



EN RAISON du vieillissement de la population et parce que plusieurs grands malades souhaitent mourir chez eux, l'omnipraticien sera de plus en plus appelé à soigner des mourants à domicile. Pour bien soutenir les proches qui donnent des soins de grande intensité, le médecin doit pouvoir les préparer à ce qui précède le décès, et donc bien connaître lui-même les événements et les traitements associés à l'agonie.

Le processus de la mort

Les connaissances sur le processus de la mort ont beaucoup évolué ces dernières années. Cependant, il reste impossible de déterminer à l'avance le moment de la mort, et tous ceux qui ont tenté la démarche confirmeront qu'ils ont échoué¹. Pourtant, lorsque le décès à domicile est envisagé, la question « quand va-t-il mourir ? » est primordiale, particulièrement pour les proches qui, devenus soignants, font face à de grandes angoisses et essaient de parer le mieux possible à toute éventualité. La préparation du malade et des proches, essentielle dans le contexte des soins à domicile, suppose que l'imminence du décès soit reconnue. Nous avons donc tenté de rassembler les signes et symptômes les plus souvent observés chez les personnes qui s'apprentent à mourir. Les

M^{me} France Hudon, inf., chargée de cours à l'Université de Montréal et au Cégep Marie-Victorin, travaille à l'Ordre des infirmières de Victoria, à Montréal. La D^{re} Geneviève Dechêne, omnipraticienne, exerce dans le cadre du programme de maintien à domicile du CLSC Verdun/Côte Saint-Paul et à la Clinique médicale de l'Ouest, à Verdun.

L'agonie à domicile : chronologie des événements

« docteur, quand ma mère va-t-elle mourir ? »

par France Hudon
et Geneviève Dechêne

- Comment se déroule habituellement l'agonie ?
- Devant quels signes objectifs peut-on dire aux proches que le décès est imminent ?
- Quels médicaments doit-on laisser à domicile en prévision de l'agonie ?

signes annonciateurs de l'agonie ayant fait l'objet de peu d'études jusqu'à maintenant, nous vous proposons également ici le fruit d'observations personnelles, confirmées par d'autres intervenants qui travaillent en soins palliatifs. Tous les changements cités peuvent se retrouver séparément tout au long de la maladie : c'est leur regroupement et leur exacerbation qui en font des signes annonciateurs de l'imminence de l'agonie, et donc du décès.

Le processus de la mort, phase 1

La mort n'est pas seulement l'arrêt du cœur : il s'agit d'un processus auquel prennent part tous les tissus du corps, chacun à sa façon et à son rythme. Le mot important ici est processus, et non pas acte ou moment, ni

tout autre terme qui évoquerait un instant précis où l'esprit s'en irait². Comme dans tout processus, la notion de « temps indéterminé » est importante, et même si nous n'arrivons pratiquement jamais à pouvoir prédire le moment précis de la mort d'un malade, la connaissance des étapes de ce processus permet de « voir venir » le décès et de s'y préparer. Les changements psychologiques et physiques de la fin de vie sont résumés au *tableau I*.

Signes annonciateurs de l'imminence du décès : changements psychologiques

Alerté par les nombreuses pertes qui s'accumulent dans son corps, le malade change psychologiquement et commence à se préparer et à préparer son entourage. Il est important de se rappeler que le vieil adage « on meurt comme on a vécu » comporte une

La mort n'est pas seulement l'arrêt du cœur : il s'agit d'un processus auquel prennent part tous les tissus du corps.

Repère

Tableau I

Changements psychologiques et physiques de la fin de vie

Changements psychologiques de la fin de vie	Changements physiques de la fin de vie
Annonce sa mort prochaine	Teint pâle, gris, cyanosé
Accepte (ou refuse encore) de mourir	Faiblesse extrême
Tristesse	Anorexie complète, dysphagie
Repli sur soi	Somnolence diurne, insomnie nocturne
Relecture de sa vie	Exacerbation de la douleur
Rêves prémonitoires	Polyurie, puis anurie ; incontinence ou rétention urinaire
Pense à des personnes décédées ou se sent en contact avec elles	Râles, respiration de Cheyne-Stokes
Anxiété, agitation	Chute de la tension artérielle, accélération du pouls
	Pouls de filant à imperceptible

grande part de vérité, et l'expérience nous oblige à reconnaître que la seule « bonne mort » que nous connaissions est celle qui répond aux désirs du malade. La tentation est grande pour le soignant de souhaiter pour le mourant un modèle de mort qui soit rassurant et reconfortant pour lui. Ainsi, un médecin ou une infirmière qui aimerait mourir dans un sommeil profond se sentira probablement très à l'aise d'administrer une sédation continue à son patient, alors que celui qui souhaite rester lucide et maître de lui jusqu'à la fin aura peut-être de la difficulté à accepter cette pratique. La mort idéale est possible lorsque l'on connaît la volonté du malade à ce sujet et que l'on arrive à lui permettre de vivre la mort qui lui va. Les dernières semaines de vie sont souvent marquées par des propos annonciateurs de la fin prochaine, de la tristesse, de l'isolement, le besoin de reparler du passé et d'achever sa tâche, le retour sur des lieux aimés, la distribution d'objets précieux que le malade veut savoir en sécurité. Souvent, on entend les malades raconter des rêves s'accompa-

gnant de visions de proches décédés, avec qui ils disent entrer en contact.

Cette préparation psychologique du malade et de l'entourage est souvent le moment où surgissent de vieux conflits non résolus, ou au contraire le moment de leur résolution, et le malade peut partir paisiblement.

Signes annonciateurs de l'imminence du décès : changements physiques

Atteinte de la peau et du système musculaire. Le malade est pâle, a le teint gris, et une cyanose s'installe fréquemment, d'abord aux extrémités puis, dans les dernières heures, à tout le corps. La perte de force musculaire est un élément important pour connaître le degré de détérioration de l'état du malade. Le malade ambulateur deviendra progressivement grabataire et incapable même de bouger dans son lit. La perte totale de force se manifestera à la fin par des paupières entrouvertes, une mâchoire tombante avec mouvements des mandibules à l'inspiration, l'incapacité de déglutir et l'abandon des fonctions respiratoires et cardiaques, qui signifiera la

fin du malade.

Atteinte de l'appareil digestif. Le malade devient de plus en plus anorexique, et la dysphagie s'installe à la toute fin. Cette anorexie est physiologique et exigée par un corps qui n'a plus l'énergie ni les ressources nécessaires pour digérer et absorber la nourriture. Les professionnels doivent soutenir le malade anorexique en prévenant la famille que le refus de manger constitue une étape normale. Forcer l'ingestion de nourriture n'améliore pas les capacités du mourant et devient une importante cause de nausées et de vomissements.

Manifestations neuropsychiatriques.

Fort probablement à cause de la prise de conscience de la mort, on voit souvent apparaître de l'anxiété, de l'insomnie et de l'agitation. S'ils ne sont pas traités rapidement, ces symptômes constituent une importante cause d'hospitalisation due à l'épuisement des proches. La douleur peut apparaître ou s'aggraver. Il faut le prévoir même lorsque le malade n'a jamais eu de douleur auparavant.

Atteinte de l'appareil urinaire. Lorsqu'ils sont affectés, les reins déclenchent la déshydratation terminale. Le processus de déshydratation s'installe lorsque le malade élimine de grandes quantités d'urine claire (polyurie pouvant parfois atteindre jusqu'à 1000 mL et plus par jour) tandis qu'il ne s'alimente pratiquement plus et boit à peine. Le corps rejette alors toute l'eau des tissus, d'où la fréquente et surprenante disparition des œdèmes en fin de vie. Les urines vont par la suite devenir rares (oligurie), peu abondantes, avec présence de dépôts et de sang. Les dernières heures de vie peuvent être marquées par une anurie complète. Cette déshydratation inquiète tout le monde, les proches

Tableau II

Ordonnances anticipées pour l'agonie à domicile²

Douleur	<ul style="list-style-type: none"> ■ Opiacé à courte durée d'action par voie sous-cutanée (morphine ou hydromorphone) pour les patients qui n'ont jamais pris d'opiacés ou pour les entredoses ■ Opiacé à longue durée d'action (fentanyl transdermique, morphine ou hydromorphone par administration sous-cutanée intermittente avec des papillons, ou continue par pompe) pour les patients déjà sous opiacés <p>N. B. Il faut prévoir des formats injectables et des quantités suffisantes pour au moins deux jours.</p>
Agitation, anxiété	<ul style="list-style-type: none"> ■ 0,5 à 2 mg d'halopéridol s.c. toutes les six heures, et toutes les heures au besoin (ne plus administrer si des doses de 20 à 30 mg ne sont pas efficaces) <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 10 mg de méthotriméprazine s.c. toutes les huit heures et toutes les heures au besoin <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 0,5 à 2 mg de lorazépam par voie sublinguale toutes les une à quatre heures au besoin <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 5 à 10 mg de diazépam par voie rectale toutes les 8 à 12 heures <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 à 5 mg de midazolam s.c. au besoin pour les cas graves, suivi, au besoin, d'une perfusion sous-cutanée de 10 à 30 mg par jour (maximum 100 mg/24 heures)
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none"> ■ 0,5 à 2 mg d'halopéridol au besoin <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 5 à 10 mg de prochlorpérazine par voie sous-cutanée ou rectale toutes les six à huit heures au besoin ■ Suppositoires de dimenhhydrinate ou timbres de scopolamine si les nausées sont associées aux mouvements ■ Métoclopramide s.c. s'il y a stase gastrique
Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Opiacés et sédatifs ; même posologie que pour le soulagement de l'agitation et de l'anxiété (pour plus de détails, voir l'article de la D^{re} Johanne Desforges publié dans le numéro de mai 1999 du <i>Médecin du Québec</i> : pages 49-55).
Râles	<ul style="list-style-type: none"> ■ 0,4 ou 0,6 mg de scopolamine s.c. toutes les quatre à huit heures au besoin
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> ■ La surveillance du fonctionnement intestinal doit se faire jusqu'à ce que l'état de conscience du mourant diminue.

comme les soignants professionnels, et la tentation est grande d'intervenir et de réhydrater le malade pour lui éviter d'éventuelles souffrances. Mais il faut se rappeler qu'il ne souffrira probablement pas de la soif si la bouche est bien hydratée, et ce, même si le corps est déshydraté ; à l'inverse, une bouche asséchée fait souffrir, même si le corps est bien hydraté³. **La réhydratation par solutions intraveineuses ou sous-cutanées (hypodermoclyse) devrait être réservée à de très rares cas d'exception.**

L'incontinence urinaire, de même que la rétention urinaire, sont des phé-

nomènes fréquents et à prévoir dans les dernières semaines de vie.

Le processus de la mort, phase 2 : chronologie des événements

Atteinte de l'appareil cardiorespiratoire

La deuxième étape de l'agonie débute lorsque le cœur et les poumons sont irrémédiablement affectés. C'est alors l'agonie véritable qui s'installe. Le mot agonie dérive du grec *argon*, ou « combat »⁴. Et c'est véritablement le dernier combat d'un corps qui lutte

désespérément pour protéger la vie qu'il renferme.

La chute de la tension artérielle et le maintien de cette baisse pendant plusieurs heures, l'accélération et l'irrégularité du pouls ainsi que les changements respiratoires comme l'apparition de râles, de périodes d'apnée plus ou moins longues, de tirage sous-sternal, et la respiration thoracique haute signifient souvent que la fin est imminente. Tous ces signes peuvent apparaître au cours de la maladie. C'est leur regroupement et leur persistance qui en font des indices clairs de l'imminence du décès. Une étude

prospective américaine⁵ portant sur la chronologie des changements physiques mentionne quatre signes majeurs qui sembleraient signaler de façon assez certaine l'arrivée de l'agonie. Ce sont, dans l'ordre habituel d'apparition :

- les râles ;
- les mouvements des mandibules (mouvements de la mâchoire inférieure avec une respiration témoignant d'un relâchement musculaire extrême) ;
- la cyanose ;
- la perte de pouls radial perceptible, celle-ci précédant la mort de très peu.

Cette étude révèle qu'il est très difficile de prédire avec exactitude l'arrivée de la mort, même lorsque ces signes objectifs d'agonie sont présents : on a cependant observé que près de 40 % des malades mouraient moins de deux heures après l'apparition des mouvements mandibulaires et de la cyanose ! D'autres études se sont penchées sur le délai entre la diminution ou la perte de l'état de conscience et la survenue de la mort⁵. Quatre-vingt pour cent des malades en toute fin de vie étaient éveillés et capables de communiquer deux semaines avant leur décès. Mais par la suite, seuls 50 % étaient éveillés une semaine avant le décès, 30 % deux jours avant, et 8 % seulement les dernières heures précédant la mort : il semble donc que pour beaucoup de mourants, la communi-

cation verbale est devenue impossible avant la mort. Il faut par conséquent inciter les proches à communiquer tôt avec le malade et ne pas retarder les adieux ni l'expression des dernières volontés.

Quels malades peuvent mourir à domicile ?

- Ceux qui le souhaitent, et cette volonté doit être clairement exprimée par le malade. Son désir de ne pas être réanimé doit être reconnu par un document légal laissé au domicile (voir l'article intitulé « Question de fin de vie... questions d'éthique », de la D^{re} Marie-Françoise Mégie, dans ce numéro).
- Ceux qui sont entourés par des proches qui ont le désir réel d'assumer la charge physique et émotionnelle d'un décès à domicile et les aptitudes nécessaires pour le faire ;
- Ceux qui ont accès à un réseau de professionnels compétents qui offriront des soins à la hauteur des normes de soins palliatifs actuelles⁶⁻⁹ (voir l'article intitulé « La fin de vie à domicile : un défi pour l'omnipraticien ! »). Cette équipe aura la tâche d'assurer le bien-être du malade, et ce, jusqu'à son décès, d'informer les proches sur les changements physiologiques et psychologiques qui précèdent la mort, et de leur enseigner comment et quand donner les soins et les médicaments

au mourant⁸. Elle devra aussi leur offrir le soutien et le réconfort psychologiques nécessaires pour traverser dignement cette épreuve.

L'agonie et le décès à domicile : le rôle de l'infirmière

L'infirmière est la première intervenante à rencontrer le malade et demeure en première ligne tout au long du suivi d'un patient en soins palliatifs. Elle doit être disponible en tout temps, grâce à un système de garde et à un téléchasseur. Pour qu'elle puisse jouer efficacement son rôle⁷, elle a besoin :

- d'être toujours soutenue par un médecin, qu'elle peut joindre en tout temps ;
- d'avoir accès rapidement à des prescriptions et aux médicaments nécessaires pour soulager les symptômes ;
- d'avoir une connaissance spécifique des soins palliatifs ;
- de disposer du temps nécessaire lors de ses visites pour bien évaluer et soigner ces grands malades et agir efficacement dans des situations souvent complexes.

L'agonie et le décès à domicile : le rôle du médecin

La connaissance des symptômes présents le plus souvent en fin de vie et la nécessité de prévoir à l'avance les médicaments qui les soulageront sont les premières responsabilités du médecin qui suit un mourant à domicile. Les études montrent¹⁰ que les problèmes les plus fréquents en fin de vie sont la douleur, présente chez presque 100 % des malades hospitalisés dans une unité de soins palliatifs, les nausées (70 %

Les changements physiques annonciateurs de la fin de vie les plus importants sont la faiblesse extrême, la dysphagie, la somnolence diurne et une exacerbation de la douleur : l'agonie est imminente.

Les premières responsabilités du médecin qui suit un mourant à domicile sont de connaître les symptômes de la fin de vie et de prévoir à l'avance les médicaments qui les soulageront.

Encadré

Conversions pour les opiacés

- 5 mg de morphine = 1 mg d'hydromorphone
- 25 µg de fentanyl (timbre en place pour trois jours) = 50 mg de morphine *per os* / 24 h ou 25 mg de morphine s. c. / 24 h¹¹

des patients), la dyspnée (45 %), l'agitation et le *delirium* (40 %). Ces symptômes, lorsqu'ils sont mal soulagés chez un malade vivant à domicile, sont susceptibles d'entraîner une hospitalisation. La dysphagie ainsi que les râles terminaux sont des difficultés « normales » à prévoir si l'on veut assurer une fin digne au malade.

Les ordonnances anticipées (prescriptions de médicaments et d'actes infirmiers faites à l'avance) sont des moyens simples d'assurer que les symptômes seront bien soulagés et que le malade pourra recevoir les soins et les médicaments appropriés dès que cela sera nécessaire et jusqu'à son décès. Les médicaments de fin de vie à garder à domicile, la sonde vésicale à poser dès que le malade est grabataire¹², les papillons sous-cutanés à installer dès qu'il n'avale plus ainsi que le lavement évacuateur s'il souffre de constipation sont des exemples d'ordonnances anticipées qui permettent au malade de rester chez lui. Les médicaments, le matériel nécessaire et les ordonnances sont gardés au domicile du malade. L'infirmière peut alors intervenir rapidement et efficacement. Toutefois, elle a toujours l'obligation d'informer le médecin traitant des changements survenus dans l'état du patient.

La douleur, présente chez presque tous les agonisants, justifie l'utilisation

Tableau III

Médicaments à ne plus administrer en préagonie

- Hypotenseurs
- Antiangineux
- Hypolipidémiants
- Somnifères et tranquillisants majeurs, surtout si le malade est somnolent
- Entrophen®, warfarine, héparine
- Antibiotiques, thérapies antivirales et prophylactiques du VIH
- Substituts alimentaires, sauf si les proches insistent pour continuer à les donner
- Tout autre médicament jugé inutile à ce stade

des opiacés avec une augmentation fréquente des doses en fin de vie^{13,14}. Cela inquiète les proches : il faudra les rassurer en leur expliquant qu'aucune euthanasie n'est pratiquée chez leur malade.

Le médecin et les infirmières devront aussi porter une attention spéciale aux changements respiratoires de la fin de vie et bien informer la famille à ce sujet. Nous craignons tous de mourir étouffés ou de voir quelqu'un étouffer devant nous. La respiration laborieuse, les râles et la respiration de Cheyne-Stokes sont très impressionnants pour l'entourage. Il faut prendre tout le temps requis pour bien expliquer que ces phénomènes sont normaux et sembleraient peu incommoder le malade lui-même. Les râles sont particulièrement anxiogènes pour l'entourage, et l'utilisation d'anticholinergiques est alors tout à fait justifiée. Ceux qui prétendent ne pas y recourir parce qu'ils ne seraient utiles qu'aux proches anxieux ne sont certainement pas restés plusieurs heures, assis, impuissants, à écouter « râler » un mourant !

Le *tableau II* dresse une liste des médicaments susceptibles d'être conservés à domicile en prévision des difficultés de la fin de vie.

Le *tableau III* donne la liste des médicaments à ne plus donner en préagonie, si ce n'est pas déjà fait à ce stade.

Lorsque le malade ne peut plus avaler, on arrête alors de lui donner tous les médicaments, sauf ceux qui contrôlent les douleurs, l'agitation et les râles bronchiques terminaux, qu'on administre par voie sous-cutanée (*tableau II*). La conversion à la voie sous-cutanée se fait à la même posologie qu'avec la voie orale pour tous les médicaments sauf les opiacés, dont la dose doit être réduite de moitié² (voir l'*encadré*).

Soulignons que les timbres de fentanyl ont l'avantage de rester en place lorsque la dysphagie terminale de l'agonie apparaît et permettent de restreindre l'emploi de la voie sous-cutanée à l'administration des entredoses d'opiacés seulement, ce qui simplifie le traitement pour les proches et l'équipe de soins².

Les timbres de fentanyl ont l'avantage de rester en place lorsque la dysphagie terminale apparaît, ce qui simplifie grandement le traitement pour les proches.

Repère

Le constat de décès à domicile

Le médecin traitant du malade, le médecin de garde ou le médecin d'Urgences-santé doit aller constater le décès du malade. Le médecin qui constate le décès doit remplir le formulaire SP 3, dit bulletin de décès. Ce formulaire doit indiquer l'heure exacte du décès (s'informer auprès de la famille), la maladie qui a provoqué la mort du patient (pneumonie, par exemple) et la cause initiale, soit la maladie sous-jacente à la cause directe (emphysème, par exemple)^{15,16}. On ne s'intéresse pas ici au mécanisme de mort (arrêt cardiaque ou respiratoire). Ce formulaire, une fois rempli, est remis directement par les proches au directeur du salon funéraire qui prend en charge la dépouille.

Le constat de décès est le moment privilégié pour le médecin de féliciter les proches pour leur travail, ces derniers ayant souvent, à tort, l'impression de ne pas en avoir fait assez. C'est aussi un moment très touchant pour le médecin et les proches qui ont travaillé ensemble et ont réussi cet exploit de pouvoir garder le malade à domicile jusqu'à la fin. Il se crée alors des liens et une intensité qui n'est pas sans rappeler le niveau d'émotion vécu à un accouchement : la boucle de la vie est bouclée, et cette émotion fait partie des grands moments que peut vivre un médecin dans l'exercice de sa profession.

LA MORT EST NATURELLE. Mourir à domicile est naturel aussi, et possible à certaines conditions essentielles. Le corps sait comment mourir comme il sait comment respirer, s'endormir, se nourrir. Notre rôle à titre de professionnels est de s'assurer que le pro-

cessus de cessation de la vie se déroule le mieux possible, paisiblement, sans trop de souffrances pour le malade, tout en offrant aux proches tout le soutien dont ils ont besoin, eux qui accomplissent une tâche immense et courageuse. □

Date de réception : 7 mars 2001.

Date d'acceptation : 25 mars 2001.

Mots clés : agonie, ordonnance, signes pré-curseurs.

Bibliographie

1. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's prognosis in terminally ill patients. *BRMJ* février 2000 ; 320 : 469-72.
2. Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. *Précis pratique de soins médicaux à domicile*. Saint-Hyacinthe : Edisem-FMOQ, 2000 : 149-52.
3. Ellershaw J, Sutcliffe J, Saunders C. Dehydration and the dying patient. *Journal of Pain and Symptom Management* avril 1995 ; 10 (3) : 192-7.
4. Nuland SB. *Mourir, réflexions sur le dernier chapitre de la vie*. Ville Saint-Laurent : ERPI, 1994 : 60.
5. Allard P, Dionne A, Potvin D. Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients. *J Palliat Care* 1995 ; 11 (3) : 20-4.
6. Thorpe G. Enabling more dying people to remain at home. *BMJ* 9 octobre 1993 ; 307 (9) : 915-8.
7. Regroupement des Soins Palliatifs à Domicile de la Région de Montréal Centre. *Proposition d'un plan d'organisation de soins et de services pour la clientèle en fin de vie au Québec*. Document présenté à la commission Clair le 25 octobre 2000. On peut se le procurer auprès des auteurs de cet article et à la commission Clair : 5-11.
8. McWhinney IR, Bass MJ, Orr V. Factors associated with location of death-home or hospital of patients referred to a palliative care team. *CMAJ* 1^{er} février 1995 ; 152 (3) : 361-7.
9. Bowling A. The hospitalization of death: should more people die at home? *J Med Ethics* 1983 ; 9 : 158-61.
10. Fainsinger R, Bruera E, et al. Symptom

Summary

Agony: chronology of events. It is possible for a terminally ill patient to die in a dignified manner at home. Good palliative care can be provided at home as long as the following conditions are met: a competent medical and nursing team available 24 hours a day, knowledge of the dying process, and prescriptions of the required medications prepared in advance.

Key words: agony, prescription, precursor signs.

control during the last week of life on a palliative care unit. *Journal of Palliative Care* 1991 ; 7 (1) : 5-11.

11. Breitbart W, Payne R, et al. An alternative algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer related pain. *Oncology* mai 2000 ; 14 (5) : 695-705.
12. Fainsinger R, et al. The use of urinary catheters in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* août 1992 ; 6 (6) : 333-8.
13. Collin E, Poulain P, Gauvain-Piquard A, et al. Is disease progression the major factor in morphine tolerance in cancer pain treatment? *Pain* 1993 ; 55 : 319-26.
14. Mount B. A final crescendo of pain. *J Palliat Care* 1990 ; 6 (3) : 5-6.
15. Myers KA, Farquhar DRE. Improving the accuracy of death certificate. *CMAJ* 19 mai 1998 ; 158 (10) : 1317-23.
16. Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec. Constat de décès. *Bulletin* octobre 1998 ; XXXVIII (3) : 16.
17. Morita T, et al. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *The American Journal of Hospice and Palliative Care* juillet-août 1998 : 217-22.
18. Bruera E, et al. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective longitudinal study. *Psychological aspects of cancer* 1990 ; 9 abstract 1193 : 308.

Lecture suggérée :

Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. *Précis pratique de soins médicaux à domicile*. Chapitres 31 à 41 : soins palliatifs à domicile.