

**POSITION SUR LA PRATIQUE DE LA SÉDATION PALLIATIVE**

**INTRODUCTION**

Le développement des soins palliatifs durant les 50 dernières années a permis d'optimiser le soulagement de la souffrance sous toutes ses formes, ce qui peut inclure le recours à la sédation palliative. Cette pratique soulève certains questionnements éthiques, notamment à cause d'une confusion possible avec l'euthanasie. Toutefois, ce ne sont pas les formes transitoires de sédation qui créent problème, mais plutôt les formes prolongées de sédation durant plusieurs jours, particulièrement quand le patient est maintenu en sédation jusqu'à son décès.

Il existe de grandes disparités dans les pratiques de sédation palliative en fin de vie. Cela peut refléter un problème de terminologie, puisqu'il existe une multitude de définitions de la sédation palliative. Mais cela démontre aussi un manque probable de rigueur dans les indications, les dosages, les processus de décision, le consentement, etc., même s'il existe maintenant des lignes directrices pour encadrer cette pratique.

À la lumière de ce débat, il y a lieu de revoir la position sur la sédation palliative, adoptée en juin 2000 par le comité d'éthique de la Maison Michel-Sarrazin<sup>1</sup>. Les objectifs du présent document sont de bien définir les termes, de clarifier les enjeux éthiques et de déterminer les modalités d'encadrement de la sédation palliative à la Maison Michel-Sarrazin, pour que cette pratique demeure acceptable sur le plan éthique.

**CONTEXTE CLINIQUE**

À la Maison Michel-Sarrazin, les patients sont admis à la phase terminale de leur maladie. Le but des soins palliatifs vise à assurer une plus grande qualité de vie au malade pour qui la guérison n'est plus possible et, dans la mesure du possible, à permettre une mort paisible. L'étape du mourir s'inscrit dans la trajectoire de vie d'une personne tout comme l'a été le moment de sa naissance.

L'accent des soins porte sur le soulagement de la souffrance (physique, psychologique, spirituelle, etc.) ainsi que sur l'accompagnement à la fois du malade et de ses proches. L'intention n'est ni de prolonger la vie, ni d'accélérer le mourir. En ce sens, le recours à l'euthanasie est exclu.

En soins palliatifs, il existe plusieurs situations cliniques de souffrance ou de détresse où une forme de sédation peut être pratiquée. Il arrive même que la sédation ne soit pas le premier effet recherché, par exemple dans l'utilisation de la scopolamine pour réduire l'embarras bronchique, qui entraîne également un effet secondaire fortement sédatif.

En toute fin de vie, dans quelques rares situations, des malades ne pourront atteindre le degré de soulagement recherché. En effet, il peut arriver que certains symptômes ne puissent être contrôlés, en dépit des nombreuses ressources thérapeutiques accessibles dans l'univers des soins palliatifs. Ces symptômes...dits...réfractaires sont de nature physique ou psychologique, ont un effet intolérable sur le bien-être du malade, augmentent en intensité à mesure que le décès approche et compromettent significativement la possibilité d'une mort paisible. Ils ne peuvent être traités adéquatement sans altérer l'état de conscience de la personne malade. Dans ces rares circonstances, une sédation prolongée médicalement induite peut représenter l'intervention la plus appropriée. En d'autres mots, le seul moyen d'atteindre un état de confort consiste alors à plonger médicalement le malade dans un sommeil prolongé à l'aide de moyens pharmacologiques.

### DÉFINITIONS

Il existe un sérieux problème sémantique lorsqu'il s'agit de comparer les différentes pratiques de sédation en soins palliatifs, à cause d'un enjeu de terminologie et de définition. La littérature scientifique abonde de termes divers : sédation, sédation palliative, sédation terminale, sédation continue, sédation profonde, sédation profonde continue, sédation totale, sédation intermittente, sédation de répit, sédation pour détresse terminale, sédation urgente, sommeil pharmacologique... On comprendra aisément que tant de variété peut être source d'autant d'ambiguïté.

Nous préconisons, comme bien des experts et des associations de soins palliatifs, l'utilisation de l'expression « sédation palliative » plutôt que « sédation terminale ». Celle-ci est apparue pour la première fois en 1991 dans la littérature médicale<sup>2</sup>. Avec le temps, l'expression a perdu de sa pertinence parce que l'adjectif « terminal », désignant la condition du patient (en phase terminale) auquel on administre une sédation palliative a glissé, au point où « terminal » peut laisser sous-entendre un geste volontaire mettant un terme à la vie de ce patient. Remplacer « terminale » par « palliative », en parlant de sédation, permet donc d'éviter l'équivoque.

Pour les fins de la présente position, la « sédation palliative » est définie comme l'administration d'une médication sédatrice, selon des combinaisons et dosages requis pour réduire l'état de conscience d'un patient en phase terminale, en proportion suffisante pour soulager adéquatement un ou plusieurs symptômes réfractaires<sup>3</sup>. Ces symptômes réfractaires sont des symptômes qui ne peuvent être contrôlés malgré diverses tentatives infructueuses de soulagement, avec les moyens médicaux connus, sans amener le patient dans un état d'inconscience<sup>4</sup>.

La « sédation palliative intermittente » est administrée pendant plusieurs heures ou quelques jours, avec alternance de périodes d'éveil et de sommeil, tandis que la « sédation palliative continue » est administrée sans période d'éveil jusqu'au décès.

### **DISTINCTIONS AVEC LE PROTOCOLE DE DÉTRESSE**

À la Maison Michel-Sarrazin et un peu partout au Québec, la sédation transitoire utilisée en situation d'urgence est communément appelée « protocole de détresse », tandis que dans différents pays, on parle de « sédation urgente ». Cette forme de sédation urgente mérite une attention particulière, puisqu'elle survient souvent quand un décès est imminent.

Lorsque survient une complication dramatique, comme une détresse respiratoire aiguë ou une hémorragie massive causée par la maladie, le patient qui se sent ainsi littéralement « mourir » par asphyxie ou au bout de son sang vit une grande panique, qu'il est humainement justifié de soulager rapidement par une sédation de courte durée. De plus, les effets de cette panique sur sa respiration, son rythme cardiaque ou sa pression artérielle peuvent aggraver ou accélérer la complication et précipiter son décès, tandis que le fait de l'endormir rapidement peut, dans certaines situations, lui permettre de survivre à cette complication majeure.

Le protocole de détresse est une combinaison de médicaments qui vise à assoupir le malade pour réduire sa détresse, tout en lui permettant de récupérer si cela est possible de cette complication. Cette sédation dure environ quatre heures. Cela ne le fait pas mourir, c'est la complication de cette maladie, par sa sévérité, qui est la cause du décès. Les résultats d'une recherche rétrospective menée à la Maison Michel-Sarrazin, sur 159 cas, démontrent que seulement 33 % des patients sont décédés moins de 4 heures après l'injection du protocole de détresse. De plus, il n'y avait aucune différence statistique dans les durées de survie des patients ayant reçu le protocole de détresse, comparées aux durées de survie des patients n'ayant pas reçu de protocole de détresse<sup>5</sup>.

### **DISTINCTIONS AVEC L'EUTHANASIE**

L'intention poursuivie et les notions de proportionnalité et de réversibilité sont les principaux éléments qui permettent de bien distinguer la vraie sédation palliative continue de l'euthanasie. L'euthanasie fait appel à des doses médicamenteuses d'emblée mortelles et elle n'est pas réversible. Par contre, lorsqu'une sédation palliative continue est pratiquée avec rigueur, la médication administrée vise à assurer un niveau d'inconscience juste suffisant pour assurer le confort du malade. C'est la maladie sous-jacente continuant d'évoluer pendant la sédation qui entraîne le décès, pas la sédation elle-même. Toute escalade dans les dosages pharmacologiques est donc exclue, si elle n'est pas justifiée au regard du confort du malade mis sous sédation. C'est pourquoi la sédation palliative continue est une pratique acceptable sur le plan éthique, puisque l'objectif poursuivi est le soulagement de la souffrance, non le fait d'abrégé la vie comme dans l'euthanasie. C'est aussi une pratique réversible que l'on peut interrompre, ce qui n'est pas le cas pour l'euthanasie.

La sédation palliative continue entraîne une altération de la conscience du malade et l'absence d'interactions avec ses proches, car elle provoque un sommeil de quelques heures à quelques jours chez un malade à qui on veut éviter un état de souffrance intolérable. Le bénéfice recherché surpasse le préjudice qui l'accompagne, soit cette perte des interactions avec l'entourage.

Il est faux de prétendre que la sédation palliative continue et l'euthanasie sont deux pratiques identiques, en se basant sur le seul fait qu'il n'y a plus ces interactions avec les proches et les soignants. N'oublions pas que dans l'agonie, un grand nombre de mourants entrent dans un état stuporeux, plus ou moins conscient, où les interactions sont très limitées, voire inexistantes. La durée de cette phase, qui annonce le décès imminent, est très variable, de quelques heures à quelques jours. La présence et l'accompagnement des proches demeurent fortement encouragés durant cette agonie. Il est démontré que le mourant dans cet état peut encore avoir une certaine conscience des sons, des présences à son chevet. Les proches utilisent d'autres moyens d'entrer en connexion avec le mourant : ils le touchent, lui parlent, font jouer une musique qui leur rappelle des souvenirs mémorables...

Ces instants sont-ils bénéfiques au mourant? Lui permettent-ils, dans ce qui lui reste de conscience, de ne pas se sentir abandonné, ou de se préparer à cette étape ultime? Nul ne le sait, c'est un mystère. Toutefois, nous savons que pour les proches, le fait de vivre ces moments de contact, même sans réciprocité apparente, peut leur être extrêmement bénéfique dans le déroulement de leur deuil qui s'amorce et, dans la mémoire qu'ils conserveront du défunt et de ces instants privilégiés passés à son chevet, jusqu'au bout. Car le lent travail de détachement débute bien avant la mort. C'est un phénomène humain plurimillénaire.

Au moment où débute une sédation palliative continue, le malade est très proche de sa phase d'agonie. Ce que vivent la famille et l'équipe, dans cette perte des interactions, ressemble donc à l'agonie normale, souvent avec les mêmes signes cliniques et avec la présence de mouvements subtils, comme des clignements de cils ou certains réflexes. Car la sédation palliative continue n'est généralement pas profonde au point de faire disparaître tout mouvement du mourant, comme le ferait une anesthésie générale. L'euthanasie par contre, non seulement abolit l'agonie, qui fait partie du processus normal du mourir, mais elle interrompt abruptement la vie et les relations avec les proches, bien avant cette étape ultime, privant ainsi le malade et ses proches d'une présence et de moments qui auraient pu s'avérer très précieux, jusqu'à la fin.

#### **EFFETS DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE SUR LA SURVIE**

La sédation continue peut provoquer des complications imprévues. Occasionnellement, il pourrait y avoir une incidence sur la durée de vie du patient sous sédation, particulièrement dans les situations exceptionnelles où les dosages requis pour assurer le confort du patient sont plus élevés. Mais cette situation n'est jamais le fait d'un acte euthanasique. Il n'y a pas volonté d'interrompre la vie. Si la preuve était faite que la dose sédative a eu une incidence sur l'abrègement d'une vie, il faudrait y voir un effet non désiré prenant en compte les limites du savoir médical et de la variabilité plus ou moins prévisible des réactions individuelles à un même dosage.

La sédation palliative continue entraîne l'arrêt de l'alimentation et surtout de l'hydratation, ce qui pourrait abrèger la vie d'un malade avec un long pronostic de survie. En effet, il est communément admis en médecine que la capacité de survie d'un être humain malade diminue rapidement au-delà d'une semaine sans hydratation. La

possibilité de maintenir une hydratation artificielle (solutés), pendant une sédation continue qui serait prolongée, est peu recommandable, à cause des complications de surcharge de liquides en fin de vie. C'est pourquoi la sédation palliative continue ne doit être administrée qu'à une personne malade en phase terminale dont la mort est imminente, c'est-à-dire dont le pronostic de survie est très court, ce qui n'abrège pas sa vie, à moins de complication.

Il faut donc bien définir cette notion de « mort imminente », pour que la sédation palliative continue demeure éthiquement acceptable. La plupart des guides dans la littérature définissent cette période en heures ou en jours jusqu'à une semaine avant le décès, certains allant jusqu'à deux semaines.

Diverses publications démontrent que la sédation palliative continue administrée à des patients avec un pronostic très court n'accélère pas le décès<sup>6,7,8</sup>. Une autre étude n'a montré aucune différence entre la durée de survie de patients en phase terminale de cancer ayant reçu une sédation palliative et d'autres n'en ayant pas reçu<sup>9</sup>. Une excellente revue de littérature semble démontrer, selon les études qui y sont recensées, que la survie moyenne après le début d'une sédation palliative continue oscille entre un et six jours<sup>10</sup>.

#### ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

La pratique de la sédation palliative continue doit être bien balisée par des lignes directrices et des protocoles rigoureux. De telles lignes directrices ont justement été publiées ou mises à jour récemment par des associations professionnelles ou nationales crédibles<sup>11,12,13</sup>, et nous nous en inspirons pour déterminer les conditions qui rendent acceptable sur le plan éthique la pratique de la sédation palliative continue à la Maison Michel-Sarrazin.

#### **Indications et fréquence d'utilisation**

Le recours à la sédation palliative continue demeure une pratique d'exception, quand tous les autres traitements usuels ont échoué. C'est sur la notion de symptômes réfractaires, physiques ou psychologiques, que repose l'indication d'utiliser la sédation palliative continue ou intermittente. Or, il semble, selon une revue de littérature<sup>14</sup>, qu'il soit plus difficile de définir le caractère réfractaire de la souffrance psychologique, ce qui mérite des considérations spéciales, énoncées plus loin.

Le pronostic de survie du malade doit être court, ne dépassant généralement pas une semaine. Selon l'expérience des dernières années à la Maison Michel-Sarrazin, rares sont les patients qui auraient pu avoir besoin d'une sédation palliative continue plus d'une semaine avant leur décès. Pour les cas de pronostic plus long, la sédation intermittente peut être une option de rechange.

#### **Consentement**

Le consentement à une sédation palliative continue doit être donné par la personne malade afin d'honorer le respect de son autonomie. Le consentement implique que les effets indésirables sont expliqués et que le malade reçoit l'assurance que les

autres soins de confort seront maintenus pendant la sédation. Il est aussi préférable, lorsque c'est possible, d'obtenir l'accord des proches significatifs. Qu'ils aient participé ou non à la décision de sédation, les proches présents doivent recevoir des explications appropriées de l'équipe soignante, avant le début de la sédation.

En cas d'inaptitude, le consentement substitué est donné par un des proches, selon les dispositions prévues au Code civil du Québec, dans son meilleur intérêt et dans le respect des volontés qu'il a exprimées avant son inaptitude. Un consensus familial est également souhaitable dans les situations d'inaptitude.

### **Processus de décision**

*de décision*  
La décision d'induire une sédation palliative continue doit s'appuyer sur un processus interdisciplinaire aboutissant à un consensus d'équipe. Cette équipe est en général composée du médecin, de l'infirmière, de la pharmacienne, du travailleur social, de l'animateur de pastorale, de la coordonnatrice des bénévoles aux soins ou d'un bénévole aux soins. Lors de sédation palliative continue amorcée en urgence, en dehors des heures ouvrables, la composition sera moindre, en fonction des personnes disponibles sur place.

Diverses considérations doivent être étudiées comme, par exemple, le pronostic de la maladie, le type de souffrance ressentie, les essais antérieurs visant à soulager les symptômes réfractaires, physiques ou psychologiques, le caractère intermittent ou continu et la durée de la sédation, etc. Il est important aussi pour les soignants de distinguer la perception des patients de celle de leurs proches, et même de leur propre perception, à propos du caractère intolérable des symptômes réfractaires, particulièrement dans les cas où c'est la perte de sens qui est la cause majeure d'une souffrance psychologique. ?

### **Modalités d'administration**

La sédation palliative continue est une pratique complexe dont l'efficacité exige un ajustement de la posologie médicamenteuse en fonction de la condition individuelle de chaque malade. Cette pratique peut parfois aussi générer des complications médicales sérieuses. Même si le processus de décision doit être interdisciplinaire, c'est le médecin qui assume la responsabilité de la prescription et du suivi médical d'une sédation palliative. Il est important que le choix de la médication, du dosage et du mode d'administration corresponde aux données probantes de la littérature scientifique à cet égard, selon des lignes directrices révisées régulièrement. C'est au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qu'il revient d'élaborer ces lignes directrices médicales et pharmacologiques.

### **Soutien aux proches et à l'équipe**

La présence et l'accompagnement des proches demeurent fortement encouragés durant la sédation palliative continue. Comme déjà mentionné, cette présence peut leur être extrêmement bénéfique dans l'amorce de leur deuil et, dans la mémoire qu'ils conserveront de cette phase d'agonie devenue paisible, parce que les souffrances intolérables du malade auront cessé.

Une fois la sédation débutée, les proches peuvent éprouver divers malaises ou une perte de sens dans leur accompagnement, notamment à cause de l'absence d'échanges avec le malade ou lorsque la fin de vie se prolonge au-delà de la durée habituelle d'agonie. Ils doivent donc recevoir un soutien approprié de l'équipe interdisciplinaire. Les soignants peuvent eux aussi vivre des inconforts dans certaines situations de sédation, et ils doivent pouvoir trouver un espace de parole dans le processus de discussion interdisciplinaire ou les groupes de soutien.

### **Sédation palliative et détresse psychologique**

L'utilisation de la sédation palliative continue dans des situations exclusives de détresse psychologique, sans présence de symptômes physiques réfractaires, est une pratique qui suscite plus de questionnement éthique et qui ne fait pas consensus.

Plusieurs auteurs distinguent la détresse psychologique de la détresse existentielle, qui est plus difficile à définir, mais qu'ils assimilent soit à un désespoir immense, soit à une grande perte de sens du malade envers la vie qui lui reste, soit à des angoisses d'ordre spirituel ou religieux. D'autres terminologies sont également utilisées : souffrance ou détresse spirituelle, psychique, psychosociale, etc. Pour les fins de la présente position, l'expression « détresse psychologique » désigne tous ces concepts, sans distinction.

La détresse psychologique diffère des symptômes physiques réfractaires pour quatre raisons :

- il est difficile de définir le caractère réfractaire de la détresse psychologique;
- il existe une variabilité dynamique de ces symptômes dans le temps et on a observé une capacité d'adaptation et de résilience chez divers patients;
- il y a moins d'effets secondaires des traitements conventionnels des symptômes psychologiques, comparés aux traitements conventionnels des douleurs physiques;
- la présence de symptômes psychologiques réfractaires n'est pas nécessairement proportionnelle à un niveau avancé de dégradation physiologique, donc on serait plus loin dans le temps du décès appréhendé<sup>15</sup>.

Selon notre expérience jusqu'à ce jour à la Maison Michel-Sarrazin, on ne pratique pas de sédation palliative continue pour le seul motif de détresse psychologique, ce symptôme se trouvant toujours en combinaison avec d'autres symptômes physiques réfractaires survenant quelques jours avant le décès appréhendé. Il nous faut néanmoins adopter des lignes directrices précises si une telle situation devait survenir. Nous retenons celles édictées par l'Association européenne de soins palliatifs (EAPC)<sup>16</sup>.

Avant de conclure que la sédation pourrait être une solution acceptable et proportionnelle à la situation, il faut que le processus de décision interdisciplinaire inclue diverses évaluations professionnelles, dont la dimension psychologique et la dimension spirituelle, en respect des convictions religieuses du malade. Un premier

essai de sédation ne devrait alors être fait que sur une base intermittente, pour une durée prédéterminée (de quelques heures à quelques jours). On observe en pratique que le fait d'avoir dormi de façon prolongée permet souvent au patient un certain répit et un allègement de sa souffrance, même si les facteurs ayant causé la détresse sont toujours présents. La sédation palliative continue ne devrait être considérée qu'après des essais répétés de sédation intermittente, intercalés d'interventions psychosociales et spirituelles intensives entre les épisodes de sédation, et uniquement lorsque le pronostic global de survie est très court<sup>17</sup>.

### Évaluation

Des statistiques régulières sur les cas de sédation palliative intermittente et continue doivent être tenues par l'équipe médicale. Une évaluation périodique de la pratique de la sédation palliative continue, de son efficacité et des complications survenant occasionnellement est aussi essentielle. C'est au comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique du CMDP que revient cette responsabilité.

### CONCLUSION

En conclusion, le recours à la sédation palliative continue demeure une mesure exceptionnelle à la Maison Michel-Sarrazin, mais acceptable et permise dans la mesure où les conditions suivantes sont respectées.

- Le pronostic de survie du malade est court, ne dépassant généralement pas une semaine.
- La décision de recourir à la sédation palliative continue repose sur un consensus d'équipe interdisciplinaire.
- Un consentement clair est donné par la personne malade ou, en cas d'inaptitude, un consentement substitué est obtenu selon les dispositions du Code civil du Québec. L'accord des proches est sollicité, dans la mesure du possible.
- Les indications en sont limitées aux symptômes physiques et psychologiques réfractaires, soit lorsque les traitements usuels se sont montrés inefficaces, et que ces symptômes incontrôlés ont un effet intolérable sur le bien-être du malade et ne peuvent être traités adéquatement sans altérer son état de conscience.
- Dans le cas de seuls symptômes psychologiques réfractaires, une première sédation doit être initiée sur une base temporaire, pour une durée prédéterminée de quelques heures à quelques jours. La sédation palliative continue ne doit être considérée qu'après des essais répétés de sédation intermittente, intercalés d'interventions thérapeutiques intensives entre les épisodes de sédation.
- Les proches reçoivent des explications et du soutien tout au long du processus décisionnel et du déroulement de la sédation.
- La pratique médicale de la sédation palliative continue est encadrée par des lignes directrices médicales et pharmacologiques élaborées par le CMDP et s'appuyant sur les données probantes de la littérature scientifique.
- Des statistiques sur les cas de sédation palliative intermittente et continue sont tenues régulièrement par l'équipe médicale.
- La pratique médicale de la sédation palliative continue est évaluée périodiquement par le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique du CMDP.

## RÉFÉRENCES

1. Comité d'éthique de la Maison Michel-Sarrazin. « Position sur la sédation induite médicalement ». Juin 2000. 4 p.
2. Enck, R. E. « Drug-induced terminal sedation for symptom control ». *American Journal of Hospice Palliative Care* 1991 ; 8(5), p. 3-5.
3. Broeckaert, B. « Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia ». *Journal of Pain and Symptom Management* 2000 ; 20(6) S58.
4. Cherny, N. I. et R. K. Portenoy, « Sedation in the management of refractory symptoms : guidelines for evaluation and treatment ». *Journal of Palliative Care* 1994 ; 10, p. 31-38.
5. Gagnon, P., P. Allard, O. Désilets, O. Lasnier et autres, « Subcutaneous emergency pharmacological protocol for catastrophic complications of terminal cancer ». Soumis pour publication.
6. Lundström, S., U. Zachrisson et C. J. Fürst, « When nothing helps : propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care ». *Journal of Pain and Symptom Management* 2005 ; 30, p. 570-577.
7. Sykes, N. et A. Thorns, « Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making ». *Archives of Internal Medicine* 2003 ; 163, p. 341-344.
8. Kohara, H., H. Ueoka, H. Takeyama, T. Murakami et T. Morita, « Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress ». *Journal of Palliative Medicine* 2005, 8, p. 20-25.
9. Rietjens, J. A. C., L. van Zuylén, H. van Veluw, L. van der Wilk, A. van der Heide et C.C.D. van der Rijt, « Palliative sedation in a specialised unit for acute palliative care in a cancer hospital : comparing patients dying with and without palliative sedation ». *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36, p.228-234.
10. Claessens, P., J. Menten, P. Schotsmans et B. Broeckaert « Palliative Sedation : A Review of the research Literature ». *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36, p. 310-333.
11. Cherny, N. I. et L. Radbruch, The Board of EAPC, « European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care ». *Palliative Medicine* 2009, 23(7), p. 581-593.
12. Kirk, T. W. et M. M. Mahon, for the Palliative Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Committee. « National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients ». *Journal of Pain and Symptom Management* 2010, 39(5), p. 914-923.
13. Blanchet, V., M. L. Viillard et R. Aubry, « Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie ». *Médecine palliative* 2010 ; , p.59-70.
14. Claessens, P., J. Menten, P. Schotsmans et B. Broeckaert, *op. cit.*
15. Cherny, N. I. et L. Radbruch, The Board of EAPC, *op. cit.*
16. Cherny, N. I. et L. Radbruch, The Board of EAPC, *op. cit.*
17. Cherny, N. I. et L. Radbruch, The Board of EAPC, *op. cit.*