



# Validation par consensus d'experts de vignettes cliniques illustrant SEDAPALL

Dr Adèle BIDEGAIN-SABAS  
Service de Soins Palliatifs  
CHU Bordeaux

Vendredi 14 juin 2019





## ***Co-auteurs:***

- ***Dr Bernard DEVALOIS, MSPB Bordeaux***
- ***Dr Frédéric GUIRIMAND, Jeanne Garnier***
- ***Pr Benoît BURUCOA, CHU Bordeaux***

***Merci au groupe de travail « sédation » de la SFAP***

***Merci aux experts***





*Pas de conflits d'intérêt à déclarer*





## CONTEXTE

- De la sédation...
- ... aux pratiques sédatives
- Naissance de SEDAPALL





# TYPOLOGIE SEDAPALL

<b>Axe D Durée prescrite</b>	<b>Type</b>
Sédation transitoire (réversible*)	D1
Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)	D2
Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)	D3

<b>Axe P Profondeur</b>	<b>Type</b>
Sédation proportionnée*	P1
Sédation profonde* d'emblée	P2

<b>Axe C Consentement*- Demande*</b>	<b>Type</b>
Absence de consentement	C0
Consentement donné par anticipation	C1
Consentement	C2
Demande de sédation	C3



13 - 15 juin 2019

PARIS

Axe D Durée prescrite détaillé	Contexte	Type détaillé
<b>D1 Sédation transitoire (réversible*)</b>		
	Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire*	<b>D1a</b>
	Sédation nocturne pour insomnie réfractaire*	<b>D1b</b>
	Autres situations	<b>D1c</b>
<b>D2 Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)</b>		
	Situations d'urgences palliatives anticipées* (détresse asphyxique, hémorragique ou agitation terminale)	<b>D2a</b>
	Autres situations	<b>D2b</b>
<b>D3 Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)</b>		
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si souffrances réfractaires aux traitements ET d'un pronostic engagé à court terme* pour un patient exprimant une demande* de SPCMJD	<b>D3a</b>
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si refus par un patient d'un traitement de maintien artificiel en vie et qui exprime une demande* de SPCMJD afin de prévenir une souffrance insupportable	<b>D3b</b>
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si une décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté	<b>D3c</b>
	Hors du cadre du droit à la SPCMJD*	<b>D3d</b>

Axe C Consentement* détaillé	Contexte	Type détaillé
<b>C0 Absence de consentement</b>		
	Patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté	<b>C0a</b>
	Consentement non recueilli (avec argumentation)	<b>C0b</b>
<b>C1 Consentement donné par anticipation</b>		
	Consentement anticipé recueilli oralement	<b>C1a</b>
	Consentement exprimé dans les directives anticipées du patient	<b>C1b</b>
<b>C2 Consentement</b>		<b>C2</b>
<b>C3 Demande de sédation</b>		
	Demande spontanée du patient	<b>C3a</b>
	Demande du droit à la sédation dans le cadre légal de la SPCMJD*	<b>C3b</b>





# VIGNETTES ILLUSTRATIVES

- 16 vignettes cliniques
- But didactique
- Validation nécessaire





## EX: VIGNETTE N°1

« Mme S est atteinte d'une SLA. Elle est dépendante d'une VNI pour respirer (elle a une autonomie sans son masque de quelques minutes). Elle décide de demander l'arrêt de cette ventilation artificielle conformément à la loi de 2005. Elle demande également, afin de ne pas mourir avec une sensation asphyxique et au vu de la loi Claeys-Leonetti, d'être endormie avant la procédure d'arrêt de la VNI. Après discussion collégiale, une voie veineuse est mise en place et une sédation jusqu'à un RASS -4 à -5 (score de Rudkin 5) est débutée et poursuivie jusqu'au décès qui survient 4 heures après l'arrêt de la VNI. »





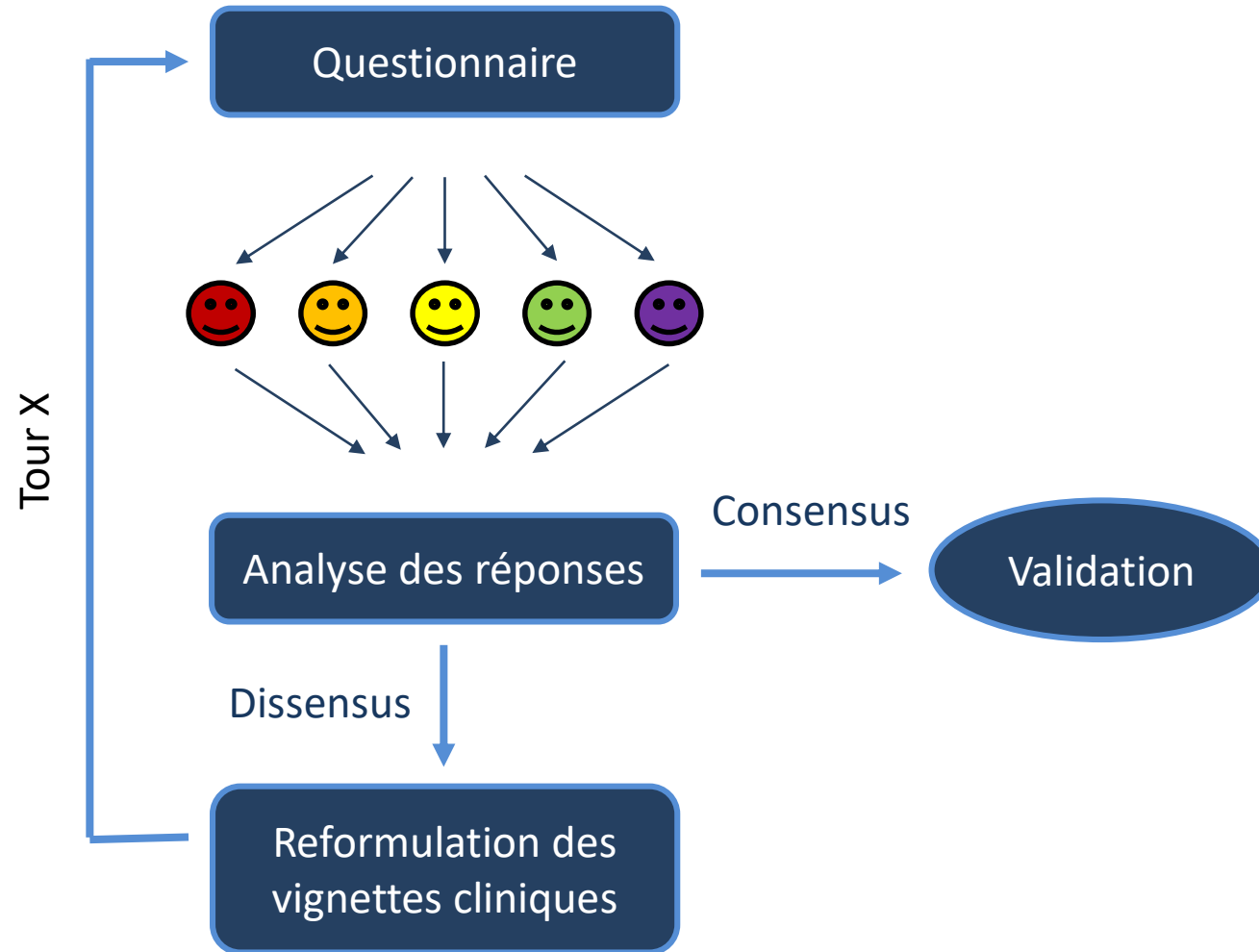
# METHODE DELPHI

- Groupe d'experts
- Mesure du degré d'accord
- Procédure itérative
- Jusqu'à obtention de consensus





# METHODE DELPHI





# PREMIER TOUR

- Envoi des 16 vignettes aux experts
- Consigne de les typer selon chaque axe de SEDAPALL détaillée





## DEUXIÈME TOUR

- Renvoi à chaque expert:
  - 16 vignettes et réponses attendues
  - réponses des experts lors du 1<sup>er</sup> tour
- Mesure du degré d'accord pour obtention de consensus et validation





13 - 15 juin 2019

Vignette	Score entre 1 et 3 : n (%)	Score entre 4 et 6 : n (%)	Score entre 7 et 9 : n (%)	Score médian	Accord d'experts
N°1	1 (8,33 %)	0 (0,00 %)	11 (91,67 %)	9	oui
N°2	2 (16,67 %)	3 (25 %)	7 (58,33 %)	7,5	oui
N°3	0 (0,00 %)	2 (16,67 %)	10 (83,33 %)	9	oui
N°4	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	12 (100 %)	9	oui
N°5	2 (16,67 %)	2 (16,67 %)	8 (66,67 %)	7,5	oui
N°6	3 (25 %)	1 (8,33 %)	8 (66,67 %)	9	oui
N°7	1 (8,33 %)	2 (16,67 %)	9 (75 %)	7,5	oui
N°8	1 (8,33 %)	0 (0,00 %)	11 (91,67 %)	9	oui
N°9	0 (0,00 %)	1 (8,33 %)	11 (91,67 %)	9	oui
N°10	2 (16,67 %)	3 (25 %)	7 (58,33 %)	9	oui
N°11	2 (16,67 %)	6 (50 %)	4 (33,33 %)	<b>5</b>	<b>non</b>
N°12	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	12 (100 %)	9	oui
N°13	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	12 (100 %)	9	oui
N°14	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	12 (100 %)	9	oui
N°15	2 (16,67 %)	1 (8,33 %)	9 (75 %)	9	oui
N°16	1 (8,33 %)	3 (25 %)	8 (66,67 %)	9	oui





# RÉÉCRITURE

« Mme V est en phase terminale pré agonique d'un adénocarcinome bronchique avec notamment une méningo-encéphalite carcinomateuse. Elle présente des troubles cognitifs, ainsi qu'une agitation extrême et un inconfort majeur. Elle tient des propos incohérents traduisant une grande angoisse de mort. Malgré les traitements anxiolytiques et anti-hallucinatoires, elle n'est pas améliorée. Ses directives anticipées ont été rédigées avant l'apparition des troubles cognitifs. La patiente y fait part de sa volonté d'être sédaturée jusqu'au décès en cas de souffrance réfractaire. Un traitement par midazolam est donc débuté (1 mg/h à augmenter à 2 puis 3 puis 4 mg/h jusqu'à ce qu'elle soit apaisée). La patiente est rapidement apaisée avec un RASS -2 à -3 (Rudkin 3) et finit par décéder le lendemain. »

« Mme V est en phase terminale pré agonique d'un adénocarcinome bronchique avec notamment une méningo-encéphalite carcinomateuse. Elle présente des troubles cognitifs, ainsi qu'une agitation extrême et un inconfort majeur. Elle tient des propos incohérents traduisant une grande angoisse de mort. Malgré les traitements anxiolytiques et anti-hallucinatoires, elle n'est pas améliorée. Ses directives anticipées ont été rédigées avant l'apparition des troubles cognitifs. La patiente y fait part **de son accord** à être sédaturée jusqu'au décès en cas de souffrance réfractaire. Un traitement par midazolam **continu et maintenu jusqu'au décès** est donc débuté (1 mg/h à augmenter à 2 puis 3 puis 4 mg/h jusqu'à ce qu'elle soit apaisée). La patiente est rapidement apaisée avec un RASS -2 à -3 (Rudkin 3). **Elle décède le lendemain.** »



# TROISIÈME TOUR

Vignette	Score entre 1 et 3 : n (%)	Score entre 4 et 6 : n (%)	Score entre 7 et 9 : n (%)	Score médian	Accord d'experts
N°11	1 (8,33 %)	2 (16,67 %)	9 (75 %)	8,5	oui





# DISCUSSION

- Mise en évidence de la nécessité de clarifier :
  - la profondeur
  - le caractère réfractaire
  - le court terme







# DISCUSSION

- But didactique et non de recommandation:
  - d'indication
  - d'intention
  - de médicaments et posologie





# CONCLUSION

- Validation des 16 vignettes cliniques
- SEDAPALL : un outil pour une terminologie commune
  - en clinique
  - comme en recherche





« Quand les dénominations sont incorrectes, les raisonnements sont incohérents ;  
quand les raisonnements sont incohérents, les affaires vont de travers »

*Confucius*





# Validation par consensus d'experts de vignettes cliniques illustrant SEDAPALL

Dr Adèle BIDEGAIN-SABAS  
Service de Soins Palliatifs  
CHU Bordeaux

Vendredi 14 juin 2019

