

MIDA-DAM

Sédation palliative au MIDAZOLAM en Médecine Aiguë Gériatrique, une étude rétrospective, multicentrique issue des données DAMAGE

Docteur HENNION Camille¹ et Docteur PRODHOMME Chloé²

¹Docteur Junior en Gériatrie, Université de Lille. ²Maitre de Conférence Universitaire, Praticien Hospitalier Universitaire, Clinique de Médecine Palliative, CHU de Lille-Université de Lille

Introduction

L'amélioration constante de la prise en charge des patients et l'augmentation de l'espérance de vie ont amené des situations de plus en plus complexes, et à prendre en considération les spécificités de la médecine gériatrique, à réfléchir à la proportionnalité des soins et des actes médicaux chez les sujets âgés et à poser un nouveau regard sur la fin de vie.

Ces questions ont également gagné le champ de la société, chacun de nous souhaitant conserver la maîtrise des conditions de sa fin de vie. Les législations nationales ont évolué dans ce sens :

- 2002 - Loi Kouchner : place le patient au centre de ses soins.
- 2005 - Loi Leonetti : refus de l'obstination déraisonnable et de l'euthanasie, rôle des procédures collégiales et valorisation des directives anticipées.
- **2016 - Loi Claeys Leonetti** : les DA s'imposent aux médecins et droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD)

Il y a une forte diversité de situations menant à une décision de prise en charge de fin de vie en médecine aiguë gériatrique (MAG) et nous avons souhaité étudier les pratiques sédatives dans ce contexte.

La sédation est un acte qui a pour objectif de diminuer l'état de conscience d'un patient lorsque ses symptômes sont considérés comme réfractaires et insupportables en fin de vie.

On décrit :

- **des sédations dites proportionnées** : elles sont transitoires ou continues, elles ont pour objectif de soulager le patient par une intensité de perte de vigilance adaptée aux symptômes.
- **depuis 2016 la SPCMJD** : demandée par le patient atteint d'une affection grave et incurable, si les critères de la loi sont respectés. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, il est possible de réaliser une SPCMJD dans le cadre d'arrêt de traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, cela est encadré par la procédure collégiale (PC).

Le MIDAZOLAM, benzodiazépine à durée d'action courte, est utilisé dans ces pratiques.

Objectifs

- **Étudier les fréquences et les caractéristiques descriptives de l'utilisation du MIDAZOLAM à visée sédative et anxiolytique chez les patients hospitalisés en Médecine Aiguë Gériatrique et identifiés de manière prospective comme relevant d'une prise en charge palliative.**

- Comparer les pratiques selon l'indication sédative ou anxiolytique.
- Relever les éléments d'applicabilité de la loi Claeys Leonetti en Médecine Aiguë Gériatrique dans le contexte palliatif.

Matériels et Méthodes

MIDA-DAM est une étude **descriptive, rétrospective et multicentrique** établie à partir des données des dossiers médicaux de patients inclus dans l'étude DAMAGE*.

*Etude prospective qui s'intéresse aux caractéristiques et au devenir des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en médecine aiguë gériatrique de 2016 à 2018. La cohorte est de 3509 patients.

Critères d'inclusion :

- patient de la cohorte DAMAGE dans un de ces 4 centres : 2 centres à Lille (ICP et Salengro), le CH de Saint Philibert et le CHU d'Amiens.
- être identifié de manière prospective comme **relevant d'une prise en charge palliative et ayant reçu du MIDAZOLAM durant l'hospitalisation.**

Recueil de données :

- Les caractéristiques de la population ont été extraites du recueil de DAMAGE.
- Les **caractéristiques de l'utilisation du MIDAZOLAM** ont été recueillies au cours de deux lectures des dossiers médicaux :
 - usage du MIDAZOLAM,
 - indication menant à son introduction,
 - efficacité et profondeur de la sédation,
 - Autres : les détails de sa prescription, la posologie à l'introduction, en maintenance et au décès ou à la sortie des patients, les éléments d'applicabilité de la loi Claeys Leonetti

Résultats

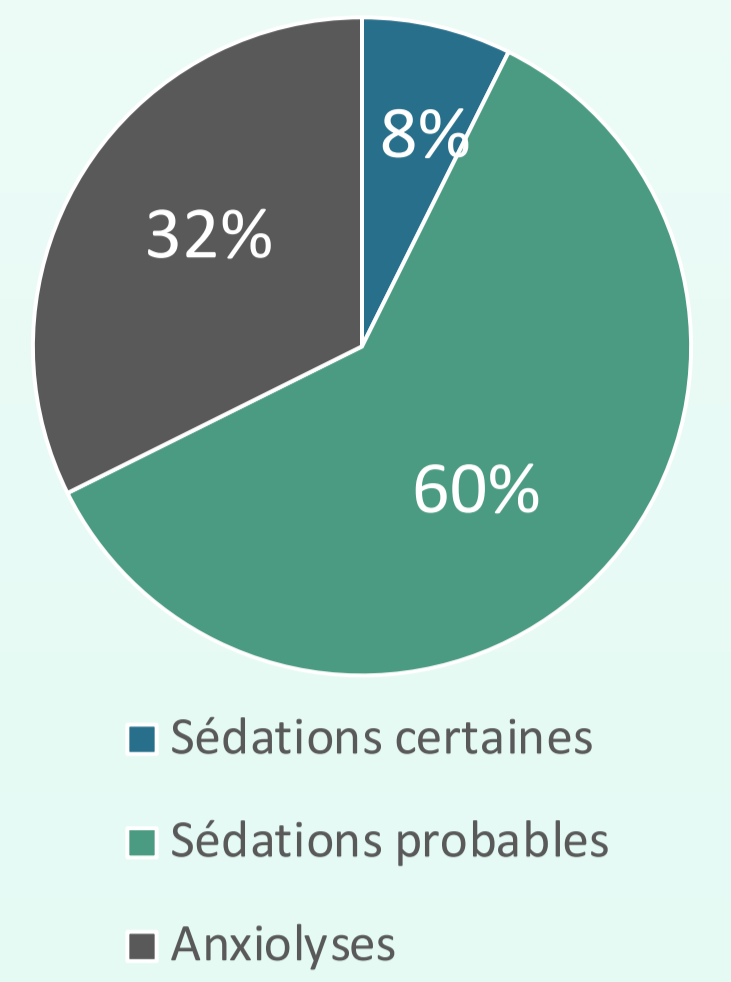
Sur les 3116 patients inclus, 214 (6,9%) étaient identifiés comme relevant d'une prise en charge palliative, parmi eux, **68** ont reçu du MIDAZOLAM :

- Moyenne d'âge : 87 ans
- Lieu de vie : 45% en EHPAD, 53% à domicile.
- Score ADL moyen à l'admission : 1/6.
- Troubles cognitifs : 72%.
- Passage de l'EMSP : pour 30% des patients.

Population de 68 patients

Les 68 dossiers ont été catégorisés en trois pratiques :

- **pratique anxiolytique** : si nommée dans le dossier ou alors si son effet est une baisse de la vigilance légère (-1 sur l'échelle RASS).
- **pratique sédative certaine** : nommée dans le dossier et mise en œuvre comme telle.
- **pratique sédative probable** : ne correspond à aucune des 2 autres situations (catégorie nécessaire au vu du peu de situations identifiées comme sédatives mais avec des pratiques s'approchant d'un usage sédatif dans les dossiers).



Caractéristiques de l'usage du MIDAZOLAM

Caractéristiques	Sédation certaine	Sédation probable	Anxiolyse	Total
	N = 5 (%)	N = 41 (%)	N = 22 (%)	N = 68 (%)
Indication respiratoire	1 (20.0)	24 (58.5)	5 (22.7)	30 (44.1)
Indication psychique	3 (60.0)	9 (21.9)	13 (59.1)	25 (36.8)
Indication somatique	1 (20.0)	8 (19.5)	4 (18.2)	13 (19,1)

- 20% des patients ont reçu le MIDAZOLAM en parallèle d'une décision de limitation de soins.
- **Profondeur de la sédation** : RASS -4/-5 était atteint chez la moitié des patients des groupes « sédation », l'autre moitié était à RASS -2/-3. 36% de patients dans le groupe anxiolyse avaient logiquement un RASS supérieur à -1.
- **Efficacité** (recueil dans le dossier et ajustement de posologie) : totale pour 80% des patients dans le groupe sédation certaine et pour 24% des patients du groupe sédation probable.

Comparaison des pratiques selon l'indication sédative/anxiolyse

- doses à l'introduction du MIDAZOLAM : identiques entre les 2 indications.
- doses de maintenance/de sortie : plus élevées dans le groupe sédation mais **non significatives**.
- Pas de différence d'efficacité entre les deux groupes.

Application de la loi Claeys Leonetti

- L'information sur le consentement du patient était présente dans 50 dossiers sur 68.
- 88% des patients étaient incapables de consentir.
- 16% de procédures collégiales et 33% de réflexions médicales sont retrouvées au total.
- Aucune DA ou formulaire de personne de confiance ne sont retrouvés dans les dossiers.
- 8 situations auraient pu correspondre à des situations relevant du droit à la SPCMJD dont 3 mises en œuvre sans qu'elles soient identifiées comme telles par le prescripteur dans le dossier. Parmi ces 3 dossiers, un seul retrouvait une procédure collégiale.

Discussion



Population âgée vulnérable :

Des comorbidités élevées, une dépendance fonctionnelle quasi-totale et une grande partie avec des troubles cognitifs.

Des pratiques floues et peu différenciées :

Des pratiques sédatives mal standardisées :

- absence de traçabilité dans les dossiers avec seulement 8% de sédation nommée contre 68% de sédations identifiées (manque de connaissance des pratiques ou malaise à nommer les pratiques dans les dossiers ?).

Des pratiques non clairement identifiées

- = Confusion entre les objectifs → posologies indifférenciées entre les 2 objectifs, des voies inadaptées et peu de titration.
- = Des évaluations qui ne s'appuient pas sur des échelles précises et adaptées, empêchant d'évaluer correctement l'efficacité de la démarche et d'adapter les posologies au besoin du patient.

Application de la loi presque inexistante :

Des DA et des PC peu proposées et non tracées.

Des procédures collégiales rares et partiellement réalisées.

Des SPCMJD rarement proposée par rapport à leur fréquence de réalisation.

Forces :

- Une des premières études menée en MAG depuis la loi Claeys Leonetti.
- Cohorte de base conséquente de 3500 patients.
- Elargissement de la population avec l'identification des sédations probables.
- Comparaison entre 2 usages du midazolam : peu réalisée dans d'autres études
- Contexte d'évolution de la législation.

Limites :

- Recueil rétrospectif : difficulté à interpréter les intentionnalités du prescripteur.
 - Confusion entre l'usage anxiolytique initial et finalement sédatif au cours de l'hospitalisation et donc catégorisation parfois subjective.
 - Confusion entre l'évolution de la pathologie et l'effet sédatif du MIDAZOLAM dans un contexte de temporalité très courte chez des patients précaires.
- Biais de catégorisation : peu d'informations dans les dossiers concernant l'évaluation du score RASS ou de l'efficacité.

Perspectives : réalisation d'une étude prospective sur plusieurs semaines étalées dans l'année afin d'étudier les usages du MIDAZOLAM et l'évolution de l'accès au droit dans ces services de MAG, tout cela à 8 ans de la loi Claeys Leonetti.