Déterminants dans la pratique sédative à domicile en fin de vie?

Étude observationnelle, multicentrique, type cas-témoins.

M.A. Ebert, B. Richard, *Département de médecine palliative, Université de Montpellier, CHU Montpellier*

Contact : m-ebert@chu-montpellier.fr

POSTER #41

INTRODUCTION

La révision de la loi Léonetti-Claeys le 2 février 2016 a crée de **nouveaux droits en faveur des malades** et **des personnes en fin de vie :**

- Autorise le patient à décider pour lui-même en fonction de ses valeurs : principe d'autonomie
- Autorise la réalisation d'une **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès** dans **3 situations précises** :

1. À la demande du patient, « 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' aux traitements »
2. À la demande du patient, « 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. »
3. « 3° Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une SPCMD provoquant une altération de la conscience, associée à une analgésie. »

La mise en place d'une sédation est **lourde de sens** :

- Parce qu'elle prive le patient de ses capacités relationnelles et de son autonomie
- Parce qu'elle est source de souffrance pour l'entourage, pour les équipes médicales et paramédicales d'autant plus à domicile où se mêle isolement du médecin généraliste et fractionnement des équipes

OBJECTIF PRINCIPAL : ÉVALUER LES DÉTERMINANTS DANS LA MISE EN PLACE D'UNE SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS CHEZ LE PATIENT EN FIN DE VIE À DOMICILE

MÉTHODES

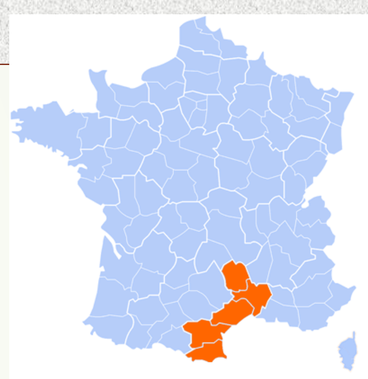
Cette **étude multicentrique observationnelle de type cas-témoins** en 2018 a duré 3 mois.

Cas :

- Patients ≥ 18 ans
- Ont décidé de mourir à domicile
- Pronostic engagé à court ou moyen terme
- Ont reçu une SPCMD
- Souffraient d'une souffrance réfractaire

Témoins :

- Patients ≥ 18 ans
- Ont décidé de mourir à domicile
- Pronostic engagé à court ou moyen terme
- **N'ont pas reçu de SPCMD**



« Souffrance réfractaire » a été **définie** en 2018 **par la HAS** comme « tout symptôme dont 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 »

Les 18 HAD, les 7 réseaux de SP et les 3 EMSP se déplaçant au domicile de l'ex-région du Languedoc-Roussillon ont été sollicités. Ils ont collectés les données des patients via un **questionnaire personnalisé en ligne.** Les paramètres étudiés étaient les données sociodémographiques, la spiritualité, les symptômes, le pronostic vital, les directives anticipées, la personne de confiance et les représentations de la sédation.

RÉSULTATS

Variables	N tot	N	Cas			Témoins			Test	P
			N	%col	%lig	N	%col	%lig		
Dépression	18	2	1	9,1	50,0	1	14,3	50,0	Fisher	0,1026
Souffrance insupportable	18	4	4	36,4	100,0	0	0,0	0,0	Fisher	0,1026
Nausées/vomissements	20	1	1	9,1	100,0	0	0,0	0,0	Fisher	1,000
Douleurs généralisées	20	4	1	9,1	25,0	2	33,3	75,0	Fisher	0,2848
Anxiété	**20**	**11**	**9**	**81,8**	**81,8**	**2**	**22,2**	**18,2**	**Fisher**	**0.0216**
Insomnie	20	2	1	9,1	50,0	1	11,1	50,0	Fisher	1.0000
Sexe masculin	20	14	9	81,8	64,3	5	55,6	35,7	Fisher	0,3359

Table 1 : Symptômes et paramètres étudiés dans la mise en place d'une SPCMD

variable	Groupe	N	Moyenne (± ET)	p
Relation entre MG et patient	Cas	11	5.36 (± 4.03)	0.1917
	Témoins	9	7.78 (± 3.67)	
Relation entre MG et famille	Cas	11	5.18 (± 4.00)	0.3255
	Témoins	9	7.00 (± 4.00)	
Disponibilité du MG	Cas	11	5.27 (± 4.15)	0.3465
	Témoins	9	7.44 (± 2.30)	

Table 2 : Facteurs étudiés dans la mise en place d'une SPCMD. Test réalisé : WmW rank sum.

DISCUSSION

Principales indications de la sédation profonde

- Delirium de fin de vie et dyspnée[1,2]
- Patients plus jeunes [1,2,3]
- Sexe masculin [1,2]
- Pathologies malignes [3]
- Pathologie maligne du tractus digestif [1]

FORCES

ORIGINALITÉ

MÉTHODOLOGIE

- Situation rare
- Plusieurs facteurs

MULTICENTRIQUE

FAIBLESSES

BIAIS DE SÉLECTION

- Population
- Médecins

BIAIS DE MÉMORISATION

BIAIS D'INTERPRÉTATION et D'ANALYSE

FAIBLE NIVEAU DE PREUVE

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

CONCLUSION

L'anxiété a été le seul déterminant significatif dans la pratique de type SPCMD dans notre ex-région du Languedoc-Roussillon. Par conséquent les équipes soignantes à domicile et les médecins généralistes pourraient rechercher et soigner précocement ce symptôme afin d'améliorer l'accompagnement des patients en fin de vie qui souhaitent mourir à leur domicile.

Références

[1] Rietjens JAC, Zuylen L van, Veluw H van, Wijk L van der, Heide A van der, Rijt CCD van der. Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying With and Without Palliative Sedation. Journal of Pain and Symptom Management. 1 sept 2008;36(3):228-34.

[2] Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E. At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. Palliat Med. 1 juill 2010;24(5):486-92.

[3] Anquinet L, Rietjens JAC, Seale C, Seymour J, Deliens L, Heide A van der. The Practice of Continuous Deep Sedation Until Death in Flanders (Belgium), The Netherlands, and the U.K.: A Comparative Study. Journal of Pain and Symptom Management. 1 juill 2012;44(1):33-43.

Copyright © 2019 EBERT Marie-Agnès.