

Après la loi de 2016 : les pratiques sédatives dans un contexte gériatologique

Marion BROUCKE

Infirmière, MSc Recherche en médecine palliative – EMSP, APHP – GHU Paris-Saclay

Bernard DEVALOIS

Médecin soins palliatifs, Centre de Recherche Bientraitance et Fin de vie, Chercheur associé AGORA (EA7892), Université de Cergy-Pontoise

Résumé – *La loi de février 2016 sur les droits des patients et la fin de vie a créé pour les professionnels de santé un devoir de mettre en œuvre toute pratique sédative nécessaire pour soulager les souffrances réfractaires en fin de vie. Dans certains cas très spécifiques, elle a même créé un véritable droit à une sédation irréversible (maintenue jusqu'au décès). La typologie SEDAPALL est un outil d'aide à la réflexion et à la prise de décision pour la mise en œuvre des différentes pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. Elle permet de les différencier selon trois axes : la durée prévue, la profondeur et la nature du consentement. À ce jour, il n'existe pas de travaux spécifiques sur les pratiques sédatives pour des patients gériatriques. À l'aide de vignettes cliniques concernant des situations gériatologiques, il est proposé de discuter des différentes problématiques éthiques soulevées par ces pratiques sédatives. D'éventuelles spécificités pour le grand âge sont discutées tout en rappelant le droit pour chaque patient, y compris gériatrique, à une mort apaisée, si besoin par une altération pharmacologique de sa vigilance.*

Mots clés – *sédation, fin de vie, gériatrie, symptôme réfractaire, midazolam*

Abstract – Applying palliative sedation practices in a geriatric context following the French law of 2016

The February 2016 French law on patient rights and the end of life has created a duty for healthcare professionals: to apply any sedation practices necessary to relieve refractory suffering at the end of life. In some very specific cases, this law has even created a right to deep and continuous sedation (maintained until death). The French Society for Palliative Care (SFAP) has approved an assessment scale: SEDAPALL. This valuable tool helps in the discussion and application of various sedation practices at the end of life. It uses three independent axes for considering the desired induced sleep: expected duration, depth, and nature of consent. Each axis has several possible values: duration (I- precise anticipated duration; II- imprecise but potentially reversible duration; III- irreversible duration; IV- no awakening until death); intensity (I- sufficient enough to relieve refractory symptoms; II- intense straightaway); and consent (I- no consent; II- anticipated consent; III- consent at the time of sedation; IV- explicit request for pharmacological sleep). Currently, there are no specific published guidelines for geriatric sedation. After presenting SEDAPALL, we discuss certain issues raised by these practices, particularly those that are ethical. Using clinical vignettes in geriatric situations, we show that the SEDAPALL typology allows us to clearly state what we plan to do, and to clearly do what has been stated. It also opens up research avenues to study whether there are differences between the general population and geriatric patients when it comes to palliative sedation practices at the end of life. But the French law of 2016 grants the right for patients, including elderly ones, to die without uncomfortable symptoms.

Keywords – sedation, end of life, geriatrics, refractory symptoms, midazolam

Introduction

Les pratiques sédatives font depuis longtemps partie intégrante de la prise en charge de la fin de vie. Elles ont été mieux encadrées par la loi de février 2016 afin de contribuer à la lutte contre *le mal mourir* en France. À ce jour, il n'existe pas de réflexion spécifique dans la littérature sur une éventuelle particularité de ces pratiques en milieu gériatrique ni même de recommandations de bonnes pratiques propres à la gériatrie. Notre exercice quotidien au sein d'équipes mobiles de soins palliatifs révèle une frilosité importante quant à ces pratiques, avec une assimilation fréquente mais erronée à des pratiques euthanasiques. Il nous paraît nécessaire d'apporter à la réflexion des éléments précis et un outil pratique afin de contribuer à une meilleure mise en œuvre, pour les sujets âgés comme pour tous les autres, des dispositions légales, ni par excès ni par défaut.

La loi de 2016 et les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

La loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été promulguée le 2 février 2016. Elle institue pour les patients un droit à ne subir aucune obstination déraisonnable, un droit à faire respecter ses volontés et enfin un droit à l'apaisement des souffrances en fin de vie (Devalois et Puybasset, 2016). C'est ainsi qu'elle aborde et encadre notamment la question des pratiques sédatives (cf. encadré 1). Elle inscrit d'une part dans le CSP (Code de santé publique, art. L. 1110-5-3) le devoir pour le médecin de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour soulager les souffrances d'un malade en fin de vie, y compris en altérant sa vigilance s'il s'agit du seul moyen pour y parvenir. D'autre part, elle inscrit dans le CSP (art. L. 1110-5-2) « *un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès* » dans des circonstances très précises. De plus, elle autorise aussi la mise en œuvre de traitements dans l'intention de soulager mais avec le risque d'abrèger la vie (art. L. 1111-4, al. 3), s'inspirant du principe éthique dit du double effet (Devalois et Leys, 2006).

Encadré 1. Que dit la loi sur les pratiques sédatives ?

Les professionnels de santé ont l'obligation de tout mettre en œuvre pour apaiser la souffrance en fin de vie. Le non-respect de cette obligation engage leur responsabilité.

« *Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.* » « *Toute personne a le droit de*

recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. »

La loi crée un droit spécifique pour les patients, dans des conditions strictes, à obtenir une sédation profonde, continue et sans réveil, le temps que la mort prochaine survienne (sans que cette altération pharmacologique de leur vigilance ne soit à l'origine du décès). C'est le droit d'être endormi profondément, plutôt que de souffrir, avant que la mort survienne. Il revient aux professionnels de santé de vérifier que les conditions légales sont remplies ; le cas échéant, ils ont l'obligation de mettre en œuvre ce droit.

« – À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. »

La crainte de raccourcir la vie ne doit pas être un prétexte pour ne pas soulager un patient en phase terminale, sous réserve d'une information adaptée en référence à la théorie éthique du double effet.

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

La typologie SEDAPALL

À la suite du vote de cette loi, la SFAP a mis en place un groupe de travail pour définir une typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. En effet, le terme équivoque de sédation recouvre des situations très diverses et il convient de ne plus utiliser ce terme au singulier, au risque de confusions préoccupantes. Le document comporte un glossaire détaillé permettant des définitions claires et précises et propose une typologie simplifiée, pour la pratique courante et une typologie détaillée, pour les travaux de recherche et l'enseignement (SFAP, 2018).

Cette typologie, nommée SEDAPALL, identifie 3 variables indépendantes qui permettent de décrire précisément les pratiques mises en œuvre, dans leur intentionnalité et dans leur réalisation effective (Broucke, 2019).

Des définitions et un cadre précis

Le score de Rudkin a longtemps été utilisé en France, il convient désormais, conformément aux recommandations de la SFAP (SFAP, 2018) de préférer un outil validé : l'échelle de Richmond (Chanques *et al.*, 2006). Cet outil, facile à manier, repose sur l'observation clinique par les professionnels (cf. encadré 2). L'acronyme anglais RASS (*Richmond Assesment Sedation Scale*) est souvent utilisé pour faire référence à cette échelle. Son utilisation permet de poser des définitions communes et précises des niveaux d'altération de la vigilance, validées par le consensus SEDAPALL. Une sédation correspond à un score de vigilance inférieur ou égal à -2. Un score supérieur (0 ou -1) ne correspond pas à une pratique sédative. Une sédation légère est définie par un score de Richmond à -2 ou -3 tandis qu'une sédation profonde est définie par un score de -4 ou -5.

Si, en fin de vie, l'altération de la vigilance est souvent une composante de la phase agonique marquée par une forme de sédation naturelle – liée par exemple à l'encéphalopathie hypercapnique, hépatique ou urémique –, la notion de pratiques sédatives sous-entend une sédation pharmacologique, obtenue volontairement à l'aide de psychotropes. Le motif de cette altération pharmacologique de la vigilance est le soulagement de souffrances réfractaires, c'est-à-dire ayant résisté à un traitement bien conduit. Cela exclut donc clairement toute visée euthanasique qui aurait pour objectif d'abrégé la vie du patient, à sa demande ou non, comme cela peut être le cas dans d'autres pays (Devalois, 2015 ; Claessens *et al.*, 2011).

Les patients concernés sont en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Les pratiques sédatives dans d'autres circonstances (réanimation par exemple) ne sont pas concernées par cette typologie.

Encadré 2. Échelle de Richmond (RASS : Richmond Assessment Sedation Scale)

Cette échelle comporte des valeurs positives pour décrire l'agitation (+4 à +1) et des valeurs négatives pour décrire le niveau d'altération de la conscience (-1 à -5), autour d'un point « 0 » correspondant à un patient calme et éveillé. La sédation est dite légère pour des valeurs comprises entre -2 et -3 et profonde pour une valeur de -4 ou -5.

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

Trois axes indépendants

Afin de décrire au mieux les différentes pratiques, SEDAPALL identifie 3 variables indépendantes les unes des autres : la durée de la sédation, la profondeur de la sédation et le consentement du patient à la sédation. Pour chaque variable, différentes valeurs sont possibles. Il s'agit de considérer l'intention pour ensuite pouvoir la comparer à la mise en œuvre réelle. Trois questions doivent donc être posées en préalable à la mise en œuvre d'une pratique sédative.

Quelle durée est prévue ?

La première variable est la durée pour laquelle est prescrite l'altération de la vigilance à visée palliative. La loi de 2016 reconnaît *de facto* et encadre une option nouvelle : l'irréversibilité (« *sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès* », art. L. 1110-5-2. du CSP). Il existe aussi des situations spécifiques où la durée est explicitement prévue dans la prescription (début à telle heure, arrêt à telle heure). Mais une troisième situation s'avère plus courante : la réversibilité est théorique (utilisation de produits potentiellement réversibles) mais il n'est pas clairement décidé au départ quand et si cessera l'altération pharmacologique de la vigilance.

Au total sur l'axe Durée, 3 niveaux sont possibles : une durée prévoyant une réversibilité programmée (D1), une durée indéterminée dans le cadre d'une réversibilité théorique (D2) et une irréversibilité assumée (D3).

Quel type de profondeur est visé ?

La seconde variable est la profondeur recherchée. Les pratiques antérieures conduisaient à choisir a priori une profondeur (légère ou profonde) puis tenter d'y parvenir. La réflexion ayant entouré l'élaboration de SEDAPALL a permis d'identifier en fait 2 objectifs opérationnels : la sédation proportionnée et la sédation profonde d'emblée. La sédation décidée comme profonde d'emblée vise un niveau d'altération de la vigilance au moins égal à un score de Richmond de -4. En dessous de ce score, l'objectif n'est pas atteint et doit entraîner une adaptation des posologies et/ou des produits utilisés (anticipée par une prescription adaptée). La sédation proportionnée vise, elle, à rechercher la dose nécessaire et suffisante pour soulager la souffrance réfractaire du patient. On visera donc d'abord une sédation légère (score -2 ou -3) mais si nécessaire, on l'approfondira pour atteindre un score à -4 ou -5, s'il s'agit de la seule façon d'apaiser le patient. Le terme « proportionnée » a été préféré à celui parfois antérieurement utilisé de « proportionnelle » (Berger, 2014). Dans ce cas aussi les prescriptions doivent être adaptatives de manière anticipée.

Au total sur l'axe concernant la profondeur (P), il existe 2 options : soit proportionnée au soulagement (P1), soit profonde d'emblée (P2)

Quelle est la nature du consentement du patient ?

Il est classique d'affirmer que conformément à la mise en œuvre du principe éthique d'autonomie, et au cadre légal, le consentement du patient à l'altération de sa vigilance est indispensable. Mais la réalité pratique est plus complexe et il existe une forme de fiction d'autonomie dans certaines circonstances. La typologie SEDAPALL propose donc de décliner la problématique du consentement selon 4 options possibles.

La plus évidente est le plein consentement obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Mais dans d'autres situations, le consentement a pu être obtenu de manière anticipée (« *si je suis dans telle situation, je suis d'accord pour que vous puissiez m'endormir si c'est la seule solution pour me soulager* »). Il peut même s'agir, non pas d'un consentement à une proposition médicale, mais d'une demande spontanée du patient (« *je veux être endormi* »). Une dernière option est apparue importante à tracer : celle où, de fait, aucun consentement n'a été recueilli. Il peut exister différentes raisons à cette absence de recueil du consentement mais se poser la question permet *a priori* de vérifier que cela est justifiable collégialement et non la simple conséquence d'une vision paternaliste inacceptable.

Au total sur l'axe du consentement il existe 4 situations possibles : absence de consentement (C0), consentement anticipé (C1), consentement au moment de la sédation (C2), demande explicite du patient (C3).

Une typologie descriptive synthétique

Il est ainsi possible de caractériser les pratiques sédatives mises en œuvre et d'en permettre une sorte de « codage DPC » (Durée, Profondeur, Consentement) qui permet de décrire précisément l'intention suivie et d'en vérifier la mise en œuvre concrète (cf. encadré 3). L'utilisation de la typologie SEDAPALL a fait l'objet d'une validation à l'aide de vignettes cliniques suivant une méthode DELPHI (Bidegain-Sabas, 2018).

Encadré 3. SEDAPALL simplifié

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

Axe P Profondeur	Type
Sédation proportionnée*	P1
Sédation profonde* d'emblée	P2

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

Quelques situations cliniques rencontrées en gériatrie

Vignette 1 : Inconfort agonique

Mme V, âgée de 89 ans, est en phase terminale agonique d'une défaillance d'organes multiviscérale. Elle n'est pas consciente mais apparaît inconfortable pour l'équipe et pour ses proches (gémissements, crispation du visage, raideurs...). L'hétéro-évaluation ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un tableau algique. Il n'existe pas de globe vésical. La discussion interprofessionnelle conduit à proposer une pratique sédative de type D2 (durée indéterminée) P1 (profondeur proportionnée au soulagement) C0 (aucun consentement n'est possible). Après information de ses proches et pose d'une voie d'abord sous-cutanée, du midazolam est prescrit à la seringue électrique (0.3 mg/h) à augmenter autant que nécessaire pour obtenir le confort de la patiente, en suivant les paliers suivants : 0.5, 0.7, 1 mg/h prescrits de manière anticipée. Si cela s'avère insuffisant, alors il faut revoir la prescription. La surveillance portera sur le confort de la patiente. Conformément à la loi, aucun traitement susceptible de prolonger artificiellement

la vie ne sera poursuivi (notamment aucune hydratation artificielle) ni aucun traitement n'ayant pas comme but exclusif l'amélioration du confort de la patiente. Des soins de bouche et tous les autres soins de confort feront l'objet d'une attention particulière. Si besoin, des antisécrétoires seront prescrits pour réduire l'encombrement pré-mortem.

Il s'agit donc d'une sédation de type **D2P1C0**. La notion d'inconfort est subjective et peut renvoyer à l'inconfort de la personne qui le constate. C'est toutefois une notion en général mieux maîtrisée par les équipes soignantes, via le binôme infirmière/aide-soignante, que par les médecins. La collégialité de son évaluation est donc une garantie, ainsi que la recherche de causes réversibles (au premier rang desquelles figure la rétention d'urine). Aucun paramétrage des fonctions vitales, aucun bilan biologique, aucune hydratation artificielle, aucun apport d'oxygène ne doivent être maintenus, sauf exceptions justifiées pour le confort du patient. Des soins de bouche doivent être réalisés aussi fréquemment que possible.

Vignette 2 : Détresse asphyxique

Mr D, âgé de 79 ans, présente une insuffisance respiratoire sur BPCO et il a déjà fait plusieurs détresses asphyxiques. Il a clairement rédigé des directives anticipées refusant une nouvelle réanimation. Son père est mort dans un tableau similaire avec une asphyxie terminale et il redoute de mourir de la même façon. Une prescription anticipée de pratique sédative en cas de nouvelle détresse asphyxique est mise en place : D1 (durée prévisible correspondant à la demi-vie de l'administration d'une dose unique), P2 (profonde d'emblée pour soulager immédiatement) et C3 (patient qui consent clairement à cette solution qui lui est expliquée). La prescription prévoit donc une administration intraveineuse de 5 mg de midazolam à répéter après 5 minutes si insuffisant pour obtenir une sédation profonde (RASS -4 ou -5).

Il s'agit donc d'une sédation de type D1P2C3. Dans toute la mesure du possible, le consentement doit être anticipé et la décision connue de tous les intervenants. La dose initiale doit être suffisante pour obtenir une altération profonde de la vigilance. La voie veineuse est la seule envisageable pour une action suffisamment rapide. Une anticipation est donc importante concernant cet abord veineux. Il est même recommandé en cas de fortes probabilités d'occurrence d'un syndrome asphyxique aigu (ou d'une hémorragie cataclysmique), de préparer à l'avance dans une seringue les doses nécessaires de midazolam afin de réduire au maximum le délai d'action. Il est possible de conserver ces seringues au moins une semaine au froid (AFSSAPS, 2003). Le choix d'une dose suffisante d'emblée et à répéter si besoin après quelques minutes est la condition indispensable pour mettre en pratique la décision prise. L'administration doit être relativement rapide (moins d'une minute) sous peine de ne pas atteindre le pic sérique nécessaire à l'endormissement profond.

Vignette 3 : Troubles de déglutition irréversibles

Mr J, âgé de 83 ans, présente dans les suites d'un AVC des troubles de déglutition qui se sont aggravés depuis plusieurs semaines. Aucune rééducation n'est possible après un bilan orthophonique. Il a fait plusieurs pneumopathies d'inhalation sévères. Une décision collégiale de limitation des traitements a été prise portant notamment sur la non-mise en place de traitements de maintien artificiel en vie en cas de nouvelle fausse-route (pas de ventilation assistée, pas d'admission en réanimation). Il présente des troubles cognitifs sévères empêchant toute réelle compréhension de la situation. Il avait désigné sa fille comme personne de confiance, qui témoigne de son souhait antérieurement exprimé de ne subir aucun acharnement et d'être soulagé de toute souffrance en fin de vie. Aucune administration per os n'est possible, y compris la prise d'eau gélifiée. Après concertation interprofessionnelle et conformément à la définition légale de l'obstination déraisonnable, il apparaît qu'une nutrition et même une hydratation artificielle n'auraient pas d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie et ne doivent donc pas être mises en œuvre. Dans ces conditions et en application de la loi, une pratique sédative de type D3P2 est discutée pour assurer au patient son droit à mourir sans souffrance.

Il s'agit donc d'une sédation de type D3P2 ou D2P1. Le choix entre D2 et D3 (décision de durée indéterminée ou d'irréversibilité) reste très théorique car à l'évidence la sédation sera maintenue jusqu'au décès. La question de la profondeur est plus délicate. La loi conduit pour éviter toute souffrance en cas de limitation des traitements de maintien artificiel en vie à mettre en place une sédation profonde et continue maintenue jusqu'à la survenue du décès. Mais une sédation proportionnée apparaît logique (permettant d'adapter la profondeur au niveau de soulagement). Si une sédation légère (RASS -2 ou -3) suffit pour soulager, il semble donc raisonnable de s'en contenter, quitte à approfondir le niveau si nécessaire conformément à la définition d'une sédation proportionnée.

Vignette 4 : Soins très inconfortables

Mme F, âgée de 95 ans, présente une fracture inopérable du col du fémur et des escarres douloureuses. Malgré l'utilisation adaptée d'antalgiques en prémédication ; les soins d'hygiène sont très inconfortables chez cette patiente aux troubles cognitifs modérés et qui exprime clairement le « supplice » qu'ils représentent pour elle (« laissez-moi, je ne veux plus qu'on me touche », « arrêtez, je n'en peux plus »). Devant cette situation, une sédation lors des soins est décidée et proposée à la patiente qui l'accepte.

Il s'agit donc d'une sédation de type D1P1 : D1 (durée limitée à la réalisation des soins), P1 (profondeur proportionnée au soulagement) et C3 (patient qui consent à la proposition de l'endormir au moment des soins). Il conviendra de bien réévaluer la profondeur nécessaire au soulagement et de recourir si besoin à une altération profonde de la vigilance (RASS -4 voire -5) si une sédation légère n'est pas suffisante. La voie intraveineuse est préférable permettant un délai d'action rapide et le renouvellement si nécessaire. L'association de morphine au midazolam apparaît ici tout à fait justifiée. Pour éviter toute hypoxie (qui obérerait le caractère

impérativement réversible de l'acte proche d'une sédation anesthésique), un apport ponctuel d'oxygène quelques minutes avant l'induction et le recours à un oxymètre peuvent être justifiés.

Vignette 5 : Demande d'accélération de la survenue du décès

Mr M est âgé de 93 ans. Très autonome jusqu'alors et sans altération significative de ses capacités cognitives, il présente depuis quelques semaines une perte d'autonomie majeure qui le confine dans son lit avec notamment des altérations sévères des fonctions cardiaques et rénales. Il est sous antidépresseur depuis quelques jours pour un « syndrome dépressif » sans avis spécialisé. Il se plaint d'insomnies majeures avec ruminations anxieuses. Il a décidé que sa vie n'était plus possible et demande à être endormi jusqu'à son décès. Sa femme et ses filles, dont une est infirmière, approuvent et relayent sa demande. Une réunion pluriprofessionnelle est organisée pour examiner si les 3 conditions légales d'application d'une sédation profonde et continue irréversible sont remplies. S'il existe bien une demande, le pronostic vital ne paraît pas clairement en jeu dans les heures ou les jours qui viennent. De plus, s'il existe une souffrance existentielle, son caractère réfractaire ne paraît pas certain avant que tout ait été mis en œuvre pour l'améliorer. Il est donc proposé au patient une anxiolyse diurne efficace et une sédation nocturne (D1, P1, C2). Un soutien psychologique est mis en place tant pour le patient que pour ses proches. Les jours suivants sont marqués par une diminution des ruminations anxieuses et une disparition de la demande euthanasique par le malade (mais toujours très prégnante chez la femme et la fille infirmière). Finalement, le patient présente subitement une nécrose myocardique avec un bas débit cardiaque pour laquelle conformément à ses volontés, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise et il décède paisiblement.

Il ne s'agit pas ici d'une demande de sédation à visée palliative conforme aux critères légaux, mais d'une demande de sédation à visée euthanasique. Le droit à une sédation profonde et continue, irréversible, est encadré de manière stricte et précise. Il revient aux professionnels de santé de déterminer a priori si les 3 critères d'obtention sont bien remplis (demande, symptôme réfractaire, pronostic réservé à court terme). Une erreur fréquente (du grand public mais aussi de certains professionnels) consiste à penser que l'un des trois suffit. Notamment, il ne suffit pas qu'un patient demande une sédation irréversible pour qu'elle soit de droit. En l'absence des deux autres critères (pronostic à court terme et souffrances qui ne peuvent être soulagées par un autre moyen) elle ne serait rien d'autre qu'une sédation à visée euthanasique, illégale au regard du droit français (Devalois, 2016).

Discussion autour des pratiques en contexte gériatologique

Quel produit ?

Le produit recommandé depuis plus de 20 ans pour provoquer une altération maîtrisée de la vigilance est préférentiellement le midazolam (Hypnovel®) (Enck, 1991 ; Burke *et al.*, 1991). C'est une benzodiazépine hydrosoluble d'action courte, facilement utilisable à débit continu. Il convient toutefois de mettre fin à une assimilation erronée. L'utilisation du midazolam ne signifie pas la réalisation d'une pratique sédative qui est seulement caractérisée par un score de Richmond inférieur ou égal à -2. Son action est proportionnelle à la dose administrée. Chez une personne âgée, avec des doses inférieures à 0.3 mg/h (8 mg/jour) il existe le plus souvent seulement une action anxiolytique (et donc non sédative). Une certaine tachyphylaxie est souvent observée obligeant à une augmentation régulière de la dose pour maintenir l'effet recherché. Comme toutes les autres benzodiazépines, le midazolam (en plus des effets anxiolytiques et sédatifs) possède aussi des propriétés myorelaxantes, amnésiantes et anticonvulsivantes (Bobb, 2016 ; Bodnar, 2017). Son association avec d'autres molécules de cette famille n'apparaît pas logique.

Si le midazolam est la molécule de référence, il est possible de pratiquer une sédation avec d'autres produits (notamment lorsque la réversibilité rapide n'est pas requise). Cette question a été évoquée lors de la pénurie de midazolam durant la crise sanitaire liée au Covid (HAS, 2020). La complexité de sa disponibilité à domicile ou dans les Ehpad (produit délivré seulement par les pharmacies hospitalières à usage interne -PUI- autorisées) devrait être levée prochainement pour permettre une délivrance en officine (Korsia-Meffre, 2020).

Dans quels lieux ?

La mise en œuvre de toutes les pratiques sédatives décrites par la typologie SEDAPALL est bien sûr possible en milieu hospitalier gériatrique, le cas échéant avec le soutien et le conseil des équipes mobiles de soins palliatifs. Une formation sur les recommandations et la typologie SEDAPALL est souhaitable pour éviter toutes dérives (sur ou sous-utilisation).

Elle est également possible en Ehpad et/ou au domicile, notamment grâce à la mobilisation des structures d'HAD (hospitalisation à domicile) mais nécessite une formation et une disponibilité infirmière suffisante.

Bien que sa mise en œuvre soit explicitement prévue au domicile par la loi de 2016, la pratique d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'à la survenue du décès (D3P2) apparaît toutefois complexe. Le maintien d'une profondeur au moins égale à un score de Richmond -4, sans réveils intempestifs, nécessite la disponibilité permanente d'une infirmière et au moins téléphonique 24h/24 d'un médecin pour ajuster les doses. Elle relève donc le plus souvent d'une vision chimérique et nécessite le transfert vers des structures spécialisées comme les USP ou les LISP pour assurer au mieux le respect de ce droit tel que mis en place par la loi.

Il s'agit d'un enjeu éthique important et complexe, mobilisant le principe d'équité. D'une part, conformément à la loi, les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier du droit aux pratiques sédatives où qu'elles soient si leur état le nécessite. Mais d'autre part, la mise en œuvre non satisfaisante par défaut de moyens et/ou de formation, peut conduire à des réalités totalement à l'opposé de la finalité bien-traitante voulue par le législateur.

Concernant les pratiques sédatives en Ehpad, elles sont très dépendantes des médecins coordinateurs. Certaines équipes sont formées et capables de mettre en œuvre les sédations appropriées aux situations qui se présentent, notamment pour les derniers jours de vie. La collaboration conventionnelle avec une équipe mobile de soins palliatifs et/ou une structure d'HAD est un facteur déterminant pour la bonne application de la loi et des recommandations professionnelles.

Concernant le domicile et en dehors des prises en charge par une HAD sensibilisée à cette question, la réalité apparaît peu satisfaisante.

Quels types de sédation ?

Les pratiques observées en USP

Les premiers travaux (Broucke et Triol, 2020) analysant les pratiques sédatives avec l'outil SEDAPALL dans une USP (Unité de Soins Palliatifs) montrent que, toutes pratiques confondues, elles concernent un tiers des patients hospitalisés.

Pour ce qui concerne l'axe *Durée*, il apparaît que la majorité des pratiques sédatives sont de type D2 (durée indéterminée potentiellement réversibles, 67 %). Mais de fait, 95 % de celles-ci seront en pratique maintenues jusqu'au décès.

Environ 30 % des pratiques sédatives sont de type D1 (transitoires avec une durée déterminée préalablement, par exemple pour insomnies réfractaires ou avant soins particulièrement inconfortables). Mais 44 % de ces sédations D1 évoluent progressivement vers une sédation de durée indéterminée (D2) du fait de l'aggravation des symptômes.

Les sédations irréversibles (D3) sont rares (3 %).

Pour ce qui concerne l'axe *Profondeur*, le caractère proportionné (P1) concerne 69 % des situations de type D2 (principalement pour des symptômes réfractaires) alors que 31 % sont des sédations profondes d'emblée (P2), principalement en lien avec une symptomatologie aiguë.

Quant à l'axe *Consentement*, 69 % des patients ne sont pas en mesure de le donner (C0), 11 % l'ont donné par anticipation (C1), 19 % le donnent au moment de la mise en œuvre (C2) et 1 % seulement fait une demande explicite de sédation (C3).

Quelles réalités en milieu gérontologique ?

Des études à venir sont nécessaires pour mettre en évidence d'éventuelles spécificités gérontologiques pour la fréquence et la répartition des pratiques sédatives. Dans notre expérience, à travers les services gériatriques que nous fréquentons, les différentes situations exposées dans les vignettes cliniques ci-dessus sont loin de recevoir une réponse totalement adaptée.

- *Inconfort agonique*

Les situations requérant une sédation telles que décrites par la vignette 1 (inconfort agonique) sont probablement les plus fréquentes. Les difficultés d'appréciation de la notion d'inconfort par les médecins (contrairement aux équipes soignantes) ainsi que les craintes d'accélérer la survenue du décès (incluant la crainte ou la pression des proches) conduisent probablement à une mise en œuvre insuffisamment fréquente. Et quand la mise en œuvre est décidée, l'altération de la vigilance est souvent insuffisante pour permettre le soulagement. En effet au lieu de prescriptions anticipées progressives, c'est un seul dosage (généralement très/trop faible) qui est prescrit, sans possibilité de réaliser une véritable sédation proportionnée (c'est-à-dire la recherche de la dose nécessaire et suffisante pour soulager le symptôme réfractaire).

Dans ces situations de toute fin de vie, nous observons parfois des prescriptions associant systématiquement un cocktail midazolam-morphine. « *Il est en fin de vie, on va le mettre sous morphine-Hypno* », entend-on parfois. Pourtant, cette association ne fait l'objet d'aucune recommandation officielle et n'apparaît pas justifiée. Elle évoque d'anciennes et sinistres pratiques des années 1980, les « cocktails lytiques » associant neuroleptiques et morphiniques dans un objectif officiel de « soulager » mais revenant en fait à accélérer la survenue du décès (Sibelle-Husson, 1998). Ils ont été dénoncés à juste titre par Patrick Verspieren (1984). L'association systématique dans une même seringue de ce mélange cache souvent des intentions euthanasiques inavouées (Douglas *et al.*, 2008). Les morphiniques doivent être utilisés à visée antalgique ou anti dyspnéique lorsque l'état du patient le nécessite. Mais leur action sédative (altération de la vigilance) est la résultante d'un surdosage. Il n'existe aucun argument rationnel à leur association systématique lors de pratiques sédatives.

La question du consentement est particulièrement complexe en milieu gériatrique. La réalité des consentements de type C3 ou C2 voire C1 est souvent discutable. Admettre officiellement les situations de type C0 (absence de consentement explicite) mais sous réserve d'une délibération en équipe apparaît comme souhaitable pour éviter soit une abstention faute de ce consentement (pour des patients qui nécessiteraient d'être sédatisés) soit des pseudo-consentements pouvant conduire à des dérives inquiétantes.

- *Situation de détresse*

Concernant les situations décrites dans la vignette 2 (détresse asphyxique), nous constatons fréquemment une non-prise en compte des questions pharmacologiques, aboutissant à la non-efficacité de la prescription. En effet, si la biodisponibilité est à peu près équivalente entre la voie sous-cutanée et la voie intraveineuse, il en est bien autrement du délai d'action (Zaporowska-Stachowiak *et al.*, 2019). Il est beaucoup plus long par voie sous-cutanée (15/20 minutes *versus* quelques minutes). Dans une situation de détresse, telle que définie par la SFAP (SFAP, 2002) comme une dyspnée asphyxique ou une hémorragie massive, la rapidité d'induction de l'altération profonde de la vigilance est essentielle. Il est pourtant fréquent de constater le paradoxe d'une décision éthiquement juste (prescription d'une « sédation en urgence » si besoin) avec une prescription

totale­ment inadap­tée (2 mg de midazolam en sous-cutanée...). Il s'agit alors plus que d'assurer le confort de fin de vie du patient de donner bonne conscience au prescrip­teur.

- *Limitation ou arrêt d'un traitement de maintien artificiel en vie*

Les situations du type de celles évoquées par la vignette 3 ne sont pas excep­tionnelles. Il s'agit de patients pour qui, conformément à la loi, il est décidé de ne pas mettre en œuvre de traitements de maintien artificiel en vie afin d'éviter toute obstination déraisonnable. Celle-ci est définie par des « *actes inutiles, dispropor­tionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* » (art. L. 1110-5-1 du CSP). C'est le cas par exemple de patients présentant des troubles irréversibles de la déglu­tion et pour qui une délibération collégiale aboutit à la non-mise en œuvre d'une nutrition/hydratation artificielle. La loi impose alors une sédation profonde et continue afin d'éviter toute souffrance. Ceci est rarement le cas en pratique.

De même, l'arrêt de tous les traitements de maintien artificiel en vie si une limitation est décidée, n'est pas forcément une pratique courante. Il est trop souvent constaté d'une part une limitation de certains traitements et d'autre part le maintien par exemple d'une hydratation artificielle. Dans ces circonstances, elle est pourtant contraire à la loi (art. L. 1110-5 du CSP) et le plus souvent délétère pour le confort du patient (Devalois et Broucke, 2020).

- *Soins particulièrement insupportables*

La mise en œuvre de sédations courtes et réversibles (type D1) apparaît beaucoup trop rare, alors que pratiquée dans de bonnes conditions, elle est susceptible d'améliorer très significativement la qualité de vie des patients et qu'elle est un droit pour le patient. Elle sous-entend de bonnes connaissances, tant par le prescrip­teur que par le soignant des propriétés pharmacologiques du produit utilisé (délai d'action, durée d'action, impact éventuel sur les fonctions vitales, mesures préventives pour les éviter) qui sortent du champ de cet article.

- *Demande de sédation profonde et continue*

Ce droit nouveau accordé aux patients par la loi de 2016 reste très mal connu et peut être mal compris par les acteurs de la filière gérontologique, confondu à tort avec des pratiques euthanasiques (Devalois, 2016). En dehors des situations de décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie, trois conditions, *sine qua non*, doivent être remplies pour ouvrir ce droit à être endormi profondément et de manière irréversible en attendant la survenue de son décès.

Si le fait qu'il s'agisse d'une demande avérée est relativement facile à vérifier, les deux autres critères sont parfois plus complexes à examiner. Il est indispensable que cet examen soit réalisé lors d'une réunion pluriprofessionnelle de type collégiale, afin d'éviter toute dérive dans un sens ou dans l'autre.

Le terme de souffrances utilisé par la loi vise l'ensemble des émotions (physiques et/ou psychiques) désagréables ressenties par le patient. C'est lui seul qui les qualifie. Mais la notion de caractère réfractaire que lui adjoint le législateur intègre que tous les moyens disponibles aient été entrepris sans succès (pharmacologiques et non pharmacologiques). Autrement dit, il ne suffit pas pour le

professionnel que le patient qualifie ses souffrances d'insupportables, il faut que tout ce qu'il est possible de faire pour les soulager soit mis en œuvre avant de les qualifier de réfractaires.

La notion de pronostic réservé à court terme (selon les termes légaux) a été éclaircie par les recommandations de la HAS (HAS, 2018). Cela signifie la survenue probable du décès dans les heures ou jours qui viennent. Il existe peu d'études portant sur cette question de la pronostication du décès à court terme. Mais elles montrent toutes le manque de précision des médecins dans cette prévision avec une relative meilleure performance des infirmières (Perez-Cruz *et al.*, 2014). En pratique quotidienne, nous proposons de recourir, en l'adaptant, à la question – totalement subjective – dite de la surprise. Cette technique a été utilisée avec succès pour déterminer la nécessité du recours à une équipe mobile de soins palliatifs (White *et al.*, 2017). Il s'agit ici de l'adapter en adressant au groupe pluriprofessionnel la question suivante : « *Serions-nous surpris si le patient, sans sédation, n'était pas décédé dans une semaine ?* » Si la réponse est positive, cela permet d'acter collégalement un pronostic réservé à court terme. La validation de cette question de la surprise comme outil pronostic reste à faire (étude prospective à venir sur la valeur prédictive négative de la réponse).

Conclusion

La mise en œuvre des pratiques sédatives en application de la loi de 2016 doit conduire, en pratique gériatrique comme pour tous les patients, à des questionnements aussi bien techniques qu'éthiques. Comme le soulignait le Pr Jean Bernard, 1^{er} président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), « *tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique* ». Ainsi, une certaine méconnaissance des réalités pharmacologiques, pourrait conduire à des situations paradoxales. Des positionnements éthiques bien traitants pourraient conduire à des réalités maltraitantes (par insuffisance des effets obtenus ou par surdosage involontaire...).

Il serait tout aussi préoccupant de constater des « sur-sédations », dissimulant des pratiques euthanasiques, que des « sous-sédations » traduisant un refus d'application de la loi. Leur mise en œuvre doit s'inscrire dans le cadre d'une éthique de la bienveillance et dans le cadre d'une perspective de juste soin (ni trop ni trop peu). Afin d'éviter toute dérive, les discussions collégiales interprofessionnelles antérieures à la mise en œuvre sont, en contexte gériatrique comme ailleurs, indispensables.

Il nous apparaît en pratique quotidienne que, quantitativement, les situations de sous-utilisation sont très largement supérieures aux situations de sur-utilisation. Il ne s'agit nullement ici de prescrire une « bonne façon de mourir » mais de rappeler que c'est la loi de 2016 qui impose aux professionnels de santé de tout mettre en œuvre pour permettre aux patients de mourir apaisés, sans souffrances. C'est une prescription sociétale qui vaut aussi pour le grand âge. Y déroger serait une faute. Les recommandations professionnelles doivent permettre une bonne application de la loi, conforme aux connaissances scientifiques et aux réflexions éthiques

actualisées. Ne pas les mettre en œuvre, même au prétexte du grand âge ou pire au nom de convictions personnelles, exposerait à l'évidence à un risque juridique. SEDAPALL nous met au défi de réfléchir ensemble pour dire clairement ce que l'on veut faire, puis de faire clairement ce que l'on a décidé.

RÉFÉRENCES

- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). (2003) Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. *Médecine Palliative*, (2), 72-90. Repéré à : http://www.medicine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B43-%20Specificite%20d'utilisation%20des%20medicaments%20courants%20hors%20antalgiques.pdf, consulté le 29/02/2020.
- Berger, J. (2014). The Proportionate Value of Proportionality in Palliative Sedation. *J Clin Ethics*, 25(3), 219-221.
- Bidegain-Sabas, A. (2018). *Une typologie des pratiques sédatives en situation palliative « SEDAPALL » Validation par consensus d'experts de vignettes cliniques illustratives en 2017-2018* (Thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux). Repéré à : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01845608/document>, consulté le 29/02/2020.
- Bobb, B. (2016). A Review of Palliative Sedation. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 449-57. doi:10.1016/j.cnur.2016.05.008
- Bodnar, J. (2017). A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation : Pharmacology and Practical Applications. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 31(1), 16-37. doi:10.1080/15360288.2017.1279502
- Broucke, M. (2019). Faire dormir en fin de vie : pourquoi et comment décide-t-on d'une sédation ? *Revue AïE*, (13), 12-13.
- Broucke, M. et Triol, I. (2020). *Les pratiques sédatives en unité de soins palliatifs, état des lieux et retour d'expérience : utilisation de l'outil SEDAPALL*. Communication au CLUD-SP central de l'APHP. Repéré à : <https://bientraitance-findevie.org/sedapall-aphp/>, consulté le 29/02/2020.
- Burke, A.L., Diamond, P.L., Hulbert, J., Yeatman, J et Farr, E.A. (1991). Terminal restlessness: its management and the role of midazolam. *Med J Aust*, 155(7), 485-487.
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Verdier, R., Henriette, K., Lefrant, J.-Y. et Eledjama, J.-J. (2006). Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 25(7), 696-701. doi:10.1016/j.annfar.2006.02.017
- Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P. et Broeckaert, B. (2011). Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 14-24. doi:10.1016/j.jpainsym-man.2010.04.019
- Devalois, B. (2016) Loi du 2 février 2016 : un droit à la sédation à visée bienveillante, pas à visée euthanasique. *Médecine Palliative*, 15(1), 1-3. doi:10.1016/j.medpal.2016.02.001

- Devalois, B. (2015). La question des injections létales – Comparaison des pratiques en Belgique et en France. Dans M. Salamagne et P. Thominet (dir.), *Accompagner : trente ans de soins palliatifs en France* (p. 299-310). Paris, France : Demopolis.
- Devalois, B. et Broucke, M. (2020). SEDAPALL : une typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie. Dans R. Leberre (dir.), *Manuel de soins palliatifs* (p. 563-580). Paris, France : Dunod (5^e édition).
- Devalois, B. et Leys, A. (2006). Le double effet, d'un principe moral à une vision législative. *Soins*, 51(708), 36-37. doi:SOIN-09-2006-00-708-0038-0814-101019-200607075
- Devalois, B. et Puybasset, L. (2016b) Nouvelle loi sur la fin de vie : quel impact pour la pratique médicale ? Mise au point. *La Presse médicale*, 45(4), 414-421. doi:10.1016/j.lpm.2016.02.009
- Douglas, C., Kerridge, L. et Ankeny, R. (2008). Managing intentions: the end-of-life administration of analgesics and sedatives, and the possibility of slow euthanasia. *Bioethics*, 22(7), 388-396. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8519.2008.00661.x>
- Enck, R.E. (1991). Drug-induced terminal sedation for symptom control. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 8(5), 3-5. doi:10.1177/104990919100800501
- Haute autorité de santé (HAS). (2020). *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge médicamenteuse des situations d'anxiolyse et de sédation pour les pratiques palliatives en situation d'accès restreint au midazolam*. Repéré à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182452/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-des-situations-d-anxiolyse-et-de-sedation-pour-les-pratiques-palliatives-en-situation-d-acces-restreint-au-midazolam-reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19, consulté le 25/08/2020.
- Haute autorité de santé (HAS). (2018). *Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?* Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf, consulté le 26/02/2020.
- Korsia-Meffre, S. (2020). *Accompagnement de la fin de vie au domicile : le midazolam injectable dispensé en ville d'ici juin 2020* Site du VIDAL. Repéré à https://www.vidal.fr/actualites/24322/accompagnement_de_la_fin_de_vie_au_domicile_le_midazolam_injectable_dispense_en_ville_d_ici_juin_2020/, consulté le 25/08/2020.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie AFSX1507642L. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&dateTexte=20200820>
- Perez-Cruz, P.E., Dos Santos, R., Buosi Silva, T., Souza Crovador, C. et Salette de Angelis, N. (2014). Longitudinal Temporal and Probabilistic Prediction of Survival in a Cohort of Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 875-882. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.02.007
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). (2018). *SEDAPALL Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie*. Repéré à : http://sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf, consulté le 28/02/2020.
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). (2002). Sédation pour détresse en phase terminale. *Médecine Palliative*, 1(1), 9-14. Repéré à : <https://www.em-consulte.com/article/97160/article/la-sedation-pour-detresse-en-phase-terminale>
- Sibelle-Husson, M. (1998). Le cocktail lytique ou M1. *InfoKara*, (51), 16-21.

- Verspieren, P. (1984). Sur la pente de l'euthanasie. *Études*, 360(1), 43-54. Repéré à : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k441999b.image.r=jesus.f45.pagination.langFR>
- White, N., Kupeli, N., Vickerstaff, V. et Stone, P. (2017). How accurate is the « Surprise Question » at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, (15), 139. doi:10.1186/s12916-017-0907-4
- Zaporowska-Stachowiak, I., Szymański, K., Oduah, M.T., Stachowiak-Szymczak, K., Łuczak J., et Sopot, M. (2019). Midazolam: Safety of use in palliative care: A systematic critical review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, (114) 108662. doi:10.1016/j.biopha.2019.108838

e-mails auteurs : marion.broucke@aphp.fr ; bernard.devalois@gmail.com

Remerciements

Remerciements sincères à tous les membres du groupe de travail de la SFAP qui ont permis d'élaborer la typologie SEDAPALL et à tous nos collègues des différentes professions impliquées dans les prises en charge gériatriques avec qui de fructueux et réguliers échanges ont permis d'élaborer le présent article.