

« LES » sédations : Comment ne plus confondre anxiolyse, sédation transitoire et sédation profonde © ...

Dr J-M. GOMAS ¹

Revue internationale de soins palliatifs (INFO Kara) ©

A paraître Juin 2020

Contrairement aux apparences médiatiques, la loi du 2 février 2016 ² n'a pas « inventé » les pratiques sédatives !

C'est bien le mouvement des soins palliatifs qui, depuis trois décennies, s'est efforcé d'appliquer les stratégies de sédations -pratiquées en réanimation- pour calmer les symptômes graves ou adapter les patients aux machines d'assistance respiratoire. Tout naturellement, ces mesures ont permis d'améliorer le confort des patients complexes en fin de vie.

Ainsi en France, la première communication sur les pratiques sédatives en fin de vie³ date de 1992 au congrès national SFAP, sous les broncas de la salle à l'époque, car cela semblait pour beaucoup un équivalent d'euthanasie, par manque de discernement sur l'éthique de l'intentionnalité autant que par frilosité sur le contrôle des symptômes graves ! Michèle Salamagne en 1990 déjà, à l'Unité de soins palliatifs de Paul Brousse, dénommait alors « sommeil induit » ces modalités réversibles.

Trente ans plus tard, nous sommes toujours confrontés aux mêmes confusions. Médias, lobbys détracteurs des soins palliatifs, et même certains professionnels confondent les éléments de la démarche palliative et ne savent pas toujours discerner les arguments de leur propre intentionnalité.

Or, en droit comme en éthique, rappelons que « peu importe la mobile ou le résultat, seule compte l'intentionnalité » ; et cette intentionnalité peut générer une éventuelle culpabilité. Il est donc crucial que le soignant se sente serein dans sa pratique et exempt d'une culpabilité, qui serait bien inappropriée, de la mort d'un Autre atteint de maladie grave.

1- DEFINITIONS

La définition des pratiques sédatives pour détresse symptomatique est claire. Elle a été publiée par la SFAP en 2010⁴ et reprise par la HAS :

« La sédation en phase terminale pour détresse est : la recherche par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer ou de faire disparaître la

¹ Le Dr Gomas est Gériatre, algologue, palliatologue, relecteur des recommandations HAS 2018 et HAS 2020.

² Loi 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

³ Burucoa B. 2^{ème} Congrès national SFAP de Vaison la Romaine 1992 (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)

⁴ Blanchet V. et coll. Med. Pall. 2010 9, 71-79

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 par le patient. »

L'important travail mené par le groupe « sédation » de la SFAP a permis de préciser les éléments de l'intentionnalité des pratiques sédatives grâce à l'outil SEDAPALL⁵ :

« La typologie SEDAPALL est un outil permettant de décrire/analyser précisément les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. C'est à la fois un outil pédagogique et un outil de recherche permettant des études - rétrospectives ou prospectives - sur les différentes pratiques sédatives. Elle porte sur l'intentionnalité de la décision. Mais elle peut aussi permettre de vérifier que cette intentionnalité est - ou non - mise en œuvre dans les faits.

Ainsi le terme de pratiques sédatives exclut les pratiques anxiolytiques n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance, c'est-à-dire un score de Richmond ≤ -1 (soit un score de Rudkin ≤ 2)⁶.*

Le terme de visée palliative concerne la volonté de soulager des souffrances réfractaires⁷. Il exclut une intentionnalité autre que ce seul soulagement (notamment une volonté de raccourcir la vie que ce soit dans une visée compassionnelle ou à la demande du patient). Le terme « en fin de vie » exclut les autres champs de la médecine nécessitant le recours aux pratiques sédatives (comme par exemple la réanimation) ».

Très clairement, et en dépit des critiques des courants pro-euthanasiques, une pratique sédative ne peut pas être confondue avec un geste euthanasique : ces deux actions se distinguent sur six critères, comme le rappelle la HAS⁸ :

	SEDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES (SMCJD)	EUTHANASIE
INTENTION	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
MOYEN	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
PROCEDURE	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
RESULTAT	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
TEMPORALITE	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
LEGISLATION	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement...)

⁵ Devalois B, Broucke M, Copel L, Mauve M. et le groupe de coordination SFAP Pratiques sédatives. Fiches repères SFAP 2017

⁶ Depuis le guide parcours de soin de la HAS de 2018, et les recommandations HAS de 2020, c'est l'échelle de RICHMOND qui doit être utilisée pour l'analyse clinique des pratiques sédatives. Voir en annexe.

⁷ Fiche « souffrance réfractaire » de la SFAP, 2017

⁸ Guide parcours de soin : comment mettre en œuvre une SPCMJD. HAS 2018 page 7

L'intentionnalité de la sédation doit donc être désormais analysée par l'outil SEDAPALL selon trois axes : **Durée, Profondeur, Consentement** (soit l'acronyme « **DPC** »).

- **La durée prescrite** peut être : transitoire(D1), indéterminée (D2), ou maintenue jusqu'au décès (D3). Ce paramètre conditionne la nature initiale de la réversibilité de la sédation.
- **La profondeur** doit être classée comme : proportionnée (P1) ou d'emblée profonde (P2).
- **Le consentement ou la demande**, seront décrits selon quatre niveaux : non obtenu (C0) obtenu de manière anticipée par écrit dans les Directives Anticipées (C1), obtenu « en direct » oralement au moment de la mise en œuvre de la sédation (C2). Enfin il peut aussi s'agir d'une demande de sédation profonde exprimée par le patient (C3).

Chaque situation de décision de sédation peut ainsi être facilement cotée sur chacun des 3 axes : D 1/2/3 ; P 1/2 ; C 0/1/2/3.

L'outil SEDAPALL a été validé en 2018 par la méthode des vignettes cliniques de la méthode Delphi⁹ ; l'utilisation de cet outil est désormais obligatoire pour toutes les équipes à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital, pour l'analyse de l'intentionnalité de toutes les pratiques sédatives.¹⁰

2- DIFFERENCES CLINIQUES

Les différences entre anxiolyse et sédation sont donc claires :

-**L'anxiolyse** traite une angoisse simple : le malade ne dort pas ou reste facilement et immédiatement réveillable (Richmond coté -1 ou -2). Elle n'est **PAS UNE SEDATION**, donc elle ne relève PAS de la loi de 2016 ; elle n'impose même pas nécessairement une décision collégiale¹¹.

Calmer l'angoisse est un banal contrôle de symptôme qu'il ne faut pas compliquer à l'extrême. Cependant il est essentiel d'analyser l'intentionnalité et la profondeur d'anxiolyse pour ne pas se laisser embarquer insidieusement dans un processus de sédation mal contrôlée qui ne dirait pas son nom¹²...

-**La sédation proportionnée** (cotée SEDAPALL D1 ou D2) ne relève pas non plus de la loi de 2016. Elle reste soumise aux recommandations de bonnes pratiques médicales sur le contrôle et

⁹ Okoli, C., & Pawlowski, S. D. The Delphi method as a research tool : an example, design considerations and applications. Information & Management, 2004 42, 15-29. Validation de SEDAPALL décrite dans la Thèse de Bidegain-Sabas , Bordeaux 2018.

¹⁰ Guide parcours de soin : comment mettre en œuvre une SPCMJD. HAS 2018

¹¹ On rappelle que depuis la Loi de 2016, la « procédure collégiale » est une procédure précise, obligatoire et devant être tracée dans le dossier du patient ; cette procédure concerne toutes les décisions importantes et bien entendu les décisions de sédation profonde. Voir référence 14.

¹² Guirimand F., Broucke M. Cahiers Laennec 2017/4 T.65. 30-41

l'urgence des symptômes, publiées par les sociétés savantes, dont la SFAP, depuis trente ans. Le niveau de sédation est variable mais l'échelle de Richmond est souvent cotée de -2 à -4.

-**La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès SPCMJD** (cotée SEDAPALL D3) est la **seule situation qui relève de la loi Claeys Leonetti du 2 février 2016** ; elle impose notamment la connaissance des textes de la HAS, une démarche de questionnement préalable solidement argumentée¹³, une vraie compétence palliative^{4,5,7,8}, une procédure collégiale dans les règles¹⁴. Cliniquement, le malade sera obligatoirement coté à Richmond -5.

3- MISE EN OEUVRE DE LA SPCMJD

Chaque situation est singulière et complexe. Rappelons que la SPCMJD est, dans toutes les situations, associée évidemment au traitement des douleurs, dont l'hétéroévaluation s'appuiera sur des échelles validées.

Avant de débiter la sédation, il faudra s'assurer que les organisations exigibles par la HAS sont possibles.

- **Quatre étapes sont indispensables pour procéder à une SPCMJD¹⁵**

1. Écouter, comprendre et analyser la demande du patient atteint d'une maladie grave et incurable
2. Réaliser une procédure collégiale, obligatoire avant toute décision de SPCMJD.
3. Parler de la sédation avec le patient et ses proches, étape indispensable avant sa mise en œuvre.
4. Mettre en œuvre techniquement la SPCMJD.

Spécificités suivant le lieu¹⁵

A l'hôpital

En dehors des services expérimentés dans les pratiques sédatives, l'équipe qui prend en charge le patient s'appuiera obligatoirement sur une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir un médecin référent, compétent, prévenu et joignable (EMSP, ERRSPP, réseau, équipe de soins palliatifs de l'hôpital où le patient a été hospitalisé, médecin de l'équipe d'HAD, médecin de l'USP géographiquement proche, médecin référent des LISP...).

À domicile et en EHPAD :

- L'induction d'une SPCMJD nécessite organisation, rigueur, présence et compétence comme le précise le guide parcours HAS¹⁵ :

¹³ SFAP : Fiche préparation à la SPCMJD publié par le collège des médecins de la SFAP en 2018

¹⁴ La procédure collégiale. Voir notes du conseil de l'ordre des médecins et CSP article R. 4127-37

¹⁵ Guide parcours de soin : comment mettre en œuvre une SPCMJD. HAS 2018

Et : Recommandations : HAS 2020 Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuses en situation palliative jusqu'en fin de vie.

- ✓ Rapide : on ne peut imaginer une induction qui dure des jours ! (Une telle lenteur de mise en œuvre s'est révélée trop angoissante pour la famille et le malade.). Moins de 2 heures semble un bon tempo à domicile, un peu plus est possible en EHPAD.
- ✓ En présence d'un médecin qui doit donc être disponible suffisamment de temps
- ✓ A la fin de l'induction : la situation est donc stabilisée à Richmond -5, et ce sont les proches qui restent avec le malade jusqu'au prochain passage des professionnels.
- ✓ Un médecin et un(e) infirmier(ère) doivent être joignables 24 h/24 (nécessité d'une infirmière de nuit déplaçable en EHPAD, et d'une disponibilité des professionnels)
- ✓ Une HAD peut s'avérer indispensable pour assurer la surveillance de la sédation
- ✓ Un relais continu de l'entourage (proches, bénévoles, auxiliaires de vie, etc.) capable d'alerter sur une complication doit être prévu et possible, et un lit de repli en établissement de santé doit être prévu ; « *en leur absence, une hospitalisation est nécessaire* ». ¹⁵

Le médecin en charge du patient, responsable de la décision, rédige la prescription après consultation du médecin compétent en soins palliatifs précité.

Outre l'approche globale du patient, la surveillance clinique régulière sera centrée, durant toute la durée de la SPCMJD, sur :

- La profondeur de la sédation (analyse et surveillance avec RICHMOND),
- Le dépistage et évaluation de la douleur (avec des échelles d'hétéroévaluations validées)
- La situation respiratoire (échelle RDOS par exemple, voir en annexe).

« COMPLICATIONS » DE LA SPCMJD

Lors d'une SPCMJD, le décès est attendu (mais non accéléré), à une date qui reste incertaine : le décès ne sera donc ni une surprise ni une complication.

En revanche les événements imprévus nécessitant une intervention médico-soignante doivent être pris en compte et anticipés :

- ✓ Réveil possible du malade (devant faire réévaluer la situation voire même la sédation),
- ✓ Nouvelles complications symptomatiques venant perturber le calme de la sédation (exigeant une adaptation des traitements)
- ✓ Difficultés de la famille à supporter la situation qui se prolonge (obligeant à reconsidérer le contexte, voire le lieu de la poursuite de la sédation profonde).

Il est utile de rappeler qu'un malade en sédation profonde et continue ne meurt pas forcément tout de suite, car son « lâcher prise » peut attendre des jours, même dans une situation clinique qui semblait pourtant ultime¹⁶.....

¹⁶ Gomas J-M. Sens de la fin de vie chez les patients dyscommunicants. Congrès PAL 2018 Montréal.

ANNEXES

ECHELLE SEDAPALL ^{5,15}

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

Echelle de RICHMOND ^{17 18}.

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 (> 10s)	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)	

¹⁷ Guide HAS 2018. Version 2018 de GUIRIMAND F. (Maison Jeanne Garnier). Diffusé par la SFAP 2018

¹⁸ Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;166:1338–44.

Validation française. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Verdier R, Henriette K, Lefrant J-Y, et al. [Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale]. *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation.* 2006 25 : 696-701

ECHELLE RDOS¹⁹ (Respiratory Distress Observation Scale)

Echelle d'hétéro évaluation de la dyspnée

	0	1	2	Total
Fréquence respiratoire	<19	19-30	>30	
Fréquence cardiaque	<90	91-109	>110	
Agitation (mouvements involontaires)	Non	Occasionnels	Fréquents	
Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (élévation des clavicules...)	Non	Légère	Prononcée	
Respiration paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	Non		Oui	
Battement des ailes du nez	Non		Oui	
Râles en fin d'expiration	Non		Oui	
Expression de crainte (Yeux grand ouvert, visage contracté, froncement des sourcils, bouche ouverte, dents serrées...)	Non		Oui	
			Score total (0 à 16)	

Chaque item clinique est coté 0 à 2

Pas de dyspnée : 0

Dyspnée modérée ou sévère > 3

Score maximal de dyspnée : 16

¹⁹ Campbell ML, Templin T, Walch J. A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea. J. Palliat. Med. 2010;13:285–290.