



GUIDE DES DERNIERS SECOURS

2024-2025



Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
ANEMF c/o FAGE, 79 rue Périer 92120 Montrouge
01 40 33 70 72 – www.anemf.org – contact@anemf.org

I	COMPRENDRE LA FIN DE VIE	4
1.	QU'EST-CE QUE LA MORT ?	4
2.	QU'EST-CE QUE LA BIOÉTHIQUE ?	4
	A. LES LOIS DE BIOÉTHIQUE SUR LA FIN DE VIE	4
	B. LES GRANDES AFFAIRES	5
	C. SUICIDE ASSISTÉ OU EUTHANASIE	5
	D. LE PROJET DE LOI POUR UNE "AIDE À MOURIR"	6
3.	LES SOINS PALLIATIFS	7
	A. RECONNAÎTRE LA FIN DE VIE	7
	B. PLUSIEURS DIMENSIONS SONT INTRIKUÉES	7
	C. LA PHILOSOPHIE DES SOINS PALLIATIFS	8
	D. LES RESSOURCES DISPONIBLES	8
4.	LES DIRECTIVES ANTICIPÉES	8
5.	LA PERSONNE DE CONFIANCE	9
6.	LE DEUIL	9
	A. LE DEUIL CHEZ L'ENFANT	10
	B. LE DEUIL CHEZ L'ADOLESCENT	10
	C. COMMENT ACCOMPAGNER UNE PERSONNE EN DEUIL ?	10



II	LES DERNIERS SECOURS	11
1.	LA FORMATION DERNIERS SECOURS	11
2.	LES GESTES PRATIQUES POUR ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE	12
A.	LES SOINS DE BOUCHE	12
B.	NUTRITION ET HYDRATATION ARTIFICIELLE	13
C.	ALIMENTATION PLAISIR	13
D.	TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	14
III	APPRÉHENDER LA MORT	15
1.	ADAPTER L'INFORMATION POUR LES ENFANTS	15
2.	ADAPTER L'INFORMATION POUR LES ADOLESCENTS	16
3.	APRÈS LE DÉCÈS	16
4.	QUELLE POSITION ADOPTER EN TANT QU'EXTERNE ?	16
5.	POUR ALLER PLUS LOIN : BIBLIOGRAPHIE	17
	REMERCIEMENTS	18

I COMPRENDRE LA FIN DE VIE

1. QU'EST-CE QUE LA MORT ?

La mort fait partie de la vie. "En naissant, on commence à mourir" écrivait Saint-Augustin. C'est le seul événement dont nous soyons sûrs. Cependant, les progrès des techniques biomédicales en ont fait **reculer** l'échéance.

Au tout début de l'humanité, la mort est déterminée par la présence de **rites funéraires**, reconnaissance du respect due à un corps sans vie, et la croyance en **un monde ou une réalité différente après la vie** (la mort et la religion sont étroitement liées).

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, la vision de la mort a changé. Progressivement, elle s'est **médicalisée** et **technicisée**. Les progrès de la médecine ont permis en moins d'un siècle, de **gagner 25 ans d'espérance de vie** et donner parfois à la médecine, à certains de ses acteurs, un sentiment de toute puissance.

La mort est ainsi considérée comme un échec. Plus de 70% de nos contemporains meurent en dehors de leurs domiciles et près de 60% à l'hôpital.

En 2024, la fin de vie est plus que jamais un sujet de santé publique majeur. Il est donc capital d'être informé et sensibilisé sur cette thématique essentielle pour un futur professionnel de santé.

2. QU'EST-CE QUE LA BIOÉTHIQUE ?

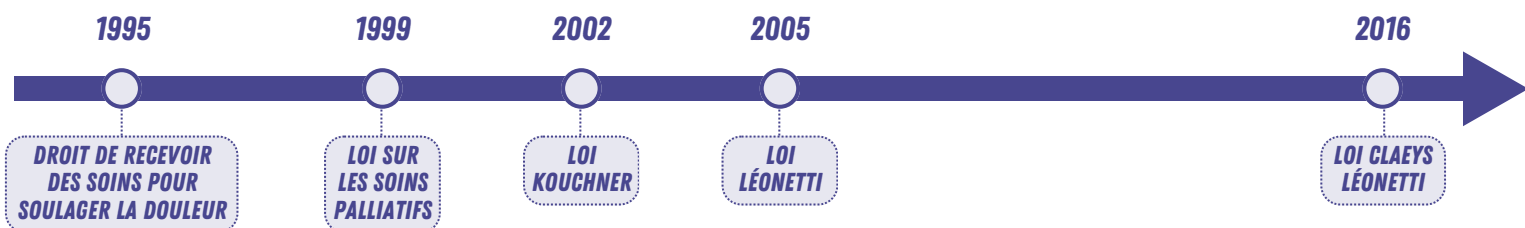
L'étude des problèmes éthiques posés par les avancées en matière de biologie et de médecine.

Elle se base sur 4 grands principes :

- La **bienfaisance** ;
- La **non-malfaisance** ;
- Le respect de l'**autonomie** ;
- La **justice**.

La bioéthique ne cherche pas une réponse parfaite à une situation complexe, mais cherche à trouver la meilleure solution, au cas par cas, à travers une réflexion prenant en compte ces grands principes.

A. LES LOIS DE BIOÉTHIQUE SUR LA FIN DE VIE



En France, depuis la fin du 20ème siècle, les lois sur la fin de vie n'ont cessé d'évoluer dans une logique de respect de la personne et de sa dignité. Les principales sont :

- Le **droit de recevoir des soins pour soulager la douleur** (1995) ;
- La **loi sur les soins palliatifs** (1999) : droit d'accès égal et universel à des soins palliatifs ;
- La **loi Kouchner** (2002) : droit d'être informé, droit de consentir aux soins ou de refuser un traitement, droit de désigner une personne de confiance ;
- La **loi Leonetti** (2005) : droit de rédiger des directives anticipées, l'obstination déraisonnable est interdite ;
- La **loi Claeys-Leonetti** (2016) : droit d'accès à la sédation profonde, les directives anticipées s'imposent au médecin et sont valables à vie, le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tous les autres.

B. LES GRANDES AFFAIRES

Deux grandes affaires très médiatisées en France ont ouvert le débat sur la fin de vie.

L'Affaire Vincent HUMBERT

En 2002, un ex-pompier a réclamé à travers une lettre adressée au Président de la République Jacques CHIRAC le "droit de mourir" pour abrégé ses souffrances suite à un accident de la route qui l'avait rendu tétraplégique, muet et aveugle. Il décède 3 ans après l'accident en se donnant la mort le 26 septembre 2003 avec l'aide de sa mère. De nombreuses manifestations réclamant une révision de la loi sur la fin de vie ont eu lieu par la suite.

Le drame de Chantal SÉBIRE

Chantal SÉBIRE était atteinte d'une tumeur rare des sinus et de la cloison nasale, et refusait tous les traitements proposés. Elle voulait "mourir dans la dignité".

Cette dernière se suicide le 19 mars 2008 par ingestion de barbituriques à cause de douleurs insupportables. Ce cas rouvre le débat sur l'euthanasie en France.

C. SUICIDE ASSISTÉ OU EUTHANASIE

Il est important de faire la distinction entre le **suicide assisté** (légal en Suisse ou en Autriche) et l'**euthanasie** (légale en Belgique, aux Pays Bas ou en Espagne).

Le **suicide assisté** est défini par le fait de **se donner la mort avec l'aide d'une personne** qui fournit le moyen de réaliser l'acte. La personne souhaitant mourir est celle qui réalise l'acte légal.

L'**euthanasie** désigne le fait d'abrégé **intentionnellement** les souffrances d'une personne **en lui donnant la mort à sa demande** (*en effet, mettre en route une sédation correspond aussi au fait d'abrégé intentionnellement les souffrances d'une personne, donc la mention de la provocation délibérée de la mort est indispensable à la définition*). Un médecin ou un tiers va, par exemple, injecter une substance entraînant directement la mort du patient.

Il est intéressant de distinguer les cinq cas qui relient l'acte médical et la mort :

- 1 Abstention** (on ne transfère pas une personne âgée de 90 ans qui a le COVID en réanimation, car on sait qu'elle ne le supportera pas et que cela risque d'accélérer la survenue de la mort) ;
- 2 Antalgie** (devant des métastases hyperalgiques, le médecin peut mettre en route un traitement antalgique, une sédation titrée, au risque d'accélérer la survenue de la mort)
- 3 Limitations et arrêts de traitement** (c'est la lutte contre l'obstination déraisonnable: si un traitement est inutile ou disproportionné; ou si une personne veut arrêter ses thérapeutiques, on peut limiter ou arrêter les traitements au risque de hâter la survenue de la mort).
- 4 Suicide assisté** : on remet à la personne une substance mortelle qu'elle ingère par voie orale ou en déclenchant une perfusion;
- 5 Euthanasie** : on injecte un produit létal qui provoque la mort.

Du point de vue de la philosophie morale, il existe une rupture qualitative et quantitative entre les cas 1-2-3 et 4-5 :

- Cas 1, 2 et 3 : la personne meurt du fait de sa **maladie**, le médecin soulage au risque de **hâter** la mort ;
- Cas 4 et 5 : le médecin provoque délibérément la mort pour **soulager**.

Or, c'est **l'intention** qui fonde la moralité d'un acte. **L'intégrité morale du soignant** est respectée dans les cas 1, 2 et 3, mais elle est attaquée dans les cas 4 et 5.

La France est jusqu'ici **discontinuiste** (elle maintient l'interdit de donner la mort, et cette rupture entre 1-2-3 et 4-5), les pays qui ont dépénalisé sont **continuistes** (ils estiment qu'il n'y a pas de rupture intentionnelle, car à la fin on arrive au même résultat : les personnes meurent, et estiment que les français sont hypocrites de maintenir cette limite.

Or, cette frontière n'est pas hypocrite, elle est **fragile** : la médecine ayant fait des progrès techniques considérables, les praticiens sont perdus, ils confondent souvent une sédation avec une euthanasie.

D. LE PROJET DE LOI POUR UNE "AIDE À MOURIR"

Selon le projet de loi, les conditions **requis** pour bénéficier d'une aide à mourir sont :

- Être atteint d'une **pathologie incurable** qui menace ses jours "à court ou à moyen terme" ;
- Être parfaitement **en mesure d'exprimer sa volonté** (ne pas souffrir d'un quelconque trouble cognitif) ;
- La souffrance doit être **réfractaire au traitement** ou insupportable ;
- Être **majeur** et de nationalité **française** ou du moins habiter depuis longtemps dans le pays.

Le processus est cadré et plusieurs professionnels de santé seront sollicités :

- Consultation d'un **médecin** ;
- Le médecin demande l'avis d'un **médecin spécialisé** dans la pathologie concernée et d'un professionnel de santé paramédical qui a suivi le patient dans son parcours de soin ;
- Le **médecin prend la décision** et délivre une **ordonnance** valable **3 mois** ;
- Un professionnel de santé doit se procurer le **médicament** en pharmacie et accompagner le patient pour le geste (si le patient est capable de réaliser le geste il peut le faire lui-même).

3. LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont nés au Royaume Uni en 1967 sous l'impulsion de **Cicely Saunders**. Tout d'abord infirmière, elle fit des études de médecine pour se donner les moyens de faire passer auprès des autorités sa vision d'une prise en soins totale, globale, **qui associe les soins du corps et les soins relationnels**. Son expérience du traitement de la douleur l'a amenée à définir le concept de douleur (ou de souffrance) **totale** intégrant plusieurs dimensions : physique, émotionnelle, sociale et spirituelle.

S'il ne peut y avoir des services de soins palliatifs partout, **une culture palliative doit imprégner nos pratiques**. Cette culture palliative est consubstantielle au soin. Palliatif vient de "*pallium*", le manteau. Un manteau n'est pas fait pour cacher mais pour **entourer** et **réchauffer**. **Tout soin, quel que soit l'avenir de nos patients, est, par nature, palliatif.**

A. RECONNAÎTRE LA FIN DE VIE

Les intérêts diminuent dans de **nombreux domaines** : alimentation et hydratation ; intimité et sexualité ; relations sociales. On peut remarquer une faiblesse, une fatigue extrême, une altération de la conscience et de la confusion, une réactivité diminuée, voire une altération de l'activité cardio pulmonaire.

La quantité de vie n'est plus importante, c'est la qualité qui compte.

B. PLUSIEURS DIMENSIONS SONT INTRIKUÉES



PHYSIQUE

Les différents **organes** fonctionnent moins bien, la **conscience** est altérée, la **respiration** et la **circulation** dysfonctionnent.



PSYCHIQUE

Anxiété, agitation, ambivalence et réaction **dépressive**.



SOCIALE

Isolement, impact **financier**, changement des rôles au sein de la **famille** et modification du rôle social.



SPIRITUELLE

Questionnement sur le sens de la vie, aspect **religieux** et **philosophique**, différents **rituels** selon le contexte culturel.

C. LA PHILOSOPHIE DES SOINS PALLIATIFS

- La mort est un processus naturel ;
- Accompagnement de proches ;
- Bénévolat et engagement des citoyens ;
- Promotion d'une "autonomie solidaire".

D. LES RESSOURCES DISPONIBLES

- Les soins palliatifs à domicile ;
- Médecin traitant avec auxiliaire de vie et IDE libéraux ;
- HAD (Hospitalisation À Domicile)
- DAC (Dispositif d'Appui et de Coordination) ;
- CAR (Cellule d'Animation Régionale de soins palliatifs) ;
- HDJ soins palliatifs à l'hôpital ;
- EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- USLD (Unités de Soins de Longue Durée) ;
- L'hôpital (tous les services classiques ou unité de soins palliatifs).

4. LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Il s'agit d'un **formulaire écrit, daté et signé** qui est transmis au médecin traitant et à la personne de confiance. Ce formulaire a une **validité illimitée** mais toutes les situations médicales ne peuvent être prédites ou anticipées.



5. LA PERSONNE DE CONFIANCE

Elle exprime la parole du malade quand ce dernier n'est plus capable de l'exprimer par lui-même et transmet aux médecins les souhaits et les refus du malade



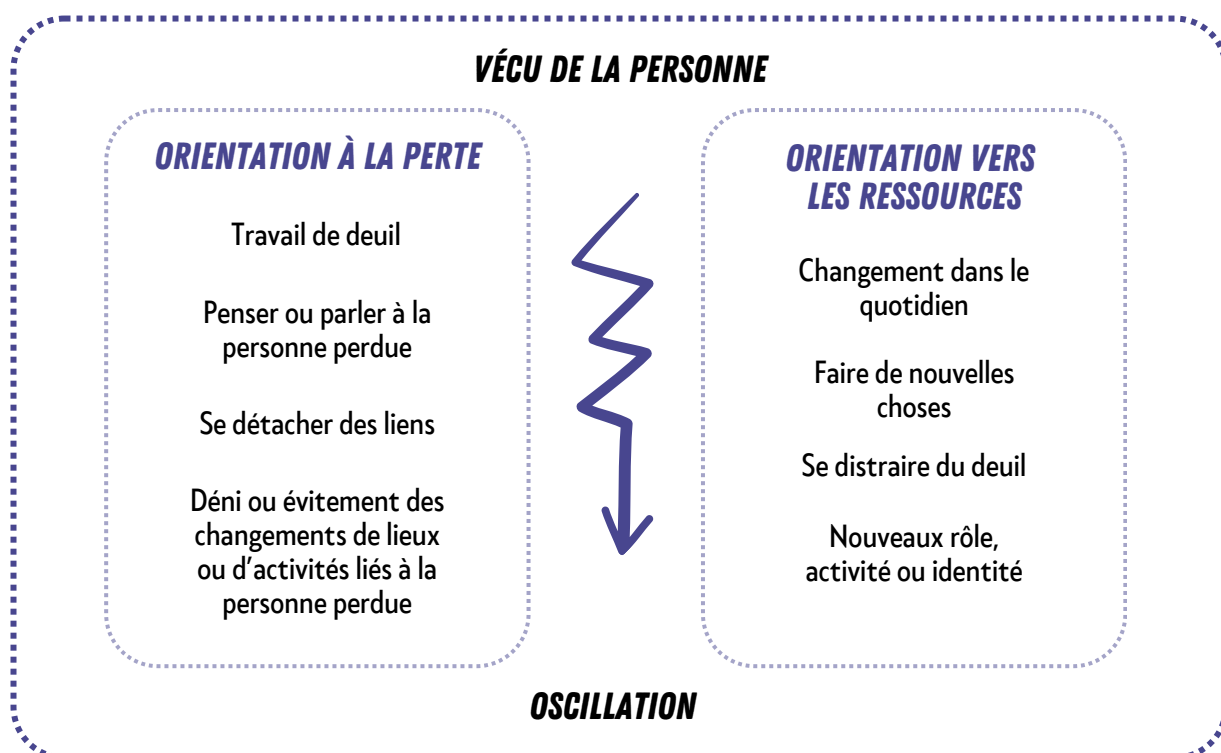
Cette personne n'est **pas** décideur !



6. LE DEUIL

Le deuil est un processus **normal**. Il se manifeste de manière **singulière** pour chacun. Il n'y a pas de **mauvaise façon** de faire son deuil.

C'est un **double processus** : une oscillation entre expériences quotidiennes orientées sur la perte et la reconstruction.



A. LE DEUIL CHEZ L'ENFANT

- Ne manifeste pas de **colère** ou de **tristesse** ;
- **Somatisations** : troubles du sommeil, refus de manger, maux de tête ou de ventre, conduites régressives ;
- Peut être tenaillé par l'**angoisse** d'un autre abandon.



COMMENT L'ACCOMPAGNER ?

- Inviter l'enfant à s'exprimer sur ce qu'il ressent avec ses propres mots ;
- Décrypter ses dessins, ses jeux, ses actes...

B. LE DEUIL CHEZ L'ADOLESCENT

L'adolescence est une période de deuil en elle-même. La survenue d'un décès va maximiser la perte de repères et le cumul des deuils. Face au deuil, l'adolescent peut présenter deux réactions : une anesthésie affective ou une attitude protectrice.



COMMENT L'ACCOMPAGNER ?

- Ne pas le juger sur son indifférence apparente ou sur sa trop grande maturité ;
- Les adolescents sont les experts de leurs émotions (ne pas décider à leur place) ;
- "Sache que je suis là... Quand tu le voudras".

C. COMMENT ACCOMPAGNER UNE PERSONNE EN DEUIL ?

- **L'écoute** et la **patience** ;
- Parler de la **personne décédée** ;
- Encourager à **accepter de l'aide** ;
- Ne promettre que ce qui est **possible** ;
- Accepter **différents chemins** de deuil.

II LES DERNIERS SECOURS



ZOOM SUR LA SFAP

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) a été créée en 1990 et regroupe les principaux acteurs français du mouvement des soins palliatifs (médecins, IDE, kinésithérapeute, aides soignants...). Elle fédère plus de **10 000 soignants** et **6 000 bénévoles** d'accompagnement en soins palliatifs.

Ses principales actions sont :

- La mobilisation des acteurs ;
- La diffusion de la culture palliative ;
- La promotion de l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement ;
- Le développement et la transmission du savoir.

1. LA FORMATION DERNIERS SECOURS

C'est une formation courte, **gratuite, ouverte à tous**, qui peut être faite soit en présentiel soit en distanciel. Elle a pour but de former chaque personne le souhaitant (pas forcément quelqu'un travaillant dans le milieu médical) pour accompagner au mieux leurs proches en fin de vie.

Présentation sur le site de la formation : "Cette formation aborde des thèmes cruciaux tels que les soins palliatifs, les directives anticipées et le soutien aux personnes en fin de vie. Elle permet aux proches de personnes malades de mieux comprendre les enjeux éthiques et thérapeutiques liés à la fin de vie."

La formation est animée par un **binôme** formé d'un **soignant** et d'un **non-soignant** ayant de l'expérience en soins palliatifs.



Ce n'est pas une formation **professionnalisante** ni une formation pour devenir **bénévole** d'accompagnement.

La suite consiste à vous donner un avant goût de la formation et surtout de la partie consistant à vous apprendre les gestes pratiques pour accompagner un patient en fin de vie.

2. LES GESTES PRATIQUES POUR ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

Pendant les dernières heures, le corps va faire en sorte de **conserver les organes nobles** : pâleur, marbrures, nausées, vomissements, trouble de la vigilance, trouble respiratoire, constipation...

Bien que la fin de vie soit un phénomène physiologique, il existe des **thérapeutiques non-médicamenteuses** en soins palliatifs qui aident à soulager la souffrance du patient.

QUELQUES EXEMPLES

- Massage léger ;
- Relaxation et méditation, aménagement d'un environnement rassurant ;
- Aromathérapie ;
- Musique apaisante ;
- Rituels ;
- Lecture ;
- Contact physique ;
- Soins de bouche.

A. LES SOINS DE BOUCHE



ZOOM SUR LES SOINS DE BOUCHE

Les soins de bouche ont pour but d'**éviter la sécheresse buccale** et participent au confort du patient. Ils sont réalisés à l'aide de petits bâtonnets avec un bout en coton ou en mousse. On peut acheter en pharmacie des bâtonnets avec des goûts ou en acheter et tremper le bout de mousse dans une boisson que le patient aime bien (whisky, cola, jus de fruits...).

C'est une alternative parfaite pour les patients avec des troubles de la déglutition et qui, bien que bénéficiant d'une hydratation artificielle, ressentent les signes de déshydratation.

Ces soins de bouche peuvent être réalisés par la famille du patient. Ainsi, ils auront le sentiment d'être utiles à la prise en charge de leur proche.

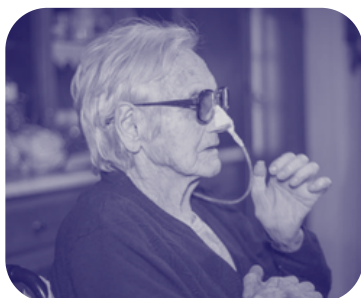


LES SOINS DE BOUCHE

B. NUTRITION ET HYDRATATION ARTIFICIELLE

Certains patients en fin de vie n'arrivent plus à **s'alimenter** correctement ou ne **mangent** pas suffisamment. C'est pour cela que l'on met en place une **hydratation** et une **alimentation artificielle**.

Plusieurs voies d'administration sont possibles :



SONDE



TRANSDERMIQUE



INTRAVEINEUSE

C. ALIMENTATION PLAISIR

Pour les patients encore capables de s'alimenter, on distingue ce qu'on appelle "l'alimentation plaisir".

La règle est qu'il n'y a pas de régime. Si le patient a envie de manger son plat préféré pendant ses derniers jours, même si c'est un aliment gras, salé ou sucré, on ne lui interdit surtout pas.

Exemple : Un patient souffre d'un cancer en phase terminale multi-métastatique et a envie d'un *fast-food*. Même si sa glycémie et son cholestérol vont augmenter, on tolère, et on laisse le patient en profiter.

 Quelques éléments à privilégier	 Quelques éléments à éviter
• Les boissons gazeuses pour la déglutition ; • Les glaces pour rafraîchir le patient ; • Les chewing-gums pour stimuler les glandes salivaires.	• Les doubles textures ; • Les grosses bouchées ; • Les aliments trop épicés ou pimentés ; • Les aliments trop chauds.

D. TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Même si le processus de fin de vie signifie souvent l'arrêt de la majorité des traitements médicamenteux (on évite surtout les traitements avec des effets indésirables inutiles), certains traitements peuvent être donnés dans le but de soulager le patient.



QUELQUES EXEMPLES

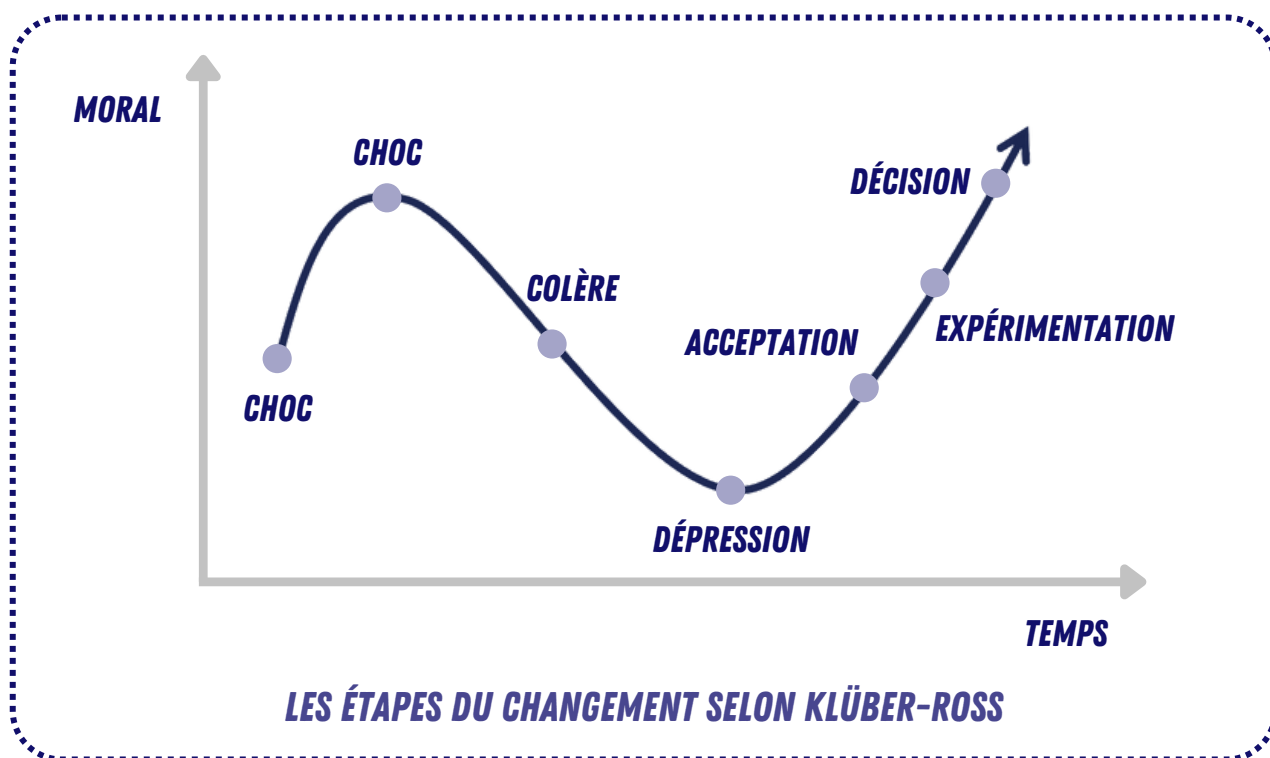
- **Morphine** : pour la douleur ou la dyspnée ;
- **Midazolam** : pour l'agitation et l'anxiété.

III APPRÉHENDER LA MORT



COMMENT PARLER DE LA MORT ?

- **Saisir l'occasion** d'en parler lorsque le sujet se présente ;
- Ne pas avoir **peur** d'en parler avec sincérité et respect ;
- **Accompagner** le silence et le déni.



1. ADAPTER L'INFORMATION POUR LES ENFANTS

À chaque âge du développement de l'enfant, sa conception de la mort évolue :

- **3-6 ans** : la mort n'est pas naturelle, elle est **réversible** et **contagieuse**. L'enfant est dominé par les pensées magiques donc il peut être persuadé d'avoir provoqué lui-même la mort.
- **Vers 6-8 ans** : il acquiert une conception de la mort comme **radicale, irréversible** et **universelle** : "c'est normal de mourir quand on est vieux".
- **Après 8 ans** : il réfléchit sur le sens de la vie, sur **ce qu'il y a après la mort** et sur l'existence d'un dieu (voir la mort d'un angle médical et scientifique).

2. ADAPTER L'INFORMATION POUR LES ADOLESCENTS

- Compréhension proche de celle de l'adulte ;
- Immaturité affective après la mort ;
- Conduites dangereuses en flirtant avec la mort ou au contraire comportement de retrait.

3. APRÈS LE DÉCÈS

Les signes attestant la mort sont les signes cardio-respiratoires et la rigidité cadavérique.

Directives légales : constat et certificat de décès.

La **présentation** et les **adieux** au défunt sont possibles à la maison. Les rituels et les traditions sont importantes :

- Toilette mortuaire ;
- Habillage ;
- Chanter ;
- Allumer des bougies ;
- Faire ses derniers adieux.

NB : Tout dépend du vécu de la personne et des préférences de la famille (il faut être respectueux et accompagner la famille dans la mesure du possible).

4. QUELLE POSITION ADOPTER EN TANT QU'EXTERNE ?



QUELQUES CONSEILS

- Vous avez le droit d'avoir des **émotions**, c'est normal et sain (ne pas en avoir peur) ;
- Être **triste** ne veut pas dire qu'on est **faible** ;
- Le vécu émotionnel d'une situation est toujours **singulier** et **unique** ;
- On n'aura pas le **même sentiment** selon le patient (chaque patient est différent) ;
- Accueillir des émotions qui peuvent paraître contradictoires (par exemple : ressentir de la **tristesse** parce qu'un patient qu'on a suivi pendant longtemps est mort, mais de la **joie** car le patient a arrêté de souffrir)
- Il est normal de ressentir de l'**insatisfaction** ou de la **frustration** par rapport aux proches du malade ("on aurait pu en faire plus") ;
- Accepter qu'on ne pourra pas **sauver** tout le monde ;



QUELQUES CONSEILS

- Importance de **parler** de votre vécu et de vos expériences avec vos chefs : de manière générale, ne pas hésiter à **débriefer** avec vos co-externes, les internes, le chef, la psychologue du service...
- Se rappeler l'importance de **l'écoute** et du **contact** humain (même si vous n'avez pas toutes les connaissances, des gestes **simples** suffisent à apporter votre aide)
- Oser **dire** "je ne veux pas, je ne peux pas"
- Se familiariser à **son rythme** avec les annonces de décès, de limitation de soin, de toilettes mortuaires...

5. POUR ALLER PLUS LOIN : BIBLIOGRAPHIE

- L'homme devant la mort, Philippe Ariès
- Sur une philosophie de l'expression, Albert Camus
- De Euthanasia Exteriore, Francis Bacon
- L'Utopie, Thomas More
- Manuel des Soins Palliatifs, P.Vespieren
- Essai Livre III, chapitre XII, Michel Montaigne
- Ecrits sur la médecine, Georges Canguilhem
- La pitié dangereuse, Stefan Zweig
- La Personne et le Sacré, Simone Veil
- Penser la fin de vie, Jacques Ricot
- Mélange, Paul Valéry
- L'Euthanasie, Olivier Jonquet
- 1001 Vies en soins palliatifs, Claire Fourcade
- Euthanasie, un progrès social, I Marin et Sara Piazza



REMERCIEMENTS

Nous remercions la **SFAP** (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) et tout particulièrement Claire FOURCADE (présidente de la SFAP), Olivier JONQUET (Médecine Intensive et Réanimation, professeur Emérite de l'Université de Montpellier) et Raphaëlle ROUGIER (Nutritionniste en Soins Palliatifs et formatrice Derniers Secours).

Nous remercions également le **Bureau National** pour leur soutien et leur accompagnement pour que ce projet voit le jour.

RÉDACTION



Hadi ABI RACHED
VP Problématiques
Sanitaires et Sociétales

CHARTAGE



Thomas DEGOUL
VP Communication et
Informatique

GUIDE DES DERNIERS SECOURS

2024-2025

Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
ANEMF c/o FAGE, 79 rue Périer 92120 Montrouge
01 40 33 70 72 – www.anemf.org – contact@anemf.org