

QUELQUES ENJEUX concernant la pratique de la sédation dans un contexte de soins palliatifs

DANIELLE BLONDEAU, INF., PH.D.
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières
Université Laval, Québec
Courriel : Danielle.Blondeau@fsi.ulaval.ca

LOUIS ROY, MD,
Chef, Service de soins palliatifs du CHUQ, Québec
Courriel : Louis.Roy7@sympatico.ca

La sédation en fin de vie est une pratique controversée et mal définie qui a commencé à être documentée depuis environ une quinzaine d'années. Cet article vise à mieux en cerner divers enjeux, tant sur les plans conceptuel, clinique et éthique qu'empirique. En conclusion, une proposition de définition sera présentée en vue de tendre vers une plus grande cohérence relative à la sédation en fin de vie.

Un bref survol de la littérature convainc rapidement de la complexité liée à la pratique de la sédation en fin de vie. Les appellations sont multiples; les pratiques, variées; les enjeux éthiques sont considérables et les quelques résultats de recherche, plutôt disparates.

CONFUSION CONCEPTUELLE

La littérature foisonne d'expressions qui font référence à la pratique de sédation en fin de vie. Il sera parfois question de « *sedation in the imminently dying patient* » (Wein, 2000; Carvey & Foley, 2000), l'idée étant de circonscrire la période imminente de la fin de vie. Il y a aussi l'expression bien connue de « sédation terminale » qui, selon Broeckart et Olarte notamment (2002), représente le terme le plus controversé pour

cette pratique. On trouve également les expressions « sédation contrôlée » (Cherny et Portenoy, 1994; Taylor et McCann, 2005), « sommeil artificiel » (Fondras, 1996), « sommeil pharmacologique » ou « sédation pharmacologique » (Perusselli, Di Giulio, Toscani, Gallucci, Brunelli, Costantini, Tamburini, Paci, Miccinesi, Addington-Hall et Higginson, 1999). Il y a aussi la sédation « *for intractable distress in the dying* » (Hallenbeck, 1999; Krakauer, Penson, Truog, King, Chabner et Lynch, 2000). En outre, l'expression controversée de « *slow euthanasia* » (Billings et Block, 1996) fait directement allusion à une pratique euthanasique, comme si l'intention associée à la sédation était de précipiter la mort. Une auteure française et anesthésiste, Emma Révelart (2001), utilise l'expression « faire dormir ».

Si la liste peut encore s'allonger, il devient évident que la diversité sémantique entourant les nombreuses expressions entretient la confusion conceptuelle au sujet de la sédation en fin de vie. Révelart (2001) en exprime bien l'idée: « Bon nombre d'auteurs affichent des convictions diverses, tant en ce qui concerne sa définition que ses applications cliniques et ses indications. » (p. 681) D'ailleurs, une revue de la littérature, conduite par Beel, Clement et Harlos (2002), au sujet des définitions de la sédation

terminale permet de constater que cette pratique n'est pas clairement définie.

LES PRATIQUES CLINIQUES

Diverses formes de sédation existent. Une classification proposée par Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara (1999) en précise différentes versions. Ces auteurs font d'abord une distinction entre la sédation primaire et secondaire. Dans ce dernier cas, la sédation est un effet secondaire du traitement des symptômes alors que l'intention première de la sédation primaire est l'induction d'un état d'inconscience. Ces distinctions, selon Radbruch (2002), sont souvent confondues (p. 237). Une autre manière d'aborder ou de décrire la sédation est en fonction de sa durée; il y a la sédation intermittente et la sédation continue. Dans ce dernier cas, le patient demeure dans un état d'inconscience jusqu'au décès. Toujours selon Morita et autres (1999), on peut également distinguer l'intervention par la profondeur de la sédation, ce qui conduit à une sédation légère, modérée et profonde. De Graeff et Dean (2007) les décrivent clairement. La sédation légère crée un état de somnolence; le patient est éveillé, avec un niveau de conscience réduit. La sédation intermédiaire s'accompagne d'un état de stupeur; le patient est endormi, mais peut être éveillé pour communiquer brièvement. La sédation profonde plonge le patient dans un coma; le patient est inconscient (p.73-74). Selon Côté (2000), «C'est sans contredit la sédation profonde qui soulève le plus d'interrogations.» (p.8) Mais c'est aussi la sédation continue, par opposition à la sédation intermittente, qui soulève de nombreux enjeux éthiques. Nous y reviendrons.

Le recours à la sédation est indiqué en présence de symptômes réfractaires. Broeckart et Olarte (2002) les définissent de la façon suivante: «Tout symptôme peut être considéré [comme] réfractaire à un traitement quand il ne peut être adéquatement contrôlé en dépit des efforts pour apporter un

soulagement dans une période donnée sans compromettre l'état de conscience». (p.172, trad. libre) Cherny et Portenoy (1994) vont dans le même sens: le terme «réfractaire» peut être appliqué quand un symptôme ne peut être adéquatement contrôlé en dépit des efforts agressifs pour identifier une thérapie qui ne compromet pas l'état de conscience (p.31). En d'autres mots, poursuivent ces auteurs, désigner un symptôme comme réfractaire suggère que son soulagement ne peut relever de mesures thérapeutiques usuelles.

Parmi les indications de la sédation, les symptômes suivants, dans des proportions variables selon la littérature, sont souvent évoqués: la dyspnée, le *delirium*, la douleur qui inclut parfois, outre la douleur physique, la souffrance existentielle, l'agitation physique (*physical restlessness*) et les nausées (Cherny et Portenoy, 1994; Peruselli, Di Giulio, Toscani, Gallucci, Brunelli, Costantini, Tamburini, Paci, Miccinesi, Addington-Hall et Higginson 1999; Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara, 1999; Faisinger, Waller, Bercovici, Bengtson, Landman, Hosking, Nunez-Olarte et de Moissac, 2000; Côté, 2000; Beel, McClement et Harlos, 2002).

Quant à la médication utilisée pour induire la sédation, on trouve cités le plus fréquemment les benzodiazépines, les neuroleptiques ainsi que les barbituriques (Cherny et Poternoy, 1994; Chater, Viola, Paterson et Jarvis, 1998; Beel, Clement et Harlos, 2002; Côté, 2000; Tisdale et Woloschuk, 1999). Notons que les opioïdes (ou narcotiques) souvent présents dans la pharmacothérapie que reçoit le patient pour le contrôle de la douleur sont peu ou pas cités comme inducteurs de la sédation.

En résumé, la sédation est une mesure d'exception, c'est-à-dire qu'elle devient une stratégie thérapeutique qui peut être proposée au malade quand les traitements usuels ont échoué. Son recours est généralement dicté par des symptômes réfractaires. Parmi les différents types de sédation, c'est la sédation continue qui est sujet de controverse sur le plan éthique.

LES ENJEUX ÉTHIQUES

Nous avons vu précédemment que la sédation en fin de vie est parfois identifiée à une forme d'« euthanasie lente » (Billings et Block, 1996). Cette seule appellation suffit à démontrer la controverse entourant la pratique de la sédation dans un contexte de fin de vie. Pour Billings et Block (1996), la pratique de la sédation serait identique à une pratique euthanasique, comme si l'intention de soulager se substituait à l'intention de précipiter la mort. Leur position a suscité de nombreux commentaires révoquant leurs arguments (Mount, 1996; Brody, 1996; Dickens, 1996; Portenoy, 1996; Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara, 1999). De son côté, Fondras (1996) mentionne la notion classique de la « pente glissante » qui ferait migrer la sédation vers l'euthanasie. Il soutient que la pratique de la sédation peut créer chez le personnel soignant un sentiment d'abandon du patient, risquant de conduire éventuellement à des actes d'euthanasie. Pour Orentlicher (1997), la sédation abrège la vie du patient par les deux actes intentionnels suivants : l'induction de la stupeur et la cessation de l'eau et de la nourriture. Sans ces deux actions, écrit-il, « le patient aurait vécu plus longtemps avant de succomber à sa maladie (p.1237, trad. libre). Par ailleurs, une enquête conduite par Morita et autres (1999) permet de répondre par la négative à la question suivante : « Est-ce que les médecins en soins palliatifs pratiquent la sédation avec l'intention de précipiter la mort ? »

Si la controverse sur le plan éthique est réelle, plusieurs experts en soins palliatifs n'identifient pas la sédation à une forme d'euthanasie (Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara, 1999; Verkerk, Wijlick, Legemaate et De Graeff, 2007). Retenons ici que l'intentionnalité de l'acte prend toute son importance. En effet, soulager et hâter la mort ne sont pas des pratiques équivalentes sur le plan éthique. Dans une étude récente¹, des médecins interviewés indiquent clairement que la finalité poursuivie par la sédation est thérapeutique : elle vise uniquement à soulager

le patient. Enfin, il est intéressant de mentionner que, parmi quelques études disponibles, il n'y aurait pas de différence significative concernant la survie de patients qui ont reçu ou pas une sédation, ce qui signifie que la sédation n'abrègerait pas la vie (Ventafridda, Ripamonti, De Conno, Tamburini et Cassileth., 1990; Stone, Phillips, Spruyt et Waight, 1997; Wein, 2000; Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara, 2001; Sykes et Thorns, 2003; Kohara, Ueoka, Takeyama, 2005).

Fréquemment, le principe éthique du double effet est évoqué pour soutenir la pratique de la sédation. Il se traduit de la façon suivante : une action qui poursuit un bon objectif peut être exécutée en dépit du fait que la fin soit atteinte au prix d'une conséquence possible, prévisible et non recherchée comme telle (Quill, Dresser et Brock, 1997). Dans le contexte de la sédation, l'objectif recherché est le soulagement de la douleur qui s'accompagne d'un état de conscience altéré rendant impossible la communication avec l'entourage. Il a parfois été mentionné que la conséquence non recherchée était l'accélération de la mort, mais ceci reste à être démontré si on se fie aux résultats de recherche mentionnés précédemment et qui soutiennent l'idée que la sédation n'accélérerait pas la mort. La Cour suprême des États-Unis concluait que le rationnel de la règle du double effet permettait de faire la distinction entre l'usage d'opioïdes donnés à forte dose et l'euthanasie ou l'assistance au suicide : « Si des médicaments analgésiques peuvent précipiter le moment du décès, mais que l'intention du médecin est uniquement de soulager les douleurs de son patient, il ne s'agit pas de pratique euthanasique. » (Alpers et Lo, 1999, p.201, trad. libre). Mentionner que les analgésiques peuvent précipiter le décès apporte ici une confusion supplémentaire, car autant la littérature scientifique que l'expérience clinique ont démontré que l'utilisation judicieuse des analgésiques n'est pas associée à l'accélération du décès.

Lorsqu'à la validité éthique de la pratique de la sédation s'ajoute l'épineuse question de l'alimentation et de l'hydratation, l'enjeu se complexifie. Pour

certains, comme Billings et Block (1996), l'arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation pendant une sédation porte atteinte à la vie des patients et est, par conséquent, proscrit. D'autres, comme Hallenbeck (1999), soutiennent que les patients confrontés à une sédation ont déjà cessé de s'alimenter et de s'hydrater (p.223). Pour Craig (1994), une politique stipulant l'arrêt de ces traitements en situation de sédation est dangereuse tant sur les plans médical et éthique que légal.

Outre l'enjeu lié à l'alimentation et à l'hydratation, le principe de proportionnalité pourra être évoqué pour justifier la pratique de la sédation. Il s'agit d'établir la proportion entre les bénéfices recherchés et les préjudices causés, ce qui signifie que les premiers doivent surpasser les derniers. Dans le cas de la sédation, le soulagement d'un symptôme réfractaire représentera un bénéfice supérieur au préjudice associé, soit l'état de stupeur du patient. Dans cette logique, le principe de bienfaisance pourrait aussi être évoqué, au sens où la poursuite de bénéfices surpasse l'effet non recherché comme la rupture de la communication.

Enfin, un principe primordial à respecter dans toutes les décisions concernant l'induction ou non d'une sédation repose sur celui du respect de l'autonomie du patient. Un patient en fin de vie a toujours droit de regard sur ses soins et traitements. Dans les situations d'inaptitude à fournir un consentement, la personne désignée (à choisir) par le mandat sera consultée. Des auteurs canadiens ont proposé un guide de pratique clinique sur la sédation en fin de vie (Braun, Hagen et Clark, 2003). Le recours au consentement y est central. Il en est de même avec De Graeff et Dean (2007) qui ont élaboré des recommandations en se basant sur la littérature et la consultation d'experts. L'étude de Blondeau, Dumont, Roy et Martineau (2008) a permis de mettre en évidence que, pour les médecins interviewés, le respect de l'autonomie du patient était le critère dominant toute prise de décision au sujet de la sédation.

En terminant, il faut mentionner un lieu de controverse éthique concernant une indication à la sédation : la souffrance existentielle. Ici, la littérature fournit une panoplie d'expressions pouvant y faire référence : détresse mentale (Hallenbeck, 1999) ; détresse existentielle (Shaiova, 1998 ; Morita, Tsunoda, Inoue et Chihara, 2000) ; souffrance psycho-existentielle (Morita, 2004) ; détresse existentielle réfractaire (Cherny, 1998) ; douleur existentielle (Strang, Strang, Hultborn et Arnér, 2004) ; souffrance psychologique (Rietjens, van Delden, van der Heide, Vrakking, Onwuteaka-Philipsen, van der Maas et van der Wal, 2006). La question incontournable qui se pose est la suivante : est-il acceptable sur le plan éthique de recourir à la sédation en présence d'un symptôme qui n'est pas de nature physique ? Une recherche (Blondeau, Roy, Dumont et Martineau, 2005) démontre, de façon significative, que les professionnels de la santé – médecins et pharmaciens – ont une attitude défavorable devant le recours à la sédation en présence de souffrance existentielle. Leur attitude, néanmoins, est favorable quand il s'agit de douleur physique réfractaire.

Il faut reconnaître que la pratique de la sédation en fin de vie dépasse résolument le registre médical. Elle s'inscrit, en droite ligne, dans le registre éthique.

LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

C'est surtout la variabilité et la disparité des résultats de recherche qui frappent. Par exemple, la fréquence de la sédation variera entre 16 % et 52 % selon les études (Ventafridda, Ripamonti, De Conno, Tamburini et Cassileth, 1990 ; Faisinger, Miller, Bruera, Hanson, MacEachern, 1991 ; Cherny et Portenoy, 1994). L'explication la plus courante et la plus plausible est l'absence d'une définition claire de la sédation, ce qui, selon Morita et autres (1999), crée une grande difficulté dans l'interprétation des résultats de recherche. Dans une recension de la littérature portant sur les études des dix dernières



années, Sales (2001) retient treize articles sur cent soixante-douze après avoir éliminé «les études en double, celles qui se concentraient sur les aspects éthiques, les opinions, l'euthanasie et le suicide assisté» (p.97). Sur les treize articles restants, Sales constate que la «méthodologie est hétérogène en ce qui concerne les critères d'inclusion, le recueil des données, les lieux de soins et l'emploi d'une définition de la sédation» (p.97). Il note également que, seulement dans cinq études, une définition de la sédation est proposée quoique des variations entre elles soient notées (p.97).

Outre la variabilité des résultats de recherche, il y a la difficulté inhérente liée à la population qui réduit considérablement le volume de la recherche. Voilà pourquoi De Graeff et Dean (2007) avancent qu'une recherche scientifique auprès de patients en fin de vie recevant une sédation, particulièrement dans le cas des études randomisées, est presque impossible à réaliser pour des raisons méthodologiques, pratiques et éthiques. Ainsi, poursuivent-ils, des balises pour cette pratique ne pourront jamais reposer sur des données strictement rigoureuses (p.68). Ici, à nouveau, l'absence d'une définition claire représente un obstacle majeur quant à la compréhension conceptuelle, clinique, éthique et empirique de la sédation en fin de vie.

UNE PROPOSITION DE DÉFINITION

Il semble donc approprié de proposer une terminologie et une définition qui pourraient, en bonne partie, représenter une avenue de convergence. En ce qui concerne l'expression «sédation terminale», les auteurs sont nombreux (Chater, Viola, Paterson et Jarvis, 1998; Carver et Foley, 2000; Krakauer, 2000; Portenoy, 2000; Broeckart et Olarte, 2002; Sulmasy, Ury, Ahronheim, Siegle, Kass, Lantos, Burt, Foley, Payne, Gomez, Krizek, Pellegrino et Portenoy, 2000), qui en proposent l'abandon. L'expression «sédation palliative» semble prometteuse si on se fie à de récents documents (Rousseau, 2000; Broeckart et Olarte,

2002; Braun, Hagen et Clark, 2003; De Graeff et Dean, 2007).

Broeckart et Olarte (2002) proposent la définition suivante de la sédation palliative :

Elle consiste en l'administration intentionnelle de médicaments sédatifs en dosages et en combinaisons requises pour réduire l'état de conscience d'un patient en phase terminale, autant que nécessaires pour soulager un ou plusieurs symptômes réfractaires (p.170, trad. libre).

Dans l'esprit de ces auteurs, cette terminologie et cette définition éliminent l'idée de négativisme contenue dans l'expression «sédation terminale». Si la sédation est un traitement de dernier recours, il n'en demeure pas moins qu'elle représente un traitement actif et positif en vue de soulager un ou des symptômes réfractaires. De plus, l'expression «sédation terminale» ne rend pas compte de la nature de la sédation, ni de l'intention qui lui est associée. Cela risque d'entretenir la confusion entre la sédation et l'euthanasie. En effet, le mot «terminale» risque d'être associé à l'idée de terminer la vie du patient. L'expression «sédation palliative» a le mérite de mettre l'accent sur un contexte de soins palliatifs, soit la fin de vie, et suggère un effort actif pour soulager le patient. Broeckart et Olarte précisent ainsi que «la sédation est associée à la palliation, au soulagement des symptômes» (p.169, trad. libre). En d'autres mots, la sédation palliative ne suggère pas de mettre un terme à la vie des patients.

La définition proposée porte sur «l'administration intentionnelle de médicaments sédatifs en dosages et en combinaisons requises». Cette précision permet de distinguer la sédation palliative de l'euthanasie puisque que les médicaments administrés correspondent aux besoins du patient. La proportionnalité du dosage en fonction des symptômes représente un frein à l'euthanasie puisqu'une telle approche évite le surdosage qui pourrait abrégé la vie du patient. Enfin, la sédation s'adresse à des patients en phase terminale. Une fois de plus, le contexte de fin de vie est clairement identifié.



La définition proposée par Broeckart et Olarte permet de clarifier le débat sur le plan conceptuel, mais aussi sur les plans clinique et éthique. En effet, la sédation représente un effort actif dans un contexte de soins palliatifs. Les moyens utilisés, médications et dosages, sont proportionnels à la fin poursuivie. Une telle définition permet d'éviter la confusion avec l'euthanasie puisque l'intention y est clairement précisée, soit celle de soulager des symptômes réfractaires, non pas de mettre un terme à la vie. Elle permet également d'inclure les différents types de sédation (continue, intermittente, profonde, légère, primaire, secondaire). Ajoutons que le processus de la prise de décision concernant le recours à la sédation doit souscrire à la règle du consentement éclairé. Enfin, une définition consensuelle aurait l'avantage de dissiper la variabilité des résultats de recherche.

Voilà pourquoi une clarification de la pratique de la sédation, par l'entremise d'une terminologie et d'une définition précises, a l'avantage d'éliminer les ambiguïtés concernant ses indications, son contexte, son objectif thérapeutique ainsi que sa validité éthique. La recherche étant facilitée, les connaissances nouvelles en favoriseront une pratique rigoureuse.

RÉFÉRENCES

- Alpers, A., Lo, B. (1999). The Supreme Court addresses physician-assisted suicide. Can its rulings improve palliative care? *Archives of Family Medicine*, 8(3), p.200-205.
- Beel, A., S.E. Clement et M. Harlos (2002). «Palliative sedation therapy: a review of definitions and usage». *International Journal of Palliative Nursing*, 8(4), p.190-199.
- Billings, J.A., S.D. Block (1996). «Slow euthanasia». *Journal of Palliative Care*, 12(4), p.21-30.
- Blondeau, D., L. Roy, S. Dumont, G. Godin et I. Martineau (2005). Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering. *Journal of Palliative Care*, 21(4), p.238-245.
- Braun, T.C., N.A. Hagen et T. Clark (2003). «Development of a clinical practice guideline for palliative sedation». *Journal of Palliative Medicine*, 6 (3), p. 345-350.
- Brody, H. (1996). «Commentary on Billings and Block's "Slow euthanasia"». *Journal of Palliative Care*, 12 (4), p. 38-41.
- Broeckaert, B., J.M. Núñez-Olarte (2002). «Sedation in palliative care: facts and concepts». In H. ten Have, D. Clark (dir.), *The Ethics of Palliative Care: European perspectives* (p. 166-180). Buckingham, Open University Press.
- Carver, A.C., K.M. Foley (2000). «The Wein article reviewed». *Oncology*, 14 (4), p. 597-598.
- Chater, S., R. Viola, J. Paterson et V. Jarvis (1998). «Sedation for intractable distress in the dying—a survey of experts». *Palliative Medicine*, 12 (4), p. 255-269.
- Cherny, N.I. (1998). «Commentary: sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line». *Journal of Pain and Symptom Management*, 16 (6), p. 404-406.
- Cherny, N.I. et R.K. Portenoy (1994). «Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment». *Journal of Palliative Care*, 10 (2), p. 31-38.
- Côté, S. «La sédation profonde... pour qui?» *Bulletin de l'AQSP*, 8 (2), p. 8-12.
- Craig, G.M. (1994). «On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?» *Journal of Medical Ethics*, 20 (3), p. 139-143.
- De Graeff, A., M. Dean (2007). «Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards». *Journal of Palliative Medicine*, 10 (1), p. 67-85.
- Dickens, B.M. (1996). «Commentary on "Slow euthanasia"». *Journal of Palliative Care*, 12 (4), p. 42-43.
- Fainsinger, R.L., M.J. Miller, E. Bruera, J. Hanson, T. MacEachern (1991). «Symptom control during the last week of life on a palliative care unit». *Journal of Palliative Care*, 7, p. 5-11.



- Fainsinger, R.L., A. Waller, M. Bercovici, K. Bengtson, W. Landman, M. Hosking, J.M. Nunez-Olarte et D. de Moissac (2000). «A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients», *Palliative Medicine*, 14 (4), p. 257-265.
- Fondras J.C. (1996). «Sedation and ethical contradiction». *European Journal of Palliative Care*, 3 (1), p. 17-20.
- Hallenbeck, J. (1999). «Terminal sedation for intractable distress». *The Western Journal of Medicine*, 171 (4), p. 222-223.
- Kohara, H., H. Ueoka et H. Takeyama (2005). «Sedation for Terminally Ill Patients with Cancer with Uncontrollable Physical Distress», *Journal of Palliative Medicine*, 8, p. 20-25.
- Krakauer, E.L. (2000). «Responding to intractable terminal suffering», *Annals of Internal Medicine*, 133 (7), p. 560.
- Krakauer, E.L., R.T. Penson, R.D. Truog, L.A. King, B.A. Chabner et T.J. Lynch (2000). «Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect». *The Oncologist*, 5, p. 53-62.
- Morita, T. (2004). «Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients». *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (5), p. 445-450.
- Morita, T., J. Tsunoda, S. Inoue et S. Chihara (2001). «Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients». *Journal of Pain and Symptom Management*, 21 (4), p. 282-289.
- Morita, T., J. Tsunoda, S. Inoue et S. Chihara (2000). «Terminal Sedation for Existential Distress». *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17 (3), p. 189-194.
- Morita, T., J. Tsunoda, S. Inoue et S. Chihara (1999). «Do Hospice Clinicians Sedate Patients Intending to Hasten Death?», *Journal of Palliative Care*, 15 (3), p. 20-23.
- Mount, B. (1996). «Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes». *Journal of Palliative Care*, 12 (4), p. 31-37.
- Orentlicher, D. (1997). «The Supreme Court and physician-assisted suicide--rejecting assisted suicide but embracing euthanasia». *The New England Journal of Medicine*, 337 (17), p. 1236-1239.
- Peruselli, C., P. Di Giulio, F. Toscani, M. Gallucci, C. Brunelli, M. Costantini, M. Tamburini, E. Paci, G. Miccinesi, J.M. Addington-Hall et I.J. Higginson (1999). «Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life». *Palliative Medicine*, 13 (3), p. 33-41.
- Portenoy, R.K. (2000). «The Wein article reviewed». *Oncology*, 14 (4), p. 592-601.
- Portenoy, R.K. (1996). «Morphine Infusions at the End of Life: The Pitfalls in Reasoning from Anecdote». *Journal of Palliative Care*, 12 (4), p. 44-46.
- Quill, T.E., Dresser, R. & Brock, D.W. (1997). «The rule of double effect--a critique of its role in end-of-life decision making». *The New England Journal of Medicine*, 337 (24), p. 1768-1771.
- Radbruch, L. (2002). «Réflexions sur l'emploi de la sédation en soins palliatifs». *Journal Européen de Soins Palliatifs*, 9 (6), p. 237-239.
- Révélart, E. (2001). «Faire dormir le malade: une autre réponse aux morts difficiles?», dans D. Jacquemin, *Manuel de soins palliatifs*, (p. 681-692). Paris, Dunod.
- Rietjens, J.A., J.J. van Delden, A. van der Heide, A.M. Vrakking, B.D. Onwuteaka-Philipsen, P.J. van der Maas et G. van der Wal (2006). «Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices». *Archives of Internal Medicine*, 166 (7), p. 749-753.
- Rousseau, P. (2000). «The Ethical validity and clinical experience of palliative sedation». *Mayo Clinic Proceedings*, 75, p. 1064-1069.
- Sales, J.P. (2001). «La sédation et les soins de fin de vie». *Journal Européen de Soins Palliatifs*, 8 (3), p. 97-100.





- Shaiova, L. (1998). «Case presentation: “terminal sedation” and existential distress». *Journal of Pain and Symptom Management*, 16 (6), p. 403-404.
- Stone, P., Phillips, C., Spruyt, O., Waight, C. «A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice». *Palliative Medicine*, 11, p. 140-144.
- Strang, P., S. Strang, R. Hultborn et S. Arnér (2004). «Existential pain – an entity, a provocation, or a challenge?» *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (3), p. 241-250.
- Sulmasy, D.P., W.A. Ury, J.C. Ahronheim, M. Siegle, L. Kass, J. Lantos, R.A. Burt, K. Foley, R. Payne, C. Gomez, T.J. Krizek, E.D. Pellegrino et R.K. Portenoy (2000). «Responding to intractable terminal suffering». *Annals of Internal Medicine*, 133, p. 560-561.
- Sykes, N. et A. Thorns (2003). «The use of opioids and sedatives at the end of life». *Lancet Oncology*, 4, p. 312-318.
- Taylor, B.R. et McCann, R.M. (2005). «Controlled sedation for physical and existential suffering?» *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), p. 144-147.
- Tisdale, C. et D.M.M. Woloschuk (1999). «Terminal Sedation – Is There a Role for the Pharmacist». *Canadian Pharmaceutical Journal*, 132, p. 28-33.
- Ventafriidda, V., C. Ripamonti, F. De Conno, M. Tamburini et B.R. Cassileth (1990). «Symptom prevalence and control during cancer patients’ last days of life». *Journal of Palliative Care*, 6 (3), p. 7-11.
- Verkerk, M., E. van Wijlick, J. Legemaate et A. de Graeff (2007). «A national guideline for palliative sedation in the Netherlands». *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (6), p. 666-670.
- Wein, S., (2000). «Sedation in the imminently dying patient». *Oncology*, 14 (4), p. 585-592.

NOTE

1. Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2002-2005.

