



Évaluation de la prise en charge de la fin de vie

Selon le référentiel

Janvier 2026

La prise en charge en soins palliatifs regroupe des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils améliorent la qualité de vie et garantissent le respect de la dignité de la personne prise en charge. La prise en charge de la douleur fait partie intégrante des soins palliatifs. Ils nécessitent de développer les compétences spécifiques des professionnels.

Dans cette prise en charge, le patient est considéré dans toute sa dimension humaine et la mort comme un processus naturel et prévisible. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives en phase avancée et terminale. Ils visent également à accompagner leur famille et leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations peuvent compléter l'action des équipes soignantes, avec l'accord du patient ou de ses proches.

Les propositions de loi relatives aux soins palliatifs et d'accompagnement, et à la fin de vie, déposées en mars 2025, sont actuellement à l'étude devant le Parlement.

Cette fiche est à rapprochée de la fiche pédagogique sur le parcours intrahospitalier et sur le respect des droits du patient.

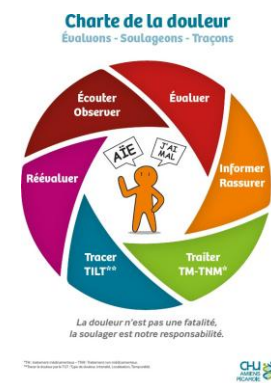
Définitions

Douleur

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle. La prise en charge de la douleur, quelle qu'en soit son origine est un droit fondamental pour chacun.

L'accompagnement d'une personne en fin de vie rend impératif une évaluation et une prise en charge de qualité. Toutes les dimensions de la douleur sont le plus souvent présentes en période de fin de vie. À la fois la dimension physique mais aussi émotionnelle. Un traitement adapté et efficace passe par un temps d'évaluation qui est indispensable.

La douleur doit être évaluée à l'aide d'outils adaptés à la situation du patient (âge, situation cognitive etc.), soulagée rapidement et réévaluée régulièrement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées. Cette mesure repose sur la participation active du patient qui réalise son autoévaluation ; mais lorsque cette participation n'est pas possible (ex : très jeune enfant, patient non communicant), les soignants doivent réaliser une hétéroévaluation. Cette mesure, régulière, permet d'évaluer l'effet des traitements, médicamenteux ou non afin de la soulager.



www.chu-amiens.fr/nouvelle-charte-de-la-douleur

Soins palliatifs

Les soins palliatifs ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques (dont la douleur), psychiques et sensoriels, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de ses proches. La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du patient en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. Il doit en informer le patient, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du patient. La procédure suivie est tracée dans le dossier médical.

En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé (1.1-01).
- Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées (1.1-04).
- Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (1.1-05)
- Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante (1.1-06).
- Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (1.1-09).
- Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge (1.2-02).
- Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile (1.2-05).
- Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités (1.3-01).
- Le patient a pu désigner une personne de confiance (1.3-02).
- Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins (1.3-11).
- Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins (1.4-04).
- Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement (1.4-05).
- Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (2.1-03).
- Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative (2.1-05).
- Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments (2.2-02).
- Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse (2.2-06).
- L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (2.4-01)
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique (2.4-06).
- L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (3.1-06).
- La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels (3.2-06).
- L'établissement favorise le travail en équipe (3.2-11).
- L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire (3.3-01).
- L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté (3.3-02).

Les points clés de l'évaluation

Afin d'assurer au patient une prise en charge digne et optimale, tout établissement, confronté à la fin de vie, même de manière très ponctuelle, doit formaliser des filières adaptées à ce type de prise en charge.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que l'établissement :

- identifie les filières spécifiques au parcours de fin de vie de ses patients (LISP, EMSP, USP, HAD, HDJ...) ;
- formalise les partenariats avec les acteurs locaux qui contribuent au parcours de fin de vie ;
- dispose des ressources internes ou externes spécifiques aux prises en charge de fin de vie ;
- oriente le patient vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge et à ses souhaits ;
- et informe les professionnels de ces dispositifs.

Afin de faire du patient un acteur de sa prise en charge, il est attendu des équipes qu'elles l'informent de ses droits, particulièrement dans la prise en charge de soins palliatifs, d'accompagnement et de fin de vie.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que les équipes :

- informent le patient tout au long de son parcours de soins palliatifs de manière claire, complète et adaptée des éléments essentiels à sa prise en charge. Cette information lui permet de comprendre les différentes étapes de sa prise en charge et de prendre des décisions éclairées (consentement libre et éclairé) en collaboration avec les professionnels de santé ;
- tracent dans le dossier de soins, la personne de confiance du patient, référent de l'expression des volontés du patient. La personne de confiance peut être désignée pendant l'hospitalisation ou avant - auquel cas, l'équipe peut retrouver l'information auprès des proches ou dans le dossier médical partagé de « Mon espace santé ». Cette désignation doit être signée par la personne de confiance ;
- informent les patients sur l'utilité des directives anticipées, quel que soit leur profil. Elles tracent les directives anticipées ainsi que le refus d'en rédiger ;
- informent les patients des structures et associations de bénévoles qui peuvent les accompagner, y compris des modalités de contact (représentants des usagers, bénévoles, associations culturelles, autres associations...) ;
- garantissent au patient en soins palliatifs une prise en charge adaptée et optimale de sa douleur tel que décrit dans la fiche pédagogique dédiée.

1. Inscrire les soins en fin de vie dans le territoire

- Identification des filières spécifiques
- Partenariats
- Ressources internes ou orientation du patient

2. Garantir les droits des patients en soins palliatifs

- Information du patient
- Recherche de la personne de confiance
- Directives anticipées
- Informations sur les structures d'accompagnement

Afin de garantir au patient une prise en charge adaptée à ses besoins et préférences, il est attendu des équipes qu'elles impliquent le patient et ses proches ou aidants, selon le souhait du patient. La coordination des équipes est indispensable à cette prise en charge.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que les équipes :

- orientent les patients en fin de vie dans les parcours de soins les plus adaptés au sein de son territoire ou de son GHT (EMSP, HAD, LISP, USP...) ;
- prennent en compte les souhaits du patient dans le projet de soins ;
- associent les proches et/ou aidants, avec l'accord du patient, dans son projet pour favoriser une dynamique de soutien émotionnel et physique amenant une meilleure qualité de vie. L'accompagnement des proches du patient, notamment *via* des psychologues, est également prévu pour alléger leurs souffrances ;
- tracent le projet de soins au sein du dossier du patient ;
- se coordonnent de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire pour la mise en œuvre du projet de soins ;
- ont accès à un réseau d'expertise (interne ou externe *via* la télésanté ou la téléexpertise) en soins palliatifs, offrant aux professionnels un soutien, de l'écoute, ainsi que des formations spécifiques ;
- évaluent et assurent le suivi de l'état psychique du patient (détresse, anxiété...) et intègrent ces éléments, de façon tracée, dans le projet de soins ;
- sont formés à la démarche palliative (relation d'aide et accompagnement patient et proches...).

Dans le cadre d'une prise en charge bientraitante, vous vous assurez que les équipes respectent l'intimité et la dignité du patient, adoptent un mode de communication approprié au profil du patient (âge, troubles cognitifs, état de conscience, culture et religion...) et assurent la gestion de la douleur. La continuité de cette prise en charge est assurée pour l'ensemble des patients jusqu'à leur décès, y compris pour les nouveau-nés. Des facilités de présence ou d'accompagnement d'un proche sont prévues jusqu'au décès du patient.

Dans le cadre de la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), **vous vous assurez** que les équipes :

- analysent de manière pluriprofessionnelle, avant un décès prévisible, toute action thérapeutique et le mode de prise en charge afin d'éviter toute obstination déraisonnable ;
- tracent dans le dossier du patient :
 - la décision issue de la procédure collégiale de prise en charge palliative (LATA) ;
 - le recours à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ;
 - la prescription anticipée de la phase agonique ;
 - l'annonce de la prise en charge de soins palliatifs à la famille et la proposition d'accompagnement spécifique ;
 - le transfert en unité de soins palliatifs (USP/LISP) ou au domicile (HAD) du patient suivant son état de santé et ses volontés.
- connaissent et accèdent à des dispositifs d'écoute et d'accompagnement pour un soutien psychologique des proches mais aussi pour eux mêmes.

3. Assurer une prise en charge coordonnée en soins palliatifs

- Orientation du patient dans le parcours le plus adapté
- Prise en compte des souhaits du patient
- Association des proches et/ou aidants
- Coordination des professionnels avec appel à un réseau d'experts
- Évaluation et suivi de l'état psychologique du patient

4. Prendre en charge en soins palliatifs jusqu'au décès

- Réflexion collégiale sur la prise en charge
- Modalités de prise en charge de la fin de vie
- Accompagnement des proches

Quel que soit l'âge du patient, le décès à l'hôpital requiert une attitude respectueuse et empathique : information, écoute et accompagnement de l'entourage dans le respect des volontés du défunt et de sa dignité, du service de soins à la chambre mortuaire. Dans le cas particulier des soins palliatifs, le décès peut faire partie de la prise en soins. À ce titre, il doit être préparé en amont (cf fiche pédagogique « Parcours intrahospitalier - Organiser la prise en charge du décès »).

Néanmoins, le décès n'est pas la seule issue de la prise en charge en soins palliatifs. Les séjours de répit sont aussi une offre proposée pour les patients et leur entourage.

Afin de garantir aux patients une prise en charge adaptée à ses besoins et pertinente au regard des bonnes pratiques, il est attendu des équipes qu'elles mesurent l'impact de leurs pratiques pour se mobiliser sur des actions d'amélioration continue des pratiques en soins palliatifs.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que les équipes :

- mènent une réflexion collective autour des dilemmes éthiques pour concilier droits et souhaits du patient et soutien aux professionnels ;
- sécurisent les soins par l'application de bonnes pratiques actualisées régulièrement ;
- objectivent et analysent la qualité et la sécurité des soins par le suivi d'indicateurs, l'évaluation des résultats cliniques afin d'identifier des axes d'amélioration ;
- disposent de temps collectif dédié à des projets en équipe ou à des projets qualité et gestion des risques, dédiés aux spécificités de la prise en soins palliative ;
- disposent de temps d'échange pluriprofessionnel, éventuellement en présence d'un psychologue, pour évoquer les difficultés de la prise en soins palliative ;
- s'assurent que le patient, et son entourage, est serein et apaisé sur sa maladie, son état de santé, sa prise en charge et son évolution prévisible.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que la gouvernance :

- intègre et fasse participer les représentants des usagers et associations de bénévoles à un espace de réflexion éthique, au même titre que les professionnels ;
- permette aux représentants des usagers et associations de bénévoles de donner leur avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients.

4. Prendre en charge en soins palliatifs jusqu'au décès (suite)

Prise en charge du décès respectant les volontés du patient

5. Améliorer les pratiques de prise en charge de la fin de vie

Réflexion éthique associant les représentants des usagers

Amélioration des pratiques

L'évaluation de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs

Aide au questionnement

Les questions suivantes sont des exemples indicatifs non exhaustifs. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Avec la gouvernance

- Avez-vous des correspondants externes ? Menez-vous des actions pour sensibiliser le patient sur l'importance de rédiger des directives anticipées ? (1.1-04)
- Suivez-vous le nombre de décès annuel par secteur d'activité dans le cadre de votre politique qualité ? (1.1-09)
- Comment suivez-vous les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles en regard de votre activité ? Comment les transmettez-vous à vos équipes ? (2.4-01)
- Quelles actions d'amélioration suite à l'analyse des indicateurs sont mises en place ? Sur la base de quels indicateurs ? Présentez-vous les résultats d'indicateurs aux instances ? (2.4-06)
- Avez-vous réalisé avec l'ensemble des professionnels un état des lieux des questionnements éthiques ? Comment avez-vous intégré l'impact des nouvelles technologies dans le questionnement éthique ? Avez-vous sensibilisé vos professionnels au questionnement éthique ? Et y avez-vous intégré des représentants des usagers et/ou des patients partenaires ? avez-vous identifié des ressources externes mobilisables par les professionnels sur les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés ? (3.1-06)
- Comment soutenez-vous la pratique avancée et les délégations de tâches, dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques ? (3.2-11)

Avec le patient

- De votre point de vue, pensez-vous que les conditions d'accueil et de prises en charge respectent votre intimité, votre dignité et votre intégrité ? Les conditions d'accès à l'établissement, vous semblent telles adaptées (signalétique, circulations, locaux, accès extérieurs) ? (1.1-01)
- À quelle fréquence, les équipes vous interrogent-elles sur votre douleur ? Vous ont-elles proposées des modes de prises en charge pour améliorer votre bien-être et/ou votre qualité de vie ? (1.1-05)
- Les professionnels se présentent-ils en entrant dans la chambre ? Avez-vous toujours bénéficié d'une aide pour répondre vos besoins élémentaires ? Les professionnels se sont-ils toujours montrés bienveillants à votre égard ? (1.1-06)
- Avez-vous été reçu l'ensemble des informations concernant votre prise en charge et votre état de santé, notamment concernant les délais de prise en charge aux urgences ? Avez-vous reçu un document informatif attirant votre attention sur les signes d'alerte en cas de doute ? Quelles mesures les professionnels mettent-ils en place pour vous identifier ? (1.2-02)
- Connaissez-vous l'existence des représentants des usagers ou d'associations de bénévoles œuvrant dans le champ des soins palliatifs ? Savez-vous ce qu'ils peuvent vous apporter ? Connaissez-vous d'autres structures ou personnes qui pourraient vous accompagner dans votre prise en charge ? savez-vous comment contacter les représentants des usagers ou les associations œuvrant dans le champ des soins palliatifs ? (1.2-05)
- Vous a-t-on présenté les différentes options de prises en charge, incluant leurs bénéfices et leurs risques ? Avez-vous pu exprimer vos préférences et besoins pour l'élaboration de votre projet de soins ? Vous a-t-on demandé votre consentement pour ce projet de soins ? (1.3-01)
- Vous a-t-on présenté le rôle de la personne de confiance ? Avez-vous pu en désigner une ? (1.3-02)
- Vos proches et aidant sont-ils associés à votre projet de soins ? (1.3-11)

Avec les représentants des usagers

- Comment l'établissement vous permet-il d'intervenir auprès des patients ou de leurs proches, en concertation avec les équipes de soins ? (1.4-05)

Avec les professionnels

- De quelles ressources et formations disposez-vous pour pouvoir aborder avec le patient son droit à rédiger des directives anticipées ? Vous sentez-vous à l'aise sur le sujet ? Comment informez-vous le patient sur ce droit ? Comment les retrouvez-vous dans le dossier patient, y compris dans le cas où le patient refuse d'en rédiger ? (critère 1.1-04).
- Quels outils vous permettent d'évaluer la douleur du patient ? Les évaluations et réévaluations sont-elles toujours tracées dans le dossier ? Pouvez-vous les retrouver dans le dossier ? Proposez-vous des modes de prises en charges non médicamenteux ? (1.1-05).
- Évaluez-vous l'autonomie du patient ? À quels moments et avec quels outils ? À votre avis, quels moments de la prise en soins sont des facteurs de risques d'atteinte à la bientraitance ? Quelles actions peuvent être mises en place le cas échéant ? Et comment déclarez-vous les cas de maltraitance interne ? (1.1-06).
- Avez-vous eu une formation concernant les annonces difficiles, l'accompagnement psychologique et pratiques des aidants et de l'entourage ? Quelles sont les conduites à tenir suite à un décès (constat, gestion des affaires personnelles, gestion du corps du défunt dans l'unité, à la chambre mortuaire, à la présentation, respect des volontés et convictions) ? Comment sont informés les professionnels intervenant auprès du patient, y compris MT ? (1.1-09)
- Quels sont les dispositifs mis en place pour annoncer un EI imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ? (1.2-02)
- Comment élaborez-vous le projet de soins ? Envisagez-vous la possibilité d'une prise en soin à domicile ? Impliquez-vous le patient ? À quelle fréquence le réévaluez-vous ? Comment en assurez-vous la traçabilité ? Avez-vous des experts auxquels vous référez ? (1.3-01 et 2.1-03)
- Au niveau pluridisciplinaire, comment évaluez-vous et assurez-vous le suivi de l'état psychique du patient (détresse, anxiété...), et de quelle manière ces éléments sont-ils intégrés et tracés dans le projet de soins ? (2.1-05)
- Comment connaissez-vous la personne de confiance ? (1.3-02)
- Quelles modalités peuvent être mises en place pour assurer la présence des proches et aidants, tout en maintenant le respect de l'intimité et de la confidentialité ? (1.3-11)
- Comment intégrez-vous l'expérience patient pour adapter les parcours et les traitements ? (1.4-04)
- Disposez-vous d'une structure d'expertise capable de vous apporter écoute, soutien et formation spécifique en soins palliatifs ? Dans le cadre de la démarche palliative, une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est-elle mise en place, notamment à la mise en place de LATA ? Quelles modalités d'accompagnement des proches sont disponibles dans le cadre des situations palliatives ? (2.1-05)
- Pouvez-vous me montrer la réalisation d'une prescription médicale ? Qui réalise les prescriptions dans votre service ? Comment est intégré le traitement habituel du patient dans la prescription ? Pouvez-vous me montrer une prescription conditionnelle ? Comment est mentionné le seuil ? (2.2-02)
- Disposez-vous de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de soins palliatifs ? Comment adaptez-vous vos procédures aux recommandations de bonnes pratiques ? L'analyse de la pertinence des parcours, vous ont-elles permis de mettre des actions d'amélioration ? (2.4-01)
- Utilisez des indicateurs spécifiques à la prise en charge palliative, vous permettant la mise en place d'actions d'amélioration ? (2.4-06)
- Les professionnels sont-ils régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique ? Avez-vous eu recours à des ressources externes ou internes sur les questionnements éthiques auxquels vous êtes confrontés ? (3.1-06)
- Dans le cadre de la prise en charge en soins palliatifs, comment développez-vous des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ? Échangez-vous pendant des temps médicaux et non-médicaux ? Participez-vous à des projets en équipe ou des projets QGR et avez-vous des temps dédiés pour cela ? (3.2-11)

Aide à la cohérence des résultats du critère 2.1-05

Le service peut être amené à prendre en charge des patients en fin de vie ?	
Non	Oui, même si le service n'est pas spécialisé dans cette prise en charge
Tous les EE sont NA	<p>Tous les EE sont Oui ou Non</p> <p>Qu'elle soit effectivement faite en interne ou dans un autre établissement, il est attendu que la décision d'engager cette prise en charge soit prise à l'issue d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (EE1) éventuellement réalisée avec l'appui d'une expertise externe (EE2) et que les proches puissent être accompagnés (EE3). Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les équipes recherchent les directives anticipées ou la volonté du patient (EE4). Pour anticiper toute obstination déraisonnable, les actions thérapeutiques et le mode de prise en charge font l'objet d'une analyse systématique en équipe avant le décès prévisible (EE5).</p>

Pour aller plus loin

Références HAS

- [Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie](#), novembre 2016.
- [La personne de confiance](#), avril 2016.

Références Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

- [Soins palliatifs et accompagnement](#), novembre 2009.
- [La douleur : de quoi parle-t-on ?](#), octobre 2024.
- [Rédiger ses directives anticipées](#), juin 2025.
- [Mieux répondre au droit de mourir dans la dignité avec la loi Claeys-Léonetti](#), mise à jour juin 2025.

Références légales et réglementaires

- [Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs](#).
- [Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie](#) - Article L1111-6, code de Santé Publique.



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Patients, soignants, un engagement partagé



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous
à l'actualité de la HAS : www.has-sante.fr



has-sante.fr/qualiscope