

## La sédation pour détresse en phase terminale

### Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs

#### Groupe de travail "Sédation en fin de vie" :

Coordonné par V. Blanchet<sup>1</sup>.

Participants : R. Aubry<sup>2</sup>, J-C. Fondras<sup>3</sup>, M-T. Gatt<sup>4</sup>, J-M. Lassaunière<sup>5</sup>, T. Marmet<sup>6</sup>, M. Nectoux<sup>7</sup>, P. Papin<sup>8</sup>,  
S. Pourchet<sup>9</sup>, P. Thominet<sup>10</sup>, N. Sylvestre<sup>11</sup>, M-L Viallard<sup>12</sup>  
avec la collaboration de : O. Léonard<sup>13</sup>, P. Lepault<sup>14</sup>, M. Ruzniewski<sup>15</sup>, M-S Richard<sup>16</sup>.

#### Version courte modifiée (2004)

En novembre 1999, un groupe de travail s'est constitué sur l'initiative du docteur V. Blanchet sous l'égide de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (S.F.A.P), pour réfléchir à la pratique de la sédation en fin de vie. Ce groupe est constitué d'infirmières, de médecins et de psychologues travaillant en unités ou en équipes mobiles de soins palliatifs.

Les participants de ce groupe ont constaté une banalisation de la sédation tant dans les pratiques en institutions qu'à domicile.

Le terme de sédation vient du latin « sedare : apaiser, calmer ». Il recouvre cependant des réalités bien différentes car il est employé aussi bien pour désigner un traitement antalgique que l'induction d'un sommeil. Ce terme est aussi utilisé pour masquer une euthanasie pratiquée à l'insu du patient qualifiée d'euthanasie clandestine par le Comité Consultatif National d'Ethique dans son avis rendu en mars 2000. La fréquence de la pratique de la sédation, ses modalités, le service médical rendu et l'impact sur la morbidité et la mortalité sont insuffisamment évalués.

Enfin, il faut ajouter que les différences de conception autour de ce terme entre les pays anglo-saxons et les pays latins participent à cette confusion.

Une clarification semblait donc nécessaire.

Le groupe de travail a décidé, dans un premier temps, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Il a défini le champ de son travail selon cinq questions :

- 1. Comment définir la sédation dans la pratique des soins palliatifs ?
  - 2. Quels 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 ?
- (non traité dans cette version courte)

La méthode de travail a consisté en une analyse de la littérature internationale, une enquête « un jour donné » sur l'état de vigilance des patients hospitalisés en unités de soins palliatifs en France, et la rédaction de recommandations.

Seules sont présentées ici les recommandations du groupe. La version longue de ce travail fait l'objet d'une autre présentation disponible à la S.F.A.P<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> S.F.A.P : // <http://www.sfap.org>

## Comment le groupe de travail définit-il la sédation dans la pratique des soins palliatifs ?

Parmi toutes les notions trouvées dans la littérature, le groupe de travail a fait le choix de se limiter et de ne parler que de la sédation en phase terminale<sup>2</sup>.

### 1. Ce que ce n'est pas :

Parmi les différents champs d'application possibles de la sédation, nous ne retenons pas le terme de sédation pour :

- l'anxiolyse,
- l'analgésie,
- l'utilisation comme somnifère.

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.

Pour ne pas engendrer de confusion entre des notions différentes, ni induire des risques de mauvaises interprétations du texte, le groupe n'a pas retenu ni utilisé, de façon intentionnelle les termes suivants (qui sont présentés par ordre alphabétique) :

- contention pharmacologique,
- déconnexion,
- endormissement,
- lyse,
- narcose,
- sommeil artificiel,
- sommeil induit,

Nous ne retenons pas davantage le terme de sédation pour désigner une pratique alternative à l'euthanasie.

### 2. Ce que c'est :

Le groupe de travail a limité sa définition à **la sédation en phase terminale pour détresse**:

**La sédation en phase terminale pour détresse est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but 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 par le patient.**

**Dans la pratique des soins palliatifs, les visées de la sédation peuvent être :**

- **Une somnolence provoquée chez une personne qui reste éveillable à la parole ou tout autre stimulus simple.**
- **Une perte de conscience provoquée qui peut se décliner en :**
  - . **Coma provoqué transitoire, (sédation intermittente)**
  - . **Coma provoqué non transitoire (sédation prolongée).**

---

<sup>2</sup> On parle de phase terminale dans l'évolution naturelle d'une maladie quand le décès est imminent et inévitable. C'est une bascule dans l'évolution de la maladie annoncée par la défaillance des grandes fonctions vitales parfois provoquée par un épisode aigu (occlusion intestinale, infection, embolie pulmonaire ...). Schématiquement, on peut distinguer deux moments bien différents dans la phase terminale :

- La phase pré-agonique est provoquée par la défaillance d'une ou plusieurs des principales fonctions vitales. On peut donc décrire les signes neurologiques, respiratoires et cardio-vasculaires. Autrement dit, il s'agit d'un état de choc qui, sans réanimation, évolue le plus souvent vers la phase agonique et le décès. Cette phase peut être parfois réversible et relève des stratégies thérapeutiques palliatives correspondantes.
- La phase agonique est le moment même du "mourir" marqué par l'apparition des premiers signes de décérébration (dont la disparition du réflexe cornéen) et l'altération inéluctable des fonctions régulatrices neurovégétatives. Cette phase est irréversible et aboutit à la mort

## Quand recourir à la sédation en phase terminale ?

A partir de la revue de la littérature, le groupe de travail a hiérarchisé différentes situations. Nous avons retenu deux grandes indications et souhaité distinguer des indications certaines situations complexes.

### 1. Les Indications

#### 1.1. Situations aiguës à risque vital immédiat, facilement identifiables :

- Hémorragies cataclysmiques notamment extériorisées (sphère ORL, pulmonaire et digestive).
- Détresses respiratoires asphyxiques (sensation de mort imminente par étouffement avec réaction de panique).

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.

#### 1.2. Symptômes physiques réfractaires, vécus comme insupportables par le patient.

En se référant à la définition de CHERNY et PORTENOY, le groupe propose de définir par symptôme 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.

Il n'est pas souhaitable d'énumérer une liste exhaustive de symptômes : le caractère "réfractaire" et la pénibilité pour la personne malade plus que le symptôme en lui-même justifient la sédation.

### 2. Les situations singulières et complexes dont la réponse ne peut se réduire au seul domaine médical sortent du domaine des indications.

Elles s'inscrivent dans un contexte de détresse persistante, vécue comme insupportable par le patient, comportant parfois une demande d'euthanasie.

Elles ne peuvent s'envisager en terme de "maîtrise" au sens médical du terme.

Parfois résumées par le terme de "souffrance existentielle", elles ne peuvent constituer en tant que telle une « indication » à la sédation. La prise en compte de ce type de souffrance ne peut être réduite à une prise en charge médicale ou pharmacologique.

Le défi pour les soignants est plutôt de repérer, à l'intérieur d'une telle souffrance, ce qui peut faire objet de soin.

Chaque situation ne peut donc être analysée que dans sa singularité. Leur complexité nécessite un questionnement au cas par cas.

L'élaboration de la décision impose d'être particulièrement rigoureux dans "modalités pratiques de la mise en œuvre de la sédation" proposées ci-après par le groupe. Elle repose sur une analyse de la situation non seulement à un niveau médical mais également légal et humain. Cette élaboration doit être renouvelée dans le temps, en fonction de l'évolution.

## Quels médicaments sédatifs ?

### 1. En phase terminale pour détresse, le médicament de choix pour la sédation est le midazolam.

En effet, le midazolam par :

- sa demi-vie courte (2 à 4 h)
- son effet sédatif dose-dépendant (20 à 60 minutes selon la posologie - 0,05 à 0,15 mg/kg)

- son caractère hydrosoluble permettant des voies d'administration variées
- ses caractéristiques, commune 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 en phase terminale.

## 2. Discussion des autres médicaments

### 2.1. Le 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 nécessite des manipulations fréquentes lors des perfusions continues,
- dépression respiratoire (apnée à l'induction, de durée brève mais fortement allongée en cas de co-prescription d'autres dépresseurs) et cardio-circulatoires (chute de la pression artérielle varie de 16 à 30 %),
- coût élevé, à corréliser aux délais de péremption. Les solutions doivent être conservées un maximum de douze heures après ouverture des ampoules,

Son utilisation ne se conçoit que **dans des mains expertes**.

### 2.2. Les barbituriques

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

### 2.3. Les neuroleptiques

Si les neuroleptiques gardent quelques indications spécifiques, ils sont progressivement remplacés par les benzodiazépines dont les effets secondaires sont moindres.

## Quelles sont les modalités pratiques de la sédation en phase terminale ?

### 1. Les conditions préalables.

Un certain nombre de questions sont à poser en préalable à la sédation. Le groupe estime que ce questionnaire est la garantie d'une démarche éthique.

#### 1.1 . Compétences de l'équipe.

- Quelles connaissances l'équipe a-t-elle des médicaments à utiliser, de leur pharmacocinétique, de leurs effets secondaires ?
- L'équipe a-t-elle la capacité de clarifier la situation : les indications, le contexte, la phase terminale, l'intention de la démarche ?

#### 1.2. Organisation de l'équipe.

S'agit-il d'une équipe répondant aux critères de multidisciplinarité en institution comme à domicile, c'est à dire :

- Comment les discussions en vue des prises de décision sont-elles organisées avec tous les intervenants ? Ces échanges sont-ils réalisés de façon régulière ?
- Les décisions et la façon dont elles sont prises sont-elles écrites dans le dossier ?
- S'est-on assuré que chaque membre de l'équipe est informé des objectifs visés par les thérapeutiques mises en œuvre ?

#### 1.3. Anticipation

Les situations pour lesquelles une sédation serait à envisager ont-elles été anticipées permettant ainsi l'information voire le consentement du patient ?

#### 1.4. Information

L'information autour de la sédation doit toujours être fournie. Sa délivrance peut nécessiter des adaptations selon les cas.

- a) L'Information du patient et de son entourage a-t-elle été réalisée ?
- Sur la technique : modalités (administration des produits, sédation intermittente avec possibilité de choix du moment du réveil ou sédation continue...), implications éventuelles (incidence sur la maladie, nutrition, hydratation...)
  - Sur l'objectif visé et les moyens de l'évaluer s'il est atteint
  - Sur les risques : l'impossibilité d'obtenir une diminution de la vigilance ; la possibilité de non-soulagement (inefficacité de la sédation sur le symptôme ou la situation ayant conduit à en proposer la prescription) ; la possibilité de non-réversibilité et de survenue du décès pendant la sédation.
- b) Information de l'équipe
- L'information de chaque membre de l'équipe s'inscrit dans la logique d'une équipe fonctionnant en multidisciplinarité et organisant sa communication interne pour préciser les objectifs des thérapeutiques mises en œuvre et se donnant les moyens de discuter les résultats.

### 1.5. Consentement

En accord avec la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé il doit être systématiquement recherché.

Le consentement éclairé du patient ne peut cependant être systématiquement obtenu. Le recueillir suppose, en effet, de s'être assuré de la compréhension de l'information par le patient et de son aptitude à prendre une décision.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 (toute personne de confiance, majeure désignée par le patient : parent, proche, médecin traitant ...) ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

### 1.6 Lieu d'exercice

Les conditions ci-dessus s'appliquent quel que soit le lieu où se trouve le patient (institution ou domicile).

## 2. Les modalités pratiques.

### 2.1. Prendre la décision de sédation pour détresse en phase terminale

La décision de sédation est prise :

- quand il existe une indication ou une situation singulière pour laquelle le recours à la sédation apparaît légitime.
- après avoir satisfait au préalable aux conditions énoncées ci-dessus
- en acceptant le doute sur les résultats attendus

### 2.2. Choisir le sédatif et la voie d'administration.

- a) En première intention on utilise le midazolam :

Il est difficile de donner des posologies standards car il existe une susceptibilité individuelle. Il faut prendre néanmoins en compte l'âge du patient, son état métabolique et circulatoire ainsi que les traitements en cours.

◆ Abord veineux disponible

Préférer une titration :

- Midazolam, intraveineux, à la concentration de 0.5 mg par ml.
- Injecter 1ml (0.5 mg) toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention d'un score de 4 à l'échelle de Rudkin<sup>3</sup>.
- Noter le nombre de mg nécessaire à l'induction.
- 2 possibilités :
  - laisser le malade se réveiller et faire alors une nouvelle induction si nécessaire.
  - entretenir la sédation, jusqu'au moment prévu du réveil, en prescrivant une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction, en perfusion intraveineuse continue.

<sup>3</sup> Echelle d'évaluation de la sédation lors des anxiolytiques peropératoires, selon RUDKIN

## ◆ Absence d'abord veineux

*Préférer la voie sous-cutanée :*

- Midazolam par voie sous cutanée à la concentration de 1mg/ml.
- Injecter 0,05 à 0,1 mg/kg en première intention.
- Moduler les réinjections dans l'objectif d'obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin
- Dans le cas où on prendrait la décision de maintenir une sédation continue, entretenir la sédation par une perfusion sous-cutanée continue en prescrivant une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction.

b) En deuxième intention.

On pourrait ajouter ou substituer un second médicament sédatif choisi selon le contexte clinique. On peut s'entourer de la compétence d'un anesthésiste s'il est nécessaire d'utiliser des médicaments relevant de sa spécialité (propofol, barbituriques injectables...).

2.3. Poursuivre les mesures d'accompagnement :

Maintien et adaptation des traitements symptomatiques, poursuite et intensification des soins de nursing, du soutien des proches, de la présence de bénévoles, ...

2.4. Evaluer et surveiller :

L'évaluation se fait toutes les 15 minutes pendant la première heure ; puis au minimum 2 fois par jour.

On appréciera pour adapter les posologies :

- le degré soulagement du patient par une hétéroévaluation
- la profondeur de la sédation (Echelle d'évaluation de Rudkin = 4)
- les signes de surdosage et des effets secondaires.

2.4. Evaluer le bien-fondé de la poursuite de la sédation au cours du temps.

En cas de sédation prolongée, le bien fondé de la poursuite de la sédation sera ré-évalué selon l'évolution.

## Conclusion

Quelle que soit la rigueur du processus décisionnel, la réalisation d'une sédation en phase terminale pour détresse pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.

Chaque situation étant singulière, il n'est pas possible pour le groupe de travail d'énoncer des recommandations générales pour un grand nombre d'interrogations qui restent en suspens. Citons la poursuite de l'hydratation et de la nutrition, le sens de l'accompagnement pour les familles et les soignants lorsque la communication est altérée du fait d'une sédation...

La décision de sédation est une réponse de soignants à des situations sortant pourtant du champ exclusif de leur pratique habituelle. Elle fait appel à des références personnelles et professionnelles et doit tenir compte du cadre réglementaire et légal.

Il convient donc aux soignants de rester exigeants et professionnels dans leurs pratiques, c'est à dire de se donner du temps, d'entretenir une dynamique de réflexion et de questionnement permanent sur des sujets aussi graves et complexes.

---

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

## Bibliographie

- ANDEM. Conférence de consensus sur la sédation en réanimation, concept et pratique. 1993.
- Blanchet V. De l'agonie et de son traitement. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. 2001. Edit formation et développement. Paris 189-201
- Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12(4):21-30.
- Burucoa B, Delzor M, & coll. Pour une sédation vigile non euthanasique : midazolam et methotrimeprazine, alternatives à l'euthanasie. *Info Kara* 1996; 43:21-30.
- Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306(11):639-645.
- Chater S, Viola R, & coll. Sedation for the intractable distress in the dying : a survey of experts. *Palliative Medicine* 1998; 12:255-269.
- Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 1994; 10(2):57-70.
- Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10(2):31-38.
- 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):257-265.
- Fondras JC. La sédation pharmacologique et les contradictions éthiques. *European Journal of Palliative Care* 1996; 3(1):17-20.
- Girardier J, Beal JL, Alavoine V. Les situations extrêmes en soins palliatifs. *Info Kara* 1995; 38:35-45.
- Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 1990; 6(4):7-15.
- 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):32-38.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17(3):189-195.
- Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12(4):31-37.
- Porta J, Guinovart C, & coll. Definicion y opiniones acerca de la sedacion terminal : estudio multicentrico catalano balear. *Medicina Palliativa* 1999; 6(3):108-115.
- Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect--a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337(24):1768-1771.
- 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):488-493.
- Richard MS. Faire dormir les malades. *Cahiers Laennec* 1993; 41(5):2-7.
- Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 1999; 159(6):545-550.
- Ventafredda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990; 6(3):7-11.

Verspieren P. Profondeur et durée du sommeil induit. Cahiers Laennec 1993; 41(5):7-10.

## Glossaire

- **L'anxiolyse** est l'apaisement de l'anxiété. L'anxiété est un état de désarroi psychique ressenti en face d'une situation et s'accompagnant d'un sentiment d'insécurité.

- **Analgésie** : "abolition de la sensibilité à la douleur".

- **Détresse** : « Sentiment d'abandon, de solitude profonde. Situation critique dangereuse. Défaillance aiguë et grave d'une fonction vitale ».

- " **La conscience** d'un point de vue neurologique, est la connaissance que tout individu normal a de la réalité extérieure, du temps qui s'écoule, de son propre corps, de ses actions et de sa vie mentale, qu'elle concerne les activités intellectuelles ou l'affectivité.

La conscience implique :

- la **vigilance** qui permet l'attention et dont le substratum anatomo-physiologique est le système réticulé activateur ascendant,

- un fonctionnement sensori-moteur normal qui permet d'appréhender l'espace extra corporel (vision, audition, sensibilité extéroceptive) et l'espace corporel (sensibilités proprioceptive et intéroceptive)

- l'introspection qui informe l'individu de ses pensées, de ses sentiments, de ses émotions ; elle est cependant éminemment subjective et ne peut accéder aux phénomènes inconscients qui s'expriment dans le comportement et le rêve.

La conscience subit des variations physiologiques au cours des émotions et lors du sommeil ; elle est l'objet de profondes perturbations transitoires ou permanentes, au cours de différents états pathologiques comme la confusion mentale, le coma, la démence ".

- " **Le sommeil** est un état physiologique, qui alterne avec l'état de veille et se caractérise par une dissolution de la conscience, avec hypotonie musculaire, ralentissement des fonctions végétatives et activité onirique. Il se distingue du coma par la possibilité d'un certain degré d'intégration sensorielle et les facilités du réveil."

- **Le coma** est un état de conscience altérée. Il est caractérisé par la perte des fonctions de relations. Le sujet n'a pas de réponse psychologiquement compréhensible aux stimulations externes ou aux besoins internes. Le sujet n'a pas de mouvements dirigés de façon précise vers les stimulations nociceptives et n'émet aucun mouvement compréhensible.

- **La somnolence** est une tendance spontanée à l'endormissement en l'absence de toute stimulation.

- **Sédation** : de sedare, calmer, apaiser. : apaisement d'une douleur physique ou morale, d'un état anxieux.

- **Euthanasie** : « Acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable.

- **Double effet** : La règle dite du double effet est une règle éthico-morale qui oppose des prescriptions médicales qui visent à soulager, à celles qui viseraient à provoquer le décès du patient. Dans sa formulation ancienne, cette règle d'origine thomiste s'énonce ainsi : « On peut accomplir un acte ayant à la fois un bon et un mauvais effet seulement si le bon effet est supérieur au mauvais et si, de surcroît, au moins les conditions suivantes ont été remplies :

- L'acte en lui-même doit être bon ou moralement neutre, ou tout au moins ne doit pas être interdit ;
- Le mauvais effet ne doit pas être un moyen de produire le bon effet, mais doit être simultané ou en résulter ;
- Le mauvais effet prévu ne doit pas être intentionnel ou approuvé, mais simplement permis ;
- L'effet positif recherché doit être proportionnel à l'effet indésirable et il n'y a pas d'autre moyen pour l'obtenir ».

En d'autres termes, il est permis de prescrire des médicaments pour traiter des symptômes jugés insupportables par la personne malade, même s'il est probable que ces traitements risquent d'abrégé sa vie, si les conditions suivantes sont remplies :

- aucune autre initiative, médicale ou non, ne peut être proposée pour soulager la personne malade au stade terminal ;
- le but visé est affirmé comme un but thérapeutique, dont les effets, y compris les effets secondaires attendus sont proportionnels à l'intensité des symptômes.

---

<sup>1</sup> Médecin, Equipe mobile douleur soins palliatifs, Hôpital Saint-Antoine et médecine libérale, Paris

<sup>2</sup> Médecin, Equipe mobile soins palliatifs, CHU Besançon

<sup>3</sup> Médecin, Service douleur soins palliatifs, Bourges

<sup>4</sup> Médecin, Equipe mobile douleur soins palliatifs, Hôpital Avicenne, Bobigny

<sup>5</sup> Médecin, Centre de soins palliatifs, Hôtel-Dieu, Paris

<sup>6</sup> Médecin, centre régional d'accompagnement et de soins palliatifs, Toulouse

<sup>7</sup> Infirmière clinicienne, Equipe mobile accompagnement et soins palliatifs, Argenteuil

<sup>8</sup> Infirmier, Unité de soins palliatifs, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

<sup>9</sup> Médecin, Unité de soins palliatifs, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

<sup>10</sup> Infirmier, Unité mobile de soins palliatifs, Pitié-Salpêtrière, Paris

<sup>11</sup> Docteur en psychologie, Unité de soins palliatifs, Institut Mutualiste Montsouris, Paris

<sup>12</sup> Médecin, Unité mobile de soins palliatifs, Vannes

<sup>13</sup> Infirmière libérale,

<sup>14</sup> Médecin, Unité de soins palliatifs, Bordeaux

<sup>15</sup> Psychologue, Unité mobile de soins palliatifs, Pitié-Salpêtrière, Paris

<sup>16</sup> Médecin, Unité de soins palliatifs, Maison médicale Jeanne Garnier, Paris