

**LU POUR VOUS** Prescription d'antibiotiques sans documentation, on peut faire mieux

Au vu de l'augmentation des résistances, la prescription d'antibiotiques est de plus en plus étudiée et des recommandations sont régulièrement éditées (indications, durées du traitement, molécules de premier choix, etc.). Une étude transversale parue fin 2019 s'est intéressée à cette problématique aux États-Unis. Sur un échantillon représentatif de 28 000 consultations ambulatoires

chez un prestataire de soins, 13% des visites ont abouti à une prescription d'antibiotique. Les chercheurs ont constaté, dans 57% des cas, que la prescription était appropriée (c'est-à-dire qu'une condition pour laquelle les antibiotiques sont effectivement indiqués était documentée) et que dans 25% des cas elle ne l'était pas (une condition, par exemple les infections des voies

respiratoires supérieures, pour lesquelles les antibiotiques ne sont pas indiqués mais sont généralement prescrits était documentée). Dans les 18% de cas restants, l'indication n'avait pas été documentée. En extrapolant à près d'un milliard les visites ambulatoires annuelles aux États-Unis, environ 32 millions de prescriptions concerneraient des indications inappropriées et 24 millions concerneraient des indications non documentées. Les facteurs associés à cette dernière catégorie étaient le fait d'être un homme adulte, d'être vu par un médecin spécialiste et d'avoir un temps de consultation plus long. Les antibiotiques les plus susceptibles d'être prescrits sans indication documentée étaient les sulfamidés et ceux utilisés pour traiter les infections des voies urinaires.

**Commentaire:** Cette étude montre qu'il reste encore du travail pour améliorer la problématique des antibiotiques, et notamment dans la documentation lors de leurs prescriptions. Les facteurs mis en évidence ici pourraient permettre de mettre en place des stratégies afin de pallier ce manque de documentation qui biaise les estimations nationales et peut mener à des recommandations moins pertinentes.

**Dr Lionel de Alencastro**  
Unisanté, Lausanne

**Coordination: Dr Jean Perdrux,**  
Unisanté (jean.perdrux@unisanté.ch)

Ray MJ, et al. Antibiotic prescribing without documented indication in ambulatory care clinics: National cross sectional study. *BMJ* 2019;367:l6461.



© istockphoto/ML\_Procratyne

## AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

## SÉDATION PROFONDE JUSQU'AU DÉCÈS, MODE D'EMPLOI FRANÇAIS

**JEAN-YVES NAU**  
jeanyves.nau@gmail.com

La France élabore, avec lenteur et méthode, un encadrement des pratiques médicales de fin de vie. À commencer par la «sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès» (SPCMD) qui permet une altération de la conscience poursuivie jusqu'à la mort. Encadrée par la loi, cette pratique peut être mise en œuvre à l'initiative des professionnels comme à la demande d'un patient – et ce au cours de situations précises, dans un établissement hospitalier, au domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

C'est dans ce cadre que la Haute Autorité française de Santé (HAS) vient de rendre public<sup>1</sup> un guide réactualisé destiné à tous les professionnels de santé, notamment les professionnels de premier recours. Ce document décrit les situations dans lesquelles cette sédation peut être mise en œuvre – mais aussi la conduite à tenir avant de la réaliser pour vérifier que les

conditions prévues par la loi sont remplies. Il s'attache également à identifier les contraintes organisationnelles et propose les conduites thérapeutiques et de surveillance. Le soutien des proches et des professionnels, considéré comme «essentiel», y est également décrit.

On ne peut pas manquer d'observer que la HAS prend soin de souligner les six éléments qui différencient l'euthanasie de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Il s'agit de l'intention, du moyen pour atteindre le résultat, de la procédure, du résultat, de la temporalité et de la législation en vigueur en France.

Résumons: «Soulager une souffrance réfractaire» (SPCMD) versus «Répondre à la demande de mort du patient»; «Altérer la conscience profondément» versus «Provoquer la mort»; «Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde» versus «Utilisation d'un médicament à dose létale»; «Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie» versus «Mort immédiate du patient»; «La mort survient

dans un délai qui ne peut pas être prévu» versus «La mort est provoquée rapidement par un produit létal»; «Pratique autorisée par la loi» versus «Pratique illégale (homicide, empoisonnement)».

Aujourd'hui la loi française donne au patient le droit de demander «d'éviter toute souffrance» et «de ne pas subir d'obstination déraisonnable». La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès peut, plus précisément, «être envisagée en cas de douleur réfractaire ou insupportable si le décès est attendu dans les quelques heures ou quelques jours qui viennent». Dans les autres cas, une sédation réversible de profondeur proportionnée à l'intensité des symptômes peut être discutée avec le patient.

Dans ce cadre, les évaluations ne peuvent être que pluriprofessionnelles; l'équipe prenant en charge le patient peut s'appuyer sur une équipe de soins palliatifs, y compris par téléphone lorsque le patient est à domicile ou dans un établissement d'hébergement pour personnes devenues dépendantes. Plusieurs points doivent ici être soulignés et impérativement respectés:

la procédure collégiale obligatoire concerne tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et dans la mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès; le médecin en charge du patient, responsable de la décision, rédige la prescription et accompagne l'infirmière pendant l'initiation du traitement; les traitements antalgiques sont systématiques, l'hydratation et la nutrition artificielles arrêtées; les proches doivent être soutenus avant, pendant et après la sédation; l'attention à la souffrance des professionnels doit permettre de l'atténuer par des mesures d'équipe ou individuelles.

**FAIRE PARTIE  
D'UNE ÉQUIPE  
DE SOINS QUI  
RÉALISE UNE  
SPCMD PEUT  
ÊTRE DIFFICILE  
À SUPPORTER**

On peut aussi le dire plus précisément. «Lorsqu'il n'y a pas d'autre solution pour apaiser la souffrance du patient en fin de vie, celui-ci est en droit de demander le recours à une SPCMD afin d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, précise la HAS. Selon la loi, la SPCMD peut alors être envisagée: si le patient présente une souffrance réfractaire aux traitements alors qu'il est atteint d'une affection grave et incurable et que le pronostic vital est engagé à court terme; ou si le patient, atteint d'une affection grave et incurable, décide d'arrêter un traitement et que cette décision engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.» Mais la SPCMD peut également être envisagée chez un patient qui ne peut pas exprimer sa volonté, en cas d'arrêt des traitements de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable (sauf s'il s'y est opposé dans ses directives anticipées).

En France, un médecin confronté à l'une de ces situations doit impérativement respecter les étapes suivantes pour respecter la volonté du malade d'une part, et la loi d'autre part: écouter, comprendre et analyser la demande du patient; vérifier dans le cadre d'une procédure collégiale que les conditions prévues par la loi sont réunies, que le patient a les capacités de discernement nécessaires, et que sa demande fait suite à une information loyale, claire et appropriée, notamment à propos des autres pratiques sédatives (proportionnée, réversible, etc.).

En pratique, la procédure collégiale (qui implique l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient et dans la mise en œuvre de la SPCMD) doit inclure un médecin extérieur à l'équipe, comme consultant et sans lien hiérarchique avec le médecin traitant.

Les soignants se réunissent pour évaluer si la situation remplit les conditions fixées par la loi. Cette réunion peut se faire par téléconférence ou vidéoconférence.

Cette procédure collégiale a différents objectifs. Il s'agit tout d'abord de partager les informations sur le patient (sa personne, son contexte de vie, sa maladie et les traitements réalisés ou proposés, ses volontés). Il s'agit ensuite d'échanger les «points de vue» afin «de faire une appréciation globale de la situation et une appréciation médicale de l'état du patient en référence aux recommandations de bonnes pratiques». Il s'agit enfin de répondre à différentes questions pour

vérifier que l'une ou l'autre des conditions prévues par la loi sont remplies: la souffrance du patient est-elle réfractaire et son pronostic est-il engagé à court terme; l'arrêt du traitement demandé par le patient engage-t-il son pronostic à court terme et est-il susceptible d'entraîner une souffrance insupportable; l'application de la sédation profonde et continue associée à une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie est-elle réalisée conformément à la loi?

Il s'agit, pour finir, de vérifier que la demande est «libre et éclairée» et selon les cas, d'apprécier «les capacités de discernement du patient». Etant bien entendu que si la procédure collégiale

évalue ces demandes, elle n'a pas «à porter de jugement de valeur sur la demande du patient».

La HAS souligne aussi le fait que la nécessaire communication avec le patient et les proches «nécessite empathie, qualités relationnelles et écoute». «Le désarroi des proches du patient sous sédation peut être intense: ils pourront faire part de leurs ressentis physiques, leurs craintes, leurs sentiments de culpabilité, leur colère, peut-on lire dans le guide. Une écoute bienveillante peut alléger leur souffrance. Vous pouvez les conseiller sur les moyens de continuer d'aider le patient (par la parole, le toucher, les soins de bouche...), les informer régulièrement sur l'évolution de son état, les rassurer sur le fait que, dans ce contexte, la sédation est le seul moyen pour éviter ses souffrances.»

Et d'ajouter: «Les soignants aussi doivent prendre soin d'eux: faire partie d'une équipe de soins qui réalise une SPCMD peut être difficile à supporter. Des réunions de *débriefing*, des groupes de parole avec l'appui d'un professionnel expérimenté, extérieur à l'équipe, ou encore une prise en charge individuelle avec un psychiatre ou un psychologue clinicien peuvent aider à atténuer la souffrance des équipes.»

1 Sédation profonde jusqu'au décès: une décision collégiale. Haute Autorité française de Santé, 11 février 2020.



© istockphoto/johmorth