



Clinique médicale du Mas de Rochet

LEGISLATION EN SOINS PALLIATIFS ET PRATIQUE SEDATIVE

Législation en soins palliatifs

La sensibilisation aux soins palliatifs a d'abord émané des associations de malades et de celles de bénévoles d'accompagnement en réaction aux progrès médico- scientifiques qui améliorèrent l'espérance de vie en reculant les limites de la mort

La Circulaire Laroque de 1986 a été le texte fondateur de la politique de santé des soins palliatifs : traitement de la douleur accompagnement psychologique, social, spirituel (Cicely Saunders), formation des soignants mais pas de budget dédié

Législation en soins palliatifs

- Reconnaissance officielle en 1999 : création EMSP, USP, HAD, encadrement des associations de bénévoles (convention, obligation de formation), créations de plans triennaux.
- Loi 2002 reconnaît l'accès de toute personne aux soins nécessités par son état de santé et à une information claire lui permettant de participer à la prise de décision
- Après l'affaire Vincent Humbert, création d'une commission présidée par Jean Léonetti pour étudier les problèmes complexes rencontrés dans les situations de fin de vie

Loi Léonetti 22 avril 2005

- Définition de l'obstination déraisonnable – Article 1

Lorsque les actes (traitements et investigations) apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

Dans ce cas le médecin assure la qualité de vie en dispensant des soins palliatifs.

Loi Léonetti 22 avril 2005

Traduction législative des situations de double effet -Article 2

- Importance de l'intentionnalité
- Choix de traitement pour ses effets positifs : soulagement des souffrances même si secondairement il peut avoir des effets négatifs comme abréger la vie.
- Le médecin doit en informer le patient ou la personne de confiance
- L'acte en lui-même ne doit pas être interdit par la loi

Loi Léonetti 22 avril 2005

- Article 3 et 4 – AUTONOMIE DECISIONNELLE

Droit pour tout malade conscient de refuser tout traitement même si cela peut entraîner la mort et de bénéficier de soins palliatifs. Le médecin doit informer la personne des conséquences de son choix. Ceci sera tracé dans le dossier médical.

Loi Léonetti 22 avril 2005

- Directives anticipées - Article 7

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.

- La personne de confiance - Article 8

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin

Loi Léonetti 22 avril 2005

- La procédure collégiale – Article 9

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté une procédure collégiale définie et consulté la personne de confiance, la famille, les proches et le cas échéant les directives anticipées de la personne.

Loi du 2 Février 2016 dite Loi Clayes – Leonetti « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie »

« *Droit de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir* ».

Un consensus sans unanimité

- Les défenseurs de l'euthanasie et/ou du suicide assisté estiment que la loi ne va pas assez loin.
- D'autres auraient préféré s'en tenir à la loi actuelle craignant une dérive « euthanasique »

1- Un droit nouveau à la Sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Un droit nouveau : la Sédation profonde et continue jusqu'au décès (article 3)

Ce nouveau droit viendra s'ajouter au droit de limiter ou d'arrêter tout traitement qui existe déjà dans la loi actuelle. La loi pose le principe du « ***droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès*** » ***pour les patients en toute fin de vie dont la souffrance est insupportable*** (notion de symptôme réfractaire)

Rappel: Sédation : traitement médicamenteux, "*provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associé à une analgésie*".

Cette sédation pourra s'appliquer à **deux sortes de patients**, qui en feraient la demande.

1. Les patients atteints d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, et qui présentent une souffrance réfractaire aux traitements. *Idée « on a vraiment tout essayé » : Critère subjectif (« souffrance réfractaire »).*
2. Les patients atteints d'une affection grave et incurable, qui demandent l'arrêt de leur traitement, une décision qui, sans sédation, risquerait d'entraîner leur décès à très court terme et serait susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. *Compromis trouvé par la commission mixte paritaire pour limiter le risque de demande de suicide assisté. Subjectivité des termes.*

Le droit à la sédation profonde est également prévu lors de l'arrêt du traitement chez des patients hors d'état d'exprimer leur volonté, mais en situation d'acharnement thérapeutique.

Obstination déraisonnable : Celle-ci est définie selon trois critères à l'article L1110-5 du code de la Santé publique qui mentionnent les actes qui « ***apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie*** ». Expression médicale correspondant à l'acharnement thérapeutique

Commentaires :

- le patient n'est pas forcément en fin de vie, mais le médecin juge qu'il faut mettre fin à une situation d'obstination déraisonnable.
- La notion de « *traitement de maintien en vie* » reste particulièrement ambiguë dans la pratique, (cf. situation de Vincent Lambert).

La sédation sera mise en œuvre selon une procédure collégiale

L'administration du traitement à visée sédatrice pourra être effectuée en milieu hospitalier, dans un établissement d'accueil de personnes âgées ou au domicile du patient, par un membre de l'équipe médicale.

2- Les directives anticipées s'imposent au médecin (articles 8 à 10):

- Les Directives anticipées seront désormais **contraignantes**.
- Le nouveau texte prévoit que « *Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement...* », ,
- **Les directives anticipées deviennent contraignantes, mais non « opposables »**: Les DA s'imposent « **sauf** en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. » Dans ce dernier cas, une **procédure collégiale** est prévue.
- Commentaire: Une procédure collégiale doit être suivie, mais le médecin garde in fine sa liberté de décision. Les directives seront maintenant sans limite de validité mais révisables et révocables à tout moment.
- Alors qu'elles étaient jusqu'à présent rédigées sur papier libre, un modèle officiel a vu le jour, pour éviter les imprécisions compliquant la tâche des médecins.

3- Un rôle accru de la personne de confiance (article 9)

- « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.* »
- Commentaires:
- ✓ En l'absence de directives anticipées, la volonté de la personne qui ne peut plus s'exprimer peut être relayée par une personne de confiance, expressément désignée par écrit, et dont le témoignage "*prévaut sur tout autre témoignage*". Cette désignation est révocable à tout moment.
- ✓ Ainsi s'établit plus clairement une **hiérarchie des modes d'expression de la volonté du patient** hors d'état de s'exprimer : le médecin doit prendre en compte d'abord ses directives anticipées, et si elles n'existent pas, « *il recueille le témoignage de la personne de confiance, et à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.* » (article 5).

Sédation en situation palliative

Définitions

- « recherche par des moyens médicamenteux d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience
- But : diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient
- Alors que tous les autres moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés sans permettre le soulagement attendu
- Sédation intermittente/transitoire ou continue »

HAS 2018

Quand ?

Les situations dans lesquelles la question de la sédation se pose sont exceptionnelles, singulières et complexes

- Pendant une prise en charge palliative d'une maladie en phase avancée
- Ou en phase terminale pour répondre dans un contexte d'urgence (hémorragie, asphyxie)
- Ou pour répondre à la souffrance réfractaire du patient

Ne sont pas des indications de sédation:

- Les situation de détresses émotionnelles ou psychologiques vécues comme insupportables par les **proches** et/ou les **professionnels** de santé ne justifient pas, la mise en place d'une sédation.
- La sédation n'est pas une réponse adaptée à une demande des proches et/ou des professionnels de santé d'accélérer la survenue du décès lors d'une phase terminale qui se prolonge.

Comment ?

- Sédation proportionnée à l'intensité des symptômes
Permet le maintien d'une vie relationnelle
Peut être transitoire, réversible, potentiellement réversible
Doit être proposée au patient en phase avancée ou terminale
pour répondre à un syndrome réfractaire
- La sédation profonde et continue jusqu'au décès : suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès
- La différence se situe surtout dans l'INTENTION

Typologie des pratiques sédatives en fin de vie (travail de la SFAP sur la sédation, partie typologie)

- Le terme pratique sédative exclut les pratiques anxiolytiques n'entraînant pas d'altération significative de la vigilance

Mais confusion car usage de la même molécule

- Le terme visée palliative concerne la volonté de soulager des symptômes réfractaires

Il exclut une intention autre que le seul soulagement (et donc la volonté de raccourcir la vie du patient)

Sédation en situation palliative

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS
<http://www.sfap.org> - 01 45 75 43 86 - sfap@sfap.org

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

Cette fiche s'utilise avec le guide de passation diffusé par le groupe de travail SEDATIONS. Travail coordonné par B. DEVALOIS, V. MOREL, F. GUIRIMAND, M. MAUVIEL, M. BROUCKE, L. COPEL, disponible sur le site de la SFAP http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf—Ref. DEVALOIS et coll. EAPC congress 2017, FISP 2018



SEDAPALL

Sédation en situation palliative

Echelle de Richmond

Guide HAS 2018 . Version 2018 par F GUIRIMAND (Equipes de la Maison Médicale Jeanne Garnier). Diffusée par la SFAP

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

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;166:1338-44. Validation française. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Verdier R, Henriette K, Lefrant J-Y, et al. [Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale]. *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation.* 2006;25:696-701.

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS

<http://www.sfap.org> - 01 45 75 43 86 - sfap@sfap.org



SEDAPALL

Sédation en situation palliative

Choix du médicament

- ✓ Le **MIDAZOLAM** utilisé en première intention

Voie d'administration : parentérale (même pharmacocinétique en intraveineux et en sous-cutanée)

TITRATION d'emblée

- ✓ L'administration du MIDAZOLAM doit être débutée par une titration.
- ✓ Chez l'adulte, la titration débute par une injection de 1mg toutes les 2 à 3 minutes (ou 0,5mg si personne âgée fragile)

OU endormissement plus progressif

En cas de sédation continue

L'entretien d'une sédation continue se fait en injectant une dose horaire, en perfusion continue, égale à 50% de la dose qui a été nécessaire pour obtenir l'effet sédatif souhaité.

Les questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative

- Quel est le contexte ?
 - Situation palliative avancée ou terminale ?
 - Symptômes réfractaires caractérisés ?
 - Limitation ou arrêt de traitement ?
 - Pronostic vital à court terme ?
 - Le patient est-il en capacité d'exprimer sa volonté ?

• De quel type de sédation s'agit-il ? SEDAPALL

D... P... C ...

Durée Profondeur Consentement

Les questions à se poser...

- Les conditions de mise en œuvre d'une sédation continue sont-elles sécurisées ?
 - Disponibilité des produits ?
 - Mode d'administration maîtrisé ?
 - Surveillance 24h/24 (intervention de professionnels dans des délais raisonnables) est elle prévue et possible par des acteurs formés à cette technique ?
 - Une solution de repli est elle possible ? (pour les patients à domicile)

Le recours à une équipe référente en soins palliatifs et/ou à un service d'HAD est fortement recommandé, surtout en EHPAD et à domicile.

Les questions à se poser

- Le patient et/ou l'entourage ont-ils été correctement informés ?

Explications sur les médicaments utilisés, l'objectif, la profondeur et la durée possible de la sédation

- Le soutien des proches est-il possible 24h/24 ?

Avec l'aide de bénévoles d'accompagnement si possible

Quelle est l'information donnée sur la sédation à l'équipe?

Le médecin responsable de la décision de sédation s'assure de la compréhension par l'ensemble de l'équipe des objectifs visés par les thérapeutiques mises en œuvre, les différenciant explicitement d'une pratique d'euthanasie.

Quelle est l'information donnée sur la sédation au patient ?

- ✓ Le patient doit être informé, avec tact et mesure, des objectifs, des modalités possibles, des conséquences et des risques de la sédation.
- ✓ L'information du patient doit être délivrée en tenant compte de ses handicaps sensoriels éventuels.
- ✓ L'information du patient du patient doit être délivrée en tenant compte de ses capacités de compréhension (âge, troubles cognitifs...)

Quelle est l'information donnée sur la sédation aux proches?

Toutes ces recommandations, concernant l'information du patient, doivent être également respectées pour l'information des proches, dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002 (la maladie est grave, le patient n'a pas fait d'opposition, l'information des proches est utile à la prise en charge du patient).

Quelles sont les modalités de la prescription ?

- ✓ Le médecin responsable de la décision de sédation rédige la prescription.
- ✓ Toute prescription anticipée de l'induction d'une sédation doit être personnalisée, nominative et réévaluée systématiquement.
- ✓ Lorsqu'une prescription anticipée de sédation a été décidée lors d'une hospitalisation, un transfert du patient est envisagé, les modalités seront rediscutées avec le médecin devenant responsable de la prise en charge.

Mise en œuvre de la sédation

- ✓ Quelque que soit le lieu d'exercice, l'infirmier(ère) applique la prescription anticipée de sédation (protocole de soin personnalisé) :
 - dans les situations à risque vital immédiat, elle applique la prescription et appelle ensuite le médecin qui est tenu de se déplacer.
 - dans les autres situations, elle appelle le médecin qui vérifie l'indication avec elle avant d'appliquer la prescription de sédation.

- ✓ A domicile, comme dans toute autre structure, seul un infirmier(ère) ou un médecin peut réaliser l'induction, et les réévaluations régulières.

Sédation profonde et continue - Repères

- 3 cas particuliers de sédation profonde et continue prévus par la loi

1- Patient atteint d'une maladie grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire au traitement **D3P2C3**

2- Décision d'un patient atteint d'une maladie grave et incurable d'arrêter un traitement engageant son pronostic vital à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable **D3P2C3**

3- Patient ne pouvant pas exprimer sa volonté et pour lequel, au titre de l'obstination déraisonnable, une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie est prise après la mise en œuvre d'une procédure collégiale **D3P2C0**

Qu'est ce qu'une souffrance réfractaire ?

Dans un contexte de fin de vie (pronostic engagé dans les heures ou jours qui suivent)

- La souffrance est définie comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.
- Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables.
- L'évaluation du caractère réfractaire de la souffrance est multidimensionnelle avec prise en compte des aspects physiques, psychologiques, sociaux, familiaux, existentiels et spirituels contribuant souvent à une souffrance globale
- L'évaluation est pluri professionnelle , nécessitant la mise en place d'une procédure collégiale
- L'évaluation du caractère réfractaire doit être réalisée dans un délai approprié; elle doit être répétée quand cela est possible.
- Le lien avec une équipe référente en soins palliatifs est nécessaire.
- Le recours à un psychologue ou psychiatre face à une souffrance existentielle ou psychologique est essentiel.

Qu'est ce qu'un pronostic vital engagé à court terme ?

- Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie **de quelques heures à quelques jours**.
- Le pronostic doit faire l'objet d'une évaluation lors **d'une procédure collégiale** afin d'avoir un éclairage pluri-professionnel qui permet une évaluation plus fiable.
- Afin, d'approcher au mieux l'évaluation du pronostic l'évaluation d'un **faisceau de signes cliniques** est recommandée.
- Lorsque la demande intervient alors que le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, la sédation profonde et continue jusqu'au décès n'est pas recommandée. **En cas de symptôme réfractaire, une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement peut alors être discutée.**

Qu'est ce qu'une procédure collégiale ?

- C'est une réunion de concertation entre le médecin en charge du patient, les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et au moins un médecin extérieur à l'équipe, sans lien hiérarchique avec le premier, appelé en qualité de consultant. (+/- 2ème médecin consultant si nécessaire).
- Cette délibération interdisciplinaire et pluri professionnelle est imposée par la loi avant de prendre une décision de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à la demande du patient.
- Elle a pour but de réaliser une évaluation globale de la situation, de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies et de s'assurer que la demande du patient est libre et éclairée.
- Elle n'a pas à porter de jugement de valeur sur la demande du patient et pourra ouvrir la réflexion à la dimension d'incertitude et de doute ainsi qu'à des évolutions du projet de soins.
- La décision de débiter la sédation est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Elle est inscrite dans le dossier médical du patient (traçabilité).

Sédation profonde et continue jusqu'au décès : comment la mettre en œuvre ?

Recommandations HAS 2018

- Quand elle est indiquée :
 - Demande du patient : symptôme réfractaire et/ou si demande d'arrêt d'un traitement
 - Si le patient ne peut s'exprimer : au titre de refus de l'obstination déraisonnable, décision d'arrêt de traitement de maintien en vie
- Avant la mise en œuvre :

Écouter, comprendre, analyse
Procédure collégiale
- Mise en œuvre
Organisation, Initiation, Surveillance, Mesures d'accompagnement-soutien

Mesures de surveillance et d'accompagnement

- ✓ Pendant toute la durée de la sédation, la surveillance clinique, les soins de confort et l'accompagnement de la personne doivent être maintenus.
- ✓ Pendant toute la durée de la sédation, il est recommandé de réévaluer tous les autres traitements au regard de leur utilité.
- ✓ Pendant toute la durée de la sédation, le soutien et l'accompagnement des proches doivent être poursuivis, voire renforcés.
- ✓ L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait, chez l'adulte, toutes les 15 minutes pendant la 1ère heure, puis au minimum 2 fois par jour

Cadre légal

Tableau 1. Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie

	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...)

Sédation profonde et continue jusqu'au décès : Accompagnement des proches

*D'après l'article de Catherine Chabanolle, EMSP CHU Montpellier -
« Accompagnement des proches d'un patient en sédation profonde
et continue jusqu'au décès : Revue de littérature » -
Médecine palliative -Elsevier -2019 n°18 p 99-108*

Sédation profonde et continue : le vécu des proches

Temps d'endormissement
parfois solennel :
Sensation de mort
imminente

SOUFFRANCES ET
PREOCCUPATIONS
INTENSES
DEMANDE
« D'ACCELERER LES
CHOSSES »

Durée de la sédation variable
Quand le temps s'allonge : entourage
mis à mal
Spectateur de la dégradation du corps
et du temps d'agonie

Résultats

- Présence de **préoccupations importantes** des proches
- La sédation entraîne des **émotions négatives** pouvant aller jusqu'à la **détresse émotionnelle** des proches
- Ces émotions sont liées à des préoccupations concernant :
 - ❖ Le bien être du patient : diminution insuffisante des symptômes, sentiment de diminuer le temps de vie
 - ❖ Le bien être des proches eux-mêmes :
 - ✓ incapacité à communiquer avec le malade
 - ✓ manque d'informations et de préparation aux changements – confrontation à l'altération physique
 - ✓ Durée trop longue de la sédation : épuisement, privation de sommeil, vécu insupportable de voir le patient mourir

Besoins des proches

D'information

D'implication dans la décision

De dire des choses importants au patient,
« au revoir »

Participation aux soins

Préparation au décès

Ecoute et attention

Besoins semblables à ceux des proches de patients en fin de vie

Alors pourquoi sommes nous en difficulté ?

Spécificités de l'accompagnement

Pour la société, sédation = solution à une fin de vie
« digne », mort plus lisse

Illusion de calme et de sérénité



Toutes les préoccupations vécues par les proches viennent perturber cette illusion

➡ Nécessiter de s'attarder sur ces notions pour améliorer l'accompagnement

Spécificités de l'accompagnement

