



OUTILS D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS



Cette nouvelle édition du guide a pour objectif d'accompagner les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. Elle propose un éclairage actualisé sur les outils disponibles pour l'accompagnement en soins palliatifs : du repérage à la prise en charge.



Edition 2026

Ce document, élaboré par les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs du Maine-et-Loire avec le soutien de la CASSPA 49, est protégé par la propriété intellectuelle. Toute utilisation nécessite citation et référencement



Autres guides de la même collection



Autres outils accessibles sur le site :

www.casspa49.fr

Fiches pratiques sur la gestion des symptômes

Série web humoristique pour changer le regard sur les soins palliatifs



Date de mise à jour : 2026

Conception et réalisation : CASSPA 49 en lien avec les EMSP

Réalisation / photos libres de droit : CANVA



SOMMAIRE

En cas de questionnements ou de difficultés, ayez le bon réflexe : contactez l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) de votre territoire.....P4

REPÉRER LES BESOINS

P 6

GÉRER LES SYMPTÔMES

P 16

SE FAIRE AIDER PAR UNE ÉQUIPE

P 24

INFORMER DE LA POSSIBILITÉ D'ÉCRIRE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ET DE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

P 29

METTRE EN OEUVRE UNE SÉDATION

P 33

GÉRER LES URGENCES

P 37



Pour vous accompagner

En cas de questionnements ou de difficultés, ayez le bon réflexe : contactez l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) de votre territoire



EMSP CHU Angers
02 41 35 56 96
soins-palliatifs@chu-angers.fr



EMSP ICO - Site Angers
06 76 68 36 80
emsp.papin@ico.unicancer.fr



EMSP Centre Hospitalier de Cholet
02 41 49 62 70
eq.mobile-s.palliatifs@ch-cholet.fr



EMSP Centre Les Récollets - Doué-en-Anjou
02 41 83 46 49
accueil-emsp@fondation-sjd.fr



EMSP Centre Hospitalier de Saumur
02 41 53 35 16
secretariat.soinspalliatifs@ch-saumur.fr



Unité de Soins Palliatifs - USP CHU Angers
02 41 35 56 96



POUR EN SAVOIR PLUS

Les **Équipes Mobiles de Soins Palliatifs** peuvent intervenir au sein des EHPAD, en appui aux professionnels.



Conformément à l'instruction sur les filières territoriales de soins palliatifs de 2023 (annexe 6), leurs missions s'inscrivent dans une logique de soutien, de conseil et de diffusion de la culture palliative sur le territoire.

Les EMSP peuvent aussi intervenir en structures hospitalières ou à domicile.

L'intervention d'une EMSP vise avant tout à :

- Soutenir les équipes de l'EHPAD dans la prise en charge de situations complexes, tant sur le plan clinique qu'éthique ou organisationnel
- Renforcer les compétences des professionnels par un accompagnement de terrain, des échanges de pratiques et des formations
- Favoriser l'intégration de la démarche palliative dans le projet d'établissement et dans les parcours de soins des résidents
- Faciliter la coordination territoriale, en lien avec les autres acteurs de santé et médico-sociaux, afin d'assurer la continuité et la qualité des accompagnements

Une EMSP n'a pas vocation à se substituer aux équipes de soins de l'EHPAD ni à réaliser les soins à leur place, mais à les soutenir dans leur pratique.

Les modalités concrètes de cette collaboration sont précisées dans la convention signée entre l'établissement et l'EMSP de territoire, qui définit les conditions d'intervention et les engagements réciproques.



INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE du 21/06/2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale « soins palliatifs – prise en charge de la douleur – accompagnement de la fin de vie » 2024-2034 (Annexe 6. EMSP)



Repérer les besoins en soins palliatifs

Dans cette partie, 3 outils sont présentés :

- o Repérage précoce et accompagnement des personnes en soins palliatifs
- o Repérage des situations à risque de décompensation aiguë
- o Aide à la détermination de l'ambiance des soins

1 OUTIL. REPÉRAGE PRÉCOCE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Créée par les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) du Maine-et-Loire, cette brochure aide les professionnels à repérer précocement les besoins en soins palliatifs chez un patient atteint d'une maladie grave, évolutive ou terminale pour une prise en charge adaptée (Juste soin, intervenants adéquats, bon moment).

SON CONTENU ?

La brochure définit 3 étapes



1

MON PATIENT RENTRE-T-IL DANS LA DÉMARCHE PALLIATIVE ?

Ci-dessous une check-list de questionnements à vérifier pour décider d'une démarche palliative.

CONDITION OBLIGATOIRE

1. Le patient est atteint d'une pathologie grave, évolutive ou terminale

Ex. de pathologie :

- Affection maligne, cancéreuse évoluée ou terminale
- Insuffisance fonctionnelle sévère et évolutive (*respiratoire, rénale, cardiaque, hépatique, pathologies du grand âge, etc.*)
- Pathologies infectieuses sévères et évolutives
- Affections neurologiques aiguës ou dégénératives évoluées

CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES POUVANT CONFORTER LA DÉCISION

2. Les traitements curatifs qui visent à guérir la maladie du patient, ou à ralentir son évolution ne sont plus efficaces

3. Les soins doivent être principalement orientés vers une prise en charge symptomatique visant le confort physique, psychologique et moral du patient



SI L'ÉTAPE 1 EST VÉRIFIÉE,
PASSEZ À L'ÉTAPE 2



En cas de doute : contacter
l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs
de votre territoire (cf. Étape 3)



2

APPROCHE PALLIATIVE DANS LA PRISE EN CHARGE

LE PATIENT



Traçabilité des informations délivrées et de la décision du patient dans son dossier

Que sait-il ?

- Du diagnostic
- Du pronostic

Que peut-il en dire ?
Que peut-il en comprendre ?
Que veut-il en savoir ?

Que souhaite-t-il ?

Quelles sont ses priorités ?

Gestion des situations d'inconfort (*douleur, dyspnée, constipation, etc.*)

Besoin d'accompagnement psychologique, social et spirituel

Projets personnels (*événement familial, démarches administratives à entreprendre*)

Souhaits en termes de lieu d'accompagnement de fin de vie, de décès

Quelle place souhaite-t-il pour son entourage ? (*Information, implication*)

A-t-il rédigé des directives anticipées ?

A-t-il désigné une personne de confiance ?

Quel projet peut-on envisager ensemble ?

Quelle est la pertinence des différents traitements, soins ou examens ?

Y a-t-il des situations à risque qui nécessitent des prescriptions anticipées ?

Quel accompagnement proposer en pratique sur le plan psychologique, social et spirituel ?

Y a-t-il besoin de solliciter des ressources extérieures pour respecter le projet du patient ? (*HAD, équipes ressources, hospitalisation dans un établissement, bénévoles d'accompagnement, etc.*)



L'ENTOURAGE

L'identifier ?

- Famille, amis, voisins, etc.
- S'intéresser à l'histoire de vie (Liens antérieurs : unité / mésentente, etc.)
- Personne de confiance
- Personne à prévenir

Quels rôles et droits pour la personne de confiance ?

Avec l'accord du patient, favoriser le droit à l'information sur la maladie, son évolution ainsi que sur les symptômes.

- ❄ Si le patient le souhaite, la personne de confiance (au sens sanitaire) assiste aux entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions. Elle a un devoir de confidentialité
- ❄ Si le patient ne peut plus exprimer sa volonté, elle deviendra son porte-parole. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage

Quelles ressources proposer à l'entourage ?

Équipe soignante ou extérieure, psychologue, assistante sociale, associations, bénévoles d'accompagnement, etc.



L'ÉQUIPE

Que sait-elle ?

- De l'évolution de la pathologie (*Phase curative/phase palliative et/ou phase terminale*)
- Des souhaits du patient
Traitements (*arrêt/limitation*)
Avenir (*retour à domicile, convalescence, etc.*)
Rédaction de directives anticipées, désignation d'une personne de confiance
- Des souhaits et des possibilités de l'entourage (*leviers et freins*)
- Du souhait d'investissement de l'entourage dans le quotidien des soins (lui permettre de participer activement à l'accompagnement : soins de bouche, toilette, etc.)

Comment vit-elle la prise en soins du patient ?



Quelle est la complexité de la prise en charge ?

Symptomatique
Éthique
Avenir
Difficulté avec l'entourage
Construction du Projet de soin



Que souhaite-t-elle ?

Accompagnement du patient jusqu'à la fin ?



Comment a-t-elle vécu la situation ?

Besoin de soutien
Temps de parole
Analyse de pratiques
Staff
Relecture de dossier



3

ÉQUIPES RESSOURCES : LES ÉQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS - EMSP

Les EMSP peuvent intervenir en structures hospitalières, médico-sociales, à domicile et dans leurs locaux. Des conventions entre une EMSP et ses partenaires peuvent être passées dans une démarche d'articulation et de collaboration.

LEURS MISSIONS

- Accompagner des équipes de soins confrontées à des décisions complexes et délicates d'un point de vue éthique, sans se substituer à elles
- Informer sur les droits des patients en soins palliatifs
- Apporter des conseils thérapeutiques pour la prise en charge de la douleur et des autres symptômes
- Proposer un accompagnement psycho-social et spirituel
- Diffuser et former à la culture des soins palliatifs
- Participer à l'information grand public
- Faciliter le développement de la démarche palliative
- Contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs

LEURS MISSIONS

Actions de formation, temps de réflexion éthique, analyse de la pratique, coordination de soins et compagnonnage

LA COMPOSITION

Équipe pluridisciplinaire composée de médecin, infirmier.e, psychologue, etc.

Les équipes mobiles du 49

Angers

02 41 35 56 96 (CHU)

06 76 68 36 80 (ICO)

Cholet : 02 41 49 62 70

Doué-en-Anjou : 02 41 83 46 49

Saumur : 02 41 53 35 16 (Intra + EHPAD Saumur)

Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs
Pédiatriques des Pays de la Loire (Ondine)

Angers : 02 41 35 60 00



Brochure présentée au congrès de la SFAP en juin 2019 - téléchargeable sur : www.casspa49.fr


POUR ALLER PLUS LOIN

- Instruction interministérielle du 21/06/2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034 - Annexe 6. Référentiel d'organisation relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- Rubrique « L'offre de soins en Maine et Loire » : www.casspa49.fr
- Outils PALLIA 10 et PALLIA GERONTO - Répertoire national des structures de soins palliatifs : www.sfap.org

2

REPÉRAGE DES SITUATIONS À RISQUE DE DÉCOMPENSATION AIGUË

Outil ASUPAD



SYMPTÔMES	RECHERCHE DES SIGNES ASSOCIÉS	RÉSULTAT	POURQUOI
AFFECTION INTERCURRENTÉ CHEZ UN RESIDENT DIABÉTIQUE	Surveillance plus rapprochée de la glycémie capillaire	Appeler le médecin si déséquilibre	Risque de décompensation de la glycémie capillaire
PRISE DE POIDS D'AU MOINS 3KG DANS LE MOIS	RECONTRÔLE DU POIDS TOUTES LES 48H RECHERCHE DE SIGNES DE GÊNE RESPIRATOIRE JOUR ET NUIT RECHERCHE D'ŒDÈME	APPELER LE MÉDECIN SI SIGNES ASSOCIÉS OU MAJORATION DE LA PRISE DE POIDS	RISQUE DE DÉCOMPENSATION D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
PERTE DE POIDS DE 5% DANS LE MOIS	Surveillance des apports hydriques et alimentaires Recherche de signes digestifs Vérification de l'état buccal	Appeler le médecin si signes associés ou traitement diurétique	Risque de déshydratation
TOUX INHABITUELLE	Recherche de fièvre, de prise de poids, de modification du comportement, de majoration de l'encombrement bronchique éventuel Mesure de la fréquence respiratoire et saturation en oxygène	Appeler le médecin si signes associés ou toux persistante	Risque de décompensation respiratoire



<p>COMPORTEMENT INHABITUELLE</p> <p>Tous les comportements Répertoriés dans le NPI* sont à prendre en compte</p> <p><i>(ex : agitation, agressivité, apathie...)</i></p>	<p>Prise des constantes et réalisation de la bandelette urinaire, retard de selles,</p> <p>Recherche d'une douleur, d'un globe vésical, de signes de déshydratation, de signes respiratoires, de troubles de la glycémie, d'antécédents de chute récente, changement de traitement récent</p> <p>Enregistrement des fluctuations du comportement sur les 24h</p>	<p>Appeler le médecin si signes associés ou persistance du comportement inhabituel</p>	<p>Signes précurseurs de toute affection aiguë</p>
--	--	--	--

*Neuro-Psychiatric Inventory

3

AIDE À LA DÉTERMINATION DE L'AMBIANCE DE SOINS



Outil ASUPAD

Date :

Nom et prénom du résident : Date de naissance :

Personne de confiance :

	NIVEAU D'AMBIANCE*	CRITERES CORRESPONDANTS
<input type="checkbox"/>	Non défini	Ambiance non définie à ce jour
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 1	Pas de limitation de soins Prise en charge maximale en termes d'interventions techniques et thérapeutiques
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 2	Soins mesurés avec hospitalisation si nécessaire Introduction d'une certaine limitation en termes d'explorations, d'interventions techniques et thérapeutiques
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 3	Soins en priorité à l'EHPAD Traitements des événements intercurrents de préférence au sein de l'EHPAD. A priori pas de transfert en centre hospitalier
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 4	Soins terminaux (ou en fin de vie) à l'EHPAD Interventions visant exclusivement à traiter la douleur et tout autre symptôme d'inconfort, sans traitement curatif

**d'après le niveau d'intervention médicale du Collège des Médecins du Québec*

Discussion collégiale avec :

Nom et prénom :	Lien avec la personne		
		
		Signature	Date
	Médecin traitant		
	Médecin coordonnateur		

Directives anticipées : rédigées non rédigées

Signature de l'utilisateur ou de son représentant :Date :

*Les décisions concernant les ambiances de soins peuvent être révisées à tout moment.
Une nouvelle fiche est établie à chaque révision.*





Gérer les symptômes chez les patients en soins palliatifs

1

La CASSPA 49 met à disposition des professionnels des fiches pratiques pour les aider à gérer différents symptômes chez des patients en soins palliatifs.

Des supports clairs, synthétiques et faciles d'utilisation pour :

- Comprendre le symptôme
- Rechercher les causes
- Recommander des approches non médicamenteuses
- Proposer des approches médicamenteuses à titre indicatif

2

Exemples de symptômes :

- Agitation
- Asthénie
- Confusion
- Douleur (avec échelles d'évaluation)
- Dyspnée
- Encombrement bronchique en soins palliatifs
- Hoquet
- Prurit
- ...



3

Un appui à la prescription

Chaque fiche renvoie à un tableau intitulé "Prescriptions médicamenteuses à titre indicatif par symptômes », avec les posologies indiquées.

Exemples d'outils

- Fiche « Agitation » – Outil CASSPA 49
- Fiche pratique « Il va mourir de faim, il va mourir de soif : que répondre ? » – Outil SFAP

Retrouvez toutes les fiches sur : www.casspa49.fr
Rubrique "Ressources documentaires"



Fiche symptôme

Agitation

Point clé

Les fiches de la CASSPA 49 sont élaborées par un consensus professionnel. Elles constituent des propositions mais n'ont pas valeur de recommandations Dans toutes les situations, évaluer l'intérêt des traitements en fonction de l'avancée de la maladie. Ils ne doivent pas aggraver l'inconfort.

+ Ayez le réflexe des prescriptions médicales anticipées

Ressources du territoire

Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

- EMASSP CHU Angers 02 41 35 56 96
- EMSP ICO Angers 06 76 68 36 80
- EMSP Cholet 02 41 49 62 70
- EMSP Saumur 02 41 53 35 16
- EMSP Doué-en-Anjou 02 41 83 46 49

Unité de soins palliatifs

- USP CHU Angers 02 41 35 36 13

Définition

- Trouble du comportement parfois brutal
- Activité psychique et motrice désordonnée, inadaptée avec durée variable
- Manifestations émotionnelles possibles (rires, pleurs, cris...)
- Agressivité possible
- Fréquente en phase terminale

Causes et conduites à tenir

Les causes peuvent être multiples :

Organiques : douleur, rétention urinaire, fécalome, fièvre...

Métaboliques : insuffisance respiratoire, anémie, déshydratation, dénutrition, insuffisance rénale aigue, diabète, aggravation de la pathologie, troubles ioniques

Iatrogènes : médicaments (opioïdes, corticoïdes, antidépresseurs ...), surdosage/sevrage...

Pathologiques : troubles neuro-cognitifs, tumeurs, maladies neurologiques...

Psychiques : repli, isolement, peur, angoisse, hallucinations

Conduite à tenir

- Évaluer la gêne ressentie par le patient
- Rassurer et informer le patient et son entourage
- Identifier et traiter les causes d'agitation
- Soulager le symptôme

Approches non médicamenteuses

Adapter la communication : phrases simples, détournement d'attention si nécessaire

Maintenir une ambiance calme et sécurisante : rester calme et empathique, voix douce, contacts apaisants, brefs et fréquents, privilégier un interlocuteur unique, identifier les conduites à risque (Pour le patient et les tiers)

Encourager la présence des proches

Sécuriser l'environnement : éloigner les objets potentiellement dangereux, adapter la prise en soins selon l'agitation (différer les soins si nécessaire)

Favoriser les approches corporelles : Massage, musicothérapie, art-thérapie, ergothérapie, sophrologie... selon tolérance et ressources disponibles

Dans les situations palliatives avancées, il faut savoir privilégier le confort.

Approches médicamenteuses

Généralités

- Réévaluer quotidiennement l'épisode d'agitation qui peut être réversible et adapter les traitements
- Contention physique uniquement sur prescription médicale, à réévaluer et à associer à un traitement psychotrope

Traitement étiologique (première intention si possible)

- Rechercher et traiter les causes somatiques
- Évaluer la nécessité d'examen complémentaires (bénéfice/pénibilité pour le patient)
- Envisager une cause iatrogène : ne conserver que les médicaments essentiels, adapter les posologies,...

Traitement symptomatique

- **Agitation anxieuse → anxiolytiques**
Clotiazépam (Veratran®), Oxazépam (Seresta®), Alprazolam (Xanax®)
- **Agitation avec confusion, délire et/ou agressivité → neuroleptiques**
Halopéridol (Haldol®), Loxapine (Loxapac®), Cyanmémazine (Tercian®), Risperidone (Risperdal®)

- Antidépresseurs possibles si composante thymique associée
- Agitation extrême au cas par cas → sédation possible
Midazolam (Hypnovel®) Tableau des prescriptions médicamenteuses

Tableau des prescriptions médicamenteuses

Molécules Traitement symptomatique	Voie d'administration	Posologie	AMM/ HORS AMM	Source
Benzodiazépines				
Clotiazepam Veratran®	Per os	2.5 à 30mg/24h (1/2 vie = 4h) Délai d'action = 1h	AMM	13, 32
Oxazepam Seresta®	Per os	5 à 30mg/24h (1/2 vie = 8h) Délai d'action = 1h	AMM	13
Alprazolam Xanax®	Per os	0.25 à 1.5mg/24h (1/2 vie = 12h) Délai d'action = 1h	AMM	13, 32
Sédation urgence				
Midazolam Hypnovel®	SC / IV / intra- nasale	En cas d'agitation extrême au cas par cas : possibilité d'une sédation transitoire	Hors AMM	13
Neuroleptiques				
Haloperidol Haldol®	Per os	Goutte : 0,5 à 3 mg par prise, 2 à 3 fois/24h, intervalle de 8h minimum	AMM	1, 5, 11, 12, 13, 34
	SC	2,5 à 5 mg par prise, 2 à 3 fois/24h, intervalle de 8h minimum	Hors AMM	1, 5, 11, 12, 13, 34
Loxapine Loxapac®	Per os	Goutte : 10 à 200mg en une seule prise ou fractionnée au cours de la journée	AMM	12, 13, 14, 34, Vidal
	SC	50 à 200 mg en une seule prise ou fractionnée au cours de la journée	Hors AMM	12, 13, 14, 34, Vidal
Cyanemazine Tercian®	Per os	Goutte : 25 à 100mg / 24h en trois fois	Hors AMM	12,13,1 4, 34
	SC	25 à 100 mg/24h en trois fois	Hors AMM	12,13, 14, 34
Risperidone Risperdal®	Per os	0.5 à 4mg/24h (1 à 2 fois/24h)	AMM	1, 5, 11, 12, 13, 34

Références bibliographiques

Haute Autorité de Santé (HAS). *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation.* 8 juillet 2009.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation

ANAES. *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée – Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.* Octobre 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee

SPES – Réseau de Santé en Essonne Sud. *Agitation et confusion : stratégie de prise en charge.* Décembre 2005.

www.reseau-spes.com

Palliaguide.

Confusion en soins palliatifs.

<http://www.palliaguide.be/confusion-soins-palliatifs/>

Version / suivi

Version 1.0 - Juin 2026

Fiche “Il va mourir de faim, il va mourir de soif”

« En fin de vie, on laisse les patients mourir de faim et de soif »

Manger et boire sont des actes essentiels à la vie.

Aussi, quand des patients gravement malades cessent de s'alimenter ou de boire, ou quand les équipes soignantes décident de ne pas mettre en place ou d'interrompre une nutrition ou une hydratation artificielles cela suscite naturellement de nombreuses questions.

Les patients en fin de vie meurent-ils de faim ou de soif ?

Pourquoi c'est faux.

En résumé :

- (1) La fin de vie s'accompagne généralement d'une perte des sensations de faim et de soif ;
- (2) La déshydratation peut avoir certains effets bénéfiques pour le confort du patient alors que l'hydratation n'améliore pas la sensation de soif en fin de vie ;
- (3) L'hydratation et l'alimentation artificielle peuvent nuire au confort du patient.

S'il est parfaitement compréhensible que les proches soient impressionnés par la fin de vie et par l'absence de nutrition ou d'hydratation artificielles, l'inutilité, voire dans certains cas la nocivité, de celles-ci est parfaitement documentée par de nombreuses études (le lien vers les publications est indiqué, lorsqu'elles sont disponibles en ligne), et étayée par la pratique.



1) Une très grande majorité des patients en fin de vie n'a pas de sensation de soif.

Lorsque la sensation de soif existe en fin de vie, elle est soulagée par la prise orale de petites quantités de boissons, de glaçons et par les soins de bouche. La sensation de soif étant directement liée à la bouche sèche, les soins de bouche sont essentiels.

L'arrêt de l'hydratation ne signifie jamais un arrêt des soins ou un abandon, mais toujours la recherche du plus grand confort pour le patient. Les soins de confort sont alors intensifiés.

La vigilance des soignants sera encore plus grande. D'ailleurs, les soins de bouche répétés et la proposition régulière de boissons demandent plus de temps et d'attention que la seule pose d'une perfusion d'hydratation.



Dans le cas des personnes âgées, la perception de la soif diminue naturellement avec l'âge.

Chacun le sait d'ailleurs bien puisque, lors d'un épisode de chaleur, on répète régulièrement qu'il faut veiller à ce que les personnes âgées s'hydratent : c'est bien la manifestation d'une plus faible perception de la soif.

McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 1994; 272(16):1263-1266

Burge FI. Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. J Pain Sympt Manag 1993 ; 8(7):454-464.

Oriot D., Lassaunière JM. Physiopathologie et sémiologie de l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation. Med Palliative 2008 ; 7 : 310-14

Phillips PA, Rolls BJ, Ledingham JGG et al. Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. N Engl J Med 1984; 311:753-759.

Miller M Water. Metabolism in the elderly in health d disease aging changes affecting risk for hypernatremia and hyponatremia. Hydration and aging. Serdi Publisher 1998; 59-81.

Winter SM. Terminal Nutrition : Framing the debate for the Withdrawal of nutritional support in terminally ill Patients. Am J Med 2000; 109: 723-6

2) La déshydratation peut avoir un effet bénéfique en termes de confort du patient, alors que l'hydratation n'améliore pas la sensation de soif en fin de vie

Aussi étonnant que cela puisse paraître, si les soignants redoublent d'attention pour compenser ses effets négatifs, la déshydratation peut aussi avoir un effet bénéfique en termes de confort.

Elle réduit le volume urinaire ce qui permet de limiter des mobilisations parfois inconfortables, les vomissements, l'encombrement bronchique, l'ascite, voire les œdèmes péritumoraux, entraînant ainsi une diminution de la douleur.

Quoi qu'il en soit, les soignants continuent toujours les soins de bouche, et proposent régulièrement des boissons.

Dunphy K, Finlay I, Rathbone G, Gilbert J Rehydration in palliative and terminal care: if not- why not? Palliative Medicine 1995;9:221-228.

Les perfusions d'hydratation ne diminuent d'ailleurs pas la sensation de soif.

A l'inverse, plusieurs auteurs soulignent **les effets secondaires nocifs de l'hydratation artificielle** : risque d'augmentation de l'encombrement pulmonaire et pharyngé, d'œdèmes périphériques...

La perfusion sous cutanée, si elle est mieux tolérée, peut aussi susciter des hématomes, des douleurs au point de ponction, des œdèmes, ou un encombrement.

Le maintien de l'hydratation artificielle (même par voie sous cutanée) après arrêt de l'alimentation, risque de prolonger la phase agonique.

Ainsi, à un certain stade, maintenir l'hydratation artificielle nuit à la qualité de vie du patient.

3) La phase terminale d'une maladie s'accompagne généralement d'une perte de l'appétit.

Dans la majorité des cas, en phase terminale, les patients ressentent une absence d'appétit voire même un dégoût de la nourriture.

Une étude a ainsi établi que 63% des patients suivis, en phase terminale d'un cancer, n'avaient jamais ressenti la faim, tandis que 34% d'entre eux ne l'ont ressentie qu'en début de période. Une autre étude, portant sur 352 patients atteints d'un cancer avancé, a constaté que **81% de ces patients avaient perdu l'appétit (anorexie).**

Musgrave CF, Bartal N, Opstadt J. The sensation of thirst in dying patients receiving IV hydration. *J. Palliat Care* 1995;11(4):17-21.

Lamande M., Dardaine- Giraud V., Ripault H., Chavanne D., Constans T. Utilisation de l'hypodermoclyse en gériatrie : étude prospective sur 6 mois, *Age et Nutrition* 2004, 15 : 103-7

Mc Cann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. *JAMA* 1994; 272:1263-1266

Sarhill N, Mahmoud F, Walsh D et col. Evaluation of nutritional status in advanced metastatic cancer. *Support Care Cancer* 2003;11: 652-9

Les patients en fin de vie ne souffrent ni de la faim ni de la soif. Les forcer à manger ou à boire serait de l'acharnement thérapeutique.

En outre, la nutrition par sonde nasogastrique ou par gastrostomie expose à diverses complications pulmonaires.

Maintenir l'alimentation pour soulager le patient peut donc aboutir à l'effet inverse.

Finucane TE, Christmas C, Travis K Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of the evidence *JAMA* 1999; 282: 1365-70.

Gillick MR Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia *N Engl J Med* 2000; 342:206- 10.

Stratégie de prise en charge en matière de dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé. *Recommandations Professionnelles HAS* 2007.

Casaret D, Kapo MD, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration – Fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* 2005; 354 (12): 2607-12.

En phase terminale, ce n'est pas parce qu'un patient ne mange pas qu'il va mourir, c'est parce qu'il va mourir qu'il ne mange pas.



Se faire aider par une équipe



Pour toute question sur une prise en charge, vous pouvez contacter les Équipes de soins palliatifs de votre territoire (cf. P 4).

La SFAP propose aussi deux outils (Pallia 10 / Pallia 10 Géronto) pour aider tout soignant à repérer les patients qui pourraient bénéficier de l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Ces outils mis à jour en 2025 peuvent être utilisés :

- Chez les patients atteints d'une maladie grave à tous les stades de la maladie
- Quand la situation pour l'équipe ou le professionnel semble complexe et que des questionnements se posent sur la démarche des soins et d'accompagnement

- Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie grave ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel des connaissances
- Quand la situation semble complexe et que des questionnements se posent sur la démarche des soins et d'accompagnement pour adapter le projet de soins (priorisation et coordination des interventions)



Retrouvez tous ces outils sur : www.sfap.org



Outil PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

À PARTIR DE 4 RÉPONSES POSITIVES : le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé : EMSP, USP, LISP, Hospitalisation de jour...

QUESTIONS	COMPLEMENTS	OUI/ NON	
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Par exemple, hypoalbuminémie, lymphopénie, OMS 3 ou 4, dénutrition sévère,...	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient et son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleurs spontanées ou provoquées lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage...	

7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient et/ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • Prescriptions anticipées • Indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring...) • Indication et mise en place d'une pratique sédative • Lieu de prise en charge le plus adapté • Niveau d'engagement thérapeutique et/ou statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Claeys - Leonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de décisions d'arrêt ou de limitation de traitement chez les patients qui peuvent s'exprimer et chez ceux qui ne peuvent pas exprimer leur volonté	



Outil PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

À PARTIR DE 4 RÉPONSES POSITIVES : le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé : EMSP, USP, LISP, Hospitalisation de jour...

	QUESTIONS	COMPLEMENTS	OUI/ NON
	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 GERONTO et passer aux questions suivantes.	
	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none">• GIR 1 et 2• MMS inférieur à 10• Albuminémie inférieure à 25g/l• Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale• Escarre, stade supérieur ou égal à 3• Chutes à répétition	
	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
	La personne âgée et son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 Juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleurs spontanées ou provoquées lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	

	<p>Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage</p>	<p>Tristesse, angoisse, repli, agressivité, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage...</p>	
	<p>Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social pour la personne âgée et/ou son entourage</p>	<p>Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfants à charge, épuisement de l'aidant naturel...</p>	
	<p>La personne âgée et/ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic</p>	<p>Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage, peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif</p>	
	<p>Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin</p>	<p>Ces questionnements peuvent concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescriptions anticipées • Indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring...) Indication et mise en place d'une pratique sédative • Lieu de prise en charge le plus adapté • Niveau d'engagement thérapeutique et /ou statut réanimatoire 	
	<p>Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un refus de traitement • Une limitation ou un arrêt de traitement • Une demande d'euthanasie • La présence d'un conflit de valeurs 	<p>La loi Claeys- Leonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de décisions d'arrêt ou de limitation de traitement chez les patients qui peuvent s'exprimer et chez ceux qui ne peuvent pas exprimer leur volonté</p>	



Informer de la possibilité d'écrire des directives anticipées et de désigner une personne de confiance

Directives anticipées (DA)

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées (DA) afin de préciser ses volontés concernant sa fin de vie (ce n'est pas une obligation). Les DA aident les médecins, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, à prendre des décisions concernant les soins à dispenser.

Durée de validité : illimitée. Elles sont révocables et modifiables à tout moment.

Caractère : contraignant, sauf exceptions (urgence vitale ou directives manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale).

Les personnes sous tutelle peuvent également rédiger des DA avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni les assister ni les représenter à cette occasion.

Un modèle de DA est téléchargeable sur le site : www.service-public.fr

2 situations sont prévues :

- Celle des personnes ayant une maladie grave ou qui sont en fin de vie au moment où elles les rédigent
- Celle des personnes qui pensent être en bonne santé au moment où elles les rédigent

La HAS met aussi à disposition des professionnels et usagers des documents pour aider à rédiger des directives anticipées (www.has-sante.fr)



« L'accompagnement du patient dans la réflexion et la rédaction de ses directives anticipées concerne tous les professionnels de santé. La possibilité de rédiger ses directives anticipées est facilitée par la disponibilité d'un modèle de formulaire ».

Cf. Document HAS « Les Directives anticipées » - Avril 2016

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées permettent à quiconque d'exprimer ses volontés, notamment sur la fin de vie, pour les faire valoir dans le cas où il ne serait plus en capacité de s'exprimer. C'est un droit depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, renforcé par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

1. À quoi servent les directives anticipées ?



Elles sont destinées à recueillir vos souhaits sur votre fin de vie dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer.



Depuis la loi de 2016, elles s'appliquent au malade en tant que simple loi écrite, indépendante et renouvelable à tout moment. Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées, sur papier libre, dans un lieu sûr, ou sur un modèle standard, par exemple celui du médecin chargé de la santé départementale sur le site du DSDP (www.paris.intra.ssi.fr).

2. Informations importantes à mentionner



Vos attentes, vos craintes, vos souhaits



Vos souhaits et croyances de nature non médicale

Il se agit des croyances comme des directives mais peuvent être précises pour aider votre médecin à prendre la décision que vous souhaitez à l'avance.

3. Avec qui en parler ?



Parents



Soins personnels



Professionnel de santé



Association de patients ou d'accompagnement

4. Les transmettre et les conserver - qu'elles soient sur papier libre ou formulaire dédié



Dans votre album médical de la clinique, à votre domicile



Chez votre médecin de famille



Avec vous, ou donner aux proches à votre entourage



Envoyer par courrier simple à medecins@dsdpp.fr pour diffusion nationale et un.laboratoire@dsdpp.fr pour diffusion locale

COMMENT RÉDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous pouvez rédiger vos directives anticipées sur papier libre ou sur le formulaire dédié disponible sur le site www.paris.intra.ssi.fr. Rédiger vos directives anticipées fait partie de votre vie et n'est pas un acte médical.

1. Informations principales importantes à mentionner



2. Informations annexes utiles à mentionner



3. À qui pouvez-vous demander conseil pour les rédiger ?



La fin de vie, et si on en parle ?



LES ESSENTIELS

Professionnels de santé

FIN DE VIE :
ACCOMPAGNER
ET DIALOGUER
AVEC LES
PATIENTS



LES ESSENTIELS

Grand public

FIN DE VIE :
DROITS ET
DÉMARCHES

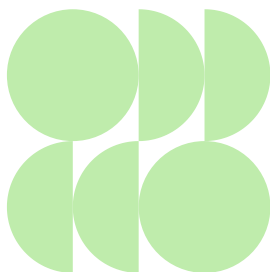


Personne(s) de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (proche, parent, médecin traitant, etc.).

Les personnes sous tutelle peuvent en désigner une avec l'autorisation du conseil de famille ou du juge des tutelles.

La désignation et les missions diffèrent selon le cadre de prise en charge.



Personne de confiance au sens sanitaire

(Hospitalisation, consultation, soins)

Missions :

Accompagner le patient dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux, avec son accord

Rendre compte de la volonté du patient, s'il ne peut plus s'exprimer (son témoignage prévaut sur tout autre témoignage)



Personne de confiance au sens social et médico-social

(Entrée en établissement pour personnes âgées, accompagnement par un service médico-social)

Missions :

Accompagner le résident dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions

L'aider dans ses prises de décision relatives à son accompagnement

Quel formalisme ?

Désignation par écrit (formulaire-type ou papier libre, daté, signé, authentifié)

et cosigné de la personne de confiance

Révisable et révoquant à tout moment



Il est possible de désigner la même personne au titre des deux cadres.

Références

Art. L.1111-6 du code de la santé publique

Art. L.311-5-1 et Art. D.311-0-4 du code de l'action sociale et des familles

Décret n°2016-1395 du 18/10/2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner une personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

QUEL EST LE RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance vous accompagne dans votre parcours médical et vous représente pour vos décisions médicales si un jour vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer.

1. Vous accompagner

Vous soutenir
 Vous accompagner dans vos démarches médicales, hospitalières, administratives, etc.

Vous aider à vous informer
 Vous aider à vous informer sur les traitements médicaux afin de mieux comprendre les enjeux de votre santé.

Vous aider à réfléchir
 Vous aider à réfléchir sur vos choix de vie et à prendre des décisions médicales en fonction de vos valeurs.

2. Transmettre vos volontés

Concevoir et passer
 Vous et votre médecin concevez ensemble vos directives anticipées et vous en discutez avec votre personne de confiance.

Exprimer
 Vous exprimez vos souhaits de traitement et de soins à votre personne de confiance.

Transmettre
 Vous transmettez vos directives anticipées et vos souhaits de traitement à votre personne de confiance.

3. Vous représenter

Vous représentez votre médecin et votre personne de confiance en cas de besoin, notamment pour les décisions de soins.

Vous représentez votre médecin et votre personne de confiance en cas de besoin, notamment pour les décisions de soins.

Vous représentez votre médecin et votre personne de confiance en cas de besoin, notamment pour les décisions de soins.

La fin de vie, et si on en parlait ?
www.parlons-en-ensemble.fr



COMMENT CHOISIR SA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous pouvez désigner votre personne de confiance à tout moment à condition d'être majeur, en formulant ou par une lettre ciblée. Désigner une personne de confiance n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

1. Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Accompagner
 Vous pouvez accompagner votre médecin dans ses démarches administratives, hospitalières, etc.

Représenter
 Vous pouvez représenter votre médecin dans ses démarches administratives, hospitalières, etc.

Transmettre
 Vous pouvez transmettre vos directives anticipées et vos souhaits de traitement à votre personne de confiance.

La personne de confiance a pour mission de vous représenter en cas de besoin, notamment pour les décisions de soins.

2. Qui peut devenir ma personne de confiance ?

Un adulte majeur, résident en France, capable de vous représenter et de vous assister.

La personne de confiance doit être majeure et résider en France. Elle doit être capable de vous représenter et de vous assister.

3. Comment désigner ma personne de confiance ?

Par une lettre ou formulaire ciblé par votre médecin.

Vous pouvez désigner votre personne de confiance par une lettre ciblée adressée à votre médecin.

Par une lettre ou formulaire ciblé par votre médecin.

Vous pouvez désigner votre personne de confiance par une lettre ciblée adressée à votre médecin.

La fin de vie, et si on en parlait ?
www.parlons-en-ensemble.fr



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Avril 2016

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement. La personne de confiance peut si vous le souhaitez :
 - vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
 - assister aux consultations ou aux entretiens médicaux ; elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
 - prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence ; elle n'a pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées ; ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées ; elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.



METTRE EN ŒUVRE UNE SÉDATION

Dans cette partie, deux outils sont présentés :

- Guide pratique pour le recours aux différentes sédations en soins palliatifs
- Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale

Guide pratique pour le recours aux différentes sédations en soins palliatifs

Ce guide créé par la CASSPA 49 vise à rappeler le cadre législatif et à apporter des éléments nécessaires à la prise de décision. Il décrit les 4 situations dans lesquelles une sédation (transitoire, de durée indéterminée, profonde et continue maintenue jusqu'au décès) peut être nécessaire.

Pour toute question sur une prise en charge, vous pouvez contacter les Équipes de soins palliatifs de votre territoire (cf. P 4).





Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale

Aider à la prise de décision pour améliorer les pratiques

Deux indications peuvent amener un patient et/ou une équipe médicale à envisager une sédation pour détresse :

1. Les complications aiguës à risque vital immédiat (hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques, etc.);
2. La persistance de symptômes réfractaires, vécus comme insupportables par le patient et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts réalisés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

Mais si ces indications cliniques sont facilement identifiables, la décision de mettre en œuvre une sédation soulève des questions pour lesquelles il n'existe aucune réponse simple: seule une discussion en équipe, avec le patient et avec ses proches, peut permettre de trouver un compromis face à la complexité d'une telle décision. Cette discussion doit être structurée autour de questions qui - même si elles ne trouvent pas de réponse – doivent nécessairement être posées.

La check-list de questions qui suit ne porte donc que sur le processus de décision visant à mettre en œuvre une sédation et sur l'accompagnement de cette décision, et non sur les modalités cliniques de cette mise en œuvre (niveau de sédation, cinétique des médicaments, etc.).

Quand parle-t-on de sédation ?

La sédation pour détresse est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

La sédation peut concerner la phase palliative ou la phase terminale de la maladie :

- La phase palliative est la période de la prise en charge durant laquelle les objectifs des soins et des traitements sont la prise en compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie, malgré l'impossibilité d'une guérison.
- La phase terminale correspond à la période de la prise en charge durant laquelle le décès est inévitable et proche. Les soins et les traitements n'ont alors pour seul objectif que le maintien de la qualité de la vie.



Sédation ou anxiolyse ?

Le médicament de première intention pour la sédation pour détresse en phase terminale est une benzodiazépine, le Midazolam. Or comme toutes les benzodiazépines, le Midazolam est anxiolytique : le même médicament peut donc être utilisé à la fois pour ses propriétés anxiolytiques et pour ses effets sédatifs. Cette double utilisation est parfois source de confusion. La sédation est à distinguer de l'anxiolyse. Contrairement à la sédation, l'anxiolyse n'a pas pour objectif d'altérer la vigilance du patient : elle vise l'apaisement de l'anxiété, c'est-à-dire d'un état de désarroi psychique ressenti en face d'une situation éprouvante, et s'accompagnant d'un fort sentiment d'insécurité.

Mode d'emploi :

Avant de prendre la décision de mettre en œuvre une sédation, l'équipe médicale et soignante doit toujours se poser un certain nombre de questions. Ce guide a pour objectif de vous aider dans ce questionnement : il ne s'agit pas d'établir un « score », mais de faciliter la prise de décision, en vous aidant à poser les questions de façon méthodique, et d'établir une traçabilité.

1/ S'assurer que l'équipe prenant en charge le patient dispose, en son sein ou par l'intermédiaire d'une équipe ressource, de compétences en soins palliatifs

- | | |
|---|---------|
| 1. Au moins un membre de l'équipe médicale et soignante a une formation diplômante en soins palliatifs et une expérience clinique de la sédation. | OUI NON |
| 2. Une équipe ressource en soins palliatifs accompagne l'équipe médicale et soignante dans le processus décisionnel | OUI NON |
| 3. Le médecin responsable du patient a une connaissance et une expérience des médicaments sédatifs utilisés | OUI NON |

2/ Mettre en place un processus collégial et pluri-professionnel de prise de décision de mettre en place ou de poursuivre une sédation

- | | |
|--|---------|
| 1. L'avis de la personne malade a été recherché | OUI NON |
| 2. Si le malade ne peut plus s'exprimer, son avis a été recherché par l'intermédiaire de ses directives anticipées, et/ou par l'intermédiaire de la personne de confiance, de sa famille, ou à défaut de ses proches | OUI NON |
| 3. La prise de décision fait suite à une évaluation de la situation du patient, associant plusieurs professionnels | OUI NON |
| 4. La prise de décision fait suite à une ou plusieurs réunions collégiales | OUI NON |
| 5. L'équipe a anticipé une réévaluation régulière de la profondeur et de la durée (continue ou non) de la sédation | OUI NON |
| 6. Les arguments développés lors de la concertation pluriprofessionnelle et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient | OUI NON |



3/ S'assurer que les objectifs visés par la sédation sont bien compris par les membres de l'équipe prenant en charge le patient

- | | |
|---|---------|
| 1. Les objectifs de la sédation sont-ils clairement énoncés ? | OUI NON |
| 2. Ces objectifs ont-ils été discutés au sein de l'équipe ? | OUI NON |
| 3. Sont-ils écrits dans le dossier médical du patient ? | OUI NON |
| 4. Est-il prévu d'évaluer l'effet de la sédation au regard de ces objectifs ? | OUI NON |

4/Donner au patient, en tenant compte de ses capacités, l'ensemble des informations relatives aux objectifs, aux modalités de mise en œuvre et d'entretien, aux conséquences et aux risques de la sédation, et les retranscrire dans son dossier.

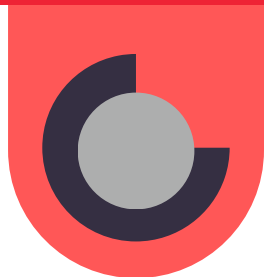
- | | |
|--|--------------------|
| 1. Une information a-t-elle été donnée au patient sur les objectifs de la sédation ? | OUI NON Impossible |
| 2. Sur les modalités de mise en œuvre de la sédation ? | OUI NON Impossible |
| 3. Sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ? | OUI NON Impossible |
| 4. L'équipe s'est-elle assurée de la compréhension du patient ? | OUI NON Impossible |



GÉRER LES URGENCES

Dans cette partie, 3 outils sont présentés :

- Prescriptions médicales anticipées
- Fiche Urgence Pallia
- Fiche SAED



PRESCRIPTIONS MÉDICALES ANTICIPÉES

Les prescriptions personnalisées écrites par anticipation peuvent être utiles pour soulager des situations aiguës en soins palliatifs susceptibles de survenir, notamment les nuits et week-ends (Ex. anxiété, douleur, encombrement bronchique, nausées...).

Conditions de validité d'une prescription médicale :

- Nom/coordonnées du praticien/prescripteur
- date de rédaction
- dénomination, posologie et mode d'emploi du médicament
- durée de traitement
- etc.



A noter : les produits prescrits doivent être disponibles dans la structure où est pris en charge le patient.

Application de la prescription médicale par l'infirmier(e)^[2]

L'infirmier(e) applique et respecte la prescription médicale. Il peut demander au prescripteur un complément d'information s'il le juge utile. En cas de doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée.

[1] Art. R. 5132-3 du code de la santé publique

[2] Art. R. 4312-42 du code de la santé publique

FICHE URGENCE PALLIA - OUTIL SFAP

Cette fiche remplie avec le patient aide à transmettre des informations utiles le concernant à un médecin amené à intervenir en situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends.

Qui la remplit ? Le médecin (En général, le médecin de l'EMSP en lien avec le médecin traitant, le médecin de l'HAD, ou encore le médecin hospitalier...).

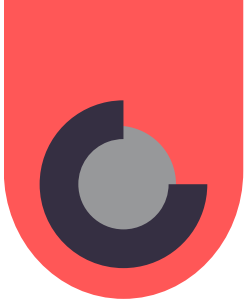
Cette fiche est une aide à la décision mais le médecin qui intervient dans la situation d'urgence reste autonome et souverain dans ses décisions.

Objectifs de la fiche URGENCE PALLIA

- Repérer des situations palliatives avec un risque majeur d'évènement aigu
- Échanger avec le patient sur sa fin de vie. Ne pas décider à la place de...
- Si patient non communiquant: validation en équipe, avec personne de confiance et famille
- Prévoir un lit de répit

The image shows a screenshot of the 'FICHE URGENCE PALLIA' form. It is a complex medical document with multiple sections, including patient information, medical history, and decision-making areas. The form is filled out with text and has several checkboxes and dropdown menus. The title 'FICHE URGENCE PALLIA' is visible at the top left of the document. The form is organized into several colored sections: purple for patient information, green for medical history, and orange for decision-making. The text is in French and includes various medical terms and questions related to palliative care and emergency situations.

Fiche téléchargeable : www.sfap.org



FICHE SAED - OUTIL HAS

Fiche SAED (situation-antécédents-évaluation-demande)

Cette fiche permet à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.

Il s'agit d'un outil à visée générale qui peut s'appliquer, tel quel, à de nombreux contextes de communication interprofessionnelle, en établissements de santé et médico-sociaux, en hospitalisation à domicile et en médecine de ville.



S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :

Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité

Je vous appelle au sujet de: M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les **antécédents utiles, liés au contexte actuel** :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : Ses résultats d'examen sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon **évaluation** de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit **reformuler** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **conclure** par sa **prise de décision**.

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page below the 'NOTES' header.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page below the 'NOTES' header.





CASSPA 49
15, rue André Boquel
49055 Angers cedex 02

www.casspa49.fr