

Nutrition et hydratation en fin de vie

MODULE 1

Daniel D'HEROUVILLE (1, 2)

(1) Unité de soins palliatifs, Maison Médicale Jeanne Garnier, 106, avenue Emile Zola, 75015 Paris ; (2) Unité François Xavier Bagnoud, Hospitalisation A Domicile de la Croix Saint Simon, 125, rue d'Avron, 75020 Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DU CONTEXTE ET DE LA SITUATION DU MALADE

DÉMARCHE GLOBALE

SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES

OBJECTIFS PARTICULIERS

- Réduire l'asthénie et redonner une certaine autonomie
- Prévenir ou guérir les problèmes cutanés

QUE PROPOSER ?

- Alimentation orale
- Stimulation de l'appétit
- Alimentation entérale et parentérale
- Hydratation

ACCOMPAGNEMENT

CONCLUSIONS OU DERNIÈRES RÉFLEXIONS ÉTHIQUES

CONTENTS

Terminal care nutrition and hydration

Daniel d'HEROUVILLE

(Gastroenterol Clin Biol 2004;28:D26-D30)

DEFINING PATIENT CONTEXT

GLOBAL APPROACH

SYMPTOM CONTROL

SPECIFIC GOALS

- Reducing asthenia and restoring a form of autonomy
- Preventing or restoring skin problems

MANAGEMENT

- Oral nutrition
- Appetite stimulants
- Enteral and parenteral nutrition
- Hydratation

COUNSELLING

CONCLUSION OR FINAL ETHICAL CONSIDERATIONS

« Dans notre société, l'alimentation est source de vie et de plaisir, elle est synonyme de convivialité » [1]. Cependant, « à l'hôpital, manger relève parfois de la contrainte » [2]. Ainsi, si l'alimentation a un rôle nutritionnel qui peut parfois imposer certaines contraintes, elle a également celui de répondre aux habitudes et aux goûts de la personne.

Les décisions et orientations concernant la nutrition et l'hydratation seront déterminées en fonction du contexte, curatif, palliatif ou terminal, dans lequel se trouve la personne et en fonction des objectifs recherchés.

— Si le pronostic peut être amélioré, les apports devront couvrir, la totalité des besoins, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses énergétiques.

— Si la personne est en situation palliative avec une maladie incurable, mais avec une certaine espérance de vie, l'alimentation et l'hydratation seront déterminées pour obtenir la meilleure qualité de vie possible, en lien avec le projet de vie du patient.

— Si la personne est en phase terminale, seule prédomine la recherche du bien être.

Quels que soient le contexte et les objectifs, aucune décision ne sera prise sans avoir donné les explications nécessaires à la personne concernée, sans avoir obtenu son accord, si elle est en mesure de le donner, sans connaître l'avis de la famille et sans avoir mené, en équipe, une réflexion préalable.

L'ensemble des auteurs insiste pour privilégier la voie orale, pour intégrer le projet nutritionnel dans une démarche globale de prise en charge et pour baser l'indication d'une éventuelle

alimentation ou hydratation artificielle sur une véritable réflexion éthique.

Définition du contexte et de la situation du malade

La première démarche est de déterminer si le malade est en phase curative, palliative ou terminale. Ces différentes phases sont définies dans le programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 publié par le Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ce document précise « que les termes de curatif, palliatif et terminal peuvent être définis de la façon suivante » :

— « Est qualifiée de curative la période de l'évolution d'une maladie au cours de laquelle les traitements peuvent entraîner une guérison, une survie de longue durée ou une rémission complète ». Ainsi, l'objectif visé est la survie... Même si la notion de qualité de vie est une préoccupation de plus en plus présente dans cette phase curative, elle reste secondaire, tout comme le confort, surtout si elle entre en conflit avec l'objectif visé. Si des traitements de supports sont prescrits, c'est pour corriger les effets secondaires des traitements curatifs.

— « Est qualifiée de palliative la période d'évolution d'une maladie inguérissable dans laquelle les traitements n'ont plus pour objectif de prolonger la vie ; les efforts thérapeutiques et d'investigations ont alors pour but le soulagement des symptômes, dont la douleur, le confort et le bien-être du malade ; la qualité de vie est prioritaire ».

Tableau I. – Indice de Karnofsky.
Index of Karnofsky.

	Score (%)
Normal, aucun signe fonctionnel, pas de signe de maladie	100
Peut mener une activité normale, les signes et symptômes de la maladie sont minimes. Totalement autonome	90
Peut mener une activité normale mais avec efforts, les signes ou symptômes de la maladie sont minimes. Totalement autonome	80
Peut se prendre en charge mais incapable de mener une activité normale ou de travailler. Autonome, mais à stimuler	70
Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins personnels. Semi autonome	60
Nécessité une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi autonome	50
Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers. Dépendant	40
Sévèrement handicapé. Dépendant	30
Etat grave. Nécessite un soutien actif. Absence totale d'autonomie	20
Moribond, processus fatal progressant rapidement	10
Décédé	0

— « Est qualifiée de terminale la période pendant laquelle le décès est inévitable et proche ».

Pour préciser la phase dans laquelle se trouve la personne malade, il est également possible de s'appuyer sur le document réalisé et publié par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer [3] qui définit deux phases :

— « Un malade dont l'espérance de vie n'est pas supérieure à un mois peut être considéré en phase terminale de sa maladie.

— Un malade dont l'espérance de vie est supérieure à un mois et probablement supérieure ou égale à trois mois et dont l'affection ne répond plus à un traitement curatif est considéré en phase palliative de son évolution ».

Dans ce même texte, il est recommandé « d'utiliser l'indice de Karnofsky (tableau I) et le Performance status (tableau II) comme scores fonctionnels ayant une bonne valeur pronostique en cancérologie. De même, la cachexie est un facteur de mauvais pronostic chez le patient atteint de cancer au stade avancé » [3].

D'autres équipes s'appuient, en particulier en gériatrie [1, 4], sur le dosage de l'albumine, de la préalbumine... Cependant, les experts indiquent « que la valeur pronostique de certains facteurs biologiques et des scores de qualité de vie doit faire l'objet d'investigations prospectives complémentaires » [3].

Tableau II. – Performance status de l'OMS.
WHO performance status.

	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction.	0
Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même ; incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps.	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps.	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence.	4

Démarche globale

« La prise en charge nutritionnelle est définie comme un soin de support et s'inscrit, en situation palliative, dans une prise en charge globale visant à maintenir ou restaurer le bien être du patient » [3].

Dans le contexte des soins palliatifs, encore plus que tout au long de la maladie, l'alimentation et l'hydratation doivent être intégrés dans une démarche et une prise en charge globale qui prend en compte l'ensemble des traitements et des soins tout en tenant compte des priorités de la personne malade et en lui permettant de réaliser ses projets de vie. Nos projets thérapeutiques et nos projets de soins ne doivent pas lui apporter plus de contraintes que de bénéfices et doivent s'inscrire dans une véritable cohérence d'ensemble, de telle façon qu'il n'y ait pas acharnement sur certains points (acharnement nutritionnel par exemple) et abandon sur d'autres (absence de traitement symptomatique, absence d'accompagnement, ...).

Soulagement des symptômes

Un projet nutritionnel ne peut être mis en œuvre tant que les symptômes gênants ne sont pas pris en compte. Ainsi, il faut les évaluer dans leur ensemble et proposer les traitements et soins adaptés permettant de les soulager. Parmi ces symptômes, il faut citer la douleur, la dyspnée, les nausées et vomissements, la constipation, la mycose buccale ou digestive, la dépression, ... Il faut traiter ces symptômes en vérifiant s'ils sont en rapport avec la dénutrition et la déshydratation et surtout en vérifiant s'ils en sont responsables. Leur soulagement permettra dans ce cas une amélioration notable dans ces deux domaines.

Parmi les traitements et soins, il faut insister tout particulièrement sur les soins de bouche qui sont indispensables à une bonne prise en charge. Ils doivent être réalisés très régulièrement, avec les traitements spécifiques nécessaires : antifongiques, antalgiques, ... Ils ont pour objectif de permettre aux personnes de garder le plaisir de boire, de manger, de parler : comment avoir ces plaisirs quand on a la bouche sèche, une mycose, des ulcérations, des douleurs, ...

Il est important également d'adapter la liste des traitements pour ne retenir que ceux qui sont indispensables et éviter ainsi d'imposer au malade la prise d'un trop grand nombre de médicaments. En effet, certains peuvent gêner voire empêcher l'alimentation ou l'hydratation. Comment avoir de l'appétit quand chaque repas commence par la prise d'une grande quantité de gélules ou comprimés au goût amer ?

Objectifs particuliers

Pour définir le projet nutritionnel, il est important de déterminer s'il y a d'autres objectifs que le plaisir et la convivialité. Ces objectifs peuvent amener à renforcer l'alimentation orale par des compléments nutritifs ou à mettre en place une alimentation entérale ou parentérale. Ils peuvent être les suivants :

Réduire l'asthénie et redonner une certaine autonomie

Il faut, en tenant compte de la phase de la maladie, expliquer au malade et à la famille ce qui peut être mis en œuvre, en leur précisant les bénéfices attendus, mais aussi les contraintes qui en

découlent. Il est également important d'évoquer d'emblée la nécessité d'évaluer les effets positifs ou négatifs de l'approche choisie. La diminution de l'asthénie, la récupération d'une certaine autonomie sont autant d'arguments pour poursuivre le projet nutritionnel. Par contre, l'absence d'effet ou l'existence d'effets secondaires doivent déterminer une modification voire un arrêt du projet. Il faut savoir qu'il est plus facile de ne pas mettre en route un traitement que de l'arrêter. Il est important de préparer le malade et son entourage à cette nécessité d'évaluer l'impact de ce qui est mis en place pour adapter notre attitude. On voit encore trop de malades recevoir jusqu'aux derniers instants de leur vie une alimentation parentérale devenue inutile voire même source d'inconfort ou de souffrance : alors que l'alimentation parentérale est devenue inutile pour son mari et même préjudiciable, Mme Z. ne peut concevoir de l'arrêter, elle considère que son arrêt va entraîner la mort.

L'arrêt de l'alimentation doit être anticipé, préparé et accompagné par un dialogue et une écoute attentive. Cette anticipation permet aux uns et aux autres de prendre conscience progressivement, chacun à son rythme, d'une certaine réalité quant à l'évolution de la situation.

Prévenir ou guérir les problèmes cutanés

L'insuffisance d'alimentation n'est pas le seul phénomène en cause. Il faut également être attentif à la prévention des escarres ou des troubles cutanés par les soins, les mobilisations, les matelas, ...

L'ANAES a publié récemment des recommandations [5] sur le sujet :

« La prise en charge nutritionnelle de l'escarre peut être utile dans certaines circonstances mais a été insuffisamment évaluée. En pratique, il convient :

- Chez le malade en carence alimentaire d'assurer une reprise progressive des apports protéiques, vitaminiques et caloriques.

- Chez le malade en hypermétabolisme d'origine inflammatoire (albumine basse), de maintenir un apport protéique, vitaminique et calorique ; seule la suppression de la cause du syndrome d'hypermétabolisme permettra l'amélioration de l'état nutritionnel » [5].

Ce texte précise par ailleurs que « les facteurs de risque à évaluer plus spécifiquement en soins palliatifs reposent sur des études cliniques et l'expérience professionnelle et des recherches doivent être menées pour étudier la pertinence de ces facteurs de risque » et que, dans le contexte des soins palliatifs, « un acharnement nutritionnel n'a pas d'intérêt à ce stade. Toute thérapie nutritionnelle ne sera mise en route qu'avec l'accord du patient. En pratique, l'alimentation orale doit être privilégiée. L'entourage du patient est également sollicité, la coopération du patient restant dans tous les cas primordiale » [5].

Que proposer ?

Avant tout, il faut insister sur le fait que, quels que soient les objectifs, « l'ensemble des décisions concernant le projet nutritionnel devra être le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire où le patient reste maître, où l'entourage est accompagné et où pour tous la question fondamentale demeure : qu'est-ce qui est le plus important aujourd'hui pour ce malade, là où il en est, en termes de confort et de qualité de vie ? » [2] Qu'en pense-t-il ? Face à cette question, nous devons être prêts à entendre et à accepter le refus du malade. Dans le premier article de la loi visant à garantir

le droit à l'accès aux soins palliatifs (Loi n° 99-477 du 9 juin 1999), il est bien écrit : « La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ».

Alimentation orale

Pour proposer une alimentation équilibrée et adaptée, il est important de connaître les goûts et les préférences de la personne, ... Ce travail de recueil sera réalisé avec le malade lui-même, mais aussi avec sa famille, son entourage, les diététicien(ne)s, l'équipe soignante, ... « Les prescriptions de régime doivent être levées ou assouplies en vue de satisfaire le choix et le plaisir » [3].

Dans la littérature, on trouve un certain nombre de recommandations [1, 2, 4, 6, 7] :

- Prendre un petit déjeuner copieux, car c'est souvent le meilleur repas de la journée ;

- Prendre le temps de manger dans une position confortable et dans une ambiance conviviale mais éviter les visites à ce moment-là ;

- Boire suffisamment, plutôt en dehors des repas ;

- Prendre les médicaments avec des jus de fruits, en fin de repas ;

- Se reposer avant et après le repas ;

- Respecter les goûts et les habitudes ;

- Diversifier et augmenter les aliments en encourageant la personne à grignoter, à prendre des gâteaux, des desserts, des boissons sucrées, des fromages, ... à être gourmand, c'est-à-dire tout le contraire des régimes amaigrissants ;

- Respecter les goûts naturels, mais ajouter parfois des épices ou des herbes sauf en cas de lésion buccale ;

- Soigner la préparation et la présentation des repas, proposer des petites portions et ne pas tout présenter en même temps, être souple dans les horaires ;

- En cas de nausées, proposer des repas froids afin de diminuer les odeurs ;

- Informer et faire participer les équipes soignantes ;

- Encourager la contribution active de la famille en lui proposant d'apporter des préparations faites à la maison.

Mais, attention à « l'acharnement nutritionnel » : la stimulation excessive et permanente peut avoir l'effet inverse et entraîner le dégoût voire un inconfort supplémentaire avec des nausées ou des vomissements.

Stimulation de l'appétit

Dans cette indication, deux traitements ont été principalement étudiés : les progestatifs et les corticoïdes. Les avis les concernant sont partagés : une des recommandations de la FLNCC sur la nutrition en situation palliative ou terminale indique que « l'acétate de mégésterol, la médroxyprogestérone et les corticoïdes exercent un effet orexigène et pourraient améliorer la qualité de vie des malades au stade palliatif » [3]. Les progestatifs stimulent en effet l'appétit, ils entraînent une majoration de l'apport calorique et du statut nutritionnel, avec une réelle prise de poids. Quant aux corticoïdes, ils stimulent l'appétit, mais de façon courte et transitoire, sans réelle prise de poids. Les études ont montré qu'ils ont un effet orexigène inférieur à celui des progestatifs et qu'ils sont plus toxiques [8, 9]. Cependant, certaines études citées par Loprinzi [8] montrent qu'ils n'agissent en rien, ni sur la durée ni sur la qualité de vie, en soins palliatifs.

Alimentation entérale et parentérale

Pour la mise en place d'une telle alimentation, la décision, en lien avec le malade, la famille et l'équipe soignante, s'appuie sur

l'éthique clinique qui détermine la réponse à la question « de savoir si l'intervention qu'elle soit simple ou complexe demeure proportionnée aux objectifs cliniques que l'on cherche à atteindre » [10]. Le malade dans sa totalité va-t-il bénéficier de cette intervention ? Une mesure est disproportionnée quand elle entraîne plus de souffrance que de bienfait. Si la pose d'une alimentation entérale ou parentérale nécessite une contention, ne s'agit-il pas d'une mesure disproportionnée, entraînant plus de souffrance que de bienfait ? Combien de personnes sont aujourd'hui attachées parce qu'elles « arrachent » la perfusion ou les sondes mises en place « pour leur bien ». Gardons nous de vouloir à tout prix hydrater ou alimenter. De la même façon, se préoccuper de l'alimentation en l'administrant par voie veineuse ou par sonde alors que rien n'a été fait pour soulager les symptômes semble être le résultat d'une absence de réflexion qui, loin de soulager le travail des soignants, les éloigne encore plus de la personne en les cantonnant dans un rôle de technicien.

De nombreux auteurs s'accordent pour dire combien l'indication de la mise en place d'une alimentation artificielle est limitée : « L'assistance nutritionnelle est discutée en fonction des bénéfices attendus, des inconvénients de la technique, du stade de la maladie. Sa mise en place dépend de l'avis du malade. En phase terminale ou à un stade avancé de la maladie, si l'évolution est défavorable malgré les traitements spécifiques, il n'est pas justifié de proposer une assistance nutritionnelle qui n'a pas fait la preuve de son efficacité, ni sur la diminution de la morbidité et de la mortalité, ni sur l'amélioration du confort et de la qualité de vie des malades » [7].

F. Bozzetti pense que « La nutrition artificielle ne peut se justifier que si le risque mortel découle de la dénutrition et non de la progression de la tumeur ». L'auteur ajoute : « Si le patient n'a plus que quelques semaines à vivre, il n'y a pas de place pour la nutrition artificielle : le patient décèdera dans les mêmes délais, qu'il soit nourri ou non. Peut-être simplement un peu plus gras ! » [11].

Les experts qui ont rédigé le document sur les standards options recommandations s'accordent pour dire : « En règle générale, la mise en route d'une nutrition artificielle ne se justifie pas si l'espérance de vie du patient est inférieure à 3 mois et l'atteinte fonctionnelle permanente sévère (indice de Karnofsky < 50 % ou Performance status > 2) ». Ils précisent « qu'au stade palliatif ou terminal, les complications et inconforts liés à l'administration de la prescription de nutrition entérale doivent faire réadapter cette prescription, tout en expliquant au patient et aux familles les raisons éventuelles de ces adaptations et en respectant leurs préférences » [3].

« Il demeure toutefois un nombre important de patients intermédiaires pour lesquels règne l'incertitude : l'espérance de vie, la qualité de vie, le contrôle des symptômes, les souhaits de la famille et également des patients qui sont plus ou moins au fait de leur état et de leur pronostic. Dans ces cas, une discussion avec les patients et les familles est nécessaire reposant sur une explication franche sur les possibilités de la nutrition artificielle, les contraintes qui y sont associées et surtout les critères pouvant inciter à l'interrompre » [11].

Il n'y a pas d'indication à mettre en place une voie veineuse, sauf dans certains cas et en particulier « chez des patients porteurs d'occlusion intestinale non opérable mais avec une certaine espérance de vie, où la nutrition parentérale est perçue comme bénéfique par 82 % des malades traités » [3].

Hydratation

Comme pour l'alimentation, tous les auteurs s'accordent pour privilégier la voie orale, dans la mesure où cela est possible.

La question fondamentale est d'apprécier l'état d'hydratation (peau, muqueuses, globes oculaires, ...) et surtout de déterminer si celui-ci a des conséquences en terme de confort pour le malade. C'est la présence d'un inconfort, évalué en observant et ou en interrogeant la personne, qui va guider et orienter les décisions.

Certains auteurs, cités par Ede [12], affirment qu'il n'y a aucune preuve indiquant que la déshydratation est à l'origine de la soif ou de la sécheresse de la bouche et que la réhydratation les améliore. Ils estiment que l'hydratation systématique n'agit pas sur la sensation de soif et qu'elle peut même être nuisible dans certaines situations, en majorant l'inconfort [12]. Par ailleurs, ils signalent qu'il existe souvent une perte de la sensation de soif en fin de vie. Néanmoins, la sécheresse de la bouche est fréquente et nécessite la poursuite des soins de bouche qui seuls peuvent atténuer cette sensation.

Sur un plan pratique, les experts recommandent : « Si une hydratation est administrée pour contrôler les symptômes, il faut choisir la voie la moins invasive (voie sous cutanée, en l'absence de voie veineuse préalable) » [3]. De même, dans le texte de l'ANAES, il est écrit que « la déshydratation est souvent bien tolérée. Si elle est source d'inconfort pour le patient, la réhydratation par voie sous-cutanée est souvent préférable à la voie veineuse » [5].

L'administration de 500 mL à un litre de soluté salé isotonique, par 24 heures, par voie sous cutanée suffit le plus souvent au contrôle des symptômes. Ce procédé doit être proposé systématiquement aux malades qui prennent des médicaments à élimination rénale, et en particulier aux malades qui reçoivent de la morphine. L'hydratation favorise l'élimination des métabolites et permet d'éviter les effets secondaires, induits par l'accumulation du produit.

Accompagnement

« Les proches ont beaucoup de mal à se détacher de cette préoccupation qu'est la nourriture et leurs interrogations ne manquent pas : est-ce qu'il a mangé ? Et qu'est-ce qu'il a mangé ? On ne lui donne plus à manger... » [2]. La nourriture représente la vie : si la personne ne mange plus, alors elle va mourir ? Derrière cette interrogation, il y a la question de la vie et de la mort. Ce questionnement doit être pour nous l'occasion d'un dialogue et d'une démarche d'accompagnement pour évoquer avec le malade et son entourage non seulement les problèmes concernant l'alimentation, mais aussi l'ensemble des questions que les uns ou les autres peuvent se poser : questions concernant aussi bien les objectifs de la prise en charge que les traitements, le confort, le soulagement des symptômes, le pronostic, la mort, ...

Oser aborder ces questions, dans une véritable attitude d'écoute et de dialogue et dans le respect de ce que les uns et les autres sont prêts à aborder, peut nous permettre de les accompagner dans ce qu'ils vivent et d'éviter de « faire » des actes qui ne seraient pas adaptés et qui pourraient être porteur de culpabilité : « On n'aurait peut-être pas dû ? ».

L'acte de donner à manger est considéré comme un acte d'amour : notre rôle, avec l'équipe, est d'aider les proches en leur montrant tous les petits gestes qu'ils peuvent réaliser et qui seront autant de preuves de cet amour.

Conclusions ou dernières réflexions éthiques

« Attention à ne pas faire rentrer l'alimentation dans le prolongement de la vie qui accompagnerait d'autres procédés qui aboutiraient à de l'acharnement thérapeutique.

Une alimentation artificielle, prescrite chez une personne souffrant d'une affection grave mais néanmoins curable, ou chez un malade chronique dont l'espérance de vie est loin d'être épuisée, ne soulève *a priori*, pas de problème éthique si elle s'appuie sur un consensus entre le malade, les soignants et la famille dans un désir de prolonger la vie et par respect pour celle-ci ». « Cette forme d'alimentation est autrement plus délicate lorsqu'elle concerne une personne usée par l'âge ou par une maladie non seulement incurable, mais dont l'évolution vers la mort est inéluctablement proche ou imminente, c'est-à-dire au moment où les soins palliatifs prennent irrémédiablement le pas sur le choix d'une thérapie soignée de prolonger la vie » [13].

« Il faut définir une attitude d'où il résulte que l'arrêt ou le refus d'un traitement n'est plus synonyme d'abandon, de précipitation vers la mort, mais la reconnaissance du processus irréversible d'une vie allant à son terme ».

Si nous sommes tous d'accord pour dire que le malade ne doit pas mourir de faim, nous devons également reconnaître que l'alimentation ne l'empêchera pas de mourir : à un stade avancé de sa maladie, la personne ne meurt pas de l'insuffisance de l'alimentation mais des progrès de la maladie.

RÉFÉRENCES

1. Rapin CH, Chatelain C, Weil R, Guggisberg E, Feuz A. Pour une meilleure qualité de vie en fin de vie : nutrition et hydratation. *Age et Nutrition* 1990;1:22-8.
2. Collège soins infirmiers de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs). *L'infirmier(e) et les soins palliatifs : « prendre soin » éthique et pratique*. 2^e éd. Paris : Masson, 2002.
3. Fédération Nationale des Centre de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). Standards, Options et Recommandations (SOR). Nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif. Juillet 2001 ; <http://www.fnclcc.fr/sor.htm>.
4. Rapin CH. Pour une meilleure qualité de vie en fin de vie : l'alimentation. In : Rapin CH, ed. *Des années à savourer — Nutrition et qualité de vie de la personne âgée*. Lausanne : Payot, 1993:245-60.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. Novembre 2001 ; <http://www.anaes.fr>.
6. Lassaunière JM, Patte R, Ballu E. Nutrition - hydratation : aspects cliniques. In : *Les Annales de soins palliatifs : le défi*, n° 1. Montréal : Centre de Bioéthique Institut de recherches cliniques de Montréal, 1992:61-71.
7. d'Hérouville D. Anorexie, cachexie et dénutrition chez le patient infecté par le VIH. In : *Les Annales de soins palliatifs : le soulagement des symptômes et l'approche palliative*, n° 3. Montréal : Centre de Bioéthique Institut de recherches cliniques de Montréal, 1992:119-31.
8. Loprinzi C. The pharmacological Manipulation of appetite. In : Bruera E, Portenoy RK eds. *Topics in palliative care*, volume 2. New York : Oxford University Press, 1998:131-40.
9. Fainsinger R. Practical considerations in the management of anorexia/cachexia : what do we say and what do we do ? Bruera E, Portenoy RK eds. *Topics in palliative care*, volume 2. New York : Oxford University Press, 1998:141-52.
10. Roy D, Bouton JM, Lacroix J. Laisser Mourir ? L'éthique de l'arrêt des mesures disproportionnées. In : Lacroix J, Beaufils F, eds *Réanimation et soins intensifs pédiatriques*. Droin, Paris, 881-97.
11. Bozzeti F. Nutrition et soins palliatifs. *Nutr Clin Métabol* 2001;15:343-8.
12. Ede S. Hydratation et assistance nutritionnelle. *European Journal of Palliative Care* 2000;7:210-2.
13. Chatelanat F. Nutrition - hydratation : aspects éthiques. *Les Annales de soins palliatifs : le défi*, n° 1, Montréal : Centre de Bioéthique Institut de recherches cliniques de Montréal, 1992:73-6.