



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Culture palliative et médecine générale

## *Palliative culture and general medicine*



Roland Fardel  
(Médecin généraliste en retraite)

### MOTS CLÉS

Continuité des soins ;  
Confiance ;  
Se parler ;  
Humilité ;  
Partage ;  
Respect ;  
Être attentif ;  
Impuissance ;  
Finitude

### Préambule

Par ce texte je voudrais exprimer un sentiment, une opinion, un non dit dont la prise en compte, la reconnaissance me semble un préalable à toute velléité de développement de la culture palliative. Il est exclu que l'accompagnement de l'ensemble des personnes en fin de vie relève des « spécialistes en soins palliatifs » et encore moins des unités de soins palliatifs. Or, à la référence du droit aux soins palliatifs (pour tous évidemment), correspond le devoir des médecins d'assurer ce droit. Malheureusement force est de constater que l'adéquation entre droit et devoir n'existe pas et que cette inadéquation ne s'améliore que très partiellement malgré le développement immense des soins palliatifs dans la pratique, la réflexion, la recherche depuis les années 1990.

Cette inadéquation est le résultat, me semble-t-il, de deux caractéristiques du monde médical : d'une part, un monde porté par les progrès fabuleux de la médecine, les succès de la lutte contre la mort ayant tendance à faire oublier le patient qui ne peut pas guérir, témoin d'un échec difficile à accepter, d'autre part, un monde où se développe depuis un certain temps une sorte de « restriction de la disponibilité » quasiment officialisée par la profession en 2002, lorsqu'elle a modifié le Code de déontologie supprimant l'obligation de la garde. Ces conditions ne portent pas à assumer individuellement et collectivement le principe de non-abandon du patient qui ne va pas guérir. D'où cette incapacité à s'organiser pour assurer des soins continus garants d'un vrai accompagnement. Je pense qu'il faut affronter cette réalité, car sans y remédier le développement d'une culture palliative, diffusant à l'ensemble des soignants et particulièrement des médecins, est voué à l'échec et l'euthanasie s'imposera comme « LA » réponse pour soulager une souffrance de plus en plus insupportable puisque nommée, clamée, médiatisée mais insuffisamment entendue, insuffisamment prise en compte, insuffisamment partagée. Je suis conscient que le corps médical n'est pas seul dans cette démission face au non-abandon, mais nous avons de par notre fonction une responsabilité à assumer et une exemplarité à promouvoir.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2016.10.008>

1636-6522/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Une visée

« Fin de vie » : allons nous céder à la gestion technico-médico-sociale, administrative et juridique de la mort, ou bien viserons-nous la continuité des soins garantissant le non-abandon par la persistance de la relation, l'accompagnement, la proximité humaine, témoignage « d'une médecine au service d'une humanité de l'homme et des relations inter humaines » [1] ?

Cette visée n'a de chance d'être atteinte que si chaque médecin considère que son métier est de faire des diagnostics, de traiter, de guérir et de prendre soin du malade qui ne guérira pas, jusqu'à la fin de sa vie.

*Ce paradigme du métier me semble incontournable pour être en capacité de lutter contre « cette représentation dramatique et obsédante du mal mourir en France » et ce en limitant, autant que faire se peut « les incuries de pratiques médicales en situations extrêmes » [2] et surtout les situations inadmissibles occasionnées par manque de présence.*

« Autant que faire se peut » est une expression qui revient de temps en temps et qui exprime le caractère toujours inabouti de notre objectif (ici la continuité des soins), mais qui exprime également la volonté de se rapprocher au plus près de cet objectif. « Aristote recommandait de ne pas nous dépenser vainement à tenter de changer la nécessité, d'accepter ce que nous ne pouvons changer, mais tout à la fois de concentrer nos forces à changer ce qu'il est en notre pouvoir de modifier. Cette humble détermination revient à assumer la finitude de notre condition humaine » [3].

## Une pratique

*Pour exister, ce paradigme doit être mis en exergue dès le début et tout au long de la formation de tout soignant et particulièrement de celle des médecins, et mis en pratique par les enseignants.*

Cette exigence se fonde dans la responsabilité de notre position vis-à-vis de la personne vulnérable. L'accomplissement individuel et collectif par le corps médical de sa mission de prendre soin de chaque personne malade jusqu'à la fin de sa vie est le meilleur moyen de préserver et renforcer la confiance entre le soignant et le soigné.

Cette confiance diffusera vers la famille, les proches et de proches en proches dans la société.

Alors, nous n'irons pas forcément vers une mort douce, apaisée car la mort sera toujours une épreuve, une violence, mais peut-être « apprendrons-nous à mourir en société, respecté, estimé, accompagné » [4], car la mort n'appartient pas à la médecine (même si le médecin en luttant contre la maladie, essaie de repousser la mort), elle nous concerne

tous et la société, le collectif a le devoir de l'appréhender humainement, comme les soignants.

Pour arriver à cette invention d'une médecine performante et humaine, les médecins doivent se parler entre eux, doivent parler avec les autres soignants (infirmières, aides-soignantes, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes), doivent parler avec le malade, la famille, les aides familiales (assistantes sociales, auxiliaires de vie), les bénévoles.

Pour inventer cette médecine moderne performante et humaine, les médecins doivent s'organiser entre eux pour réaliser ce travail immense qui demande à être sans cesse en recherche, mais qui sera possible grâce à l'esprit de partage au service des plus vulnérables.

Cette organisation repose sur « l'accord de ce paradigme » et un travail collectif librement consenti au service d'un projet partagé source d'enrichissement mutuel : prendre soin jusqu'à la fin de sa vie de tout patient dont on est le référent et dont la guérison n'est plus possible, de même que de toute personne âgée dont on est le référent.

Cette organisation garante, autant que faire se peut, de cette continuité des soins indispensable à la réalisation d'un accompagnement humain, doit s'appuyer sur une complémentarité des uns et des autres :

- complémentarité des médecins entre eux (médecins généralistes d'un même secteur, médecins généralistes et médecins spécialistes, médecins généralistes et médecins hospitaliers, médecins généralistes/médecins spécialistes/médecins hospitaliers et urgentistes, médecins généralistes et médecins coordinateurs des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes) ;
- complémentarité entre les médecins et les autres soignants, les paramédicaux et travailleurs sociaux (infirmières, aides-soignantes, pharmaciens, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, auxiliaires de vie) ;
- complémentarité entre les structures d'hospitalisation à domicile et équipes de soins à domicile, hospitalisation à domicile et équipes de soins en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, équipes mobiles de soins palliatifs et équipes de soins à domicile, équipe mobile de soins palliatifs et équipes de soins en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, hospitalisation à domicile et équipes mobiles de soins palliatifs, liaison ville-hôpital.

Plus l'attention à ce que vit le malade sera grande, plus l'avis du malade sera sollicité à propos des décisions qui le concernent [5], plus le dossier médical sera précis, lisible, transmissible entre soignants, plus la relation et le dialogue seront développés naturellement entre tous les intervenants plus faciles seront les anticipations, plus facile, moins chronophage, plus économique sera la coordination, meilleure sera la continuité des soins garante d'un accompagnement parfois serein, souvent difficile mais le plus souvent, sinon maîtrisé, partagé dans une confiance réciproque soignants/soignés/accompagnants.

Il est évident que la fin de vie ne peut ne trouver de réponse satisfaisante que si le collectif (famille, amis, soignants, voisins, institutions) accepte d'être présent à celui

ou celle qui s'en va, et d'autant plus présent que le mourir est long et/ou compliqué.

*Ce n'est que si ce socle éthique du non-abandon est assumé et mis en pratique par l'ensemble des soignants et en particulier des médecins que la culture palliative pourra se réaliser vraiment.*

Cette pratique de l'attention à l'autre qui nous quitte, laisse place à la générosité de chacun, libérée de la notion de devoir ou de droit, et permet ce partage indispensable pour surmonter les obstacles de cette ultime épreuve.

Si cette utopie se réalisait les protocoles seraient un guide précieux ouvert à l'adaptation au cas par cas, ouvert à la pratique de l'éthique de situation [6], les lois n'auraient pas à subir la pression de la revendication de chacun au droit à ne pas souffrir, au droit à ne pas vivre diminué, handicapé, mutilé, sans espoir de guérison, au droit à ne pas vivre dans une indignité décrétée.

*La vraie indignité de l'abandon, du non-accompagnement, de la non-reconnaissance de la personne souffrante, défigurée, décharnée, vieillie, sans mémoire, sans parole, « perdue », incohérente, irritante, oubliée aura disparu.*

*Pour ce qui concerne plus particulièrement la culture palliative à domicile, toutes les études, les enquêtes concordent : l'engagement du médecin généraliste est incontournable pour donner au patient qui ne peut pas guérir, la possibilité de mourir à domicile s'il le désire.*

Ce constat repose sur des pratiques rodées depuis de longues années. Malheureusement ces pratiques sont erratiques, dispersées, inconstantes, variables d'un territoire à l'autre.

Ces pratiques dépendent essentiellement de la volonté de chaque médecin à s'engager ou non dans la prise en charge à domicile des soins palliatifs, dans l'accompagnement du patient qui ne va pas guérir jusqu'à la fin de sa vie.

*Dès lors la question est : comment motiver le médecin, comment aider le médecin à s'engager dans cette voie de la continuité des soins jusqu'à la fin de la vie ?*

Je ne reviens pas sur ce paradigme à mettre en exergue dès le début de la formation et en application dans l'enseignement et la pratique de tout enseignant en contact avec des patients. Sans doute une réécriture des articles 38 et 47 du Code de déontologie des médecins pourrait donner un éclairage beaucoup plus stimulant sur le devoir du médecin de s'investir dans la prise en charge palliative de tout patient, et pour se faire dans une approche beaucoup plus détaillée des concepts de la continuité des soins et des contextes de sa réalisation.

Il s'agit, ici, de provoquer un sursaut de l'ensemble de la profession pour permettre à chacun de surmonter les obstacles à cet engagement.

Cette exigence de prendre soin du malade qui ne guérira pas, jusqu'à la fin de sa vie, au même titre que l'exigence tournée vers la guérison, nécessite l'humilité, puisque nous devons reconnaître notre impuissance et la finitude de chacun.

Nous devons être humbles également, car cet engagement dans l'accompagnement du malade jusqu'à la fin de sa vie ne peut être mené à bien tout seul et suppose d'accepter de partager ce travail d'abord avec le patient et sa famille, mais aussi avec les infirmiers, infirmières, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les aides-soignantes, les aides médicosociales, les ambulanciers, mais aussi avec les confrères locaux, les médecins coordinateurs des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, les spécialistes, les médecins hospitaliers, les médecins urgentistes, mais aussi les structures pouvant intervenir à domicile : service de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs, réseaux, etc.

Et c'est là que tout se joue : cette exigence individuelle doit se transformer en une exigence collective qui emportera la majorité des médecins vers une disponibilité au service des vulnérables.

Seule cette volonté commune peut surmonter les obstacles mis en avant pour expliquer cette difficulté à prendre en charge le patient, à domicile jusqu'à la fin de sa vie.

C'est cet engagement collectif qui permettra de briser la solitude du médecin [7].

C'est ce partage dans le travail qui rendra celui-ci moins lourd en termes de charge et de temps [7], qui forgera l'expérience et renforcera la confiance en soi.

Ce sont ces rencontres qui enrichiront les relations, renforceront la confiance avec le patient et la famille, la confiance, le respect et la reconnaissance des différents intervenants entre eux, donneront du sens à l'existence de chacun, et notamment à l'existence du malade reconnu dans son corps souffrant, diminué, à un moment où le temps s'accélère puisque la fin approche, et paradoxalement parfois trop lentement.

C'est cette coopération loin de toute position hiérarchique qui permettra d'affronter les questionnements, qu'ils viennent du patient, de la famille et/ou des différents intervenants, et qui aidera à la prise de décision grâce à la réflexion collective, rigoureuse dont la dignité n'a d'égal que le respect porté au patient. La prise en compte de la parole des infirmiers, infirmières, des aides-soignantes, des aides à domicile en contact journalier, par la parole et par le corps, avec le patient est particulièrement importante, puisque ce sont eux qui avec la famille et les proches, quoiqu'il arrive, assurent la persistance de la relation, l'accompagnement, la proximité humaine et qui, alors que le patient est souvent résigné, épuisé, muet, sont en première ligne pour témoigner, pourvu qu'on leur donne la parole, des manques et dysfonctionnements parfois insupportables occasionnés par la discontinuité des soins en fin de vie et trop souvent en extrême fin de vie [5,8-12].

Si l'ensemble des médecins généralistes s'engageait dans cette démarche, je pense que la profession avec l'aide des confrères spécialistes, hospitaliers... pourrait mettre sur

pied une organisation digne d'une véritable continuité des soins, réalisant une formidable accordance de la pratique avec le discours.

## Des propositions et une attente pleine d'espoir

En attendant cette accordance, et pour aider l'engagement vers cette réalisation, voici quelques interrogations par rapport à des expériences et quelques humbles suggestions pouvant faciliter et/ou déclencher un engagement des médecins généralistes.

### Fiche de liaison en situation d'urgences de patients en soins palliatifs

Cette fiche a démontré son utilité pour la continuité des soins et rappelé le rôle majeur du médecin généraliste qui doit toujours être partie prenante dans sa rédaction [13]. Il s'agit là d'une pratique exigeante mais facilement généralisable. Qu'en est-il de sa diffusion ? Un effort important, constant, personnalisé de sa mise en pratique ne devrait-il pas faire partie des objectifs prioritaires concernant l'amélioration de la continuité des soins ?

### Permanence téléphonique en soins palliatifs

Cette permanence présente un grand intérêt pour les médecins généralistes (et donc pour le patient) : écoute d'une situation, aide à la décision, aide à la mise en relation avec les ressources locales. La réalisation demande une organisation qui ne va pas de soi. Qu'en est-il de l'expérience de Grenoble lancée en 2012 ? [14]. Une généralisation est-elle envisageable sinon d'emblée, peut-être par étapes ?

### Réseaux

Les réseaux, par leur compétence, leur motivation, leur ancrage local, constituent le support quasi idéal de la prise en charge à domicile pour le patient et pour le médecin généraliste qui est grandement aidé, soutenu dans son travail. Malheureusement le réseau est une structure souvent associative qui demande beaucoup d'énergie de la part de ses membres et demande des fonds. De ce fait, les réseaux sont très inégalement répartis sur le territoire et leur pérennité est toujours plus ou moins menacée. Dans ces conditions, il semble que l'on ne puisse compter sur leur généralisation et ce malgré une mutualisation de ceux-ci.

### Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile pourrait devenir, me semble-t-il, le maillon nécessaire au développement de la prise en charge des patients jusqu'à la fin de leur vie à domicile. Il s'agit d'une organisation pérenne, présente 24h sur 24, qui couvre petit à petit le territoire. Elle peut donner envie en sécurisant le médecin et l'équipe de soins à domicile. Mais cela ne peut se faire qu'à certaines conditions :

- d'abord l'hospitalisation à domicile doit respecter les équipes de soins de proximité. Celles-ci accomplissent un travail magnifique qui tend à devenir de plus en plus lourd

et ce qu'elles attendent de l'hospitalisation à domicile c'est une coopération, un soutien au service du patient. Cela n'enlève rien au supplément d'expertise, de technique, de disponibilité qu'apporte ce dispositif, bien au contraire ;

- ensuite, il me semble que l'avenir de l'hospitalisation à domicile passe par la souplesse. Ces services devraient pouvoir moduler leurs types d'intervention, adapter leurs réponses en fonction des types de demande. Cette souplesse d'intervention devrait pouvoir se traduire non seulement dans le type d'intervention, mais aussi dans le coût (prix de journée modulable). Cette souplesse dans la tarification dépend des pouvoirs publics et devrait être étudiée, si ce n'est déjà fait. Quand à la souplesse des réponses aux demandes, elle sera directement proportionnelle à la coopération et la coordination avec l'équipe de proximité.

Dans le contexte de l'accompagnement de fin de vie à domicile, il faut à tout prix que l'hospitalisation à domicile se prévienne de toute hégémonie. Sinon les équipes de soins de proximité se sentiront « dépossédées de leurs patients », non reconnues dans leur travail et auront tendance à se désinvestir. Au lieu d'une aide à l'engagement, nous aurions l'effet inverse catastrophique du désintérêt et du désengagement des équipes de soins à domicile.

Effet catastrophique car il est certain que l'hospitalisation à domicile ne pourrait à elle seule assurer pleinement l'accompagnement à domicile des malades jusqu'à la fin de leur vie.

Pourquoi n'y a-t-il pas un cahier des charges pour l'hospitalisation à domicile spécifique à l'accompagnement, jusqu'à la fin de leur vie, des malades qui ne peuvent pas guérir ?

Pourquoi l'offre d'hospitalisation à domicile ne mentionne-t-elle pas systématiquement sur ses plaquettes de présentation un partenariat avec les équipes de soins à domicile (médecins, infirmières) ?

Pourquoi y a-t-il tant d'écarts de pratiques d'hospitalisation à domicile selon les territoires ?

Il est inadmissible que le patient soit pris en charge par les services d'hospitalisation à domicile, sans que le médecin généraliste soit consulté, sans que l'équipe de soins de proximité soit prévenue !

Pourquoi les services de soins infirmiers à domicile ne peuvent bénéficier de l'hospitalisation à domicile ?

Toutes ces considérations concernant l'hospitalisation à domicile s'appliquent pour leur intervention en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (coopération, coordination avec l'équipe soignante : médecin généraliste, médecin coordinateur, infirmières, aides-soignantes).

Toutes ces réflexions s'adressent également aux équipes mobiles de soins palliatifs. Mais ces équipes sont « rompues à ne faire à la place de ». À ma connaissance, leurs interventions se font surtout en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Je pense qu'elles ont un rôle à jouer à domicile, pas tant pour apporter des connaissances (c'est quand même important), que pour donner confiance, faciliter l'expression des interrogations, ouvrir à l'interdisciplinarité, aider à la collégialité et au cheminement vers la prise de décision, être un



point de ressources. Pour faire tout cela c'est à leur développement, leur disponibilité qu'il faut travailler pour donner force et envie aux équipes de soins à domicile.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes la demande de l'Observatoire national de fin de vie de créer un poste d'infirmière de nuit pour 200 lits, me semble indécente [15]. La présence d'une infirmière de nuit dans chaque établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes serait certes une avancée, mais n'est pas la réponse à l'absence médicale de proximité chaque nuit et du vendredi soir jusqu'au lundi matin. Cette absence, combinée à l'insuffisance d'anticipation quant au projet de soins personnalisés [16], génère une mauvaise gestion de certaines situations et impose trop souvent aux personnes très âgées des conditions de fin de vie, chaotiques, voire ubuesques, inadmissibles.

C'est pourquoi, j'ose imaginer cette lettre que tous les directeurs d'établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes adresseraient à chaque médecin généraliste référent d'un ou plusieurs résidents :

« Cher Docteur,

*La loi Leonetti-Claeys sensibilise l'ensemble de la population et notamment le monde des soignants, à l'accompagnement des personnes en fin de vie et de ce fait au développement des soins palliatifs [17].*

*Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes sont particulièrement concernés par cette problématique puisque nous devons prendre soin, accompagner chacun de nos résidents, autant que faire se peut, jusqu'à la fin de leur vie.*

*L'ensemble des personnels administratifs et soignants acquière une expérience dans le travail de tous les jours et développe sa compétence au travers de formations spécifiques et d'échanges inter-établissements et inter-professionnels.*

*Nous avons constaté que l'accompagnement de chaque personne est grandement facilité techniquement, médicalement et humainement lorsque la continuité des soins est assurée.*

*Pour assurer pleinement cette continuité des soins nous avons besoin de chacun de vous.*

*Nous avons besoin de votre expertise médicale, de votre participation aux décisions en fonction des évolutions de l'état de la personne au travers d'échanges avec le médecin coordinateur et l'équipe soignante, sans oublier bien sûr la personne et sa famille. Cette participation demande un effort d'investissement qui, nous en sommes certains, sera grandement compensé par l'esprit de dialogue et de partage entre vous médecins et entre vous et les équipes soignantes et par une pratique de l'anticipation.*

*Cette participation pourra être complétée, renforcée, allégée par l'aide qu'apporteront en cas de besoin les structures d'hospitalisation à domicile et/ou les équipes mobiles de soins palliatifs.*

*Nous vous informons que nous, directeurs d'établissement, ferons une démarche auprès des organismes de tutelle (CPAM, ARS) pour les informer de notre projet et discuter d'une éventuelle convention prévoyant une indemnisation pour des temps dévolus*

*soit à des formations, soit à des rencontres d'évaluation et ou de coordination et ce au titre de l'étude de la loi Leonetti-Claeys, de sa diffusion, ainsi qu'au titre du développement des soins palliatifs.*

*C'est dans cet esprit que nous vous proposons une rencontre avec nous-mêmes les directeurs d'établissement, les cadres des équipes soignantes et les médecins coordinateurs pour lancer les premiers échanges et recueillir vos sentiments par rapport à cette démarche ».*

J'ose imaginer de très nombreuses réponses.

Il n'y a pas de défi spécifique à la médecine palliative.

Il y a un défi à la médecine dans l'attention à ce que vit le malade dans son entrée en maladie, dans son parcours jusqu'à la guérison, dans son parcours de maladie chronique plus ou moins handicapante, plus ou moins bien maîtrisée, dans son parcours de maladie grave évolutive jusqu'à la fin de sa vie.

Il y a un défi à la collectivité dans son approche de la mort, de la finitude de chacun et dans son attention à celui qui meurt.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Cadore B. Médicalisation de la mort : déni ou créativité ? *Ethica Clin* 1998;9:3–10.
- [2] Hirsch E, Salamagne M. *Accompagner jusqu'au bout de la vie*. Paris: Les éditions du cerf; 1992.
- [3] Malherbe JF. *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal: Fides; 2007.
- [4] Hirsch E. *La maladie entre vie et survie : les mots de la maladie*. Bruxelles: De Boeck; 2013.
- [5] Lassaunière JM. *Médecine palliative : penser la clinique*. *Rev Int Soins Palliat* 2008;23:99–101.
- [6] Hennion A, Vidal-Naquet P. *Enfermez maman ! Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation*. *Sci Soc Sante* 2015;3:65–890.
- [7] Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son généraliste : est-ce une réalité ? *Med Palliat* 2013;12:55–62.
- [8] Guichet F, Hennion A. *Vivre avec Alzheimer, vivre avec un Alzheimer*. *Recueillir l'expérience des aides à domicile*. *Gerontol Soc* 2009;1:117–28.
- [9] Hennion A. *Faire être l'autre : la relation d'aide comme fiction créatrice*. In: Dallet S, editor. *Actes du colloque « Handicaps créateurs »*. Paris: Éditions GLG; 2011. p. 134–8.
- [10] Pierron JP. *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Paris: PUF; 2010.
- [11] Ribereau A, Mignot H. *Vers un soin philosophique*. *Med Palliat* 2014;13:155–8.
- [12] Richard M-S. *Soigner la relation en fin de vie. Familles, malades, soignants*. Paris: Dunod; 2003.
- [13] Pêchard M, Tanguy M, Le Blanc-Briot MT, Boré F, Couffon C, Commer JM, et al. *Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs*. *Med Palliat* 2013;12:168–76.
- [14] Marrilliet A, Ruhlmann C, Laval G, Labarère J. *Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs*. *Enquête*

- postale auprès des médecins généralistes isérois. *Med Palliat* 2013;12:32–41.
- [15] Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Paris: Observatoire national de la fin de vie; 2014. Consultable en ligne à l'adresse : <http://www.onfv.org/rapport-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees/> (consulté le 30 août 2016).
- [16] Pialoux J, Amblard-Manhes E. Soins palliatifs en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes : état des lieux, problèmes et perspectives. *Med Palliat* 2013;12:298–304.
- [17] Anon. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Paris: République française; 2016. Consultable en ligne à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id> (consulté le 30 août 2016).

Roland Fardel

*Médecin généraliste en retraite*  
5, allée des Tilleuls, 56370 Sarzeau, France

Adresse e-mail : [fardel.roland@gmail.com](mailto:fardel.roland@gmail.com)