

Etude pour la validation du DESC de médecine palliative

Dr DUMONT P (pauline.dumont@ch-eureseine.fr)

Dr MELET L (laetitia.melet@chu-rouen.fr)

## CONTEXTE

Depuis 2016, la loi ouvre aux malades le droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (**SPCMD**). La HAS a élaboré de nouvelles recommandations en 2018 et la SFAP a soutenu plusieurs travaux dont celui de **SEDAPALL**.

## MATERIEL ET METHODE

Étude rétrospective réalisée **du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2018** dans les *USP normandes (Rouen, Caen et Le havre)*.

Le recueil des données se faisait après lecture par un seul médecin de l'ensemble des dossiers de patients hospitalisés dans ces 3 USP sur cette période et décédés.

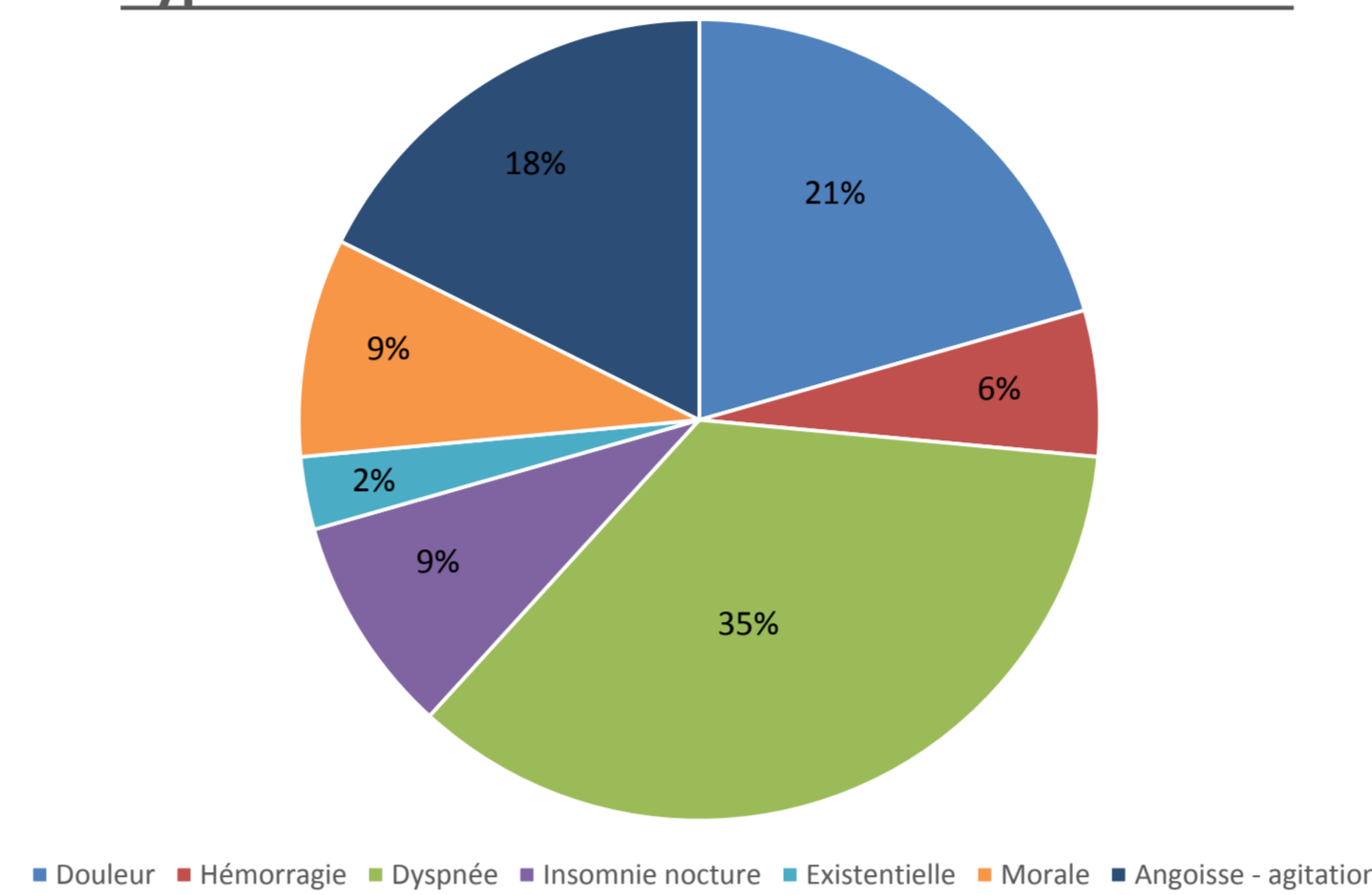
**OBJECTIFS : Etat des lieux des pratiques sédatives et Evaluation de l'outil SEDAPALL comme aide dans la pratique quotidienne**

## RESULTATS

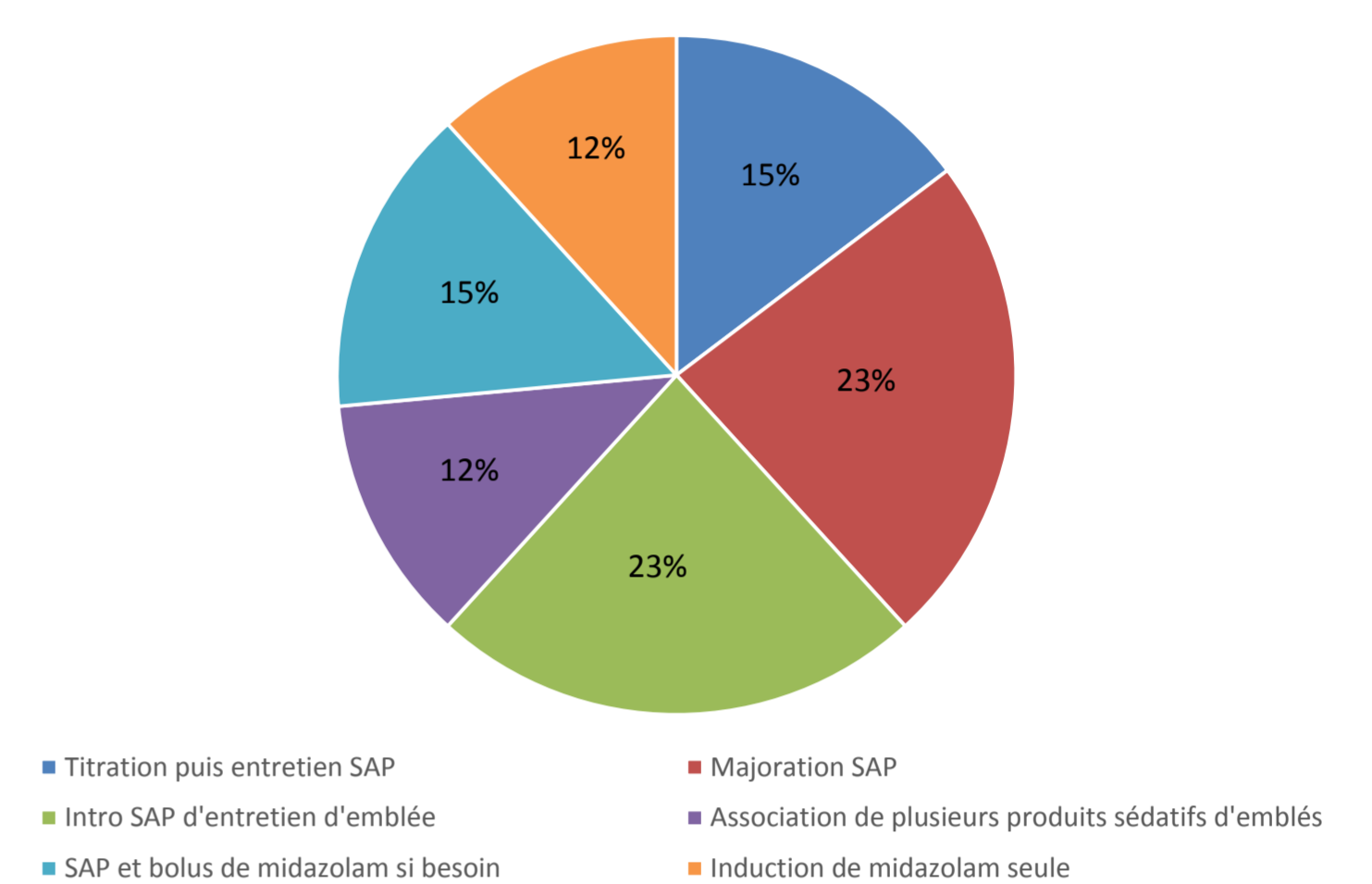
### POPULATION

- Réalisation de **34 sédations** à visée palliatives dont **56% à l'USP de Rouen**.
- Tranche d'âge majoritaire : **55 et 70 ans** [37-100].
- Motif d'hospitalisation principal en USP : **pathologie cancéreuse (85%)**

Type de souffrances entraînant les sédations



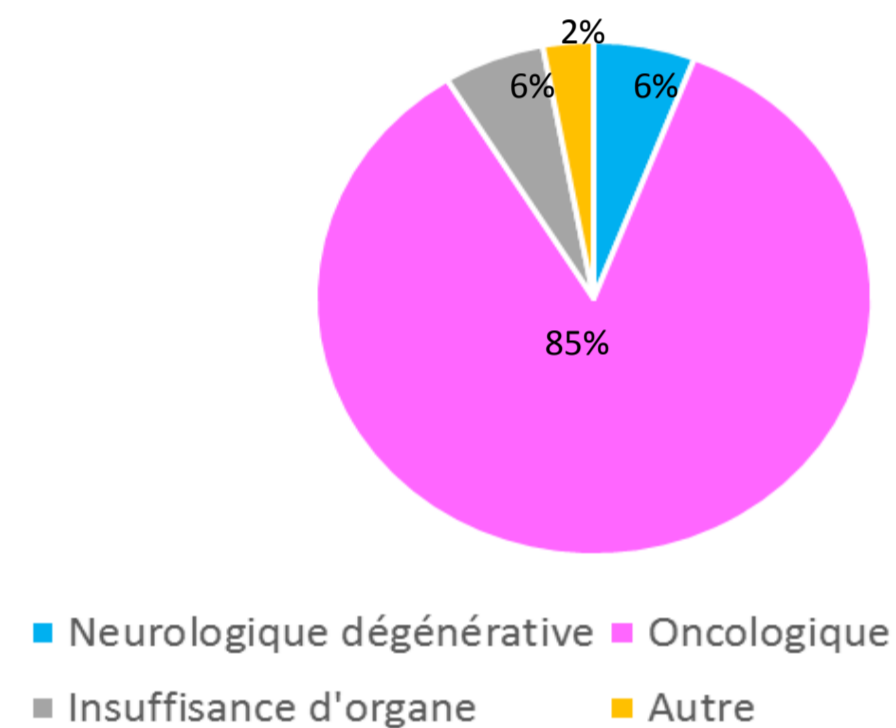
Les différentes techniques de sédation



### LA TECHNIQUE SEDATIVE

- Symptômes conduisant à une sédation : **dyspnée, douleur et angoisse/agitation**.
- Technique de sédation majoritairement utilisée : **SAP de midazolam d'emblée et majoration progressive** de celle-ci.
- Nécessité **d'ajouter un neuroleptique: 28%**.
- Durée d'une sédation **< 7 jours** (94%) dont la majorité moins de 12 heures (56%).

Pathologie initiale amenant la sédation



Typologie SEDAPALL simplifiée

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

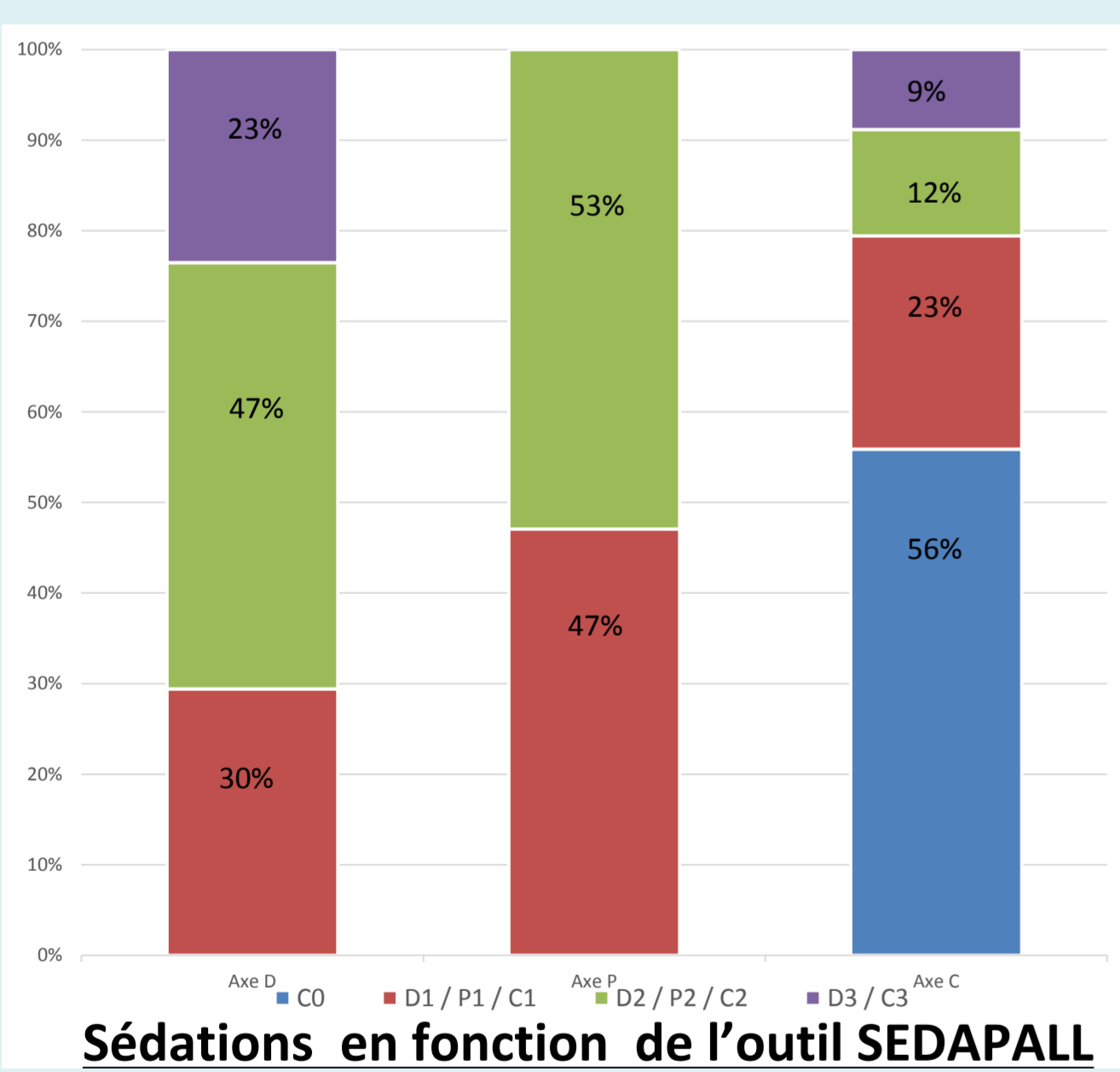
### CONTEXTE LEGAL

- Rédaction de **directives anticipées : 12%**
- Désignation d'une **personne de confiance : 70%**
- Réalisation d'une **procédure collégiale avant la sédation : 65%**.

### SEDATION ET SEDAPALL

- Induction majoritaire des sédations : **situations d'urgences palliatives (D2), profonde d'emblée (P2) et en absence de consentement (C0)**.
- Intentionnalité pour les **hémorragies et dyspnée : Axe D2**
- Intentionnalité pour les **souffrances existentielles, morales et douleur : Axe D3**.
- **L'agitation et l'angoisse** étaient partagées entre une intentionnalité **D2 et D3**.

Type de souffrance	Axe D													TOTAL
	D1a	D1b	D1c	D1	D2a	D2b	D2	D3a	D3b	D3c	D3d	D3		
Insomnie nocturne			3	3										3
Hémorragie					2		2							2
Dyspnée					9		9	3				3		12
Angoisse - agitation		1	3	4	2		2							6
Douleur	1			1		2	2	4						7
Existentielle								1					1	1
Morale		2		2	1		1							3
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>34</b>



## DISCUSSION ET PERSPECTIVES

L'absence de procédure collégiale systématique avant une sédation dans notre étude peut être en lien avec un manque de **transcription dans le dossier médical**. Il se peut aussi que l'absence de concertation en situation d'urgence souligne un **manque d'anticipation** des symptômes réfractaires conduisant à la réalisation d'une sédation.

Dans les SPCMD, les **DA** sont importantes mais leur **rédaction reste imprécise** pour aider à la prise de décision. Dans notre étude, le faible nombre de SPCMD (axe D3) peuvent s'expliquer par un manque de compréhension du médecin, incluant dans notre étude de **l'intentionnalité souhaitée pour les sédations en contexte d'urgence** (notées souvent D2).

**SEDAPALL serait une aide au cours des procédures collégiales. Il préciserait l'intentionnalité de la sédation selon trois axes et favoriserait la compréhension de ce traitement par les différents professionnels intervenants auprès de ces patients en fin de vie. Il apporterait un langage et vision commune entre ces professionnels.**