



Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

B Devalois pour le s/groupe 1 du GT Sédation
SFAP

Avec M Broucke, L Copel et M Mauviel



- Longue évolution parallèle puis convergente
- CESAR 1,2,3
- DPC Dijon test de CESAR₃ pour évaluer l'outil en grandeur réelle (une soixantaine de participants)



→ CESAR₄

- Clarification des catégories pour éviter ambiguïté
- Clarification du critère principal justifiant la catégorie et du critère secondaire justifiant la s/catégorie

Version simplifiée

Type	Contexte	Réversibilité/Consentement/Profondeur
A	Nécessité (si possible anticipée) d'une sédation d'urgence en situation palliative	<u>Réversibilité théorique</u> Consentement anticipé si possible Sédation rapide et profonde (R=5)
B	Nécessité d'une sédation temporaire avec une réversibilité programmée	<u>Réversibilité explicitement programmée</u> Consentement si patient capable d'exprimer sa volonté Proportionnalité
C	Nécessité d'une sédation pour soulager une souffrance réfractaire sans réversibilité programmée	Réversibilité possible mais <u>non programmée</u> Consentement si patient capable d'exprimer sa volonté Proportionnalité
D	Contexte exceptionnel nécessitant une sédation profonde et continue maintenue jusqu'à la survenue du décès conformément à la loi de 2016	<u>Pas de réversibilité</u> Demande conforme à la loi si patient capable d'exprimer sa volonté Sédation profonde (R=5)

Version détaillée

A	Nécessité (si possible anticipée) d'une sédation d'urgence en situation terminale
A1	Hémorragie massive
A2	Détresse respiratoire asphyxique aiguë
A3	Agitation aigue incontrôlable
B	Nécessité d'une sédation temporaire avec une réversibilité programmée
B1	Sédation de très courte durée pour soins ou actes douloureux
B2	Sédation nocturne pour insomnie réfractaire
B3	Sédation pour souffrances réfractaires (physiques ou psychiques)
B3a	Patient hors d'état d'exprimer sa volonté : hétéro-évaluation
B3b	Patient en état d'exprimer sa volonté

Attention version non validée

Version détaillée (2)

C	Nécessité d'une sédation pour soulager une souffrance réfractaire sans réversibilité programmée
C1	Patient hors d'état d'exprimer sa volonté <u>et réévaluation</u>
C2	Patient en état d'exprimer sa volonté
D	Contexte exceptionnel nécessitant une sédation profonde et continue maintenue jusqu'à la survenue du décès (SPCMJSD) conformément à la loi de 2016
D1	Patient <u>en état d'exprimer</u> sa volonté d'une SPCMJSD conformément à loi 2016
D1a	Dans le cadre de souffrances réfractaires aux traitements ET pronostic réservé à court terme
D1b	Dans le cadre de la mise en œuvre d'un refus de traitement de maintien artificiel en vie avec un risque de souffrances insupportables
D2	Patient <u>hors d'état</u> d'exprimer sa volonté suite à une décision de LAT dans le cadre de loi 2016

Deux facteurs déterminants

- Pour CESAR Simplifié : nature de la décision de réversibilité
- Pour CESAR Détaillé : capacité du patient à exprimer sa volonté (sous-jacent → question de la vigilance ...)

En plus

- Nécessité d'un glossaire explicatif des termes employés
- **Anxiolyse** = l'utilisation d'agents potentiellement sédatifs à des doses n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance et prescrites dans un but anxiolytique ne constitue pas une pratique sédative en fin de vie.
- **Iatrogénie** = Différents traitements utilisés en fin de vie peuvent entraîner comme effets indésirables ou comme conséquences d'un surdosage, des altérations de la vigilance. La sédation qu'ils peuvent alors entraîner ne constitue pas une pratique sédative en fin de vie, et ils ne doivent pas être utilisés dans cet objectif.

En plus

- **Symptômes réfractaires** = symptômes (physiques ou psychiques) entraînant une souffrance et résistants au traitement habituel bien conduit. Idem souffrances réfractaires (terme utilisé dans la loi de 2016)
- **Inconfort** = absence de confort pouvant reposer sur une hétéro-évaluation soignante chez un patient non en état d'exprimer sa symptomatologie précise.

En plus

- **Consentement** = acceptation par le patient d'une proposition médicale, ici une altération de la vigilance.
- **Demande** = expression d'une volonté du patient clairement exprimé. Le médecin n'est pas tenu de mettre en œuvre une demande → la loi ne donne pas au patient le droit à choisir un traitement mais seulement un droit à le refuser. La question du droit à la sédation pour un patient qui en fait la demande (catégorie D1 de la classification) est une situation très particulière, strictement encadrée pour laquelle la demande du patient est une condition nécessaire mais pas suffisante.

En plus

- **Pronostic réservé à court terme** = mort prévisible dans les jours ou heures qui viennent selon un avis pluri professionnel. Cela correspond à une espérance de vie estimée à moins de 2 semaines (accord d'experts).
- **Situation d'urgence** = situation nécessitant une intervention urgente pour soulager le patient dans un contexte de mort imminente possible. Elle peut le plus souvent être anticipée. Un produit d'action rapide et une administration intraveineuse sont indispensables.

En plus

- **Patient en état d'exprimer sa volonté** = capacité cognitive suffisante pour consentir à une proposition médicale ou pour exprimer une demande de manière réfléchie. Cette capacité doit être actée de manière pluri professionnelle.
- **Patient hors d'état d'exprimer sa volonté** = altération des fonctions supérieures ne permettant pas au patient de consentir à une proposition médicale ou d'exprimer une demande de manière réfléchie. Cette incapacité doit être actée de manière pluri professionnelle.

A quoi ça peut servir ?

- Outil pédagogique pour réfléchir lors de la mise en œuvre de pratiques sédatives au quotidien + enseignement et formation
- Etudes rétrospectives permettant une analyse comparative des pratiques et une évaluation concomitante des pratiques sédatives
- Etudes prospectives (ex nombre de C qui en pratique ne sont pas poursuivies jusqu'à décès ?)
- Analyse de l'acculturation des professionnels de santé (spécialisés ou non spécialisés en SP) à partir des vignettes cliniques concernant par exemple la loi de 2016 pour son volet droit à la sédation / devoir de sédation. (par exemple autour du risque de dérive vers une sédation euthanasique)



A tout de suite pour tester CESAR

...

