

JUSQU'À LA FIN, **ACCOMPAGNER LA VIE**



SOMMAIRE

LA JOURNÉE EN IMAGES P.04

**FIN DE VIE :
LA PERCEPTION DU JURISTE** P.07

Patrick Mistretta, professeur de droit privé et sciences criminelles,
Université Jean-Moulin - Lyon 3

**REPÈRES PHILOSOPHIQUES ET ÉTHIQUES
POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE** ... P.10

Franck Vassal, philosophe et consultant chez Déméter Santé

**DES TECHNIQUES SENSORIELLES
POUR ACCOMPAGNER DES PATIENTS
ALZHEIMER EN FIN DE VIE** P.12

Bernadette BOUCHAUD et Michèle MARTI-BERTOLINI,
aides-soignantes, EHPAD de Monconseil, Tours (37)

**QUELLE PLACE POUR LES PROCHES
DANS L'ACCOMPAGNEMENT ?** P.13

Rosa Sonzogni, unité mobile de soins palliatifs, hospices civils de Lyon

**COMMENT FACILITER LA RÉDACTION
DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?** P.15

Damien Godinot, psychologue et **Marie Boucher**, médecin, équipe
mobile de soins palliatifs, CH de Roanne (42)

**SOINS PALLIATIFS :
UNE BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE** P.16

GRAINE DE SAVOIRS #1 MARS 2016

Directrice de la publication :

Marie Noëlle BOUGERE | ANFH Rhône

Conception & rédaction : agence Kogito

Photo : Fabien Chenel | agence Kogito

Couverture : Creative Commons,
Danaus plexippus par Quartl,
licence : CC BY-SA 3.0

Réalisation : Supersoniks

***Un grand merci
à tous les participants,
intervenants, prestataires
et organisateurs,
pour votre contribution
au succès de cette journée.***

JUSQU'À LA FIN, ACCOMPAGNER LA VIE

"Ne sais-tu pas que la source de toutes les misères de l'homme, ce n'est pas la mort, mais la crainte de la mort ?" Projetée sur l'écran de la salle de conférence de la Cité du design à Saint-Etienne, la citation du philosophe grec Epictète donne le ton de la journée. Ce 17 novembre, l'ancien site de la Manufacture d'armes accueille plus de deux cents professionnels hospitaliers. L'ANFH Rhône les a conviés à réfléchir et à débattre de la problématique de la fin de vie.

Que change la réforme de la loi Leonetti ? Que signifie "*mourir dans la dignité*" quand cette dignité est évoquée par les partisans comme par les opposants à l'euthanasie ? Comment faciliter la rédaction des directives anticipées ? Proposées par un juriste, un philosophe, des aides-soignantes, des médecins et une psychologue, les réponses à toutes ces questions - et à quelques autres - sont synthétisées dans les pages que vous tenez entre les mains.

3





LA JOURNÉE EN IMAGES

“La problématique de l’accompagnement de la fin de vie fait partie des thèmes que vous avez souhaité voir abordés dans le questionnaire distribué à l’issue de notre dernière journée de mutualisation” souligne Alain MORETON, responsable du Conseil pédagogique régional de l’ANFH Rhône, en ouvrant les débats.



“Toute personne a le droit d’avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance” rappelle le juriste Patrick MISTRETA en citant un extrait de l’article premier de la proposition de loi présentée par Alain Claeys et Jean Leonetti.



*“Qu’est-ce que la dignité humaine ?”
“La dignité peut-elle se perdre ?”
“Et pourquoi la question de la dignité se pose-t-elle à l’homme ?”* interroge Franck VASSAL, philosophe



Pour Christine Paris, psychologue,
**"On est passé d'une mort qui était très
familiale au Moyen Âge à une mort très
cachée et privatisée aujourd'hui"**



**"Plonger dans le passé d'une personne
atteinte de démence, c'est lui donner la
possibilité de quitter la vie dans de bons et
apaisants souvenirs"** affirme Bernadette
BOUCHAUD et Michèle MARTI-BERTOLINI.
Aides-soignantes, elles travaillent au sein de
l'EHPAD de Montconseil à Tours (37). Ici
l'accompagnement des personnes atteintes
d'Alzheimer en fin de vie se fait à travers des
techniques sensorielles.



**"Les deux tiers des soignants ne
souhaitent pas pour eux-mêmes, les
conditions de fin de vie dans lesquelles
meurent leurs patients"** s'inquiète Karine
LAURIOL, infirmière, formatrice et
titulaire d'un diplôme universitaire (DU)
soins palliatifs et accompagnement.

**"La fin de vie qui s'approche, aussi sereine
soit-elle, c'est toujours une violence"**
assure Roza SONZOGNI de l'unité mobile
d'accompagnement et de soins palliatifs
des hospices civils de Lyon. **"La seule
chose qu'on puisse faire, c'est être dans
la fraternité humaine et cette fraternité
passe par le travail d'accompagnement."**





LA JOURNÉE EN IMAGES

"Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie" expliquent Damien GODINOT, psychologue et Marie BOUCHER, médecin, équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Roanne. **"Ces directives ont primauté sur les autres avis non médicaux y compris sur celui de la personne de confiance."**



Roman, essais, albums pour enfants... une série d'ouvrages consacrés à la fin de vie était proposée aux participants de la journée. Cette sélection a été réalisée par la librairie Lune & l'autre à Saint-Etienne.



FIN DE VIE : LA PERCEPTION DU JURISTE



PAR **PATRICK MISTRETTA**,

Professeur de droit privé et sciences criminelles, Université Jean-Moulin - Lyon 3

La loi du 22 avril 2005 – dite "loi Leonetti" – relative aux droits des malades et à la fin de vie est d'interprétation stricte. *"Quand on ne sait pas si elle s'applique, par défaut il ne faut pas l'appliquer et rester dans le droit commun"*, explique Patrick Mistretta. Cette loi a posé le grand principe du *"refus de l'obstination déraisonnable"*. Le texte dit également que lorsqu'il apparaît que les actes de prévention, d'investigation ou de soin sont inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES "S'IMPOSENT" AU MÉDECIN



Six facteurs conditionnent l'obstination déraisonnable : la conviction d'une absence de survie, l'absence de marge thérapeutique, la certitude du diagnostic, l'absence d'autonomie future, l'absence de qualité de vie future, et enfin l'âge du patient. Cependant, *"le doute profite-t-il à la vie ? Et doit-on privilégier la mort ou la vie quand on ignore le choix du patient ?"*, interroge le juriste. La question du consentement est donc centrale et il faut distinguer les personnes conscientes et les autres. Lorsqu'une personne consciente en fin de vie décide de limiter ou d'arrêter un traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. En outre, tout individu majeur peut rédiger des *"directives anticipées"* pour le cas où il serait hors d'état de manifester sa volonté. La loi de 2005 dit que le médecin "tient compte" de ces directives. Mais la nouvelle version de la loi dit qu'elles "s'imposent" au praticien. Ce dernier peut cependant y déroger en cas d'urgence vitale



**La loi Léonetti
a posé le principe
du "refus
de l'obstination
déraisonnable"**



ou s'il juge ces directives inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Lorsque le patient n'est pas conscient - et s'il a désigné une personne de confiance - l'avis de cette dernière prévaut sur tout autre avis non médical à l'exclusion des directives anticipées. Le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle



Le consentement et la fin de vie : 2 hypothèses à distinguer

1. **Lorsqu'une personne consciente** en fin de vie décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant ses soins palliatifs.

- Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révoquables à tout moment.
- Le médecin **en tient compte** si les directives ont – de 3 ans.

8 de la vie, après avoir respecté la procédure collégiale. Reste la question de la sédation terminale. Le texte ouvre la possibilité pour le médecin de prescrire les médicaments dits "à double effet", qui peuvent accélérer la survenance de la mort. *"Mais dans l'esprit de la loi, il s'agit bien d'une sédation en phase terminale et non pas d'une sédation à but terminal"*, souligne Patrick Mistretta.

L'hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements et peuvent être suspendues en cas d'obstination déraisonnable.

CAS DES PATIENTS "CÉRÉBRO-LÉSÉS"



Reste le cas particulier du patient cérébro-lésé, mis en lumière par l'affaire Vincent Lambert. *"Il faut s'interroger sur ce qu'est la "fin de vie" pour des patients en état végétatif dont l'espérance de vie peut s'estimer dans une fourchette de dix à quinze ans"*. Dans le cas de cet homme, victime d'un accident de la route en 2008, c'est la procédure collégiale qui a posé problème. Cette procédure prévoit en effet la consultation au préalable de la personne de confiance et/ou de la famille ou des proches. Or, ces derniers n'étaient pas d'accord entre eux. Le tribunal administratif a estimé en 2014 *"qu'il n'y a pas d'obstination déraisonnable dans l'alimentation et l'hydratation artificielles"*. Le Conseil d'Etat a été saisi et rendu un arrêt le 24 juin 2014 qui contient plusieurs points importants. Ainsi, lorsque la volonté de la personne demeure inconnue, elle ne peut être présumée

comme constituant un refus du patient d'être maintenu en vie. En revanche, il peut être tenu compte du souhait d'un patient exprimé sous une autre forme que celle des directives anticipées. *"Le droit positif dit par conséquent que le médecin peut mettre fin au traitement qui n'a d'autre effet que de maintenir artificiellement la vie"*, observe Patrick Mistretta. La loi a posé un cadre particulier par un simple décret (article R4127-37) qui a été conçu pour ce type de patient. Ce texte permet donc la sédation des personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui sont inconscientes, même s'il est impossible d'évaluer leurs souffrances.

LA FUTURE LOI CLAEYS-LEONETTI



Suite à l'affaire Vincent Lambert, les députés Claeys et Leonetti ont voulu créer de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Après de longs débats et des votes contradictoires à l'Assemblée et au Sénat, une commission mixte paritaire est parvenue à un texte qui a été voté par les deux chambres le 27 janvier 2016

et promulgué le 2 février. Cette version maintient le principe d'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie dans deux situations :

- lorsqu'un patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire et exprime sa volonté d'éviter toute souffrance ;
- lorsque la décision d'un patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme, et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. Les parlementaires ont précisé que l'hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements et peuvent donc être suspendues en cas d'obstination déraisonnable.



Notion de fin de vie
L.1111-10 CSP :
"Affection grave et incurable"
"Médicaments permettant de soulager la souffrance"
"Quid des patients cérébralement sévères ?"

REPÈRES PHILOSOPHIQUES ET ÉTHIQUES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE



PROPOSÉS PAR **FRANCK VASSAL**,
philosophe et consultant chez Déméter Santé



*S'interroger sur
la dignité revient
à questionner
ce qui fait la valeur
de l'être humain*



Le concept de dignité est à la fois central et très élastique. Il en vient à induire des positions antagonistes, comme le fait d'être "favorable" ou au contraire "hostile" à l'euthanasie. Le mot dignité vient du latin *dignitas* et de l'adjectif *dignus*, qui signifie "ce qui vaut, ce qui a de la valeur". S'interroger sur la dignité revient donc à questionner ce qui fait la valeur de l'être humain. Mais dans l'usage courant, la dignité revêt diverses acceptions : un sens social ("dignitaire") ; un sens moral (conduites "dignes" ou "indignes") ; un sens personnel qui provient d'un vécu subjectif ("mourir dans la dignité") ; enfin un sens ontologique qui tient à l'humanité même de l'Homme. Si les Hommes sont dignes simplement parce qu'ils sont des êtres humains, alors la dignité existe par elle-



même et ne peut jamais se perdre. Mais si les Hommes sont dignes relativement à une conduite potentiellement "misérable" ou à des conditions potentiellement miséreuses, alors on peut perdre sa dignité, sa valeur et on peut donc "mourir à son humanité".

L'EXCEPTION HUMAINE



Il faut donc se demander sur quoi se fonde la dignité de l'Homme et comment comprendre cette exception humaine dans le règne du vivant ? Et pourquoi la question de la dignité se pose-t-elle à l'Homme ? Autrement dit, pourquoi doutons-nous de notre propre valeur ? Si la dignité est constitutive de l'humanité même, elle peut se fonder sur une conception chrétienne ou sur une conception kantienne, laïque, qui repose sur une certaine représentation anthropologique. Selon Kant en effet, la liberté, la capacité à s'arracher à tous ses déterminismes, distingue l'Homme des choses et des animaux. Cet accès à la liberté fonde la dignité humaine et lui confère trois caractéristiques : 1) la valeur de ce qui est "hors du prix" ; 2) la dignité humaine n'est pas un moyen mais une fin en soi, et la personne humaine ne doit pas être instrumentalisée ; 3) l'autonomie est intrinsèque de la dignité humaine. Ces trois

caractéristiques confèrent à chacun et à la société dans son ensemble des devoirs envers autrui : ne pas le déshumaniser, c'est-à-dire le traiter comme un infrahumain, comme un animal ; ne pas le dépersonnaliser (nier sa qualité de personne) ; ne pas le "désobjectiver", c'est-à-dire le traiter comme un objet.

DIGNITÉ ABSOLUE ET RELATIVE



Du fait de notre condition humaine contingente et mortelle (nous ne serons plus et nous aurions pu ne pas être), nous sommes en quête d'une confirmation et d'une légitimation de la valeur de notre existence. En ce sens, la question de la dignité rejoint ou est parallèle à la quête de reconnaissance, qui vient de ce que nous sommes conscients d'être mortels. L'affaire Vincent Lambert illustre la différence entre dignité absolue et relative. Dans le premier cas, "on n'est pas libre de faire ce que l'on veut de soi-même". Dans le second, la liberté prime sur la dignité et par conséquent l'individu peut librement disposer de lui-même. Aujourd'hui, la société va plutôt dans le sens de l'autonomie, entendue comme indépendance, et de l'autodétermination, mais le cadre législatif n'a pas consacré cette évolution.



DES TECHNIQUES SENSORIELLES POUR ACCOMPAGNER DES PATIENTS ALZHEIMER EN FIN DE VIE



L'EXPÉRIENCE DE **BERNADETTE BOUCHAUD**
ET **MICHÈLE MARTI-BERTOLINI**,
aides-soignantes, EHPAD de Monconseil, Tours (37)



"Seuls nous ne sommes rien, ensemble nous sommes tout, expliquent Bernadette Bouchaud et Michèle Marti-Bertolini. Les patients se croient incapables de faire quoi que ce soit, pourtant à la fin de l'atelier ils nous disent : "On a réussi", poursuivent-elles, évoquant les ateliers multi-sensoriels qu'elles proposent au sein de cet Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) tourangeau. Le patient Alzheimer refait le chemin de sa vie à l'envers, dans un "plongeon rétrograde" assurent les deux aides-soignantes. C'est pourquoi "il faut le rejoindre là où il/elle se trouve", en tenant compte de son "registre sensoriel significatif". Ce dernier peut privilégier le toucher, le son ou encore l'odorat... Le toucher est "le langage pour communiquer au-delà des mots, mais ce n'est jamais un acte neutre", et "certains peuvent le refuser jusqu'au bout." Mais lorsqu'il est "ancré dans une attitude empathique", le toucher relationnel permet de faire des soins adaptés, à l'image du "toucher haptomique" qui apporte confort et bien-être. "On utilise aussi le Snoezelen, de snuffelen (renifler, sentir) et doezelen (sommoler), qui est une proposition de



stimulation et exploration multi-sensorielle qui privilégie le "prendre soin"."

Un patient Alzheimer "suit un processus avec alternance de phases d'aggravation, de stabilisation et d'amélioration", observe Michèle Marti-Bertolini. En ce sens, cette maladie "contribue à l'élargissement du concept et des pratiques de soins palliatifs." "Tout passe par le regard", ajoute-t-elle, et il faut donc éviter d'établir "un rapport de force." Un credo guide l'action de ces soignantes : "Donner la possibilité de quitter la vie dans de bons et apaisants souvenirs."



QUELLE PLACE POUR LES PROCHES DANS L'ACCOMPAGNEMENT ?



LE TÉMOIGNAGE DE **ROSA SONZOGNI**,
unité mobile de soins palliatifs, Hospices civils de Lyon

Forte d'une longue expérience au sein des Hospices civils de Lyon, Rosa Sonzogni le confesse : *"J'ai connu une phase de progression et il faut être honnête, nous sommes dans une phase de régression dans les hôpitaux et les institutions."* L'origine de cette régression ? Selon elle, on a ajouté des tâches et des activités - en particulier en matière de normes et de protocoles - aux intervenants en soins palliatifs, au détriment de *"la créativité des soignants"*. Peut-être cela vaut-il la peine de *"réfléchir à ce que l'on peut enlever dans notre travail."* Par exemple, est-il nécessaire de prendre la tension toutes les heures ou demi-heures dans des services d'hématologie où des patients souffrent à la pose du garrot ? L'idée même du soin palliatif, *"c'est l'ajustement à chacun"*, souligne Rosa Sonzogni. Dans un service, c'est le tandem chef de service/cadre de santé qui *"donne la tonalité"*, peut *"autoriser la créativité"* et apporter *"un positionnement par rapport à la hiérarchie"*.

COMME UN TREMBLEMENT DE TERRE



Concernant la place de la famille dans les soins palliatifs, il faut comprendre que *"la situation palliative est comme un tremblement de terre"*, *"il y a l'épicentre - le patient - où tout est démolé et une zone autour - la famille - qui est profondément ébranlée."* La prise en compte de cet élément passe par le rapport au temps. *"Prendre soin signifie commencer par prendre le temps de la connaissance réciproque avec le patient et son entourage. Mais est-ce seulement affaire de durée ?"* Le temps est



13

**L'idée même du soin
palliatif est "l'ajustement
à chacun"**



14

limité, il est compté même, mais *"il est aussi appuyé sur des souvenirs, une histoire, une vie"*, même si certains liens peuvent s'être distendus, voire déchirés avec les années et l'âge. Pourtant, *"l'appartenance à la famille demeure, pas seulement famille de sang mais aussi de cœur"*. C'est pourquoi *"il peut être utile de proposer aux familles des lieux et des temps de rencontre"*, même si *"le sentiment d'impuissance des proches peut conduire à des sollicitations incessantes du personnel soignant."*

IL N'Y A PAS TOUJOURS DE RÉPONSE



La *"confiance"* de la famille dans l'équipe soignante *"va être relayée auprès du patient"*. Il est important que la famille redevienne famille quand elle a longtemps été elle-même soignante, avant l'hospitalisation. *"Il est parfois difficile de redevenir ou d'être le conjoint, le fils, la fille de quelqu'un"*, relève Rosa Sonzogni.

Côté soignant, il n'y a pas de *"recettes"* pour répondre de façon systématique à la demande, aux attentes de patients. Il faut donc accepter qu'il n'y ait pas toujours de solutions, notamment face à la violence parfois vécue par le patient en fin de vie et qui tient à faire vivre cette violence aux soignants. Quant aux questionnements d'ordre existentiel et spirituel, *"il faut se mettre au même plan que la personne, et de fait nous y sommes car qui peut dire ce qu'est la mort et ce qui va se passer ensuite ?"*



COMMENT FACILITER LA RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?



LES REGARDS CROISÉS DE **DAMIEN GODINOT**, psychologue ET **MARIE BOUCHER**, médecin, équipe mobile de soins palliatifs, CH de Roanne (42)

"Dans la pratique des soins palliatifs, trop de cloisonnements demeurent", estime Damien Godinot. Le psychologue appelle à *"créer davantage de ponts"* et *"fédérer les énergies pour faire changer la manière dont on considère la médecine et le soin aujourd'hui"*. La question de la sédation profonde pose le problème du temps de l'agonie. Quant aux directives anticipées, leur validité était de trois ans dans l'ancienne version de la loi Leonetti. Elle est désormais sans limite dans le nouveau texte et se pose la question de leur archivage dans un registre national.

DISTINGUER DIRECTIVES ET PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES



Selon la Dr Marie Boucher, il est important de distinguer les directives anticipées des prescriptions anticipées, souvent confondues dans les équipes. Les secondes sont des prescriptions médicales personnalisées rédigées à l'avance pour que les infirmières puissent agir en l'absence de médecin. En outre, les personnes doivent être aidées pour rédiger ces directives anticipées, peut-être à partir de formulaires car *"la rédaction des directives anticipées sur une feuille blanche, par un patient qui est moyennement en état d'écrire, est quand même assez compliquée."*

FEUILLE BLANCHE OU CASES À COCHER ?



Damien Godinot préfère la liberté donnée par la feuille blanche, mais *"on se retrouve avec la mention systématique: "Je ne veux pas d'acharnement thérapeutique", alors que c'est interdit*



15

depuis 2005. Il y a donc un problème de connaissance et de compréhension de la loi. Les médecins de leur côté préfèrent avoir des détails techniques du genre : le pneumologue peut-il réaliser une trachéotomie ? Entre la feuille blanche et le document purement administratif, il faut trouver une juste mesure, "en partant de la parole du patient", souligne le psychologue.



SOINS PALLIATIFS : UNE BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

LA DIMENSION ÉTHIQUE

P. Svandra : Le soignant et la démarche éthique - *Estem, 2009*

J. Ricot : Ethique du soin ultime - *Presses de l'E.H.E.S.P. 2010*

E. Hirsch : L'euthanasie par compassion ? Manifeste pour une fin de vie dans la dignité - *Erès, 2013*

E. Fiat : Grandeurs et misères des hommes, petit traité de dignité - *Larousse, 2010*

LES SOIGNANTS ET LA MORT

F. Schepens : Les soignants et la mort - *Erès, 2013*

J. Ricot : Ethique du soin ultime - *Presses de l'E.H.E.S.P. 2010*

LES SOINS PALLIATIFS - GÉNÉRALITÉS

M. Benamou, G. Desfosses : Les mots clés des soins palliatifs - *Sauramps médical, 2013*

E. Rivier, JA Pfister, D. Frueh : Vade-mecum des soins palliatifs - *Médecine et hygiène, 2008*

LES SOINS PALLIATIFS - TÉMOIGNAGES

C. Fourcade : 1001 vies en soins palliatifs : ici, chaque homme est un roman - *Bayard, 2012*

I. Millioud, E. Hirsch, MD Goutierre : La mort accompagnée : la relation humaine, clé des soins palliatifs - *Saint-Augustin, 2011*

M. de Hennezel, F. Mitterand : La mort intime : ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre - *Robert Laffont Pocket, 1995*

LA RELATION SOIGNANTS / SOIGNÉS / FAMILLES

F. Plon : Questions de vie ou de mort : soins palliatifs et accompagnement des familles - *Champ social, 2006*

L. Hacpille : Soins palliatifs, les soignants et le soutien aux familles - *Lamarre, 2012*

E. Feldman-Desrousseaux : Prendre soin de l'autre souffrant - *Seli Arslan, 2007*

JC Mino, E. Fournier : Les mots des derniers soins : la démarche palliative dans la médecine contemporaine - *Les Belles Lettres, 2008*

OUVRAGE PRATIQUE

R. Aubry, MC Dayde : Soins palliatifs, éthique et fin de vie : une aide pour la pratique à l'usage des soignants - *Lamarre, 2010*

GRAINE DE SAVOIRS #1

ANFH RHÔNE

75 Cours Emile Zola - BP 22174 - 69603 Villeurbanne Cedex
Tél: 04.72.82.13.20 - courriel : rhone@anfh.fr - www.anfh.fr/rhone