptoms requiring sedation in 774 sedated patients from 10 studies.^{5-9,11-15}

Maltoni et al., JCO 2012

Pharmacologie du midazolam

Benzodiazépine d'action courte

- Anxiolytique,
- anticonvulsivant,
- myorelaxant
- amnésiant
- sédatif,
- hypnotique

Pharmacologie du midazolam

Avantages :

- Bonne tolérance hémodynamique
- Coût modéré
- Il existe un antagoniste : flumazémil (anexate)

Inconvénients

- **Grande variabilité interindividuelle**
- Temps de réveil parfois très long

Pharmacocinétique du midazolam

- Voies orale, rectale, SC, IM, IV
- IM : pic plasmatique entre 20 et 30 mn
- $\frac{1}{2}$ vie d'élimination : 3 heures
- **Clairance très variable** +++ : 0,3 à 12,2 mL/min/kg

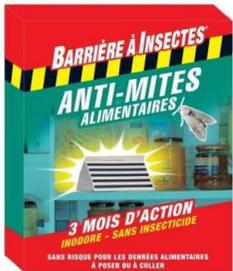
Mise en œuvre médicamenteuse en contexte d'urgence

- ✓ « Dose de charge » de 2 à 5 mg de midazolam
- ✓ Pour une détresse respiratoire asphyxique : associer un opioïde
(après avis médecin expérimenté dans les pratiques sédatives)
- ✓ Hors voie veineuse, privilégier la voie IM plutôt que sous cutanée
- ✓ En deuxième intention, associer un neuroleptique: chlorpromazine,
levopromazine
- ✓ Autres molécules : kétamine, propofol, phénobarbital, gamma OH,
dexmétédomidine

Mise en œuvre médicamenteuse hors contexte d'urgence

- ✓ Deux méthodes « officielles » d'administration du midazolam :
 - **Avec dose de charge** : induction dite « rapide » / titration IV :
1 mg de mdz en 30 sec toutes les 2 minutes jusqu'à RASS -4

La dose de charge ne permet pas de prédire la dose à administrer en continue (élimination trop aléatoire) : 50 à 100% de la dose de charge en PSE
 - **Sans dose de charge** : démarrer par un PSE IV ou s/c à 1mg/h
à adapter toutes les 30 minutes



- Une solution : PCA mode NCA



**FICHE CONSEIL URGENCE SANITAIRE
PATIENTS COVID+ (VERSION 4 DU 04/10/2020)**

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

Tableau 1 : prise en charge initiale

Bolus		IV		SC		
Morphine		5 mg		10 mg		
Benzo	Midazolam	3 mg		5 mg		
	Tranxène®	60 mg		60 mg		
	Rivotril®	0.5 à 1 mg		0.5 à 1 mg		
	Valium®	5 mg		10 mg en IM**		
Relais		SE	PERF	SE	PERF	Discontinue
Morphine		2 mg/h	50 mg/24h	3 mg/h	70 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Benzo	Midazolam	3 mg/h	70 mg /24h	3 mg/h	70 mg/24h	
	Rivotril®	2 mg/24 h	2 mg /24h	2 mg /24h	2 mg /24h	
	Tranxène®	120 mg/24h	120 mg/24	60 mg toutes les 12h*		
	Valium®	5 mg toutes les 4 à 6h		10 mg IM toutes les 4 à 6h**		

IV intra veineux - SC sous cutanée - IM intramusculaire (deltoïde) - SE Seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

* Tranxène® mal supporté en perfusion SC ; faire 60 mg en bolus SC toutes les 12h

**Valium® à administrer en IM et non en SC

La sédation accélère-t-elle la mort?

Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement...)

Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study

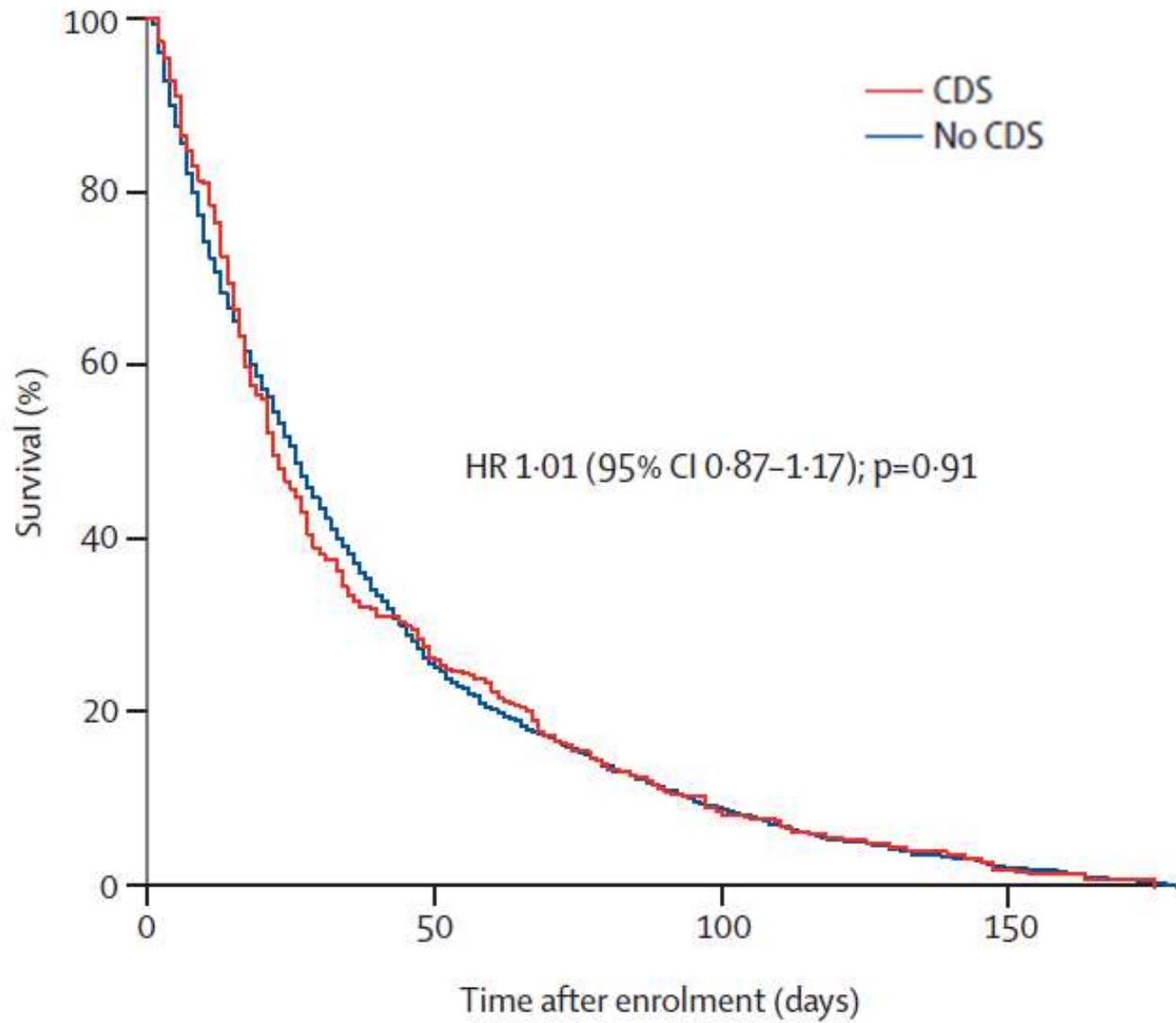
Isseki Maeda, Tatsuya Morita, Takuhiro Yamaguchi, Satoshi Inoue, Masayuki Ikenaga, Yoshihisa Matsumoto, Ryuichi Sekine, Takashi Yamaguchi, Takeshi Hirohashi, Tsukasa Tajima, Ryohei Tatara, Hiroaki Watanabe, Hiroyuki Otani, Chizuko Takigawa, Yoshinobu Matsuda, Hiroka Nagaoka, Masanori Mori, Yo Tei, Ayako Kikuchi, Mika Baba, Hiroya Kinoshita

www.thelancet.com/oncology Vol 17 January 2016

Survie en sédation profonde et continue

- 58 structures de SP;
- 1827 patients; 269 SPC (15%)
- Survie : SCP : 27 jours (CI 95% 22 – 30)
- Non sédatés 26 jours (24 – 27)

B Propensity score-weighted estimation



Survie des patients depuis l'admission

Study	Sedated patients		Nonsedated patients		P
	Mean	Median	Mean	Median	
Ventafridda et al ⁵		25		23	.57
Stone et al ⁶	18.6		19.1		> .2
Fainsinger et al ⁷	9	8	6	4	.09
Chiu et al ⁸	28.5		24.7		.430
Muller-Busch et al ⁹	21.5	15.5	21.1	14.0	NR
Sykes et al ¹⁰					.23
48-hour sedation	14.3	7.0	14.2	7.0	
7-day sedation	36.6	34.5	14.2	7.0	
Kohara et al ¹¹	28.9		39.5		.10
Vitetta et al ¹²	36.5		17		.1
Rietjens et al ¹³		8		7	.12
Mercadante et al ¹⁴	6.6		3.3		.003
Maltoni et al ¹⁵		12		9	.330
MMJG	16 (7–32)		11 (5-23)		

Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults (Review)

Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G



Conclusion :

En réponse à la préoccupation des médecins et des familles, la sédation palliative n'accélère pas la survenue de la mort.

Cependant, ce résultat vient d'études de faible qualité et doit être interprété avec prudence.

Les pratiques sédatives palliatives : l'histoire d'un rendez-vous manqué !

- 2016 : nécessité d'un **encadrement rigoureux**
 - Poser les indications = ne pas les « rater » surtout en urgence
 - Eviter la dérive vers une pratique euthanasique
 - Formation : ouverture à la complexité et à l'incertitude
 - Difficulté d'accompagner les proches (idem agonie)
- Pratiques critiquées à la fois par les partisans et les opposants à l'euthanasie : **mises à mal dès 2016**
- 2024 : non appliquées, non enseignées... marginalisées !

Evolution sociétale et législative : vers la prochaine étape ?

- **Projet de loi avec implication des soignants dans l' aide à mourir :
suicide assisté, euthanasie...**
- **Quelles implications pour les services d'urgence « si tout ne se passe
pas comme prévu » ?**
- **Comment s'y préparer : réflexion personnelle et en équipe ?**



Formation SAMU Soins Palliatifs



Cas clinique 1





CAS CLINIQUE 1

- Patiente de 100 ans, vit seule à domicile
- Cancer du sein droit traitée par chimiothérapie depuis 2019
- Décision d'arrêt des traitements spécifiques en décembre 2023 devant une progression sous chimiothérapie dans un contexte de fragilité
- Signalement à l'équipe de soins palliatifs de DACTYS
- Visite à domicile et suivi



CAS CLINIQUE 1

- Proposition d'HAD en avril 2024 devant altération de l'état général et volonté de mourir à domicile
- Dimanche, appel à 2h45 de la famille au 15 pour détresse respiratoire.
- Déplacement de l'équipe SMUR qui contacte le médecin de SP d'astreinte : Morphine - Midazolam - Oxygène
 - PSE morphine laissé, pas de relai dans la nuit



CAS CLINIQUE 1

- Coordination IDE dactys dimanche :
 - Allo HAD : pas d'intervention possible avant la fin du week-end
 - Allo SAMU : récupération du matériel
 - Allo IDEL : baxter en relai
- Mise en place PCA lors de la mise en place de l'HAD
- Décès 48h après



Cas clinique 2





CAS CLINIQUE 2

- Patient de 75 ans présentant un cancer pulmonaire présentant une détresse respiratoire aiguë
- Coordination IDE DACTYS
 - Allo 15 et IDEL par DACTYS
 - Mise en place d'une PCA de Morphine et Midazolam par SMUR
 - IDEL connu du SMUR: matériel laissé
 - Soutien IDEL par équipe soins palliatifs DACTYS
- Décès à domicile dans la nuit

Merci

Astreinte Soins Palliatifs 24h/24



01 30 88 88 94





Echelle RDOS : hétéro évaluation de la dyspnée

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-30	> 30
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée
Râles de fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Expression de crainte : yeux grands ouverts muscles du visage contractés froncement des sourcils bouche ouverte dents serrées	non		oui
TOTAL*			

Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère

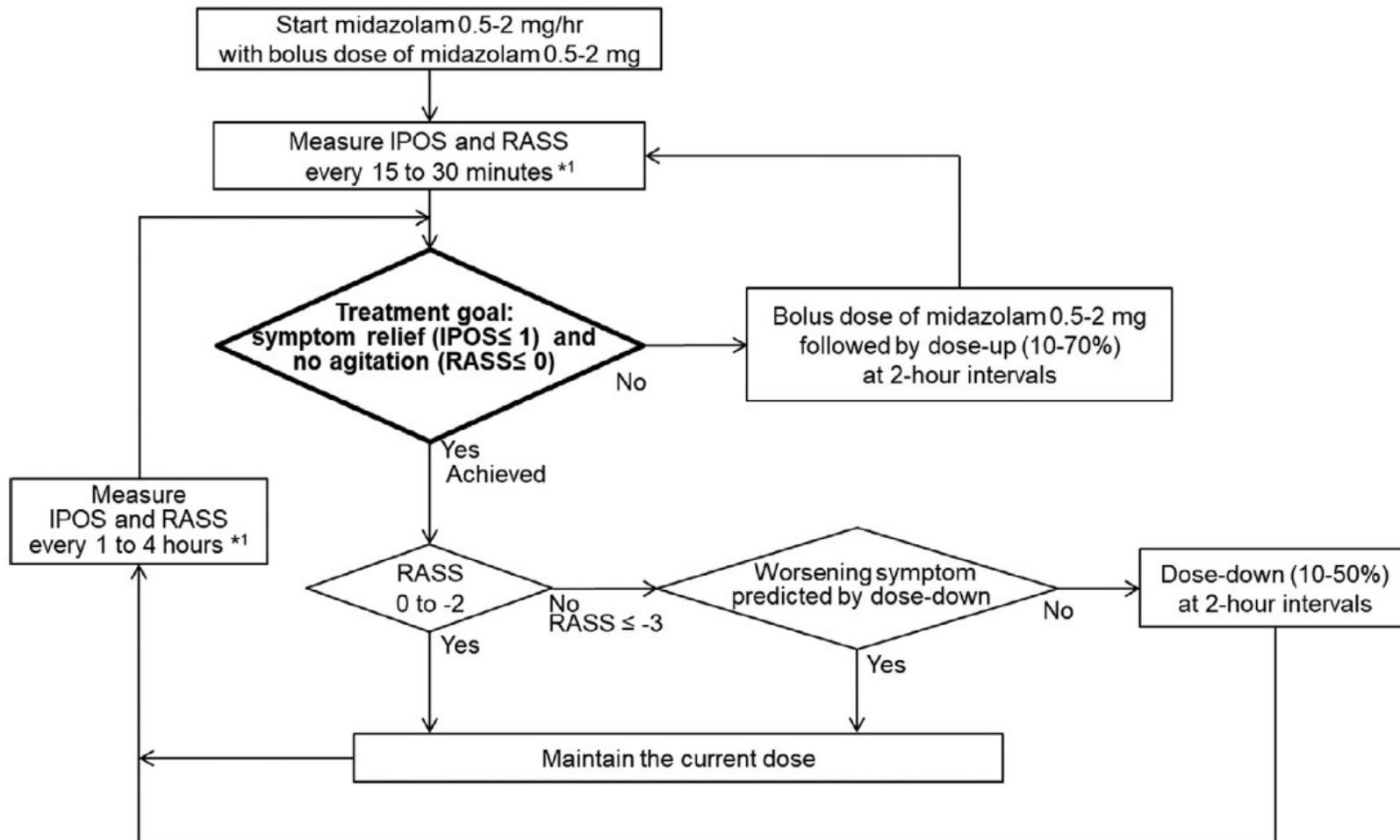
Original Article

Efficacy of Proportional Sedation and Deep Sedation Defined by Sedation Protocols: A Multicenter, Prospective, Observational Comparative Study

Kengo Imai, MD, Tatsuya Morita, MD, Naosuke Yokomichi, MD, PhD, Takashi Kawaguchi, RPh, PhD, Hiroyuki Kohara, MD, PhD, Takashi Yamaguchi, MD, PhD, Ayako Kikuchi, MD, PhD, Takuya Odagiri, MD, Yuki Sumazaki Watanabe, MD, Rena Kamura, MD, Isseki Maeda, MD, PhD, Natsuki Kawashima, MD, Satoko Ito, MD, Mika Baba, MD, PhD, Yosuke Matsuda, MD, Kiyofumi Oya, MD, Keisuke Kaneishi, MD, PhD, Yusuke Hiratsuka, MD, PhD, Akemi Shirado Naito, MD, and Masanori Mori, MD

- Comparaison à H4 d'une sédation profonde (rass -4) (n=17) et d'une sédation proportionnée (soulagement des symptômes) (n=64)
- But atteint à 88% (s profond) et 77% (s proportionnée)
- Communication maintenue pour 34% des s proportionnée (et 10% des s profondes)

a. Proportional sedation protocol



b. Deep sedation protocol

