

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
(SFAP)

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Sédation pour détresse en phase terminale et
dans des situations spécifiques et complexes :**

recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et
en gériatrie

RECOMMANDATIONS

Sommaire

Introduction	3
1 Définition du champ du travail	3
2 Méthode de travail	3
Recommandations	6
1 Comment définir la sédation ?	6
2 Quelles sont les indications de la sédation pour détresse ?	7
3 Quels sont les médicaments utilisés ?	8
4 Quelles sont les modalités pratiques de la sédation?	10
5 Conclusion	16
Références bibliographiques	17
Participants	19
3.2 Les recommandations.....	Erreur ! Sign
4 Quelles sont les modalités pratiques de la sédation?	10
4.1 Analyse de la littérature	10
4.2 Les recommandations.....	Erreur ! Sign
5 En conclusion	Erreur ! Sign
Références bibliographiques	17
Participants	19

Introduction

Le terme de sédation est utilisé fréquemment en médecine. Il désigne des contextes ou des objectifs bien différents : calmer la douleur (analgésie) ou l'anxiété (anxiolyse) ou encore permettre un meilleur sommeil. Dans la pratique de la médecine palliative, le terme de sédation est également utilisé pour désigner une autre pratique qui vise à diminuer la perception d'une situation perçue comme insupportable par le malade. Le recours à la sédation, dans cet objectif reste peu fréquent dans les structures spécialisées de soins palliatifs (1). Force est de constater que cette pratique a tendance à se banaliser en phase terminale : on voit ainsi la prescription de l'association de morphine et de midazolam à doses progressivement croissantes, sans que les éléments cliniques justifient cette augmentation.

En 2002 et 2004, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) avait établi des recommandations concernant « la sédation pour détresse en phase terminale » (2). Cependant, en 2008, un certain nombre de constats a incité la SFAP à reprendre ce travail pour proposer des recommandations de bonne pratique :

- la nécessité d'actualiser et d'étendre le champ des recommandations en amont des situations de détresse en phase terminale ;
- le fait que la médecine moderne « fabrique » des situations de plus en plus complexes, génératrices d'interrogations sur la qualité de vie des malades, sur le sens de la vie, et que ces situations suscitent la question de la limitation ou de l'arrêt de traitement, et de la place de la sédation dans ces cas ;
- la forte pression de l'opinion publique, relayée par les médias et les élus, met en évidence des confusions sémantiques, une tendance à la simplification et à la généralisation qui occultent la complexité et la singularité des situations rencontrées ;
- le fait que la mission parlementaire d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (relative aux droits des malades et à la fin de vie) confiée par le Premier Ministre et le Président de l'Assemblée nationale à M. Jean Léonetti aborde la question de la place de la sédation ;
- le constat de dérives dans certaines pratiques dans le recours à la sédation et l'utilisation de certains antalgiques, en l'absence de recommandations ;
- la pauvreté et la rareté des données de la littérature sur le sujet ;

La SFAP a décidé d'actualiser et d'élargir le questionnement sur la sédation à quatre domaines : la gériatrie, la pédiatrie dont la néonatalogie, le domicile et certaines situations qualifiées de complexes.

1 Définition du champ du travail

Le groupe de travail a volontairement distingué la sédation pour détresse en médecine palliative de l'analgésie, de l'anxiolyse et du traitement de l'insomnie. L'analgésie comme l'anxiolyse peuvent et doivent être obtenues par une prise en charge thérapeutique spécifique et adaptée après une évaluation de l'ensemble des phénomènes douloureux ou anxiogènes dont souffre le patient. L'insomnie est traitée par un somnifère adapté.

On entend par détresse, une situation d'inconfort majeur au cours de laquelle les manifestations cliniques de souffrances (physiques, psychiques ou existentielles) se manifestent de façon très importante et difficilement contrôlable (voire incontrôlable) par les thérapeutiques couramment utilisées. La phase terminale se caractérise par la défaillance des grandes fonctions vitales (cardio-vasculaire respiratoires et neurologiques) aboutissant en l'absence de réanimation au décès.

2 Méthode de travail

La méthode choisie est le consensus formalisé (CF) selon le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le choix de cette méthode est lié à la pauvreté de la littérature médicale sur le

sujet, d'une part, et à la dimension singulière et complexe des situations, source de controverse ou d'une hétérogénéité des pratiques, voire de dérives, d'autre part.

Le promoteur du CF est la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

Le groupe de pilotage (GP), coordonné par V. Blanchet et R. Aubry, a comporté trente-neuf personnes. Ce groupe a délimité les thèmes, synthétisé et analysé de manière critique les données bibliographiques disponibles. Il a rédigé l'argumentaire bibliographique et une première série de propositions de recommandations.

La recherche bibliographique a été effectuée sur la base Medline en utilisant les mots clés : « mercy killing », « terminal sedation », « palliative sedation », « midazolam », « propofol » pour la littérature internationale et avec le Centre de documentation et de recherche national François-Xavier Bagnoult (CDRN FXB) pour les articles francophones.

Une fiche de lecture a été établie pour chaque article (cf. encadré 1 ci-dessous). Les articles ont ensuite été sélectionnés selon leur intérêt (niveau de preuve et pertinence de l'article pour le sujet). Les articles retenus ont été triés selon les différents domaines du travail (pédiatrie, gériatrie, domicile, situations complexes, cas général) et distribués dans les sous-groupes de travail correspondants.

Encadré 1. Fiche de lecture

Auteur :

Lecteur :

Titre :

N°

Concerne :

- 1. Comment **définir** la sédation dans la pratique des soins palliatifs ?
- 2. Quelles sont les **indications** de la sédation en phase terminale ?
- 3. Quels **médicaments** utiliser pour la sédation en phase terminale ?
- 4. Quelles sont les **modalités pratiques** de la sédation en phase terminale ?
- 5. Quelles sont les **questions éthiques** associées à la pratique de la sédation en phase terminale ?

Concerne :

Pédiatrie

Gériatrie

Domicile

Situations limites

Cas général

Intérêt pour notre travail : de 0 à 4 (pas, un peu, moyen, fort, indispensable)

INTERET : (selon gradation HAS) : A : preuve scientifique établie B : présomption scientifique C : faible niveau de preuve.

Résumé :

Notes de lecture :

Constatant le nombre très faible d'articles dans la revue de la littérature, le sous-groupe « domicile » a réalisé une enquête sur la pratique de la sédation à domicile (voir annexe).

Un sous-groupe¹ a rédigé les propositions de recommandations, puis les a soumises au groupe de cotation. Il a ensuite intégré les remarques successives du groupe de cotation et du groupe de lecture.

Le groupe de cotation (GC) a été constitué par vingt-deux personnes² : un ou deux représentants désignés par le conseil d'administration des différentes sociétés savantes concernées par le sujet (SFAP, SFAR, SRLF, SF de néonatalogie, Groupe français de réanimation et urgence pédiatrique, SF de pédiatrie, SF de gériatrie et gérontologie, SF d'hématologie, SF de neurologie, S de néphrologie, S de pneumologie de langue française, SF de médecine physique et de réadaptation, GRASSPHO, SF de psycho-oncologie), ainsi que d'un représentant des usagers, un philosophe, un représentant du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le groupe de cotation (GC)³ a donné un avis sur les différentes propositions de recommandations en tenant compte du niveau de preuve disponible et de l'expérience pratique de ses membres. La phase de cotation s'est déroulée en 3 temps :

- une 1^{re} cotation individuelle des propositions de recommandations par chaque membre du groupe de cotation du 04 mars au 07 avril 2009 ;
- une réunion (le 07 Avril 2009) du GC a permis de discuter des résultats de la première cotation. Dix sept membres du GC étaient présents. A l'issue de cette réunion, sur les 82 propositions de recommandations initiales, 9 ont été supprimées, 16 ont eu un accord fort ; les autres ont fait l'objet d'une discussion. Cinq propositions ayant fait l'objet de cotations dispersées ont été particulièrement discutées par le GC, puis reformulées par le GP ; ces recommandations concernaient la mise en œuvre de la sédation à domicile, l'indication de la sédation lors de l'arrêt d'une nutrition-hydratation, le changement de classe pharmacologique en cas d'inefficacité du midazolam. Une nouvelle version des recommandations a été établie par le GP à l'issue de cette réunion tenant compte des remarques énoncées ;
- une 2^e cotation individuelle a été faite du 08 au 20 avril 2009 par chaque membre du GC de la deuxième version des recommandations. L'analyse des cotations a montré une médiane de 8,5 à 9 pour toutes les cotations, traduisant un accord professionnel fort.

Au terme de cette itération, une nouvelle formulation réalisée par le GP a été adressée au groupe de lecture (GL)⁴. Le GL a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations retenues, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité. Le GL a été rapproché, à la demande de la HAS, du groupe de travail de l'Afssaps des recommandations de bonne pratique sur « la prise en charge médicamenteuse de la douleur réfractaire chez l'adulte en soins palliatifs ».

Enfin, le texte des recommandations a été finalisé lors d'une réunion du groupe de pilotage (26 mai 2009).

¹ V. Blanchet, R. Aubry, P. Hubert, M-L Viillard, D. Leboul, S. Picard, E. Giffon, E. Renault Tessier, M-T Gatt, J-C. Fondras, S. Rameix, A. Sachet, M-P Hervy.

² D. D'hérouville, D. Mallet, B. Régnier, S. Beloucif, P. Betremieux, E. Ferrand, U. Simeoni, P. Desprez, R. Cremer, G. Leverger, P. Pfitzenmeyer, D. Jaulmes, J.Y Delatre, C. Dupré-Goudable, E. Orvoën-Frija, I. Fayolle-Minon, A. Prudhomme, M. Perrier, M. Derzelle, F. Ellien, N. Pelicier, P. Cressard, C. Deschamps.

³ A noter que trois personnes de la Société française de psychologie oncologie ont renseigné une seule cotation.

⁴ M. Salamagne, N. Michenot, B. Burucoa, R. Sebag-Lanoé, M Nectoux, G. Desfosses, F. Noel, V. Morel.

Recommandations

Les recommandations pour la bonne pratique de la sédation pour détresse en phase terminale et ses spécificités en gériatrie et au domicile ont été élaborées en réponse à quatre questions :

- Quelle est la définition de la sédation pour détresse ?
- Quelles sont les indications de la sédation ?
- Quels médicaments utiliser ?
- Quelles sont les modalités pratiques de la sédation ?

1 Comment définir la sédation ?

Si la définition de la sédation fait l'objet d'un consensus en anesthésie et en réanimation, il n'en est pas de même dans le champ de la médecine palliative.

1.1 La notion de sédation dans la littérature médicale

1.1.1 Terminologie

La terminologie dans la littérature est très variée (4, 5, 6). Deux revues générales récentes (7, 8) énumèrent de nombreux termes : sédation, sédation terminale, sédation palliative, sédation contrôlée, sédation totale, sédation pharmacologique complète, sédation profonde continue, sédation pour détresse terminale, sédation au stade terminal, traitement palliatif par sédation, sédation de répit. Une recension, utilisant une recherche par mots-clefs figurant dans le titre et les résumés d'articles parus en anglais entre 2002 et 2008, montre que les termes les plus souvent utilisés sont ceux de *terminal sedation*, *palliative sedation* et *sedation at the end of life*.

1.1.2 Définitions

On ne trouve pas de définition précise dans la littérature : la sédation est peut être définie par rapport à son application à diverses situations rencontrées, ou par rapport à la pharmacodynamique des médicaments, ou encore en réunissant des indications et des critères de décisions.

Un consensus semble se dessiner, tel celui proposé par des groupes internationaux d'experts : la sédation serait une « utilisation de traitements médicamenteux sédatifs afin de soulager une souffrance intolérable due à des symptômes réfractaires par une réduction de l'état de conscience du patient » (8, 9, 10).

1.2 Recommandations

La diversité des définitions retrouvées dans la littérature apporte plus de confusion que de clarification. Les termes de sédation palliative, de sédation terminale ne désignent pas les mêmes contextes selon les auteurs.

Il est recommandé :

- de ne pas qualifier le terme de sédation (sédation terminale ; sédation palliative ; sédation d'accompagnement, etc.) ;
- de contextualiser le terme de sédation : sédation dans la pratique des soins palliatifs, sédation en phase palliative ; sédation en phase terminale, etc.

Pour se faire, on peut se référer aux définitions des différentes phases d'évolution des maladies graves telles qu'elles sont décrites dans l'annexe de la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie :

- « Est dénommée **curative**, la phase durant laquelle les soins et les traitements sont délivrés avec un objectif de guérison et de qualité de vie.
- Est dénommée **palliative**, la phase durant laquelle les objectifs des soins et des traitements sont la prise en compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie, si l'obtention d'une réponse tumorale est encore possible malgré l'impossibilité d'une guérison.
- Est dénommée **terminale**, la phase durant laquelle le décès est inévitable et proche. L'objectif des soins et des traitements est alors uniquement centré sur la qualité de la vie ».

La définition retenue par le groupe réuni par la SFAP est présentée dans l'encadré 1.

Encadré 1. Définition de la sédation.

La sédation est 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.

La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue.

2 Quelles sont les indications de la sédation pour détresse ?

2.1 Analyse de la littérature médicale

On ne retrouve pas de situations clairement exposées comme indications de sédation en dehors de la survenue de symptômes réfractaires. Ceux-ci sont définis comme des « symptômes pour lesquels tous les traitements disponibles ont échoué, ou pour lesquels aucune autre méthode palliative n'est appropriée dans le délai requis ou dont le rapport bénéfique/risque n'est pas acceptable pour le patient » (12). Les symptômes réfractaires recensés dans la littérature donnant lieu à une indication de sédation en phase terminale sont :

- certaines douleurs, une détresse respiratoire, les états d'anxiété et d'angoisse, l'agitation (11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) ;
- les états confusionnels (délirium) (20, 21) ;
- les états de panique (22, 23, 24) ;
- les nausées et les vomissements, (11, 14, 16, 19) ;
- les myoclonies, les mouvements anormaux, les convulsions (11, 15, 19, 27) ;
- les troubles du sommeil (28) ;
- les hémorragies foudroyantes (21, 29, 30, 31, 32).

Cependant, les symptômes réfractaires les plus souvent cités dans les études prospectives ou rétrospectives sont la confusion mentale, l'agitation, la dyspnée, certaines douleurs, les nausées et vomissements (33, 34, 35, 36, 37).

2.2 Recommandations

Les situations dans lesquelles la question d'une sédation se pose sont exceptionnelles, singulières et complexes. Elles sont d'autant plus rares que l'évaluation et le traitement des

symptômes ont été mis en place de façon rigoureuse et précoce. Dans la pratique, deux catégories de situation se distinguent (encadré 2) :

- les situations à risque vital immédiat en phase terminale ;
- les symptômes réfractaires en phase terminale ou palliative.

Dans les situations à risque vital immédiat, la sédation a pour but de soulager la personne malade de la pénibilité et l'effroi générés par ces situations. En phase terminale, la sédation est alors un geste d'urgence pouvant influencer sur le moment de la mort (précipiter ou retarder). Le médecin prescripteur assume la responsabilité de cette décision avec la part d'incertitude qu'elle comporte. Dans la mesure du possible la prescription de la sédation doit être une prescription anticipée.

En phase palliative, les symptômes réfractaires peuvent parfois redevenir accessibles à des traitements après une sédation appliquée de façon intermittente ou transitoire. On constate que le fait d'avoir dormi quelques heures permet au malade un certain temps de répit au réveil, même si la cause du symptôme est toujours présente.

Encadré 2. Quelles sont les indications de la sédation ?

En phase terminale

- Les complications aiguës à risque vital immédiat constituent une indication de sédation.
- Les situations qui peuvent se compliquer d'un risque vital immédiat sont les hémorragies cataclysmiques, notamment extériorisées, de la sphère ORL, pulmonaire ou digestive et les détresses respiratoires asphyxiques (sensation de mort imminente par étouffement avec réaction de panique).
- Il est recommandé d'évaluer préalablement la probabilité de la survenue d'une telle complication.
- Il est recommandé de rédiger une prescription anticipée lorsque la probabilité de la survenue d'une telle complication est élevée.
- Les symptômes réfractaires constituent une indication de la sédation. C'est le caractère réfractaire et la pénibilité du symptôme pour la personne malade qui justifient la sédation. Il n'y a donc pas à établir une liste exhaustive de symptômes.
- Est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

En phase palliative

- Un symptôme réfractaire en phase palliative peut être une indication de sédation intermittente ou transitoire.

3 Quels sont les médicaments utilisés ?

3.1 Thérapeutiques médicamenteuses citées dans la littérature

La revue de la littérature concerne les médications prescrites et utilisées dans le but spécifique de provoquer une sédation (2,12). Il n'existe pas de consensus d'experts sur le choix des médicaments. Ce choix varie en fonction des habitudes professionnelles (38) et de la disponibilité dans l'établissement (7). La plupart des auteurs ou des groupes d'experts recommandent pourtant l'emploi de benzodiazépines et en particulier du midazolam (6, 8, 9, 10, 39).

Les autres médicaments à propriété sédative sont utiles dans certaines indications particulières, comme les neuroleptiques dans l'agitation et la confusion mentale, en association avec le midazolam (8). Les opiacés sont récusés pour des raisons

pharmacodynamiques et pour distinguer la sédation de l'antalgie (40). La morphine et ses dérivés ne sont pas des sédatifs, mais des analgésiques centraux. Leur utilisation au décours d'une sédation repose exclusivement sur une indication antalgique pour une douleur par excès de nociception. Pour les auteurs, les morphinomimétiques ne sont pas des agents sédatifs et ne permettent pas d'assurer une sédation en tant que telle. D'autres benzodiazépines, à demi-vie longue pourraient être utilisées lorsque la sédation est instaurée pour plusieurs jours de façon délibérément non réversible (41).

3.2 Recommandations

3.2.1 Un médicament de choix pour la sédation en phase terminale pour détresse : le midazolam

Le midazolam par :

- sa demi-vie courte (2 à 4 h) ;
- son effet sédatif dose-dépendant (20 à 60 minutes selon la posologie de 0,05 à 0,15 mg/kg) ;
- son caractère hydrosoluble permettant des voies d'administration variées ;
- ses caractéristiques communes aux benzodiazépines (anxiolytique, hypnotique, amnésiant et myorelaxant) ;

répond aux quatre critères d'exigence :

- maniabilité et réversibilité ;
- marge de sécurité thérapeutique ;
- facilité d'emploi ;
- moindre coût.

On fera une titration individuelle des doses nécessaires à l'induction et au maintien de la sédation pendant la phase terminale.

3.2.2 Autres médicaments

► Propofol

Médicament « idéal » en anesthésie, le propofol pose de nombreux problèmes d'utilisation dans le cadre des soins palliatifs :

- obligation d'un accès intraveineux, de préférence central, ;
- importance des volumes à administrer qui nécessite des manipulations fréquentes lors des perfusions continues ;
- dépression respiratoire (apnée à l'induction, de durée brève mais fortement allongée en cas de coprescription d'autres dépresseurs) et cardio-circulatoire (la chute de la pression artérielle varie de 16 à 30 %) ;
- le solvant lipidique du propofol constitue un milieu de culture favorable au développement des germes. Les solutions doivent être conservées un maximum de 12 heures après ouverture des ampoules ;
- le PRIS chez l'enfant lors de l'usage prolongé.

Son utilisation ne se conçoit que dans des mains expertes.

► Barbituriques

Les études qui rapportent l'emploi des barbituriques sont anciennes et comparent barbituriques aux benzodiazépines à longue durée d'action et à réversibilité aléatoire.

► Neuroleptiques

Si les neuroleptiques gardent probablement une indication spécifique pour les syndromes d'agitation terminale, ils se voient progressivement remplacés par les benzodiazépines,

surtout depuis l'avènement du midazolam. Cette perte de faveur s'explique par l'importance de leurs effets secondaires.

Les recommandations sont présentées dans l'encadré 3.

Encadré 3. Médicaments recommandés pour la sédation en phase terminale.

Le médicament de choix pour la sédation en phase terminale pour détresse est le midazolam.

Le midazolam est utilisable utilisable chez l'enfant, l'adulte, le sujet âgé, en institution et au domicile (via une rétrocession par une pharmacie hospitalière ou un service d'HAD).

En cas d'inefficacité du midazolam, il faut le remplacer par un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique : il n'est pas logique de prescrire une autre benzodiazépine.

4 Quelles sont les modalités pratiques de la sédation?

4.1 Analyse de la littérature

4.1.1 Conditions préalables

Avant toute décision de sédation, la plupart des auteurs insistent sur :

- la connaissance du stade évolutif de la maladie qui doit être documenté. L'utilisation d'index pronostiques est proposée (42). La sédation serait à réserver à des patients en phase avancée ou terminale de leur maladie, moment où la proximité de la mort rend prioritaire le seul traitement symptomatique (8, 35) ;
- la présence de symptômes ou situations « extrêmes » (43,44), « insupportables » (45), « dramatiques » (11,42) ou « réfractaires » (12). L'appel à un consultant en soins palliatifs ou, selon les cas, à un spécialiste de la douleur, est conseillé afin de vérifier le caractère réfractaire (35) ou, à défaut, le médecin qui a le plus d'expérience (32) ;
- l'expérience des équipes : plus la décision de « sédaté » un patient a semblé facile aux soignants, plus les équipes rapportent un nombre important de patients mis sous sédation dans l'année écoulée (11). Il faut donc insister sur la formation, la compétence en soins palliatifs des équipes soignantes (30), la possibilité de verbaliser le vécu soignant d'une sédation au sein de groupes de parole (43), en particulier pour les infirmières (45) ;
- la nécessité de clarifier les intentions de l'équipe (46).

La plupart des auteurs réservent la mise en œuvre d'une sédation profonde, maintenue jusqu'au décès aux patients dont la mort est attendue dans un bref délai, généralement de quelques heures à quelques jours (8). Dans les autres circonstances, une sédation intermittente ou temporaire est proposée, laissant le temps au symptôme de perdre son caractère réfractaire, soit grâce au succès d'un traitement spécifique (46), soit par une meilleure tolérance du patient après une période de sédation (35). Dans les cas de souffrance existentielle réfractaire et lorsque le décès n'est pas attendu de manière imminente, l'indication est celle d'une sédation temporaire, également appelée sédation de répit par certain (47).

4.1.2 Information et consentement

Envisager avec le patient les risques évolutifs éventuels de la maladie permet d'informer de la possibilité de sédation (13). La personne qui informe doit aborder la situation clinique, les alternatives thérapeutiques, les limites du soin et les risques encourus (16,42, 45), respectant ainsi le droit du patient à choisir parmi plusieurs options thérapeutiques (12). Une

enquête multicentrique internationale rapporte que 55 % des patients hospitalisés en unité de soins palliatifs sont impliqués dans la décision alors que 22 % ne le sont pas du tout (11). La loi française précise que le consentement et/ou les directives anticipées du patient doivent être recherchés. Dans le cas où le patient ne peut exprimer sa volonté, la personne de confiance ou à défaut les proches doivent être consultés (48). L'anticipation d'une sédation permet une information de la famille de meilleure qualité (43) et permet de s'assurer du niveau de leur compréhension (16). Dans le cas de patients ne pouvant décider pour eux-mêmes (43), c'est, au-delà de l'information, le consentement de la famille qui peut être recherché (42). Les familles privilégient le soulagement au prix d'une sédation bien plus fréquemment que ne le font les patients eux-mêmes (16).

4.1.3 Prise de décision

L'anticipation d'une sédation permet également d'en discuter en équipe (43). Un temps de clarification des intentions et des conflits dans l'équipe est nécessaire (42). L'implication des soignants dans la décision d'une sédation est majeure dans 88 % des cas (11). La conformité à la loi française impose une décision collégiale et que celle-ci, ses modalités de mise en œuvre et le projet de soins nouvellement défini soient inscrits dans le dossier du patient (48).

La nécessité d'une traçabilité de la demande du patient, des réflexions des uns et des autres est recommandée par certains auteurs (4).

4.1.4 Mise en œuvre de la sédation

La titration est privilégiée en première intention pour obtenir une sédation, avant de passer à une dose d'entretien (12). On ne peut définir une posologie moyenne de façon générale. La posologie pouvant varier dans un rapport de 1 à 10 selon le patient. La présence d'un médecin est recommandée lors de l'induction de la sédation (6). La voie intraveineuse ou la voie sous-cutanée peuvent être choisies indifféremment, la biodisponibilité du midazolam étant comparable dans les deux cas (49). Pour la surveillance de la sédation en phase terminale, seule l'échelle d'évaluation de Rudkin est citée (2, 50, 51). Les auteurs recommandent la poursuite des autres traitements de confort, nursing (43, 45). L'importance de l'environnement est soulignée pour les patients dont la vigilance est altérée : musique, lumières douces, silence (22). En cas d'aggravation, une réanimation cardio-respiratoire serait disproportionnée et inappropriée avec les objectifs du soin dans une situation de sédation (11). Un auteur recommande de continuer d'accompagner les proches durant la sédation (6).

La sédation doit être a priori réversible (42, 43, 11). Une sédation intermittente peut être proposée pour permettre aux familles et au patient lorsqu'il se réveille de comprendre d'une part le bien fondé de la sédation (souffrance ressurgissant au réveil) et d'autre part la technique de sédation au-delà des explications théoriques (42). Les décisions et l'évolution clinique pendant la sédation doivent être notées dans le dossier médical (16). Un auteur recommande de s'interroger sur la poursuite ou non des autres traitements concomitants (35).

A propos de l'arrêt ou du maintien de l'alimentation artificielle ou de l'hydratation, certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'une question différente de celle de la sédation. Il faut raisonner au cas par cas en tenant compte des souhaits du patient et de la situation globale, notamment de l'histoire naturelle de la maladie. Ils considèrent inutile de mettre en route une alimentation chez un patient qui ne mangeait déjà plus (7, 8, 9).

4.2 Recommandations

Les modalités pratiques d'une sédation pour détresse nécessitent de s'interroger sur les conditions préalables avant de la mettre en œuvre et d'en surveiller l'évolution.

4.2.1 Conditions préalables

Un certain nombre de questions sont à poser en préalable à la sédation. Ce questionnaire est la garantie d'une démarche cohérente entre la visée éthique et la mise en application de décision prise :

- 1° Quelle est la compétence de l'équipe ? (encadré 4)
- 2° Quelles sont les conditions nécessaires à la réalisation de la sédation dans certaines structures ? (encadré 4)
- 3° Comment la décision de sédation est-elle prise ? (encadré 5)
- 4° Quelle est l'information donnée sur la sédation à l'équipe ? (encadré 6)
- 5° Quelle est l'information donnée sur la sédation au patient ? (encadré 6)
- 6° Quelle est l'information donnée sur la sédation aux proches ? (encadré 6)
- 7° Quelles sont les modalités de la prescription ? (encadré 7)
- 8° Quelle est la place de l'entourage ? (encadré 8)

Le groupe de travail préconise un certain nombre d'attitude vis-à-vis de ces questions présentées dans les encadrés 4, 5, 6, 7 et 8.

Encadré 4. Compétences et conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une sédation.

1° Les équipes doivent avoir une compétence en soins palliatifs (expérience, formations) pour pratiquer une sédation. Si cette compétence n'est pas présente, il y a nécessité de faire appel à des personnes ressources (équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, réseau de soins palliatifs, USP, etc.).

2° Les conditions préalables suivantes sont nécessaires pour pouvoir réaliser une sédation dans certaines structures (EHPAD, etc.) et à domicile :

- personnel référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable ;
- disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicaments ;
- disponibilité du médecin pour faire des visites régulières ;
- possibilité d'un suivi infirmier régulier ;
- possibilité de contacter un médecin ou un infirmier à tout moment ;
- assentiment de l'entourage (famille, proches, auxiliaires de vie, etc.) et présence continue pour que la sédation ait lieu au domicile.

Si ces conditions ne sont pas remplies, la sédation ne doit pas être réalisée dans ces lieux. Un transfert en milieu hospitalier adapté doit être envisagé.

Encadré 5. Prise de décision.

La prise de décision d'une sédation fait suite à une procédure collégiale multidisciplinaire, intégrant le consentement du patient chaque fois qu'il est possible de le recueillir.

Lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la prise de décision d'une sédation fait suite à une procédure collégiale multidisciplinaire, prenant en compte ses éventuelles directives anticipées et/ou l'avis de la personne de confiance, ou, à défaut, de ses proches.

La concertation en équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour éclairer la décision médicale ; néanmoins, le consensus n'est pas une garantie, en soi, du bien fondé de la décision de sédation.

La tenue d'une réunion pour une procédure collégiale doit être possible quel que soit le lieu de soin (institution sanitaire, médico-sociale ou à domicile).

La décision de sédation doit être prise par le médecin en charge du patient, après, autant que possible, avis d'un médecin compétent en soins palliatifs.

Les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient.

Il est recommandé d'anticiper, autant que possible, les situations pouvant amener à la mise en œuvre d'une sédation.

Avant toute mise en œuvre d'une sédation prolongée, il est recommandé de discuter la poursuite de la ou des suppléances artificielles éventuelles (y compris de la nutrition et de l'hydratation).

Encadré 6. Information.

Le médecin responsable de la décision de sédation s'assure de la compréhension par l'ensemble de l'équipe des objectifs visés par les thérapeutiques mises en œuvre, les différenciant explicitement d'une pratique d'euthanasie.

Le patient doit être informé, avec tact et mesure, des objectifs, des modalités possibles, des conséquences et des risques de la sédation. L'information du patient doit être délivrée en tenant compte de ses handicaps sensoriels éventuels. L'information du patient doit être délivrée en tenant compte de ses capacités de compréhension (âge, troubles cognitifs, etc.).

Toutes ces recommandations, concernant l'information du patient, doivent être également respectées pour l'information des proches, dans les conditions prévues par la loi du 04 mars 2002 (la maladie est grave ; le patient n'a pas fait d'opposition ; l'information des proches est utile à la prise en charge du patient).

Encadré 7. Modalités de la prescription.

Le médecin responsable de la décision de sédation rédige la prescription.

Toute prescription anticipée de l'induction d'une sédation doit être personnalisée, nominative et réévaluée systématiquement.

Lorsqu'une prescription anticipée de sédation a été décidée lors d'une hospitalisation, si un transfert du patient est envisagé (à domicile ou dans une autre structure), les modalités de la prescription seront rediscutées avec le médecin devenant responsable de la prise en charge.

Encadré 8. Rôle de l'entourage.

A domicile, l'assentiment de l'entourage est recherché pour mettre en œuvre la sédation.

A domicile, le patient sédaté doit bénéficier d'une présence continue (proches, bénévoles, soignants, etc.).

L'entourage ne réalise pas les gestes techniques de la sédation.

4.2.2 Comment mettre en œuvre la sédation ?

Encadré 9. Choix du médicament et voie d'administration.

Le midazolam est utilisé en première intention⁵. La voie parentérale est recommandée. Le midazolam possède la même pharmacocinétique en intraveineux et en sous cutanée du fait de son hydrosolubilité.

En seconde intention, il est conseillé de s'entourer de la compétence d'un anesthésiste-réanimateur s'il est nécessaire d'utiliser des médicaments relevant de sa spécialité (propofol, barbituriques, gamma-OH).

Encadré 10. Réalisation de la prescription.

Quel que soit le lieu d'exercice, l'infirmière applique la prescription anticipée de sédation (protocole de soin personnalisé) :

- dans les situations à risque vital immédiat, elle applique la prescription et appelle ensuite le médecin qui est tenu de se déplacer ;
- dans les autres situations, elle appelle le médecin qui vérifie l'indication avec elle avant d'appliquer la prescription de sédation.

A domicile, comme dans toute autre structure, seul un infirmier ou un médecin peut réaliser l'induction et les réévaluations régulières.

L'administration du midazolam doit être débutée par une titration.

Encadré 11. Titration du midazolam.

Pour la titration chez l'adulte, le midazolam est préparé par une dilution dans du sérum physiologique pour obtenir une concentration de 1 mg/ml.

Chez l'adulte, la titration débute par une injection de 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée (voir ci-dessous tableau 1).

Chez le sujet très âgé ou fragilisé, la titration débute par une injection de 1 mg toutes les 5 à 6 minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée.

Il est recommandé de noter, dans le dossier du patient, la dose totale qui a été nécessaire pour induire la sédation.

⁵ En cas de détresse asphyxique les traitements symptomatiques de la dyspnée (morphinique etc.) sont associés.

Tableau 1. Échelle d'évaluation de la sédation selon le score de RUDKIN

Score	Niveau de sédation
1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère, (traction sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère

Encadré 12. En cas de sédation continue.

L'entretien d'une sédation continue est fait en injectant une dose horaire, en perfusion continue, égale à 50 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée, chez l'adulte.

Chez l'adulte, il est recommandé d'utiliser l'échelle de Rudkin modifiée pour évaluer la profondeur de la sédation.

Encadré 13. Evaluation de la sédation.

L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait, chez l'adulte, toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis au minimum 2 fois par jour.

L'adaptation de la posologie du médicament sédatif se fait selon les critères suivants :

- le degré de soulagement du patient ;
- la profondeur de la sédation par un score supérieur ou égal à 4 sur l'échelle de Rudkin chez l'adulte ;
- l'intensité des effets secondaires.

Encadré 14. Poursuite des mesures d'accompagnement.

Pendant toute la durée de la sédation, la surveillance clinique, les soins de confort (nursing, soins de bouche, etc.) et l'accompagnement de la personne malade doivent être maintenus.

Pendant toute la durée de la sédation, il est recommandé de réévaluer tous les autres traitements au regard de leur utilité.

Pendant toute la durée de la sédation, le soutien et l'accompagnement des proches doivent être poursuivis, voire renforcés.

En cas de sédation prolongée, le bien-fondé de son maintien au cours du temps doit être régulièrement questionné.

Il est recommandé, pendant toute la durée de la sédation, de maintenir une attention constante à la proportionnalité du traitement et à l'effet sédatif visé.

5 Conclusion

La sédation est une pratique médicale complexe à mettre en œuvre. Cette complexité concerne aussi bien les indications que l'évaluation. Pendant un coma pharmacologiquement induit le malade semble « apaisé » mais, que savons-nous alors de son vécu et/ou de son travail intrapsychique ? Le recours à la sédation prive le patient de ses capacités relationnelles et de son autonomie. Il est alors dans un état de totale dépendance vis-à-vis d'autrui et donc très vulnérable. Il y a donc un paradoxe majeur entre la sédation et le souci de maintenir une relation, condition essentielle de l'accompagnement.

Ces recommandations ne sont en aucun cas des protocoles de conduites éthiques. Elles visent à inscrire plutôt les pratiques soignantes dans un cadre de réflexion qui fait la part entre les droits du malade et ceux des soignants, entre les principes fondamentaux de la médecine palliative et accompagnante et ceux de la morale, de l'éthique, de la loi.

La sédation se situe dans une dynamique interpersonnelle entre les parties en présence, le sujet malade, son entourage et les soignants, pouvant révéler des conflits de valeurs au sein d'une équipe de soins, car elle concerne des situations frontières, provoquées par la proximité de la mort.

Références bibliographiques

1. Tzen-Pelard MC, Picard S, Lassaunière JM. Évaluation de la vigilance chez des patients cancéreux hospitalisés en unités de soins palliatifs. Étude longitudinale. *Méd. Palliat* 2007;6(6):315-20.
2. SFAP. La sédation pour détresse en phase terminale. *Med Palliat* 2002;1:9-14.
3. HAS. Guide méthodologique pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Novembre 2005, Paris 37pp.
4. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med*. 2003;6(3):345-50.
5. Guido Miccinesi et al. Continuous deep sedation: physicians' experiences in 6 european countries. *JPSM* 2006;31(2).
6. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands *J Pain Symptom Manage*. 2007 Dec ;34(6):666-70.
7. Rousseau P. Palliative sedation in the management of refractory symptoms *J Support Oncol* 2004;2(2):181-6.
8. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last week of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10(1):67-85.
9. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckeaert B, Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008;36(3):310-33.
10. Task Force España 2005. Sedación en cuidados paliativos : guide médical de la société espagnole de soins palliatifs. Site internet de la SECPAL <http://www.secpal.com>
11. Chater S, Viola R, & coll. Sedation for the intractable distress in the dying: a survey of experts. *Palliative Medicine* 1998;12:255-69.
12. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8.
13. Fainsinger RL. Use of sedation by a hospital palliative care support team. *J Palliat Care* 1998;14(1):51-4.
14. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14(4):257-65.
15. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 1990;6(4):7-15.
16. Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996;12(1):32-8.
17. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death? *J Palliat Care* 1999;15(3):20-3.
18. Richard MS. Faire dormir les malades. *Cahiers Laennec* 1993;41(5):2-7.
19. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997;11(2):140-4.
20. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ, Jr. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist* 2000;5(1):53-62.
21. Bottomley DM, Hanks GW. Subcutaneous midazolam infusion in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1990;5(4):259-61.
22. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment: recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997;336(9):652-7.
23. Burke AL, Diamond PL, Hulbert J, Yeatman J, Farr EA. Terminal restlessness: its management and the role of midazolam. *Med J Aust* 1991;155(7):485-7.
24. Durbin CG, Jr. Sedation of the agitated, critically ill patient without an artificial airway. *Crit Care Clin* 1995;11(4):913-36.
25. Bruera E, Chadwick S, Weinlick A, MacDonald N. Delirium and severe sedation in patients with terminal cancer. *Cancer Treat Rep* 1987;71(7-8):787-8.
26. Stieffel F, Fainsinger RL, Bruera E. Acute confusionnal states in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1992;7(2):94-8.
27. Dunlop RJ. Is terminal restlessness something drug-induced? *Palliative Medicine*

- 1989;3(1):65-6.
28. Treggiari-Venzi M, Borgeat A, Fuchs-Buder T, Gachoud JP, Suter PM. Overnight sedation with midazolam or propofol in the ICU: effects on sleep quality, anxiety and depression. *Intensive Care Med* 1996;22(11):1186-90.
29. Oneschuk D. Subcutaneous midazolam for acute hemorrhage in patients with advanced cancer. *Can Fam Physician* 1998;44:1461-2.
30. Quill TE, Lee BC, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel. *Ann Intern Med* 2000;132(6):488-93.
31. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990;5(2):83-93.
32. Müller-Busch HC. Sedation in palliative care - a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*, 2003;2:2.
33. Cameron D. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. *S Afr Med*, 2004;94:445-9.
34. Rietjens JA. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation, 2008 *J Pain Symp Manage* 2008;36:228-34.
35. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method *J Palliat Med* 2005;8:716-29.
36. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symp Manag* 2004;28:445-50.
37. Levy MH. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. *Semin Oncol* 2005;32:237-46
38. Davis MP, Ford PA. *J Palliat Med*. 2005;8(4):699-701; author reply 702-3).
39. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy *Support Care Cancer*. 2004;12(12):885-9.
40. Reuzel RP. *Palliat Med*. 2008;22:641-6.
41. Morita T. Correlation of the dose of midazolam for symptom control with administration periods: the possibility of tolerance. *J Pain and Symptom Management* 2003;25:369-75.).
42. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hosp Palliat Care* 2000;17(3):189-95.
43. Girardier J, Beal JL, Alavoine V. Les situations extrêmes en soins palliatifs. *Info Kara* 1995;38:35-45.
44. Blanchet. Situations extrêmes, symptôme incontrôlables et place de la sédation. In *Soins Palliatifs réflexions et pratiques*. Editions Formation et Développement. 3^e édition. 2004. pp222.
45. Burucoa B, Delzor M, & coll. Pour une sédation vigile non euthanasique : midazolam et methotrimeprazine, alternatives à l'euthanasie. *Info Kara* 1996;43:21-30.
46. Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996;12(1):32-8.
47. Rousseau Existential distress and palliative sedation *Anesth Analg* 2005 ;101 :611-2
48. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.
49. Pecking M, Marquet P, Wodey E, Homery MC. Biodisponibilité absolue du midazolam après administration sous cutanée à des volontaires sains. *Med Pal* 2003;2:189-95.
50. Rudkin GE, Osborne GA, Finn BP, Jarvis DA, Vickers D. Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with patient-controlled midazolam. *Anaesthesia* 1992;47(5):376-81.
51. Picard S. Comparaison du score de l'échelle de Rudkin et de l'échelle de Glasgow. *Med Pal*. 2005;4:285-8

Participants

Sociétés savantes et associations de patients

Les sociétés savantes et associations de patients suivantes ont été associées à l'élaboration de ces recommandations :

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)

Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR),

Société de réanimation de langue française (SRLF)

Société française de néonatalogie

Société française de pédiatrie (SFP)

Groupe français de réanimation et urgence pédiatrique

Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)

Société française d'hématologie (SFH)

Société française de neurologie (SFN)

Société de néphrologie

Société de pneumologie de langue française (SPLF)

Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

Groupe de réflexion sur l'accompagnement des soignants et les soins de support pour les patients en hématologie (GRASSPHO)

Société française de psycho-oncologie

Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Groupe de pilotage

Coordonnateurs

Dr Régis AUBRY, médecin de soins palliatifs, CHU de Besançon, Besançon

Dr Véronique BLANCHET*, algologue, médecin de soins palliatifs, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Participants

Dr Jean-Louis CHABERNAUD, pédiatre, réanimation néonatale et SMUR, Hôpital Antoine Béclère, Clamart

Dr Pierre CANOUI, pédopsychiatre, Hôpital Necker, Paris

Dr Alain de BROCA, neuropédiatre, philosophe, CHU, Amiens

Dr Bernard DEVALOIS, médecin de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, CHG, Puteaux

Dr Jean-Claude FONDRAS*, éthique médicale, UFR de médecine, Tours

Mme Florence GALLET, infirmière, réseau de soins palliatifs, Clichy-La Garenne

Dr Marie-Thérèse GATT*+, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Avicenne, Bobigny

M. Étienne GARAND, psychologue, équipe mobile de soins palliatifs, Gonesse

Dr Elisabeth GIFFON*+, pneumologue, médecin de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs, Bagnols-sur-Cèze

Dr Sophie GROSIER, neurologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

M-P HERVY*

Pr Philippe HUBERT**+, réanimateur pédiatrique, Hôpital Necker, Paris

Mme Frédérique LACOUR, cadre de santé, réseau de soins palliatifs, Bayeux

Dr Jean-Michel LASSAUNIÈRE, médecin de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, Hôtel-Dieu, Paris

Mme Danièle LÉBOUL*, MCF sciences humaines, UFR de médecine, Brest

Dr Michèle LEVY-SOUSSAN, médecin de soins palliatifs, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Joséphine LOTETEK, Hospitalisation à domicile, Chatou

- Rédacteurs des questions soumises au groupe de cotation

+ Groupe chargé de la recherche bibliographique

Mme Odile MAROT, infirmière, Hospitalisation à domicile (Santé Service), Montreuil-sous-Bois
Dr Marie-Josée MASANES⁺, pneumologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris
Mme Wahiba MAZOUZ, infirmière, unité de soins palliatifs, Hôpital Necker, Paris
Dr Nathalie NISENBAUM, médecin généraliste, réseau de soins palliatifs, Saint-Denis
Dr Sophie PARAT, pédiatre, néonatalogie, Hôpital Necker, Paris
Dr Bernard PATERNOSTRE⁺, gériatre, CHU, Bordeaux
Dr Stéphane PICARD⁺⁺, médecin de soins palliatifs, CH Diaconesses-Croix Saint-Simon, Paris
Mme Nicole POREE, psychologue, unité de soins palliatifs, CHU, Rennes
Pr Louis PUYBASSET, anesthésiste-réanimateur, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr Claudine RAMEAUX, médecin de soins palliatifs, réseau de soins palliatifs, Saint-Denis
Mme Suzanne RAMEIX⁺, philosophe, éthique médicale, Université Paris XII, Créteil
Dr Évelyne RENAULT-TESSIER^{*}, médecin généraliste, réseau de soins palliatifs, Paris
Mme Lucille ROLLAND-PEGUE, psychologue, réseau de soins palliatifs, Clichy-La Garenne
A. SACHET^{*}
Dr Agnès SUC, pédiatre, médecin de soins palliatifs, CHU, Toulouse
M. Patrick THOMINET, cadre de santé, unité de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, Villejuif
Dr Dominique VARIN, médecin généraliste, Triel sur Seine
Dr Marcel-Louis VIALLARD⁺⁺, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Necker, Paris
Dr Chantal WOOD, pédiatre, algologue, Hôpital Robert Debré, Paris

Groupe de cotation

Dr Sadek BELOUCIF, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Avicenne, Bobigny
Dr Pierre BETREMIEUX, réanimateur néonatalogiste et pédiatrique, CHU, Rennes
Dr Robin CREMER, réanimateur pédiatrique, Hôpital Jeanne-de-Flandre, Lille
Dr Pierrick CRESSARD, psychiatre, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins, Saint-Denis-en-Val
Dr Daniel d'HEROUVILLE, médecin de soins palliatifs, Maison médicale Jeanne-Garnier, Paris
Pr Jean-Yves DELATTRE, neurologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
Mme Martine DERZELLE, psychologue, psychanalyste, CLCC Institut Jean-Godinot, Reims
Mme Catherine DESCHAMPS, Collectif interassociatif sur la santé (CISS)
Dr P. DESPREZ
Dr Catherine DUPRE-GOUDABLE, néphrologue, CHU, Toulouse
Dr F. ELLIEN
Dr Isabelle FAYOLLE-MINON, médecin de médecine physique et réadaptation, CHU, Saint-Étienne
Dr Édouard FERRAND, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Tenon, Paris
Dr Dominique JAULMES, hémobiologiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris
Pr Guy LEVERGER, pédiatre, hémato-oncologue, Hôpital Trousseau, Paris
Dr Donatien MALLET, médecin de soins palliatifs, CHU, Tours
Dr Élisabeth ORVOËN-FRIJA, pneumologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr N. PELICIER
Mme Corine PELLUCHON, philosophe, Université de Poitiers, Poitiers
Dr Michel PERRIER, médecin de soins palliatifs, CHU, Tours
Pr Pierre PFITZENMEYER, gériatre, CHU, Dijon
Dr Anne PRUDHOMME, pneumologue, CH, Tarbes
Pr Bernard REGNIER, réanimateur médical, Hôpital Bichat, Paris
Pr Umberto SIMEONI, néonatalogiste, CHU, Marseille

Groupe de lecture

Dr Benoît BURUCOA, médecin de soins palliatifs, CHU, Bordeaux
Dr Gilbert DESFOSES, médecin de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, CH Diaconesses, Paris
Dr Nathalie MICHENOT, médecin généraliste, équipe mobile de soins palliatifs, La Chataîneraie
Dr Vincent MOREL, pneumologue, médecin de soins palliatifs, CHU, Rennes
Mme Martine NECTOUX, infirmière, équipe mobile douleur et soins palliatifs, réseau gérontologique, Paris

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes :
recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie

Pr Frédérique NOËL, médecin généraliste, Paris

Dr Michèle SALAMAGNE, médecin de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Dr Renée SEBAG-LANOE, gérontologue, médecin de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, Villejuif