

Avis du groupe de lecture

Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Expert	Date de validation
Expert 1	30/08/2019
Expert 2	04/09/2019
Expert 3	03/09/2019
Expert 4	21/08/2019
Expert 5	26/07/2019
Expert 6	23/08/2019
Expert 7	21/08/2019
Expert 8	28/08/2019
Expert 9	28/08/2019
Expert 10	29/08/2019
Expert 11	03/09/2019
Expert 12	16/08/2019
Expert 13	29/08/2019
Expert 14	29/08/2019
Expert 15	30/08/2019
Expert 16	23/07/2019
Expert 17	29/08/2019
Expert 18	26/07/2019
Expert 19	23/08/2019
Expert 20	22/07/2019
Expert 21	21/08/2019
Expert 22	29/08/2019
Expert 23	03/09/2019
Expert 24	03/09/2019
Expert 25	20/08/2019
Expert 26	20/08/2019
Expert 27	01/09/2019
Expert 28	23/08/2019
Expert 29	31/08/2019
Expert 30	26/08/2019
Expert 31	30/08/2019

Expert 32	26/08/2019
Expert 33	31/07/2019
Expert 34	28/08/2019
Expert 35	24/07/2019
Expert 36	19/08/2019
Expert 37	23/08/2019
Expert 38	23/08/2019
Expert 39	28/08/2019
Expert 40	30/08/2019
Expert 41	30/08/2019
Expert 42	29/08/2019
Expert 43	03/09/2019
Expert 44	05/09/2019
Expert 45	12/09/2019

Préambule destiné aux membres du Groupe de lecture

Nous vous avons proposé de participer au **Groupe de lecture** de la Recommandation de Bonne Pratique sur le thème « **Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie** » et vous invitons à lire le texte des recommandations et l'argumentaire joints avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. Il vous sera demandé de vous prononcer sur les recommandations proposées.

Si vous l'acceptez, votre mission consiste :

- à lire les documents joints,
- à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte),
- à donner un avis sur l'applicabilité, l'acceptabilité et la lisibilité du texte des recommandations en cotant chaque proposition de recommandations à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé.

- La **valeur « 1 »** signifie que la proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en **désaccord total** avec la proposition,
- La **valeur « 9 »** signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes **totalelement d'accord** avec la proposition,
- Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 » traduisent les situations intermédiaires possibles,
- La valeur « 5 » correspond à votre indécision.

Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »).

Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées. Celles-ci pourront être modifiées par rapport à celles que nous vous transmettons. De ce fait, nous vous remercions de **respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents**. Vous recevrez la version définitive des documents une fois celle-ci validée par le collège de la HAS.

La date limite de réponse à ce questionnaire est fixée au **30 août 2019**, délai de rigueur.

Nous vous remercions de votre collaboration à ce projet et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique.

Vos contacts :

Emmanuel NOUYRIGAT, chef de projet (e.nouyrigat@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 73 53)
Sladana PRAIZOVIC, assistante (s.praizovic@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 71 63)

Préambule

Contexte d'élaboration

Dans le cadre du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, et de la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 créant un droit à la sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, sous certaines conditions, la Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à la HAS d'élaborer une recommandation de bonne pratique sur la mise en œuvre thérapeutique de la sédation profonde et continue dans le cadre de l'application de cette loi.

Cette recommandation fait à la fois suite au guide du parcours de soins publié par la HAS en 2018 sur le thème : « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? »¹ et permet également d'actualiser une partie des recommandations publiées en 2009 par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), labellisées par la HAS, sur l'utilisation des médicaments dans la « Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes ».

D'autre part, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des autres Produits de Santé (ANSM) a sollicité la HAS afin d'actualiser la recommandation de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) publiée en 2010 sur les modalités d'utilisation de certains médicaments en cas de « Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte ».

Dans la mesure où ces deux sujets représentent un continuum dans la prise en charge palliative, il a été décidé de réaliser une recommandation abordant la prise en charge médicamenteuse de l'antalgie des douleurs rebelles et la mise en œuvre des pratiques sédatives, en situations palliatives jusqu'à la fin de vie.

Objectif de la recommandation

Les objectifs de cette recommandation sont :

- mieux définir les modalités d'utilisation des traitements antalgiques, notamment hors AMM, en situation palliative chez l'adulte pour la prévention des douleurs provoquées ou en cas de douleurs rebelles ;
- préciser, le cas échéant, les modalités spécifiques de l'utilisation à domicile des médicaments antalgiques en situation palliative avancée ;
- mieux définir le choix et les modalités d'utilisation des médicaments de la sédation en phase palliative avancée et en phase terminale, qu'elle soit proportionnée ou profonde et continue maintenue jusqu'au décès chez l'adulte ;
- préciser les modalités spécifiques de l'utilisation à domicile des médicaments de la sédation en phase palliative et phase terminale.

Populations concernées

Tout patient adulte relevant de soins palliatifs souffrant de douleurs rebelles ou nécessitant une sédation.
Professionnels concernés Tout professionnel de santé confronté aux patients en situations palliatives. 1
Cf. Guide du parcours de soins disponible sur le site de la HAS : « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? »

1. Antalgie des douleurs rebelles

La douleur rebelle est une problématique importante en phase palliative. Le champ de la recommandation se limite prioritairement aux traitements ne bénéficiant pas d'AMM, ainsi qu'aux lieux d'administration des produits. Il ne s'agit pas de traiter de la douleur en phase palliative, mais d'amener des réponses aux praticiens pour l'utilisation de certains médicaments. Ainsi, une évaluation spécifique d'une composante neuropathique qui nécessite une prise en charge spécifique, est indispensable dans cette situation. En effet, les douleurs sont souvent mixtes. Les traitements de cette composante neuropathique ont des AMM spécifiques et ne seront pas l'objet de ces recommandations. De même les AINS peuvent être utilisés seuls ou en association pour les douleurs identifiées comme pouvant en bénéficier. Par ailleurs, il est nécessaire d'évaluer de manière globale la douleur notamment l'impact somato-psychique des douleurs, en particulier lorsqu'elles sont rebelles. Détecter les mécanismes physiopathologiques et des souffrances psychiques en cas de douleurs rebelles est indispensable pour une prise en charge optimale des douleurs en situation palliative. Par ailleurs, se poser question de l'utilité d'un traitement spécifique de la maladie responsable de la situation palliative est nécessaire, ne serait-ce qu'à visée symptomatique. Enfin, il existe également un risque important d'interactions médicamenteuses qui est à bien connaître (notamment pour les cytochromes avec les thérapies ciblées).

1.1. Antalgie des douleurs rebelles

Une douleur rebelle est définie comme une douleur n'ayant pas répondu aux thérapeutiques « habituelles » mais pour laquelle des solutions antalgiques peuvent encore exister. Cette douleur est qualifiée de réfractaire lorsque les traitements antalgiques qui font l'objet de cette recommandation ne sont pas efficaces.

1.1.1. Changement d'opioïde hors voies d'administrations centrales

Le changement² d'opioïde est une pratique clinique qui consiste à changer de molécule opioïde ou de voie d'administration pour contrôler la douleur cancéreuse. Elle repose sur des bases théoriques non vérifiées.

Malgré l'insuffisance des données, cette pratique répond à une problématique clinique fréquente d'échappement thérapeutique par opioïdes (jusqu'à 30% des patients).

² La « rotation des opioïdes », terminologie anciennement utilisée, est un changement systématique et régulier des opioïdes pour éviter les effets de tolérance par tachyphylaxie.

1

Pour homogénéiser les pratiques, il est recommandé d'évaluer les causes principales de changement d'opioïdes (Accord d'experts) :

- douleur insuffisamment contrôlée (5/10) et/ou ;
- effets indésirables gradés « importants » : hallucination, confusion, somnolence, bouche sèche, troubles cognitifs malgré les traitements symptomatiques.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	2	2	1	5	8	23	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	8.89	86.67	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.30	90.70

Expert	Commentaires
Expert 5	Ne pas oublier dans les EI graves de citer les troubles digestifs de type nausées et vomissements (impact sur la qualité de vie du patient et sur son état nutritionnel), avec parfois une intolérance digestive sévère.
Expert 7	Est-il nécessaire de mettre la sécheresse buccale, celle-ci étant très régulièrement retrouvée chez les patients en fin de vie, sans que la cause principale soit le traitement par opioïdes, et qu'il existe des traitements efficaces pour ce problème ?
Expert 8	Je ne comprends pas cette recommandation. "Evaluer les causes" n'est pas clair pour moi. S'il s'agit d'évaluer les indications à un changement d'opioïde, n'est-ce pas redondant avec la 3° reco ci-dessous ?

Expert 12	<p>Le document devrait insister sur le fait que la douleur cancéreuse est la douleur liée au cancer et ses métastases et doit être différenciée des autres douleurs des patients avec un cancer évolutif (proposition classification pour la CIM 10 groupe experts IASP (Treede et al. Pain 2015))</p> <p>Un point faible du document est de ne pas définir ce qu'est une douleur non contrôlée, rebelle ou réfractaire de manière précise.</p> <p>L'intensité douloureuse seule ne suffit pas elle doit être corrélée au retentissement ou aux évitements (limitations du mouvement des métastases osseuses douloureuses par exemple. Un patient avec une EN habituelle à 4/10 confiné au lit du fait des douleurs aux mouvements n'est pas soulagé.</p> <p>Dans le SOR douleur de 2003 sur l'évaluation nous avons proposé comme objectif à atteindre pour le traitement de fond tant qu'il n'existe pas d'effets indésirables limitant l'adaptation des traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une douleur habituelle faible (EVS) ou inférieure ou égale à 4/10 - sommeil non perturbé par la douleur - sans limitations des activités du fait de la douleur - 4 crises douloureuses au plus par 24 h <p>Ceci aurait pu être réactualisé dans le cadre du groupe de travail même si l'objectif à atteindre ne définit pas en miroir l'échec car il existe des états intermédiaires.</p> <p>L'ensemble du chapitre sur le changement opioïdes me semble hors sujet pour ce document.</p> <p>Le changement d'opioïde est une pratique quotidienne, car même si les bases physiopathologiques sont floues, il a été constaté depuis >10 ans qu'un même patient ne présentait pas les mêmes effets indésirables avec chacun des opioïdes forts. La pratique du changement est au même niveau de complexité pour le médecin que le traitement d'une douleur mixte liée au cancer en première intention.</p>
Expert 14	La bouche sèche est certes un problème, mais rencontré avec tous les opioïdes et qui ne me semble justifier à soi seul une rotation
Expert 16	En accord avec les dernières recommandations nationales (SFTED/SFAP/AFSOS) et internationales (EAPC)
Expert 17	<p>Recommandation valable à 3 conditions pour le premier critère:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que le mécanisme de la douleur soit bien identifié (sémiologie clinique, contexte, imagerie si besoin...) - que le traitement opioïde en cours soit correctement conduit (titration, choix de la molécule, inter-doses/bolus et réadaptations...) - que la co-analgésie pharmacologique et non pharmacologique soit complète et adaptée à chaque situation <p>Bien que ces points puissent sembler implicites, en pratique et d'une manière générale ils ne sont que rarement recherchés</p>
Expert 18	L'EN n'est pas l'échelle d'évaluation la plus pertinente notamment chez les patients âgés => l'EVS me semble plus adapté (niveau "douleur moyenne" signifiant douleurs insuffisamment contrôlées)

	La bouche sèche est un EI constant ne pouvant pas être une raison de rotation des opioïdes même s'il est gênant
Expert 19	<p>Il est très très très exagéré de dire que 30% des patients ont besoin d'une rotation !</p> <p>La proportion est inférieure à 10% si on sait bien prendre en charge les malades de manière GLOBALE et avec des outils relationnels psychologiques de qualité. Encore faut-il accepter de ne pas être dans la toute-puissance pour ces malades en fin de vie qui, bien entendu, vont toujours trouver insupportable le symptôme résiduel ou les effets secondaires.</p> <p>Enfin parler de "bouche sèche" pour justifier une rotation est plus proche du gag que de la réalité thérapeutique et éthique !! si c'est le seul problème qui subsiste et que la douleur est calmée, ça va ... !! Il faut enlever cet item !!!</p>
Expert 20	Il est important également de s'assurer que les EI ne sont pas imputables à autre chose qu'aux opioïdes surtout dans ces contextes de maladie évolutives ou les facteurs responsables peuvent être multiples.
Expert 23	<p>Il y a aussi la nécessité de changement de voie d'administration : passage du transdermique au per os si fièvre ou fortes chaleurs par exemple, ou au contraire passage du per os au transdermique ou IV pour impossibilité du per os, situation à mon avis très fréquente dans ce contexte de fin de vie</p> <p>je rajouterais la constipation et les nausées vomissements dans les effets indésirables qui peuvent aussi justifier d'un changement d'opioïde</p>
Expert 26	<p>Point de forme : le terme "douleur cancéreuse" est abominable est renvoie aux hospices et à un imaginaire négatif. Peut-on pour tout le document employer le terme "douleur du cancer" et ne pas parler de "patient cancéreux" dans l'ensemble du document.</p> <p>Deuxième point : les douleurs rebelles peuvent ne pas être liées à un cancer et justifier néanmoins d'une rotation d'opioïdes, même si la littérature est souvent basée sur le cancer.</p> <p>Troisième point : je préciserais "effets indésirables gradés importants et directement en rapport avec le traitement opioïde ou ses changements de posologie"</p>
Expert 34	Nausées ?
Expert 37	Il ne me parait pas possible de mettre dans le même cadre changement de voie d'administration et changement de molécule car c'est potentiellement des mécanismes différents. C'est une vision qui risque d'induire de la confusion
Expert 39	"Bouche sèche" ne me semble pas être un effet indésirable "important" nécessitant un changement d'opioïde car il existe des traitements symptomatiques
Expert 43	Evaluer également la compréhension du traitement, le mode de prise, l'observance
Expert 45	<p>Important de préciser d'autres causes possibles dans le changement d'opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des molécules - Projet du patient (retour à la maison, impliquant le changement d'une voie

	d'administration ou le choix d'une autre molécule) La prise en charge de la douleur en soins palliatifs doit tenir compte de considérations essentielles : place qu'elle occupe dans la vie du patient, place qu'elle occupe par rapport aux autres symptômes (fatigue...) et implications des modalités de prise en charge de la douleur sur la vie du patient (par rapport à un projet de retour à la maison, ou dans un autre lieu de soin ne disposant pas des mêmes molécules...)
--	---

2

Avant tout changement d'opioïde, il est recommandé de réaliser une évaluation minutieuse de la douleur dans toutes ses composantes et ses mécanismes physiopathologiques incluant notamment (Accord d'experts) :

- l'ensemble des facteurs conduisant au mauvais contrôle antalgique (adhésion du patient au traitement, insuffisance d'organe, dénutrition sévère, troubles hydro électrolytiques, progression tumorale, etc.),
- la réévaluation de tous les traitements (effets indésirables, interactions médicamenteuses),
- la possibilité d'envisager des techniques spécifiques à visée antalgique.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.21

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	3	3	6	29	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	95.56	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 3	<p>Pourquoi ne pas évoquer la possibilité d'augmentation de la posologie du morphinique en place ?</p> <p>Je rédigerai différemment : " CAT devant une douleur rebelle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- rechercher une nouveau diagnostic que celui qui est connu 2- rechercher une complication modifiant l'activité du traitement en cours (perturbations biologiques ou cliniques modifiant la prise des morphiniques ou leur métabolisme) 3- étudier la possibilité d'un traitement loco-régional 4- étudier la possibilité d'ajout de co-antalgiques, anti-inflammatoires ou traitements anti-neuropathiques 5- étudier la possibilité de mise en place de techniques non médicamenteuses 6- étudier la possibilité d'augmentation du morphinique en place en fonction de la tolérance
Expert 5	Cette pratique est systématique chez le sujet âgé
Expert 7	Etiologie de la douleur, caractéristiques sémiologiques, et facteurs de renforcement, notamment psychiques, dans l'expression de le plainte algique
Expert 8	<p>La notion de douleur neuropathique qui est mentionnée dans le préambule pourrait être rappelée ici.</p> <p>Pourquoi ne pas mentionner aussi la notion de douleur dysfonctionnelle : bien des douleurs rebelles cancéreuses deviennent chroniques vue l'augmentation des survies avec un cancer : voir ce qu'en pensent les spécialistes de la douleur.</p>
Expert 10	Il faut également évaluer la composante neuropathique qui nécessite des traitements spécifiques ++
Expert 13	Je rajouterai entre parenthèse: souffrance psychique
Expert 17	Ajouter au 1er point "pathologie aiguë associée" (ex: fracture non déplacée sur métastase osseuse, pyélonéphrite sur rein tumoral etc)
Expert 19	Au premier point il faut ABSOLUMENT rajouter : (qualité de la relation

	<p>thérapeutique et de l'annonce des mauvaises nouvelles, adhésion du patient ...etc.</p> <p>En effet les problèmes psychiques (authenticité de la relation, soutien de l'angoisse de mort) sont la raison n°1 des symptômes rebelles ... (SAUNDERS, la vie aidant la mort. Réédité depuis 1987)</p>
Expert 20	Oui il faut savoir identifier la cause de la douleur sa typologie et ne pas mésestimer les composantes cognitivo- comportementales et affectivo- émotionnelles
Expert 23	<p>Là je remettrais en premier :</p> <p>la recherche d'une nouvelle douleur et/ou d'une composante de la douleur non prise en charge (progression tumorale, composante neuropathique associée, retentissement émotionnel)</p> <p>ou alors dans la phrase l'ensemble des facteurs conduisant au mauvais contrôle de la douleur je rajouterais "composante de la douleur non prise en charge ou apparition d'une nouvelle douleur"</p>
Expert 24	Intérêt de préciser dans l'évaluation minutieuse de la douleur les composantes de la souffrance globale (psychique, existentielle, sociale..)et de citer des exemples de mécanismes physiopathologique (part neuropathique, compression...) à partir du moment où la recommandation s'adresse à tous les médecins et pas seulement aux médecins spécialisés...
Expert 26	<p>Il faut rajouter dans les exemples entre parenthèse : "l'absence de titration en bonne et due forme"</p> <p>Je pense que le terme adhésion du patient au traitement doit être complété par observance (je propose "adhésion/observance du patient au traitement"), car l'adhésion ne renvoie qu'à l'aspect éducationnel pour moi</p>
Expert 32	La réflexion autour de la possibilité de techniques spécifiques antalgiques ne vient pas toujours avant la réflexion autour d'un changement d'Opioïde... Accès plus complexe
Expert 34	Je pense qu'il faut remettre l'accent sur la dimension psychologique même si cela est dit dans le préambule (1. "...notamment l'impact somato-psychique des douleurs")
Expert 37	<p>Je suis malgré tout d'accord sur la pratiquer mais ceci ne peut correspondre à un aspect "spécifique " ce me paraît être une pratique générale appliquée à toute prise en charge de douleur. On pourrait dire "avant tout changement de traitement à visée antalgique".</p> <p>Troubles hydroélectrolytiques est trop imprécis : de quoi s'agit-il ?</p>
Expert 45	Mêmes remarques que précédemment et notamment pour l'analgésie interventionnelle : bien apprécier avec le patient l'impact de la mise en œuvre de ces techniques antalgiques sur la qualité de vie du patient (durée d'hospitalisation, séjours répétés - remplissage de la pompe ...).

Un changement d'opioïde est recommandé en cas :

- de douleur non contrôlée malgré un traitement opioïde à dose suffisante bien conduit ;
- de phénomène de tolérance ;
- d'effets indésirables liés au traitement opioïde ;
- de nécessité médicale (insuffisance d'organe susceptible d'interférer avec la pharmacocinétique du traitement) (Grade B).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	4	8	29	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	95.56	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 3	Idem, peut-on regrouper l'argumentaire 3 et 4 ?
Expert 4	Comment définir "à dose suffisante"?
Expert 5	Et aussi en cas de galénique inadaptée au patient (transitoirement sur pathologie

	intercurrente ou après un essai initial ne convenant pas au patient), ce qui permet une meilleure observance par la suite La rotation des opioïdes peut se justifier par le choix d'1 opiacé sans métabolites actifs (sinon risque d'accumulation et EIM graves)... par exemple vers les Fentanyl si insuffisance rénale (chronique ou subaiguë)
Expert 18	Et en cas d'hyper algésie aux opioïdes
Expert 20	S'agit-il de tolérance ou est-on face à une maladie qui progresse et qui signifie alors que l'on doit majorer les doses ?
Expert 24	Préciser la pharmacocinétique des différents opioïdes qui n'est pas forcément connue des généralistes, pour une meilleure applicabilité
Expert 25	Je ne comprends pas ce que signifie phénomène de tolérance
Expert 26	Pour la "nécessité médicale", insuffisance d'organe n'est qu'un exemple parmi d'autres, soit on en donne d'autres (comme les comorbidités, le traitement en cours, le terrain polyopathologique comme gériatrique etc.), soit on précise devant cet item entre parenthèse "exemple"
Expert 37	Je mets 7 en regard des arguments détaillés du document de travail (texte long). Par contre le grade NE PEUT PAS ETRE B.
Expert 45	Mêmes remarques que précédemment

4

Un changement de voie d'administration est recommandé :

- en cas de la nécessité clinique (voie per os impossible, équilibration rapide en IV,
- d'un projet partagé avec le patient,
- d'un changement de structure de prise en charge, etc.) (Grade B).

La voie la moins invasive sera préférée.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.10

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	4	0	3	7	26	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	88.89	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 2	"La voie la moins invasive sera préférée" : non, on privilégie toujours la voie IV (si possible centrale) à la voie SC. Le délai d'action est ainsi bref et permet de soulager rapidement les accès douloureux paroxystiques.
Expert 3	La phrase est grammaticalement incorrecte ex "Un changement de voie d'administration est recommandé... d'un projet partagé avec le patient" ???
Expert 5	Un changement de voie d'administration est aussi recommandé en cas de forme galénique inadaptée au patient
Expert 6	Je privilégierai la voie donnant, par principe, le meilleur résultat statistique
Expert 8	Il y a des coquilles : "en cas de la nécessité" n'est pas correct. Les parenthèses ne sont pas complètes. "etc" me semble un peu vague pour une reco.
Expert 16	La phrase "La voie la moins invasive sera préférée." est à préciser car l'efficacité sous-cutané est discutable pour équilibrer une douleur rebelle.
Expert 17	Le point 2 n'est pas clair du tout et insuffisant comme critère. Le projet partagé avec le patient vise ici son soulagement (projet de soins), qui s'inscrit par ailleurs dans un projet de vie. Le choix de la voie d'administration ne peut pas tenir à la seule préférence du patient, elle doit répondre à l'utilité (efficacité) thérapeutique dans le contexte concerné. Exemple: le patient peut préférer un dispositif transdermique alors qu'il a des douleurs actives qui nécessitent plutôt une PCA.
Expert 18	La voie IV n'est pas la "voie royale" si la voie orale est possible
Expert 21	Suggestion de formulation : voie per os impossible, voie IV pour une équilibration rapide

	Le etc... ne devrait pas faire partie des reco...
Expert 23	En cas de la nécessité clinique ou en cas de nécessité clinique?
Expert 26	Les dernières recommandations internationales en douleurs du cancer mettent en avant la voie sous-cutanée : OMS 2019. Faut-il le préciser? PJ. Personnellement je pense qu'il faut en situation palliative privilégier "la voie la plus adaptée au patient et à sa situation clinique" et non la voie "la moins invasive". Manque une parenthèse à la fin du premier item
Expert 27	Le changement de voie d'administration du fait du changement de structure doit s'entendre à niveau de contrôle antalgie équivalent, devant amener à revoir le projet si l'efficacité thérapeutique liée à la voie d'administration devait nuire à la bonne couverture antalgique sur les 24h (vigilance balance bénéfices risques)
Expert 29	Je ne comprends pas pourquoi il faut "recommander" un changement de voie en cas de changement de structure. Il faudrait dire "s'il est imposé par un changement de structure, de prise en charge etc...."
Expert 32	La phrase n'est pas très claire. Notamment "projet partagé avec le patient". Quelle réalité cela recouvre-t-il?
Expert 37	Question trop floue mélangeant des principes de bon sens, des nécessités cliniques "techniques"...
Expert 39	Je ne comprends pas cette phrase " d'un changement de structure de prise en charge"
Expert 45	Intégrer la formation et l'expérience des équipes dans le choix de la molécule

5

Aucun opioïde ne peut être privilégié vis-à-vis d'un autre. Le choix sera fait en fonction de la situation clinique singulière, de l'état des fonctions vitales du patient et des traitements associés.

Le sufentanil peut être utilisé par des équipes habituées à son usage (Accord d'experts).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	3	8	29	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	A domicile, pour des raisons de praticité, on va privilégier les spécialités disponibles en pharmacie de ville.
Expert 5	Le choix se fait également en tenant compte de l'histoire médicamenteuse du patient (ATCD du patient et tolérance aux opiacés) cf pharmacogénétique et métaboliseurs lents ou rapide
Expert 15	Le sufentanil est un médicament de la réserve hospitalière qui est administrable dans le cadre d'une HAD.
Expert 17	Ajouter le fentanyl en injectable - indication, procédure, bolus dosage et période refractaire
Expert 20	Le sufentanil est réservé en recours mais il faut savoir que c'est un excellent antalgique chez l'insuffisant rénal
Expert 22	Bon sens
Expert 26	Formulation : "aucun antalgique opioïde ne DOIT être privilégié" Le choix sera fait en fonction de la situation clinique singulière, de l'état des fonctions vitales du patient, des traitements associés "et des traitements disponibles" Pourquoi parler ici du sufentanil (la voie n'est pas précisée : IV exclusivement) alors que la méthadone qui bénéficie de recommandations nationales et internationales dans le cancer n'est même pas citée à ce stade???? Risque de favoriser des prescriptions dans des unités non expertes. Parler ici de la méthadone même si traitée de façon détaillée plus tard.
Expert 33	Attention au coût des opioïdes Les moins coûteux, pour un effet identique, doivent être utilisés en priorité

Expert 36	Sauf si l'on considère l'aspect économique, notamment lorsqu'on compare le coût de la morphine IV et de l'oxycodone IV, mais cela n'a pas forcément sa place dans des recommandations.
Expert 37	Typiquement une question à deux volets distincts qui mélange efficacité équivalence de dose et un aspect différent ciblé lié au fentanyl (est-ce seulement pour la forme IV ?
Expert 42	Uniquement par des équipes ayant l'habitude d'utiliser ce médicament

6

Une prudence particulière est de mise pour l'utilisation des ratios de changement. Il convient de se baser sur des ratios qui privilégient la sécurité (fourchette basse des ratios existants), sinon il est recommandé de diminuer de 25 à 50 % la dose calculée et tenir compte de la singularité de la situation (Accord d'experts).

Pour le calcul des doses nécessaires du nouvel opioïde, il est recommandé d'utiliser la table de conversion Opioconvert³ (cf. annexe 1). Cette utilisation n'exempte pas d'une analyse attentive des doses proposées en fonction des données disponibles.

³ Un groupe de travail issu de la SFAP, de l'AFSOS et de la SFETD a établi des recommandations concernant les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration des opioïdes, disponibles notamment à travers le site WEB Opioconvert.fr

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	2	0	3	12	23	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	88.89	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 2	<p>Comme cela a été fait par le groupe de travail, je vous propose d'introduire la notion de re-titration systématique du nouvel opioïde et de modifier la formulation comme suit : Il convient de se baser sur des ratios qui privilégient la sécurité et de systématiquement re-titrer le nouvel opioïde.</p> <p>Ou : il est recommandé de diminuer de 25 à 50% la dose calculée et de tenir compte de la singularité de la situation. Une titration du nouvel opioïde à partir de la dose de base calculée sera souvent nécessaire.</p>
Expert 4	Opioconvert permet CERTAINES conversions mais pas toutes
Expert 12	<p>Note : la grande majorité des propositions des points 1 à 6 sont celle du groupe de travail SFAP/SFETD/AFSOS qui sont peu citées dans le document à l'exception du chapitre sur les ratio.</p> <p>Le tableau "dit de Grenoble" est antérieur aux recommandations SFAP/SFETD/AFSOS, il est obsolète et dangereux pour certains sens de changement pour les posologies > 400 mg/j de morphine orale. Il pourrait être retiré du document pour éviter les confusions.</p> <p>Dans le document, il n'est pas abordé les modalités du changement : stop and go ou chevauchement. Ce point mériterait d'être traité si le chapitre changement est conservé dans le document.</p>
Expert 17	<p>Même remarque que ci-dessus, il n'y a pas le Fentanyl i.v.</p> <p>Pour la conversion vers la méthadone Opioconvert ne rappelle pas l'obligation de calculer systématique le QT corrigé (440ms chez l'homme et 450ms chez la femme) sur ECG + surveillance et recalcul avant augmentation des doses et équipe formée</p> <p>(https://www.vidal.fr/actualites/16360/l_edition_2016_de_vidal_recos_vient_de_paraître_avec_10_nouvelles_recos/; Mise au point sur l'utilisation pratique de la méthadone dans le cadre des douleurs en oncologie [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_méthadone_douleur.pdf</p> <p>3. Recommandations de Bonne Pratique. Douleur rebelle en situation palliative</p>

	<p>avancée chez l'adulte [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8ed3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf</p> <p>4. Poulain P, Berleur M-P, Lefki S, Lefebvre D, Chvetzoff G, Serra E, et al. Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUIMETH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain). J Pain Symptom Manage. 2016 Nov;52(5):626-636.e1.</p> <p>5. Taveros MC, Chuang EJ. Pain management strategies for patients on methadone maintenance therapy: a systematic review of the literature. BMJ Support Palliat Care. 2016 Aug 26)</p> <p>L'outil de conversion proposé est à priori utile mais peut être dangereux si l'utilisateur n'est pas formé au maniement de la méthadone, il peut induire des prescriptions automatiques non nuancées</p>
Expert 20	Il faut toujours faire appel à la réflexion et ne pas appliquer de façon automatique les règles d'équianalgésie
Expert 22	Privilégier la sécurité - je ne connais pas le calcul de la dose à diminuer de 25 à 50% - je ne peux donc pas répondre
Expert 23	Ok pour l'annexe 1 avec le tableau. Pour le site je veux bien que l'on y fasse référence si la gestion d'Opioconvert est publique et les modalités de révision régulière des taux de conversion précisées : je n'ai pas ces informations en main aujourd'hui.
Expert 24	Importance de préciser la prudence et la diminution des doses; la table de conversion. Opioconvert est quand même complexe, difficile à utiliser pour des généralistes...
Expert 26	Deuxième phrase confuse : notamment on recommande un outil sans préciser son intérêt. Il me semble important de préciser que ce logiciel intègre les dernières données de la littérature et facilite la prescription prudentielle par le praticien justement.
Expert 32	Diminuer de 50% les ratios calculés me semble beaucoup. Risque de sous dosage
Expert 39	Si on suit les ratios de changement selon Opioconvert pourquoi mettre cette phrase "sinon il est recommandé de diminuer de 25 à 50 % la dose calculée et tenir compte de la singularité de la situation (Accord d'experts)"? Pour éviter toute confusion n'est-il pas suffisant de privilégier la fourchette basse des ratios existants ?
Expert 43	Une diminution de 25 à 50 % de la dose expose à un risque d'insuffisance d'efficacité lors des premières prises
Expert 45	Oui Mais si le changement d'opioïde est motivé par un contrôle insuffisant de la douleur, l'augmentation de dose tenant compte de l'équianalgésie est alors nécessaire.

7

En traitement de fond, l'association de différents opioïdes n'est pas recommandée (Accord d'experts).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	1	6	33	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	93.18	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 12	Si traitement de fond sous-entend : traitement administré à horaire fixe quelle que soit la douleur, pour réaliser une couverture antalgique. Sinon il est usuel d'associer fentanyl transdermique ou hydromorphone LP en traitement de fond et des interdoses libération normale morphine ou oxycodone pour les crises douloureuses (ADP ou en phase de titration).

Expert 21	Avec un bémol pour la méthadone...
Expert 26	Préciser à mon sens "En traitement de fond, l'association de différents opioïdes, faibles ou forts, n'est pas recommandée (Accord d'experts)." Il existe encore trop de prescriptions associant des opioïdes faibles et forts.
Expert 34	Notre utilisation de la méthadone à très faible dose (1 à 3 mg x 3/j) en association avec un traitement de fond par un autre opiacé m'oblige à ne pas valider en accord total.
Expert 36	Pourtant, certains patients peuvent avoir des douleurs à prédominance nocturne ou diurne. Lorsqu'ils sont traités par fentanyl transdermique, il est parfois utile d'y adjoindre un autre opioïde (type oxycodone ou morphine LP per os) le matin ou le soir, pour avoir un meilleur contrôle des douleurs (dissociation de dose jour/nuit). En l'absence de preuves scientifiques dans la littérature de telles associations rend peut-être complexe leur intégration dans des recommandations.
Expert 44	La méthadone devrait être instaurée par des équipes douleur

1.1.2 Méthadone

8

Elle possède des caractéristiques antalgiques uniques. Ses propriétés pharmacologiques nécessitent une approche particulière pour l'instauration du traitement.

Le changement d'opioïde en faveur de la méthadone peut être envisagé au cours d'une hospitalisation en cas de douleur rebelle du cancer après une évaluation effectuée par une équipe spécialisée (soins palliatifs ou douleur) et en deuxième intention, après échec d'au moins un traitement opioïde bien conduit (AMM) (Grade C).

Le traitement doit être instauré par une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Le renouvellement du traitement pourra être effectué par un médecin généraliste.

L'instauration en milieu hospitalier nécessite une surveillance particulière en raison du risque de surdosage par recirculation pouvant survenir jusqu'à 7 jours après le début du traitement.

En cas de modification de dose ou d'instauration d'un traitement associé à risque d'interactions médicamenteuses, une surveillance particulière est justifiée, nécessitant éventuellement un avis spécialisé.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.33

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	1	1	6	29	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	86.67	11.11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.50	97.50

Expert	Commentaires
Expert 5	L'avis d'un addictologue peut aider à la gestion de ce traitement en cas de besoin
Expert 13	Il est difficile de comprendre si l'instauration doit se faire obligatoirement en milieu hospitalier
Expert 14	Le pharmacien du patient doit être informé. Le patient doit prendre son traitement toujours chez le même pharmacien.
Expert 15	La pharmacocinétique de la METHADONE impose cette rigueur. Transmission nécessaire de tous les éléments de surveillance aux professionnels d'aval (Médecin traitant, pharmacien d'officine et IDE éventuellement)
Expert 17	+ calcul QT corrigé (même s'il est dit plus bas + vérification des tt associés qui rallonge le QT ... voir mes commentaires ci-dessus
Expert 18	L'information du médecin traitant et de la pharmacie de ville est indispensable
Expert 21	"au cours d'une hospitalisation " : cette reco ne repose pas vraiment à ma connaissance sur des données de la littérature (voir par exemple Methods of Rotation From Another Strong Opioid to Methadone for the Management of Cancer Pain: A Systematic Review of the Available Evidence). En fait cela dépend beaucoup de l'état du patient. La reco de l'EAPC (Caraceni et al. 2012) pour la méthadone est beaucoup plus simple : "Methadone has a complex pharmacokinetic profile with an unpredictably long half-life. The data permit a weak recommendation that it can be used as a step III opioid of first or later choice for moderate to severe cancer pain. It should be used only by experienced professionals." et ne parle pas d'une hospitalisation...
Expert 22	Logique
Expert 26	Suggestion : "Le traitement doit être instauré par une équipe hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs experte dans l'utilisation de la méthadone" (pas le cas de toutes les équipes douleur et soins palliatifs, loin de là).
Expert 33	Le médecin généraliste qui renouvelle doit être "compétent" concernant la

	surveillance d'un patient sous méthadone
Expert 40	Je ne suis pas familière de l'utilisation de la méthadone.
Expert 44	La méthadone devrait être instaurée par des équipes douleur

► Protocoles de conversion à la méthadone

9

Il existe de nombreux protocoles de conversion à la méthadone, présentant divers ratios, méthodes de prise et d'instauration.

Il n'existe pas de différence entre les protocoles d'instauration du traitement par méthadone, cependant un protocole d'administration à la demande, avec un ratio de 1:10 et conversion rapide sans chevauchement paraît plus simple d'utilisation (cf. annexe 2).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.29

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	1	2	9	24	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	82.22	15.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 5	Manque de connaissance personnelle à l'utilisation pratique de la Méthadone
Expert 14	Dans la mesure où l'instauration de la méthadone doit être réalisée par une équipe entraînée, il faut lui laisser le choix du protocole
Expert 18	Dans les équipes hospitalières peu dotées en soignants il peut être intéressant de mettre deux interdoses systématiques matin et soir en plus du protocole à la demande afin de soulager le patient au vu des manques de disponibilités des IDE
Expert 20	Le plus simple ne me paraît pas si évident on peut parler de simplicité d'un point de vue pratique mais ce n'est pas pour autant d'un point de vue intellectuel pour le patient
Expert 23	<p>Je ne suis pas d'accord et en reprenant l'argumentaire je ne lis pas comme vous l'article de Mac Lean: de ce que j'ai lu, le stop and go dit SAG est plus dangereux que le progressif, et donc il vaut mieux faire de la décroissance progressive que du stop and go, et comparer dans des études bien faites le ad libitum vs doses fixes et interdoses.</p> <p>C'est d'ailleurs ce qui a été fait dans EQUIMETH2, avec une hypothèse de supériorité du ad libitum, qui n'a pas été vérifiée, ni même en tendance, en tout cas aucun argument scientifique pour favoriser cette attitude.</p> <p>Dans la revue de Poulain 2014, l'argumentaire pour privilégier le ad libitum se base sur l'article de Moksnes qui lui dit que le stop and go est dangereux.... bref je suis tout sauf convaincue et ne pense pas que le protocole ad libitum et SAG, qui en pratique expose un patient directement à un stop and go et 10% de l'EMO de départ en une prise, et demande une excellente compréhension par l'équipe de la méthode, doit être privilégié dans ces recommandations, alors qu'il n'est pas supérieur aux autres méthodes voir pour sa partie SAG dangereux: d'où mon désaccord. En plus EQUIMETH2 NE CONCLUE PAS à une plus grande simplicité d'utilisation de ce protocole: la question était posée et il n'y a pas eu de supériorité. Enfin dans l'argumentaire vous mettez ceci: "Un des éléments pertinent pour déterminer une tendance pour l'un ou l'autre des protocoles français est souligné par Poulain 2016. Le nombre de violation de protocole étant deux fois plus important dans le groupe décroissance progressive, le groupe SAG serait peut-être plus adapté. ": je ne pense pas que cette conclusion soit logique, il s'agit peut-être aussi de plus de violations car la manière dont était écrite le protocole pouvait l'induire, en tout cas les violations de protocole ont été incluses dans l'analyse statistique et ne donnaient pas de supériorité au protocole AL et SAG.</p>
Expert 32	Il est bon de proposer un protocole simple et clair.

► **Précaution d emploi, interactions, effets indésirables**

10

Il est recommandé de procéder à l analyse d interactions médicamenteuses potentielles lors de l instauration, lors de variation de posologie de la méthadone et particulièrement lors de l instauration de tout nouveau traitement en cas de traitement régulier par méthadone (Accord d experts).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	32	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	86.67	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Une synthèse des stratégies thérapeutiques médicamenteuses possibles est proposée dans l'article joint:

	Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes.
Expert 8	On pourrait ajouter : « et si une diminution d'effet ou des effets indésirables apparaissent »
Expert 14	Avis pharmacien utile
Expert 24	Préciser les interactions pour que la recommandation soit utilisable
Expert 26	S à variations Formulation : "lors de l'instauration de tout nouveau traitement chez un patient sous méthadone" (fin de phrase confuse)
Expert 39	Y compris les thérapies complémentaires comme la phytothérapie

11

La méthadone est un opioïde et sa surveillance clinique ne diffère pas de celle des autres opioïdes.

Il est recommandé de suivre quelques règles de bon usage (Accord d'experts) :

- réalisation d'un ECG avec mesure de l'espace QT corrigé et de la mesure de la kaliémie avant l'instauration de la méthadone ± surveillance après équilibration ;
- protocole de prescription et suivi clair, disponible dans le dossier de soin ;
- surveillance de la survenue d'effets indésirables et prévoir de les traiter si nécessaire ;

surveillance notamment des signes de surdosage opioïde :

- somnolence,
- fréquence respiratoire (<8 / mm)
- protocole de prise en charge du surdosage disponible dans le dossier de soins ;
- information du patient et des médecins sur le risque d'interaction avec des traitements courants.
Lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien pour informer des difficultés liées à la méthadone et aux effets indésirables. Proposer une feuille de surveillance et de suivi au domicile.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.32

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	5	9	23	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	82.22	15.56

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 2	La méthadone nécessite une surveillance différente des autres opioïdes. Après équilibration, il existe un risque de surdosage entre j3 et j7 qui justifie et évaluation pluri quotidienne de la fréquence respiratoire et de l'état d'éveil.
Expert 7	* la réalisation du bilan préthérapeutique serait à discuter selon chaque situation, et selon le pronostic de vie du patient (principe du double effet)
Expert 10	Informé mais aussi former les soignants sur la molécule : leur redire que la méthadone est un opioïde agoniste μ pur "comme les autres" donc que la surveillance de base est la même (quelques spécificités en plus)
Expert 12	Sur le fond la problématique du repérage du surdosage et de son traitement est vraie pour l'ensemble des opioïdes forts.
Expert 17	- préciser: instauration du traitement en milieu hospitalier par équipe formée - dans le texte élargi inclure un paragraphe bien identifié en début du texte pour bien rappeler d'une manière groupée les prérequis obligatoires à l'instauration de la Méthadone (ECG, traitement en cours...)
Expert 18	Il me semble difficile de proposer un protocole de PEC de surdosage puisque c'est le médecin présent à ce moment-là qui évaluera si il s'agit vraiment d'un surdosage méthadone ou autre chose Question: une feuille de surveillance par le patient? ou par une IDE? En général les patients notent tout bien et une consultation en consultation douleur onco régulière permet de faire le point
Expert 23	Il serait intéressant de parler aussi des troubles de la glycémie avec la méthadone : en particulier hypoglycémie par probablement hyperinsulinisme, ce qui n'est pas retrouvé avec les autres opioïdes. Cette hypoglycémie serait

	<p>favorisée par l'augmentation rapide des doses et donc pourrait être un facteur confondant de somnolence en phase de titration. Sa fréquence rendrait important un suivi des glycémies pour ces patients devant tout symptôme pouvant faire évoquer une hypoglycémie. Le risque d'hypoglycémie augmenterait avec la dose quotidienne de méthadone</p> <p>Toce MS, Stefater MA, Breault DT, Burns MM (2018) A case report of methadone-associated hypoglycemia in an 11-month-old male. Clin Toxicol Phila Pa 56:74-76. https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1338347</p> <p>Flory JH, Wiesenthal AC, Thaler HT, et al (2016) Methadone Use and the Risk of Hypoglycemia for Inpatients With Cancer Pain. J Pain Symptom Manage 51:79-87.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.08.003</p> <p>Moryl N, Pope J, Obbens E (2013) Hypoglycemia during rapid methadone dose escalation. J Opioid Manag 9:29-34. https://doi.org/10.5055/jom.2013.0144</p>
Expert 24	<p>Il y a des différences avec les autres opioïdes, importance de les préciser clairement, de citer les médicaments courants pouvant avoir des interactions et de citer clairement les effets indésirables particuliers ; la recommandation est trop vague, pas assez pratique.</p>
Expert 26	<p>Feuille de surveillance : un peu dépassé à l'ère de l'informatique!! Je propose "Proposer un protocole de surveillance et de suivi au domicile."</p>
Expert 37	<p>Pour cet item tout ne doit pas être intégré dans des recos phrases imprécises, "± surveillance après équilibration" que veut dire "±" ? ; surveillance notamment des signes de surdosage opioïde: notamment ?..</p>
Expert 42	<p>Feuille de surveillance et de suivi à domicile devrait être proposée pour des pratiques homogènes. Surveillance par IDE ? surveillance par équipe HAD ?</p>
Expert 43	<p>Nécessité d'une étroite collaboration entre médecin généraliste, équipe infirmière, et soutien par réseau de soins palliatifs, HAD ou centre de la douleur ; difficile à appliquer pour un médecin traitant seul.</p>

12

La méthadone peut être utilisée chez le patient insuffisant rénal et le dialysé chronique (Accord d'experts).

Tout changement ou introduction d'un traitement chez un patient équilibré par méthadone doit faire appel à la connaissance des interactions potentielles (induction enzymatique notamment).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.57

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	1	9	26	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	80.00	17.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 8	La recommandation sur les interactions potentielles apparaît déjà au point N° 10. Il me semble redondant de la répéter ici.
Expert 13	2 ^{ème} phrase de la reco redondante avec la 10
Expert 20	Métabolisme hépatique par le cytochrome P450: N-déméthylée par les cytochromes de type I de la famille CYP P450 surtout: CYP3A4, CYP2B6, de manière moindre: CYP1A2 et CYP2D6, possiblement: CYP2C9, CYP2C8, CYP2D, 33,34 et CYP2C19
Expert 22	Peut-être une surveillance augmentée
Expert 24	Pas assez pratique, ce qui devient irritant à la lecture: on répète l'importance de connaître les interactions mais sans les préciser...

► Arrêt de la méthadone

Il n'est pas possible de recommander un ratio de changement de la méthadone vers un autre opioïde en raison de données insuffisantes.

En cas d'impossibilité de prise orale, il est possible d'utiliser la méthadone IV (ATU nominative) avec un ratio de 1:1.

Par ailleurs, il est également possible de changer d'opioïde avec un ratio de 1:1 entre méthadone et morphine IV.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.57

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	1	3	0	3	9	14	13

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	64.44	28.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.38	90.62

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 2	<p>Ce paragraphe n'est pas clair.</p> <p>La première phrase stipule qu'on ne peut recommander de ratio de conversion et la dernière propose un ratio de conversion méthadone:morphine !</p>
Expert 10	<p>J Pain Palliat Care Pharmacother. 2008;22(3):200-5.</p> <p>Conversion from parenteral to oral methadone.</p> <p>González-Barboteo J¹, Porta-Sales J, Sánchez D, Tuca A, Gómez-Batiste X.</p> <p>Author information</p> <p>¹ Palliative Care Service, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. jgonzalez@ico.scs.es</p> <p>Abstract :</p> <p>The described ratio for methadone conversion from oral route (PO) to parenteral route (PAR) is 2:1 and from PAR to PO is 1:2. Frequently, good control of pain with methadone is PR to PO. We use methadone as a function of opioid rotation and not in the context of mortality outcome and we have noted that the traditional ratio produces toxicity problems. We present our experience with patients who we converted from PAR to PO methadone and we recommend a conversion ratio of 0.7 (PO:PAR = 1:0.7), which approximates the bioavailability of the drug administered orally.</p>
Expert 18	<p>J'ai notion d'un ratio 1:1 si la posologie de méthadone par jour est inférieure à 80mg</p> <p>Et d'un ratio de 1:2 pour les posologies supérieures</p> <p>Le ratio méthadone morphine IV c'est pour la méthadone IV ou per os? Et cela est contradictoire avec la première phrase</p>
Expert 23	<p>Oui en précisant dans la dernière phrase méthadone PO ? : " avec un ratio de 1/1 entre méthadone PO et morphine IV"</p>
Expert 26	<p>Remarque générale : la méthadone prend énormément de place dans ce début de recommandations, alors que des aspects basiques concernant les opioïdes ne sont pas traités en amont (ex : titration, choix des opioïdes). Cela me paraît déséquilibré.</p>
Expert 32	<p>Manque d'expérience sur le ratio de changement vers Méthadone IV</p>
Expert 34	<p>C'est dur de trouver un ratio pour la méthadone IV de 1:1 dans la littérature.</p> <p>Palliative drugs fait du 1:1 si méthadone per os < 80 mg et divise par 2 si > 80 mg.</p> <p>L'équipe de Mercadante fait systématiquement du 1:0.8 (on les a appelé !!) mais aucune trace dans la littérature.</p>
Expert 36	<p>Ne faut-il pas diviser par deux la dose journalière de méthadone per os pour passer en IV ?</p> <p>A vérifier avec l'équipe du docteur Laure Copel qui en a une grande expérience ?</p>
Expert 40	<p>Vous dites qu'il n'est pas possible de recommander un ratio de changement de la méthadone vers un autre opioïde, puis un ratio de changement entre méthadone et morphine IV 1:1.</p>

1.1.3 Co-antalgie des douleurs rebelles

► Kétamine

14

Malgré des données discordantes, la kétamine est recommandée comme co-antalgique en association aux opioïdes ou antihyperalgésique dans le traitement des douleurs rebelles d'origine cancéreuse.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.57

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	0	4	0	5	13	16	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.82	86.36	6.82

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.32	92.68

Expert	Commentaires
Expert 6	Oui, mais effets indésirables fréquents
Expert 12	Le terme "recommandé" pourrait être remplacé par "possible"

Expert 17	L'utilisation de la Kétamine est évoquée classiquement lorsqu'on identifie une hyperalgésie induite par les opioïdes ou une tolérance. Il me semble donc insuffisant et induisant un risque d'erreur par banalisation la formulation ci-dessus: " la kétamine est recommandée comme co antalgique en association aux opioïdes ". reformuler? Préciser?
Expert 19	Ah non ! Justement parce que les données sont discordantes, que NNT est à 25 Mais que la survenue des effets secondaires est à 6 !!, il ne faut sûrement pas dire « recommandé » l'usage de la kétamine ! Ceci ne peut être géré que par une équipe spécialisée ET en centre spécialisé pour l'initiation du traitement ...donc pas si recommandé que cela. Il faut savoir qu'actuellement on voit n'importe quoi avec la kétamine...
Expert 20	Les preuves sont insuffisantes
Expert 21	Il faut pouvoir mettre en avant les résultats de l'étude la plus rigoureuse (Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study to Assess the Efficacy and Toxicity of Subcutaneous Ketamine in the Management of Cancer Pain; Hardy et al. 2012). publié dans JCO, revue d'excellence... NNT à 25 alors que le NNH est à 6. Autrement dit, il faudra traiter 25 patients par de la kétamine pour en voir un qui sera amélioré; et il suffit d'en traiter 6 pour voir apparaître un effet indésirable... De là à en faire une reco française, je ne comprends pas.
Expert 22	Selon différents protocoles
Expert 25	Effets indésirables connus de la kétamine rend difficile sa prescription en HAD Rajouter en hospi comme pour la méthadone ?
Expert 26	Terme cancéreux à remplacer. Introduction à faire du type : La kétamine est un médicament d'anesthésie. Son utilisation sauf exceptions est réservée au milieu hospitalier en service spécialisé. Dans les dernières recommandations européennes ESMO 2018, la kétamine n'est pas recommandée dans les douleurs neuropathiques du cancer. Même si le sujet n'est pas ici la douleur neuropathique, les douleurs du cancer sont souvent mixtes et ont une part neuropathique le plus souvent. Personnellement je rajouterais "la kétamine est recommandée comme co-antalgique en association aux opioïdes ou antihyperalgésique dans le traitement des douleurs rebelles en lien avec le cancer ou ses traitements, mais pas dans les douleurs neuropathiques".
Expert 33	Je trouve que c'est difficile de faire des recommandations, quand les données sont justement discordantes. Après dans ces situations complexes, on est forcément "tenté" d'essayer...Le mieux est de prendre un avis auprès de personnes qui ont plus d'expériences sur ce type d'association.
Expert 37	Si les données sont discordantes, une reco ne peut pas être de dire "on le fait quand même" mais il faut dire pas assez de données pour positionner le produit +++

15

Il n'existe pas de consensus sur les doses et les modes d'administration de la kétamine. Néanmoins, il est recommandé d'administrer la kétamine par voie parentérale continue (sous-cutanée ou intraveineuse), en débutant par une dose est 0,15 à 0,5 mg/kg/j, pouvant ensuite être progressivement augmentée jusqu'à 5 mg/kg/j (Accord d'experts). Au-delà de cette dose, l'effet anesthésique (avec ses risques) devient prédominant.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	4	5	4	6	19	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	84.44	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 1	5mg/kg/j est excessive car peut aboutir à une dose globale importante chez des patients fragiles. De quel poids parle-t-on notamment chez l'obèse?

Expert 5	Dose initiale à 0,1 mg/kg/j pour titration (notamment patients âgés)
Expert 8	<p>La dose de 0,15 mg/kg/j me semble vraiment faible et risque de prolonger inutilement la période d'adaptation de posologie.</p> <p>A l'inverse, la dose de 5 mg/kg/j me semble excessive. D'une part, le grand nombre d'incertitudes que nous avons incite à la prudence. D'autre part, la pratique semble confirmer la notion de répondeurs et de non répondeurs (comme indiqué dans l'argumentaire) ; chez les répondeurs, il n'est pas nécessaire d'arriver à de telles doses ; chez les non répondeurs, on risque des EI à cette dose sans avantage supplémentaire pour le patient.</p>
Expert 12	A 5 mg/kg/j nous sommes proche des posologies entre 300 et 500 mg/j de l'étude contrôlée Australienne (Hardy 2012) qui a montré un risque d'EI grave en absence de bénéfice au Placebo et qui a conduit la Cochrane à se prononcer sur le fait qu'il faut éviter les fortes posologies (Bell 2017).
Expert 17	<p>L'augmentation jusqu'à 5 mg/kg/j: faut préciser davantage, donner des repères (critères) d'augmentation sinon risque d'erreur par augmentation "artisanale".</p> <p>Par ailleurs, l'action anti NMDA induit une épargne morphinique, cela est déjà dit dans le texte. Mais ce qui n'est pas dit c'est que, en cas d'introduction de kétamine à dose stable d'opioïde, elle peut induire très vite un surdosage opioïde (la notion de sensibilité individuelle imprédictible); et donc même risque en cas d'augmentation ultérieure importante et rapide de la kétamine.</p> <p>Dans le respect de la règle de prudence, préciser ce point, d'autant plus que les recommandations s'adressent à l'ensemble du corps médical, de formation et expérience variable dans le domaine de la douleur.</p>
Expert 18	<p>NB: La voie SC n'est pas à privilégier</p> <p>En terme d'ES la posologie de 5mg/kg/j me semble importante surtout chez des patients fragiles</p>
Expert 21	A 0,15 mg/kg/j soit 9 mg par jour pour 60 kg, a-t-on autre chose qu'un effet placebo ? au moins il n'y aura pas trop d'effet indésirable... Mais sur quel argument scientifique avancez-vous une telle dose ?
Expert 22	Sous réserve d'une formation spécifique de l'équipe qui prend en charge le patient
Expert 25	Surveillance ?
Expert 26	En France et à ce jour, je pense qu'il faut exclusivement favoriser la prescription IV et non sous-cutanée vue la forme galénique disponible et le manque de preuves scientifiques en SC
Expert 29	Pas d'accord avec la limite supérieure de dose. Un risque anesthésique ne peut pas survenir avec une posologie si basse. Jusqu'à 0,5 mg/kg/h soit plus de 10 mg/kg/j on ne prend pas de risque anesthésique. Ce qui peut limiter sont alors les effets psychodysléptiques qu'il faut adapter en fonction de chaque patient. Au long cours, c'est plutôt la toxicité qui pourrait poser problème à dose trop importante.
Expert 34	<p>5 mg/kg/j !! peut-être, mais je trouve que c'est trop s'exposer à des troubles psychodysléptiques.</p> <p>Des données discordantes, pas de consensus... ne pas mettre une fourchette si</p>

	haute ! Certains prescripteurs vont prendre la fourchette haute comme réalisable.
Expert 35	5mg/kg est très élevé
Expert 37	Là aussi les deux phrases sont antagonistes: il n'y a pas de consensus, mais on recommande quand même !
Expert 40	La kétamine potentialise les effets des opioïdes. Dans ma pratique (gériatrique) la kétamine dispensée sur 24h est associée à une diminution des opioïdes et se fait toujours en association avec du midazolam. Je retrouve ces données dans l'argumentaire mais pas dans les recommandations finales. Même si l'introduction est recommandée par une équipe spécialisée, cette notion (peut être valable surtout chez les patients âgés) me paraît importante.
Expert 44	Augmentation jusqu'à 2,5mg/kg/j

16

L'efficacité est jugée au bout de 5 à 7 jours et conditionne la poursuite du traitement.

L'instauration du traitement doit être faite par une équipe spécialisée en raison d'effets indésirables graves potentiels (atteintes uro-néphrologiques, atteintes endocriniennes, atteintes hépatiques)⁴.

Une évaluation régulière et rigoureuse est nécessaire.

⁴ Cf. Information de sécurité de l'ANSM : "Kétamine : risque d'atteintes uro-néphrologiques, endocriniennes et hépatiques graves lors d'utilisations prolongées et/ou à doses élevées" - Lettre aux professionnels de santé

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.23

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	0	2	7	27	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	84.44	11.11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.00	95.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Les effets indésirables de type hallucinatoires ou plus généralement psychodysléptiques sont des facteurs d'arrêt ? Les lignes de perfusions doivent être identiques à celles utilisées pour les morphiniques (pompes sécurisées, valves anti-retour pour éviter les effets bolus...)
Expert 17	En pratique, on a un aperçu beaucoup plus rapide que 5 à 7 jours de l'efficacité
Expert 21	5 à 7 jours, c'est bien long dans le contexte d'utilisation pour douleur rebelle... Le risque, c'est d'inciter à tester la kétamine AVANT d'autres techniques (ex voie d'administration intrathécale) qui ont fait leurs preuves d'efficacité.
Expert 22	Je ne sais pas
Expert 26	Vous oubliez les EI cardiovasculaires récemment pointés du doigt (notamment insuffisance cardiaque) qui peuvent poser des problèmes bien avant les atteintes urogénitale-néphro plus liées aux utilisations prolongées
Expert 32	5 à 7 jours paraît un délai long.
Expert 45	Non La formation et l'accompagnement des équipes de proximité fait partie du plan soins palliatifs La proximité doit toujours être privilégiée. Le développement de la télémédecine doit permettre un accompagnement des équipes de proximité dans la sécurité et la confiance.

17

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière ou en HAD.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.68

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	0	3	1	6	6	21	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.98	86.05	6.98

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.50	92.50

Expert	Commentaires
Expert 8	Oui mais j'ajouterais des recos sur les précautions permettant d'éviter les effets psychodysleptiques si traumatisants pour les patients, notamment en évitant les flashes IV non désirés : dilution suffisante, branchement sur la ligne de perfusion au plus près du patient, valve anti-retour, administration lente au début des perfusions qui sont branchées sur la même ligne de perfusion.
Expert 15	Une remarque : d'un point de vue purement juridique, les produits de la réserve hospitalière ne peuvent pas être rétrocédables, ils sont définis réglementairement (R5121-77) ; une administration au domicile de ces médicaments peut donc se faire dans le cadre d'une hospitalisation à domicile que ce soit au domicile ou en établissement médicosocial.
Expert 18	Mettre HAD après établissement médicosocial pour une meilleure compréhension
Expert 24	Quel cadre pour le suivi? quel professionnel de santé?

Expert 25	En EHPAD cela me paraît impossible sauf si HAD pas de personnel soignant et en lien avec l'équipe hospitalière ? à condition qu'elle soit joignable 24h/24 et 7 jours sur 7
Expert 26	Oui certes mais là encore : risque ++++. Donc revoir la formulation impérativement. Il faut être plus précis et parler du cadre régalién à savoir l'intervention des EMSP en EHPAD et les interventions de l'HAD en EMS (cf. les deux derniers plans soins palliatifs où cette priorité est affichée et la circulaire DGOS de 2010). Le cadre réglementaire existe, utilisons le!! Je propose : "Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs conventionnée avec l'établissement et sous couvert d'une HAD"
Expert 32	Concrètement, en EHPAD sans HAD, cela paraît difficile à envisager. Pour cela comme pour d'autre type de PEC
Expert 33	A domicile cela me paraît compliqué pour avoir une surveillance adaptée
Expert 35	Suivi avec ou sans répétition d'administration ??
Expert 37	Est ce qu'on fait là aussi la surveillance rigoureuse et régulière ? Un peu en contradiction avec une partie de item supra
Expert 39	Intérêt des réseaux de santé?

► Lidocaïne par voie intraveineuse

18

La lidocaïne est un anesthésique local avec une action antalgique. Son utilisation est réservée au milieu hospitalier en service spécialisé.

En raison de ses effets indésirables graves, il est recommandé d'utiliser la lidocaïne par voie intraveineuse en dernière intention dans les douleurs rebelles après échec des traitements analgésiques et co-analgésiques bien conduits et des techniques interventionnelles possibles, lors de douleurs à forte composante neuropathique ou viscérale, en association avec le dernier traitement en échec (usage hors AMM) (Grade B).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	3	5	29	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	84.44	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 7	Je pense que si on évoque un ECG en bilan préthérapeutique pour la méthadone, il faudrait de la même manière le citer pour la lidocaïne ? Voire, toujours selon le pronostic de vie, effectuer les perfusions de lidocaïne sous télémétrie ?
Expert 8	Pourquoi pas la perfusion SC puisque finalement ce n'est pas moins étayé que la perfusion IV ? Cf. argumentaire
Expert 12	Quelle est la définition de "service spécialisé" ?
Expert 15	Dans l'argumentaire, l'utilisation de l'association avec le dernier traitement en échec n'est pas précisée. Pas de précision sur les associations dans les études citées.
Expert 18	Ne faut-il pas être anesthésiste pour pouvoir l'utiliser?
Expert 22	En dernier recours
Expert 40	Je ne suis pas familière de l'utilisation de la lidocaïne par voie IV.

19

La lidocaïne IV, sans conservateurs ni vasoconstricteur, peut être instaurée par une perfusion intraveineuse à la dose de 5 mg/kg/j en continu. La dose peut être augmentée par paliers de 24h et

jusqu'à 8 mg/kg/j (Accord d'experts).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.21

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	1	3	4	23	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	73.33	24.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 5	Attention: - Le chlorhydrate de lidocaïne 2 % ou 5 % (Xylocard®) du laboratoire AstraZeneca, a une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une administration IV - Le chlorhydrate de lidocaïne 1 % ou 2 % du laboratoire Aguetant, est destiné à l'anesthésie par infiltration et l'anesthésie locorégionale. Son utilisation par voie intraveineuse est formellement contre-indiquée, comme en atteste le résumé des caractéristiques du produit (RCP)
Expert 8	Rien ne permet de conseiller une posologie ni même de conseiller une administration en continu plutôt qu'une administration courte.

	Cf : J Palliat Med. 2019;22(3):326-334. doi: 10.1089/jpm.2018.0257. Epub 2019 Jan 7. Lidocaine for Cancer Pain in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Lee JT, Sanderson CR, Xuan W, Agar M. Je pense qu'il vaut mieux laisser la responsabilité du choix au prescripteur du service spécialisé.
Expert 29	Là encore la posologie est basse cependant, des doses plus élevées (pouvant aller jusqu'à 1 mg/kg/h), nécessiteraient une surveillance scopée.

20

Une intoxication aux anesthésiques locaux est à suspecter en cas d'apparition principalement d'un goût métallique ou de dysesthésies bucco-linguales

Les effets indésirables graves pouvant survenir en cas d'intoxication à la lidocaïne sont :

- neurologiques : crises convulsives et coma ;
- cardiaques : bloc auriculo-ventriculaire, trouble du rythme ventriculaire (tachycardie et fibrillation), collapsus et arrêt cardio respiratoire.

La conduite à tenir dépend de la phase palliative dans laquelle le patient se situe et donc du niveau de soins à lui apporter. En plus de l'arrêt de la lidocaïne, et si une réanimation est mise en œuvre, elle doit comporter l'administration d'une émulsion lipidique à 20%.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	4	7	23	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	80.00	17.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 5	Attention aux associations à prendre en compte (CORDARONE, BetaBloquants;..)
Expert 8	<p>La tachypnée est un signe précoce de surdosage qui mériterait peut-être d'être signalé.</p> <p>L'hypoxémie majore le risque de toxicité de la lidocaïne : n'est-ce pas à signaler ?</p> <p>La lidocaïne agit principalement au niveau ventriculaire. Le bloc auriculo-ventriculaire est-il vraiment un effet secondaire attendu ?</p> <p>Cf : Postgrad Med J. 1982 Mar;58(677):175-7.</p> <p>Atrio-ventricular block after administration of lignocaine in patients treated with prenylamine.</p> <p>Grenadier E, Alpan G, Keidar S, Palant A.</p>
Expert 12	Proposition : présence dans le dossier d'un protocole de conduite à tenir en cas de surdosage
Expert 13	Il faut préciser ce qu'est une émulsion lipidique à 10%...Nutrition parentérale?
Expert 21	L'administration d'une émulsion lipidique à 20% : à préciser
Expert 26	Pour la conduite à tenir, préciser qu'un avis spécialisé hospitalier est requis.
Expert 29	Il faudrait harmoniser les signes de surdosage en anesthésiques locaux et ajouter ici céphalée, troubles visuels et auditifs
Expert 34	Je prônerais un double effet possible et pas de passage en réa ni émulsion lipidique

21

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière ou en HAD.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 7

Moyenne : 6.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	2	12	2	3	5	12	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	11.11	75.56	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	12.82	87.18

Expert	Commentaires
Expert 7	A discuter, car ce traitement est pratiqué dans les structures très spécialisées (CETD ou USP), rarement de manière prolongée ?
Expert 8	Je pense qu'il y a trop d'incertitudes pour recommander l'usage de la lidocaïne IV en dehors d'un service spécialisé. D'autant que les effets positifs ne sont pas miraculeux.
Expert 15	Pas d'argument apporté dans le rapport sur l'utilisation de la LIDOCAINE au domicile. Comment gérer au domicile les risques détaillés par la SFAR ?
Expert 17	Attention: sous-effectif soignants, peu de formation, pas d'astreinte médicale dans les EHPAD...
Expert 22	Avec l'accord des proches (famille accompagnant)
Expert 24	Cela ne paraît pas réaliste...
Expert 25	Idem question 17
Expert 26	Idem que plus haut, utiliser le cadre réglementaire des EMSP pouvant intervenir en EHPAD sou couvert de convention, ainsi que de convention HAD EHPAD (cf.

	supra)
Expert 28	<p>Quel professionnel de santé peut réellement se dire expérimenté dans l'utilisation de la Lidocaïne IV à domicile, en EHPAD ou en EMS ? Cette phrase pourrait entrainer un refus de toutes ces structures de reprendre en charge leur patient au prétexte qu'elles ne se sentent justement pas expérimentées.</p> <p>Le suivi ne peut donc s'envisager qu'avec transmission d'un protocole de surveillance précis et éventuellement une formation sur site de l'équipe soignante, avec engagement de l'équipe référente ayant initié le traitement de rester disponible et d'assurer la possibilité d'une ré-hospitalisation de repli en cas de problème.</p> <p>Certains EHPAD refusent actuellement de recevoir un patient ayant une voie veineuse en l'absence de présence infirmière la nuit.</p> <p>Faut-il conditionner le suivi à domicile, en EHPAD ou dans un établissement médico-social à la possibilité de l'intervention d'une infirmière 24h / 24 ?</p>
Expert 32	CF question 17. Je n'ai pas l'expérience mais ai du mal à envisager de la Lidocaïne IV en EHPAD.
Expert 34	A mon avis, c'est "oublier" la situation difficile en dehors des murs d'un hôpital.

1.1.4 Analgésie locorégionale

► Blocs périphériques⁵

⁵ La neurolyse par alcoolisation n'est pas un traitement médicamenteux mais une technique interventionnelle.

22

Le bloc périphérique d'anesthésie locorégionale consiste à injecter un agent anesthésique local au contact d'une structure nerveuse pour interrompre la transmission des influx nociceptifs vers les centres supérieurs. Le cathéter peut être tunnélisé ou relié à un site d'administration implanté en sous-cutané.

Le bloc périphérique d'anesthésie locorégionale est recommandé dans les douleurs rebelles périphériques localisées. Son utilisation n'est pas indiquée pour le long cours ; elle reste limitée par la survenue d'une complication (obstruction, déplacement, infection...).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	2	8	29	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.33	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Prise en charge multimodale des douleurs
Expert 21	Ce pourrait être mieux formulé : "Le bloc périphérique d'anesthésie locorégionale" est peu compréhensible. Il s'agit d'une méthode d'analgésie locorégionale utilisant un bloc périphérique au moyen d'anesthésiques locaux. Son utilisation est temporaire (plutôt que "n'est pas indiquée pour le long cours")
Expert 40	Son utilisation n'est pas indiquée pour le long court, mais elle peut être maintenue en l'absence de complication (et donc parfois être utilisée sur du long court selon la situation?). Le terme long court n'est pas défini par une durée dans la recommandation.
Expert 45	Indication à préciser : durée du traitement ? durée prévisible de l'effet du traitement ? mécanismes de l'effet du traitement à distance ? Douleurs rebelles périphériques localisées ?

L'administration de l'anesthésique local peut être réalisée en bolus, en continu ou en continu avec bolus grâce à la mise en place d'un cathéter périmerveux. Ce dernier peut être maintenu en l'absence de complication.

Le choix de l'agent anesthésique et sa posologie sont déterminés par l'équipe référente.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.32

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	1	1	7	27	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	92.86	7.14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 26	Idem, préciser que cette mise en oeuvre est exclusivement hospitalière initialement.
Expert 32	Manque d'expérience
Expert 45	KT périmerveux maintenu en l'absence de complication : message potentiellement complexe

24

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière ou en HAD.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.24

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	9	3	3	5	19	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	86.67	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 4	Si dysfonctionnement, réveil de la douleur façon ON/OFF
Expert 10	En théorie, tout est possible mais en pratique ...
Expert 15	Idem ci-dessus.
Expert 17	Ça c'est la théorie, en pratique les conditions requises en termes d'hygiène, soins

	locaux, surveillance, compétence et moyens humains disponible sont très aléatoires, soumis aux conditions spécifiques du terrain. J'ai des réserves sur une telle recommandation élargie.
Expert 18	Mettre HAD après établissement médico-social
Expert 24	Quel cadre pour le suivi?
Expert 25	Idem 17 pas en EHPAD sans HAD
Expert 26	HAD ou prestataire de santé spécialisé, ne pas réduire le champ.
Expert 28	Quel professionnel de santé peut réellement se dire expérimenté dans les blocs périphériques à domicile, en EHPAD ou en EMS ? Cette phrase pourrait entraîner un refus de toutes ces structures de reprendre en charge leur patient au prétexte qu'elles ne se sentent justement pas expérimentées. Le suivi ne peut donc s'envisager qu'avec transmission d'un protocole de surveillance précis et éventuellement une formation sur site de l'équipe soignante, avec engagement de l'équipe référente ayant initié le traitement de rester disponible et d'assurer la possibilité d'une ré-hospitalisation de repli en cas de problème. Faut-il conditionner le suivi à domicile, en EHPAD ou dans un établissement médico-social à la possibilité de l'intervention d'une infirmière 24h / 24 ?
Expert 33	Un bémol pour le domicile
Expert 37	Oui mais c'est du court terme est ce que ce n'est pas un risque de confusion de préciser ça ? Y a-t-il beaucoup de patients potentiellement concernés ?
Expert 39	Indication à valider en RCP (comme analgésie intrathécale)
Expert 45	Prévoir les modalités d'information et d'accompagnement et de suivi des équipes de proximité par les équipes hospitalières. Kit d'information

25

Les principales contre-indications du bloc périphérique d'anesthésie locorégionale sont :

- syndrome infectieux ;
- altération locale de la peau ;
- allergie aux anesthésiques locaux ;
- non adhésion du patient.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	2	6	30	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.33	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Nécessité de l'accord du médecin traitant qui aura reçu préalablement une formation sur la procédure
Expert 15	Quelles sont les sources ?
Expert 20	On pourrait y ajouter les conditions d'hygiène précaires
Expert 24	Est-ce à préciser? Les équipes spécialisées les connaissent
Expert 29	Syndrome infectieux c'est un peu vaste. Une infection virale ne contre-indique pas le bloc périphérique par exemple
Expert 33	Compétence médiocre de celui qui fait le bloc, cela va sans dire mais mieux en le disant
Expert 45	Développer non adhésion du patient au projet de soin par bloc périphérique d'anesthésie locorégionale

26

La surveillance comporte :

- paramètres hémodynamiques (pouls, tension artérielle) ;
- signes de surdosage :
 - signes neurosensoriels (céphalées, tremblements, goût métallique, picotements)

- péribuccaux, troubles visuels et auditifs, dysarthrie, confusion, agitation, convulsions),
- signes cardiovasculaires (tachycardie, arythmie, hypotension) ;
- niveau de sédation ;
- évaluation de la douleur ;
- les effets secondaires éventuels : nausées, prurit ;
- la qualité d analgésie : la zone d action du bloc sensitif, la présence d un bloc moteur (bloc des fibres motrices) ;
- la surveillance des points d appui afin d éviter les escarres.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.29

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	1	3	9	27	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	93.18	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 1	Le déplacement du cathéter avec fuite et œdème sous-cutané
Expert 7	Hémodynamique (=> en fonction du contexte / pronostic de vie ?)

Expert 8	Faudrait-il ajouter la surveillance du point d'entrée du cathéter : signes infectieux, déplacement du cathéter ?
Expert 17	+ la température (risque infectieux)
Expert 21	Effets indésirables plutôt que secondaires ?
Expert 22	Classiques
Expert 26	Aucune mention de la surveillance des signes locaux, pourtant à la base Que fait le niveau de sédation dans les éléments de surveillance (pour moi c'est à mettre dans les éléments de surdosage)? A revoir
Expert 29	Concernant le bloc lui-même le niveau de sédation ne paraît pas nécessaire à surveiller. Cela peut être le cas si d'autres traitements à effet sédatif sont utilisés, qui pourraient être potentialisés par la levée de la douleur.
Expert 37	Ça me paraît hors champ de reco, mais bon..
Expert 43	Le dernier point "surveillance des points d'appui afin d'éviter les escarres" ne paraît pas clair à mon sens. Cela semble sous-entendre qu'il y aurait plus de risques d'escarres dans le cas d'utilisation de blocs périphériques?
Expert 45	Acceptation du dispositif par le patient, et par les équipes de proximité

► Analgésie intrathécale

Indications

27

L'analgésie intrathécale (ou sous-arachnoïdienne) permet d'administrer les antalgiques dans le liquide céphalorachidien, au plus près des récepteurs médullaires impliqués dans la transmission du message nociceptif.

L'analgésie intrathécale est recommandée chez les patients en situation palliative ayant des douleurs rebelles, lorsqu'un syndrome douloureux n'est pas contrôlé par l'équivalence de 300 mg de morphine per os ou chez les patients présentant des effets indésirables graves des antalgiques (accord d'experts). Dans certains cancers, notamment les cancers pelviens, du pancréas et le Syndrome de Pancoast-Tobias; l'analgésie intrathécale doit être envisagée précocement pour améliorer la qualité de vie.

La voie intrathécale permet de diminuer la dose d'opioïde administrée par voie systémique et les effets indésirables.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	3	0	5	28	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	84.09	13.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 6	Nécessité d'une information complète auprès du médecin traitant
Expert 7	plutôt chez "certains" patients en situation palliative (= non applicable à toutes les douleurs rebelles) ?
Expert 8	Donner un cut-off précis (ici 300 mg de morphine PO) est toujours risqué dans des recommandations officielles car ceci peut être pris à la lettre. Je l'évitais ici d'autant que rien n'était ce chiffre précis. Une douleur rebelle est déterminée par rapport à de multiples éléments et non sur un chiffre de morphine.
Expert 12	Autre indication possible : récurrence des cancers ORL non accessibles à reprise chirurgicale ou radiothérapie.
Expert 15	La présentation des médicaments utilisés en intrathécale pourrait être faite au début du chapitre car celui-ci parle de mélange (remplissage page 101) sans que les produits et associations n'aient été présentés.
Expert 20	Je ne valide pas le fait qu'on donne une dose de morphine seuil.
Expert 26	Pour le syndrome de Pancoast Tobias : excellente indication mais combien de

	centres en France posent des pompes dans cette indication (1 seul?). Malheureusement la plupart des centres ne posent pas de pompes dans cette indication et ne montent pas de KT dans la fosse postérieure.
Expert 43	La dernière phrase porte à confusion à mon sens concernant la possibilité d'administrer des opioïdes par d'autres voies simultanément. Il est bien précisé plus loin que l'administration d'opioïdes en intrathécale nécessite l'arrêt des autres voies d'administration.
Expert 45	Analgésie intrathécale "peut-être proposée" plutôt que "recommandée" Une évaluation de l'efficacité et de la tolérance doit être réalisée pour l'ensemble de la RCP "douleurs rebelles" ayant contribué à la discussion de l'indication de manière à disposer d'un retour d'expérience et enrichir les pratiques.

28

L indication de cette technique d analgésie est validée en réunion de concertation pluridisciplinaire par une équipe formée et spécialisée dans la technique.

Les contre-indications absolues sont l hypertension intracrânienne et tout obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	2	5	31	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.11	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	<p>Une concertation entre l'équipe "technique (anesthésiste, chirurgien ??) est indispensable. Les experts algologues évaluent la faisabilité techniques les experts palliatifs la faisabilité globale en fonction du projet de soins (évaluation du pronostic, distance entre le lieu d'habitation et le lieu de remplissage pour un patient à domicile, ou possibilité de remplissage dans le service pour un patient en USP etc...)</p> <p>Un avis des psycho-oncologues est nécessaire pour évaluer la tolérance "psychologique de cette technique parfois difficile à supporter psychologiquement. L'oncologue doit également être consulté.</p>
Expert 8	<p>Thrombopénie sévère et trouble grave de la coagulation me semblent être des CI absolues.</p> <p>La méningite carcinomateuse est-elle une contre-indication absolue ?</p>
Expert 17	<p>Selon mon expérience et ma pratique dans l'analgésie IT:</p> <p>- " L'indication de cette technique d'analgésie est validée en réunion de concertation pluridisciplinaire par une équipe formée et spécialisée dans la technique." préciser cette notion de RCP, de nos jours on en a de toute sorte. Il me semble indispensable de préciser que cette réunion doit associer obligatoirement, entre autres, le médecin spécialisée dans la douleur cancéreuse qui a fait le screening, radiologues, anesthésistes/neurochirurgiens (pour l'implantation), d'autres médecins algologues si besoin.</p> <p>- Préciser aussi les contre-indications relatives (aplasies, épidurite, etc.)</p>
Expert 20	<p>Il est important de rédiger un algorithme institutionnel pour valider ou non la mise en place d'analgésie intrathécale et s'assurer qu'il existe un vrai maillage de professionnels compétents autour: un plateau technique.</p>
Expert 22	<p>Seule une RCP peut valider cette pratique</p>
Expert 26	<p>Je mettrais même "équipe experte"</p>
Expert 45	<p>Retour d'expérience vers la RCP</p>

Les médicaments suivants et leurs posologies initiales sont recommandés par voie intrathécale :

- la morphine (posologie au 1/100ème de la dose par voie IV, sans dépasser 5 mg/j) ;
- la ropivacaïne (6 à 8 mg/j, hors AMM) ;
- le ziconotide (0,25 à 0,50 µg/j).

L'utilisation de la bupivacaïne est également possible.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	0	9	25	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	80.00	20.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Manque de connaissance sur les posologies à utiliser Pourquoi ne pas avoir évoqué aussi la clonidine et le baclofène en perfusion intrathécale? cf article: Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2019) 20, 109-116, État

	des lieux interrégionaux de l'analgésie intrathécale - Analyses et perspectives, Julien Robert, Jérémy Sorrieul, Yves Marie Pluchon, Denis Dupoiron, Catherine Devys
Expert 7	Faut-il citer la clonidine ?
Expert 17	Pour le ziconotide: la fourchette des valeurs des doses à l'instauration du traitement m'apparaît dangereusement large. De plus, il me semble essentiel de préciser que le calcul initial des doses, tout autant les réadaptations ultérieures, doivent être assurés par un médecin ayant une compétence dans le domaine de l'algologie et habitué à l'utilisation de cette molécule. Je ne crois pas que la compétence et la responsabilité soient réduites au simple remplissage de la pompe.
Expert 20	Pour la morphine il est toujours intéressant de revenir en EMO et dans ce cas on est à 1/300ème de la dose PO
Expert 21	L'utilisation de la bupivacaïne est également possible. Ou plutôt la bupivacaïne peut remplacer la ropivacaïne (et indiquer les doses de bupivacaïne)

30

En cas d'insuffisance d'efficacité, il est nécessaire de se référer à un centre spécialisé dans cette technique.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	1	0	1	1	4	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	82.22	11.11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.50	92.50

Expert	Commentaires
Expert 5	Il faut se référer dès le départ à un centre spécialisé, dès l'initiation de ce type de traitement et non pas seulement en cas d'inefficacité (cf. pompes au ziconotide par exemple) La téléconsultation pourra être une aide au suivi des patients
Expert 7	Et même pour le suivi et l'adaptation des posologies ?
Expert 12	L'efficacité est conditionné (non exclusivement) au positionnement du cathéter lors de la pose (cf. texte long : région postérieure, région compatible avec les métamères cibles). Faut-il proposer une recommandation pour ce point précis ?
Expert 16	Cette phrase me paraît paradoxale "En cas d'insuffisance d'efficacité, il est nécessaire de se référer à un centre spécialisé dans cette technique." Car il est mentionné plus haut : " L'indication de cette technique d'analgésie est validée en réunion de concertation pluridisciplinaire par une équipe formée et spécialisée dans la technique. " Il paraît important de spécifier que cette technique doit être réalisée uniquement dans des centres formés à cette technique. Et pas uniquement "en cas d'insuffisance d'efficacité".
Expert 17	Vu la formulation de cette question, désaccord total, dans le sens que ce type d'analgésie doit être instaurée et suivie par un médecin ayant les compétences et son implication ne doit pas être anecdotique, au gré des inconvénients. De plus, sauf erreur de ma part, je n'ai pas trouvé dans le texte de référence à l'obligation d'un circuit de sécurité intra hospitalier des patients implantés, ayant du ziconotide entre autres.
Expert 20	NON il faut se référer à un centre spécialisé dès le départ
Expert 22	Nécessaire au regard de la technicité de la procédure
Expert 37	Ça suggère que des centres non spécialisés peuvent mettre en route cette technique ?

Les associations médicamenteuses, notamment entre morphine et ziconotide, sont synergiques et sont recommandées en première intention en cancérologie.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	4	0	0	5	21	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.82	68.18	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.09	90.91

Expert	Commentaires
Expert 7	Association du ziconotide systématiquement ? et pourquoi pas d'anesthésique ?
Expert 16	Préciser le niveau de preuve de cette recommandation (car faible littérature sur le sujet des associations) cf. argumentaire "L'efficacité des associations notamment morphine ziconotide a été prouvée dans des études de faible niveau de preuves. Les associations permettent de diminuer les effets secondaires liés au ziconotide principalement ceux qui sont sévères [19-22]." Il me paraît nécessaire de dire le niveau de preuve de cette affirmation.

Expert 17	Non, l'association n'est pas systématique le choix des molécules doit être fait par un médecin spécialisé et en fonction de critères précis
Expert 18	Pas forcément association d'emblée?
Expert 37	Préciser intrarachidien
Expert 41	Réticences de la revue PRESCRIRE
Expert 45	Important dans une reco adressée à tout praticien de rappeler ce qu'est le Ziconotide (Prialt), antagoniste des canaux calciques, strictement administré en intra rachidien en perfusion continue.

32

Le traitement par voie intrathécale est administré en continu associé à des bolus déclenchés par le patient.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	1	8	25	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	77.78	20.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 5	L'autoalgésie contrôlée par le patient est assurée uniquement en cas d'administration de morphiniques
Expert 7	"ou à sa demande"
Expert 12	Continu + bolus = première intention accord à 100% Faut évoquer dans la possibilité en cas d'échec par équipe experte des modes de perfusion alternatifs (séquentiel)?
Expert 17	Ou sans bolus, ça dépend La programmation avec possibilité de bolus est une option en fonction du cas
Expert 22	Si le patient est capable de pouvoir le faire et/ou comprend ce qu'il y à faire
Expert 27	Je n'ai pas d'expérience dans ma pratique infirmière pour ce type de prescription, mes connaissances sont insuffisantes pour répondre

► Mise en place de la technique et surveillance

33

Une espérance de vie estimée au-delà de 3 mois est habituellement admise pour proposer une pompe implantable. Cependant, cette limite doit être discutée en fonction de la situation clinique du malade et de l'amélioration de la qualité de vie espérée.

L'alternative est la pose d'un site d'administration implanté relié à une pompe externe.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	0	3	5	28	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.55	84.09	11.36

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.13	94.87

Expert	Commentaires
Expert 6	Bien expliquer la situation au malade pour qu'il puisse donner son avis en connaissance de causes
Expert 10	En théorie. La pratique montre que cela est difficilement réalisable (état clinique du patient, difficultés organisationnelles pour la préparation, risques infectieux, ...)
Expert 22	En accord avec une RCP
Expert 25	Le confort du malade doit primer donc la notion des 3 mois me paraît injustifiée
Expert 27	La limite admise doit pouvoir faire l'objet d'une discussion systématique pour toute situation clinique d'un patient dont l'espérance de vie peut être plus "courte", considérant en pratique que c'est davantage une estimation de cliniciens qu'une vérité absolue. L'expérience pratique nous démontre la difficulté à définir avec précision les périodes entourant la fin de vie dans les mois précédant le décès (phase ultime - phase agonique). Toutes les alternatives sont à proposer quel que soit le moment de la fin de vie précédant la phase ultime.
Expert 34	Il est parfois nécessaire en cas de posologie importante de l'anesthésique local de ne pas pouvoir avoir une pompe implantable et de garder un site avec pompe externe.
Expert 41	1 mois peut suffire !!
Expert 45	Il manque dans ces recommandations très techniques, un chemin d'aide à la décision afin - d'aider le médecin à évaluer avec le patient, la place de sa douleur rebelle dans sa qualité de vie et la part respective des différents symptômes dans l'altération de sa qualité de vie, - et d'indiquer au praticien une aide dans l'exposé des choix au patient

34

La surveillance post-opératoire est réalisée en unité de soins continus pendant 24 à 48 h pour repérer les complications liées au geste opératoire et au traitement (céphalées post-ponction, syndrome de sevrage, surdosage, etc.) (cf. tableau 1). La phase de titration dure en moyenne une semaine, ou moins en cas d'implantation précoce. Les opioïdes administrés par les autres voies sont arrêtés lorsque le traitement par voie IT est débuté.

(Voir dans le texte en fichier joint le Tableau 1. Complications les plus fréquentes de l'analgésie intrathécale.)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	0	1	9	24	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	79.55	18.18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 13	On ne comprend pas ce que veut dire "en cas d'implantation précoce (par rapport à quoi ? les douleurs rebelles ? le pronostic vital engagé > 3 mois ?) ni pourquoi cela influe sur la durée de titration.
Expert 17	Je n'ai pas pu ouvrir le fichier. Ceci dit, de mon expérience, en pratique le patient revenait dans le service après l'implantation, la pompe avait été remplie au bloc selon mes calculs et la surveillance je l'ai toujours faite dans le service. Si la recommandation prévoit que cette surveillance soit faite en soins continus, elle doit être rendue obligatoire pour assurer une homogénéité des pratiques.
Expert 20	D'où la nécessité d'avoir au préalable défini un vrai plateau technique et des professionnels de santé formés et disponibles ce qui fait écueil à beaucoup d'endroits
Expert 21	En unité de soins continus : est-ce vraiment ce qui se passe en pratique ? hospitalisation classique possible ?
Expert 22	Pas de commentaires
Expert 32	Une semaine pour équilibrer la douleur, c'est parfois court
Expert 45	Il est important de formuler des recommandations simples pour tous les autres praticiens amenés à assurer le suivi du patient là où il se trouve : domicile, EPHAD, service de spécialité...

► Conditions permettant de sécuriser l'administration de l'antalgie intrathécale

35

Une prescription du mélange d'antalgiques et anesthésiques à partir d'un logiciel dédié à la prescription de l'antalgie intrathécale est nécessaire afin de diminuer les erreurs et les risques de surdosage.

Afin de limiter le risque infectieux et les erreurs de préparation, la fabrication du mélange doit être réalisée en pharmacie hospitalière (pharmacie à usage intérieur : PUI) sous hotte à flux laminaire dans des conditions d'asepsie stricte par des préparateurs et pharmaciens formés. Dans ces conditions, la stabilité chimique du mélange dans les seringues stockées à 5°C est de 3 jours, et dans les poches à perfusion en polyoléfine stockées à 21°C est de 14 jours. Il est nécessaire de doser le mélange avant sa dispensation afin de contrôler les concentrations des antalgiques ou anesthésiques.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.91

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	1	0	1	1	1	5	21	13

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	64.44	28.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.38	90.62

Expert	Commentaires
Expert 10	Indispensable !
Expert 15	Préparation en structure spécialisée de pharmacie hospitalière : oui Les contrôles qualité sont nécessaires mais pourquoi faire un dosage de tous les mélanges avant dispensation si la stabilité en fonction de la concentration, du temps/température/contenant a été validé ?
Expert 16	Important pour la sécurité des patients
Expert 17	Oui, c'est très bien! Recommandations de bonnes pratiques jamais respectées jusqu'ici d'une manière systématique même dans un CHU que je connais
Expert 18	Les exigences de préparation et de contrôle restreignent fortement l'égalité d'accès à l'analgésie IT sur le territoire national Alors que beaucoup de centres le font sans cela avec des précautions d'asepsie très satisfaisantes depuis plusieurs années A vouloir être trop exigeant nous laissons de côté une grande partie de la population surtout dans les zones rurales et de déserts médicaux
Expert 21	« est nécessaire » : ne serait-ce pas plutôt "est préconisé"

	<p>Les erreurs viennent aussi des méconnaissances du logiciel !</p> <p>Ne serait-ce pas mieux de recommander que cette technique soit réalisée par une équipe en ayant suffisamment l'habitude car c'est probablement la trop grande rareté de ces interventions qui augmente les risques ?</p> <p>Je ne comprends pas le sens de la reco : "Il est nécessaire de doser le mélange avant sa dispensation afin de contrôler les concentrations des antalgiques ou anesthésiques. " prélèvement pour analyse et vérification des concentrations ???</p>
Expert 22	Pas de commentaires
Expert 32	Accord total mais je ne peux répondre sur la nécessité de doser le mélange avant dispensation. Je ne connais pas suffisamment l'ampleur du risque si non fait. A voir avec les pharmaciens. Attention au risque de complexifier trop la fabrication des poches et donc d'empêcher ou de limiter trop l'utilisation de cette technique?
Expert 34	<p>Certes j'en conviens dans le meilleur des mondes. mais nous ne disposons pas tous d'une PUI avec un temps dédié sus hotte pour préparer les solutions y compris pour une USP en Ile de France.</p> <p>C'est donc un vœu pieux pour l'instant. On attend en tout cas, l'ARS pour pouvoir nous aider à "centraliser" les préparations.</p> <p>Pourrions-nous mettre un bémol au "doit être en réalisé en PUI sous hotte à flux laminaire" ?</p>
Expert 45	A qui sont destinés ces reco : pharmaciens préparateurs hospitaliers ?

36

Les remplissages de la pompe interne ou le changement de poche en cas de pompe externe sont réalisés en milieu hospitalier dans des conditions d'asepsie stricte ou bien à domicile dans le cadre d'hospitalisation à domicile (HAD) par des personnels expérimentés.

La programmation de la pompe est un acte médical réalisé par un médecin formé.

Si le patient doit passer une IRM, le médecin doit s'assurer après du bon fonctionnement de la pompe implantée (reprogrammation si besoin).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.98

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	3	1	3	5	25	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	82.22	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.13	94.87

Expert	Commentaires
Expert 8	Dans certains territoires, l'HAD n'est pas plus compétente voire moins que des infirmières libérales formées en lien avec un prestataire sérieux, appuyées par un réseau ou une plateforme ou une EMSP. La mention HAD sur une reco officielle risque d'entraver l'organisation des soins par une structure libérale.
Expert 15	Remplissage de la cassette en milieu hospitalier : oui, c'est l'idéal en raison des conditions d'asepsie et des contrôles qualité réalisés. Mais pourquoi le faire en milieu hospitalier si le patient est hospitalisé et s'il arrive au domicile là, il suffit de personnel expérimenté ? Ce n'est pas très cohérent.
Expert 17	Le médecin formé doit assurer non seulement le remplissage mais surtout le suivi douleur et le calcul des réadaptations des doses et du mélange dans la pompe. Pour l'IRM, en cas de PIT, autorisé jusqu'à 3 T
Expert 22	Logique
Expert 24	Le remplissage de la pompe interne n'est pas réaliste à domicile
Expert 25	La programmation de la pompe peut être réalisée par une infirmière formée à condition que les doses soient indiquées clairement par le médecin
Expert 26	Pour l'HAD : très peu de centres experts, je propose : "ou bien à domicile dans le cadre d'hospitalisation à domicile (HAD) par des équipes expérimentées, et en garantissant les conditions requises de sécurité, de transport des produits et de leur administration à domicile"

Expert 34	Total désaccord pour le premier paragraphe. rien n'est prêt pour pouvoir valider cette recommandation (ni les HAD ni les PUI). accord total pour les deux autres paragraphes.
Expert 42	Remplissage à domicile ?

37

Il est préférable de ne pas faire d'injection sous-cutanée au niveau abdominal chez les patients ayant une pompe implantée.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.09

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	0	5	6	20	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	77.78	22.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 8	Même de l'autre côté ?
Expert 22	Pas de commentaires
Expert 34	J'enfoncerai le clou en rappelant le risque d'hématome avec les HBPM
Expert 43	Le mot "préférable" ne me semble pas assez précis.

► **Voie intra cérébro ventriculaire**

38

Le cathéter peut être placé par un neurochirurgien par voie chirurgicale ou monté par voie lombaire jusqu'au niveau de la citerne de la base du crâne.

Elle relève d'une indication spécialisée qui sera discutée par un centre expert.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	0	0	3	29	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	75.56	22.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 17	Neurochirurgien OU anesthésiste formé. Les centres experts en quoi exactement? Les centres de la douleur: l'intitulé ne garantit pas obligatoirement la compétence spécifique pour cette technique (sur le plan médical et pharmacologique) A mon sens il faut plutôt recommander que l'indication soit faite (et présentée en staff) par un médecin spécialiste de la douleur et formé pour les PIT.
Expert 26	Parler ici du Pancoadt Tobias (cf. Supra) et l'enlever de l'item précédent?
Expert 45	Avant de délivrer des informations techniques concernant les voies d'accès et les centres experts, il paraît important de préciser les indications de ces cathéters intra cérébro-ventriculaires à visée antalgique.

► Analgésie péridurale

39

L analgésie péridurale est une technique qui consiste à introduire un cathéter dans l'espace péridural pour administrer des antalgiques (opioïdes et anesthésiques locaux).

L'indication de l'analgésie péridurale reste limitée aux contre-indications de l'analgésie intrathécale.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	4	0	1	10	25	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	88.89	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 8	Cette formulation dépend de ce que vous retiendrez in fine comme contre-indications à l'analgésie intrathécale.
Expert 21	1 ^{ère} phrase : en quoi cela est-il une reco ???
Expert 26	L'indication de l'analgésie péridurale reste limitée aux contre-indications de l'analgésie intrathécale. Et aux espérances de vie très faibles??
Expert 33	Pourquoi APD limitée aux contre-indications de l'IT? Je n'avais pas cette notion
Expert 34	C'est aussi un test ou une indication d'attente à l'intrathécale.
Expert 36	Notamment lorsque l'espérance de vie du patient est très réduite
Expert 39	Indication à valider en RCP
Expert 45	Mais encore ??? En dehors de l'indication réservée aux contre-indications de la technique précédente, quelles sont les indications positives ?

40

Les doses d'anesthésique nécessaires plus élevées par voie péridurale que par voie intrathécale, ne permettent pas l'utilisation d'une pompe implantée. Il est toutefois possible de tunnéliser le cathéter et de le relier à distance à un site d'administration implanté en sous-cutané et à une pompe externe.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	3	0	2	6	21	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	71.11	26.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.03	96.97

Expert	Commentaires
Expert 21	Un site d'administration implanté en sous-cutané (chambre implantable) et à une pompe externe via une aiguille de Huber.
Expert 22	Trop technique par rapport à mon domaine - logique

41

Le risque de complications, notamment infectieuses, est plus élevé qu'avec la voie intrathécale.

Les contraintes de la surveillance sont les mêmes que celle de l'analgésie intrarachidienne.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.38

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	2	5	26	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	84.09	15.91

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Hypotension artérielle sévère et troubles moteurs exceptionnels avec la voie intrathécale.
Expert 21	Le risque de complications, notamment infectieuses, est plus élevé qu'avec la voie intrathécale. Est-ce vrai ? pas dans ma pratique (trop ancienne) avec des risques plus élevées en intrathécale, sauf bien sur circuit intrathécal fermé avec pompe implantée... Mieux vaudrait parler des filtres avec la péridurale et du rythme de changement des filtres avec une reco sur ce sujet...
Expert 33	Il me semblait que le risque infectieux était plus important avec l'intrathécale que l'analgésie péridurale

Expert 45	Et en dehors des services de spécialité ? Quel accompagnement en cas de problème de la pompe...
-----------	--

42

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté en lien avec l'équipe hospitalière ou en HAD.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.37

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	2	7	4	2	6	19	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	84.44	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.32	92.68

Expert	Commentaires
Expert 4	Mêmes réserves que pour ALR : effet ON/OFF sur la douleur si déplacement du KT

Expert 5	Suivi en HAD ou en service spécialisé au CHU
Expert 8	Je propose de dire : un professionnel de santé formé
Expert 12	Sous réserve accès 24/24 à l'équipe référente si problème technique (KT entre autre)
Expert 18	Mettre HAD après établissement médico-social
Expert 24	Quel professionnel de santé?
Expert 25	Idem 17 pas en EHPAD sans HAD
Expert 28	<p>Quel professionnel de santé peut réellement se dire expérimenté dans l'antalgie intrathécale à domicile, en EHPAD ou en EMS ? Cette phrase pourrait entraîner un refus de toutes ces structures de reprendre en charge leur patient au prétexte qu'elles ne se sentent justement pas expérimentées.</p> <p>Le suivi ne peut donc s'envisager qu'avec transmission d'un protocole de surveillance précis et éventuellement une formation sur site de l'équipe soignante, avec engagement de l'équipe référente ayant initié le traitement de rester disponible et d'assurer la possibilité d'une ré-hospitalisation de repli en cas de problème.</p> <p>Faut-il conditionner le suivi à domicile, en EHPAD ou dans un établissement médico-social à la possibilité de l'intervention d'une infirmière 24h / 24 ?</p>
Expert 32	Idem question 17
Expert 33	Toujours un peu dubitative pour le domicile
Expert 45	C'est là où il faut rédiger des recommandations sur l'outil de communication entre les équipes hospitalières spécialisées et les autres soignants engagés dans le suivi du patient : quelles informations donner ? quels problèmes peuvent se présenter ? quelles CAT en cas de problèmes ? quels recours en cas de problèmes ?

1.2 Prévention des douleurs provoquées en situation palliative chez l'adulte

► Douleur provoquée par les soins

43

L'accès douloureux paroxystique se subdivise en :

- douleur spontanée (ou idiopathique) et en ;
- douleur provoquée (prévisible ou non) composée de la :
 - douleur provoquée volontaire (mouvement volontaire) ou
 - douleur provoquée involontaire (hoquet, toux, etc.) ou
 - douleur procédurale ; cette dernière entité correspond plus à la douleur induite ou provoquée par les soins et les procédures diagnostiques.

La douleur induite en phase palliative avancée est une situation clinique qui donne lieu à de véritables réflexions éthiques sur la nécessité du soin potentiellement douloureux.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	3	1	6	32	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Qui doit être discuté avec le patient ++
Expert 7	Très bonne remarque sur la nécessité des soins potentiellement douloureux Cette rubrique précise donc que l'on considère maintenant que les soins provoqués sont des ADP et que le recours aux FAR peut être systématique ? Les ADP ne concernent ils pas théoriquement les patients cancéreux uniquement ? (non précisés dans ce paragraphe) ?
Expert 8	L'appellation "douleur provoquée volontaire" est surprenante : elle pourrait laisser à penser que le patient provoque volontairement sa douleur. En réalité c'est le

	mouvement qui est volontaire.
Expert 13	"cette dernière entité correspond plus à la douleur induite ou provoquée par les soins et les procédures diagnostiques" J'enlèverai le "plus" dans cette phrase
Expert 20	Oui cela repose sur le principe de proportionnalité " ce n'est pas parce qu'on peut qu'il faut"
Expert 21	Cette définition laisse un flou concernant les douleurs à type de décharge électrique (douleur neuropathique) qui, stricto sensu, d'après cette définition pourraient faire partie des ADP. Il parait important d'exclure ces décharges des ADP. La littérature sur les fentanyl transmuqueux a trop mélangé les patients inclus dans les études, incluant aussi ces patients avec décharges électriques... d'où des résultats peu exploitables de certaines études.
Expert 37	La phrase est mal libellée: y a-t-il des réflexions éthiques non véritables ? C'est mieux de dire bénéfice-risque ?
Expert 45	Tout à fait d'accord sur l'évaluation de la pertinence du soin En revanche, les distinctions, souvent difficiles à opérer, n'ont de plus, pas d'incidence thérapeutique dans les items qui suivent.

► Traitement antalgique

Opioïdes

44

Ils doivent être utilisés en cas de douleur nociceptive intense. Avant de les prescrire une évaluation du risque d'abus, d'usage détourné, et d'intoxication accidentelle doit être réalisée comme avant toute utilisation d'opioïde ; le traitement opioïde en cours guidera le choix de la molécule.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.19

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	0	2	0	4	6	30	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	93.33	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 5	Évaluation du risque de mésusage : « Opioid Risk Tool » (cf. recommandations de la SFETD) même si le risque de détournement en pathologie cancéreuse est peu fréquent par rapport aux douleurs non cancéreuses
Expert 6	Discussion nécessaire avec le patient sur le ressenti de la douleur, le vécu de cette douleur, la nécessité de la supprimer totalement ou que partiellement
Expert 7	Il s'agit ici des opioïdes forts, peut-être faudrait-il citer les opioïdes faibles ?
Expert 8	Dans le contexte de douleurs rebelles en situations palliatives (qui est celui de ce document), la réserve sur le risque d'abus et d'usage détourné ne me semble pas appropriée. Il y a plus un risque de traitement insuffisant des douleurs provoquées que d'abus. Je ne comprends pas en quoi le traitement opioïde en cours guidera le choix de la molécule. Le choix de la molécule reposera plutôt sur la durée des épisodes douloureux et sur la voie d'administration possible.
Expert 21	Certains opioïdes gardent l'indication "cancer" dans leur RCP (hydromorphe ? et peut-être d'autres)
Expert 22	Pas de commentaires
Expert 24	Pourquoi évoquer ici le risque d'abus?
Expert 26	Peut-être faut-il aussi reprendre ici la nécessaire évaluation minutieuse de la douleur? A insérer après "avant de les prescrire"
Expert 42	En soins palliatifs, risque d'abus à évaluer Ceci reste très "théorique". L'objectif est de réduire la douleur
Expert 43	Manque de précision

Expert 45	Refus d'évaluation SYSTEMATIQUE du risque d'abus : il s'agit d'une procédure qui vise à protéger le seul médecin et non pas dans l'intérêt du malade
-----------	--

45

La pharmacocinétique des produits utilisés en cas de douleur induite doit être prise en considération pour le choix de la molécule et de la voie d administration. Il faudra tenir compte du délai d action de la molécule utilisée, de la voie d administration et surtout de la durée d action de la molécule choisie. Les opioïdes sont disponibles par voie PO, SC, IV ou transmuqueuse (fentanyl sublingual, jugal, gingival ou nasal).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	4	36	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.78	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 14	Il faudrait plus insister sur l'importance de tenir compte du délai d'action : nécessité de planifier l'administration de l'interdose en fonction du soin
Expert 21	Pourquoi ne plus citer les voies intrathécale, péridurale, intracérébroventriculaire dont vous avez parlé plus haut ?
Expert 22	Rien à ajouter sur ce point
Expert 24	Pas assez pratique, la pharmacocinétique est mal connue des généralistes: intérêt de préciser les délais et durées d'action des molécules, éventuellement dans une annexe
Expert 26	Rajouter que les molécules à libération prolongée ne sont pas adaptées au traitement de la douleur provoquée par les soins en elle-même mais sont utiles pour équilibrer le traitement de fond
Expert 37	Bien sûr !! N'est-ce pas une évidence ?
Expert 40	Dans le cadre d'une douleur induite par les soins, le pic d'action est beaucoup plus important que le délai d'action (qui représente le début de l'action du médicament). Le soin se réalise au pic d'action du médicament et non au début du délai d'action, afin d'avoir l'efficacité maximale de la thérapeutique administrée durant le soin. Cette notion me semble capitale pour une prise en charge efficace de la douleur induite par le soin, tout comme la durée prévisible du soin qui pourra guider le choix de la prémédication. Remarque: voie PO ou SC pour la morphine et l'oxycodone, le début d'action est à 20 minutes, le pic d'action est obtenu au bout de 1 heure avec un plateau de l'action qui peut durer jusqu'à 2h environ.
Expert 43	Manque de précision

46

La morphine ou l'oxycodone PO sont à utiliser tant que la douleur de fond n'est pas équilibrée de manière stable.

Les fentanyl transmuqueux d'action rapide doivent être prescrits en cas de douleurs intenses survenant sur un traitement opioïde de fond équilibré. Les doses doivent être titrées. La dose peut être prise de manière anticipée en cas de soins douloureux (Accord d'experts).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.96

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	2	2	1	3	6	28	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	8.89	88.89	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.09	90.91

Expert	Commentaires
Expert 2	La morphine et l'oxycodone peuvent être utilisés dans la prévention des douleurs induites en tenant de leur délai d'action. Les fentanyl transmuqueux ne peuvent être prescrits que si le patient présente des ADP et si son traitement de fond est égal ou supérieur à 60 mg de morphine orale par jour (ou équivalent) depuis plus de sept jours.
Expert 4	ADP peuvent exister en dehors de l'équilibre du traitement de fond
Expert 5	Les fentanyl transmuqueux d'action rapide doivent être prescrits en cas de douleurs intenses survenant sur un traitement opioïde de fond équilibrés, dans un contexte de pathologie cancéreuse (cf. AMM et fiche de bon usage HAS 2017)
Expert 6	Discussion avec le patient pour qu'il intègre bien les temps de prise selon l'intensité de la douleur ressentie
Expert 8	Cette reco porte plutôt sur les douleurs spontanées que sur les douleurs provoquées. A-t-elle sa place dans le chapitre 1.2 ?
Expert 12	Le choix dépend de la durée d'action et de la durée de la douleur procédurale. Si le plus souvent des molécules de durée d'action plus courte que morphine ou oxycodone seront utilisées, il ne me semble pas possible d'être aussi catégorique que la proposition 46. En l'état elle peut se résumer à - interdose oxycodone morphine tant que la douleur de fond n'est pas équilibrée

	<p>- fentanyl transmuqueux une fois la douleur équilibrée ("doivent")</p> <p>Ceci contredit en partie la proposition 45 qui pose le principe de la réflexion et de l'individualisation du traitement.</p> <p>Si le patient est perfusé, une interdose de fentanyl IV est moins aléatoire qu'une première prise de fentanyl transmuqueux dont la biodisponibilité est très variable selon les patients.</p>
Expert 16	<p>Attention à la prescription de fentanyl d'action rapide par voie transmuqueuse qui doit bien être que dans la douleur cancéreuse pendant des accès douloureux paroxystique (phrase pouvant porter à confusion)</p>
Expert 17	<p>Opioïde PO - à nuancer, délai d'action relativement long ; si douleur trop active, préférer la voie IV (action rapide)</p> <p>Fentanyl TD : éviter l'utilisation <i>larga manu</i>, max 4 x / 24h</p>
Expert 20	<p>Les fentanyl transmuqueux ne peuvent être prescrits que si le patient bénéficie d'au moins 60mg d'EMO</p>
Expert 21	<p>Le PO est une des possibilités mais en cas de douleur déséquilibré, il est parfois préférable d'instaurer un traitement rapide par voie IV (PCA notamment)</p> <p>La dose peut être prise de manière anticipée en cas de soins douloureux (Accord d'experts). Dans ce cas, exigez-vous qu'il y ait une dose de fond d'opioïde ? Voir même une dose de fond minimale pour pouvoir utiliser du fentanyl transmuqueux pour soins douloureux ???</p>
Expert 24	<p>Moyennement clair : question de la différence entre une recrudescence douloureuse nécessitant une interdose de l'opioïde habituel et un accès paroxystique à traiter par un fentanyl</p>
Expert 26	<p>Suggestion : La morphine ou l'oxycodone PO (à libération prolongée et à libération immédiate) sont à utiliser tant que la douleur de fond n'est pas équilibrée de manière stable.</p>
Expert 31	<p>MORPHINE ET OXYCODONE LI PO sont à utiliser...</p>
Expert 34	<p>Il faut peut-être dépasser la définition des ADP pour les fentanyl.</p> <p>C'est la cinétique qui est intéressante. S'en priver si théoriquement, une douleur de fond n'est pas stabilisée, c'est une perte de chance de soulagement.</p>
Expert 37	<p>Je ne comprends pas : ne s'agit-il pas de recommandation pour anticiper la douleur liée à un soin ? et donc pourquoi mettre la dose "peut être prise de manière anticipée..." ce devrait être doit</p>
Expert 43	<p>Manque de précision</p>

Gaz

MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote)

L usage du MEOPA est recommandé en cas de douleur induite par les soins, associé à une surveillance du risque de convulsion (grade B).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	3	1	0	3	6	31	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	91.11	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.82	93.18

Expert	Commentaires
Expert 5	Cf. PGR MEOPA (AFSSAPS) Il n'y a pas de risque convulsif à surveiller, mais une éventuelle sédation, plus marquée en cas d'association aux morphiniques ou psychotropes
Expert 7	Il faudrait préciser les contre-indications (neurologiques, cognitives, psychiatriques, pulmonaires, digestives etc.) ?
Expert 20	Il est intéressant de pouvoir y associer l'hypnose médicale et peut être que les casques de réalités virtuelles ont un avenir dans cette indication afin de dissocier le patient le temps du geste

Expert 21	"associé à une surveillance du risque de convulsion". Pourquoi cette insertion ? Cela ne fait pas partie des effets indésirables classiques du protoxyde d'azote... Quelle fréquence pourrait justifier cette insertion ?
Expert 22	Par un personnel de santé formé
Expert 24	Faut-il préciser ici le risque de convulsion ? A la lecture cela dissuade d'utiliser le MEOPA alors que le risque de convulsion est peu important! le MEOPA est très utile pour des gestes simples, des pansements, des toilettes douloureuses cf. argumentaire scientifique Intérêt de donner des exemples d'utilisation Par rapport à la mention risque de convulsion, pourquoi l'isoler, soit on cite tous les effets secondaires soit aucun, l'important est que les professionnels soient formés
Expert 32	Je ne vois pas l'intérêt de rajouter "associé à une surveillance du risque de convulsion" ici. Certes, le risque est identifié, ceci étant il n'est pas majeur. Il faudrait peut être plutôt remettre par des personnes formées (qui donc connaîtrons tous le risque, y compris celui de convulsion...)
Expert 37	Par les soins ou par un soin ?
Expert 40	Ne faut-il pas rappeler le risque de potentialisation des effets des opioïdes et des psychotropes associé à l'utilisation du MEOPA ? (surtout lorsqu'il est utilisé chez des patients âgés fragiles le plus souvent avec le masque tenu par un soignant) Surveillance d'une agitation paradoxale liée à l'utilisation du MEOPA ?
Expert 45	C'est le lieu d'indiquer simplement les éléments de formation nécessaires aux professionnels

48

La formation des personnels de santé doit être diffusée le plus largement possible.

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière ou en HAD.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	1	6	33	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	93.33	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 5	Cf. revue Douleur : MEOPA et sujet âgé : faisabilité et freins à son utilisation en institution (Capriz F.)
Expert 8	Le suivi et l'usage
Expert 15	Formation et professionnel de santé indispensable. Le suivi peut être réalisé au domicile mais avec un encadrement sécurisé incluant tous les aspects du circuit du MEOPA notamment le transport sécurisé et le stockage : limiter le stockage au domicile du patient (car c'est un gaz comburant), sinon sécuriser les bouteilles.
Expert 18	Mettre HAD après établissement médico-social
Expert 22	par un personnel de santé formé
Expert 25	IDEM 17 pas en EHPAD sans HAD
Expert 37	La formation à quoi ? Quel suivi ?

Méthoxyflurane
49

Gaz à visée antalgique en auto-administration (inhalateur de 3 mL renouvelable une fois), le méthoxyflurane est actuellement indiqué (AMM) pour le soulagement d'urgence des douleurs modérées à sévères associées à un traumatisme chez des patients adultes conscients. Ce traitement relève de l'usage professionnel.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	0	1	2	0	3	4	19	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	11.11	62.22	26.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	15.15	84.85

Expert	Commentaires
Expert 8	La place du méthoxyflurane ne me paraît pas suffisamment mentionnée en soins palliatifs pour apparaître dans les recos actuelles.
Expert 21	Ce traitement relève de l'usage professionnel. Alors, si cela relève de l'usage professionnel très spécialisé, pourquoi en faire une reco ???
Expert 22	Pas de commentaires
Expert 24	Recommandation pas assez précise, on ne comprend pas comment l'utiliser dans les douleurs induites et lesquelles et pour qui
Expert 26	Ne doit pas figurer ici à mon sens ni être cité
Expert 32	Pas de connaissance sur ce produit
Expert 34	Cela sort de mon domaine de compétence. Je ne connais pas.

Expert 37	De l'usage "spécialisé" ? ou très "spécialisé" le terme « professionnel » est curieux
Expert 45	Penthrox (Méthoxyflurane) Dans avis HAS 2017, le service médical rendu est modéré ; pas d'évaluation dans dans le cas de douleurs très sévères.

50

Les contre-indications sont l'hyperthermie maligne et l'insuffisance rénale.

Le méthoxyflurane peut déclencher une hyperthermie maligne.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	0	1	3	5	18	15

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	60.00	33.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Comme tous les halogénés. Pathologie extrêmement rare
Expert 5	Autres contre-indications: hypersensibilité à la substance active, ATCD d'effets indésirables graves après administration d'anesthésique inhalés
Expert 8	Pourquoi mettre en évidence ces deux contre-indications parmi les 9 citées dans le Vidal ?
Expert 21	Cette reco n'a aucun intérêt : les spécialistes (anesthésistes...) connaissent et les autres n'ont pas besoin de connaître !
Expert 22	Le méthoxyflurane reste néanmoins une alternative.
Expert 26	Idem en lien avec la proposition ci-dessus, risque d'induire du mésusage
Expert 28	Les principales contre-indications sont l'hyperthermie maligne et l'insuffisance rénale.
Expert 32	Pas de connaissance sur ce produit
Expert 34	Idem
Expert 37	Antécédent d'hyperthermie maligne je suppose
Expert 45	Quelles sont les informations importantes à délivrer sur l'usage de ce gaz ?

2. Pratiques sédatives en situations palliatives

2.1 Contexte général

2.1.1 Différents types de sédations

Il existe deux catégories de sédation :

- les sédations proportionnées, c'est-à-dire de profondeur et de durée proportionnelles au soulagement du symptôme ; certaines situations de détresse vitale nécessitent un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, choc hémorragique par exemple) ;
- les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD) ;

Les sédations proportionnées peuvent être légères ou profondes selon l'intensité du symptôme à soulager. La plupart du temps, un niveau de sédation équivalent à un score RASS -2, -3 suffit ; parfois, un niveau de sédation plus profond est nécessaire, souvent en situation d'urgence (RASS -4). Le niveau de sédation recherché peut varier au cours du temps afin de s'adapter aux besoins du patient. De plus, les sédations proportionnées peuvent être transitoires ou devenir continues (maintenues jusqu'au décès) en fonction de la durée du symptôme qui le nécessite. Elles correspondent aux sédations P1 ou P2 et D1, D2 ou D3d de la typologie SEDAPALL :

- Les sédations proportionnées transitoires peuvent être courtes (dose initiale unique) ou prolongées (dose initiale + dose d'entretien). L'administration d'une dose unique peut en effet parfois permettre une sédation de durée suffisante au soulagement du symptôme (douleur induite courte ou symptôme rapidement soulagé par la réadaptation du traitement de fond). A l'

inverse, un symptôme se prolongeant au-delà de la durée d'action de la dose initiale nécessitera une dose d'entretien. On préférera alors des traitements de longue durée d'action.

- Les sédations proportionnées continues peuvent être maintenues jusqu'au décès. Elles diffèrent cependant de la sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, par le fait que, comme pour les sédations transitoires, le niveau de sédation s'adapte au degré de soulagement du symptôme. Elles ne sont donc pas forcément profondes mais sont toujours réversibles (contrairement à la SPCMD).

Les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, ont pour objectif un niveau de profondeur de la sédation (RASS -4, -5), quel que soient les besoins liés aux symptômes du patient. Le niveau de sédation sera maintenu profond jusqu'au décès du patient (SEDAPALL P2 D3a, b ou c). Dans ce contexte, l'ensemble des traitements de maintien artificiel en vie, dont la nutrition et l'hydratation doivent être arrêtés. Les indications, le processus de décision, l'organisation, l'évaluation et la surveillance d'une sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, ont été abordées dans le guide du parcours de soins de la HAS1.

2.1.2 Prise en charge des symptômes

51

En dehors du cadre particulier de la sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, la réalisation d'une sédation en situation palliative n'est recommandée qu'après mise en œuvre de l'ensemble des bonnes pratiques de contrôle des symptômes.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	6	0	0	4	33	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	95.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 3	Votre excellente introduction précise bien qu'il y a 2 grands types de sédation Il faut donc préciser, la sédation "proportionnée" en situation palliative n'est recommandée
Expert 6	Et l'accord du patient et/ou de son entourage
Expert 9	J'ai bien lu dans le paragraphe précédent que ce qui concerne la SPCMD est traité dans le guide du parcours de soins de la HAS mais en l'état, la phrase est ambiguë et pourrait laisser penser qu'il n'y a pas de bonne pratique concernant la SPCMD. Cette phrase est ambiguë
Expert 17	+ accompagnement psychologique renforcé du patient + information + discussion éthique pluriprofessionnelle (éviter la banalisation)
Expert 20	Tous les moyens doivent être mis en place pour soulager eu égard au contexte
Expert 21	"Il existe deux catégories de sédation : " oui si on ne s'intéresse qu'à la dimension "profondeur" (p1 ou P2) mais 24 catégories selon Sédapall simplifié (avec les 3 dimensions profondeur, durée, consentement et... 126 si on prend Sédapall détaillé ! 1 - pourquoi en faire une reco alors que cela ne concerne pas directement le sujet (médicament) et que cela est déjà largement débattu et commenté ailleurs (guide HAS, fiche SFAP) 2 - on parle de sédation pour souffrance réfractaire et pas uniquement pour symptôme réfractaire 3 - le caractère réfractaire est clairement défini (guide HAS, fiches SFAP) en rappelant que tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été PROPOSES et /ou mis en œuvre. 4 - la loi du 2/2/2016 en fait une obligation et non une recommandation : art 1110-5-3 : le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade etc....
Expert 26	A corriger : En dehors du cadre particulier de la sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, la réalisation d'une sédation en situation palliative n'est recommandée qu'après mise en œuvre ET ECHEC de l'ensemble des bonnes

	pratiques de contrôle des symptômes.
Expert 28	La mise en œuvre de l'ensemble des bonnes pratiques de contrôle des symptômes s'applique aussi dans le cadre particulier de la sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès ! J'aurais limité la phrase à : La réalisation d'une sédation en situation palliative n est recommandée qu'après mise en œuvre de l'ensemble des bonnes pratiques de contrôle des symptômes.
Expert 32	Certaines détresses massives (notamment respiratoires ou hémorragiques) peuvent nécessiter une sédation d'emblée
Expert 33	Si toutefois l'angoisse liée à la situation a bien été prise en compte
Expert 36	Lors d'une sédation profonde est continue maintenue jusqu'au décès, il faut également que soit mise en œuvre l'ensemble des bonnes pratiques de contrôle des symptômes. C'est ce qui permet d'entrer dans le cadre "symptôme réfractaire", qu'il soit existant ou prévisible (lors d'un arrêt de traitement). Attention de ne pas amener trop de confusion.
Expert 37	Traitement antalgique notamment
Expert 45	Cet item laisse entendre que l'ensemble du tableau clinique du patient, ainsi que son évolution, ne dépendent que des seules décisions médicales, et non de la situation pathologique du patient - en l'occurrence palliative, ce qui signifie, fragile et critique. Par ailleurs, il arrive que devant des symptômes tels qu'une anxiété, une dyspnée, des traitements anxiolytiques participent à soulager le patient; ceux-ci peuvent concourir à un état de sédation.

52

Une sédation n est pas le traitement d un symptôme ou d une souffrance encore incorrectement évaluée ou traitée. Le corolaire en est la nécessité de compétences et de formation à la prise en charge symptomatique et à l accompagnement de la souffrance par des équipes soignantes mettant en œuvre des sédations pour détresse chez des patients en situation palliative. La collaboration d équipes référentes en soins palliatifs pour les situations souvent complexes qui conduisent à indiquer une sédation, est recommandée avant ou très rapidement après sa mise en œuvre.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.09

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	4	1	4	2	32	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	95.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 2	La collaboration avec une équipe expérimentée est recommandée avant la sédation et non très rapidement après (il est difficile de revenir sur une prise de décision inappropriée).
Expert 3	Encore une fois, préciser sédation "proportionnée"
Expert 7	LORS de sa mise en œuvre
Expert 9	Etre formé et avoir des compétences est une chose, être expérimenté en est une autre. Dans ce contexte, la collaboration avec une équipe référente en SP devrait être plus que recommandée en particulier pour les prises en charges au domicile hors HAD.
Expert 14	Il serait bon d'insister sur la nécessité d'une décision pluridisciplinaire entre l'équipe en charge du patient et l'équipe de soins palliatifs, décision qui doit être tracée dans le dossier du patient
Expert 17	EMSP - il vaut mieux avant la mise en œuvre
Expert 18	Il faut faire appel à une structure douleur si douleurs incontrôlées en plus de l'équipe de soins palliatifs avant la sédation
Expert 20	Il faut toujours faire valider la mise en œuvre d'une sédation par une équipe spécialisée afin de ne pas passer à côté d'une alternative thérapeutique. Cette équipe a aussi un rôle dans le suivi et la mise en œuvre.
Expert 21	Mais pourquoi reformuler ce qui est déjà dit dans le guide HAS pour la SPCMD

	<p>(chaque mot avait été "pesé") et qui pourrait être repris intégralement pour les autres pratiques sédatives :</p> <p>"l'équipe qui prend en charge le patient s'appuie sur les structures disponibles : réseau, EMSP, HAD disposant d'une équipe ayant les compétences en soins palliatifs. En leur absence, elle prend contact avec une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir un médecin référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable pour des conseils pharmacologiques (cf. focus 1). Le développement de la télémédecine pourra faciliter les échanges avec ce médecin référent ;</p>
Expert 25	Corollaire avec deux I
Expert 26	<p>Compétences et formations recommandées pour deux raisons : connaissance technique et collégialité prévue par la loi.</p> <p>A mon sens la collégialité doit être mentionnée ici puisqu'opposable médico-légalement</p>
Expert 28	En dehors du cas particulier de la sédation transitoire pour soulagement d'insomnies réfractaires, une sédation n'est pas le traitement d'un symptôme ou d'une souffrance incorrectement évaluée ou traitée.
Expert 37	<p>Le paragraphe englobe plusieurs idées par forcément liées.</p> <p>Est-ce que ça suggère que les équipes de cancérologie, de neurologie, de réanimation ne sont pas à même de bien conduire la sédation ?</p> <p>Est-ce que cela suppose que la sédation n'est mise qu'en situation de détresse ?</p>
Expert 45	<p>Ce n'est pas la sédation qui constitue le traitement d'un symptôme de souffrance. Mais d'une part,</p> <ul style="list-style-type: none"> - les acteurs de soins palliatifs doivent promouvoir le partage de compétence avec l'ensemble des soignants accompagnant des patients relevant de soins palliatifs - d'autre part, préciser comme nous l'avons fait dans l'encadré précédent, que des traitements introduits pour le soulagement de symptômes de souffrance peuvent concourir à provoquer un état de sédation

2.1.3 Evaluation clinique

53

Une évaluation clinique est recommandée tout au long de la sédation pour évaluer son effet et détecter une efficacité insuffisante, à l'aide d'outils d'évaluation standardisés (cf. guide du parcours de soins de la HAS1) :

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	0	6	37	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	95.56	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 20	Il s'agit là d'évaluer la vigilance avec l'échelle de Richmond et non plus la simple RUDKIN
Expert 21	Attention à la formulation : peut-on parler de "la sédation" ? Evidemment non (voir commentaire reco 51) mais des pratiques sédatives. Et pour une sédation ponctuelle, c'est bien différent que pour une sédation de durée plus longue...
Expert 45	Contre l'abus d'utilisations standardisées aux dépens de la relation de soins et l'accompagnement des proches et des équipes.

54

Outre l'évaluation clinique de l'équipe de soins, les trois critères qui conduiront à adapter les posologies, ajouter ou changer de médicament, sont :

- la profondeur de la sédation : échelle de vigilance-agitation de Richmond de - 4 à - 5 ou score de Rudkin à 5 (cf. annexe 3);
- le degré de soulagement du patient : soulagement du symptôme réfractaire à l'aide d'échelles d

hétéro-évaluation, en l'absence de stimulation et durant les soins :

- douleur : Algoplus, Echelle observationnelle comportementale (EOC - version française de « BOS-3 » : Behavioral Observation Scale 3), évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)⁶, etc.,
- dyspnée : Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)] ;
- les effets indésirables : réveil avec syndrome confusionnel, tachyphylaxie avec nécessité d'augmenter les doses, dépression respiratoire, vomissements, etc.

⁶ Disponible sur le site de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) :

http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/ecpa_echelle.pdf

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	0	3	6	31	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	91.11	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires

Expert 8	Pourquoi donner des chiffres de RASS dans cette reco, alors que l'objectif en termes de profondeur peut être ajusté à chaque situation singulière ?
Expert 12	Les échelles validées sont fondamentales mais il ne faut pas réduire à néant la valeur (relative) de l'examen clinique si l'objectif est une douleur réfractaire : absence de signes comportementaux à la douleur provoquée, abolition réflexe cornéen...
Expert 17	Préciser qu'on parle de la sédation profonde sinon confusion (Rudkin 5 et sédation proportionnée...)
Expert 19	Il faut ajouter la 3 ^{ème} complication de la SPCMJD : la famille qui ne supporte plus ! surtout à domicile ... Ce conflit grave qui peut survenir fait le lit de la demande d'euthanasie immédiate et surtout peut marquer l'impossibilité de poursuivre la sédation à domicile. Se pose alors la question de l'hospitalisation d'un malade sédaté... c'est compliqué !!
Expert 21	On mélange ici plusieurs pratiques sédatives : 1 - dans une sédation proportionnée, ce qui compte en 1 ^{er} , c'est l'évaluation du degré de soulagement du patient; la profondeur de la sédation ne vient qu'après pour déterminer quelle profondeur est nécessaire pour soulager le patient : une sédation légère (Richmond -2 ou -3) a-t-elle suffi ou non ? si la réponse est non, on approfondit pour obtenir une sédation profonde (Richmond -4 ou -5) 2 - dans une sédation d'emblée profonde (P2 de sédapall), on s'intéresse d'abord à la profondeur visant un Richmond à -4 ou -5 3 - le score de Rudkin ne peut plus être recommandé en 2019... Dommage d'y faire encore référence. voir les critiques SFAP, HAS, communications en congrès etc...
Expert 24	Score de rudkin de 1 à 5!
Expert 26	Préciser échelles d'hétéro-évaluation ADAPTEES
Expert 34	Personnellement, je ne vois pas l'utilité du RDOS dans un contexte de sédation. Cette échelle a-t-elle été traduite en français ? Oublions complètement le Rudkin !
Expert 45	Bien souvent la clinique suffit cf. commentaire précédent

55

Les causes d'agitation (douleur, constipation, globe vésical) doivent être éliminées. Les cas échéant, les opioïdes, un sondage vésical ou l'évacuation d'un fécalome doivent être discutés.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	4	35	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.45	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 10	Angoisse --> anxiolytiques
Expert 12	Si les causes d'agitation doivent être citées, il ne faut pas les réduire aux 3 étiologies mises entre parenthèses. Toutefois, ceci nécessiterait un chapitre spécifique ce qui n'est pas l'objectif des recommandations. Garder simplement "les causes d'agitations doivent être éliminées"
Expert 26	Nous sommes dans un contexte de symptôme réfractaire, donc tous les diagnostics différentiels responsables de symptômes, pas uniquement d'agitation, doivent être éliminés Je trouve cet item trop focalisé (même s'il est vrai), il faut une approche plus générale
Expert 34	C'est perturbateur dans le cas où une sédation est faite pour une douleur rebelle.
Expert 37	Ceci me paraît totalement hors sujet ou très mal placé

L adaptation des traitements symptomatiques concomitants sera poursuivie en fonction de la douleur évaluée.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.19

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	1	2	3	3	32	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.55	93.18	2.27

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires
Expert 8	Je dirais : "en fonction des souffrances évaluées" et non de la douleur, car il peut y avoir des traitements symptomatiques pour d'autres souffrances que la douleur : ex. diurétique pour dyspnée cardiaque, octréotide pour occlusion ... Ces traitements peuvent, dans certains cas, être maintenus sous sédation. Par ailleurs, il semblerait intéressant de mettre systématiquement et préventivement le patient sous anticholinergique, lors d'une sédation continue,

	afin de limiter l'encombrement respiratoire. Ceci pourrait être évoqué. Voir l'article ci-dessous
Expert 12	La problématique ne se limite pas aux traitements symptomatiques de la douleur
Expert 16	"L'adaptation des traitements symptomatiques concomitants sera poursuivie en fonction de la douleur évaluée" Erreur dans la phrase mettre à la place de "de la douleur évaluée" = "des symptômes évalués"
Expert 17	Douleur et tout autre symptôme générateur d'inconfort (ex encombrement bronchique terminal, hyperthermie...)
Expert 20	Attention à ne pas estimer la douleur lorsque le patient est sédaté
Expert 21	Cela ne traite pas du vrai problème des sédations prolongées: les réveils liés à la douleur lors des nursing qu'il faut anticiper par des antalgiques. mais c'est déjà recommandé dans le guide HAS p 30 : "la possibilité d'un réveil, notamment lors des soins ou du nursing, est anticipée par l'injection ponctuelle d'une dose complémentaire d'antalgique et de sédatif." à reprendre pour toute pratique sédatrice prolongée (Sédapall : D1 sauf D1a, D2 ou d3)
Expert 22	Toujours selon RCP
Expert 31	Pas très clair !!!
Expert 37	Ça dépend quels traitements symptomatiques (antibiotiques, anticoagulants...) dont le maintien ou non dépend de la stratégie adoptée: sédation temporaire ou accompagnement de fin de vie. Par contre insister sur la nécessité d'associer le traitement antalgique en cas de douleurs

2.1.4 Contraintes organisationnelles

57

La réalisation des SPCMD peut se faire en tout lieu de soins, y compris au domicile. Cependant, en cas de réalisation hors secteur hospitalier de court séjour et du fait des contraintes décrites précédemment, l'anticipation d'un lit d'hospitalisation de recours.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	4	1	1	0	6	1	3	3	24	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	13.33	82.22	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.95	86.05

Expert	Commentaires
Expert 4	Syntaxe à revoir ou phrase non terminée?? "...l'anticipation d'un lit de recours EST NECESSAIRE???, EST A ORGANISER????" On comprend l'idée, même si cette planification paraît illusoire
Expert 5	Cette réalisation peut se faire en MCO, mais également en SSR sans nécessité de lit d'hospitalisation de recours (cf. lits dédiés SP en SSR)
Expert 17	Préciser le but de l'hospitalisation: pour initier la sédation et assurer la réadaptation des traitements de confort ou plutôt comme lieu "privilegié" du décès? Dans ce 2 ^{ème} cas, ce n'est pas la mission d'un service hospitalier, l'accompagnement peut se faire à domicile ou en institution.
Expert 18	Il est compliqué de garder un lit libre au vue des manques de places en structures et accueillir un patient juste pour une sédation est difficile pour le patient ses proches et les équipes Il faut anticiper au maximum
Expert 20	Je ne cautionne pas la mise en place d'une sédation à domicile
Expert 21	Redite du guide HAS... Attention, vous êtes dans la rubrique "contexte général" (2.1) et parler de SPCMD (2.3). Mais vous pourriez remplacer SPCMD par "la mise en œuvre d'une pratique sédative"
Expert 22	Doit faire appel à la pluridisciplinarité

Expert 23	Revoir la formulation grammaticale il manque un verbe? Je propose : "cependant, en cas de réalisation hors secteur hospitalier de court séjour et du fait des contraintes décrites précédemment, il est nécessaire d'anticiper sur la disponibilité d'un lit d'hospitalisation de recours."
Expert 24	A domicile: nécessité d'une HAD?
Expert 25	N'est-ce pas impossible dans les faits ? Doit-on garder cette reco ?
Expert 26	"l'anticipation d'un lit d'hospitalisation de recours" : il manque un verbe Je pense qu'il ne faut pas inciter à la SPCMD au domicile, qui certes est possible, mais franchement compliquée car contraintes organisationnelles majeures, grande hétérogénéité sur le territoire et problématique non résolue du midazolam (PJ)
Expert 28	La réalisation d'une sédation, notamment d'une SPCMD, peut se faire en tout lieu de soins, y compris au domicile. Cependant, en cas de réalisation hors secteur hospitalier de court séjour et du fait des contraintes décrites précédemment, l'anticipation d'un lit d'hospitalisation de recours est nécessaire.
Expert 30	Phrase non terminée : "l'anticipation d'un lit d'hospitalisation de recours doit être prévue.."
Expert 32	En pratique difficulté ++ à domicile
Expert 34	Je crois que c'est le moment de dire qu'une sédation est quasiment impossible au domicile ou en EHPAD vu les problématiques organisationnelles actuelles. Qu'on arrête l'hypocrisie ambiante après que j'ai posé la question à 2 HAD et 3 réseaux.
Expert 36	Phrase à reformuler pour plus de clarté.
Expert 37	Plutôt dire une stratégie de recours (à mon avis bloquer un lit d'hospitalisation de recours me paraît très compliqué au moins dans certaines régions)
Expert 39	Intérêt des réseaux de santé avec anticipation
Expert 40	La dernière partie de la seconde phrase gagnerait en clarté si elle était reformulée.
Expert 43	Il manque un verbe dans la dernière phrase
Expert 45	Phrase à articuler !

58

Les contraintes organisationnelles et les profils différents des patients sont à prendre en compte selon le contexte de soins (cf. chapitre 2.4) :

- services de réanimation ;
- les soins à domicile, en EHPAD et autres établissements médico-sociaux.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	0	6	3	32	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	93.33	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 6	A discuter avec la famille bien sûr
Expert 13	Est-ce justifié d'en faire une recommandation?
Expert 21	Pourquoi ne pas exclure de ces recos sur le médicament les pratiques très particulières spécifiques à la réanimation. C'est confusogène de les citer ici...
Expert 22	Idem 57
Expert 26	Et les ressources disponibles ainsi que leur niveau de formation ++++ De nombreuses HAD n'assurent même pas de permanence téléphonique alors qu'elles y sont tenues, donc comment envisager des SPCMD à domicile dans ce contexte?
Expert 34	Idem
Expert 37	Je ne vois pas bien l'utilité de cet item c'est une évidence que l'organisation d'un service de réa est différente d'une EHPAD quel est le message sous-jacent ?
Expert 45	On ne peut énoncer ces contraintes sans les mettre en perspective par rapport à la situation du patient, sa plainte et ses besoins.

59

Lorsqu'une sédation proportionnée est envisagée, la douleur doit être systématiquement évaluée et l'utilisation d'antalgiques doit être envisagée de manière synchrone pour soulager la douleur.

Dans les SPCMD, l'utilisation des antalgiques doit être systématique qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés.

Dans tous les cas, des antalgiques seuls, notamment les opioïdes, ne peuvent pas être utilisés comme sédatifs.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	1	3	39	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	95.56	2.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 12	Ne se réduit pas aux traitements symptomatique de la douleur, l'ensemble des traitements symptomatiques peuvent être concernés
Expert 18	Selon l'évaluation des douleurs de manière personnalisée un patient non douloureux avant la sédation n'a pas de raison de voir son traitement antalgique modifié si sédation
Expert 21	A regrouper avec mes remarques sur l'anticipation des réveils / soins douloureux... reco 56. C'est une contrainte organisationnelle que de devoir anticiper l'approfondissement d'une sédation avant un soin, un nursing... Vous citez la douleur mais pas la dyspnée : dommage ! car il arrive que des patients soient franchement dyspnéique (en hétéro-évaluation) malgré les traitements sédatifs (+/- avec polypnée) et cela nécessite d'introduire ou d'adapter les traitements opioïdes et le plus souvent de renforcer les traitements sédatifs (intérêt de l'échelle RDOS)
Expert 26	Rare, mais il existe des situations de SPCMD où le patient n'est pas douloureux... Je propose : Dans les SPCMD, et si le patient est douloureux, l'utilisation des antalgiques doit être systématique qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés

2.2 Sédations proportionnées

2.2.1 Première intention : midazolam

► Modalités d'utilisation dans les situations les plus fréquentes

60

Le midazolam est une benzodiazépine recommandée en première intention dans le cadre des sédations proportionnées.

L'administration se fait autant que possible par voie intraveineuse. Si aucun abord veineux n'est accessible, la voie sous-cutanée est à utiliser.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	3	0	5	34	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	D'une manière générale, pour le contrôle des symptômes, l'anticipation du besoin et la mise en place d'une voie veineuse (pic line, PAC...) devrait être la règle dans la mesure du possible.
Expert 18	Il faut vraiment privilégier la voie IV
Expert 21	Remarque sur le titre : que regroupez-vous sous le vocable "situations les plus fréquentes ? Il y a un chapitre à part pour les urgences, donc pourquoi pas "hors urgence"
Expert 24	Intérêt de préciser les autres benzodiazépines pouvant être utilisées en cas d'indisponibilité du midazolam, situation fréquente en EHPAD, MAS ou domicile sans HAD: clonazépam, diazépam
Expert 44	Privilégier la pose de Pic-line ou Mid-line avant la voie SC
Expert 45	Voie sous-cutanée de première intention à envisager même sans difficulté technique pour l'abord veineux

61

Par voie IV, une induction par titration intraveineuse directe est souhaitable. Elle débute par une dose initiale de 0,5 à 1 mg, à renouveler toutes les 2 à 3 min jusqu'à obtention de la profondeur de sédation nécessaire au soulagement. Chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance d'organe

ou de dénutrition sévère ou de déshydratation, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses est à adapter et peut atteindre 5 min.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.27

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	1	4	5	28	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	88.89	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 2	A domicile l'option d'une titration plus progressive en débutant par un débit de base à la pompe, à majorer toutes les heures me semble préférable. Elle met moins le patient en danger et symboliquement s'éloigne d'une pratique euthanasique.
Expert 7	"par titration" (enlever "intraveineuse", répétition)
Expert 8	Je pense que l'on peut raisonnablement laisser des bolus de 0.5 à 1 mg même chez le patient fragile. Le prescripteur adaptera sa posologie.
Expert 12	Au vu des données de l'argumentaire long, pourquoi ne pas proposer 0,5 à 2 mg

	par dose administrée (hors personnes âgées...).
Expert 17	A préciser qu'on parle du Midazolam Préciser aussi que la titration est un acte médical ou du moins le médecin doit être présent, hors urgence absolue la nuit (mais l'astreinte doit se déplacer car situations traumatisantes pour l'infirmière)
Expert 21	Il faut contextualiser absolument cette reco: 1- dans de nombreux cas, la titration rapide par voie iv n'est pas nécessaire (ex : sédation pour souffrance existentielle; SPCMD) et on peut recommander (ou au moins dire qu'il est possible ou souhaitable) de démarrer sur une perfusion continue sans dose de charge. voir focus 4 du guide HAS. 2 - En urgence (détresse respiratoire, agitation), il est nécessaire d'obtenir rapidement une sédation profonde d'emblée. Et là, le protocole n'est pas adapté car le facteur clé est la rapidité de l'effet souhaité. On ne cherche plus une sédation proportionnée chez un patient qui asphyxie... 0,5 mg toutes les 3 minutes ne peut être adapté à cette situation...
Expert 28	Il faudrait préciser la nécessité une injection lente : ...Elle débute par une dose initiale de 0,5 à 1 mg, à administrer en 30 secondes, à renouveler toutes les 2 à 3 min.

62

Par voie sous-cutanée, la titration « rapide » n est pas possible. Une dose de charge de 0,05 à 0,1 mg/kg sera réalisée, à renouveler toutes les 20 à 30 min jusqu à obtention de la profondeur de sédation souhaitée.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	8	28	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	86.67	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 24	Intérêt de préciser une prudence chez sujet très âgé ou très fragilisé, avec espacement des doses plus important? cf. question 61 où il est précisé une différence dans l'utilisation en IV dans l'espacement des doses
Expert 34	Merci de mettre au tapis la titration rapide sous SC. Cela tenait de l'utopie.
Expert 36	Tout à fait d'accord, bien qu'à l'avenir les dispositifs médicaux de type MAD pour administration intra nasale, qui sont de plus en plus utilisés, pourront servir à l'induction de la sédation.

63

Si une dose d'entretien est nécessaire, la dose d'entretien en IV débute à une dose horaire correspondante à 50% de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration. Si la titration IV n'a pas pu être réalisée, l'administration continue de midazolam sera débutée à la dose de 0,01 à 0,02 mg/kg/h avec adaptation des doses toutes les 30 mn à 2 heures.

La dose d'entretien en SC débute à une dose horaire correspondante à 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.16

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10

je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	1	3	6	26	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	82.22	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.13	94.87

Expert	Commentaires
Expert 8	Je ne pense pas qu'il y ait d'arguments pour définir la dose d'entretien en fonction de la dose de titration. Une dose d'entretien calculée selon le poids me semble préférable.
Expert 18	Complicé en SC pour l'entretien
Expert 21	<p>Cette ancienne reco SFAP ne reposait pas sur des arguments scientifiques. En pratiques les équipes ont souvent souligné que très fréquemment, les patients ainsi traités se réveillaient. en reprenant toute la bibliographie le groupe Pratiques sédatives de la SFAP a décidé d'abandonner cette pratique et le groupe HAS sur la SPCMD ne l'a pas reprise non plus.</p> <p>En 2 mots, après un bolus l'induction d'une sédation dépend bien de la dose administrée initialement mais la dose nécessaire à l'entretien de la sédation ne va plus dépendre que de l'élimination du produit (=clearance)... qui varie dans un rapport de 1 à 40 chez les sujets en défaillance multiviscérale ce qui est le plus souvent le cas des patients sédatisés (elle varie de 1 à 3 chez le sujet sain). C'est pourquoi, la dose de charge n'est aucunement prédictive de la dose d'entretien (Bolton et al. 2002).</p> <p>D'où la reco de ne plus calculer la perfusion continue à partir de la dose titrée. La dose proposée est très faible. Nous avons toujours préconisé une fourchette plus large et plus haute : de 0,03 à 0,2 mg/kg/j selon les RCP du midazolam. (guide HAS, fiches SFAP)</p>

Expert 24	Chez la personne très âgée ou fragilisée??? facteur de prudence : 30 à 50%?
Expert 28	Manque "des" : ...avec adaptation des doses toutes les 30 mn à 2 heures.
Expert 33	Surveillance clinique rapprochée
Expert 34	50 kg donc 0.5 mg/h ? Ceci ne doit pas être considéré comme une dose sédatrice sauf peut-être pour des patients très très très fragiles. On envoie un message qui complique l'indication d'anxiolyse ou de sédation.

64

Des doses de secours de midazolam, en bolus IV ou SC selon la voie d'administration de la sédation, égales à la dose reçue en une heure, sont possibles. Ces bolus sont à prescrire de manière anticipée afin qu'ils soient rapidement administrés si nécessaire.

En IV comme en SC, la dose d'entretien devra être réadaptée régulièrement, proportionnellement au besoin de soulagement et au nombre de doses de secours nécessaires.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	3	2	36	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	93.33	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 15	Accord sur la prescription anticipée des bolus qui permet une souplesse d'utilisation au domicile dans le cadre fixé.
Expert 16	"Des doses de secours de midazolam, en bolus IV ou SC selon la voie d'administration de la sédation, égales à la dose reçue en une heure, sont possibles. Ces bolus sont à prescrire de manière anticipée afin qu'ils soient rapidement administrés si nécessaire." Sur ce quoi se base cette phrase ? Dans l'argumentaire il est noté cette phrase et non celle sus-citée: "Des bolus de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes sont parfois administrés en cas de réveil" il est important de justifier ce choix et de bien définir le terme "doses de secours" cela n'apparaît pas non plus dans le guide HAS "GUIDE DU PARCOURS DE SOINS" Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?"
Expert 24	Intérêt de préciser qu'un nombre trop important de bolus doit conduire à une réévaluation globale de la situation? cf. question 69
Expert 29	Il faut préciser quelque part qu'il existe une tachyphylaxie et que les doses peuvent être augmentées très sensiblement (dose max?) si besoin.
Expert 37	Pourquoi les appeler doses de secours ? Dire simplement l'administration de bolus est possible

► Modalités d'utilisation en situations de détresse nécessitant un soulagement urgent

65

Dans les situations de détresse nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, choc hémorragique par exemple) et après avis d'un médecin expérimenté aux pratiques sédatives, une dose de charge de midazolam entre 2 et 5 mg peut être administrée en début de titration.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	2	1	6	31	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	88.89	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 4	2 mg = infime dans une situation de stress aigue. Pas de "déconnection" possible
Expert 8	5 mg IV en dose de charge me semble beaucoup. 2 à 3 mg puis 1 mg toutes les 2 mn peut répondre à l'impératif d'urgence.
Expert 12	Le contexte de l'urgence extrême et celui de l'avis (modalité ? traçabilité ?) d'expert (quel degré d'expertise ? quelles qualifications ordinales ?) sont peu compatibles. Recommander prescriptions anticipées (compatible avec avis en amont) dans la mesure du possible. Accord sur les posologies
Expert 18	2 mg oui, 5 mg c'est peut être beaucoup. Attention aux difficultés des soignants si le patient décède "au bout de la seringue"
Expert 21	Faudrait-il "attendre" l'avis d'un médecin expérimenté aux pratiques sédatives en cas détresse respiratoire asphyxique ? Pour moi, ce ne peut être une recommandation; évoquer la formation, oui, l'anticipation avec un médecin expérimenté, oui, un protocole de sédation en urgence pour détresse asphyxique dans chaque service, probablement; mais pas l'attente de l'avis d'un médecin expérimenté...

	Dire s'il s'agit d'une charge en s/c ou iv... faut-il recommander de poser une voie d'abord veineuse pour avoir une action plus rapide ?
Expert 24	Intérêt de préciser la dose de référence citée dans l'argumentaire (0,1mg/kg)
Expert 37	Ben là ça dépend de si on est en situation de fin de vie ou pas et la distinction est particulièrement cruciale

66

Dans ces situations et également après avis d'un médecin expérimenté aux pratiques sédatives, une association d'opioïde et de midazolam peut être pratiquée de manière synchrone afin de potentialiser l'effet du midazolam, en particulier en présence d'une composante nociceptive.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	2	2	6	31	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	93.18	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 7	Je ne mettrais pas "afin de potentialiser l'effet du midazolam"
Expert 12	Mêmes remarques concernant expertise aux "pratiques sédatives".
Expert 17	Risque d'automatisme !! Il faut une évaluation clinique par le médecin.
Expert 20	Il s'agit en effet de ne pas mésestimer la douleur chez un patient qui n'est plus en capacité de s'exprimer. Il ne faut pas pour autant penser que systématiquement en situation de fin de vie on administre midazolam + morphine
Expert 21	L'association à un opioïde est également à recommander en cas de détresse respiratoire asphyxique (voir mes remarques précédentes). On n'arrive pas à endormir un patient douloureux sans... antalgique Et idem pour un patient en asphyxie.
Expert 26	OK mais préciser "si le patient est douloureux" (si non cela revient à "co-sédater" par un opioïde, ce qui est contradictoire avec nos recommandations précédentes
Expert 34	... ou d'une composante dyspnéique ?
Expert 37	Idem ça ne peut être écrit sans clarifier l'intentionnalité

67

De plus, en cas d'administration veineuse impossible avec un besoin de soulagement urgent, la dose de charge peut être administrée par voie intramusculaire plutôt que sous-cutanée afin de diminuer le délai d'action. La dose d'entretien se fera néanmoins par voie sous-cutanée.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	3	0	3	12	18	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	80.00	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.69	92.31

Expert	Commentaires
Expert 13	Préciser: la dose de charge de midazolam
Expert 16	Parler de la voie nasale du midazolam (à la place de l'IM qui agira plus vite)
Expert 17	Sous réserve du contexte particulier du patient (cachexie avancé, etc.)
Expert 18	L'IM est difficile chez les patients fragiles, dénutris avec troubles de la coagulation
Expert 20	Je n'ai aucun recul de la pratique du midazolam en IM
Expert 21	Oui, voir commentaire reco 62 En cas de défaillance circulatoire, ou mauvaise perfusion s/c, il semble préférable de privilégier la voie intramusculaire (deltoïde)... avec un pic plasmatique qui peut quand même être retardé jusqu'à une heure. C'est pourquoi, le plus rapide est souvent... de poser une perfusion périphérique ! Pourquoi ne pas le recommander ?
Expert 22	Parfois il est nécessaire d'adapter le protocole
Expert 24	La voie intranasale mériterait des études ...voir l'expérience et le protocole unité de soins palliatifs CHU Nantes sur midazolam intranasal
Expert 26	Quelles sont les preuves à une telle pratique? Les citer
Expert 32	Pas d'expérience de la voie IM. Voir intra-nasale difficile à mettre dans des recommandations, mais à avoir en tête quand plus de données
Expert 34	15 ans de pratique. Jamais d'IM.
Expert 37	Plutôt OK à condition de vérifier l'efficacité. Si inefficace que fait-on ?

L élaboration d un protocole de service est recommandée afin d anticiper des pratiques sédatives adaptées à ces situations d urgence et au lieu de soins concerné.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.76

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	0	3	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	97.78	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.22	97.78

Expert	Commentaires
Expert 9	Quid de la diffusion de protocole auprès de médecins généralistes ?
Expert 15	Des protocoles clairs et réalisables sont à élaborer par les équipes hospitalières spécialisées, et à transmettre au dispositif d'aval lorsque les patients retournent à leur domicile. Il faut privilégier les collaborations pour que ces protocoles soient appliqués dans les meilleures conditions (adaptation posologie, modalités de surveillance etc.).
Expert 20	Il s'agit de rédiger une prescription anticipée personnalisée mais surtout pas un protocole

Expert 21	Faut-il dire qui devrait en avoir connaissance ?...
Expert 37	Si c'est un protocole de service, le lieu de soin est le service ?

2.2.2 Deuxième intention

► Choix des médicaments de deuxième intention

69

L'efficacité insuffisante des thérapeutiques sédatives doit être évaluée dès le début et tout au long de la sédation.

L'efficacité insuffisante se caractérise par une augmentation rapide des doses de midazolam sans amélioration notable ou avec un effet immédiat satisfaisant mais non durable, et/ou par la multiplication des doses de secours malgré l'adaptation continue des doses d'entretien.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	11	32	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 22	Evident
Expert 29	Dose max?
Expert 37	Remplacer doses de secours par bolus

70

En cas d'efficacité insuffisante, il est recommandé d'envisager rapidement des médicaments sédatifs de deuxième intention. Le médicament sédatif de seconde intention est administré en association avec le midazolam, ce dernier étant poursuivi à la même posologie. Le relais du midazolam par une autre benzodiazépine et l'association de plusieurs benzodiazépines entre elles ne sont pas recommandés.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	3	9	28	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	91.11	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 8	D'accord avec cette reco, mais j'ajouterais une reco intermédiaire pour rechercher une cause d'efficacité insuffisante avant de passer à un autre sédatif : rechercher notamment une douleur insuffisamment traitée ou un globe vésical.
Expert 20	Le Nozinan est le neuroleptique qui est choisi préférentiellement
Expert 21	En cas d'efficacité insuffisante : quelle dose ? dans la littérature, on parle de 10 mg/h de midazolam ; il est probable recommandable de ne pas attendre d'atteindre de telles doses ! 4 ou 5 mg /h ? "Le relais du midazolam par une autre benzodiazépine et l'association de plusieurs benzodiazépines entre elles ne sont pas recommandés". Pas si affirmatif : certaines benzo (Rivotril par exemple) ne semblent pas occasionner les mêmes tachyphylaxies. Alors, pourquoi pas un switch ??? en pratique, c'est quand même faisable (et utile) de temps en temps.
Expert 33	Je ne suis pas sûre qu'il faille continuer le midazolam...
Expert 34	J'arrête l'Hypnovel sous propofol.
Expert 45	Pas clair

71

Dans cette situation, l'avis d'un médecin expérimenté dans les pratiques sédatives pour la prescription est recommandé. Une disponibilité et une compétence des soignants surveillant la sédation sont également nécessaires. Un transfert en service spécialisé de soins palliatifs doit être envisagé dès que possible.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	2	3	6	28	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	91.11	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires
Expert 2	Il ne me semble pas qu'il soit recommandé d'organiser un transfert dans un service spécialisé en cas d'échec du midazolam. Lorsque le patient est sédaté sur son lieu de vie (Domicile, EHPAD) les neuroleptiques sédatifs ne présentent aucune difficulté dans leur maniement et lorsqu'une sédation (même partielle) a été débutée, il est souvent difficile de transporter le patient.
Expert 4	Doit être envisagé dès que possible...et même anticipée si possible
Expert 5	L'équipe mobile de soins palliatifs doit être sollicitée (car très peu de place en soins palliatifs +++); les patients âgés n'ont que très rarement accès aux unités de soins palliatifs. Le transfert dans ce type d'unité peut être conseillé mais il ne doit pas être imposé car irréalisable en pratique quotidienne, source de frustration pour les soignants, les familles et les patients
Expert 12	Le besoin d'associer un neuroleptique chez un patient avec une efficacité moindre +/- attendue du midazolam du fait d'une tolérance possible (consommation chronique de posologies élevées de BZD, alcoolisme chronique par ex) est une pratique qui ne nécessite pas d'expertise particulière.
Expert 17	Il vaut mieux que le transfert soit fait avant, ou au moins un travail conjoint continu avec une EMSP.
Expert 18	S'il y a de la place, ce qui est un problème récurrent Il faut anticiper l'hospitalisation en USP autant que possible
Expert 20	Si le transfert n'est pas possible, car déplacer un patient et prendre le risque qu'il

	soit inconfortable au décours de ce trajet est déraisonnable et non éthique, prendre l'avis d'une équipe mobile de soins palliatifs est plus adapté
Expert 21	<p>"Dans cette situation, l'avis d'un médecin expérimenté dans les pratiques sédatives pour la prescription est recommandé"</p> <p>Dans le guide HAS, nous avons dit que les neuroleptiques restaient du domaine d'utilisation courante (schématiquement tout médecin) et ne faisaient pas partie des médicaments de 2^{ème} intention, tellement leur association est le plus souvent nécessaire.</p> <p>Les médicaments de 2^{ème} intention sont ceux qui nécessitent en effet une équipe experte dexmédédomidine, phénobarbital, propofol, oxybate de sodium... Ou mettez-vous le curseur ?</p> <p>"Une disponibilité et une compétence des soignants surveillant la sédation sont également nécessaires. " mais ce n'est pas spécifique à ce paragraphe. A remonter en 214 (contraintes organisationnelles)</p> <p>"Un transfert en service spécialisé de soins palliatifs doit être envisagé dès que possible. " non, pas dès qu'on ajoute simplement un neuroleptique... En cas d'échec de l'association bzd + neuroleptique, oui.</p>
Expert 22	Toujours une formation adaptée pour le personnel de santé
Expert 29	Ces pratiques devraient pouvoir se faire à domicile
Expert 32	Les unités de soins palliatifs pourront difficilement absorber tous ces patients, pour lesquels il faut rajouter un neuroleptique par exemple. Peut-être peut-on remplacer doit par peut dans la phrase "un transfert en service spécialisé de SP doit être envisagé dès que possible"
Expert 45	Ou avec l'accompagnement d'une équipe mobile de SP, d'un réseau...

72

En l'absence d'avis expérimenté ou de transfert possible, ou dans l'attente de ces derniers, les neuroleptiques sont les médicaments de choix afin de potentialiser l'effet de l'association midazolam-opioïdes, notamment :

- la chlorpromazine en cas de sédation IV ;
- la lévomépromazine, plus sédative, en cas de sédation SC.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.27

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	1	1	1	8	28	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	86.67	8.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.88	95.12

Expert	Commentaires
Expert 19	<p>Les 3 neuroleptique les plus utiles et facile à manier notamment en gériatrie sont Loxapac*, Nozinan* et Tercian *</p> <p>Le Largactil a l'énorme inconvénient d'être peu dosé sous un gros volume (5 ml) et donc peu maniable en SC, mais c'est le seul à avoir l'AMM pour la voie IV et il faut donc quand même le noter pour cet avantage.</p> <p>Il fait rappeler ici que les risque IV majeure considérablement le risque de mort subite par effets adverses durant les 40 premier jours seulement (WANG NEJM 2005, 353 ; 2335-41). Cette donnée cruciale mais rassurante pour plein de malades sous neuroleptiques au long cours a été carrément oublié délibérément par la HAS elle-même dans ses messages d'alertes sur les neuroleptiques pour des raisons bassement politiques !!</p> <p>Voir le billet d'humeur à ce sujet de WONG CRETU GOMAS, revue NPG 2015, 15, 305-307</p>
Expert 21	<p>Large utilisation française de la cyamémazine (neuroleptique le plus sédatif ?). Donc à remonter probablement si vous le mettez au même niveau que les 2 autres neuroleptiques cités.</p> <p>Pourquoi pas de levomépromazine en IV ?</p>
Expert 27	<p>Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées</p>

	relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 36	L'utilisation de la chlorpromazine par voie SC est très largement répandue, peut-être même plus que la lévomépromazine. Cependant, la littérature est effectivement pauvre à ce sujet. Je pense toutefois que du fait de son utilisation simple, y compris en administration continue par voie SC, ce traitement devrait être mis à la même place que la lévomépromazine, y compris par voie SC.
Expert 40	Connaissance théorique mais je n'ai jamais eu en pratique de patient résistant à la sédation par midazolam, je n'ai donc pas d'expérience clinique de sédation de seconde intention.

73

En cas de prescription par un médecin expérimenté et d'administration dans un contexte de surveillance adapté, d'autres molécules peuvent alors être utilisées en deuxième intention, à savoir :

- la cyamémazine, notamment si agitation ;
- la kétamine, notamment si douleur associée (potentialisation co-analgésie) ;
- le propofol (compétences requises en anesthésie) ;
- le phénobarbital dans le cas particulier d'un état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques ;
- le gamma hydroxybutyrate de sodium (peu dépresseur respiratoire) ou la dexmédétomidine (compétences requises en anesthésie).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	2	2	0	8	22	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	75.56	20.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
Expert 1	On peut également citer hypnomidate avec comme propofol gammaOH et dans une moindre mesure phénobarbital compétence nécessaire en anesthésie
Expert 5	Ces produits sont à utiliser dans un environnement adapté et non seulement dans un contexte de surveillance adaptée (peu d'unités ont accès à ces thérapeutiques, même en centre hospitalier)
Expert 8	Pourquoi mettre le Gamma OH et le Dexdor sur la même ligne ?
Expert 12	En l'absence de données claires vs placebo, faut-il proposer à ce stade l'association avec la kétamine alors qu'en pratique, elle a été testées avant la sédation (ie : si elle a été interrompue c'est qu'elle n'était pas au moins partiellement efficace et/ou mal tolérée).
Expert 16	Pourquoi spécifier "compétences requises en anesthésie" pour certains médicaments sans justificatifs dans l'argumentaire. Quel est l'intérêt de cette remarque entre parenthèse ? Surtout que vous mettez que c'est uniquement des médecins expérimentés qui peuvent les prescrire (donc vous sécurisez déjà en évitant que des médecins non expérimentés utilisent de tels traitements), notamment le propofol qui est utilisé par des non anesthésistes pour les sédations en USP (à noter que toutes les USP n'ont pas des anesthésistes à disposition)
Expert 18	Problème d'accessibilité à ces molécules y compris en USP de par les réticences des pharmacies
Expert 21	La dexmédétomidine, très largement utilisée en réa, serait peut-être le médicament le plus utile de cette liste avec une marge thérapeutique intéressante. Pourquoi le mettre en dernier ? La biblio sur ce produit s'enrichit. Dexmedetomidine versus Midazolam in Procedural Sedation. A Systematic Review of Efficacy and Safety (Barends 2017) Dreaming and awareness during dexmedetomidine- and propofol-induced unresponsiveness Radek 2018....

	La cyamémazine ne nécessite pas de prescription par un médecin expérimenté.
Expert 22	Toujours dans un contexte de surveillance adapté
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 29	Les compétences anesthésiques sont théoriquement requises pour tous les médicaments anesthésiques... Midazolam kétamine ou GOH compris. Dans ces situations de soins palliatifs, le propofol et la dexmédétomidine devraient pouvoir être utilisées sans compétence anesthésique au même titre que le midazolam.
Expert 33	Je ne connais pas la dexmédétomidine Si compétence médicale, pourquoi pas, mais on est là, avec des molécules anesthésiques qui exigeraient que le patient soit en surveillance continue
Expert 34	Nous nous sommes formés au propofol sans avoir de compétences en anesthésie (idem pour la dexmédétomidine). Cela va rester un frein dans son utilisation dans d'autres USP, ou un motif de non délivrance par des PUI trop frileuses.
Expert 45	Cyamémazine (Tercian) Rappelez les noms sous lesquels les molécules sont connues depuis 50 ans...

► Modalités d'utilisation des médicaments de deuxième intention

Chlorpromazine

74

L'administration de la chlorpromazine se fait par voie IV ou IM.

Une dose initiale de 25 mg est indiquée, en bolus IV lent (ou IM si voie veineuse impossible). Elle peut être renouvelée après 30 minutes si besoin. Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	7	23	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	77.78	22.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Nous sommes ici dans un contexte de sédation insuffisante sous midazolam. Les doses indiquées ici me semblent trop faibles pour espérer avoir un effet sédatif marqué. 50 mg me sembleraient plus appropriés.
Expert 19	Voir ma note précédente
Expert 22	Je ne maîtrise pas cette adaptation posologique
Expert 24	Voie sous cutanée discontinuée possible pour chlorpromazine : document SFAP : "thérapeutiques médicamenteuses administrables par voie sous cutané en soins palliatifs revue de la littérature Dr Pascale Vassal CHU St Etienne
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 33	Je n'ai pas l'habitude de ces posologies
Expert 34	Attention au risque d'obtenir une camisole chimique sous NL avec un patient qui reste cependant très conscient. (c'est un des combats de Marcel Louis Viillard, il me semble toujours intéressant de garder ce questionnement)

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, une dose d'entretien de 50 à 100 mg/j est initiée, en perfusion IV continue ou bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) répétés 2 à 3 fois par jour.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	9	23	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	77.78	22.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 18	Voire jusque 150mg/jour
Expert 24	Idem voir voie SC
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.

Des bolus IV lents (ou IM si voie veineuse impossible) de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 ou davantage de doses de secours sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	0	1	9	21	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	73.33	22.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.71	94.29

Expert	Commentaires
Expert 8	Des recos aussi précises me semblent difficiles à justifier devant l'absence de donnée de la littérature.
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord

	d'expert Je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire ne pas mettre "sont nécessaires sur une journée" mais "sur 24h" plus précis (valable pour vignettes 79 et 85)
Expert 19	Bien plus simple avec Loxapac ou Tercian !!! Voir note précédente
Expert 24	Voie SC possible!
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 37	Supprimer "de secours"

Lévomépromazine

77

Une dose initiale de 25 mg est indiquée, en bolus SC. Elle peut être renouvelée après 6 heures si besoin. Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	9	20	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	73.33	26.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Même remarque que pour la reco N° 74 : nous sommes ici dans un contexte de sédation insuffisante sous midazolam. Les doses indiquées ici me semblent trop faibles pour espérer avoir un effet sédatif marqué. 50 mg me sembleraient plus appropriés.
Expert 21	Imprécision : dire si cela peut se faire en IV ou pas. En pratique, je crois que oui... Mais peut-on l'écrire ? Biblio à revoir.
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 35	12,5 voire moins

78

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 50 et 100 mg/j, en perfusion SC continue ou bolus SC répétés 2 à 3 fois par jour.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	0	8	23	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	73.33	26.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 16	Selon la dose initiale cumulée nécessaire = à préciser trop vague
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.

79

Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j. Si 3 ou plus doses de secours sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.29

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	1	0	0	8	21	13

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	66.67	28.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
Expert 8	Même remarque que pour la reco 76 : des recos aussi précises me semblent difficiles à justifier devant l'absence de donnée de la littérature.
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord d'expert Je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire Plus détailler l'argumentaire et ne pas seulement mettre le tableau des études
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 40	La seconde phrase "si 3 ou plus doses de secours" serait peut plus facile à lire si formulée "si 3 doses de secours ou plus sont nécessaires..."

Kétamine

80

La kétamine est administrable par voie IV ou SC.

Dans l'idée d'une potentialisation de l'effet analgésique favorisant la sédation, la dose initiale peut être de 0,5 mg/kg suivi d'une dose d'entretien de 1 mg/kg/j. La dose peut être augmentée jusqu'à

5mg/kg/j.

Valeurs manquantes : 0**Valeur minimum : 1****Valeur maximum : 9****Médiane : 9****Moyenne : 7.84**

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	4	3	2	5	21	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	77.78	20.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 4	Des effets psychodysleptiques surviennent fréquemment avec le bolus à 0,5mg/Kg si midazolam non associé suffisamment.
Expert 5	Voie SC ou IM ?
Expert 7	Ne faut-il pas préconiser directement la dose anesthésique ?
Expert 8	A la dose de 5 mg/kg/j, il est difficile d'exclure la possibilité d'effets psychodysleptiques inconfortables pour le patient, même sous midazolam associé. Le risque est de provoquer un inconfort dont le patient ne pourrait pas témoigner. Ce risque me paraît disproportionné par rapport à un intérêt théorique mais non démontré de la kétamine dans cette indication.

Expert 12	Cf. remarque point 73
Expert 17	Attention au seuil de tolérance individuelle ! Démarrer avec dose d'entretien à 0,5 mg/kg/j (25 mg/24h) permet le respect du principe de prudence et ensuite les réajustements à la hausse
Expert 20	Je n'utilise pas la kétamine à cet effet
Expert 21	La kétamine peut être un produit de choix (à plus forte dose) pour une sédation rapide, par exemple chez un patient déjà tolérant au midazolam ; ou certaines détresses respiratoires asphyxiques... c'est une indication différente de celle d'une sédation continue avec kétamine. A 0,5 mg/kg de kétamine en iv, le patient dort... qu'il reçoive des opioïdes ou non.
Expert 26	Je pense qu'il faut être plus franc sur les doses sédatives et ne pas laisser la phrase "Dans l'idée d'une potentialisation de l'effet analgésique favorisant la sédation" qui est très ambiguë. Il faut distinguer la sédation de l'antalgie et donc proposer des doses de kétamine ad hoc en fonction de l'indication Pas non plus d'accord sur la kétamine par voie SC, tout comme pour l'antalgie. Pas suffisamment de preuves
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 33	La dose de 300mg /jour me paraît très importante
Expert 35	5 mg est élevé surtout en fonction âge et clinique
Expert 43	Je trouve la formulation du début de la phrase peu claire, même si je le comprends "dans l'idée d'une potentialisation de l'effet analgésique..."

Propofol

81

L'utilisation du propofol nécessite une équipe formée à son utilisation et sa surveillance ou une collaboration étroite avec de telles équipes.

Le propofol est administré par voie IV. Sa dose est titrée et le débit continu progressivement adapté à l'état clinique. La dose initiale correspond à celle utilisée en anesthésie pour les actes douloureux soit 1 mg/kg/h (soit le dixième du poids en millilitres par heure), avec une réévaluation toutes les 20 minutes jusqu'à obtention de l'effet désiré. La dose d'entretien se situe entre 1 et 5 mg/kg/h, en perfusion IV continue.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.07

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	0	3	7	17	14

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	68.89	31.11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Attention à 5 mg/kg/h on parle d'anesthésie générale et cela ne nécessite-t-il pas d'avoir les mêmes contraintes d'utilisation qu'en anesthésie (matériel, monitoring...) ?
Expert 8	La précision "le dixième du poids en ml par heure" me semble superflu et risque de devenir fausse si dans les années qui viennent des préparations de propofol à des concentrations différentes sont mises sur le marché.
Expert 12	Quels critères pour "équipe formée à son utilisation"
Expert 13	Une dose de propofol > 3 mg/kg/h, surtout en association avec le midazolam, est à haut risque de pause/arrêt respiratoire; cette dose ne me semble pas adaptée à la sédation proportionnée, car elle risque d'entraîner le décès rapide du patient. Il me semble que les Reco de Lundstrom en 2005 sont plus adaptées à cette situation : "Une posologie de titration par paliers IV continue de 0,5 mg/kg/h, augmentés toutes les 30 à 60 minutes, jusqu'à une posologie d'entretien de 1 à 2 mg/kg/h IV, sans dépasser 3 mg/kg/h a également été proposée {Lundstrom, 2005

	ID:185}." Par ailleurs, je pense qu'il y a une erreur de dose dans le texte long page 149: dose induction de 2,5 à 5 mg/kg/h et non pas mg/kg/mn
Expert 16	Rajouter "habituelle " à "La dose d'entretien "habituelle" se situe entre 1 et 5 mg/kg/h, en perfusion IV continue."
Expert 20	Je n'ai pour ma part aucune expérience j'ai travaillé avec les anesthésistes pour le cas où j'en ai besoin et il semblerait que ce qui est proposé soit adapté
Expert 21	Soit le dixième du poids en millilitres par heure : pratique, mais dangereux (et faux) d'écrire cela dans des reco... car il existe différentes concentrations de propofol dans le commerce : 10 et 20 mg/ml. ou alors bien préciser de quelle concentration il s'agit (10 mg/ml).
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 33	Il faut vraiment une surveillance très rapprochée
Expert 34	Je ne peux plus m'en passer !!
Expert 40	1 ^{ère} phrase: "L'utilisation du propofol nécessite une équipe formée à son utilisation et "à" sa surveillance..."

Phénobarbital

82

Le phénobarbital peut être utilisé par voie IV, IM ou SC. La voie sous-cutanée est bien tolérée.

Une dose de charge sous-cutanée de 25 à 50 mg est suivie d'un relais par une perfusion sous-cutanée de 50 à 100 mg/j, à adapter jusqu'à une dose maximale de 1 600 mg/j.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	0	1	8	15	17

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	57.78	37.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 1	Même commentaire que 81
Expert 8	1600 mg/j me semblent bien trop importants pour un produit dont l'effet dépressur respiratoire n'est pas négligeable. Le Vidal limite à 600 mg/j. La voie IV n'est-elle pas trop dangereuse ?
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord d'expert. Je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire. Plus détailler l'argumentaire et pas seulement mettre le tableau des études
Expert 21	4 reco (82 à 85) pour ce produit peu pratique, c'est beaucoup !
Expert 22	Ce ne sont pas les dosages pratiqués à l'officine
Expert 24	Intérêt de préciser dans quelles circonstances choisir ce traitement : si épilepsie et risque avec tt neuroleptique?
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 28	Le Phénobarbital pouvant être utilisé hors milieu hospitalier, ne faudrait-il pas prévoir une posologie maximale plus basse dans ce cas-là ?
Expert 34	Non utilisé. Je suis non compétent.
Expert 37	D'après ce que je lis dans le texte d'analyse de la littérature, les barbituriques ne sont plus trop recommandés

Une dose initiale de charge de 50 mg est indiquée, en bolus. Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 25 mg.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	2	1	3	5	15	17

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	57.78	37.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 1	Même commentaire que 81
Expert 8	Répétition de la reco précédente.
Expert 13	Il faut préciser la voie, IV je suppose.
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord d'expert Je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire

	Plus détailler l'argumentaire et ne pas seulement mettre le tableau des études
Expert 22	Selon protocole
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 32	La phrase d'avant indique une dose de charge de 25 à 50 mg Incohérence? Ce n'est pas clair.
Expert 34	Non utilisé. je suis non compétent.
Expert 43	La formulation est un peu répétitive avec la précédente phrase. La même idée d'adaptation de la dose aux patients à risque était mieux formulée pour les précédents médicaments.

84

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 50 et 100 mg/j, en perfusion SC continue.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	2	0	3	6	15	17

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	57.78	37.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 1	Même commentaire que 81
Expert 8	Répétition de la reco 82. De plus, comme il n'est pas fait mention de titration, la notion de dose initiale cumulée n'a pas lieu d'apparaître.
Expert 16	Répétition déjà dit au 82 (donc revoir pour fusionner le 82 et 84)
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 34	Non utilisé. je suis non compétent.

85

Des bolus SC de secours de 50 mg (25 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 1 600 mg/j. A partir de 3 doses de secours nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est recommandée, là encore sans dépasser la dose maximale journalière de 1 600 mg/j.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	0	3	8	12	18

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	57.78	40.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.70	96.30

Expert	Commentaires
Expert 8	Mêmes remarques que précédemment.
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les posologies définies relevant de la prescription médicale.
Expert 28	Le Phénobarbital pouvant être utilisé hors milieu hospitalier, ne faudrait-il pas prévoir une posologie maximale plus basse dans ce cas-là ?
Expert 34	Non utilisé. je suis non compétent.
Expert 37	Idem pour bolus de secours

Gamma Hydroxybutyrate de sodium

86

Peu dépressur respiratoire, le gamma hydroxybutyrate de sodium peut être préféré à condition d'une utilisation titrée et progressive par une équipe formée à son utilisation et sa surveillance ou une collaboration étroite avec de telles équipes.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.11

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	1	3	5	18	15

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	63.64	34.09

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 1	Même commentaire que 81
Expert 8	<p>Le Gamma OH est l'exception qui confirme la règle : il ne doit pas être titré mais administré selon le poids du patient en un bolus initial rapide. La seule période dangereuse avec le GammaOH est celle de la phase d'induction au cours de laquelle il peut y avoir des manifestations neurovégétatives. On évite ces dernières par une administration rapide et en ne stimulant pas le patient pendant la phase d'installation de la sédation qui dure environ 10 mn.</p> <p>Voir :</p> <p>SNEAD OC et al. Gamma-Hydroxybutyric Acid. N Engl J Med 2005 ; 352(26) : 2721-32</p> <p>CIAIS JF et al. Using Sodium Oxybate (Gamma Hydroxybutyric Acid) for deep Sedation at the End of Life. J Palliat Med 2015 ; 18(10) : 822</p> <p>Les données sur l'Oxybate de Na sont très peu développées dans le texte argumentaire.</p> <p>Ce produit a toute sa place dans les cas d'échec du midazolam car il entraîne une sédation profonde certaine et un maintien des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires. Son principal inconvénient est qu'il n'est pas encore suffisamment étudié dans cette indication. Nous l'utilisons régulièrement et il rend de grands services.</p>
Expert 12	Quels critères pour "équipe formée à son utilisation"
Expert 21	"Peu dépresseur respiratoire" si vous le mettez ici, alors mettez-le aussi pour la kétamine. et dites au contraire que le propofol est dépresseur respiratoire... Et que

la dexmédétomidine ne l'est pas.

87

Le gamma hydroxybutyrate de sodium est administré par voie veineuse à débit continu adapté à l'état clinique. Une dose initiale de 50 mg/kg est administrée suivie d'une dose d'entretien de 15 à 35 mg/kg/h, en perfusion IV continue. Il entraîne une déplétion en potassium, à prévenir en fonction du contexte.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.93

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	0	2	7	13	19

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	55.56	42.22

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 1	Même commentaire que 81

Expert 8	Dose d'induction 60 mg/kg Dose d'entretien 40 à 50 mg/kg/h Réf : CIAIS JF et al. Using Sodium Oxybate (Gamma Hydroxybutyric Acid) for deep Sedation at the End of Life. J Palliat Med 2015 ; 18(10) : 822
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord d'expert Je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 32	Pas d'expérience
Expert 34	Non utilisé. je suis non compétent.
Expert 37	Pas beaucoup d'expérience de ce produit mais potentiellement intéressant

Dexmédétomidine

88

Par voie veineuse, la dose de dexmédétomidine est titrée par une équipe formée à son utilisation et sa surveillance ou une collaboration étroite avec de telles équipes.

L'administration se fait sans dose de charge, au pousse seringue électrique, à la dose initiale de 0,7 µg/kg/h. La dose d'entretien se situe entre 0,4 et 1,5 µg/kg/h.

La voie SC peut être une alternative en cas d'abord veineux impossible mais le manque de recul pour cette voie d'administration ne permet pas de recommander cette pratique.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	0	3	8	10	20

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	55.56	44.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 15	Dans l'AMM, le cadre de l'indication actuelle de ce médicament est restreint notamment à l'USI et dans le cadre de procédure de diagnostic ou chirurgicale ("1. Sédation en USI (Unité de Soins Intensifs) chez l'adulte nécessitant un état de sédation pas plus profond que celui permettant une réponse à un stimulus verbal (correspondant à un score de 0 à -3 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)). et la Sédation chez l'adulte non intubé avant et/ou pendant des procédures de diagnostic ou chirurgicales nécessitant une sédation, telle qu'une procédure de sédation vigile."). Cette information ne figure pas dans le rapport qui pourrait éventuellement reprendre le libellé de l'AMM.
Expert 16	Sur quelle littérature vous vous appuyez ? Peut-être mettre si c'est un accord d'expert je ne vois pas de trace de ces posologies dans l'argumentaire
Expert 21	Et pourtant, très large utilisation et une AMM en réa. Ces reco auraient pu aller plus loin, dire son utilité en association avec le midazolam etc ... probablement bien plus sûre que le propofol ou le phénobarbital. Dire au moins son action à la fois sédatif et antalgique, peu ou pas dépresseur respiratoire, agissant sur les récepteurs alpha2 adrénergiques. Faut-il évoquer l'alternative, beaucoup moins chère, la clonidine (Catapressan) ? Réf. : Dexmedetomidine versus Midazolam in Procedural Sedation. A Systematic Review of Efficacy and Safety (Barends 2017) Dreaming and awareness during dexmedetomidine- and propofol-induced unresponsiveness (Radek 2018) etc...
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes

	recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 32	Pas d'expérience
Expert 34	Médicament qui mérite qu'on s'y attarde. (on y travaille) La voie SC semble aussi très prometteuse.
Expert 36	Chez les patients âgés et fragiles, et lorsqu'est recherchée une sédation très peu profonde, la dose initiale peut-être plus basse. La dose d'entretien peut également être inférieure à 0,4 ug/kg/h selon les cas. La voie SC, bien que peu décrite dans la littérature, est efficace.

2.3 Sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès

89

Une surveillance rapprochée de l'efficacité et de la tolérance de la sédation par une IDE et la collaboration d'une équipe spécialisée de soins palliatifs sont recommandées pour toute SPCMD étant donné la profondeur constante attendue.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	1	0	3	37	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	95.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 9	En particulier à domicile
Expert 13	"étant donné la profondeur constante attendue" : phrase pas très claire
Expert 15	S'il s'agit du domicile ou d'un établissement médico-social, la "surveillance rapprochée" doit se traduire en protocole écrit pour aider les IDE. Il ne faut pas oublier le médecin traitant.
Expert 17	Pas par une IDE (spécifique) mais par les équipes IDE
Expert 21	Le guide HAS était plus précis : L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait toutes les 15 minutes pendant la 1 ^{ère} heure. Puis le patient est surveillé au minimum : 2 fois par jour au domicile, 3 fois par jour en Ehpad et en établissement hospitalier. Mais, là encore, il ne faut pas faire de ces recos, une redite (ou copie) du guide HAS.
Expert 28	Modification texte : ...et la collaboration avec une équipe spécialisée de soins palliatifs ...
Expert 29	Tournée comme elle l'est, cette recommandation pourrait être très limitante pour une pratique à domicile qui doit pourtant être possible.
Expert 33	Après accord du patient Symptômes réfractaires Fin de vie à court terme (quelques heures à quelques jours 2à3)
Expert 37	Pas du tout d'accord. Cette prise en charge incluant la surveillance peut être aussi réalisée à domicile (en théorie bien sûr). Il faut que les services concernés assument cette prise en charge comme c'est le cas de plus en plus je pense
Expert 43	La formulation "une IDE" suppose que tous les IDE sont des femmes...
Expert 45	Pas équipe spécialisée : c'est le rôle des équipes de SP de former et d'accompagner les professionnels de santé dans l'accompagnement de patients en fin de vie.

90

Bien que les benzodiazépines soient à risque de tachyphylaxie en cas d'administration prolongées, elles restent les principales molécules indiquées pour induire une sédation. Le risque de tachyphylaxie étant similaire entre les benzodiazépines, le midazolam reste recommandé comme médicament de première intention également dans le cadre des SPCMD.

Les modalités d'utilisation du midazolam dans cette indication sont similaires à celles déjà mentionnées pour les sédations proportionnées. L'association à un antalgique est préconisée pour éviter tout risque de douleur.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	1	0	2	0	5	33	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	88.89	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.98	93.02

Expert	Commentaires
Expert 4	La perte de conscience est l'objectif, le contrôle des symptômes étant bien sur un préalable ... mais les modalités ne peuvent être dites strictement "similaires".
Expert 21	<p>"Le risque de tachyphylaxie étant similaire entre les benzodiazépines" Avez-vous eu des articles qui permettent de l'affirmer ? Je n'avais pas cette notion mais au contraire que les benzo à 1/2 vie longue donnaient peu de tachyphylaxie (à vérifier avec les études sur le lorazepam non disponible en IV en France)</p> <p>Domage de ne pas envisager dans ces reco une benzo plus longue et continuer à promouvoir une benzo courte, le midazolam dont la pharmaco n'est pas adaptée à une SPCMD.</p> <p>"Les modalités d'utilisation du midazolam dans cette indication sont similaires à celles déjà mentionnées pour les sédations proportionnées." Cela voudrait dire que vous préconisez les mêmes doses ? Le plus souvent, il n'y a pas besoin de titration par dose de charge en SPCMD. On peut démarrer d'emblée sur une perfusion continue : reste à savoir à quelle dose on démarre : à préciser.</p> <p>Relire Morita : Continuous Deep Sedation: A Proposal for Performing More Rigorous Empirical Research</p> <p>Tatsuya Morita, MD, Kengo Imai, MD, Naosuke Yokomichi, MD, PhD, Masanori Mori, MD, Yoshiyuki Kizawa, MD, PhD, and Satoru Tsuneto, MD, PhD.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.012</p> <p>Il propose 2 protocoles de sédations continues profondes: l'un, rapide, démarre à 5 mg/h de midazolam et l'autre, lent, démarre à 0,5 mg/h. A adapter dans les 2 cas toutes les 20 min (augmenter ou diminuer) jusqu'à RASS -4 à -5.</p>
Expert 24	Terme " tachyphylaxie " à remplacer par accoutumance?
Expert 26	Pourquoi parler DES benzodiazépines, on induit un risque d'utilisation de tout et n'importe quoi... il faut à mon sens préciser les molécules (clonazepam, diazepam) en plus du midazolam
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 37	<p>L'objectif de RASS étant différent entre sédation proportionnée et SPCJD, la dose de midazolam peut être plus élevée.</p> <p>J'aurais mis la tachyphylaxie en deuxième partie de phrase car le message fort est d'utiliser le midazolam en première intention.</p>

Deuxième intention

91

Comme pour la sédation proportionnée, un transfert en service spécialisé de soins palliatifs est

recommandé en cas d'efficacité insuffisante de la sédation.

Les molécules de deuxième intention et leurs modalités d'administration sont similaires à celles décrites pour les sédations proportionnées.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.00

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	1	3	1	3	6	28	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.82	93.18	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.82	93.18

Expert	Commentaires
Expert 2	Là aussi je ne pense pas qu'un transfert en USP soit systématiquement justifié en cas d'échec du midazolam. Les neuroleptiques ne présentent aucune difficulté dans leur maniement à domicile ou en EHPAD. Dans le cadre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, l'utilisation du Gamma OH me semble possible à domicile si l'équipe d'appui est expérimentée et dans le cadre d'une HAD.

	Le déplacement d'un patient dont la sédation a été débutée me semble également compliqué et risqué. Elle doit être réservée à l'échec du traitement de deuxième intention.
Expert 9	En cas de désaccord de la personne de confiance ou de la famille concernant le transfert d'un patient pris en charge en HAD, que ce passe-t-il pour le patient ?
Expert 13	Je dirai plutôt qu'un avis spécialisé d'une équipe de SP est préconisé, l'efficacité insuffisante de la sédation étant liée à une thérapeutique inadaptée (sous dosée et/ou monothérapie), nécessitant une aide à la prescription sans nécessité de transférer le patient. On peut mettre éventuellement: "un transfert en USP peut être envisagé".
Expert 17	Le transfert dans une USP est souhaitable pour les situations complexes. Une sédation profonde est un facteur de complexité déjà éthique. Donc : - soit préparation correcte globale et mise en place technique de la sédation avec l'EMSP ; - soit conditions insuffisantes en amont et alors transfert en USP avant de démarrer la sédation pour répondre à la complexité de la situation. Si échec de la sédation profonde dans le service d'origine, cela veut dire que les prérequis n'étaient pas satisfaits.
Expert 20	Réponse identique : il faut réfléchir si cela est raisonnable de déplacer le patient ou si il n'est pas plus éthique de garder le patient dans son service d'origine mais d'appeler une équipe mobile pour l'expertise et le conseil avec un suivi régulier et une disponibilité téléphonique
Expert 21	« d'efficacité insuffisante de la sédation » : je mettrai plus volontiers "en cas de complication de la sédation". Pour les SPCMD à domicile, il n'y a pas toujours de service spécialisé de soins palliatifs à proximité. C'est pourquoi dans le guide HAS, il était indiqué une reco plus accessible avec la formulation : "prévoir un lit de repli en établissement de santé en cas d'échec ou d'impossibilité à poursuivre la sédation"
Expert 22	C'est clair
Expert 29	Là encore, cela ne paraît pas compatible avec ce que propose la loi : SPCMD qui doit pouvoir être faite à domicile.
Expert 37	Pas sûr ; je trouve que le transfert de tels patients peut être délicat. Il vaut mieux avoir anticipé le transfert (mais pas toujours possible). Il faudrait à mon avis insister ici sur l'association aux opiacés (annoncés plus haut mais très importants). Pas forcément d'accord avec l'utilisation des molécules : pas de barbituriques, probablement pas de dexmédétomidine (effet sédatif modéré)
Expert 45	Difficile d'envisager dans le contexte d'une sédation profonde en fin de vie, un transfert dans un autre lieu. Considérer les autres possibilités : demande d'aide auprès du patient ou à distance

2.4 Contextes spécifiques

Le lieu de prise en charge conditionne également les produits utilisés en fonction de la formation et de l'expérience des médecins référents soins palliatifs et de l'équipe soignante ainsi que des capacités de surveillance.

► Pratiques sédatives en services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

92

Dans une unité hospitalière comportant des lits identifiés soins palliatifs comme dans les unités de soins courants, toutes les voies sont utilisables, le choix des produits étant conditionné par leur disponibilité, l'expérience de l'équipe médicale et soignante et le degré d'implication et de disponibilité référents spécialisés en soins palliatifs.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	3	37	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Ne faut-il pas envisager un transfert pour que le patient bénéficie de ce dont il a besoin ?
Expert 21	Pourquoi cette "évidence" deviendrait-elle une recommandation ?
Expert 22	Pas de commentaires

► Pratiques sédatives en unités de soins palliatifs

93

Dans une unité fixe de soins palliatifs tous les produits et toutes les voies sont a priori utilisables selon les protocoles ou les projets de recherche du service.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	3	39	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.56	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 18	Selon accord de la pharmacie
Expert 21	Même remarque que pour la reco 92. Introduire dans des reco la notion de projet de recherche a-t-elle un intérêt ?
Expert 22	Nécessaire

► Pratiques sédatives en services de réanimation

Deux situations de pratique sédative de fin de vie sont schématiquement rencontrées en réanimation. Les conditions organisationnelles de mise en œuvre sont toujours réunies, avec en particulier des équipes expérimentées dans la sédation. Une concertation avec des référents spécialisés en soins palliatifs doit être encouragée, en particulier dans le processus décisionnel et dans les modalités médicamenteuses en cas de sédation proportionnée.

94

Si le malade est déjà sédaté et que les objectifs fixés sont atteints, il n'est pas nécessaire de changer de médicament. Quel que soit le type de sédation, si l'objectif n'est pas atteint ou en cas de soins potentiellement source d'inconfort, il est recommandé d'administrer des bolus supplémentaires, plus ou moins associés à une adaptation de la dose continue.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	3	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.33	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 17	"Une concertation avec des référents spécialisés en soins palliatifs doit être encouragée" - je pense qu'elle devrait être obligatoire, pour l'aspect éthique de la question
Expert 19	Modification importante : comme il y a encore des équipes de réa qui refusent les collaborations avec les EMSP, il faut que la collaboration soit indiquée « indispensable » et pas seulement « encouragée »
Expert 21	"avec en particulier des équipes expérimentées dans la sédation." Mieux vaut parler de "pratiques sédatives" au pluriel et éviter ce générique "la" sédation qui regroupe des entités très différentes (d'où tout le travail à propos de Sédapall) Je ne vois pas l'intérêt de consacrer 4 reco aux pratiques sédatives en réanimation : les réanimateurs n'en ont pas besoin... pour leur pratique ! C'est leur métier. commentaire pour la reco 94 : "Quel que soit le type de sédation, si l'objectif n'est pas atteint ou en cas de soins potentiellement source d'inconfort, il est recommandé d'administrer des bolus supplémentaires, plus ou moins associés à une adaptation de la dose continue." Cette reco n'a rien de spécifique à la réanimation et s'applique à tous les lieux de prise en charge, SPCMD et autres pratiques sédatives non ponctuelles A remettre plus haut ?
Expert 27	Rajouter les modalités d'évaluation systématiques à mettre en œuvre et à analyser en équipe (notamment concernant les réactions et paramètres vitaux du patient lors des différents types de soins dispensés)
Expert 43	De quels objectifs parle-t-on ? En termes de sédation ?

95

La formalisation de protocoles locaux de sédation est recommandée.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	2	1	37	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	93.18	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 17	En général ces protocoles existent déjà. Résultat : la "béquille" technique remplace la réflexion éthique. Rendre peut-être obligatoire cette réflexion, en préambule de tout acte de sédation (procédure collégiale, RCP soins palliatifs, réunion pluri professionnelle, etc.)
Expert 19	Non pas recommandée, indispensable !
Expert 20	Oui mais la réalisation de protocole ne doit pas empêcher de réfléchir toute

	situation dans sa singularité
Expert 21	Oui, bien sûr, mais c'est surtout une reco pour les sites non spécialisés (donc hors réa ; je ne vois pas la justification de la mettre dans ce paragraphe. A la lecture, c'est un peu comme si ce paragraphe "réa" avait été écrit, de façon indépendante des autres paragraphes...
Expert 42	Nécessité d'uniformiser les pratiques ?

96

La première situation correspond à une indication de sédation dont l'objectif est d'induire une diminution de l'état de conscience dans le but de soulager une souffrance réfractaire aux autres moyens thérapeutiques, que ce soit à la demande du patient ou chez un patient incapable d'exprimer sa volonté. Dans ce contexte de sédation proportionnée et donc titrée, les recommandations sont identiques à celles mentionnées dans le paragraphe 2.2.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.81

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	5	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.33	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 21	1- Là encore aucune spécificité de la réanimation. 2- La formulation "une souffrance réfractaire aux autres moyens thérapeutiques" est équivoque; mieux vaut s'arrêter au mot "réfractaire" dont la définition est dans le guide HAS. (et inclut notamment la notion essentielle d'accompagnement) 3 - Ce n'est pas une reco mais une traduction du texte de loi (art 1110-5-3); elle n'a pas à figurer dans des reco portant la prise en charge médicamenteuse en réa ; on peut en parler dans l'intro ?

97

La deuxième situation correspond à une indication de SPCMD, à la demande du patient ou chez un patient incapable d'exprimer sa volonté, dont l'objectif est d'induire une absence de conscience (-RASS -4 ; -5) dans le but d'éviter toute souffrance potentielle lors de l'arrêt d'un traitement de maintien artificiel en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Cette SPCMD peut concerner des patients déjà sous sédation pour une autre indication (confort, sécurité, neuro-réanimation, etc.), ou des patients pour qui la souffrance ne peut être évaluée du fait de leur état cérébral.

Aucune donnée de la littérature spécifique de la réanimation ne permet actuellement d'émettre des recommandations de bonnes pratiques de la SPCMD en réanimation. Quelques principes peuvent être rappelés :

- si aucune sédation n'est en cours, le midazolam est le médicament de première intention par voie intraveineuse ;
- le propofol peut être envisagé également en première intention ou en association ;
- les neuroleptiques (par exemple l'halopéridol), et les alpha2-agonistes (par exemple la clonidine, la dexmédétomidine) peuvent être envisagés en cas d'orages neurovégétatifs ;
- l'utilisation des opioïdes doit être systématique, qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés ;
- les curares n'ont pas leur place dans la pratique de la SPCMD.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	1	7	29	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.22	84.44	13.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 21	<p>On pourrait intégrer l'autre situation, celle du patient qui prend la décision d'arrêter un traitement ce qui engage son pronostic vital et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable (ex : arrêt de ventilation à la demande d'un patient). Même si cette situation doit être rare en réa.</p> <p>Pourquoi citer l'Haldol comme neuroleptique alors que c'est le moins sédatif ? on attend mieux dans une reco et si possible s'uniformiser avec le "hors réa". 3 autres neuroleptiques sont déjà cités.</p> <p>A lecture, on pourrait croire que le neuroleptique peut être donné seul ce qui serait une erreur (cf. fiche SFAP médicaments: "L'utilisation d'un neuroleptique seul comme agent sédatif risque d'entraîner un état de sidération motrice différent d'une sédation et potentiellement inconfortable pour le patient. "</p> <p>Citer la clonidine, c'est bien, mais pourquoi ne pas l'avoir citée "hors réa", à côté de la dexmédétomidine.</p>
Expert 26	L'utilisation des opioïdes doit être systématique "si le patient est douloureux ou polypnéique"
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.

Expert 37	Les autres recommandations devraient être rédigées dans cette forme claire précisant l'absence de données biblio et stratégique
Expert 43	Je trouve le premier paragraphe assez confus. Cela peut concerner des patientes sous sédation ou des patients dont la souffrance ne peut être évaluée. Est-ce uniquement ces deux cas ? Ou bien ce sont des possibilités ?

► Pratiques sédatives à domicile, en EHPAD et autres établissements médico-sociaux

Sédations proportionnées

98

Les recommandations sont identiques à celles mentionnées dans le chapitre 2.2.1 : le midazolam reste le traitement de première intention.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	1	2	0	7	31	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	91.11	4.44

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires
Expert 6	A domicile, tous les soins doivent être expliqués à l'entourage, afin qu'il puisse suivre le déroulement de cette phase terminale
Expert 7	(le plus souvent via une HAD pour l'approvisionnement ?)
Expert 13	Peut-on préciser la nécessité d'un grand nombre de passages IDE lors de la mise en place de la sédation proportionnée dans les premières heures?
Expert 20	Les pratiques sédatives dans ces établissements sont à mon avis insuffisamment cadrées par manque d'effectifs soignants et médicaux ce qui rend la réalisation non sécuritaire. Nous sommes de plus en plus confrontés à des situations de patients réfractaires aux molécules usuelles, il faut donc du personnel expérimenté pour prétendre réaliser des pratiques sédatives
Expert 24	Actuellement le midazolam n'est disponible que dans le cadre d'une HAD ! Est-ce que la recommandation signifie que c'est seulement dans ce cadre que la sédation doit être mise en place ?
Expert 25	Pas en EHPAD
Expert 34	Pas de sédation à domicile
Expert 37	Oui mais ça minimise les difficultés d'approvisionnement en midazolam pour la médecine de ville un sous-chapitre devrait y être consacré dans le texte+++

99

En cas de difficulté d'approvisionnement du midazolam, d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées :

- si une voie veineuse est disponible :
- le diazépam : 5 mg en IV lente pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes ;
- le clonazépam⁷ : 0,5 mg en IV, renouvelable une fois après 15 minutes ;

⁷ Contrairement aux formes orales, le clonazépam sous forme injectable n'est soumis à aucune condition de prescription et de délivrance en dehors de son inscription à la liste I.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	4	1	3	10	19	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.27	84.09	13.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 4	Comment gérer sur le nycthémère ?
Expert 7	Dose d'entretien ?
Expert 8	On devrait pouvoir renouveler plus d'une fois si l'objectif de profondeur de sédation n'est pas atteint ou si la sédation doit se prolonger.
Expert 15	La difficulté d'approvisionnement de MIDAZOLAM relève de l'éloignement d'un établissement hospitalier et de l'absence de ce médicament parmi les médicaments référencés dans cet établissement. Néanmoins, dans le cadre de l'HAD, nous n'avons jamais eu de difficulté à obtenir du Midazolam pour l'administrer chez des patients habitant des territoires reculés. Il me semble qu'il existe une méconnaissance des conditions de disponibilité de ce médicament.
Expert 16	Mettre le niveau de preuve pour ces posologies car très peu de données
Expert 18	Pourquoi ne pas mettre le clonazépam aussi dans les recos initiales et pas seulement en EHPAD?
Expert 20	L'utilisation de la lévopromazine est également intéressante en SC jusqu'à 50mg X 4 par jour
Expert 21	Quelle justification de la dose de 0,5 mg de clonazépam en IV ? pourquoi pas 1 mg ?

Expert 24	Le peu d'études concernant le clonazépam est regrettable car il est disponible partout et s'avère dans l'expérience en gériatrie, d'une grande efficacité et maniabilité De plus le relai SC est facile, contrairement au diazépam Je placerais le clonazépam avant le diazépam
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 33	Je n'ai pas l'habitude du clonazépam dans ces indications Ne peut être utilisé que par neurologue?
Expert 34	Pas de sédation à domicile
Expert 36	Le Clorazépate dipotassique peut également être utilisé
Expert 37	Dose d'entretien ? Et si ça ne marche pas après une fois : protocole incomplet

100

si une voie veineuse est non disponible :

- le diazépam : 5 mg en intra-rectal pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes ;
- le clonazépam : 1 mg en SC pour l'induction, renouvelable une fois après 30 minutes.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.39

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	5	4	3	7	15	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	75.56	20.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
Expert 4	Comment gérer sur le nycthémère?
Expert 7	Dose d'entretien ?
Expert 13	La forme intrarectale me semble inadaptée à la situation, obligée de mobiliser le patient et de réaliser un geste pas confortable sur le plan psychologique. Ne peut pas préconiser les formes trans muqueuses à base de fentanyl ou le buccolam?
Expert 16	Mettre le niveau de preuve pour ces posologies car très peu de données
Expert 19	Pour le diazépam, il ne faut pas poursuivre en intra rectal après l'induction ! Mais prendre le relais évidemment par voie SC !!
Expert 21	Après analyse bibliographique, le sous-groupe "médicament" du groupe pratiques sédatives SFAP n'avait pas retenu l'administration intra rectale de diazepam comme voie d'administration d'une pratique sédative (au moins chez l'adulte). Sur quoi repose cette recommandation ? Pourquoi ne pas privilégier le diazépam par voie nasale en l'absence de midazolam ? voir par exemple 1 - Ivaturi VD, Riss JR, Kriel RL, et al. Pharmacokinetics and tolerability of intranasal diazepam and midazolam in healthy adult volunteers. Acta Neurol Scand 2009; 120:353-357. et 2 - Comparison of Intranasal and Intravenous Diazepam on Status Epilepticus in Stroke Patients A Retrospective Cohort Study Ryota Inokuchi, MD, Naoko Ohashi-Fukuda, MD, Kensuke Nakamura, MD, PhD, Tomoki Wada, MD, Masataka Gunshin, MD, Yoichi Kitsuta, MD, PhD, Susumu Nakajima, MD, PhD, and Naoki Yahagi, MD, PhD. Medicine (Baltimore). 2015 Feb;94(7):e555. doi: 10.1097/MD.0000000000000555.
Expert 24	Le clonazépam peut être utilisé en SC continu sur un temps prolongé, pourquoi cela n'est-il pas précisé ? C'est quand même plus simple que de multiplier les injections intrarectales de diazépam!!!
Expert 25	Confort du patient ?
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes

	recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 32	Réserve sur l'IR si pas de grande urgence
Expert 36	Le Clorzépatate dipotassique peut également être utilisé
Expert 37	Dose d'entretien ? Et si ça ne marche pas après une fois : protocole incomplet Pourquoi pas dans sonde gastrique ou gastrostomie si en place ?

101

En cas de situations de détresse nécessitant un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, choc hémorragique par exemple) et de difficulté d'approvisionnement du midazolam, ces posologies peuvent être doublées

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	2	1	4	8	19	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.67	75.56	17.78

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.11	91.89

Expert	Commentaires
Expert 4	Cela est peu pour obtenir une perte de connaissance chez beaucoup de patients
Expert 7	Voire plus ?
Expert 8	Je pense qu'il faut mieux titrer que de doubler la dose initiale. 10 mg de Valium en IV risquent fortement d'entraîner une apnée.
Expert 16	Mettre le niveau de preuve pour ces posologies car très peu de données
Expert 19	Voire tripler d'emblée
Expert 21	Mais s'il n'y a pas urgence, on devrait arriver à se procurer du midazolam !
Expert 27	Mon expertise clinique infirmière me permet d'être d'accord avec les principes recommandés mais je n'ai pas la compétence pour valider les molécules citées relevant de la prescription médicale et de compétences pharmacologiques renforcées qui sont hors de mon champ de compétences.
Expert 34	Loi à changer pour que le midazolam soit facilement disponible en ville et non des solutions moins pratiques.
Expert 35	Avec précaution

Sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès

102

La réalisation de la SPCMD est possible à domicile et nécessite systématiquement l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs, entre autres pour les modalités d'administration, d'adaptation et de surveillance des médicaments, ainsi que l'accompagnement des proches et professionnels. Les spécificités ne sont pas tant médicamenteuses qu'organisationnelles.

En plus des critères d'exigibilité prévus par la loi, une attention toute particulière doit être accordée à la faisabilité opérationnelle de la sédation, au résultat attendu (profondeur de la sédation), notamment en termes de confort et de sécurité pour la personne malade, à la place et au vécu des proches.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	1	4	3	30	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.55	90.91	4.55

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 5	Cf. article: Sédation en médecine palliative au domicile : enquête descriptive auprès des médecins généralistes (Médecine Palliative 2015) la place des médecins traitant est prépondérante en ville et il faut les faire apparaître sur les recommandations
Expert 9	"une attention toute particulière doit être accordée à la faisabilité opérationnelle de la sédation, au résultat attendu (profondeur de la sédation)" s'il s'agit d'une SPCMD le patient ne devrait-il pas être en diminution profonde de la vigilance ou non réveillable ?
Expert 20	Ce qui m'amène à penser qu'il n'est pas raisonnable de réaliser des SPCMD à domicile
Expert 21	Cette reco n'a pas forcément lieu d'être puisque cela ne concerne pas directement la prise en charge médicamenteuse. Redite avec d'autres termes des reco du guide HAS. attention au vocabulaire : "équipe spécialisée en soins palliatifs" versus "équipe ayant les compétences en soins palliatifs" dans le guide HAS.
Expert 24	Cela demande en fait une HAD...en plus de l'appui d'une équipe de soins palliatifs...

Expert 25	L'accompagnement des proches est indispensable même en service spécialisé et cela n'a pas été dit plus haut est-ce un oubli ?
Expert 33	Sans oublier l'analgésie associée
Expert 34	ENCORE MOINS A DOMICILE
Expert 37	Qu'entend-on par sécurité ? +++
Expert 45	Pas de systématisme pour l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs Les soins palliatifs, forment, aident et accompagnent tous les soignants La fin de vie n'est pas affaire de spécialistes

103

Une voie veineuse et le midazolam doivent être disponibles.

Les conditions sont les suivantes (cf. guide du parcours de soins de la HAS1) :

- procédure collégiale préalable définie par voie réglementaire ;
- présence d'un médecin lors de la titration ;
- médecin joignable 24h/24 avec possibilité de visites médicales à domicile ;
- personnel formé aux techniques, administration et surveillance des thérapeutiques utilisées ;
- équipes ou réseau de soins palliatifs associés même si HAD ;
- disponibilité d'un lit de repli, de préférence en USP, ou à défaut dans un service ayant une bonne maîtrise des pratiques sédatives.

Dans des situations complexes, l'équipe spécialisée pourra néanmoins envisager une stratégie alternative en concertation avec l'équipe de soins primaires.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.05

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	0	5	8	26	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.55	93.18	2.27

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires
Expert 2	<p>L'absence de voie veineuse n'est pas une contreindication formelle même si elle doit être privilégiée. Une sédation peut se pratiquer par voie SC à domicile.</p> <p>La non disponibilité du midazolam n'est pas non plus une contreindication même si ce médicament doit être privilégié. Une autre benzodiazépine peut être utilisée en première intention.</p> <p>Dans les conditions on pourrait ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accord des proches après information des conditions de mise en œuvre et de suivi de la sédation - surveillance infirmière au minimum biquotidienne - Evaluation médicale quotidienne
Expert 7	<p>Si les conditions sont indiquées ici, ne faut-il pas les rappeler pour toutes les procédures de sédation, en début de chapitre ? (+ symptômes réfractaires, pronostic de vie etc)</p>
Expert 8	<p>On pourrait ajouter dans les conditions, l'information du SAMU-Centre 15 de référence.</p>
Expert 13	<p>La disponibilité d'un lit de repli me semble illusoire à l'heure actuelle. Si cette reconnaissance est suivie à la lettre, la procédure ne peut être réalisée en l'absence de lit vide pouvant accueillir le patient; par ailleurs, le maintien d'un lit vide pendant la durée de la procédure sera impossible, et pourrait pousser à accélérer la procédure pour des raisons organisationnelles; je suis d'avis d'être plus modéré dans la reconnaissance: "envisager une hospitalisation de préférence en USP, ou à défaut dans un service ayant une bonne maîtrise des pratiques sédatives, en cas de difficultés lors de la réalisation de la procédure à domicile"</p>
Expert 18	<p>Dans l'idéal</p>
Expert 20	<p>CEPENDANT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - présence d' un médecin lors de la titration ; - médecin joignable 24h/24 avec possibilité de visites médicales à domicile.

	Ces deux conditions restent exceptionnelles d'où ma réticence à cautionner cette pratique à domicile surtout que certaines situations deviennent de plus en plus réfractaires et nécessitent l'emploi de médicaments non disponible ni même utilisable en ville tel que le propofol ou le gamma OH
Expert 21	Je ne vois l'intérêt d'une reco qui reprend une autre reco... "équipes ou réseau de soins palliatifs associés même si HAD" Non, par forcément, car certaines HAD ont leur propre équipe très compétente en soins palliatifs. N'y a-t-il pas d'autres reco ou suggestions à faire pour une sédation à domicile : intérêt du midazolam en PCA pour faire des bolus etc... protocole de réadaptation de doses... quelle dose administrée avant un soin potentiellement douloureux ? etc...
Expert 22	RCP - procédure - et surtout formation des intervenants
Expert 26	Je préciserai "médecin formé et d'accord pour suivre la sédation joignable 24/24"
Expert 28	Je propose d'ajouter : - Surveillance infirmière au minimum 2 fois par jour lors de la phase d'entretien - Une attention encore plus accrue au domicile doit être apportée au vécu de la situation par l'entourage et par les soignants et un accompagnement après le décès doit être proposé.
Expert 32	Difficulté en termes de moyen d'imposer réseau en plus de l'HAD. Cela doit-il être aussi contraignant?
Expert 37	C'est bizarre de reprendre ici (et pas ailleurs) la procédure collégiale Même remarque que précédemment pour les lits de repli je dirais plutôt "parcours" de repli avec au mieux hospitalisation en USP
Expert 45	Même réserve

Perspectives

Accès au médicament dans le cadre des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie à domicile

104

Dans le cadre de la transformation du système de santé et en particulier les évolutions dans le champ ambulatoire, il est souhaitable, tant au plan éthique qu'économique, d'adapter la réglementation de la prescription et de la dispensation du médicament, dont la rétrocession aux situations cliniques complexes rencontrées dans la prise en charge médicamenteuse en situations palliatives, jusqu'en fin de vie.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	1	0	42	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.44	95.56	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 5	<p>...ce qui permettra d'éviter des retards à la mise en route de ces sédations et facilitera leur diffusion hors hospitalier lors de la prise en charge en SP. Cela devrait éviter aussi des hospitalisations indues via les urgences, notamment en provenance d'EHPAD.</p> <p>Cf. rapport observatoire fin de vie en EHPAD 2013 + article soins palliatifs en EHPAD</p>
Expert 9	<p>Il est certes souhaitable d'adapter la réglementation de la prescription dans le cadre de la prise en charge ambulatoire... on peut aussi considérer que le patient a droit au traitement et aux soins les plus appropriés et que cette transformation de la législation est une nécessité.</p> <p>"Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le</p>

	meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées" art. L. 1110-5 CSP
Expert 15	<p>Je ne suis pas sûre qu'adapter la réglementation de la prescription et dispensation soit un levier qui permette d'améliorer et développer les pratiques au domicile. Les médicaments sont aujourd'hui accessibles en ambulatoire (dans le cadre de l'HAD par le décret sur les médicaments de la réserve hospitalière (R5121-77) ou en rétrocession par la circulaire 29/2005 du 23/05/2005). Il semble exister une méconnaissance des conditions de disponibilité de ces médicaments au domicile. L'indication de l'AMM des médicaments cités ne figure pas dans l'AMM. C'est plutôt le cadre de l'AMM de ceux-ci qui doit évoluer (peut-être est-ce le sens d'"adapter la réglementation de la prescription"?). En outre, les médicaments cités sont aujourd'hui accessibles en ambulatoire (dans le cadre de l'HAD par le décret sur les médicaments de la réserve hospitalière (R5121-77) ou en rétrocession par la circulaire 29/2005 du 23/05/2005).</p> <p>Il y a les médicaments d'anesthésie dont l'usage semble intéressant, mais dans un cadre spécialisé. Est-ce que ces médicaments pourraient être utilisés en pratique sédative, et si oui, dans quel environnement ?</p>
Expert 21	Oui mais cette reco est destiné aux responsables de la réglementation et non aux professionnels de santé. doit-elle figurer dans ces reco ?
Expert 24	C'est une bonne nouvelle, mais qui sont les décideurs? pas les professionnels de santé!
Expert 26	Nous sommes dans une situation très limite vis à vis du midazolam hors établissements de santé, cf. argumentaire que j'ai fourni
Expert 45	<p>Peu clair</p> <p>Mais s'il s'agit de la mise à disposition du midazolam en ville, oui !</p>

Aspects organisationnels et propositions d'amélioration pour la mise en œuvre d'une analgésie intrathécale

105

Compte tenu de sa complexité, l'analgésie intrathécale nécessite pour les équipes qui réalisent les implantations, une formation et un plateau technique adapté ainsi qu'une disponibilité médicale continue.

Une organisation de réseaux de soins par régions et un réseau national sont souhaitables afin d'améliorer l'accès à cette technique sur tout le territoire :

- Des centres experts dans la pose des cathéters et pompe implantable, gestion des complications et remplissages sont indispensables. Ils assureraient une astreinte téléphonique continue.
- D'autres centres plus nombreux et couvrant l'ensemble du territoire régional auraient pour mission

d assurer le suivi et le remplissage des pompes implantables afin de permettre aux patients en situation palliative d être suivis au plus près de leur domicile.

Le personnel des USP doivent également être formés pour accueillir ces patients et assurer le suivi et le remplissage des pompes implantables.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	5	32	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	88.64	11.36

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Ces 2 niveaux de compétence me gênent. Par contre la proximité par rapport au lieu de vie est un argument fort pour ces patients
Expert 7	TB, il est important de préciser cela, pour aider à uniformiser les pratiques régionales
Expert 10	Organisation de "centres de préparation" + système de coursiers pour fournir les

	centres "remplisseurs"
Expert 13	Une astreinte 24/24h est-elle justifiée?
Expert 17	<p>Comme dit ailleurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plutôt que d'avoir une centralisation par centre expert (régional?) il vaudrait mieux que dans pour les USP il y ait l'obligation d'avoir un médecin palliatologue formé aussi à la douleur de préférence par la capacité douleur que par un DU, au vu de la complexité du symptôme en SP, capable d'assurer l'inclusion des patient et ensuite le suivi; pour les complications, il serait plus pratique et raisonnable l'organisation obligatoire dans les hôpitaux concernés d'un circuit de sécurité des patients ayant une analgésie IT (médecin compétent qui suit le patient - les urgences - le 15 signalement - l'IRM etc (ex: si chute du patient et ensuite douleurs rebelle - rechercher une désadaptation/plicature du cathé, ce genre de prise en charge doit se faire rapidement, tout transfert vers un centre restant illusoire en situation aiguë. - sinon, quel est le sens que le rédacteur du texte donne au "suivi"? surveillance tolérance, efficacité, réadaptation des doses dans la pompe? Si c'est bien tout cela, il faut que ce suivi soit assuré par le médecin expert dans ce domaine. - oui, le remplissage en tant que acte peut être fait par seulement quelqu'un de formé
Expert 21	<p>Tout à fait d'accord !</p> <p>" le remplissage des pompes implantables" juste une question de vocabulaire : après implantation, la pompe implantable devient... implantée. Faut-il parler de pompe implantée ou implantable ?</p>
Expert 22	Cela me semble évident mais je ne suis pas concerné par une USP - toujours et encore la formation

106

Le développement par région de quelques pharmacies hospitalières expertes dans la fabrication des mélanges pour analgésie intrathécale permettrait de distribuer ces préparations à d autres hôpitaux tout en d assurant la qualité de fabrication indispensable et limiter les déplacements des patients souvent fragiles.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	6	35	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.33	6.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Mais également s'engager sur une délivrance continue 7/7 de poches car par expérience personnelle il peut arriver d'avoir un remplissage en urgence à effectuer en période de WE. Ces situations ne sont pas si fréquentes mais doivent être prises en compte. Cela permettra de ne pas avoir à réaliser des remplissages manuellement qui peuvent être parfois cause d'erreur.
Expert 15	La fabrication par les PUI de chimiothérapies anticancéreuses existe déjà. On peut effectivement imaginer la fabrication d'autres mélanges par ces établissements pour l'administration de médicaments au domicile.
Expert 17	Risques de retards: l'évaluation se fait lors d'une consultation de suivi ou bien lors de l'hospitalisation. L'ordonnance du remplissage ne peut être rédigée qu'après. Si le mélange est fait à 50 km ou plus, et si la consultation est faite à 16h, le produit ne sera disponible qu'au plus tôt le lendemain, ou après le week-end. Le fait que le mélange puisse être gardé quelques jours ne remédie rien à tout cela, puisque chaque mélange est unique (fonction du patient) et donc on ne peut pas avoir par avance des mélange/préparations "standard" Il serait beaucoup plus logique que les pharmacies des hôpitaux qui suivent des patients avec PIT soient dans la capacité et dans l'obligation de la préparation.
Expert 22	J'approuve totalement
Expert 28	Modification texte :

	...tout en assurant la qualité de fabrication indispensable et de limiter les déplacements...
--	---

107

Optionnellement, commentaires sur l'argumentaire / commentaires généraux :

Expert	Commentaires
Expert 1	Très bon travail réalisé Les commentaires que j'ai pu faire sont "à la marge" L'argumentaire est toujours plein de bon sens et colle très bien aux recommandations nationales et internationales
Expert 5	Complexité des situations selon les âges et les pathologies nécessité d'une formation continue en SP avec actualisation des connaissances pour les Médecins impliqués (en ville et médecins hospitaliers)
Expert 6	Le plan technique est tout à fait clair et pertinent. J'insiste sur le vécu de la douleur par le patient. Faut-il supprimer absolument toute douleur ? Pour certains patients, la douleur modérée ou faible peut être synonyme de vécu nécessaire dans le cadre de cette atteinte physique. Si le patient refuse toute douleur, il faudra bien sûr faire tout ce qu'il faut pour le soulager.
Expert 7	2 remarques principales => le paragraphe sur les ADP ne me paraît pas clair => peut être aller plus loin dans le préambule sur la pratique de la sédation (pour être le plus clair possible, le lien antalgie-sédation dans les mêmes recommandations peut paraître risqué) Bravo pour ce travail essentiel et très complet.
Expert 8	Dans l'introduction de l'argumentaire, notamment p6, il est question parfois de phase palliative et parfois de phase palliative avancée. Il me semble que ceci pourrait perturber la bonne compréhension. p8 de l'argumentaire, il y a une coquille au niveau des métabolites de la morphine (2 fois morphine 6 glucuronide). De plus, il pourrait être utile de préciser que ces métabolites peuvent être sources d'effets indésirables centraux : confusion, hallucination. p39 de l'argumentaire : dernier paragraphe. "il existe de nombreuses études pointant la fiabilité des ratios". "Pointant" peut se comprendre comme "confirmant", or c'est le contraire qui veut être dit.
Expert 13	Bravo !
Expert 14	Pas d'autre commentaire
Expert 15	Quelques remarques sur les perspectives de ce travail intéressant : Je n'ai pas retrouvé dans l'argumentaire la question du lien entre équipe

	<p>hospitalière et ville-EHPAD/HAD pour une prise en charge optimale des personnes qui me semble être très importante pour la diffusion des pratiques et l'encadrement de ces prises en charge.</p>
Expert 16	<p>L'argumentaire sur les choix des posologies me semble devoir être plus détaillé, la forme tableau pour lister la posologie n'est pas forcément la plus adaptée. Il paraît important de dire quand les posologies choisies sont des accords d'experts ou un autre niveau de recommandation.</p>
Expert 17	<p>Très beau travail, absolument nécessaire. Merci</p>
Expert 19	<p>Remarquable travail, bravo à tous !!</p>
Expert 20	<p>Il y a deux points qui me paraissent essentiels et sur lesquels il faut être vigilants et complets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pratiques sédatives à domicile qui ne peuvent être pratiquées en l'état des ressources pour le domicile sur notre territoire de santé (ex les HAD qui n'ont pas de médecins d'astreintes ...) - la nécessité de renforcer dans les établissements de santé l'accessibilité à l'analgésie intrathécale avec des parcours de soin qui doivent être organisés à l'échelle des institutions qui sont concernées
Expert 21	<p>D'abord bravo pour ce gros boulot !</p> <p>Ces reco ciblent la prise en charge médicamenteuse, aspect qui n'était pas assez développé dans les reco HAS consacrées à la SPCMD. Certaines s'écartent complètement de ce champ, reprenant des notions déjà développées ailleurs. Ne faudrait-il pas cibler les quelques reco qui apportent une nouveauté ou une précision par rapport aux documents existants ? 100 recos (50 sur les pratiques sédatives) donnent un aspect "catalogue" que les professionnels ne pourront retenir.</p> <p>Argumentaire : travail de synthèse bien difficile à faire... Mais pour la partie sédation, il aurait peut-être été plus simple de repartir de l'argumentaire du guide HAS en complétant les rubriques "médicaments". A la lecture, cela fait un peu "doublon".</p> <p>Rares remarques :</p> <p>Il n'y a probablement pas lieu de différencier sédation temporaire, transitoire et sédation intermittente. Contrairement à ce qui est écrit (p139/192 de l'argumentaire), Sédapall n'utilise pas le terme d'intermittent mais uniquement que celui de transitoire. Cela a été un choix du groupe de travail... En français le mot intermittent indique un cycle qui se répète : on parle couramment de sédation intermittente nocturne, forme de sédation transitoire (ou temporaire) qui se répète ... tous les soirs.</p>
Expert 22	<p>Document extrêmement bien documenté et nourri Bravo à l'ensemble des participants et merci</p>
Expert 24	<p>En ce qui concerne la CIBLE: il est noté «tout professionnel de santé confronté aux patients en situations palliatives». Il me paraîtrait plus honnête de dire que ces</p>

recommandations s'adressent aux médecins !

J'ai d'ailleurs eu souvent l'impression, à la lecture, qu'elles s'adressaient à des médecins spécialisés, voire experts (cf. les références de pharmacocinétique, d'interactions...qui ne sont pas explicitées, alors qu'à certaines rubriques, les effets secondaires, surveillances ou contre-indications sont détaillés)...

L'ANTALGIE DES DOULEURS REBELLES concerne principalement les équipes spécialisées.

A partir de mon expérience de terrain et ma connaissance des médecins généralistes, je pense qu'il aurait été nécessaire d'indiquer plus clairement une démarche d'analyse pour les généralistes pour les aider à situer quand la douleur peut être qualifiée de "rebelle" ; ceci est un peu évoqué dans le propos introductif mais aurait pu être plus pratique, plus clair : évaluation des mécanismes physiopathologiques en les citant rapidement, composante neuropathique (encore insuffisamment recherchée), et surtout insister sur toutes les composantes de la souffrance globale: psychique, existentielle, sociale... et sur la nécessaire écoute de la personne et de ses proches dans une démarche d'accompagnement et de projet. Cette dimension globale, au cœur de la démarche palliative, mériterait d'être affirmée plus clairement que cela n'est fait, car traiter une douleur rebelle n'est pas qu'une affaire de médicaments (rôle d'autres professionnels, des accompagnants bénévoles

Le généraliste est en recherche de conduite pratique et a besoin de savoir ce qu'il peut faire, à qui il peut faire appel et quand passer le relai.

En dehors de la rotation d'opioïdes (mais la table de conversion citée est complexe...) les différentes thérapeutiques citées ensuite s'adressent aux équipes spécialisées, il aurait peut-être été plus clair de le préciser dès le début...même s'il est toujours intéressant d'être informé des thérapeutiques possibles ...la possibilité d'un suivi de ces thérapeutiques à domicile ou en EHPAD , parait totalement irréaliste pour certaines (lidocaïne) et demanderait une transmission d'informations précises, par ex pour la méthadone: la recommandation ne donne pas ,même en annexe des outils pour le suivi; par contre ce qui concerne l'analgésie intrathécale est très précis.

LES DOULEURS PROVOQUEES:

Pas assez précis, pas assez pratique, pour les médicaments cités (pharmacocinétique à préciser en annexe? à qui s'adresse-t-on? à des experts? les indications du MEOPA devraient être plus détaillées, y compris pour les ADP, à la lecture cela donne l'impression d'une utilisation restreinte, surtout en évoquant le risque de convulsion

IMPRESSION GENERALE sur cette partie: consensus d'experts, ce qui est déjà très important...et aidant pour les équipes spécialisées, mais je reste perplexe sur l'appropriation possible par un médecin non spécialisé...

recommandations très orientées sur l'oncologie, et peu sur d'autres douleurs complexes et rebelles en gériatrie ou en neurologie

	<p>PRATIQUES SEDATIVES</p> <p>Dans l'argumentaire scientifique, page 134, le tableau présentant phase curative et phase palliative, soins spécifiques et soins de support, me parait bien réducteur pour définir les soins continus! et surtout orientés vers l'oncologie! La présentation dans la brochure de l'INPES des soins curatifs et palliatifs intriqués (d'ailleurs reprise dans la brochure soins palliatifs en cancérologie) me parait bien plus juste et situe les soins palliatifs dès le début de la maladie grave, contrairement à ce tableau !</p> <p>Regret du manque d'étude sur l'utilisation du clonazepam en sédation (car très accessible en EHPAD et à domicile) et du manque d'étude de la voie intra nasale pour le midazolam</p> <p>Dans la partie sédations proportionnées, le diazepam et le clonazepam devraient être cités en 1ere intention en l'absence de disponibilité du midazolam</p>
Expert 26	<p>Bravo à tous pour ce travail de qualité attendu ! Je pense qu'il faut à tout prix clarifier les zones d'ombre du midazolam (cf. argumentaire que je vous ai joint et que nous avons travaillé au CH de Valenciennes entre médecins, pharmaciens et juristes) avant de publier ces recommandations</p>
Expert 30	<p>Ces recommandations sont claires, précises et d'actualité.</p> <p>Peu de remarques à faire tant le travail de rédaction a été bien fait.</p>
Expert 31	<p>La lecture des recommandations est assez aisée, claire et pédagogique</p>
Expert 33	<p>Orientation vers le domicile oblige à une réorganisation et une formation importante des libéraux (médecin et infirmiers) pour que les patients si eux et leur famille le souhaitent, puissent rester jusqu'à la fin à domicile.</p>
Expert 34	<p>Très beau travail.</p> <p>L'argumentaire est un régal.</p> <p>La partie sur la méthadone est un peu ardue notamment sur les sigles.</p> <p>Le paragraphe 2.3 sur sédation courte par kétamine page 129 devrait être... Dans le chapitre sédation et non dans la prévention des douleurs provoquées.</p>
Expert 35	<p>Globalement j'ai trouvé le document, l'argumentaire et les recommandations d'excellente qualité. Je serais juste prudente de ne pas juste diminuer les posologies par 2 pour les personnes vulnérables et de toujours référer au contexte clinique et aux interactions médicamenteuses qui sont aussi la clé de la balance bénéfice/risque.</p> <p>Cela va être un document très utile (et attendu) pour les praticiens.</p>
Expert 37	<p>1/ Comme cela apparait à l'évidence au fil de mes commentaires, j'ai une vision très critique du texte que je trouve très peu clair et parfois ambigu.</p> <p>Je ne remets pas en question l'intensité du travail produit sur un sujet parfois complexe, mais à mon avis une grande partie de la rédaction est à revoir. La production d'un texte estampillé HAS impose une rigueur scientifique irréprochable dans la rédaction du texte que je ne trouve pas dans une grande part du document.</p> <p>2/ Je suis surpris par le nombre incroyablement élevé des recommandations.</p>

	<p>Habituellement les recommandations formalisées d'experts ciblent 25 à 30 champs. On pourrait supprimer un certain nombre des propositions d'accord car pour moi sans réelle pertinence pour un tel travail</p> <p>3/ le document fourni par j'imagine le groupe bibliographique (190 pages) est plutôt très bien rédigé et présente bien les études de façon factuelle</p> <p>J'ai conscience de la "sévérité" de mes critiques et du fait qu'elles risquent d'être mal perçues par le groupe de travail, mais j'ai passé beaucoup de temps pour cette lecture critique en mon âme et conscience avec l'objectif de contribuer au final à l'édition d'un texte clair et scientifiquement recevable pour les lecteurs même si le sujet est par certains aspects évidemment complexe</p>
Expert 40	<p>Des recommandations synthétiques, facilement utilisables en pratique clinique, basées sur un argumentaire solide et bien étayé.</p>
Expert 45	<p>Je trouve ces recommandations étranges quant à la définition de leur</p> <ul style="list-style-type: none">- périmètre- destinataires <p>très techniques, et peu aidantes dans la démarche palliative auprès du patient</p>