



# Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en réanimation

Matthieu LE DORZE

Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Lariboisière, APHP, Paris

Laboratoire de Recherches en Ethique et en Epistémologie, INSERM 1018, Université Paris-Saclay

1

LE CADRE

2

LES PRATIQUES

3

LES PERCEPTIONS

1

# QUESTIONNER LE CADRE

1

## QUESTIONNER LE CADRE



### Une réponse au *mal-mourir* en France

Malgré les lois de 2002 et 2005

La Monde 2008 - « Hervé Pierra, six jours pour mourir »

### Une réponse à la proposition de François Hollande

Campagne de 2012

« Une assistance médicalisée pour finir sa vie dans la dignité »



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# LOIS

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur  
des malades et des personnes en fin de vie (1)

# HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Comment mettre en œuvre une  
sédation profonde et continue  
maintenue jusqu'au décès ?

2018

Antalgie des douleurs rebelles et  
pratiques sédatives chez l'adulte :  
prise en charge médicamenteuse  
en situations palliatives  
jusqu'en fin de vie

2020

# L'EXCEPTION FRANÇAISE LA TROISIÈME VOIE



**Distincte des soins palliatifs**  
**Distincte de l'euthanasie**

Journal of  
**Medical Ethics** 2018

The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life

Horn R.

*The Journal of*  
**Medicine & Philosophy** 2023

Intentions at the End of Life: Continuous  
Deep Sedation and France's Claeys-Leonetti  
law

STEVEN FARRELLY-JACKSON\*

# INDIVIDUALISATION DANS LE DROIT



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **Article 3 (1110-5-2)**

Droit à la sédation profonde et continue

## **Article 4 (1110-5-3)**

Droit à des traitements analgésiques et sédatifs et des soins visant à soulager la souffrance réfractaire

**Une réponse à un besoin distinct de celui de soulager les souffrances ?**

**Pour permettre aux patients mourants de bénéficier d'une assistance médicale pour terminer leur vie dans la dignité ?**

# PROPORTIONNALITÉ ?

**SÉDATION PALLIATIVE  
PROPORTIONNÉE**

**SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE  
MAINTNEUE JUSQU'AU DÉCÈS**

**TITRATION / SOULAGEMENT DE LA SOUFFRANCE**

**TITRATION / PROFONDEUR DE L'INCONSCIENCE**



*EAPC Framework, Cherny et al. Palliat Med 2009*

# SYSTÉMATISME ?

## SÉDATION PALLIATIVE PROPORTIONNÉE

### ADAPTATION

Légère à profonde

Transitoire courte ou prolongée

Ou continue

+/- maintenue jusqu'au décès



Cherny et al. Palliat Med 2009

## SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTNEUE JUSQU'AU DÉCÈS

### SYSTÉMATIQUE

Chez un patient hors d'état d'exprimer ses volontés  
Au décours d'un arrêt des thérapeutiques de maintien  
en vie

Même si la souffrance de celui-ci ne peut être évaluée  
du fait de son état cérébral

*Disproportion potentielle en l'absence de besoin de  
soulagement avec un effet possible de raccourcissement  
de la vie*

## DISTINCTE DE L'EUTHANASIE ?

HAS 2018	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

*"Il y a une différence entre dormir avant de mourir pour ne pas souffrir, et faire dormir avec des médicaments destinés à faire mourir » Jean Leonetti, Assemblée Nationale en 2015*

# DISTINCTE DE L'EUTHANASIE ?

*American Journal of Hospice & Palliative Medicine*<sup>®</sup> 2010

## **Continuous Deep Sedation Until Death: Palliation or Physician-Assisted Death?**

Mohamed Y. Rady, MD, PhD, FCCM,<sup>1,3</sup> and  
Joseph L. Verheijde, PhD, MBA, PT<sup>2,3</sup>

*Journal of Pain and Symptom Management*

## Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment

Henk ten Have, MD, PhD, and Jos V.M. Welie, MA, MMedS, JD, PhD

*Vol. 47 No. 1 January 2014*



BMC Medical Ethics

Controversies surrounding continuous  
deep sedation at the end of life:  
the parliamentary and societal debates  
in France

Raus *et al.* *BMC Medical Ethics* (2016)

2

DE LA THEORIE  
A LA PRATIQUE  
EN RÉANIMATION

DE LA THEORIE  
A LA PRATIQUE  
EN RÉANIMATION



2020

**Deep continuous sedation maintained until death,  
in French Intensive Care Units**

Matthieu Le Dorze . et al.



2023

**Continuous and deep sedation until death  
after a decision to withdraw life-sustaining  
therapies in intensive care units:  
A national survey**

Matthieu Le Dorze<sup>1,2,3</sup> , Romain Barthélémy<sup>1,3</sup> , Mikhael Giabicani<sup>4,5</sup>,  
Gérard Audibert<sup>6</sup>, François Cousin<sup>7</sup>, Clément Gakuba<sup>8</sup>, René Robert<sup>9,10</sup>,  
Benjamin Chousterman<sup>1,3</sup> and Pierre-François Perrigault<sup>11</sup>; The SFAR  
Research Network and The SEDALAT-REA-Group\*

# SPCMD EN RÉA PATIENT HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER SES VOLONTÉS AU DÉCOURS D'UN ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES



57 réanimations en France

208 patients sous SPCMD après une décision d'arrêt des thérapeutiques

*Le Dorze et al. 2023*

**Table 3.** Elements of the decision-making process leading to continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ).

Situation leading to CDS

For a patient who is unable to express his/her wishes

199/208 (96%)

At the request of the patient

9/208 (4%)

# SPCMD EN RÉA PATIENT HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER SES VOLONTÉS AU DÉCOURS D'UN ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES

JAMA | **Original Investigation** | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

## Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016

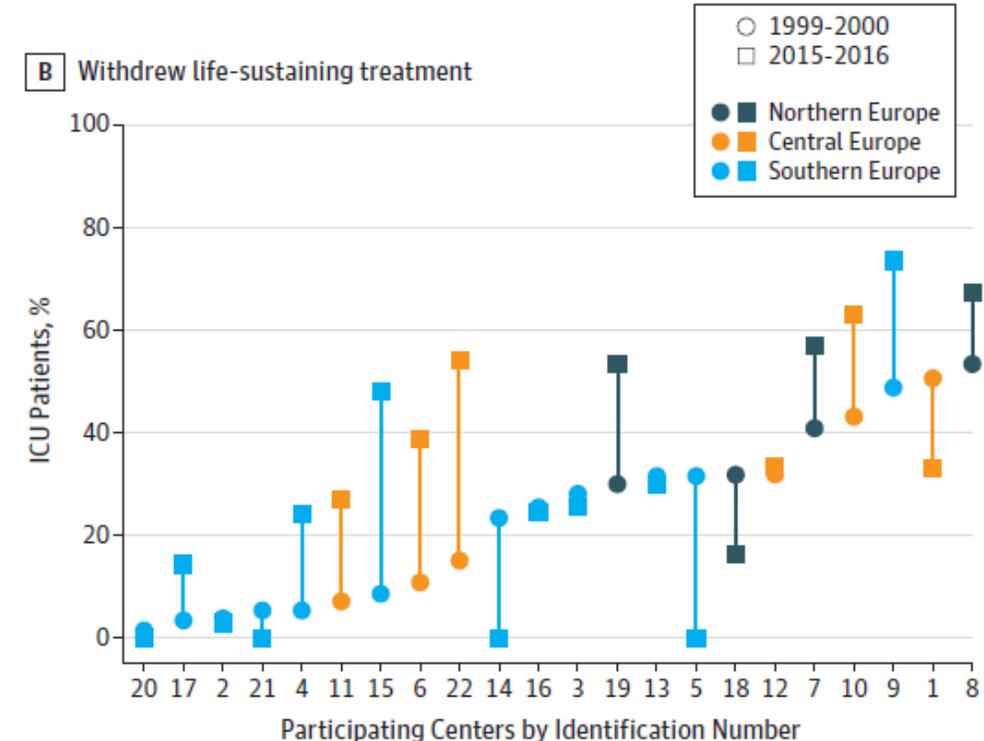
Charles L. Sprung, 2019

22 réanimations en Europe (2015-2016).  
13 625 patients admis sur 6 mois.

### UNE SITUATION FRÉQUENTE

13% des patients de réa décèdent ou ont une décision de LAT

Parmi eux, seulement 11% décèdent sans décision de LAT



# SPCMD EN RÉA PATIENT HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER SES VOLONTÉS AU DÉCOURS D'UN ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES

ORIGINAL

Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: a post-hoc analysis of a multicenter study



Rene Robert

*Intensive Care Med (2020)*

UN BESOIN

50 % d'inconfort à l'arrêt des thérapeutiques

FDR: sédation non profonde

**458 patients** dans 43 réanimations françaises

**Décision d'arrêt de la ventilation invasive**

**Inconfort défini comme**

- Gasp
- et/ou Obstruction bronchique  $\geq 3/4$
- et/ou BPS  $\geq 3$

**Table 2 Factors independently associated with discomfort: multivariate analysis**

	OR [CI, 95%]	P value
Immediate extubation	2.300 [1.460–3.624]	0.0003
RASS of – 5	0.468 [0.282–0.776]	0.0032
Vasoactive agent infusion	0.300 [0.158–0.568]	0.0002

# Patient hors d'état d'exprimer ses volontés, arrêt des thérapeutiques EN PRATIQUE: SPCMD NON SYSTÉMATIQUE

## EN THEORIE

### Article 1110-5-2

...dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue ...

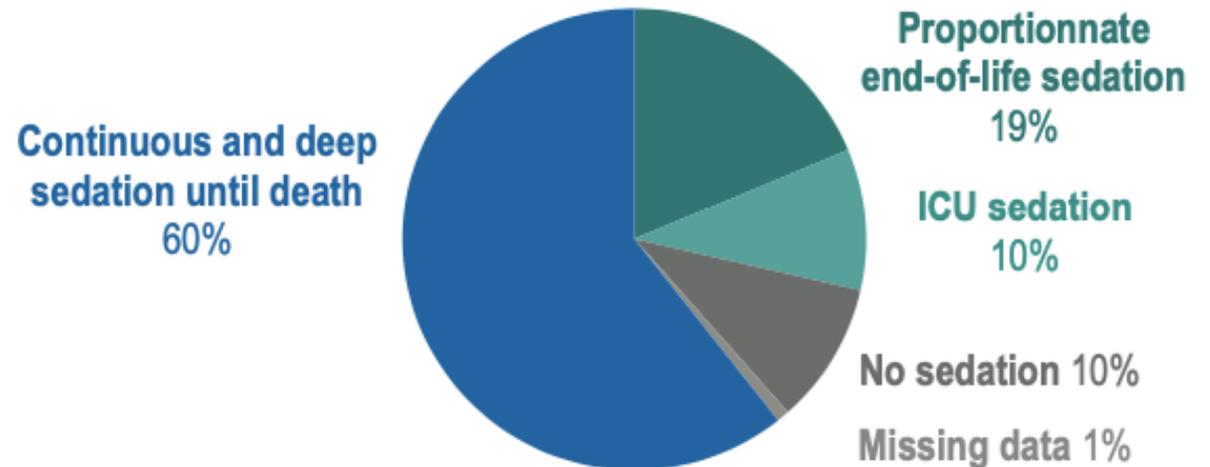
### Article 4127-37-3

... le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue ...

## EN PRATIQUE

### INTENT OF SEDATION

at the time to withdraw life-sustaining therapies in 343 end-of-life ICUs patients



# SPCMD EN RÉA QUELLE PRATIQUE MÉDICAMENTEUSE?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2020

Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie

## ► Pratiques sédatives dans les services de réanimation

Aucune donnée de la littérature spécifique de la réanimation ne permet actuellement d'émettre des recommandations de bonne pratique de la SPCMD en réanimation. Quelques principes peuvent être rappelés :

- si aucune pratique sédative n'est en cours, le midazolam est le médicament de première intention par voie intraveineuse ;
- le propofol peut être envisagé également en première intention ou en association ;
- les neuroleptiques, les alpha2-agonistes (ex. : la clonidine, la dexmédétomidine) peuvent être envisagés en cas de signes neurovégétatifs ;
- l'utilisation des opioïdes doit être systématique, qu'ils soient introduits, poursuivis ou renforcés ;
- les curares n'ont pas leur place dans la pratique de la SPCMD.

# SPCMD EN RÉA

## QUELS MÉDICAMENTS À QUELLES DOSES ?

**Table 4.** Continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ) versus other end-of-life sedative practices ( $n = 98$ ) at the time to withdraw life-sustaining therapies.

	Continuous and deep sedation $n = 208$	Other end-of-life sedative practices $n = 98$	$p$
<b>Sedation</b>			
Midazolam	140 (67%)	67 (68%)	0.115
Propofol	43 (21%)	25 (26%)	0.429
Midazolam + propofol	24 (12%)	2 (2%)	0.004*
Others	1 (1%)	4 (4%)	
Midazolam dose (mg h <sup>-1</sup> )	10 [5–18]	5 [3–10]	<0.01*
Propofol dose mg h <sup>-1</sup>	200 [120–250]	120 [100–200]	0.02*

# SPCMD EN RÉA

## QUELS MÉDICAMENTS À QUELLES DOSES ?

**Table 4.** Continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ) versus other end-of-life sedative practices ( $n = 98$ ) at the time to withdraw life-sustaining therapies.

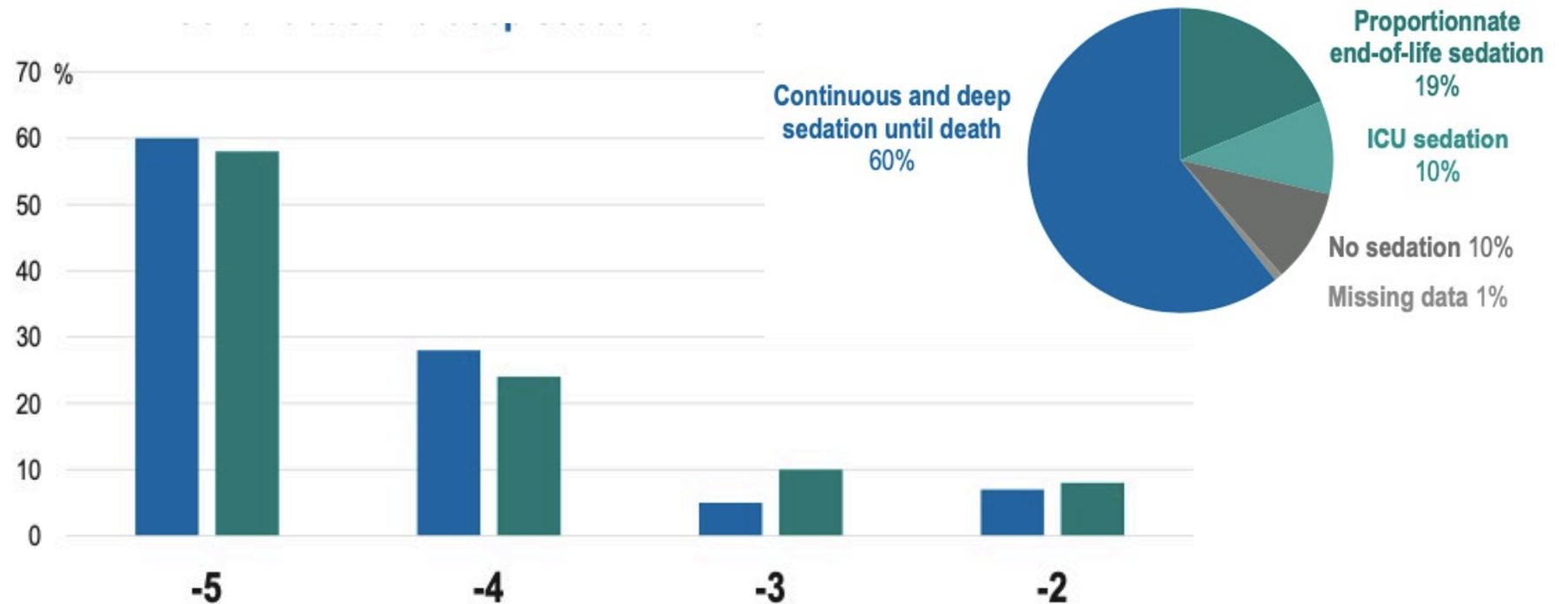
	Continuous and deep sedation $n = 208$	Other end-of-life sedative practices $n = 98$	$p$
<b>Sedation</b>			
Midazolam	140 (67%)	67 (68%)	0.115
Propofol	43 (21%)	25 (26%)	0.429
Midazolam + propofol	24 (12%)	2 (2%)	0.004*
Others	1 (1%)	4 (4%)	
Midazolam dose (mg h <sup>-1</sup> )	10 [5–18]	5 [3–10]	<0.01*
Propofol dose mg h <sup>-1</sup>	200 [120–250]	120 [100–200]	0.02*

SPCMD: même médicaments à plus fortes doses

# SPCMD EN RÉA QUELLE PROFONDEUR DE SÉDATION ?

EN THEORIE  
RASS -4-5

EN PRATIQUE : même médicaments à plus fortes doses  
Sans effet sur la profondeur de la sédation



# SPCMD EN RÉA ANALGÉSIE TOUJOURS ASSOCIÉE

## EN THEORIE

### Article 4127-37-3

... une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie...

## EN PRATIQUE

**Table 4.** Continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ) versus other end-of-life sedative practices ( $n = 98$ ) at the time to withdraw life-sustaining therapies.

	Continuous and deep sedation $n = 208$	Other end-of-life sedative practices $n = 98$	$p$
Sedation			
Analgesia	196 (94%)	92 (94%)	1.0
Sufentanil	115 (59%)	41 (44%)	0.04*
Morphine	70 (35%)	42 (46%)	0.15
Others	11 (6%)	9 (10%)	
Sufentanil dose ( $\mu\text{g h}^{-1}$ )	30 (20–40)	20 (10–25)	<0.01*
Morphine dose ( $\text{mg h}^{-1}$ )	5 (4–10)	3 (2–5)	<0.01*
Analgesia scale	150 (76%)	61 (66%)	0.09
BPS	138 (92%)	55 (90%)	0.038
Others	12 (8%)	6 (10%)	

# SPCMD EN RÉA DÉLAI DE SURVENUE DE LA MORT ???



**ARREVE 2013-2014 en France avant SPCMD**

43 réanimations en France, 210 patients extubation terminale

RASS score -4 +/-2

**Délai médian entre l'AT et la mort: 2,7 h (0,4-10,9)**



**ETHICUS-2 2015-2016 EN EUROPE**

22 réanimations en Europe (2015-2016).

13 625 patients admis sur 6 mois.

**Délai médian entre l'AT et la mort: 11,5 h (vs. 1701h en 1999-2000)**

# SPCMD EN RÉA

## DÉLAI DE SURVENUE DE LA MORT ???



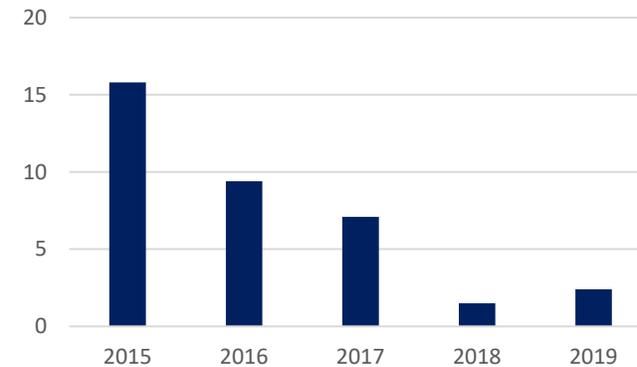
### Critical pathways for controlled donation after circulatory death in France

*M. Le Dorze, L. Martin-Lefèvre, G. Santin et al.*  
*Anaesth Crit Care Pain Med 41 (2022)*

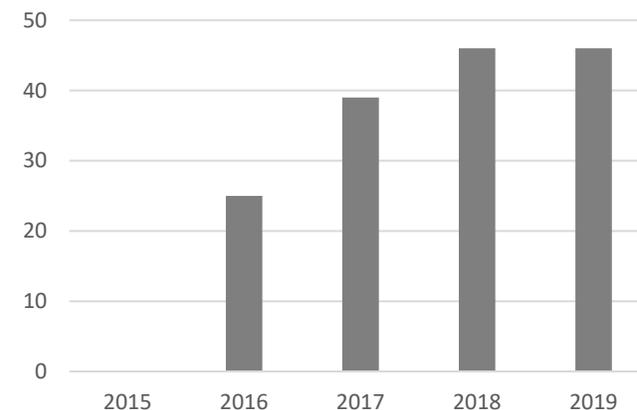
495 donneurs potentiels Maasricht 3  
AT + SPCMD

Délai median entre l'AT et la mort 15 minutes  
[11-20] minutes

Proportion de décès hors délai du PMO (>180 minutes)



Proportion de sédation augmentée au moment de l'AT



# SPCMD EN RÉA: QUEL PROCESSUS DÉCISIONNEL ?

## LA PROCÉDURE COLLÉGIALE

### EN THEORIE

**OBJECTIF:** vérifier les Conditions d'application de la sédation profonde et continue

- ✓ Décision d'AT au titre du refus de l'obstination déraisonnable
- ✓ Absence de directives anticipées s'opposant à la SPCMD

#### MODALITÉS

- ✓ **Information** en amont
- ✓ **Respect des volontés** (DA, PC, proche)
- ✓ **Concertation** de l'équipe de soins
- ✓ **Avis motivé consultant extérieur**
- ✓ **Décision motivée**
- ✓ **Information** en aval

# SPCMD EN RÉA: QUEL PROCESSUS DÉCISIONNEL ? LA PROCÉDURE COLLÉGIALE

## EN PRATIQUE

**Table 3.** Elements of the decision-making process leading to continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ).

Situation leading to CDS	
For a patient who is unable to express his/her wishes	199/208 (96%)
At the request of the patient	9/208 (4%)
Collegial decision-making process related to CDS	172/208 (83%)
At the same time as WLST decision	155/172 (91%)
Formalized and documented	152/172 (88%)
Consultation with the ICU team	147/172 (85%)
Consultation with an external physician	123/172 (71%)
Knowledge of patient's wishes	
Regarding end of life	54/208 (26%)
Regarding CDS	6/208 (3%)
Information to relatives	
Regarding WLST decision	199/208 (96%)
Regarding CDS	170/208 (82%)
Palliative care team referral for CDS practice	8/208 (4%)

# SPCMD EN RÉA: QUEL PROCESSUS DÉCISIONNEL ? LA PROCÉDURE COLLÉGIALE

## EN PRATIQUE

**Table 3.** Elements of the decision-making process leading to continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ).

Situation leading to CDS	
For a patient who is unable to express his/her wishes	199/208 (96%)
At the request of the patient	9/208 (4%)
Collegial decision-making process related to CDS	172/208 (83%)
At the same time as WLST decision	155/172 (91%)
Formalized and documented	152/172 (88%)
Consultation with the ICU team	147/172 (85%)
Consultation with an external physician	123/172 (71%)
Knowledge of patient's wishes	
Regarding end of life	54/208 (26%)
Regarding CDS	6/208 (3%)
Information to relatives	
Regarding WLST decision	199/208 (96%)
Regarding CDS	170/208 (82%)
Palliative care team referral for CDS practice	8/208 (4%)

# SPCMD EN RÉA: QUEL PROCESSUS DÉCISIONNEL ? LA PROCÉDURE COLLÉGIALE

## EN PRATIQUE

**Table 3.** Elements of the decision-making process leading to continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ).

Situation leading to CDS	
For a patient who is unable to express his/her wishes	199/208 (96%)
At the request of the patient	9/208 (4%)
Collegial decision-making process related to CDS	172/208 (83%)
At the same time as WLST decision	155/172 (91%)
Formalized and documented	152/172 (88%)
Consultation with the ICU team	147/172 (85%)
Consultation with an external physician	123/172 (71%)
Knowledge of patient's wishes	
Regarding end of life	54/208 (26%)
Regarding CDS	6/208 (3%)
Information to relatives	
Regarding WLST decision	199/208 (96%)
Regarding CDS	170/208 (82%)
Palliative care team referral for CDS practice	8/208 (4%)

Original Article

# Tension between continuous and deep sedation and assistance in dying: a national survey of intensive care professionals' perceptions

Louis Auffray<sup>a</sup>, Pierre Mora<sup>b</sup>, Mikhaël Giabicani<sup>c</sup>, Nicolas Engrand<sup>d</sup>, Gérard Audibert<sup>e</sup>,  
Pierre-François Perrigault<sup>f</sup>, Claire Fazilleau<sup>g</sup>, Robinson Gravier-Dumonceau<sup>h</sup>,  
Matthieu Le Dorze<sup>i</sup>  

# SPCMD EN RÉA

## PERCEPTIONS DES SOIGNANTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

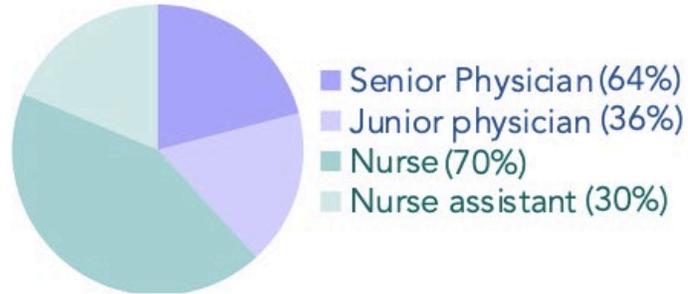
### A. 956 CRITICAL CARE PROFESSIONALS



PHYSICIANS  
38%



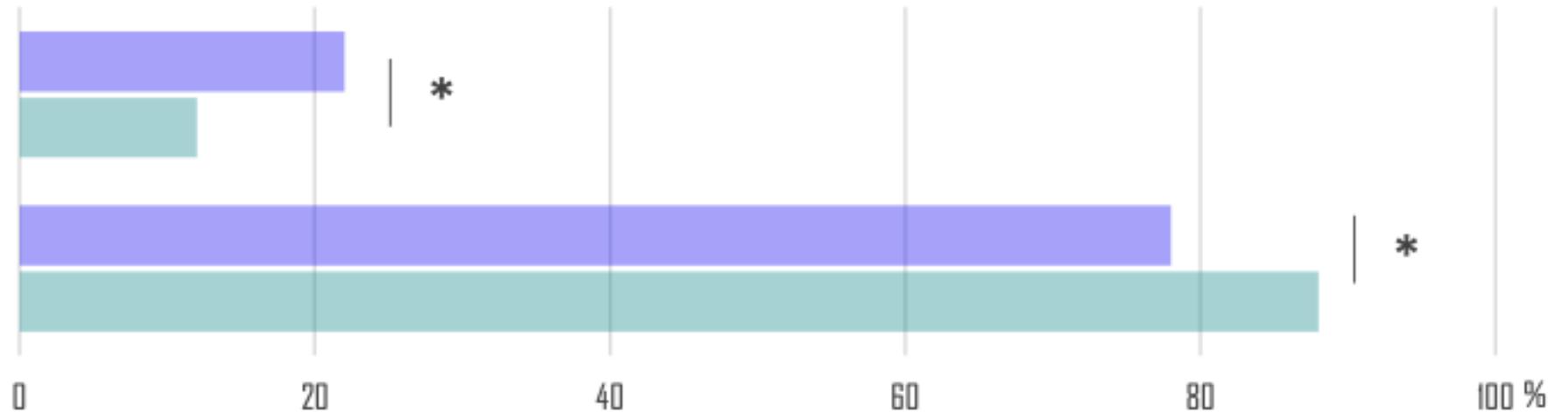
NURSES  
62%



The purpose is to induce a coma in order to relieve or prevent unbearable suffering

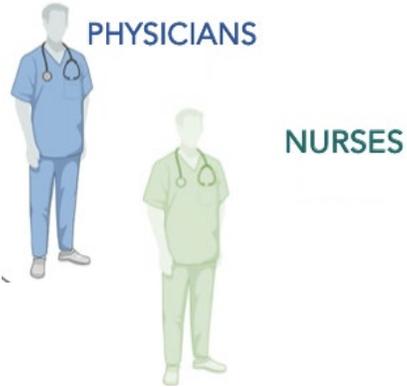
**TO HASTEN DEATH**

**AWAITING  
NATURAL DEATH**



# SPCMD EN RÉA

## PERCEPTIONS DES SOIGNANTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



**52%** estiment que

**LE CADRE ACTUEL NE RÉPOND PAS À LA VARIÉTÉ DES SITUATIONS RENCONTRÉES EN RÉA**



**20%** estiment que

**UNE EXTUBATION TERMINALE SOUS SPCMD EST UNE AIDE ACTIVE À MOURIR**

# LÉGALISATION DE L'AIDE ACTIVE À MOURIR

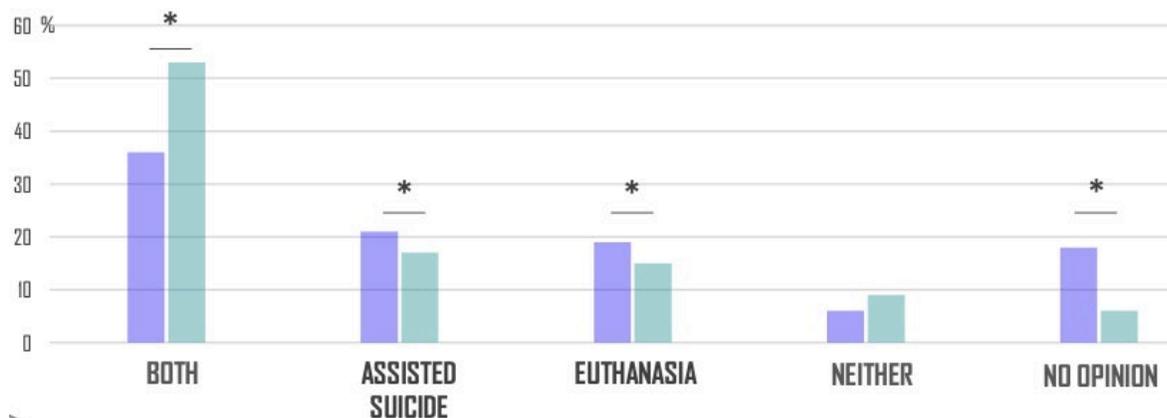
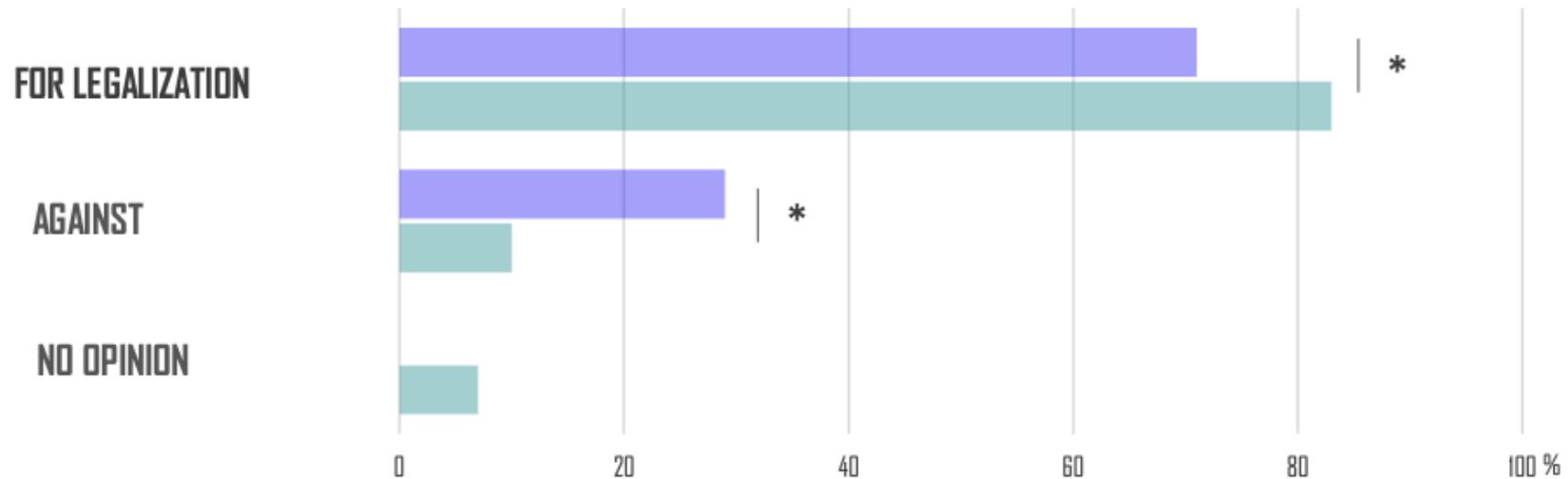
## PERCEPTIONS DES SOIGNANTS DE RÉANIMATION



PHYSICIANS  
38%



NURSES  
62%



1

Un cadre unique au monde pour une pratique controversée

2

Un écart entre la théorie et la pratique

Une discordance entre l'intention et l'action

3

La perception d'une frontière étroite avec l'aide active à mourir

Une adhésion à la légalisation de l'aide active à mourir



## Fin de vie médicalisée: à quand une loi Claeys-Leonetti en Belgique?

Par Jean-Louis Vincent, intensiviste, professeur à l'Université Libre de Bruxelles, ancien président de la Société Belge de Soins Intensifs.

**« La France est en avance sur nous dans le domaine de l'arrêt thérapeutique »**

On parle beaucoup de la loi belge sur l'euthanasie, qui a 20 ans.. On en vante notre avancée dans le domaine.

On discute beaucoup moins de l'arrêt de traitement qui n'a plus de sens. Certains médecins belges auront le courage de recourir à l'euthanasie non demandée, beaucoup d'autres auront trop peur de poursuites judiciaires éventuelles.

La vie des intensivistes (« réanimateurs ») français s'est vue transformée en 2005 par la loi Leonetti. La nouvelle loi Claeys-Leonetti de février 2016 a été plus loin, en prévoyant explicitement une sédation terminale, dans l'idée de mettre fin à ce qui devient l'acharnement thérapeutique . Elle fournit aux praticiens la possibilité légale que « le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie. »

Les intensivistes belges aimeraient pouvoir bénéficier d'une telle protection. Nous attendons toujours une loi Claeys-Leonetti en Belgique.

Merci  
pour votre attention



[matthieu.ledorze@aphp.fr](mailto:matthieu.ledorze@aphp.fr)

# DISTINCTE DES SOINS PALLIATIFS ?

## Notion de proportionnalité

### European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care

#### SÉDATION PALLIATIVE

Utilisation surveillée de médicaments

- dans l'intention d'induire un état de conscience diminuée ou absente
- dans le but de soulager la charge d'une souffrance réfractaire
- de manière éthiquement acceptable par le patient, sa famille et ses soignants

#### PROPORTIONNALITÉ

= Titration la sédation à la dose minimale efficace pour soulager la souffrance



# UNE PRATIQUE SÉDATIVE SURVEILLÉE

*Validation française de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) de Chanques et al.*

Niveau	Description	Définition	
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters, et/ou agressif envers l'équipe	
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Éveillé et calme		
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)	stimulation verbale
- 2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)	
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (exemple : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	stimulation physique
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	

# TERMINOLOGIE QUEBÉQUOISE



chapitre S-32.0001

## LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

- 3° «soins de fin de vie» les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir;
- 4° «soins palliatifs» les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire;
- 5° «sédation palliative continue» un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès;
- 6° «aide médicale à mourir» un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un professionnel compétent à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

## Continuous and deep sedation until death after a decision to withdraw life-sustaining therapies in intensive care units: A national survey



Matthieu Le Dorze<sup>1,2,3</sup> , Romain Barthélémy<sup>1,3</sup> , Mikhael Giabicani<sup>4,5</sup>, Gérard Audibert<sup>6</sup>, François Cousin<sup>7</sup>, Clément Gakuba<sup>8</sup>, René Robert<sup>9,10</sup>, Benjamin Chousterman<sup>1,3</sup> and Pierre-François Perrigault<sup>11</sup>; The SFAR Research Network and The SEDALAT-REA-Group\*

57 réanimations en France  
343 patients consécutifs décédés  
au décours d'une décision d'arrêt des thérapeutiques

**Table 2.** Demographic characteristics of patients receiving continuous and deep sedation until death ( $n = 208$ ).

Age	70 [57–79]
Gender, male	143 (69%)
Reason of admission	
Neurological failure	68 (33%)
Cardiovascular failure	37 (18%)
Sepsis	23 (11%)
Respiratory disease	15.0 (7%)
Post-operative	21 (10%)
Other	44 (21%)
Comorbidities	
Hypertension	100 (48%)
Diabetes	81 (39%)
Heart disease	43 (21%)
Respiratory disease	26 (12%)
Renal disease	21 (10%)
ICU length of stay (days)	7 [4–14]
SAPS	61 [49–77]

ICU: intensive care units; SAPS: simplified acute severity score.

## Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine

Robert D. Truog,

Medication	Typical Starting Dose, Adult, IV	Typical Starting Dose, Pediatric, IV	Duration, hrs	Typical Starting Infusion Rate, Adult	Typical Starting Infusion Rate, Pediatric
Midazolam	1 mg	0.1 mg/kg	1.5–2	1–5 mg/hr	0.05–0.1 mg·kg <sup>-1</sup> ·hr <sup>-1</sup>
Propofol	1 mg/kg	1 mg/kg	10–15min	0.5–3.0 mg·kg <sup>-1</sup> ·hr <sup>-1</sup>	0.5–3.0 mg·kg <sup>-1</sup> ·hr <sup>-1</sup>

Medication	Equianalgesic Dosing, IV	Typical Starting Dose, Adult, IV	Typical Starting Dose, Pediatric, IV	Duration, hrs	Typical Starting Infusion Rate
Morphine	1	2–10 mg	0.1 mg/kg	3–4	0.05–0.1 mg·kg <sup>-1</sup> ·hr <sup>-1</sup>
Fentanyl	0.01	50–100 µg	1–5 µg/kg	0.5–2.0	1–10 µg·kg <sup>-1</sup> ·hr <sup>-1</sup>

# LE MÉDECIN CONSULTANT EXTÉRIEUR

- Il dispose des connaissances, de l'expérience, et, puisqu'il ne participe pas directement aux soins, du recul et de l'impartialité nécessaires pour apprécier la situation dans sa globalité.
- Il n'est pas nécessairement un spécialiste ou un expert de la question. Non pas que les avis techniques d'experts soient superflus, mais ils interviennent plus tôt, en amont de la décision.
- S'il n'est pas nécessairement un spécialiste de l'éthique, son expérience, ses capacités professionnelles et humaines doivent lui permettre une analyse claire de la situation.
- En possession de toutes les données concernant la situation de la personne malade, il doit, non seulement apporter un avis éclairé, mais aussi aider, par un échange confraternel, le praticien qui le consulte à mener à terme la réflexion dans l'intérêt du patient.