



SEDAPALL V1.0

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Document issu des travaux du sous-groupe *Typologie* du groupe de travail SFAP sur la sédation.

Rédaction par le groupe de coordination : Devalois B, Broucke M, Copel L, Mauviel M.

En annexe liste des membres ayant participé à au moins 1 réunion du s/groupe : à compléter par la SFAP.

Le terme de **pratiques sédatives*** exclut les pratiques anxiolytiques n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance, c'est-à-dire un score de Richmond* ≤ -1 (soit un score de Rudkin* ≤ 2).

Le terme de **visée palliative** concerne la volonté de soulager des souffrances réfractaires*. Il exclut une intentionnalité autre que ce seul soulagement (notamment une volonté de raccourcir la vie que ce soit dans une visée compassionnelle ou à la demande* du patient).

Le terme **en fin de vie** exclut les autres champs de la médecine nécessitant le recours aux pratiques sédatives (comme par exemple la réanimation).

La typologie SEDAPALL est un outil permettant de décrire/analyser précisément les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. C'est à la fois un outil pédagogique et un outil de recherche permettant des études - rétrospectives ou prospectives - sur les différentes pratiques sédatives. Elle porte sur l'intentionnalité de la décision. Mais elle peut aussi permettre de vérifier que cette intentionnalité est - ou non - mise en œuvre dans les faits.

L'intentionnalité de la sédation est décrite par SEDAPALL sur 3 axes :

- La **durée** prescrite qui doit être classée sur une des 3 possibilités : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (D1 D2 D3). Ce paramètre conditionne la nature de la réversibilité* de la sédation.
- Le **niveau de profondeur** doit être classé sur une des 2 possibilités : proportionnée* ou d'emblée profonde* (P1 P2).
- Le niveau de **consentement*** ou la demande, doit être classé sur une des 4 possibilités : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Il peut aussi s'agir d'une demande* exprimée par le patient. (C0 C1 C2 C3).

Chaque situation de décision de sédation peut ainsi être facilement cotée sur chacun des 3 axes (D 1/2/3 ; P 1/2 ; C 0/1/2/3) ce qui représente 24 situations théoriquement possibles.

Une forme plus détaillée, permet de préciser le contexte. Elle est plutôt réservée aux travaux de recherche sur les pratiques sédatives.

** Les termes suivis par un astérisque font l'objet d'une définition dans le glossaire*
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 |

Typologie SEDAPALLdétaillée

| Axe D Durée prescrite détaillé | Contexte | Type détaillé |
|---|---|---------------|
| D1 Sédation transitoire (réversible*) | Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire* | D1a |
| | Sédation nocturne pour insomnie réfractaire* | D1b |
| | Autres situations | D1c |
| D2 Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*) | Situations d'urgences palliatives anticipées* (détresse asphyxique, hémorragique ou agitation terminale) | D2a |
| | Autres situations | D2b |
| D3 Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*) | 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 | D3a |
| | 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 | D3b |
| | 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 | D3c |
| | Hors du cadre du droit à la SPCMJD* | D3d |

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

Exemples de pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

| | |
|--|-------------------------|
| Sédation en situation d'urgence palliative | D2a P2 C1 ou C0 |
| Sédation réversible* dont la durée n'est pas déterminée au préalable | D2b P1 ou P2 C variable |
| Sédation réversible* dont la durée est déterminée au préalable | D1 |
| Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire* | D1a P1 C variable |
| Sédation nocturne pour insomnie réfractaire* | D1b P2 C variable |
| Sédation pour souffrances réfractaires* | D1c P1 C variable |
| Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (=SPCMJD) | D3 P2 |
| Patient hors d'état d'exprimer sa volonté*, pour qui une décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie a été prise | D3a P2 C0 |
| Patient exprimant une demande* de SPCMJD dans le cadre de souffrances réfractaires aux traitements ET si le pronostic est engagé à court terme* | D3b P2 C3b |
| Patient exprimant une demande* de SPCMJD dans le cadre de son refus d'un traitement de maintien artificiel en vie et afin de prévenir une souffrance insupportable | D3c P2 C3b |

Glossaire

Consentement : acceptation par le patient d'une proposition de sédation.

Décision : la décision de la mise en œuvre d'une sédation est une prescription médicale. Elle repose sur une discussion collégiale pluriprofessionnelle.

Demande de sédation : expression d'une volonté du patient clairement formulée d'être endormi. Le médecin n'est tenu de mettre en œuvre une telle demande de pratique sédative que dans les cas spécifiques explicitement prévus par la loi de 2016 (catégorie C3b de la typologie détaillée).

Droit à la sédation : La loi française de 2016 impose la mise en œuvre de tous les moyens disponibles pour obtenir le meilleur apaisement possible. Il convient donc de choisir la forme la plus adaptée de pratiques sédatives à la souffrance réfractaire du patient. Par ailleurs la loi crée dans certaines circonstances un droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD*).

Echelle de Richmond (RASS) : L'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) validée dans sa version française, permet de limiter les interprétations liées à la subjectivité des soignants. On considère qu'une sédation est profonde pour un score RASS à -4 ou -5. Elle est considérée comme légère pour un score RASS à -2 ou -3. L'échelle de Richmond apparaît plus adaptée que le score de Rudkin. Cf. dessous sa description.

Patient en état d'exprimer sa volonté : capacité cognitive suffisante pour consentir à une proposition médicale ou pour exprimer une demande de manière réfléchie. En cas de doute, cette capacité doit être appréciée de manière pluriprofessionnelle.

Patient hors d'état d'exprimer sa volonté : altération des fonctions cognitives ne permettant pas au patient de consentir à une proposition médicale ou d'exprimer une demande de manière réfléchie. En cas de doute, cette incapacité doit être appréciée de manière pluriprofessionnelle.

Pratiques sédatives : pratiques visant à altérer significativement la vigilance d'un patient. Cela correspond sur l'échelle de Richmond* (RASS) à un niveau -2 à -5 (sur l'échelle de Rudkin à un score ≥ 3). Cela exclut les pratiques anxiolytiques même si elles ont recours à des agents potentiellement sédatifs (comme le midazolam) mais à des doses n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance (Richmond -1 ou Rudkin ≤ 2). Cela exclut aussi les effets sédatifs iatrogènes, effets indésirables ou surdosage, de traitements autres que sédatifs. L'utilisation de traitements dont l'effet normalement recherché n'est pas l'altération de la vigilance n'est pas une bonne pratique. C'est le cas par exemple du mésusage des morphiniques en surdosage pour obtenir une altération de la vigilance.

Pronostic vital engagé à court terme : un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours.

Réfractaire : un symptôme est dit réfractaire si tous les moyens thérapeutiques disponibles et adaptés et d'accompagnement 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. Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables.

Réversibilité : possibilité de retour à un état de conscience non altérée par les agents sédatifs après l'arrêt de ceux-ci. Elle peut être potentielle par l'utilisation d'agents sédatifs ayant une demi-vie courte mais sans précision sur la durée lors de la prescription (durée indéterminée). Si

la prescription des agents sédatifs est précisément limitée dans le temps, sur une période donnée, la sédation est transitoire. S'il s'agit d'une décision de sédation continue maintenue jusqu'au décès, c'est une sédation irréversible.

Score de Rudkin : l'échelle de sédation de Rudkin est largement utilisée pour décrire la vigilance du patient. Une sédation est considérée comme légère si le score de Rudkin est >2 et ≤ 4 . Elle est profonde si le score de Rudkin =5. L'échelle de Richmond* apparaît plus adaptée que le score de Rudkin.

Sédation profonde d'emblée: l'objectif est d'atteindre et de maintenir un sommeil profond. Le patient n'est pas réveillable même avec une stimulation nociceptive légère (niveau de Richmond -4 ou -5 ou score de Rudkin =5).

Sédation proportionnée : l'objectif de profondeur est le niveau nécessaire et suffisant pour soulager le patient. Le niveau peut donc varier d'une sédation légère (échelle de Richmond = -2 ou -3 ; Rudkin =3 ou 4) à une sédation profonde si nécessaire (niveau -4 à -5 sur l'échelle de Richmond ; Rudkin =5).

Situations d'urgences palliatives: situations de fin de vie pour lesquelles il convient d'agir rapidement dans le but de soulager le patient (et pas de le maintenir en vie). Il peut s'agir par exemple de détresses asphyxiques ou hémorragiques ou d'agitation terminale.

SPCMJD (Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès): disposition de la loi de février 2016 mise en œuvre dans 3 circonstances spécifiques :

- 1/ en cas de mise en œuvre d'une limitation de traitement de maintien artificiel en vie décidée collégalement chez un patient incapable d'exprimer sa volonté,
- 2/ soit à la demande du patient, dans le cadre de sa demande de limitation d'un traitement de maintien artificiel en vie,
- 3/ soit à sa demande et si ses souffrances sont réfractaires et qu'il a un pronostic engagé à court terme.

La loi confie la vérification des conditions légales de l'application de ce droit à la sédation à une procédure collégiale associant l'équipe soignante.

Echelle de Richmond (traduction validée en français) Cf. Fiche repère SFAP

| Niveau | Description | Définition |
|--------|-------------------------------------|--|
| + 4 | Combatif | Combatif, danger immédiat envers l'équipe. |
| + 3 | Très agité | Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe. |
| + 2 | Agité | Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur |
| + 1 | Ne tient pas en place | Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs |
| 0 | Eveillé et calme | |
| - 1 | Somnolent | Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s). |
| - 2 | Diminution légère de la vigilance | Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s). |
| - 3 | Diminution modérée de la vigilance | N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel. |
| - 4 | Diminution profonde de la vigilance | Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |
| - 5 | Non réveillable | Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |

Score de Rudkin (VO et traduction GT SFAP)

| | |
|--|--|
| | 1 complètement réveillé 2 somnolent 3 yeux fermés mais réveillable à la demande 4 yeux fermés mais réveillable avec une stimulation physique légère |
|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Fully awake | 5 yeux fermés et non réveillable avec une stimulation physique légère |
| 2 | Drowsy | |
| 3 | Eyes closed but rousable to command | |
| 4 | Eyes closed but rousable to mild physical stimulation | |
| 5 | Eyes closed and unrousable to mild physical stimulation | |