

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTÉ**

---

ANNÉE 2024

20XX24 TOU3 15XX

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Mathilde MOMPONTET**

le 20 septembre 2024

**Etat des lieux des pratiques sédatives liées à l'utilisation du Midazolam en  
gériatrie au CHU de Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Briec HENRI

**JURY**

Madame la Professeure NOURHASHEMI Fatemeh

Monsieur le Professeur ROLLAND Yves

Monsieur le Docteur HENRI Briec

Madame la Docteure GILBERT-FONTAN Emilie

Monsieur le Docteur HOULES Mathieu

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant



**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur FRAYSSE Bernard  
 Professeur LANG Thierry

Professeur LAROCHE Michel  
 Professeur LAUQUE Dominique  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur MESTHE Pierre

Professeur MONTASTRUC Jean-Louis  
 Professeur PARINI Angelo  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur ROQUES LATRILLE Christian  
 Professeur SERRE Guy

Professeur SIZUN Jacques  
 Professeur VIRENQUE Christian  
 Professeur VINEL Jean-Pierre

Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCABLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thorscique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFORU Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
	Mme MALAVALD Sandra
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

## **Remerciements**

Aux membres du jury,

Madame la Professeure Fatemeh NOURHASHEMI

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. J'espère que vous apprécierez ce travail. J'espère qu'il pourra être utile à l'amélioration de nos pratiques.

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te remercie également pour tous tes enseignements durant mon internat et ton investissement dans la formation des internes.

Monsieur le Docteur Briec HENRI

Merci à toi d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je ne pense pas te l'avoir dit mais merci du fond du cœur pour ton accompagnement, tous tes conseils et ta disponibilité tout au long de ce travail ! Je suis également reconnaissante de tout ce que tu m'as apporté en travaillant avec toi en soins palliatifs pendant cette année. J'ai été impressionné par ton calme en toute circonstance.

Madame la Docteure Emilie GILBERT-FONTAN

Je suis très touchée que tu aies accepté de faire partie de mon jury, cela représente beaucoup pour moi. Je suis honorée d'avoir pu travailler avec toi, toujours dans la bienveillance et la douceur.

Monsieur le Docteur Mathieu HOULES

Merci Mathieu de faire partie de mon jury. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi, même si j'ai trouvé ces 3 mois trop court ! J'ai beaucoup aimé ton approche avec les personnes âgées et ta vision du soin en gériatrie.

Merci à tous mes co-internes que j'ai pu rencontrer pendant mon internat :

- Merci à Marie et Anaïs de m'avoir accompagné et pris sous votre aile pendant mon premier stage
- Je remercie également Luc, Jean et Flora pour votre soutien et votre écoute pendant un semestre difficile
- Merci à mes acolytes de la FST pour cette merveilleuse année : Maxime pour ta bonne humeur venue tout droit des Antilles (*même si on sait tous qu'au fond tu es Nantais*), Mélina pour ta simplicité et ta gentillesse, et Valentin même si tu râles tout le temps, tu es un mec formidable, et on t'adore ne l'oublie pas ! J'espère qu'on réussira à aller boire des verres tous ensemble plus souvent au prochain semestre !
- Merci à tous les internes de gériatrie et bien d'autres que j'ai dû oublier de citer !

Merci à tous mes chefs et toutes les équipes qui m'ont accompagné pendant ces années d'internat :

- Merci à Olivier et Mathieu pour ces 3 mois,
- Merci à l'équipe du CHIVA : Simon pour ta patience et tes cours, Lawrence pour ta confiance, Cloclo et Manon pour nos belles rigolades en EMG, Carolina pour ta personnalité en or, et Thomas pour ce court moment en soins palliatifs
- Merci aux équipes de l'UCC et du secteur A pour tout ce que vous faites au quotidien pour vos patients, un grand merci à Adelaïde, Estelle et Jeanne pour votre gentillesse et bienveillance
- Merci à toute l'équipe médicale de l'USP de Purpan pour cette belle année à vos côtés : Mélanie, Briec, Célia, Emilie, Grégoire, Natacha, Nicolas, Sandrine mais aussi toute l'équipe paramédicale, et aux deux supers psychos Coretha et Magalie ! J'ai beaucoup appris à vos côtés, merci pour votre bienveillance et tous ces moments partagés autour d'un café et d'un chocolat ! J'ai longtemps cherché ma place en médecine, mais grâce à vous et tout ce que vous transmettez et apportez aux patients et à leurs familles au quotidien, je sais maintenant où j'ai envie d'être.

A ma famille et mes amis

A mes parents

Merci à vous papa et maman d'avoir construit notre famille si soudée, je suis très fière d'être votre fille, et c'est grâce à vous que je suis devenue la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour toutes les surprises que vous nous avez faites durant toute notre enfance ! On ne se le dit jamais mais je vous aime très fort. Papa j'espère que tu réussiras à prendre soin de toi.

A mes sœurs préférées Mariane et Margot

Merci à vous mes crottes chéries de me supporter depuis toutes ces années ! Merci à toi Mariane de m'avoir tant aidé depuis ma première année de médecine, je n'en serais pas là aujourd'hui sans toi. Merci à toi Margot de toujours nous surprendre par tes blagues et ta folie ! Il n'y a pas de mots pour décrire à quel point je vous aime et je suis fière d'être votre sœur. A très vite pour de nouvelles aventures des crottes en vadrouille et des fous rires garantis !

A tatie Jo, tonton Éric, Elo et Loïc, Chantal, Jérôme et les petits, Jean-Mi, tata Edith, Hervé, PJ

Merci à la family je sais que vous serez toujours là pour moi ! C'est vrai que l'on ne se voit pas assez souvent mais j'apprécie chaque moment passé avec vous, tous nos fantastiques Noël et vacances en tous genres. Merci pour votre soutien depuis toutes ces années !

A ma marraine Michèle

Merci à toi Michèle de toujours croire en moi. Même si l'on se voit peu, et que j'oublie souvent de t'appeler cela ne veut pas dire que je ne pense pas à toi !

A mes amies du lycée : Aurélie, Yo, Momo, princesse Ophélie, Ju, Mathilde Godasse (et les pièces rapportées !)

Merci à vous les filles d'être mes amies depuis déjà plus de 10 ans ! On a grandi ensemble, vécues tellement de premières expériences ensemble ! Bien d'autres choses nous attendent encore. Même si ces dernières années j'ai été moins présente, cela ne change pas l'amitié et l'affection que j'ai pour vous. Je sais que nos chemins finiront toujours par se retrouver !

A mes amis de Bordeaux : Louis, Quentin, Mathilde, Juliette, Dan, Laura, Clément, Marlène, Paul

Merci à vous pour votre soutien surtout pendant les moments difficiles ! Je n'oublierais jamais notre rencontre pendant cette première semaine d'inté, toutes les soirées, et ces bons moments qui ont suivi !

A mes anciens colocs : Dadé, Benoît, Sabrina, Roxane

Merci pour tous ces bons moments passés avec vous à la coloc : avec toujours une ambiance de folie, des soirées inoubliables et des petites apremis télétravail/sieste en lendemain de garde sur le canapé !

A mes amis de Toulouse : Agathe, Aurélien, Selma, Jérémy, Lorelei

Merci pour ces supers moments, toutes ces randos, sorties escalades ou vélo ! A quand la version 2 de l'appartathon ?

Merci à la famille Rérolle de m'avoir accueillie dans votre famille et de votre gentillesse depuis ces 3 années.

A mon Pilou

Qui m'aurait-dit qu'une soirée barbecue et une partie de bière-pong aurait à tel point changé ma vie ? Merci à toi mon petit chou d'avoir supporté mes crises d'angoisse et mes larmes de crocodile pendant toute la rédaction de cette thèse et au quotidien. Merci pour les calculs ! Merci à toi de toujours me pousser à dépasser mes peurs et à croire en moi. Tu es une personne fantastique, je mesure ma chance de me réveiller à tes côtés tous les matins, je ne changerais ça pour rien au monde. Une vie ensemble pleine de projets, de montagne et d'aventure ne fait que débiter ! Je t'aimerais pour l'éternité et j'espère que toi aussi (*même si je n'arrive pas à arrêter de parler la bouche pleine au petit-déjeuner !*)

# Table des matières

I.	Table des abréviations .....	9
II.	Introduction.....	10
III.	Matériel et méthodes :.....	14
	i) Type d'étude.....	14
	ii) Recueil des données .....	14
	iii) Analyse statistique.....	14
	iv) Sécurité.....	14
IV.	Résultats .....	16
V.	Discussion .....	25
	i) Les pratiques sédatives.....	25
	a) Prise en charge avant la sédation .....	25
	b) Utilisation de l'échelle SEDAPALL.....	26
	c) Evaluation tout au long de la procédure .....	26
	d) Protocole d'administration.....	28
	e) Difficultés autour de la sédation .....	29
	ii) SPCMJD.....	29
	a) Procédure collégiale et vérification des critères de la loi .....	29
	b) Directives anticipées, personne de confiance et consentement .....	31
	c) Recours aux EMSP .....	32
	iii) Ouverture.....	33
	iv) Limites de l'étude.....	35
VI.	Conclusion .....	36
VII.	Annexes.....	37
VIII.	Bibliographie.....	40

## I. Table des abréviations

**ADL** *Activities of Daily Living*

**AMM** Autorisation de Mise sur le Marché

**ATI** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**CCNE** Comité Consultatif National d'Ethique

**CSG** Court Séjour Gériatrique

**DADDS** Death and Dying Distress Scale

**EMSP** Équipe mobile de soins palliatifs

**ESAS** Edmonton Symptom Assessment Scale

**HAD** Hospitalisation à domicile

**HAS** Haute Autorité de Santé

**IFOP** Institut français d'opinion publique

**INSEE** Institut National de la statistique et des études économiques

**INSERM** Institut National de la santé et de la recherche médicale

**IV** Intraveineuse

**LISP** Lits Identifiés de Soins Palliatifs

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**RASS** Richmond Agitation-Sedation Scale

**SFAP** Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

**SPCMJD** Sédation Profonde et Continue Maintenu Jusqu'au Décès

**SSR** Soins de Suite et Réadaptation

**USLD** Unité de soins de Longue Durée

**USP** Unité de soins palliatifs

## II. Introduction

La population française est vieillissante, et l'âge moyen de décès ne cesse de reculer. A l'heure actuelle près de 70 % des décès concernent les plus de 75 ans selon l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE) (1).

En parallèle de cette augmentation de l'espérance de vie, on constate que les patients sont de plus en plus polyopathologiques et dépendants. Alors qu'une femme ou un homme de 50 ans peut espérer vivre 34 et 29 ans supplémentaires respectivement, le temps de vie attendu en bonne santé n'est que de 10 ans chez les femmes et 9 ans chez les hommes en Europe (2).

Pour les personnes de plus de 75 ans, les causes de décès diffèrent si on les compare à celles des personnes plus jeunes. En 2017 dans la population générale, les maladies néoplasiques représentaient la première cause de décès, suivies par les maladies cardiovasculaires. Cette tendance s'inverse chez les personnes âgées de 75 ans et plus selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) (3).

Dans les années à venir, en raison du vieillissement continu et attendu de la population, les besoins d'accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs auprès de cette population âgée seront croissants. Selon un sondage de 2010 de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) (4), 81 % des Français désireraient pouvoir mourir à leur domicile, cependant 53 % des décès ont eu lieu en milieu hospitalier en 2019 d'après l'INSEE (5). Plus de 2/3 des décès en milieu hospitalier concernent les plus de 75 ans, et parmi ces patients âgés décédés, 36 % avaient reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2019 (6).

En milieu hospitalier en France, la prise en charge palliative n'est pas spécifique aux services dits « de soins palliatifs », et elle doit pouvoir être assurée dans n'importe quel service de soins ou au domicile des patients. Cela a été acté par la loi, via la promulgation de la circulaire dite « Laroque » en 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (7). L'offre en soins palliatifs s'articule alors selon la complexité de la prise en charge avec un appui des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) intra ou extra hospitalières, une hospitalisation à domicile (HAD), une admission sur un service comportant des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), ou sur une Unité de Soins Palliatifs (USP) pour les cas les plus complexes. La prise en charge palliative a pour objectif « d'aider à préserver la qualité de vie des patients atteints d'une maladie grave, potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de toute souffrance, qu'elle soit physique, psychologique, existentielle ou spirituelle » d'après le Centre National de la Fin de Vie et des Soins Palliatifs.

Parmi l'ensemble des méthodes existantes pour soulager ces souffrances, il existe les pratiques sédatives. On estime qu'en 2006, elles précédaient environ 10 à 18 % des décès dans différents pays européens (8).

En 1990, les premières publications sur les pratiques sédatives en fin de vie paraissent, avec une étude de Ventafridda et al. dans le domaine de l'oncologie. Dans cette étude, plus de 50 % des patients atteints de cancers décédaient avec une souffrance physique, leurs symptômes apparaissaient en moyenne 2 jours avant le décès. Cette souffrance était alors jugée contrôlable uniquement par une sédation (9).

On doit attendre le début des années 2000 en France, avec plusieurs affaires médiatiques qui ont relancé le débat national sur la fin de vie, pour que le cadre légal évolue progressivement autour des pratiques sédatives en fin de vie :

Suite à l'affaire Vincent Humbert en 2002, apparaît la Loi Leonetti de 2005 qui encadre le droit du patient de refuser un traitement et l'interdiction de l'obstination déraisonnable (10).

Puis en 2013, l'affaire médiatique autour de Vincent Lambert relance le débat. Ce jeune infirmier devenu tétraplégique à la suite d'un accident de voiture, est maintenu artificiellement en vie pendant plusieurs années, malgré ses souhaits exprimés sur sa fin de vie communiqués à son épouse avant son accident. Cela a permis à la loi Claeys-Leonetti de 2016 de créer de nouveaux droits pour les patients et les personnes en fin de vie. Elle permet de renforcer les directives anticipées, les rendant opposables aux médecins dans les situations où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle renforce le rôle de la personne de confiance, lors de l'absence de directives anticipées rédigées. Elle instaure le droit du patient à bénéficier d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD), notamment en cas de souffrance réfractaire (11).

Il existe 3 cas particuliers prévus par la loi pour la mise en place d'une SPCMJD :

Le premier est celui d'un patient atteint d'une affection grave et incurable avec un pronostic engagé à court terme et présentant une souffrance réfractaire aux traitements. C'est-à-dire que tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement qui ont été proposés ou mis en place n'ont pas permis le soulagement de cette souffrance. Le patient est le seul à apprécier le caractère insupportable de sa souffrance.

Le deuxième cas est celui d'un patient atteint d'une affection grave et incurable qui décide de stopper un traitement, ce qui engagerait son pronostic vital à court terme et serait susceptible d'engendrer une souffrance insupportable.

Le dernier cas est celui d'un patient ne pouvant pas exprimer sa volonté et pour lequel il est décidé de stopper des traitements de maintien artificiel en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, avec également la susceptibilité d'entraîner une souffrance insupportable.

Chaque décision de SPCMJD doit être précédée d'une procédure collégiale qui réunit les acteurs du soin en place autour du patient dont deux médecins n'ayant pas de lien hiérarchique entre eux. Elle permet de vérifier que la demande du patient est libre et éclairée et que l'ensemble des conditions prévues par la loi sont remplies. C'est le médecin en charge du patient qui prend la décision de mettre en place cette sédation à l'issue de la procédure collégiale.

Suite à l'établissement de ce cadre juridique, une définition précise de la sédation en fin de vie a été rédigée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de ses recommandations de bonnes pratiques, afin de guider les praticiens dans leur pratique clinique, et notamment de prévenir une dérive vers une euthanasie, différente sur plusieurs plans. Elle reste proscrite à l'égard de la loi et du code de déontologie médicale.

La sédation est définie par l'HAS comme : « la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté » (12). La notion de perte de conscience est primordiale car c'est ce qui différencie la sédation de l'anxiolyse. Comme définie par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), l'anxiolyse « n'a pas pour objectif d'altérer la vigilance du patient [,] elle vise l'apaisement de l'anxiété » (13).

On constate en Europe sur les dernières années, une augmentation de l'utilisation des pratiques sédatives chez les patients en fin de vie. Cependant en France, la prévalence de ces pratiques reste encore l'une des plus basses d'Europe. Selon l'étude PREVAL-S2P datant de 2020 (14), elle était de 8 % chez les patients hospitalisés en USP contre 0,7 % pour ceux hospitalisés dans les autres services hospitaliers ou en HAD.

Actuellement une réflexion autour d'une évolution de la loi sur la fin de vie a lieu, avec l'évaluation prochaine par l'Assemblée Nationale d'un projet de loi sur la légalisation ou la dépénalisation d'une forme d'aide active à mourir : euthanasie ou suicide assisté. Pourtant, le cadre offert par la loi actuelle pour améliorer le soulagement des patients en fin de vie dans les situations palliatives semble toujours sous-utilisé et méconnu des professionnels de santé ainsi que du grand public. La culture palliative peine encore à infuser dans la pratique des professionnels de santé, et est insuffisamment représentée dans l'enseignement et dans la recherche comme évoqué par le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans son avis n°139 (15).

Le Midazolam est la molécule recommandée en première intention par la HAS pour la mise en place d'une sédation en contexte palliatif (16). Jusqu'en 2021, le Midazolam était utilisé dans la sédation en soins palliatifs hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Depuis 2021, l'AMM a été modifiée en faveur de la sédation proportionnée et la SPCMJD en soins palliatifs. Il est désormais accessible en ville, alors qu'il était jusqu'ici réservé à un usage hospitalier et utilisé en ambulatoire via les rétrocessions hospitalières avec l'appui des HAD (17).

En pratique clinique, on constate encore une confusion importante entre sédation et anxiolyse dans l'utilisation du Midazolam en fin de vie. Il s'agit d'une Benzodiazépine intraveineuse, qui possède les propriétés pharmacologiques communes à toutes les molécules de sa classe, décrites ainsi dans le VIDAL : « une action sédative et hypnotique intense. Il exerce également des activités anxiolytique, anti convulsivante et myorelaxante » (18). Le Midazolam ne possède pas d'AMM pour l'anxiolyse en France malgré ses propriétés. Son AMM ne concerne que les pratiques sédatives, notamment dans un contexte palliatif.

Plusieurs études ont déjà traité de cette confusion. En effet d'après Giroud et al (19), il existe une ambiguïté pour les cliniciens interrogés dans leur étude à distinguer l'anxiolyse et la sédation et ainsi qu'à la mise en œuvre de la sédation. Selon Keesmann, il existe une difficulté en fin de vie à bien identifier l'anxiété, ainsi qu'une banalisation des troubles de la vigilance. Elle avance également que « l'utilisation d'une molécule ayant pour certains soignants une connotation symbolique de fin de vie « sereine », comme l'indiquerait son nom, « Hypno-well, le bon sommeil », participent à ce trouble » (20).

C'est en raison de ces éléments que nous avons choisi de travailler à l'évaluation des pratiques sédatives liées à l'utilisation du Midazolam au sein du pôle de Gériatrie au CHU de Toulouse, et de leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS (16).

Pour cela, nous avons mené une étude rétrospective et observationnelle à partir des prescriptions de Midazolam entre le 01/03/2023 et le 31/06/2023 sur le pôle de Gériatrie du CHU de Toulouse, en excluant l'USP. Nous nous sommes intéressés aux données démographiques de la population étudiée, à l'indication motivant la prescription de Midazolam et au respect des recommandations au cours de toute la prise en soins : directives anticipées consultées, procédure collégiale si indiquée, avis auprès de l'équipe de soins palliatifs, utilisation de l'échelle SEDAPALL (annexe 1), poursuite d'une antalgie adaptée, réévaluation de la profondeur de la sédation avec l'échelle de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (annexe 2), données sur l'utilisation du midazolam (voie, doses, continue/discontinue, effets secondaires).

### III. Matériel et méthodes :

#### i) Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle monocentrique menée dans les services hospitaliers du pôle de gériatrie du centre hospitalo-universitaire de Toulouse.

#### ii) Recueil des données

La source de la base de données provient d'une requête informatique à partir du logiciel hospitalier Orbis ayant conduit à l'extraction des patients concernés par une prescription de Midazolam dans les services de gériatrie du 01/03/2023 au 31/06/2023. Seules les administrations effectives de Midazolam ont été retenues pour constituer notre base de données. Les dossiers patients informatisés ont été analysés manuellement afin de recueillir les données cliniques nécessaires à la constitution de notre base de données.

L'unité de soins palliatifs a été exclue de cette étude. Les patients ayant reçu une sédation avant leur arrivée dans un service de gériatrie ont également été exclu de l'analyse.

Les données recueillies comportaient :

Les données démographiques (l'âge, le sexe, le mode de vie, le statut marital, la présence d'un aidant, le score d'état général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'autonomie avec l'échelle des *Activities of Daily Living* (ADL), le poids, la fonction rénale) ;

Les antécédents médicaux ;

Les données concernant l'hospitalisation ;

Les données concernant l'utilisation du Midazolam ;

Les données concernant le respect des recommandations au cours de la procédure.

#### iii) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Python. Les variables qualitatives ont été décrites en pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites avec la moyenne, la médiane et l'intervalle interquartile (1<sup>er</sup> quartile, 3<sup>e</sup> quartile). La mention NR dans les tableaux correspond aux données non retrouvées.

#### iv) Sécurité

Les données recueillies à partir des dossiers médicaux sont conformes à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL. Elle ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé comme définie par l'article R1121-1 et n'a pas nécessité l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Le traitement des données à caractère personnel

mené dans le cadre de notre recherche a été effectué en conformité avec le RGPD (règlement général de la protection des données). Le projet de recherche a été inscrit au registre interne du CHU.

Une notice d'information a été envoyée à un seul patient, aucune réponse n'a été obtenue en retour. Tous les autres patients de l'étude étant décédés, l'envoi d'une notice d'information n'était pas nécessaire.

Le consentement de l'ensemble des chefs des services concernés dans le pôle de gériatrie a été obtenu avant la réalisation de notre étude.

La base de données a été conservée dans un fichier sécurisé.

#### IV. Résultats

Les données ont été recueillies du 1<sup>er</sup> mars au 31 juin 2023. Durant cette période, 174 dossiers de patients ont été extraits à l'aide de la requête informatique. Parmi eux, 121 patients ont bénéficié d'une prescription de Midazolam et une administration effective. 115 dossiers ont été analysés et inclus comme décrit dans la Figure 1.

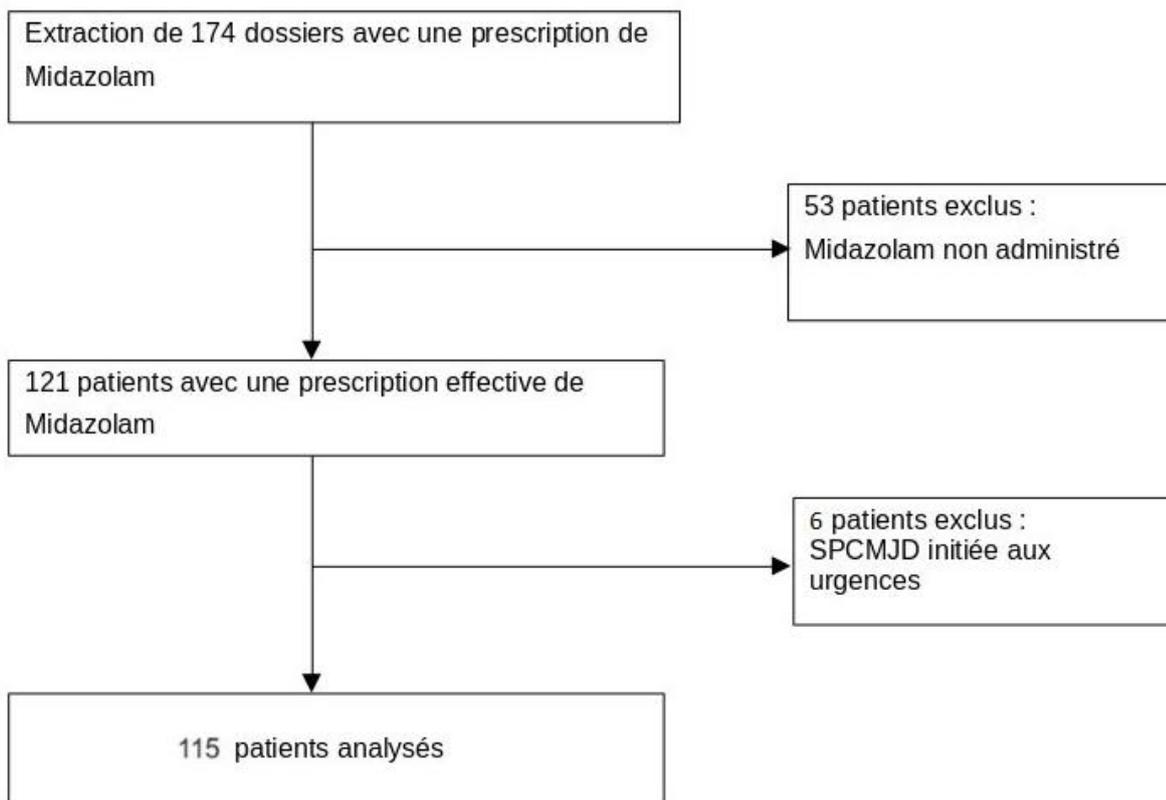


Figure 1. Diagramme de flux

L'âge moyen de la population était de 88,33 ans et 59 % des patients étaient de sexe féminin (Tableau 1). Ils étaient hospitalisés en grande majorité en service de court séjour gériatrique (84.35%). La population avait un ADL de base médian à 3/6 et une médiane du score OMS à 3. Les principales pathologies étaient l'insuffisance cardiaque (75.66 %), l'insuffisance rénale (53.04%) et les troubles cognitifs (51.3%). La très grande majorité des patients est décédée au cours de leur hospitalisation (92.17 %).

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

	Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]		Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]
<b>Age en années (n=115)</b>		89 [84,5-93]	<b>Secteur d'hospitalisation (n=115)</b>		
<b>Sexe (n=115)</b>			CSG	97 (84.35)	
Féminin	59 (51.3)		SSR	18 (15.65)	
Masculin	56 (48.7)		Long séjour, USLD	0 (0.0)	
<b>Mode de vie (n=115)</b>			<b>Motif principal d'hospitalisation (n=115)</b>		
Domicile	82 (71.3)		Pathologie neurologique, cognitive	28 (24.35)	
EHPAD/USLD	30 (26.09)		Insuffisance d'organe	41 (35.65)	
Autre	3 (2.61)		Infection	29 (25.22)	
<b>Statut marital (n=113)</b>			Cancer	17 (14.78)	
Marié	39 (34.51)		Psychiatrie	0 (0.0)	
Veuf	63 (55.75)		Chirurgie	0 (0.0)	
Célibataire	11 (9.73)		<b>Mode de sortie (n=115)</b>		
NR : 2			Décédé	106 (92.17)	
<b>Présence d'aidants (n=115)</b>	111 (96.52)		Transfert	7 (6.09)	
<b>Score OMS en hospitalisation (n=115)</b>		3 [3-4]	Sortie à domicile	2 (1.74)	
<b>ADL de base (n=113)</b>		3 [1,25-5]	<b>Durée de séjour (n=115)</b>		6 [4-14]
NR : 2					
<b>Poids en kg (n=112)</b>		63,5 [54-72]			
NR : 3					
<b>Fonction rénale avec DFG en mL/min (n=115)</b>		50 [30-70,5]			
<b>Antécédents (n=115)</b>					
Cancer cérébral	5 (4.35)				
Cancer orl	3 (2.61)				
Cancer thoracique	2 (1.74)				
Cancer digestif	8 (6.96)				
Cancer gynécologique	10 (8.7)				
Cancer cutanée	5 (4.35)				
Autre type de cancer	14 (12.17)				
Situation métastatique	8 (6.96)				
Hémopathie	20 (17.39)				
Trouble cognitif	59 (51.3)				
Accident vasculaire cérébral	27 (23.48)				
Insuffisance cardiaque, cardiopathie	87 (75.65)				
Insuffisance rénale	61 (53.04)				
Dialyse	0 (0.0)				
Hépatopathie	2 (1.74)				
Insuffisance respiratoire	19 (16.52)				
Dépression	28 (24.35)				
Trouble psychiatrique autre	3 (2.61)				
Diabète	28 (24.35)				

L'indication du Midazolam écrite et retrouvée dans le dossier était :

- A visée anxiolytique pour 71 patients (61.73 %)
- A visée sédative dans le cadre d'une situation d'urgence pour 7 patients (6.08 %) : 2 pour une hémorragie cataclysmique et 5 pour une détresse respiratoire asphyxiante
- A visée sédative pour des symptômes réfractaires pour 6 patients (5.21 %) : 1 pour une anxiété, 3 pour une agitation, 1 pour une dyspnée, 1 pour des crises comitiales
- A visée sédative dans le cadre d'un arrêt de traitement engageant le pronostic vital pour 4 patients (3.4 %)
- Manquante pour 14 patients (12.17 %)
- Autre pour 13 patients (11.30 %). A noter que dans les dossiers médicaux des indications comme soins de confort ou inconfort ont été retrouvées.

Un patient avait une prescription initiale de Midazolam à visée sédative pour un arrêt de traitement engageant le pronostic vital, stoppé et poursuivi à visée anxiolytique dans un deuxième temps.

A noter que certains patients n'avaient pas d'indications écrites clairement ou retrouvées dans leur dossier médical. Certains avaient une indication écrite dans le dossier mais qui ne correspondait pas aux indications que nous avons fixées dans notre recueil de données, cela correspond dans nos données aux indications dites « autre ». Par la suite, nous avons analysé ces patients en 3 groupes : anxiolyse, sédation proportionnée ou SPCMJD, suivant la pratique décrite et ce dont elle se rapprochait le plus.

Parmi les patients avec une indication manquante ou autre, 26 patients ont été analysés comme une anxiolyse. Un patient avec une indication classée comme autre avait précisé dans son dossier : « sédation d'accompagnement », il a été analysé comme une SPCMJD. Un patient avec une indication manquante dans le dossier médical a été analysé par la suite comme une sédation proportionnée.

Le Midazolam à visée anxiolytique (Tableau 2) était prescrit en continu avec des bolus dans 78,12 % des cas, avec une posologie médiane de 0.5 mg/h. La voie veineuse était principalement utilisée (79.17 %). La médiane de la durée de prescription était de 3 jours. Aucun patient n'avait bénéficié d'une mesure objective de l'anxiété à l'aide d'échelle. Les directives anticipées n'avaient été recherchées que pour 20 patients (20.83 %), et pour les 76 autres patients cela n'était pas mentionné dans le dossier médical. Pour 22 patients (23.91 %) il existait une indication théorique à une sédation.

**Tableau 2 : anxiolyse**

	Effectif (%)		Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]
<b>Sexe (n=96)</b>		<b>Motif principal d'hospitalisation (n=96)</b>		
Féminin	48 (50.0)	Pathologie neurologique, cognitive	22 (22.92)	
Masculin	48 (50.0)	Insuffisance d'organe	35 (36.46)	
<b>Mode de vie (n=96)</b>		Infection	24 (25.0)	
Domicile	71 (73.96)	Cancer	15 (15.62)	
EHPAD/USLD	23 (23.96)	Psychiatrie	0 (0.0)	
Autre	2 (2.08)	Chirurgie	0 (0.0)	
<b>Statut marital (n=13)</b>		<b>Mode de sortie (n=96)</b>		
Marié	3 (23.08)	Décédé	87 (90.62)	
Veuf	8 (61.54)	Transfert	7 (7.29)	
Célibataire	2 (15.38)	Sortie à domicile	2 (2.08)	
<b>Présence d'aidants (n=96)</b>		<b>Durée de séjour (n=96) en jours</b>		9 [4-15]
<b>Antécédents (n=96)</b>		<b>Midazolam utilisé en première intention (n=96)</b>	48 (50.0)	
Cancer cérébral	3 (3.12)	<b>Modalités de prescription (n=96)</b>		
Cancer orl	3 (3.12)	Titration réalisée	0 (0.0)	
Cancer thoracique	2 (2.08)	Débit continu sur 24 h	92 (95.83)	
Cancer digestif	7 (7.29)	Bolus uniquement	3 (3.12)	
Cancer gynécologique	7 (7.29)	En continu avec des bolus	75 (78.12)	
Cancer cutanée	4 (4.17)	Débit différent entre le jour et la nuit	2 (2.08)	
Autre type de cancer	11 (11.46)	Débit maximal en mg/h		0.5 [0.3 – 0.8]
Situation métastatique	11 (11.46)	<b>Voie utilisée (n=96)</b>		
Hémopathie	16 (16.67)	Intraveineuse	76 (79.17)	
Trouble cognitif	49 (51.04)	Sous cutanée	19 (19.79)	
Accident vasculaire cérébral	25 (26.04)	Intra nasal	0 (0.0)	
Insuffisance cardiaque, cardiopathie	75 (78.12)	Intra rectal	0 (0.0)	
Insuffisance rénale	54 (56.25)	<b>Evaluation de la conscience (n=86)</b>		
Dialyse	0 (0.0)	Conscient à l'instauration	59 (68.6)	
Hépatopathie	1 (1.04)	Altération de la conscience au cours de l'utilisation	37 (45.12)	
Insuffisance respiratoire	17 (17.71)	Poursuite en tant qu'anxiolyse si inconscient	46 (83.64)	
Dépression	24 (25.0)	Poursuite en tant que sédation si inconscient	2 (3.64)	
Trouble psychiatrique autre	2 (2.08)	NR : 10		
Diabète	23 (23.96)	<b>Durée de prescription (n=96) en jours</b>		
<b>Secteur d'hospitalisation (n=96)</b>		<b>Introduction du Midazolam la nuit/ en garde (n=95)</b>	25 (26.32)	3 [2-5]
CSG	80 (83.33)	<b>Appel du sénior d'astreinte (n=95)</b>	7 (7.37)	
SSR	16 (16.67)	NR : 1		
Long séjour, USLD	0 (0.0)	<b>Evaluation de l'anxiété par des échelles (n=96)</b>		
		<b>Avis de l'équipe mobile de soins palliatifs (n=96)</b>	9 (9.38)	
		<b>Indication théorique à une sédation (n=92)</b>	22 (23.91)	
		NR : 3		

**Tableau 2 : anxiolyse (suite)**

	Effectif (%)		Effectif (%)
<b>Evaluation avant la mise sous Midazolam</b>		<b>Recherche d'effets indésirables :</b>	
<b>Traitement utilisé (n=96)</b>		Réveils douloureux (n=94)	1 (1.06)
Traitement antalgique	91 (94.79)	NR : 2	
Traitement anxiolytique	53 (55.21)	Tachyphylaxie (n=93)	0 (0.0)
Traitement anti sécrétoire	21 (21.88)	NR : 3	
Traitement anti nauséux	16 (16.67)	Agitation paradoxale (n=93)	5 (5.38)
Pose de sonde vésicale	71 (73.96)	NR : 3	
<b>Décision collégiale pour l'introduction (n=92)</b>		Dépression respiratoire (n=93)	0 (0.0)
NR : 4	11 (17.19)	NR : 3	
<b>Benzodiazépines dans le traitement de base (n=96)</b>		Nausées, vomissements (n=93)	1 (1.08)
<b>Arrêt de traitements</b>		NR : 3	
Arrêt de la nutrition artificielle (n=14)	10 (71.43)	Mouvements involontaires (n=93)	0 (0.0)
Arrêt de de l'hydratation (n=89)	61 (68.54)	NR : 3	
Arrêt de l'oxygénothérapie (n=64)	11 (17.19)	Hallucinations (n=93)	0 (0.0)
<b>Recherche des directives anticipées (n=96)</b>		NR : 3	
<b>Personne de confiance consultée (n=96)</b>		<b>Recherche de causes d'agitation :</b>	
<b>Evaluation au cours de la prescription de Midazolam</b>		Anxiété (n=96)	94 (97.91)
<b>Surveillance au cours de la prescription de Midazolam : (n=95)</b>		Douleur (n=96)	94 (97.91)
RASS	1 (1.05)	Fécalome (n=96)	93 (96.9)
Hétéroévaluation de la douleur par Algoplus	94 (98.95)	Globe vésical (n=96)	94 (97.91)
Dyspnée	94 (98.95)		
NR : 1			

La sédation proportionnée concernait 13 patients (Tableau 3). La voie veineuse était utilisée dans tous les cas (100%). 61.5 % des patients avaient bénéficié d'une titration en intraveineuse (IV) et 38.5 % patients d'un protocole de sédation par palier par voie IV. La dose totale de Midazolam nécessaire pour la sédation en intraveineux était manquante pour un patient. La posologie maximale médiane pour la sédation en IV était de 0.9 mg/h. La durée de la sédation médiane jusqu'au décès était de 1 jour. L'échelle RASS n'avait été surveillée chez aucun patient.

**Tableau 3 : sédation proportionnée**

	Effectif (%)		Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]
<b>Sexe (n=13)</b>		<b>Motif principal d'hospitalisation (n=13)</b>		
Féminin	5 (38.46)	Pathologie neurologique, cognitive	2 (15.38)	
Masculin	8 (61.54)	Insuffisance d'organe	3 (23.08)	
<b>Mode de vie (n=13)</b>		Infection	6 (46.15)	
Domicile	8 (61.54)	Cancer	2 (15.38)	
EHPAD/USLD	4 (30.77)	Psychiatrie	0 (0.0)	
Autre	1 (7.69)	Chirurgie	0 (0.0)	
<b>Statut marital (n=13)</b>		<b>Mode de sortie (n=13)</b>		
Marié	3 (23.08)	Décédé	13 (100.0)	
Veuf	8 (61.54)	Transfert	0 (0.0)	
Célibataire	2 (15.38)	Sortie à domicile	0 (0.0)	
<b>Présence d'aidants (n=13)</b>	10 (76.92)	<b>Durée de séjours (n=13) en jours</b>		4 [2 - 5]
<b>Antécédents (n=13)</b>		<b>Modalités de prescription du Midazolam : sédation</b>		
Cancer cérébral	2 (15.38)	<b>Sédation proportionnée maintenue jusqu'au décès (n=13)</b>	12 (92.31)	
Cancer orl	0 (0.0)	<b>Voie utilisée (n=13)</b>		
Cancer thoracique	0 (0.0)	Intraveineuse	13 (100.0)	
Cancer digestif	1 (7.69)	Sous cutanée	0 (0.0)	
Cancer gynécologique	1 (7.69)	Intra nasal	0 (0.0)	
Cancer cutanée	0 (0.0)	Intra rectal	0 (0.0)	
Autre type de cancer	3 (23.08)	<b>Protocole d'administration</b>		
Situation métastatique	0 (0.0)	<b>Protocole par titration :</b>		
Hémopathie	2 (15.38)	Dose en mg des bolus en IV (n=8)		1 [1-1]
Trouble cognitif	8 (61.54)	Dose totale nécessaire pour la sédation en IV (n=7)		4 [2.5-4]
Accident vasculaire cérébral	2 (15.38)	NR : 1		
Insuffisance cardiaque, cardiopathie	9 (69.23)	<b>Protocole par palier :</b>		
Insuffisance rénale	6 (46.15)	Dose d'introduction en mg/h en IV (n=5)		0.4 [0.2-0.5]
Dialyse	0 (0.0)	Dose maximale en mg/h en IV 24 h après la sédation (n=5)		0.5 [0.5-0.5]
Hépatopathie	4 (30.77)	<b>Posologie maximale en mg/h pour la sédation en IV (n=13)</b>		0.9 [0.5-2]
Insuffisance respiratoire	2 (15.38)	<b>Molécule utilisée en deuxième intention (n=13)</b>	0 (0.0)	
Dépression	4 (30.77)	<b>Durée de la sédation (n=13) en jours</b>		1 [0.8-4]
Trouble psychiatrique autre	2 (15.38)	<b>Protocole prescrit en anticipation en cas de situation d'urgence (n=13)</b>	6 (46.15)	
Diabète	4 (30.77)			
<b>Secteur d'hospitalisation (n=13)</b>				
CSG	11 (84.62)			
SSR	2 (15.38)			
Long séjour, USLD	0 (0.0)			

**Tableau 3 : sédation proportionnée (suite)**

	Effectif (%)		Effectif (%)
<b>Evaluation avant la mise sous Midazolam</b>		<b>Recherche des directives anticipées (n=13)</b>	
Traitement utilisé (n=13)			4 (30.76)
Traitement antalgique	13 (100.0)	<b>Personne de confiance consultée (n=13)</b>	
Traitement anxiolytique	10 (76.92)		12 (92.31)
Traitement anti sécrétoire	2 (15.38)	<b>Evaluation au cours de la prescription de Midazolam</b>	
Traitement anti nauséeux	2 (15.38)	<b>Surveillance au cours de la prescription de Midazolam : (n=12)</b>	
Pose de sonde vésicale	10 (76.92)	RASS	0 (0.0)
<b>Benzodiazépines dans le traitement de base (n=13)</b>	10 (76.92)	Hétéroévaluation de la douleur par Algoplus	11 (91.67)
<b>Décision collégiale pour l'introduction (n=13)</b>	5 (38.46)	Dyspnée	11 (91.67)
<b>Sous Midazolam avant la sédation (n=13)</b>	0 (0.0)	NR : 1	
<b>Niveau de conscience (n=13)</b>		<b>Recherche d'effets indésirables : (n=12)</b>	
Conscient	7 (53.85)	Réveils douloureux	1 (8.33)
Troubles de la conscience	6 (46.15)	Tachyphylaxie	0 (0.0)
<b>Arrêt de traitements avant la sédation</b>		Agitation paradoxale	0 (0.0)
Arrêt de la nutrition artificielle (n=2)	2 (100.0)	Dépression respiratoire	0 (0.0)
Arrêt de de l'hydratation (n=13)	11 (84.62)	Nausées, vomissements	0 (0.0)
Arrêt de l'oxygénothérapie (n=9)	2 (22.22)	Mouvements involontaires	0 (0.0)
<b>Arrêt de traitements au cours de la sédation</b>		Hallucinations	0 (0.0)
Arrêt de de l'hydratation (n=2)	1 (50.0)	NR : 1	
Arrêt de l'oxygénothérapie (n=7)	1 (11.12)	<b>Recherche de causes d'agitation : (n=13)</b>	
<b>Avis de l'équipe mobile de soins palliatifs (n=13)</b>	1 (7.69)	Anxiété	12 (92.30)
<b>Introduction du Midazolam la nuit/ en garde (n=13)</b>	6 (46.15)	Douleur	12 (92.30)
<b>Appel du sénior d'astreinte (n=13)</b>	3 (23.08)	Fécalome	11 (84.61)
		Globe vésical	11 (84.61)
		<b>Sédation inscrit dans le dossier informatique (n=13)</b>	6 (46.15)

6 patients avaient bénéficié d'une SPCMJD (Tableau 4). Dans la majorité des cas, l'indication retrouvée était un arrêt de traitements de maintien artificiel en vie sur indication médicale. Aucune procédure collégiale n'avait été réalisée. L'ensemble des patients n'était pas en capacité de donner leur consentement. Les 6 patients (100 %) présentaient des troubles de la conscience avant l'instauration du Midazolam. Aucun de ces patients n'avait bénéficié de l'avis de l'équipe mobile de soins palliatifs.

**Tableau 4 : SPCMJD**

	Effectif (%)		Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]
<b>Sexe (n=6)</b>		<b>Mode de sortie (n=6)</b>		
Féminin	5 (83.33)	Décédé	6 (100.0)	
Masculin	1 (16.67)	Transfert	0 (0.0)	
<b>Mode de vie (n=6)</b>		Sortie à domicile	0 (0.0)	
Domicile	4 (66.67)	<b>Durée de séjour (n=6) en jours</b>		
EHPAD/USLD	2 (33.33)	2 [2-5]		
Autre	0 (0.0)	<b>Modalités de prescription du Midazolam</b>		
<b>Statut marital (n=6)</b>		<b>Indication de la SPCMJD (n=6)</b>		
Marié	1 (16.67)	A la demande du patient	0 (0.0)	
Veuf	5 (83.33)	Arrêt des traitements à la demande du patient	0 (0.0)	
Célibataire	0 (0.0)	<b>Arrêt des traitements sur décision médicale</b>		
<b>Présence d'aïdants (n=6)</b>		Décision collégiale pour l'introduction (n=6)	6 (100.0)	
6 (100.0)		Procédure collégiale réalisée (n=6)	0 (0.0)	
<b>Antécédents (n=6)</b>		<b>Discussion avec un médecin extérieur (n=6)</b>		
Cancer cérébral	0 (0.0)	4 (66.67)		
Cancer orl	0 (0.0)	<b>Présent à la procédure collégiale (n=6)</b>		
Cancer thoracique	0 (0.0)	Infirmière	0 (0.0)	
Cancer digestif	0 (0.0)	Aide-soignante	0 (0.0)	
Cancer gynécologique	2 (33.33)	Cadre du service	0 (0.0)	
Cancer cutanée	1 (16.67)	Psychologue	0 (0.0)	
Autre type de cancer	0 (0.0)	Autre	0 (0.0)	
Situation métastatique	0 (0.0)	<b>Traçabilité des critères de la loi</b>		
Hémopathie	2 (33.33)	Demande répétée (n=6)	0 (0.0)	
Trouble cognitif	1 (16.67)	Information loyale claire et appropriée (n=6)	Non applicable	
Accident vasculaire cérébral	1 (16.67)	Autonomie décisionnelle (n=6)	0 (0.0)	
Insuffisance cardiaque, cardiopathie	4 (66.67)	Directives anticipées consultées (n=5)	3 (50.0)	
Insuffisance rénale	2 (33.33)	NR : 1		
Dialyse	0 (0.0)	Avis pris auprès de la personne de confiance (n=6)	6 (100.0)	
Hépatopathie	0 (0.0)	Arrêt des traitements susceptibles d'engendrer une souffrance insupportable (n=6)	6 (100.0)	
Insuffisance respiratoire	0 (0.0)	Pronostic engagé à court terme (n=6)	6 (100.0)	
Dépression	0 (0.0)	<b>Présence d'une souffrance réfractaire</b>		
Trouble psychiatrique autre	0 (0.0)	Dyspnée (n=6)	1 (16.67)	
Diabète	1 (16.67)	Douleur (n=6)	3 (50.00)	
<b>Secteur d'hospitalisation (n=6)</b>		Convulsions (n=6)	1 (16.67)	
CSG	6 (100.0)	Anxiété (n=6)	1 (16.67)	
SSR	0 (0.0)			
Long séjour, USLD	0 (0.0)			
<b>Motif principal d'hospitalisation (n=6)</b>				
Pathologie neurologique, cognitive	4 (66.67)			
Insuffisance d'organe	2 (33.33)			
Infection	0 (0.0)			
Cancer	0 (0.0)			
Psychiatrie	0 (0.0)			
Chirurgie	0 (0.0)			

**Tableau 4 : SPCMJD (suite)**

	Effectif (%)	Médiane [1er quartile - 3e quartile]		Effectif (%)
<b>Protocole d'administration</b>				
<b>Voie utilisée (n=6)</b>				
Intraveineuse	5 (83.33)		<b>Avis de l'équipe mobile de soins palliatifs (n=6)</b>	0 (0.0)
Sous cutanée	1 (16.67)		<b>Introduction du Midazolam la nuit/ en garde (n=6)</b>	1 (16.67)
Autre	0 (0.0)		<b>Appel du sénior d'astreinte (n=6)</b>	1 (16.67)
<b>Protocole par titration : (n=0)</b>				
<b>Protocole par palier :</b>				
Dose d'introduction en mg/h en IV (n= 5)		0.5 [0.5-1]	<b>Evaluation au cours de la prescription de Midazolam</b>	
Dose maximale en mg/h en IV 24 h après la sédation (n= 5)		0.5 [0.5-1]	<b>Surveillance au cours de la prescription de Midazolam : (n=6)</b>	
Dose d'introduction en mg/h en SC (n=1)		0.2 [0.2-0.2]	RASS	0 (0.0)
Dose maximale en mg/h en SC 24 h après la sédation (n=1)		0.2 [0.2-0.2]	Hétéroévaluation de la douleur par Algoplus	6 (100.0)
Posologie maximale en mg/h au cours de la sédation en IV (n=5)		0.5 [0.5-1.3]	Dyspnée	6 (100.0)
Posologie maximale en mg/h au cours de la sédation en SC (n=1)		0.5 [0.5-0.5]	<b>Recherche d'effets indésirables :</b>	
<b>Molécule utilisée en deuxième intention (n=6)</b>				
	0 (0.0)		Réveils douloureux (n=6)	1 (16.67)
<b>Durée de la sédation jusqu'au décès (n=6) en jours</b>				
		2 [1.25-2.75]	Tachyphylaxie (n=6)	0 (0.0)
<b>Evaluation avant la mise sous Midazolam</b>				
<b>Traitement utilisé (n=6)</b>				
Traitement antalgique	4 (66.67)		Agitation paradoxale (n=6)	0 (0.0)
Traitement anxiolytique	1 (16.67)		Dépression respiratoire (6)	0 (0.0)
Traitement anti sécrétoire	2 (33.33)		Nausées, vomissements (n=6)	0 (0.0)
Traitement anti nauséeux	1 (16.67)		Mouvements involontaires (6)	0 (0.0)
Pose de sonde vésicale	6 (100.0)		Hallucinations (n=6)	0 (0.0)
<b>Benzodiazépines dans le traitement de base (n=6)</b>				
	2 (33.33)		<b>Recherche de causes d'agitation :</b>	
<b>Sous Midazolam avant la sédation (n=6)</b>				
	0 (0.0)		Anxiété (n=6)	6 (100.0)
<b>Niveau de conscience (n=6)</b>				
Conscient	0 (0.0)		Douleur (n=6)	6 (100.0)
Troubles de la conscience	6 (100.0)		Fécalome (n=6)	6 (100.0)
<b>Arrêt de traitements</b>				
Arrêt de la nutrition artificielle (n=1)	1 (100.0)		Globe vésical (n=6)	6 (100.0)
Arrêt de de l'hydratation (n=4)	4 (100.0)		<b>Sous opioïdes per sédation (n=6)</b>	
Arrêt de l'oxygénothérapie (n=3)	0 (0.0)			6 (100.0)
<b>Arrêt de traitements au cours de la sédation</b>				
Arrêt de l'oxygénothérapie (n=3)	3 (100.0)		<b>Arrêt des prises de sang (n=6)</b>	6 (100.0)
			<b>Arrêt de la prise des constantes (n=6)</b>	5 (83.33)
			<b>Sédation inscrit dans le dossier informatique (n=6)</b>	2 (33.33)

## V. Discussion

Notre étude montre que sur le pôle de gériatrie du CHU de Toulouse, le Midazolam était principalement utilisé à visée anxiolytique, chez 96 patients (83.47 %), et pour des patients en fin de vie, avec 106 (92.17 %) patients décédés à la fin de notre étude. Cela est conforme à d'autres études, comme celle menée par Giroud et al. (19) : l'anxiolyse chez les patients en fin de vie représente la principale utilisation du Midazolam dans cette population avec une prévalence de 2.8 % pour l'anxiolyse et de 0.8 % pour la sédation. Le Midazolam était utilisé à visée anxiolytique en première intention chez 50 % de nos patients. Cette utilisation du Midazolam est, rappelons-le, hors AMM.

Dans nos travaux, les patients, âgés de 88 ans en moyenne, étaient dépendants et altérés à l'arrivée à l'hôpital avec un ADL de base médian à 3/6 et un score OMS médian à 3. Plus de la moitié des patients étaient atteints de troubles neurocognitifs. Les 3 principales indications d'hospitalisation étaient : une insuffisance d'organe, une pathologie neurologique ou cognitive, et enfin un cancer. Notre population semblait plutôt représentative de la population gériatrique hospitalisée et en situation palliative (21).

En ce qui concerne les pratiques sédatives, plusieurs aspects ne paraissaient pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Nous allons les détailler suivant les différents critères des recommandations de la HAS, certains étant spécifiques à la SPCMJD.

### i) Les pratiques sédatives

#### a) Prise en charge avant la sédation

Avant d'envisager la mise en place d'une pratique sédative, il convient de prendre en charge les symptômes d'inconfort ou de souffrance. Concernant le groupe de sédation proportionnée, 100 % des patients avaient un traitement antalgique, 77 % des patients étaient sous anxiolytique autre que le Midazolam, et 15 % sous anti-nauséux et anti-sécrétoire.

S'il existe des difficultés de prise en charge de symptômes qu'ils soient physiques ou psychiques en situation palliative, il est possible de faire appel à des équipes ressources comme les EMSP. En gériatrie, l'un des premiers motifs d'appel de ces équipes est la prise en charge de la douleur (21). En effet, dans une étude s'intéressant aux interventions des EMSP en gériatrie dans 3 hôpitaux parisiens, il ressortait que sur 190 patients, la prise en charge des symptômes était le principal motif d'appel pour 75.8 % des patients. Le principal symptôme observé était la douleur pour 44.7 % des patients.

Dans notre étude, cela ne semblait pas être le cas. D'ailleurs aucun patient n'a bénéficié d'une sédation proportionnée en raison de douleurs réfractaires.

## b) Utilisation de l'échelle SEDAPALL

Le score SEDAPALL (annexe 1) a été créé par la SFAP, il permet de décrire les pratiques sédatives selon 3 variables : la durée, la profondeur et le consentement. En pratique, il paraît pertinent de se questionner en équipe autour de cette échelle avant de mettre en place une sédation afin de l'adapter au mieux au patient.

L'évaluation du SEDAPALL ne figurait dans aucun dossier médical. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses à ce sujet : le score SEDAPALL est-il difficile à réaliser en pratique, en dehors des USP ? Cet outil est-il peu répandu et peu connu des soignants ? Il s'avère plus couramment utilisé au sein des USP. Peu d'études se sont intéressées à l'utilisation du score SEDAPALL en pratique courante dans les services non spécialisés en soins palliatifs. On ne retrouve pas non plus de données sur la connaissance de ce score par les professionnels de santé dans ces mêmes services. D'autres études seraient nécessaires afin de caractériser les raisons de la non-utilisation de ce score en gériatrie. On peut supposer qu'un des freins soit un manque de connaissances, le recours à la sédation étant moins fréquent en service de gériatrie qu'en USP.

L'évaluation du score SEDAPALL devait initialement figurer dans notre recueil de données mais ses variables n'étant pas précisées dans les dossiers, et le type de sédation n'étant pas non plus décrit en détail, il a été impossible de l'estimer de manière précise. La volonté du prescripteur aurait été sujette à trop d'interprétation de notre part. Compte tenu de cette imprécision dans les dossiers, on peut se demander si cela provient d'un défaut de traçabilité ou d'un manque de connaissance des pratiques sédatives ?

Au vu de la diversité des situations, on parle plutôt de pratiques sédatives que de sédation. Cet outil permet également de définir l'intentionnalité du prescripteur. Comme décrit par le Dr GOMAS, ancien gériatre et palliatologue, c'est « l'intentionnalité qui peut - si elle n'est pas bien comprise ou définie - générer de la culpabilité chez les soignants. » (22)

## c) Evaluation tout au long de la procédure

Au cours de la procédure, plusieurs paramètres doivent être évalués régulièrement.

L'échelle RASS permet d'évaluer la profondeur de la sédation. Elle doit être évaluée tout au long de la sédation pour détecter une éventuelle insuffisance du traitement en place, et majorer les posologies de Midazolam voire ajouter un deuxième traitement sédatif le cas échéant.

Cette échelle figurait uniquement dans 2 dossiers médicaux (10.5 %), mais elle avait été réalisée de manière ponctuelle au cours de la procédure, c'est pour cela qu'elle n'apparaît pas dans les résultats. On peut se demander pourquoi ce score était si peu utilisé en pratique alors qu'il a été validé en soins palliatifs. Une étude réalisée dans plusieurs USP en 2014 (23), a étudié l'utilisation du score RASS à différents temps de la sédation. Il en ressort que ce score est facile d'utilisation, reproductible et permet la communication entre les professionnels. L'accumulation de l'usage d'échelles et de scores était présentée comme un frein à l'utilisation du RASS. Dans notre étude, on peut se demander si l'échelle RASS était peu utilisée en pratique clinique car peu connue des soignants ? Par ailleurs, en dehors des USP, peu d'études se sont interrogées sur la connaissance et l'utilisation de ce score chez les patients en fin de vie.

D'autre part, l'absence d'évaluation de la profondeur de la sédation ne permettait pas de réévaluer la posologie du Midazolam pour maintenir un état de sédation adéquat. Cela peut expliquer les faibles posologies médianes 24 heures après l'introduction de la sédation. On retrouve ce phénomène surtout avec le protocole par palier, avec une posologie médiane de 0.4 mg/h de Midazolam à l'introduction puis à 0.5 mg/h 24 heures après le début de la sédation. Ce phénomène a aussi été décrit dans l'étude MIDA-DAM (24).

L'absence de réalisation du RASS avant la mise en place d'une SPCMJD peut également nous amener à questionner l'intentionnalité de la sédation, notamment si le patient avait un score de RASS égal à -5 avant la prescription du Midazolam. En effet, 100 % des patients ayant bénéficié d'une SPCMJD présentaient des troubles de la conscience avant l'initiation du Midazolam, sans qu'ils soient évalués précisément.

Par ailleurs, il convient de réévaluer régulièrement le degré de soulagement du patient, notamment des symptômes réfractaires, à l'aide d'échelles d'hétéroévaluations. 91.67 % de nos patients sous sédation proportionnée avaient bénéficié d'une évaluation de la douleur par Algoplus et de la dyspnée. Pour la SPCMJD, cela avait été surveillé chez 100 % des patients.

Les causes d'agitation étaient recherchées chez 100 % des patients avec une SPCMJD et chez moins de 92 % des patients avec une sédation proportionnée.

66.67 % des patients du groupe SPCMJD présentaient une prescription d'antalgique avant la prescription de Midazolam. 100 % des patients avaient bénéficié d'une antalgie par opioïdes pendant la sédation, ces antalgiques avaient pu être débutés après la sédation. Si l'on compare avec l'étude PREVAL-S2P, 45.1 % des patients avec une SPCMJD étaient sous opioïdes.

La surveillance des constantes et des paramètres biologiques était stoppée pour la majorité des patients avec une SPCMJD.

L'hydratation et la nutrition artificielles doivent être arrêtées dans le cadre d'une SPCMJD, étant considérées comme des traitements maintenant artificiellement en vie le patient. Pour la SPCMJD, 1 patient était sous nutrition artificielle, qui avait été stoppée avant la mise en place de la sédation. L'hydratation avait été stoppée pour 100 % des patients. L'oxygénothérapie avait également été stoppée pour 100 % des patients au cours de la sédation.

Concernant la sédation proportionnée, les précédents traitements doivent être questionnés, comme la majorité des traitements dans un contexte palliatif, en fonction de l'estimation du temps de vie restant et de la balance bénéfice/risque. Dans notre étude, avant la sédation, la nutrition artificielle avait été stoppée pour 100 % des patients, l'hydratation pour 84 % des patients et l'oxygénothérapie pour 22 %. Au cours de la sédation, l'hydratation était stoppée pour 50 % des patients et l'oxygénothérapie pour 1 patient (11.11 %).

L'arrêt de ces thérapeutiques peut être difficile pour les proches et pour les soignants, pourtant plusieurs études ont montré que la poursuite de l'hydratation et de la nutrition en fin de vie pouvait altérer le confort du patient avec un risque de prolongement de la phase agonique et l'apparition d'un encombrement bronchique (25). Concernant l'oxygénothérapie, il n'existe pas de recommandations quant à son usage en fin de vie, les études sont même contradictoires sur son efficacité. L'oxygénothérapie chez un patient en fin de

vie et inconscient peut prolonger l'agonie. En cas de dyspnée, il convient d'adapter au cas par cas la prise en charge. Une étude a démontré que chez des patients en fin de vie, les opioïdes étaient significativement plus efficaces que l'oxygénothérapie pour réduire l'intensité de la dyspnée même chez des patients hypoxiques. Les auteurs n'établissaient pas non plus de corrélation entre l'intensité de la dyspnée et de la saturation en oxygène. (26)

On remarque peu d'effets secondaires du Midazolam rapportés dans notre étude, ce qui semble concordant avec les données de la littérature. En effet, la proportion des effets secondaires augmente avec la posologie de Midazolam et cela est cohérent avec les posologies faibles retrouvées dans notre travail (27). Grâce à sa demi-vie courte, sa rapidité d'action et la facilité d'adaptation des posologies, le Midazolam est une benzodiazépine fréquemment utilisée en soins palliatifs. Certains auteurs considèrent qu'il fait partie des 4 thérapeutiques nécessaires pour la promotion de soins de qualité chez les patients en fin de vie (27). Malgré l'absence de recommandation, le Midazolam reste le traitement utilisé en première intention à visée anxiolytique chez les patients en fin de vie compte tenu de ses caractéristiques (19). Une mesure objective de l'anxiété grâce à des échelles comme l'Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ou le Death and Dying Distress Scale (DADDS) pourrait nous permettre de mieux l'identifier et donc de la traiter seulement si nécessaire.

#### d) Protocole d'administration

On peut s'interroger sur les protocoles d'administration du Midazolam utilisés pour les pratiques sédatives dans notre population. Aucun patient n'avait bénéficié d'une titration de Midazolam pour la SPCMJD. C'était en revanche le cas de 8 patients (61.5 %) ayant reçu une sédation proportionnée. Concernant les patients sous sédation proportionnée, les posologies nécessaires à l'induction de la sédation (4 mg en médiane) étaient plus élevées avec la titration qu'avec le protocole par palier qui utilisait une dose d'introduction de 0.4 mg/h en IV, majorée à 0.5 mg/h 24 heures après la sédation. Dans la SPCMJD, on retrouvait la même posologie de 0.5 mg/h en IV 24 heures après la sédation avec le protocole par palier.

Si l'on compare avec une étude réalisée dans un centre de lutte contre le cancer (28), la posologie médiane du Midazolam en bolus à l'introduction de la titration était de 3.0 mg, pour atteindre un débit médian au moment du décès de 2 mg/h. On peut donc s'interroger sur les sédations réalisées avec le protocole par palier dans notre étude, au vu des posologies très faibles, à l'introduction et 24 heures après.

Dans les dossiers médicaux, le Midazolam n'était pas débuté à 1 mg/h et majoré si besoin par palier toutes les 30 minutes comme préconisé dans les recommandations de la HAS. On peut s'interroger sur l'intentionnalité du prescripteur, était-ce vraiment de réaliser une sédation, ou bien une anxiolyse ? Ou alors ces protocoles sont-ils méconnus des soignants ?

On peut aussi observer que les posologies maximales de Midazolam dans l'anxiolyse étaient du même ordre de grandeur que dans la sédation. Cela concorde avec les résultats de l'étude MIDA-DAM (24), dans laquelle les posologies lors de l'introduction de Midazolam étaient identiques entre la sédation et l'anxiolyse.

#### e) Difficultés autour de la sédation

Nous avons remarqué qu'il existait une difficulté pour les praticiens à nommer les pratiques sédatives dans les dossiers médicaux. Le mot « sédation » n'était écrit que dans 33 % des dossiers de patients ayant bénéficié d'une SPCMJD et dans 46 % des dossiers pour une sédation proportionnée. A noter que la phrase « Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès » n'a été retrouvée dans aucun dossier. On a pu lire « prise en charge de confort », « sédation d'accompagnement » ou encore « soins de confort ». Existe-t-il un malaise pour ces praticiens à parler de sédation, ou cette pratique est-elle mal connue et non identifiée à cause d'un manque de formation ?

En effet, 22.91 % des patients du groupe anxiolyse avaient une indication théorique à une pratique sédative, qui était proportionnée dans la majorité des cas ou dans un contexte d'urgence. Mais cette sédation n'avait pas été pratiquée. Malheureusement peu d'études se sont interrogées en gériatrie sur la connaissance des pratiques sédatives des praticiens. On peut citer le Dr DEVALOIS dans son texte « Après la loi de 2016 : les pratiques sédatives en contexte gériatrique » (29), qui évoquait « en pratique quotidienne que, quantitativement, les situations de sous-utilisation sont très largement supérieures aux situations de sur-utilisation ». Il évoque également ces situations d'urgence, où l'on retrouve une inadéquation entre la prescription de Midazolam sous-dosée malgré la juste décision de sédation avec parfois des protocoles prescrits par anticipation. Il ajoute que cela donne bonne conscience au prescripteur sans assurer le confort du patient.

De plus, 45 % des patients sous anxiolyse présentaient des troubles de la conscience au cours de la prescription du Midazolam. Dans ce cas, il est difficile *a posteriori* de faire la part des choses et différencier plusieurs phénomènes : l'évolution naturelle de la pathologie peut être à l'origine de ces troubles de la conscience, mais cela peut également faire partie des effets secondaires du Midazolam. On peut questionner le fait que pour une partie de ces patients, l'intentionnalité du prescripteur aurait été d'engendrer ces troubles de la conscience. On ne se situe alors plus dans une anxiolyse mais dans une pratique sédative, probablement non reconnue par le soignant. Les Dr GOMAS et INDIRLI dans leur texte « “LES” sédations : comment ne plus confondre anxiolyse, sédation transitoire et sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? », nous rappellent qu'il convient « d'analyser l'intentionnalité et la profondeur d'une anxiolyse qui se prolonge... pour ne pas glisser insidieusement dans un processus de sédation progressivement croissante et mal contrôlée qui ne dirait pas son nom » (22).

#### ii) SPCMJD

##### a) Procédure collégiale et vérification des critères de la loi

Dans notre étude nous avons remarqué, à la lecture des résultats et des dossiers médicaux, qu'il existait une confusion des praticiens entre une discussion collégiale et la procédure collégiale prévue par la loi. En effet, aucun patient n'a bénéficié d'une procédure collégiale à proprement parler, avant la mise en place d'une SPCMJD.

Cette confusion avait déjà été retrouvée dans une enquête nationale réalisée 3 ans après la loi Claeys-Leonetti (30). Il était alors rapporté qu'il y avait peu d'informations sur la réalisation des procédures collégiales. Les décisions de sédation étaient probablement plutôt prises lors d'un *staff médical*. Dans le Tableau 3, on remarque qu'aucun personnel paramédical, ou psychologue n'avait pris part à une discussion collégiale. Dans les dossiers, on ne retrouvait pas de trace écrite d'une telle procédure, les discussions ou réflexions avaient plutôt lieu entre les médecins du service prenant en charge le patient et les spécialistes. En effet, pour 66.67 % des patients, un médecin extérieur au service avait participé à la discussion et décision de SPCMJD. Cette décision avait été prise à la suite d'un arrêt de traitements sur indication médicale pour 100 % des patients.

L'absence de discussion avec l'équipe soignante et paramédicale est préjudiciable pour le patient, car ces professionnels offrent une vision différente, du fait de leur place privilégiée auprès du patient, notamment grâce à la proximité lors des soins (31). On perd alors l'un des intérêts de cette procédure, à savoir ce processus de délibération collectif qui permet de faire émerger des questionnements éthiques.

Dans une deuxième étude, réalisée à Lille en service de Médecine Aigue Gériatrique (24), on retrouve une tendance similaire avec la réalisation d'une procédure collégiale dans 16 % des cas et de réflexions médicales dans 33 % des cas. L'étude PREVAL-S2P (14) réalisée en France, indiquait des chiffres différents avec la présence d'une procédure collégiale dans 80.4 % des cas, cette fois dans des services spécialisés en soins palliatifs (USP, LISP).

Ces différences entre les types de service peuvent peut-être s'expliquer en partie par des temporalités variables, ou encore par une organisation soignante différente, les ratios patients / soignants n'étant pas les mêmes entre une USP et un court séjour gériatrique (CSG). Dans une enquête en France en 2019 (32), on retrouvait un binôme infirmier/aide-soignant pour 5 patients dans une USP de 10 lits ; contre 1 infirmier pouvant aller jusqu'à 14 patients en journée en CSG selon l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Il paraît alors plus aisé de réaliser un *staff médical* qu'une procédure collégiale qui mobiliserait toute l'équipe dans un service de soins aigus gériatrique. On peut aussi se poser la question de l'impact de la formation des professionnels et de la connaissance de la loi dans les différentes pratiques entre la gériatrie et les USP ou les LISP.

La procédure collégiale permet de s'assurer que les conditions prévues par la loi sont remplies. D'après le Guide du Parcours de Soins de la HAS (12) : « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? », il convient de répondre à plusieurs questions au cours de cette procédure :

- La souffrance est-elle réfractaire et le pronostic engagé à court terme ? Dans le Tableau 3, on peut voir que le critère du pronostic engagé à court terme était présent pour 100 % des patients, comme celui de la souffrance réfractaire.
- L'arrêt de traitement est-il susceptible d'engendrer une souffrance insupportable ? C'était également le cas pour 100 % des patients.

- La demande du patient est-elle libre et éclairée ? Quelles sont les capacités de discernement du patient ? Dans notre cas, 100 % des patients présentaient des troubles de la conscience, ils ne pouvaient donc pas faire la demande de sédation. De plus, l'indication de sédation faisait suite à une réflexion des soignants et des médecins, en lien avec un refus de l'obstination déraisonnable dans le cadre d'un arrêt de traitement maintenant artificiellement en vie le patient. 66.67 % des patients étaient hospitalisés pour une pathologie neurologique, un accident vasculaire cérébral le plus souvent, ce qui pouvait engendrer des troubles de la conscience avec une impossibilité de communiquer. L'atteinte des capacités du patient à communiquer nous oblige à rechercher la volonté du patient via ses directives anticipées ou sa personne de confiance s'il ne les a pas rédigées.

L'ensemble de ces éléments ainsi que la décision à l'issue de la procédure collégiale doit être tracée et formalisée spécifiquement dans le dossier médical du patient.

#### b) Directives anticipées, personne de confiance et consentement

Un autre point qui mérite notre attention est la faible proportion de recherche des directives anticipées.

En effet, pour les patients ayant reçu une anxiolyse, les directives anticipées avaient été recherchées chez seulement 20 % d'entre eux, contre 30% des patients pour la sédation proportionnée et 50 % des patients pour la SPCMJD. La personne de confiance avait été consultée dans la majorité des cas pour ces 3 types de pratiques.

Si l'on cite à nouveau l'étude PREVAL-S2P, seuls 2 patients sur 156 avaient rédigé des directives anticipées. Dans l'étude MIDA-DAM (24), on ne retrouvait ni directives anticipées, ni formulaire de désignation d'une personne de confiance dans les dossiers médicaux.

En ce qui concerne le consentement, 100 % des patients du groupe SPCMJD présentaient des troubles de la conscience et étaient donc incapables de donner leur consentement ni de recevoir une information claire, loyale et appropriée. L'ensemble des SPCMJD étaient liées à une indication médicale sur un arrêt de thérapeutiques. On comprend bien que la réalisation des procédures collégiales est primordiale lorsque le patient est dans l'incapacité de donner son consentement afin d'éviter des dérives. Mais rappelons que dans notre étude, aucun patient n'a pu bénéficier de cette procédure.

Dans le groupe des sédations proportionnées, le recueil du consentement avant la sédation n'était indiqué que dans 62 % des dossiers médicaux. Cela est à pondérer avec le fait que dans notre étude, 51 % des patients présentaient des troubles neurocognitifs, ce qui complexifie la tâche du recueil du consentement ou de la recherche des directives anticipées.

Ce consentement ne peut pas toujours être recueilli avant la sédation, en lien avec une dégradation parfois aiguë du patient. C'est pourquoi il faut essayer d'anticiper les discussions avec le patient en ce qui concerne ses souhaits sur sa fin de vie lorsque cela est possible (33). On constate qu'en pratique, les médecins rencontrent toujours des difficultés à se saisir du dispositif des directives anticipées. C'est aussi le cas des patients et du grand public. D'après l'enquête : « Les Français et la fin de vie », menée par le centre national

des soins palliatifs et de la fin de vie, uniquement 24 % des interrogés connaissaient précisément le terme de directives anticipées et 18% aurait rédigé leurs directives anticipées. (34)

Peut-être que les médecins ne recherchent pas les directives anticipées puisqu'ils ne s'attendent pas à en trouver ? De plus, lorsqu'elles sont rédigées elles ne sont pas toujours informatives. Dans les dossiers médicaux, on pouvait souvent lire que les patients rapportaient être contre l'acharnement thérapeutique, ou obstination déraisonnable, dans leurs directives anticipées. Sur le plan médical, cela est peu aidant notamment lors des discussions autour des limitations thérapeutiques, car l'interdiction de l'obstination déraisonnable est inscrite dans la loi depuis 2016 et la promulgation du texte dit Claeys-Leonetti.

Il apparaît également dans une étude française (28) que les sédations pratiquées en USP sont plus souvent accompagnées d'une information du patient et de sa famille car liées à une expérience plus grande. Cette information est pourtant nécessaire et est inscrite dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Dans le Tableau 3, on peut voir que pour 46.15 % des patients, il existait une prescription anticipée du protocole de sédation en cas d'urgence et que 46.15 % des sédations proportionnées ont été débutées en garde. Les périodes de garde, la nuit et les week-ends, sont des moments critiques car les équipes peuvent se sentir en difficulté face à des patients et des histoires cliniques qu'ils ne maîtrisent pas. L'anticipation de ces difficultés pourrait permettre de faciliter le travail des équipes de garde en cas de dégradation d'un patient. A cet effet, il faudrait prescrire de manière plus large les protocoles de sédation par anticipation s'ils sont indiqués. La recherche des directives anticipées pour chaque patient devrait être accentuée, et pas seulement en situation d'urgence, notamment chez les patients atteints de maladie incurable. Lorsque cela est possible, il faut encourager les patients à rédiger avec l'aide de leur médecin traitant ou un autre professionnel de santé leurs directives anticipées afin de les éclairer sur les différents traitements, gestes thérapeutiques et leurs conséquences. Il existe plusieurs modèles de directives anticipées comme celui de la Société de Réanimation de Langue Française (35). Les niveaux de limitation d'engagement thérapeutique s'ils existent doivent également être tracés dans les dossiers médicaux et être facilement visibles.

### c) Recours aux EMSP

Aucun patient n'avait bénéficié d'un avis de l'EMSP avant la mise en place d'une SPCMJD, malgré la collaboration avec une équipe spécialisée vivement recommandée par la HAS. Pour autant, 9 patients ayant reçu du Midazolam à visée anxiolytique et 1 pour une sédation proportionnée avaient bénéficié d'un avis de l'EMSP.

On peut s'interroger sur les freins qui existent chez les soignants à solliciter un avis auprès d'une EMSP. Le Dr ROCHAS (36) décrit une forme de désillusion de la part des équipes soignantes : en effet il existe de grandes attentes de la part des soignants, pouvant être déçues car les équipes mobiles ne peuvent pas toujours apporter de solutions rapidement efficaces.

On peut aussi supposer qu'avec une durée médiane de séjour de 2 jours pour la SPCMJD et des décès survenant dans les 2 jours après la sédation, les patients avaient été rapidement sédatisés après leur arrivée dans

le service. Cela laissait donc peu de temps pour faire appel à l'EMSP. Là encore, on peut voir que la temporalité a un impact fort sur les pratiques.

### iii) Ouverture

Nous évoquons la possibilité d'un manque de formation des soignants notamment devant la sous-utilisation de certains outils comme le SEDAPALL ou le RASS, on peut se questionner si un appui plus fréquent sur les EMSP permettrait d'améliorer nos pratiques. Une étude européenne s'est intéressée aux barrières et facilitateurs concernant la collaboration entre les soins palliatifs et la médecine gériatrique. Il en ressort que l'interdisciplinarité et la coopération entre ces deux spécialités améliorerait la prise en charge du patient. Un travail d'activités d'apprentissage commun sur des questions comme le contrôle des symptômes, les questions éthiques complexes et la prise de décision dans ces situations serait bénéfique (37).

Cela fait partie des missions des EMSP que de former les professionnels médicaux et paramédicaux, et d'aider au développement et à la diffusion de la culture et de la démarche palliative. La formation initiale des internes est également primordiale car ce sont eux qui sont fréquemment en premier recours face aux patients et à leurs proches.

Sur le pôle de gériatrie du CHU de Toulouse, des formations autour de plusieurs points clés pourraient être organisées afin d'améliorer nos pratiques, selon les constats dressés par notre étude.

Des formations communes destinées aux médecins, internes et équipes soignantes pourraient être mises en place autour de plusieurs thématiques. Des points spécifiques en fonction de la profession du soignant permettrait d'approfondir certaines notions :

- Un premier atelier pourrait permettre de rappeler les textes de loi en vigueur depuis la loi dite Claeys-Leonetti de 2016. En effet, au vu du projet de loi concernant l'aide médicale à mourir devant être examiné prochainement à l'assemblée, il convient de maîtriser le cadre légal actuel afin de ne pas apporter plus de confusion.
- Un autre pourrait présenter les différentes pratiques sédatives et leurs indications notamment à l'aide de l'outil SEDAPALL. Les vignettes cliniques (29) ayant permis de valider le score SEDAPALL pourraient servir d'entraînement.
- Les fiches repères de la SFAP pourraient également servir de support pour présenter les pratiques sédatives (38) et les protocoles médicamenteux (39).
- Les outils Pallia 10 Geronto (annexe 3) et les 10 questions du Dr Sebag-Lanoe (annexe 4) pourraient être présentés afin de se questionner sur le plan éthique et savoir quand faire appel aux EMSP.

Pour les équipes paramédicales, il conviendrait d'approfondir notamment la présentation des différentes échelles permettant l'évaluation des symptômes d'inconfort en fin de vie : l'échelle Algoplus pour la douleur, RDOS pour la dyspnée, le score RASS pour évaluer le niveau de profondeur d'une sédation.

Des groupes de parole pourraient également être proposés aux équipes dans les services de soins si elles en ressentent le besoin, le vécu de ces situations pouvant être difficile pour les soignants. Ces groupes de parole peuvent être proposés ponctuellement face à une situation vécue comme difficile pour l'équipe. Ils peuvent aussi être mis en place de manière régulière suivant un calendrier préétabli. Ils sont animés par un psychologue superviseur. D'après Martine Ruszniewski (40), une des premières psychologues ayant participé à ces groupes de parole : « la prise en charge des patients passe par une pratique indirecte : aider les soignants, c'est aider les malades ».

Lors de la mise en place d'une pratique sédative, une fiche de suivi pourrait être mise en place sur le principe de la fiche du Registre des pratiques sédatives (annexe 5) de l'hôpital Paul Brousse. Celle-ci est remplie à l'USP lors de la discussion qui précède la décision de prescription d'une pratique sédative à visée palliative. Cette fiche de suivi contient l'échelle SEDAPALL renseignée, les noms des participants à la discussion ainsi que l'heure de mise en œuvre de la pratique sédative. S'il existe des événements lors du suivi (réveils, arrêt de la sédation, décès) ils sont également annotés. Ces fiches sont analysées rétrospectivement afin d'évaluer les pratiques du service.

Une réflexion pourrait ainsi avoir lieu autour de l'élaboration d'une fiche institutionnelle autour de la SPCMJD sur le pôle de gériatrie. Cette fiche servirait de support résumant les différentes étapes nécessaires selon la loi et les recommandations de bonnes pratiques :

- Elle pourrait regrouper les critères légaux à vérifier : la souffrance est-elle réfractaire ? le pronostic vital est-il engagé à court terme ? dans quelle situation se trouve-t-on (demande du patient, arrêt de traitement de maintien artificiel en vie) ? La procédure collégiale a-t-elle été réalisée ? quels étaient les membres présents ? Les directives anticipées ont-elles été recherchées ? La personne de confiance a-t-elle été consultée ? L'EMSP de référence a-t-elle été contactée ?
- L'outil SEDAPALL pourrait figurer sur cette fiche afin de caractériser au mieux la pratique sédative dans laquelle on se situe.
- Les protocoles de titration du Midazolam ou la méthode par palier pourraient également y être inscrits afin d'aider au mieux les prescripteurs. En cas de besoin, le numéro des équipes référentes en soins palliatifs y seraient notés afin de pouvoir être identifiés et contactés rapidement.
- Cette fiche figurerait ensuite dans le dossier médical du patient afin d'améliorer la traçabilité.

Nous avons pu percevoir que les pratiques sédatives sont des pratiques qui semblent être difficilement identifiées par les praticiens, mal connues et même difficilement nommables. D'autres études seraient nécessaires afin de mieux les caractériser en gériatrie. En effet, la réalisation d'une étude prospective sur une période supérieure à 6 mois dans plusieurs centres gériatriques permettrait de mieux étudier les pratiques sédatives en gériatrie et leur intentionnalité. La réalisation d'une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés avec les soignants pourrait mieux appréhender les représentations et les difficultés des soignants à les mettre en œuvre.

#### iv) Limites de l'étude

Les limites de cette étude sont liées au mode de recueil rétrospectif avec un biais d'information. Les informations recueillies dépendaient de la qualité de la tenue des dossiers médicaux. La traçabilité des communications écrites et orale est obligatoire et a une valeur médico-légale notamment en cas de litige avec les familles.

Pour les directives anticipées, il existait peu de mentions dans les dossiers médicaux quant à leur recherche. Cependant à l'arrivée des patients, les infirmières recherchent leur présence et remplissent une fiche papier signée par le patient. Malheureusement nous n'avions pas accès à cette feuille papier, ce qui peut en partie expliquer la faible traçabilité de recherche des directives anticipées dans notre étude. Dans les dossiers médicaux, il n'était souvent mentionné leur recherche que lorsqu'elle était positive.

Il existait également un biais de classement, en effet certaines pratiques étaient difficiles à évaluer notamment sur le plan de l'intentionnalité du prescripteur. Elles ont été classées suivant notre ressenti et notre interprétation de manière subjective de la situation en l'une des 3 pratiques. Notre interprétation a donc pu être différente de l'intentionnalité du prescripteur.

Pour finir, notre échantillon était de petite taille avec un faible nombre de sédation proportionnée et SPCMJD, ce qui limite la validité externe de l'étude. Notre étude étant purement descriptive et observationnelle, d'autres études sont nécessaires afin de confirmer statistiquement nos résultats.

## VI. Conclusion

En conclusion, notre étude a montré que plusieurs points concernant l'utilisation du Midazolam lors des pratiques sédatives ne paraissaient pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur le pôle de gériatrie du CHU de Toulouse.

Pour la SPCMJD aucune procédure collégiale n'a été réalisée, l'étude de la littérature montre que cela n'est pas une pratique isolée à notre centre. Différents phénomènes, comme le manque de formation des soignants et les contraintes institutionnelles de l'hôpital, peuvent expliquer cela. La procédure collégiale est pourtant un « garde-fou » contre les dérives potentielles, notamment lorsque le patient est incapable d'exprimer sa volonté. Les protocoles d'utilisation du Midazolam par titration ou par palier semblent peu connus des prescripteurs. On retrouve peu de différence dans notre étude entre les posologies de Midazolam pour l'anxiolyse ainsi que pour la SPCMJD. De plus, le RASS n'étant pas utilisé par les soignants cela ne permettait pas de réévaluer la profondeur de la sédation et donc adapter les posologies de Midazolam. Le SEDAPALL ne semblait pas non plus être utilisé, il est pourtant un outil précieux pour décrire et analyser les pratiques sédatives ainsi que leur intentionnalité.

Les directives anticipées sont également peu recherchées ainsi que le consentement du patient. Cependant, dans la population gériatrique, le consentement ne peut pas toujours être recueilli au vu de la présence importante des troubles neurocognitifs dans cette population.

Les pratiques sédatives semblent parfois difficilement reconnues, ainsi qu'encore mal connues et non nommées dans les dossiers médicaux par les praticiens.

D'autres études seraient nécessaires afin d'étudier précisément ces pratiques en gériatrie, avec notamment la réalisation d'études prospectives.

uu le 31/01/2024

  
Pr Fati NOURHASHEMI  
Présidente de la CME  
des Hôpitaux de Toulouse

## VII. Annexes

### Annexe 1 : SEDAPALL

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie	
Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais 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 par le patient	C3

Cette fiche s'utilise avec le guide de passation diffusé par le groupe de travail SEDATIONS. Travail coordonné par B. DEVALOIS, V. MOREL, F. GUIRIMAND, M. MAUVIEL, M. BROUCKE, L. COPEL, disponible sur le site de la SFAP [http://www.sfap.org/system/files/sedapall\\_vf1.pdf](http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf)—Ref. DEVALOIS et coll. EAPC congress 2017, FISP 2018

### Annexe 2 : RASS

**Echelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale RASS)**  
[1,2] ; validation française par Chanques et coll [3]

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et 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	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-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)

## Annexe 3 : Pallia 10 Geronto

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

**Qui peut utiliser PALLIA 10 GERONTO ?**

Tout soignant dans le cadre d'une réflexion collégiale

**Dans quel but utiliser PALLIA 10 GERONTO ?**

Pallia geronto est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs

**Quand utiliser PALLIA 10 GERONTO ?**

Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

**Comment utiliser PALLIA 10 GERONTO ?**

Répondez à chacune des questions.

La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher <sup>41</sup> item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIR 1 et 2</li> <li>MMS inférieur 10</li> <li>Albuminémie inférieure à 25g/l</li> <li>Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale</li> <li>Escarre stade supérieur ou égal à 3</li> <li>Chutes à répétition</li> </ul>	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aïdant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prescriptions anticipées</li> <li>L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...)</li> <li>L'indication et la mise en place d'une sédation</li> <li>Le lieu de prise en charge le plus adapté</li> <li>Le statut réanimatoire éventuel</li> </ul>	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>Refus de soins et/ou de traitement</li> <li>Limitation ou arrêt d'un traitement</li> <li>Demande d'euthanasie</li> <li>Présence d'un conflit de valeurs</li> </ul>	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

## Annexe 4 : Les 10 questions du Dr Sebag-Lanoe

**GRILLE DE QUESTIONNEMENT ETHIQUE**  
**Dr RENEE SEBAG LANOE**  
+ SOIGNER LE GRAND AGE +  
ED DESCLÉE DE BROUWER, PARIS 1992

Quelle est la maladie principale de ce patient ?

Quel est son degré d'évolution ?

Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

Est-il facilement curable ou non ?

Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?

Que dit le malade s'il peut le faire ?

Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?

Quelle est la qualité de son confort actuel ?

Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)

Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

## Annexe 5 : Registre des pratiques sédatives de l'hôpital Paul Brousse

Date et heure de la discussion :

Identification Patient

### REGISTRE DES PRATIQUES SEDATIVES

DOCUMENT USP Paul Brousse AFHP

C'est la typologie SEDAPALL-S qui est utilisée. Les termes suivis par un astérisque (\*) font l'objet d'une définition dans le glossaire.

Cette fiche est à remplir lors de la discussion précédant la décision de prescription d'une pratique sédative à visée palliative en fin de vie

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

**Rappel D3 est un droit encadré par la loi dans 3 situations**

- Souffrances réfractaires aux traitements ET pronostic engagé à court terme pour un patient exprimant une demande de SPCMJD
- Refus du patient d'un traitement de maintien artificiel en vie et qui exprime une demande de SPCMJD afin de prévenir une souffrance insupportable
- Décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté

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

*Cocher s'il s'agit d'une décision anticipée (par exemple avant le WE)*

Note pour la mise en œuvre d'une décision anticipée :

Nombre et initiales des participants à la discussion :

Nom du médecin responsable de la prescription :

Score de Richmond (RASS) avant la mise en œuvre de la pratique sédative :

Modalités prescrites de mise en œuvre :

Date et heure de mise en œuvre :

Membres équipes présents lors de la mise en œuvre :

**SUIVI : (arrêt sédation, modification projet, réveils, survenue du décès...)**

## VIII. Bibliographie

1. Institut national de la statistique et des études économiques, éditeur. Tableaux de l'économie française. Edition 2019. Paris: Insee; 2019.
2. Jagger C, Weston C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Doblhammer G, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health*. nov 2011;65(11):1030-5.
3. Grandes causes de décès en 2021 et tendances récentes | CépiDc [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/donnees-et-publications/grandes-causes-de-deces-en-2021-et-tendances-recentes>
4. Sondage IFOP-PFG Les Français et la mort en 2010 [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1283-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1283-1-study_file.pdf)
5. Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie- Avril 2023.
6. Descriptif du contenu des bases de données PMSI | Publication ATIH [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/bases-de-donnees/descriptif-du-contenu-des-bases-de-donnees-pmsi>
7. Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
8. Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, Paci E, Bosshard G, Nilstun T, et al. Continuous Deep Sedation: Physicians' Experiences in Six European Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 févr 2006;31(2):122-9.
9. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care*. 1990;6(3):7-11.
10. JORF n° 0095 du 23 avril 2005 - Légifrance [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2005/04/23/0095>
11. Journal officiel de la République Française « Loi n°2016-87 du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ».
12. HAS GUIDE DU PARCOURS DE SOINS « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? » [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app\\_164\\_guide\\_pds\\_sedation\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf)
13. SFAP « Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale Aider à la prise de décision pour améliorer les pratiques » [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.sfap.org/system/files/guide-2014-sfap-cs.pdf>
14. Frasca M, Jonveaux T, Lhuair Q, Bidegain-Sabas A, Chanteclair A, Francis-Oliviero F, et al. Sedation practices in palliative care services across France: a nationwide point-prevalence analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 8 janv 2024;13(e3):e1326-34.
15. Avis 139 Enjeux éthiques relatifs aux situations de fin de vie - autonomie et solidarité [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139%20Enjeux%20%C3%A9thiques%20relatifs%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>
16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 août 2024]. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie.

Disponible sur: [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](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)

17. Arrêté du 15 décembre 2021 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.
18. VIDAL. VIDAL. [cité 1 août 2024]. Midazolam : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/midazolam-2380.html>
19. Giroud M, Sellier É, Laval G. Utilisation du midazolam chez les patients hospitalisés : analyse des pratiques. *Bulletin du Cancer*. sept 2013;100(9):811-7.
20. Keesmann K. Confusion entre anxiolyse et sédation dans certaines situations en phase terminale ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 1 août 2012;11(4):173-80.
21. Cornetet J, Lefebvre-Chapiro S. Caractéristiques des interventions en gériatrie d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 févr 2024;24(139):30-9.
22. Gomas JM. « Les » sédations : comment ne plus confondre anxiolyse, sédation transitoire et sédation profonde.... *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2020;20(120):363-8.
23. Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliat Care*. déc 2014;13(1):17.
24. Dr HENNION C. Sédation palliative au MIDAZOLAM en Médecine Aiguë Gériatrique, une étude rétrospective, multicentrique issue des données DAMAGE.
25. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort Care for Terminally Ill Patients: The Appropriate Use of Nutrition and Hydration. *JAMA*. 26 oct 1994;272(16):1263-6.
26. Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Support Care Cancer*. avr 2009;17(4):367-77.
27. Prommer E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliat Care*. janv 2020;14:263235241989552.
28. Gamblin V, Berry V, Tresch-Bruneel E, Reich M, Da Silva A, Villet S, et al. Midazolam sedation in palliative medicine: retrospective study in a French center for cancer control. *BMC Palliat Care*. 19 juin 2020;19:85.
29. Broucke M, Devalois B. Après la loi de 2016 : les pratiques sédatives dans un contexte gérontologique: *Gérontologie et société*. 23 déc 2020;42 / n° 163(3):77-97.
30. Bonnet F. Sédation et fin de vie dans le cadre de la loi Claes Léonetti. *La Presse Médicale Formation*. juin 2020;1(2):132-3.
31. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités: *Recherche en soins infirmiers*. 1 juin 2007;N° 89(2):33-42.
32. Bretonnière S, Galmiche P. État des lieux des structures et ressources en soins palliatifs (USP, EMSP) en France en Octobre 2019.
33. Belar A, Arantzamendi M, Menten J, Payne S, Hasselaar J, Centeno C. The Decision-Making Process for Palliative Sedation for Patients with Advanced Cancer—Analysis from a Systematic Review of Prospective Studies. *Cancers (Basel)*. 8 janv 2022;14(2):301.

34. Carretier J, Gonçalves T, Altea A, Marsico G, Dauchy S. Les Français et la fin de vie : état des lieux des connaissances et représentations des citoyens. *Médecine Palliative*. 1 nov 2023;22(6):329-48.
35. Formulaire de directives anticipées SRLF [Internet]. [cité 4 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.srlf.org/files/medias/documents/2018-SRLF\\_formulaire-directives\\_anticipees.pdf](https://www.srlf.org/files/medias/documents/2018-SRLF_formulaire-directives_anticipees.pdf)
36. Rochas B. Équipe mobile de soins palliatifs, une triangulation tendue. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2019;137(2):59-66.
37. Albers G, Froggatt K, Van den Block L, Gambassi G, Vanden Berghe P, Pautex S, et al. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. *BMC Palliat Care*. 11 mai 2016;15:47.
38. SFAP: « Questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative » [Internet]. [cité 24 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sfap.org/system/files/fiche-pratique-sedation-sfap-questions-prealables-v-avril19.pdf>
39. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. « Mise en œuvre médicamenteuse ». Fiche repère SFAP. [Internet]. [cité 24 juill 2024]. Disponible sur: [https://sfap.org/system/files/fiche\\_repere\\_sfap\\_misecoeuvre18mai2017\\_0.pdf](https://sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_misecoeuvre18mai2017_0.pdf)
40. Ruszniewski M. Le groupe de parole à l'hôpital [Internet]. 2024 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/groupe-parole-hopital>

## **Overview of sedative practices related to the use of Midazolam in geriatrics at the Toulouse University Hospital**

---

### **ABSTRACT :**

In the French population, nearly 70% of deaths occur among those over 75 years old, and the need for palliative care in this population will continue to grow in the future. Midazolam is the first-line medication recommended by the HAS (French National Authority for Health) for initiating sedation in a palliative care context. There remains significant confusion between sedation and anxiolysis, despite the fact that best practice guidelines have been issued by the HAS. Few studies have focused on these practices in geriatrics, so we decided to conduct a retrospective, observational study based on Midazolam prescriptions within the Geriatrics Department of Toulouse University Hospital between March 1, 2023, and June 31, 2023.

The objective is to evaluate sedation practices related to the use of Midazolam and their compliance with HAS best practice guidelines.

In conclusion, the use of Midazolam in sedation practices does not appear to comply with HAS recommendations in several areas: conducting a collegial procedure, seeking consent and advance directives, and assessing the depth of sedation.

More frequent involvement of palliative care teams and training for healthcare professionals could improve our practices.

---

**KEYWORDS :** Midazolam, sedative practices, geriatrics, palliative care

---

## **Etat des lieux des pratiques sédatives liées à l'utilisation du Midazolam en gériatrie au CHU de Toulouse**

---

### **RESUME EN FRANÇAIS :**

Dans la population française près de 70 % des décès concernent les plus de 75 ans et les besoins en soins palliatifs dans cette population seront croissants dans le futur. Le Midazolam est la molécule recommandée en première intention par la HAS pour la mise en place d'une sédation en contexte palliatif. On constate toujours une confusion importante entre sédation et anxiolyse, des recommandations de bonnes pratiques ont pourtant été rédigées par la HAS. Peu d'études se sont intéressées à ces pratiques en gériatrie et nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective, observationnelle à partir des prescriptions de Midazolam au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Toulouse entre le 01/03/2023 et le 31/06/2023.

L'objectif est d'évaluer les pratiques sédatives liées à l'utilisation du Midazolam, et leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

En conclusion, l'utilisation du Midazolam dans les pratiques sédatives ne paraît pas conforme aux recommandations de la HAS sur plusieurs points : la réalisation d'une procédure collégiale, la recherche du consentement et des directives anticipées, l'évaluation de la profondeur de la sédation. Un appel plus fréquent aux EMSP et la formation des soignants pourrait améliorer nos pratiques.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Overview of sedative practices related to the use of Midazolam in geriatrics at the Toulouse University Hospital

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** Midazolam, pratiques sédatives, gériatrie, soins palliatifs

---

### **INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directeur de thèse :** Docteur Briec HENRI