

USAGE DES MEDICAMENTS POUR LE SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE EN SITUATION PALLIATIVE (Y COMPRIS LES PRATIQUES SEDATIVES)

Contexte

Suite au message **d'alerte du 20 avril 2020** (référence mars n°2020_37) du Centre de Crise Sanitaire du Ministère des Solidarités et de la Santé Direction Générale de la Santé ayant pour objet : **approvisionnement des établissements de santé pour certains médicaments prioritaires**.

A partir du 27 avril 2020, un nouveau système d'achat et d'approvisionnement des établissements de santé pour certains médicaments vont être mis en place du fait des tensions d'approvisionnement extrêmement fortes pour 5 molécules nécessaires à la prise en charge des patients atteints du covid-19 notamment au sein des services de réanimation :

- Les formes injectables de :
 - o 2 Hypnotiques : midazolam, propofol
 - o 3 Curares : atracurium, cisatracurium, rocuronium

Pour éviter une rupture de stock effective sur le territoire français à court terme, il est impératif que chaque service mette en œuvre dès à présent des **mesures d'épargne de doses des médicaments concernés et ait recours à des alternatives thérapeutiques**.

Le midazolam ne sera plus la molécule de référence à utiliser en première intention dans le cadre de la sédation pour détresse respiratoire asphyxique pour un patient covid + ou non hors réanimation.

Proposition pour l'usage de molécules concernant la prise en charge des symptômes et des détresses respiratoires SANS MIDAZOLAM en fonction du niveau de gravité

Quel que soit le lieu des prises en charge, au domicile propre du patient ou en établissement de santé ou médico-social, le repérage des difficultés d'approvisionnement concernant les molécules dont l'usage en soins palliatifs est incontournable, doit s'opérer. Tous les professionnels de santé sont concernés en ville comme à l'hôpital. Il appartient donc à chacun d'être vigilant et d'en alerter l'ARS et l'OMEDIT à l'adresse suivante :

ars-moyens-mdm@ars.sante.fr

Après une démarche décisionnelle collégiale d'abstention de réanimation et de mise en place d'une prise en charge palliative symptomatique, il convient de :

1 : Repérer précocement les PREMIERS SIGNES de DYSPNEE

- Gêne respiratoire rapportée par le patient (évaluation par Echelle Verbale Simple ou Echelle Numérique)
- FR >24 /min ou utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation de la clavicule à l'inspiration) ou respiration paradoxale (dépression abdominale à l'inspiration)
- Informer le patient et son entourage de la possibilité du recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique
- Rechercher si rédaction des directives anticipées
- Rédiger des prescriptions anticipées pour l'infirmier(e) qui pourra débiter les traitements si aggravation
- Tracer les informations dans le dossier médical des patients / résidents
- Faire appel à une Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou prendre conseil auprès d'un médecin formé en médecine palliative

2 : Repérer la DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

- Verbalisation par le patient d'une sensation d'étouffement avec angoisse – agitation et sensation de mort imminente
- FR>30 / min agitation-utilisation des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale, battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur
- Observation par les soignants de signes d'aggravation de l'état respiratoire du patient / résident
- Signalement par la famille ou les proches, par des bénévoles d'accompagnement d'une aggravation de l'état respiratoire du patient/ résident

1 ^{er} niveau de Gravité	2 ^{ème} Niveau de Gravité	3 ^{ème} niveau de Gravité
<ul style="list-style-type: none">•Dyspnée-inconfort légers et intermittent▶ Prévoir "si besoin" :•Oxygène + Morphinique : Dyspnée - Douleur•Benzodiazépine : Angoisse•Paracétamol : Fièvre•Antiémétique	<ul style="list-style-type: none">•Dyspnée modérée à sévère d'emblée•Recours répété aux doses de secours du 1^{er} Niveau dès le 2^{ème} bolus si impossibilité de réévaluer 1H après, si tableau rapidement évolutif▶ Mise en route d'un traitement de fond selon recommandations de la SFAP "Prise en charge palliative de la dyspnée"	<ul style="list-style-type: none">•Détresse respiratoire asphyxique = URGENCE PALLIATIVE▶ Cf tableau de la SFAP "Prise en charge palliative de la détresse respiratoire asphyxique"

En remplacement du MIDAZOLAM, si cette molécule est indiquée, l'utilisation du CLONAZEPAM, du DIAZEPAM ou du CLORAZEPATE est fortement préconisée.

Les modalités de prescription et d'administration de ces benzodiazépines sont précisées dans la Fiche Conseil urgence sanitaire patients COVID 19 (<http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>)

Les traitements associés pour l'encombrement bronchique ainsi que les prescriptions d'anti-émétiques ne sont pas abordés dans ce document puisqu'à ce jour les traitements utilisés ne font pas partie de l'alerte.

Dans les cas de difficultés de soulagement avec les traitements disponibles, il convient d'appeler une équipe spécialisée en médecine palliative, voire d'envisager un transfert vers un centre hospitalier (unité de soins palliatifs ou LISP) selon les besoins, le degré d'urgence et les possibilités.

Les préconisations pour l'utilisation parcimonieuse des molécules en tension durant la pandémie COVID-19 (SFETD, SFAR, SRLF, SFPC – 16 avril 2020) et la Fiche Conseil-Urgence Sanitaire Patient Covid + Version 3 du 17/04/2020 de la SFAP définissent les possibilités thérapeutiques en l'absence de MIDAZOLAM (annexe 1 et 2 au présent document).

La recommandation de bonne pratique de la HAS (février 2020) relatives à l'antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie est disponible au lien suivant : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie.

Le ciblage des médicaments sous surveillance (approvisionnement) en Nouvelle-Aquitaine dans le cadre des soins palliatifs pour le parcours de soins dans le contexte de la crise sanitaire COVID 19 et de l'épargne du midazolam en hospitalisation – version du 26/04/2020 est annexé au présent document (Annexe 3).