

Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Table des matières

1. Introduction	3
1.1 Objectif et public cible des critères d'indication	3
1.2 Structures de soins palliatifs	6
1.3 Démarche	7
2. Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs	9
2.1 Soins palliatifs de premier recours et soins palliatifs spécialisés	9
2.2 Critères de transfert ou de recours à des soins palliatifs spécialisés	12
2.3 Critères pour le passage des soins palliatifs spécialisés aux soins palliatifs de premier recours	15
3. Illustration à l'aide de problématiques concrètes chez des patients avec des divers diagnostics et dans divers lieux de soins	16
3.1 Exemple de cas 1 : Situation oncologique, hôpital et domicile	16
3.2 Exemple de cas 2: patiente hébergée dans un EMS et souffrant d'une polymorbidité – soutien par une équipe mobile de SP	19
3.3 Exemple de cas 3: recours à une équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs dans un hôpital de soins aigus	21
3.4 Exemple de cas 4: enfant souffrant d'un polyhandicap , à domicile	23
4. Perspectives pour la mise en oeuvre des critères d'indication	26
Annexe	28
Composition du groupe de travail «Critères d'indication»	28
Associations auxquelles la consultation a été adressée	29
Glossaire	30
Bibliographie	33

1. Introduction

La Confédération et les cantons ont décidé, en collaboration avec les principaux acteurs concernés, de promouvoir les soins palliatifs en Suisse dans le cadre de la plateforme «Dialogue de la politique nationale de la santé». Dans ce but, ils ont élaboré et adopté une «Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012». Grâce à celle-ci, la Confédération et les cantons fixent des objectifs afin de combler les lacunes constatées dans les domaines de la couverture des soins, du financement, de la sensibilisation, de la formation et de la recherche. Les définitions et valeurs de base, les groupes cibles, les lieux de traitement et les fournisseurs de prestations sont décrits de façon plus précise dans le document intitulé «Directives nationales en matière de soins palliatifs» du 21.10.2010. Les critères d'indication font partie de la stratégie nationale et se fondent sur ces directives nationales.

1.1 Objectif et public cible des critères d'indication

Dans le domaine des «soins», l'objectif est de créer les conditions nécessaires afin que la Suisse dispose d'une offre adéquate en soins palliatifs et que tous les patients puissent y avoir recours le cas échéant. La concertation sur les critères régissant le recours aux soins palliatifs spécialisés¹ est considérée comme une mesure essentielle pour parvenir à cet objectif. Les critères sont nécessaires en particulier pour les raisons suivantes:

- a) Comme aide à la décision, lorsque le recours à des spécialistes est indiqué ou lorsqu'il est nécessaire de transférer le patient dans une structure spécialisée;
- b) Comme base pour l'élaboration de structures tarifaires et de règles de financement, ainsi que pour la planification des soins;
- c) Comme base pour d'autres travaux dans le cadre de la Stratégie nationale, notamment dans le domaine du financement, de la formation et de la recherche.

¹ Pour la délimitation entre les soins palliatifs de premier recours et les soins palliatifs spécialisés, cf. chapitre 1.2

Le document s'adresse donc en premier lieu aux professionnels sur le terrain et aux prestataires. Il peut être également intéressant pour les agents financeurs, les autorités de la santé et les responsables de la stratégie nationale. Il faut toutefois prendre garde à ne pas nourrir d'attentes excessives face à ce document. Un processus d'opérationnalisation, sous forme de check-list ou de catalogue de questions, est nécessaire afin que les critères puissent être effectivement utilisés par les professionnels comme aide à la décision (a). Ces check-lists doivent être adaptées aux besoins de la pratique, qui dépendent du type de structure de soins, des compétences des prestataires des soins de premier recours, ainsi que de la disponibilité d'offres de soins palliatifs spécialisées. Le présent document se contente par conséquent de définir des critères généraux devant servir de modèle à l'opérationnalisation dans un contexte donné.

Même si la prescription de prestations thérapeutiques ou de soins relève légalement de la responsabilité du médecin, un rôle important incombe à l'ensemble de l'équipe de soins, en particulier aux soignants, pour évaluer la nécessité de recourir à des soins palliatifs spécialisés.² Comme les soins infirmiers en général, les soins palliatifs sont beaucoup plus orientés sur les besoins et les ressources que sur le diagnostic.³ Le présent document n'est ainsi pas destiné exclusivement au corps médical, mais à tous les groupes professionnels en contact avec les malades incurables et avec leurs proches.

2 Un modèle analogue d'indication et de prescription existe déjà dans le contexte de la prise en charge des coûts pour les prestations de soins; l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) prévoit en effet que l'«évaluation des besoins du patient (...) et la planification des mesures nécessaires» sont effectuées par les soignants en collaboration avec le médecin. La prescription médicale se base sur cette évaluation des soins requis et sur cette planification (art. 7 et 8 de l'OPAS).

3 Les besoins et les objectifs de soins sont définis en fonction de l'état physique et psychique du patient et de ses habitudes de vie. La base pour l'établissement des objectifs de soins dépasse ainsi largement le diagnostic et tient compte des besoins et des ressources du patient.

La distinction entre soins palliatifs de premier recours et offres spécialisées ne peut pas se faire en fonction des prestations. Le degré de complexité et l'instabilité de l'état des patients sont déterminants pour savoir si des soins palliatifs spécialisés sont nécessaires. Les possibilités et les limites de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs dans le cadre des soins de premier recours dépendent en outre fortement des conditions structurelles d'un contexte donné (type de structure, lieu géographique), ainsi que des ressources quantitatives (dotation) et qualitatives disponibles (compétences). Par ailleurs, l'attitude du corps médical et du personnel soignant, ainsi que le fonctionnement en réseau jouent un rôle dans le recours à des soins palliatifs spécialisés. Le niveau de soutien par les proches et les bénévoles peut également s'avérer décisif pour le choix du lieu de soins. Le recours à des soins palliatifs spécialisés n'est pas non plus lié à certains diagnostics. La distinction s'effectue ainsi en fonction des besoins spécifiques des patients sur le plan somatique, psychique, social, organisationnel et spirituel.

Le présent document représente un cadre conceptuel de référence pour l'évaluation des patients et le recours à des prestations de soins palliatifs spécialisés. Il ne reflète donc pas forcément la pratique actuelle de transfert dans des unités de soins palliatifs ou de recours à des équipes mobiles extrahospitalières ou intrahospitalières. Le besoin de recherches approfondies en matière de soins et d'accès aux soins palliatifs spécialisés s'est clairement fait sentir pendant la phase d'élaboration. Le cadre de référence établi ici gagnerait en pertinence s'il était complété par des données sur les diagnostics et les parcours thérapeutiques des patients en soins palliatifs.⁴

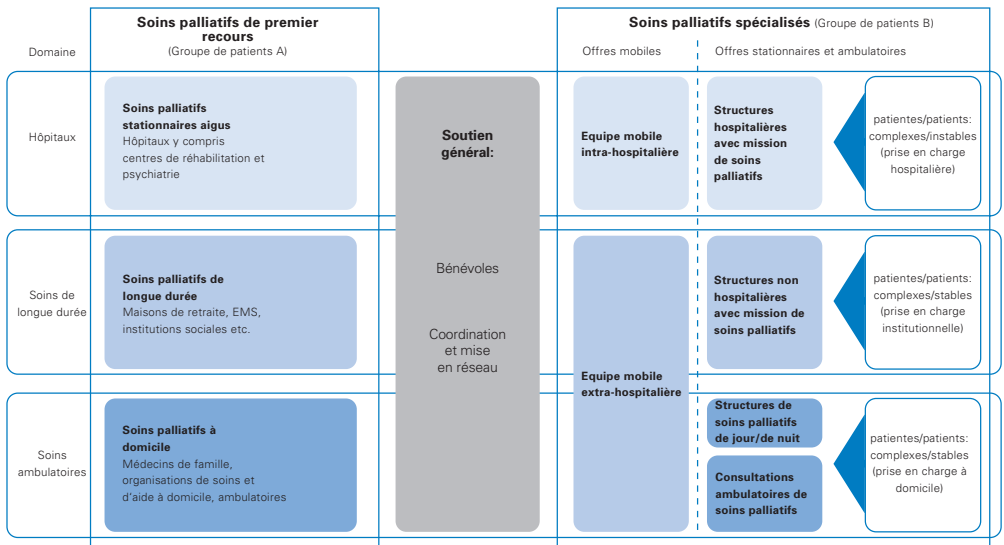
4 De telles données ont été recueillies pour la première fois en 2008 par l'association palliative ch dans l'ensemble de la Suisse avec le «Minimum Data Set, relevé de données minimales». Les résultats ont été présentés lors du congrès de palliative ch en décembre 2008.

1.2 Structures de soins palliatifs

La distinction entre soins palliatifs dispensés dans le cadre des soins de premier recours et soins palliatifs spécialisés se fonde sur les structures de soins telles qu'elles ont été définies par la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (association palliative ch), cf. «Structures de soins palliatifs spécialisés en Suisse», janvier 2010. Ces structures ont été reprises dans la Stratégie nationale. On peut estimer qu'environ 20 % des patients nécessitent des soins palliatifs spécialisés, les autres patients pouvant être pris en charge dans le cadre des soins de premier recours.

Les équipes mobiles extra-hospitalières et intra-hospitalières font également partie des soins palliatifs spécialisés. Ces équipes

Abbildung 1: Structures de soins palliatifs en Suisse



Source: OFSP, palliative ch et CDS (2012) : Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse

remplissent une double fonction: ils soutiennent les prestataires de soins de premier recours par des conseils, mais peuvent parfois aussi prendre en charge directement les patients. On trouvera de plus amples détails sur la définition, les groupes cibles et la fonction des diverses offres dans le document sur les structures de soins déjà mentionné. Le recours à des soins palliatifs spécialisés peut signifier qu'un patient soit pris en charge à son domicile ou dans un établissement médico-social, en faisant appel à une équipe mobile de soins palliatifs lors de certaines phases de la maladie.

1.3 Démarche

Une première version des critères d'indication a été élaborée par un groupe de travail national composé d'un représentant de chaque type de structure spécialisée (équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs, équipe extrahospitalière, unité de soins palliatifs, maison de soins palliatifs), ainsi que d'une représentante d'un département cantonal de la santé, sous la houlette de la CDS et de l'OFSP (cf. annexe). Le projet de texte a été ensuite adressé aux professionnels et aux associations concernées afin de recueillir leur avis par écrit (cf. annexe). Le feedback provenant de la consultation a été intégré à la version définitive, qui a été approuvée par le comité de pilotage soins palliatifs le 3 mars 2011.⁵

Le groupe de travail a essayé de s'appuyer autant que possible sur des documents provenant à la fois de Suisse et de l'étranger (cf. bibliographie). Ce faisant, il a constaté que les critères de transfert dans une unité de soins palliatifs ont été élaborés en général pour un établissement particulier ou une catégorie de structures de soins. Cela fait sens car les médecins dont dépend le transfert sont différents selon le type de structure de soins, et l'importance de chacun des critères varie selon le contexte.

5 Le comité de pilotage soins palliatifs est l'organe qui décide de la mise en œuvre et du financement des objectifs de la stratégie. Il est composé des directions des offices fédéraux suivants: OFSP, OFFT, SER, OFAS, OFS ainsi que de la présidence et d'une représentation du secrétariat central de la CDS.

On retrouve par ailleurs dans la littérature existante un consensus pour privilégier une approche axée sur les besoins ou les problèmes plutôt qu'une approche axée sur le diagnostic.⁶ C'est la raison pour laquelle on a renoncé à dresser une liste fermée des diagnostics possibles.

Le texte est ainsi divisé en deux parties: la première formule des critères généraux pour le transfert dans une structure de soins palliatifs spécialisés ou pour le recours à une équipe mobile. Dans la seconde partie, ces critères sont illustrés par des exemples concernant des problématiques et des cadres thérapeutiques concrets.

6 Palliative Care Australia : www.palliativecare.org.au

2. Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs

2.1 Soins palliatifs de premier recours et soins palliatifs spécialisés

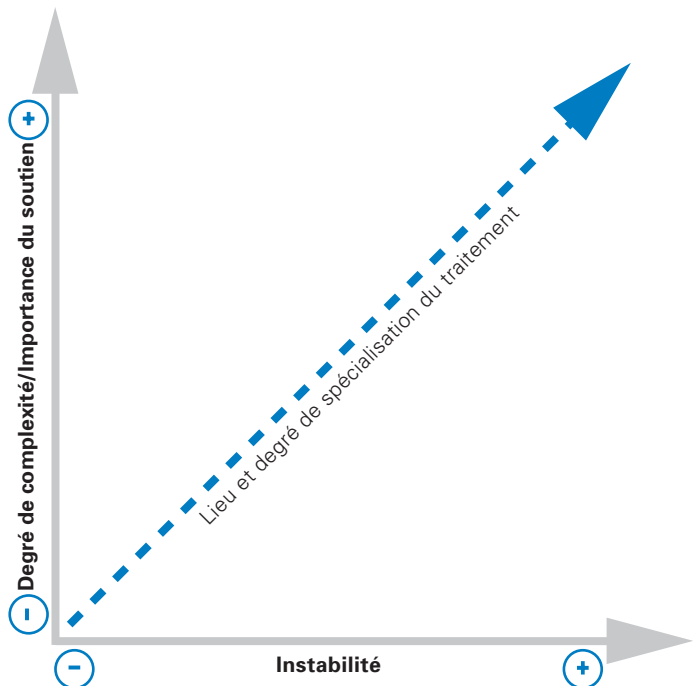
Les directives nationales envisagent également un modèle axé sur les besoins et non sur le diagnostic des patients. En fonction des paramètres «instabilité» et «complexité», les patients sont répartis en deux groupes: un groupe A (patients recevant des soins palliatifs de premier recours) et un groupe B, numériquement plus restreint (patients recevant des soins palliatifs spécialisés). Les besoins spécifiques des patients du groupe B sont déjà succinctement indiqués dans les directives et sont spécifiés à l'aide de critères au paragraphe 2.2.

En général, les patients nécessitant des soins palliatifs bénéficient d'abord de soins palliatifs de premier recours et ne reçoivent pas directement des soins palliatifs spécialisés. Cela suppose cependant des structures appropriées et des compétences du personnel prodiguant les soins de premier recours. Lorsque ces conditions font défaut, il est nécessaire de faire appel à une équipe mobile ou de procéder à un transfert dans une structure spécialisée. C'est par exemple le cas des institutions pour personnes handicapées: les équipes éducatives sont en général peu formées aux soins palliatifs, et les institutions ne disposent du fait de leur mission pas de personnel soignant. Il est donc indiqué de faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs dans toutes les situations palliatives.⁷ Il en va de même pour les enfants et les adolescents car ce groupe de patients est particulièrement vulnérable. Par la rareté des décès dans l'enfance les prestataires des soins de premier recours ne peuvent pas disposer d'une expérience suffisante pour aborder les défis additionnels qui se posent chez les patients pédiatriques.

7 Un volet du travail des équipes mobiles spécialisées consiste à former les professionnels de premier recours, sur la base de situations concrètes. Ces formations peuvent consister en des analyses de situation après le décès d'un patient ou en une formation courte sur une problématique spécifique.

Certains des professionnels consultés ont fait valoir qu'une liste des critères seule ne suffit pas pour décrire le passage des soins palliatifs de base aux soins palliatifs spécialisés, et ont par conséquent demandé une pondération ou une quantification des critères. Il a toutefois été renoncé expressément à une telle pondération, car l'expérience montre que de telles précisions ne peuvent jamais s'appliquer à toutes les situations. Le degré de spécialisation du traitement dépend du degré de complexité et d'instabilité du cas. En fonction de l'offre régionale des soins et selon les compétences disponibles dans les soins de premier recours, deux patients ayant des valeurs identiques en abscisse et en ordonnée (cf. figure 2) peuvent être pris en charge dans des structures de soins différentes.

Figure 2: les deux axes complexité et instabilité comme cadre de référence



Le degré de complexité s'exprime par la présence de problèmes ou de besoins dans plusieurs domaines définis ci-après (cf. 2.2). La complexité peut être définie par la multidimensionnalité, les difficultés d'évaluation et de priorisation de besoins ainsi que le besoin d'une approche interdisciplinaire. Une grande complexité demande également un plus haut degré de coordination, de surveillance et de soutien, et exige beaucoup en termes de communication.

Le degré d'instabilité se manifeste quant à lui par les ressources nécessaires pour évaluer l'état du patient et par son évolution peu prévisible qui rend nécessaire une fréquente adaptation du plan thérapeutique (pluriquotidienne en cas de forte instabilité). La charge de travail seule ne constitue pas une raison de recourir à des soins palliatifs spécialisés. Par contre, les fluctuations importantes et la complexité de la situation peuvent dépasser la capacité d'adaptation des patients, des proches et de l'équipe soignante.

Le recours à des soins palliatifs spécialisés peut également être justifié lors d'une anticipation de complications prévisibles. Ceci signifie concrètement l'élaboration d'un plan thérapeutique écrit pour les complications et les évolutions attendues de la maladie. Cela doit permettre en particulier d'éviter des hospitalisations d'urgence qui ne correspondent pas aux besoins des patients.

Les valeurs fondamentales et les principes postulés dans les directives nationales pour la fourniture de soins palliatifs constituent des pré-requis aussi bien dans les soins palliatifs de base que dans les soins palliatifs spécialisés. L'autodétermination de la personne concernée et de ses proches est formulée explicitement à plusieurs reprises dans ces directives. Ainsi, le recours à des soins palliatifs spécialisés n'intervient que si le patient et/ou ses proches le souhaitent (cf. directives nationales, p. 9).

2.2 Critères de transfert ou de recours à des soins palliatifs spécialisés

Conformément aux directives nationales concernant les soins palliatifs, la personne est envisagée dans sa globalité, en considérant à la fois les dimensions physiques, psychiques, sociales et spirituelles. En résumé, les besoins spécifiques des patients du groupe B se caractérisent par la présence d'une grande complexité des problèmes rencontrés dans plusieurs des domaines mentionnés ci-après. Certains facteurs peuvent également interagir: le fait de nourrir des attentes irréalistes ou le désir d'expérimenter sans cesse de nouveaux traitements, même si ceux-ci n'apportent aucune amélioration (XI), peut constituer l'expression d'une détresse existentielle ou spirituelle (XIII et XIV). Cette interdépendance des symptômes et des problèmes explique l'importance d'une approche interprofessionnelle. Les thématiques liées aux patients nécessitent les compétences de différents groupes professionnels, lesquels ne peuvent pas toujours être rigoureusement rattachés à une dimension spécifique (a-d).

a) Facteurs somatiques:

- I. **Symptômes ou groupes de symptômes éprouvants et complexes**⁸ tels que douleurs complexes, dyspnée, fatigue invalidante, état de confusion, nausées et autres, symptômes non soulagés malgré les traitements prescrits par les professionnels de premier recours ou gestes (techniques spécialisés);⁹
- II. **Dégradation ou instabilité de l'état général** préalablement déjà fortement altéré chez des patients présentant des pathologies très avancées;

8 Le stade d'une maladie ne constitue pas en soi un bon facteur prédictif du besoin éventuel de soins palliatifs, qu'il s'agisse de soins de premier recours ou de prise en charge spécialisée. Néanmoins des soins palliatifs seront probablement nécessaires lorsqu'il n'y a plus de traitement curatif raisonnable. Théoriquement, et de façon arbitraire on pourrait dire que cela correspond à un pronostic de survie de trois mois. Toutefois, le temps qui s'écoule en Suisse entre la dernière (chimio) thérapie et le décès est en moyenne beaucoup plus court, de l'ordre de quelques semaines ou jours.

9 Par ex. installation de pompes anti-douleur, administration de chimiothérapies palliatives, de médicaments dérivés du sang, de sédatifs, etc.

III. **Nécessité de conseils ou d'une éducation des patients et des proches** pour gérer les situations de crise (par ex. dyspnée, hémorragie) ou faire face à certains défis particuliers au cours du traitement; élaboration de directives anticipées et d'instructions en cas d'urgence ; soutien et conseils des enfants directement ou indirectement affectés;

b) Facteurs psychiques:

IV. **Vulnérabilité ou troubles psychiques:** patients ayant des antécédents psychiatriques ou présentant des troubles psychiques (dépression, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, alcoolisme ou autre syndrome de dépendance); insuffisance des stratégies de coping; enfants et adolescents, directement affectés ou lorsqu'un des parents est gravement malade;

V. **Crise psychique:** par ex. en cas de **perte d'autonomie** lors d'une maladie à évolution rapide;

c) Questions sociales/familiales/culturelles/organisationnelles:

VI. **Prises de décisions complexes et/ou capacité de jugement limitée:** par ex. demande d'euthanasie ou souhait d'une aide au suicide; décision en rapport avec des mesures de prolongation de vie ou un arrêt du traitement; prise en compte de la volonté du patient rendue difficile en l'absence de directives anticipées; discernement limité chez les (jeunes) enfants et les personnes handicapées avec prise de décision par un tiers (parents ou autres représentants légaux); objectifs divergents entre le patient et ses proches; conflits au sein du système de valeurs ou de croyance; conflit entre une décision médicale et le système de valeurs ou de croyance;

VII. **Epuisement des proches s'occupant du patient;**

VIII. **Absence de soutien ou soutien insuffisant** dans un contexte d'isolement social, de personne vivant seule, de situation professionnelle précaire, de relations très dégradées;

- IX. Questions ou conflits dans le cadre du traitement et du suivi en raison de **contextes culturels** (valeurs, attentes, rituels, traditions);
- X. Questions en suspens concernant le cadre de vie et de suivi futur du patient, en particulier **les soins ultérieurs** à domicile ou dans un établissement médico-social; problèmes financiers; organisation de la sortie de l'hôpital ainsi qu'**autres questions d'ordre organisationnel**;
- XI. Conflits concernant les **objectifs des mesures thérapeutiques** au sein de l'équipe soignante ou entre celle-ci et le patient et ses proches;¹⁰
- XII. **Plus de deux hospitalisations d'urgence** au cours des **six derniers mois** chez les patients souffrant d'une affection très avancée;¹¹
- d) **Aspects existentiels/ spirituels/ religieux:**
- XIII. Questions non résolues concernant le **bilan et le sens de l'existence**: bilan insatisfaisant ou inachevé de l'existence; difficultés avec la prise de conscience du peu de temps restant à vivre; soucis et angoisse existentiels concernant la mort, le passage de vie à trépas et la vie après la mort;
- XIV. Questions en rapport avec **le deuil, le désespoir**, le sentiment d'impuissance ou d'**abandon, la colère, la culpabilité** ou la honte; questions concernant la réconciliation et le pardon;
- XV. Besoins spirituels ou religieux urgents: besoin de rituels religieux particuliers (p.ex. sacrements ou prière); crises religieuses.

10 Cela reflète généralement des divergences concernant l'évaluation du pronostic ou des attentes (ir)réalistes.

11 Il ne s'agit pas ici véritablement d'une description des problèmes, mais d'un indicateur d'une problématique complexe ne pouvant plus être prise en charge par les soins palliatifs de premier recours. Cet indicateur a fait ses preuves dans divers systèmes de santé.

2.3 Critères pour le passage des soins palliatifs spécialisés aux soins palliatifs de premier recours

Les symptômes peuvent souvent être stabilisés de manière à permettre au patient d'être de nouveau pris en charge par les soins de premier recours. Pour ce passage, il n'est pas non plus possible d'élaborer un ensemble de critères valables pour toutes les situations, types d'institutions et structures cantonales de soins. Les facteurs de complexité et d'instabilité déjà décrits peuvent servir de repère. Il est indispensable de procéder régulièrement à une évaluation pour déterminer si et quand un patient peut à nouveau être pris en charge exclusivement dans le cadre des soins palliatifs de premier recours.

3. Illustration à l'aide de problématiques concrètes chez des patients avec des divers diagnostics et dans divers lieux de soins

Les exemples sont illustratifs et couvrent les problématiques qui exigent souvent en pratique des soins palliatifs spécialisés. Par ailleurs, une attention toute particulière devra être portée dans le cas de :

- certaines pathologies telles qu'une insuffisance cardiaque ou pulmonaire terminale, des affections neurologiques comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA), ou encore des démences (Alzheimer);
- certaines tranches d'âge, tels que les enfants ou les jeunes adultes;
- situations sociales ou psychiques difficiles: contexte de migration, négligence ou isolement social, toxicomanie.

3.1 Exemple de cas 1: Situation oncologique, hôpital et domicile

Monsieur Bernasconi,¹² âgé de 63 ans, souffre depuis plus de cinq ans d'une tumeur au niveau du larynx. Il a déjà subi plusieurs opérations ainsi qu'une radiothérapie et une chimiothérapie. La tumeur s'est à présent extériorisée au niveau du cou et il existe une fistule entre le plancher buccal et la peau. La plaie est fétide. Le patient se plaint de douleurs permanentes, auxquelles se surajoutent des crises douloureuses à type de brûlures et de sensations électrisantes pouvant survenir entre le vertex et la main droite. Il prend de fortes doses de morphine qui ne sont en fait d'aucune utilité contre les douleurs, mais lui permettent «d'oublier» pendant une heure. Il éprouve de plus en plus de difficultés à parler de même qu'à s'alimenter naturellement.

12 Les exemples sont basés sur des cas réels. Les noms ont été modifiés.

Cet ancien employé de banque a deux fils et une fille (ainsi que 6 petits-enfants) avec lesquels il n'a pratiquement aucun contact. Sa femme a divorcé de lui il y a dix ans, mais elle s'occupe de lui depuis trois ans et passe le voir tous les jours. Cependant, il lui est arrivé à plusieurs reprises de ne pas supporter de le voir dans cet état et d'appeler une ambulance, à la suite de quoi monsieur Bernasconi est resté hospitalisé à chaque fois pendant 10-14 jours. Monsieur B. était à l'origine un homme très sociable; il a caché habilement pendant de longues années son important alcoolisme, ou ne l'a pas lui-même perçu comme tel. Il vit actuellement dans un petit deux-pièces, et ne veut pas voir les quelques amis qui lui restent. Il est difficile d'évaluer ses besoins, il mentionne ici et là la pensée de «vouloir en finir en se tirant une balle dans la tête».

Référence aux critères d'indication

La situation de monsieur Bernasconi est rendue complexe par des problèmes à différents niveaux. Son ex-épouse est à bout de forces en raison des soins qu'elle lui prodigue, et ce, malgré le soutien des services d'aide et de soins à domicile. Les critères suivants de recours à des soins palliatifs spécialisés sont remplis:

- I. **Symptômes éprouvants et complexes** : Monsieur B. présente une problématique douloureuse complexe et multidimensionnelle: sur le plan somatique, on a affaire à des douleurs mixtes des parties molles et des nerfs (douleurs nociceptives et neuropathiques). Il existe sans doute aussi ce qu'il est convenu d'appeler une composante de «total pain» (souffrance globale) caractérisée par une situation de stress prononcé. La personnalité addictive et les fortes doses de morphine constituent d'autres facteurs de complication.

- III. **Nécessité d'une éducation des patients et des proches:** l'existence d'instructions en cas d'urgence rendrait les visites de l'ex-épouse plus supportables et moins pesantes. Le fait que la marche à suivre soit définie et qu'on puisse demander un soutien professionnel dans les situations de crise pourrait éviter que l'ex-épouse appelle une ambulance par pur désespoir.
- IV. **Vulnérabilité psychique/toxicomanie,** aspiration au suicide manifestée;
- VI. **Prises de décisions difficiles (planification de mesures en cas d'étouffement, de troubles de la déglutition):** De graves complications, telles que l'impossibilité de s'alimenter, une obstruction des voies respiratoires ou des infections graves, pourraient bientôt survenir. Les décisions à prendre (nutrition artificielle? trachéotomie en cas d'étouffement?) doivent être si possible anticipées ou au moins discutées avec le patient, les proches et les soignants.
- X. **Questions en suspens concernant le cadre de vie futur du patient, en particulier les soins ultérieurs à domicile :** Le déclin social et la dissolution du tissu social, y compris la famille («enfants et petits-enfants perdus»), compliquent considérablement la prise en charge et créent des problèmes sans solution. Des choses qu'il faudrait peut-être régler, ou peut-être pas. Cela rend nécessaire de recenser et si possible d'ajuster les divers souhaits et attentes. Des variantes de prise en charge extérieure à la famille doivent être envisagées voire préparées en cas d'aggravation ultérieure de la situation, afin d'éviter de nouvelles hospitalisations d'urgence (réseau de soins palliatifs, le cas échéant établissement médico-social/ maison de soins palliatifs).
- XII. Le patient a été **hospitalisé en urgence plus de deux fois** en l'espace de **six mois**.
- XIII. **Questions non résolues concernant le bilan et le sens de l'existence:** les besoins existentiels ne sont pas explicitement mentionnés, mais ils sont sûrement présents et doivent être abordés (par ex.: «je n'ai pas mérité cela»).

3.2 Exemple de cas 2: patiente hébergée dans un EMS et souffrant d'une polymorbidité – soutien par une équipe mobile de SP

Madame Winter, âgée de 86 ans, vit avec son mari dans un deux-pièces situé dans un établissement médico-social. Ils ont plusieurs petits-enfants, dont trois garçons qu'ils ont élevés à la suite du décès précoce de leur mère. La patiente a un contact étroit avec ces trois petits-enfants. Son mari l'aide autant qu'il le peut, mais il a une nature très dominante.

Madame Winter présente un diabète insulino-dépendant depuis de nombreuses années et doit s'injecter de l'insuline. Elle souffre d'hypertension artérielle et d'occlusions vasculaires (artériopathie périphérique oblitérante). Elle souffre également d'une insuffisance rénale. La patiente est malentendante et voit mal. Sa mobilité est très restreinte: elle ne peut se déplacer qu'à l'aide d'un rollateur et avec un accompagnateur. Elle est souvent assise dans une chaise roulante avec laquelle elle ne peut pas avancer seule. Elle est également totalement dépendante pour faire sa toilette.

L'état général de M^{me} Winter se dégrade lentement mais de façon continue. Ses fortes douleurs sont mal contrôlées; elle refuse souvent de prendre ses médicaments car elle n'en ressent pas l'utilité. Elle doit prendre des anticoagulants et souffre fréquemment d'une anémie qui n'a pas été explorée et est traitée par des préparations de fer. Elle a dû être hospitalisée d'urgence pendant une journée en raison de douleurs intenses au pied (très mal vascularisé). Bien que les vaisseaux aient pu être revascularisés, elle souffre de douleurs insupportables, même avec des antalgiques.

A son retour dans l'EMS, M^{me} Winter a présenté des symptômes dépressifs liés à son insatisfaction quant à sa qualité de vie. L'anti-dépresseur prescrit par le médecin traitant ne permet pas de soulager les symptômes. De nouveaux symptômes viennent chaque

jour s'ajouter à la dépression, notamment des démangeaisons, des vertiges, des nausées, etc., et ils s'exacerbent mutuellement.

Le personnel soignant et le médecin traitant sont à bout et ne sont plus en mesure d'offrir un traitement optimal à cette patiente. Selon le médecin traitant, les possibilités thérapeutiques sont «épuisées» en ce qui concerne l'insuffisance rénale et l'artériopathie périphérique oblitérante. Cette situation complexe exige des connaissances spécialisées en soins palliatifs. On fait appel à une équipe mobile de SP

Référence aux critères d'indication

La situation de madame Winter peut être caractérisée par les critères généraux suivants:

- I. **Symptômes et maladies éprouvants et complexes:** les multiples symptômes (depuis la symptomatologie douloureuse générale jusqu'à la limitation de la mobilité et de la capacité de communication, en passant par l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale) sont mal contrôlés malgré le traitement et diminuent considérablement la qualité de vie de M^{me} Winter. Qui plus est, la diminution de son acuité auditive et visuelle complique le contact avec le personnel, avec ses proches et avec les résidents de l'EMS.
- II. **Nette dégradation de l'état général** en peu de temps;
- IV. **Troubles psychiques et XV. Sentiment d'abandon, de colère:** la manifestation de symptômes dépressifs est liée à l'incapacité de la patiente à gérer la situation et les symptômes. Elle ne se sent plus comprise et a le sentiment qu'on ne fait rien pour elle. L'impression de détresse et d'impuissance est renforcée par sa grande dépendance à l'égard du personnel soignant et de son mari.

3.3 Exemple de cas 3: recours à une équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs dans un hôpital de soins aigus

M^{me} Ribaut, âgée de 64 ans, est connue pour une maladie pulmonaire sévère (broncho-pneumopathie chronique obstructive), un diabète de type II insulino-requérant, une hypertension artérielle traitée et une polyarthrose. Elle est veuve et a une fille, désignée comme représentante thérapeutique. Elle est hospitalisée en soins intensifs, puis dans le service de médecine interne pour une nouvelle bronchopneumonie avec une nette aggravation de son état respiratoire. Son état s'améliore progressivement après une antibiothérapie, une optimisation de son traitement bronchodilatateur et une physiothérapie respiratoire.

Elle est par la suite transférée dans une unité de réadaptation où elle présente deux nouvelles surinfections pulmonaires traitées par des antibiotiques. Suite à cette 3^e infection, les médecins décident, en accord avec la patiente, qu'elle ne sera pas transférée en soins intensifs si elle présente une détresse respiratoire. En raison de son état respiratoire (la patiente a de la peine à respirer et tousse à la moindre parole), il est fait appel à une équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs. Après une évaluation minutieuse des symptômes à l'aide d'un outil d'évaluation, un traitement par des opiacés est introduit et adapté pour des douleurs diffuses et pour la dyspnée. Ce traitement opiacé doit être modifié à plusieurs reprises en raison d'un état confusionnel.

L'état général de M^{me} Ribaut se stabilise, mais elle demande à mourir. On discute avec elle la possibilité de ne pas administrer d'antibiotiques lors de la prochaine surinfection, sauf si nécessaire pour soulager les symptômes, et la possibilité de prescrire une sédation en cas de dyspnée réfractaire. Par ailleurs, on discute avec la fille de M^{me} Ribaut de ses difficultés liées aux fluctuations de l'état de santé de sa mère et de sa demande d'euthanasie. M^{me} Ribaut décède trois semaines après son admission dans l'unité de réadaptation.

Référence aux critères d'indication

La situation de madame Ribaut peut être caractérisée par les critères généraux suivants:

- I. **Symptômes éprouvants et complexes:** les symptômes apparus en raison de la pathologie complexe sont mal contrôlés malgré le traitement, et gênent considérablement la patiente. Outre les symptômes somatiques, elle présente une confusion mentale, ce qui accroît les difficultés de communication. L'équipe spécialisée a réussi à mieux soulager la dyspnée ainsi qu'à trouver l'antalgique ayant le moins d'effets secondaires pour la patiente.
- II. **Instabilité et dégradation rapide de l'état général,** avant le traitement par l'équipe spécialisée;
- VI. **Prise de décisions complexes:** le souhait d'euthanasie exprimé par la patiente doit être abordé et discuté en accord avec sa fille. Quelle est la portée de cela pour la suite du traitement ? À quelles mesures doit-on encore recourir en cas de nouvelle aggravation significative de son état ? L'équipe spécialisée peut assister l'équipe soignante pour ces questions délicates.

VII. **Epuisement des proches s'occupant du patient:** la fille se sent surtout psychologiquement dépassée par la situation. Les spécialistes de l'équipe mobile intra-hospitalière ont eu des entretiens avec la mère et la fille ensemble, ainsi qu'avec la fille seule. Ceci les a toutes deux aidé à verbaliser et à clarifier les questions et les attentes non dites, ainsi qu'à accepter la situation. Ce soutien apporté par l'équipe spécialisée a réconforté la fille et a contribué au total à apaiser les choses.

3.4 Exemple de cas 4: enfant souffrant d'un polyhandicap, à domicile

Patricia est une jeune fille de 12 ans atteinte d'une maladie neuro-dégénérative très rare et létale entre l'âge de 12 et 15 ans. Jusqu'à 5 ans, Patricia s'est développée normalement. Vers 5 ans, elle a tout d'abord présenté des troubles de la marche liés à une hypertonie des membres inférieurs. Cette hypertonie s'est ensuite propagée peu à peu à l'ensemble du corps, jusque dans la musculature pharyngée, rendant la parole et la déglutition difficiles. Une agitation psychique et des mouvements involontaires désordonnés s'ajoutent à cette hypertonie, qui peut aller jusqu'à une incapacité à se mouvoir. De légers stimuli peuvent suffire à déclencher un opisthotonos.

Patricia vit avec ses parents et son frère aîné âgé de 13 ans. Elle n'est plus scolarisée ni placée en institution, son état étant trop préoccupant, depuis environ 2 ans, au moment où l'équipe pédiatrique de soins palliatifs a fait sa connaissance. Toutefois une enseignante spécialisée vient régulièrement à domicile. Étant donné que Patricia est à présent tétraplégique, elle communique avec son entourage qu'avec le regard et des mimiques du visage. L'équipe spécialisée est sollicitée par le neuropédiatre qui s'inquiète des douleurs de Patricia.

Son état général s'est fortement détérioré ces derniers mois; une dyspnée sévère s'ajoute au tableau initial, ce qui nécessite une ventilation non invasive. Elle est nourrie par gastrostomie, mais présente malgré tout un état de dénutrition important dû à des diarrhées à répétition et à de fréquents vomissements. Les parents sont bien conscients de la gravité de l'état de leur fille mais ont énormément de peine à évoquer la possibilité du décès de Patricia.

Le frère est très impliqué dans la prise en charge de sa sœur et se montre très soucieux de l'état de santé de Patricia. Il ne va plus très volontiers à l'école, arguant que sa sœur a besoin de lui. Une offre de soutien lui est aussi proposée, car grand est le risque qu'il désinvestisse son rôle d'enfant et que la charge qu'il s'impose dépasse ses capacités.

Références aux critères d'indication

Les soins palliatifs chez les enfants représentent des situations complexes en raison de leur spécificité, notamment le développement des enfants, leur mode de communication, l'implication des parents et l'impact de ces situations sur la fratrie.

- I. **Symptômes multiples et éprouvants:** la symptomatologie est très complexe car elle touche plusieurs systèmes et entrave le développement de l'enfant. Du fait de son handicap, Patricia ne peut exprimer ce qu'elle ressent et vit au quotidien. Elle présente une hypertonie très importante qui induit des douleurs difficilement identifiables. En effet, depuis quelque temps, Patricia a l'air de souffrir, elle gémit, son visage est crispé et elle est moins interactive avec son entourage. Une échelle d'évaluation de la douleur spécifique aux enfants polyhandicapés non communicants est mise en place. Différents essais sont effectués avec des antalgiques.

L'état cutané de Patricia est également préoccupant en raison de sa maigreur et de son alitement prolongé, et ce, malgré des soins adaptés et un matériel adéquat. Ces différents symptômes perturbent les nuits de Patricia et de ses parents.

- II. **Dégradation de l'état général** : très importante dégradation surtout sur le plan respiratoire.
- VI. Les **parents** sont amenés à **prendre des décisions difficiles** pour leur fille. La dyspnée devenant de plus en plus sévère, seule une trachéotomie pourrait apporter un soulagement temporaire à Patricia. Pourrait-elle supporter une intervention ? Une intervention et une hospitalisation ne seraient-elles pas une trop grande source de stress pour elle ? L'enjeu est de prendre la moins mauvaise décision entre acharnement et abandon.
- VII. **Isolement et épuisement de la famille** : les parents s'occupent de Patricia 24h/24 et se relaient auprès d'elle la nuit. Ils n'ont pas beaucoup de soutien de la part de leur famille qui n'habite pas en Suisse et se retrouvent ainsi assez seuls. Le risque est que les deux parents s'épuisent et ne puissent pas garder leur enfant à la maison comme ils le souhaitent.

Spécificités liées à la pédiatrie:

Comme très souvent en pédiatrie, de très nombreux professionnels d'horizons différents sont impliqués dans cette prise en charge, ce qui pose des problèmes de communication mettant en danger sa cohérence. Des réunions de réseau incluant les parents sont organisées régulièrement afin de pallier cette problématique. De ce fait, la responsabilité de la transmission des informations ne repose plus uniquement sur les parents.

4. Perspectives pour la mise en œuvre des critères d'indication

Nous avons essayé, dans ce document, de définir de façon globale les soins palliatifs spécialisés pour les divers types d'offres spécialisées et de structures de soins. Pour servir d'aide à la décision dans la pratique, les critères ont besoin d'être opérationnalisés par les professionnels sur le terrain. Cette opérationnalisation varie toutefois selon le lieu de soins, les compétences des prestataires de soins de premier recours et l'offre spécialisée existante dans une région donnée. Le document Pallia 10 « Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ? » de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) de 2010 offre un exemple d'opérationnalisation sous la forme d'une check-list en 10 questions (cf. bibliographie). Cet outil d'aide à la décision est conçu spécifiquement pour mieux repérer le moment où le recours à une équipe mobile spécialisée devient nécessaire.

Il a été demandé aux participants de la consultation d'indiquer les conditions devant être remplies afin que le présent document puisse jouer pleinement son rôle. A titre de conclusion, les réponses les plus importantes sont mentionnées ci-après:

- Formation et sensibilisation des professionnels par le biais des associations professionnelles, des revues spécialisées, des réunions de formation continue, etc.;
- Valorisation des soins palliatifs dans la formation de base du personnel soignant et du personnel médical ainsi que des autres groupes professionnels impliqués. Formation postgrade de personnes qualifiées intégrant la pratique (par ex. experts en soins palliatifs);
- Garantie du financement: l'expérience montre qu'il est moins fait appel aux spécialistes, voire pas du tout, lorsque leurs prestations doivent être financées («achetées») par les prestataires de soins

de premier recours (par ex. établissement médico-social ou services d'aide et de soins à domicile). Les patients en soins palliatifs ont souvent des besoins importants qui dépassent de loin les niveaux de soins fixés dans la LAMal. Les prestations de conseil et de coordination des équipes mobiles de soins palliatifs doivent être financées en plus. Tant que leur financement sera entièrement répercuté sur les prestataires de soins de premier recours ou sur les bénéficiaires, il existera un obstacle financier à recourir à l'offre.¹³

- Critères de qualité pour les offres spécialisées. La société professionnelle palliative ch s'efforce depuis de nombreuses années d'évaluer et d'améliorer la qualité des prestations spécialisées. Un groupe de travail a élaboré des critères de qualité pour les structures hospitalières et les équipes mobiles. Une association spécialement fondée dans le but de contrôler et de promouvoir la qualité a pour but de réaliser des audits de la qualité des prestations des structures spécialisées et d'attribuer un label de qualité.
- Concepts de soins régionaux pour les soins palliatifs avec centres de coordination et d'information;
- Acceptation des offres spécialisées par les prestataires de soins de premier recours, en particulier par les médecins de famille;
- La personne qui a la compétence de décider de faire recours à des soins palliatifs spécialisés doit être définie. Cette question se pose notamment dans les établissements médico-sociaux, étant donné le grand nombre de médecins de famille et de médecins agréés qui y sont souvent impliqués, avec la diversité de leurs compétences et de leurs avis. Un guide ou des directives sur la conduite à tenir dans les situations concrètes (par ex. au niveau de l'EMS) serait nécessaire.

13 Certains cantons, dont notamment le canton de Vaud, financent les équipes mobiles.

Composition du groupe de travail «Critères d'indication»

Deborah Ackermann	Leiterin Fachbereich Pflege, ONKO PLUS, Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ-Pflege, Zürich Konsiliardienst Palliative Care Spital Limmattal, Schlieren
Steffen Eychmüller	Leiter Palliativzentrum, Kantonsspital St. Gallen
Annette Grünig	Projektleiterin Zentralsekretariat der GDK, Bern (Leitung)
Felix Gurtner	Stv. Leiter Sektion Medizinische Leistungen, Kranken- und Unfallversicherung, BAG, Bern
Cathérine Hoenger	Projektleiterin, Programme cantonal de développement des soins palliatifs, Service de la santé publique du canton de Vaud, Lausanne
Hans Neuenschwander	Leitender Arzt für Palliativmedizin, Onkologisches Institut der Italienischen Schweiz (IOSI), Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano
Sophie Pautex	Médecin adjoint agrégé, Service de médecine palliative, Hôpitaux Universitaires de Genève
Helen Tobler	Sozialarbeiterin Pflegezentrum Spital Limmattal/Kompetenzzentrum für Palliative Care am Spital Affoltern a. Albis

Associations auxquelles la consultation a été adressée

- ASI-SBK Association suisse des infirmières et infirmiers
- Associations cantonales des services d'aide et de soins à domicile
- AvenirSocial, Professionnels travail social Suisse
- Co-chefs de projet de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs
- Curahumanis, Association professionnelle de soins et assistance
- CURAVIVA Association des homes et institutions sociales Suisse
- FMH Fédération des médecins suisses
- FSP Fédération Suisse des Psychologues
- H+ Les hôpitaux de Suisse
- Médecins de famille Suisse - Hausärzte Schweiz
- palliative ch, Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs
- Schweizerischer Kinderspitex Verein
- Sections de palliative ch
- Vereinigung evangelischer Spitalseelsorger
- Vereinigung der katholischen Spital- und Kranken-SeelsorgerInnen der deutschsprachigen Schweiz

Outre les organisations destinataires de la consultation, les organisations ou associations suivantes ont donné leur avis:

- Physioswiss, Association suisse de physiothérapie
- Pro Pallium, Fondation suisse de soins palliatifs pour les enfants et les jeunes adultes
- Société suisse de psycho-oncologie

Glossaire

Dialogue « Politique nationale suisse de la santé » (PNS)

Cette plate-forme a été lancée à l'initiative du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Elle vise à mieux coordonner les politiques cantonales et la politique fédérale. Des séances communes ont lieu trois fois par an. Le secrétariat exécutif de la Confédération pour le Dialogue de politique nationale de la santé est intégré à l'OFSP.

Directives anticipées ; Droits du patient

Les directives anticipées constituent un outil servant à l'autodétermination du patient. Toute personne capable de discernement a le droit de rédiger des directives anticipées pour spécifier le type de soins qu'elle aimerait recevoir ou non au cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elle peut également désigner un représentant thérapeutique qui pourra discuter des mesures médicales avec le médecin traitant et prendre des décisions en son nom.

Le droit révisé de la protection des personnes adultes règlera bientôt le caractère contraignant des directives anticipées de manière uniforme au niveau national (art. 370 ss.). La nouvelle réglementation devrait entrer en vigueur en 2012. D'ici là, les directives anticipées continuent d'être réglées par les législations cantonales actuellement en vigueur.

Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement, comme les maladies cardiovasculaires, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la maladie de Parkinson, le cancer du sein, le diabète sucré, la sclérose en plaques, l'apoplexie, la schizophrénie, la démence, l'épilepsie, la goutte, les rhumatismes, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn. Elles se distinguent par leur évolution lente, fréquemment liée à des

complications, et qui induit souvent une réduction de l'espérance de vie. Les maladies chroniques impliquent des soins médicaux constants. S'ils ne sont pas fournis, l'état de santé du malade peut s'aggraver dangereusement, son espérance de vie s'en trouver réduite ou sa qualité de vie se détériorer durablement.

Médecine curative

La médecine repose sur trois piliers, la « médecine curative », la « médecine préventive » et la « médecine de réadaptation » (cf. plus bas). Le terme « curare » signifie « guérir » en latin. L'objectif thérapeutique en médecine curative est la guérison des maladies existantes.

Multimorbidité

On entend par multimorbidité (ou polymorbidité) le fait qu'une personne soit atteinte de plusieurs maladies en même temps. Les personnes d'un âge avancé sont les plus touchées (accroissement linéaire avec les années).

Proches

Les proches sont les personnes déclarées comme telles par la personne malade. Il peut s'agir de membres de la famille proche comme les parents, les enfants, les frères et sœurs, le conjoint ou le partenaire ainsi que d'autres personnes de confiance (même sans relation de parenté avec le patient).

Réadaptation

La réadaptation désigne la médecine qui vise à rétablir et réintégrer le malade dans la société. L'objectif est de supprimer ou d'atténuer les limitations dues à la maladie ou à l'accident.

Soins palliatifs de premier recours

Les soins palliatifs de premier recours sont apportés au groupe de patients A. Ils sont prodigués par les médecins traitants, les services de soins à domicile, les établissements médico-sociaux ainsi que les institutions pour personnes handicapées et les hôpitaux de soins aigus.

Soins palliatifs spécialisés

Pour les personnes souffrant de symptômes aigus et complexes, confrontés à l'évolution très instable d'une maladie ou ayant d'autres problèmes, le recours aux soins palliatifs spécialisés est nécessaire. Ceux-ci requièrent un niveau de compétence élevé et des connaissances spécifiques.

Bibliographie

Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM (2006): Soins palliatifs. Directives médico-éthiques et recommandations

Belgian Health Care Knowledge Centre KCE (2009): Organisation of palliative care in Belgium - Supplement. Health Services Research. KCE reports 115C.

European Association for Palliative Care EAPC (2009): Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe

Johnson, Claire E. et al. (2008): Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: results of a national survey. *Palliat Med* 2008 Jan, vol. 22: 51-7.

McNamara, Beverly et al. (2006): A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006 Jul, Vol. 32: 5-12.

Office fédéral de la santé publique OFSP et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS (Octobre 2009): Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012, Berne

Office fédéral de la santé publique OFSP et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS (novembre 2010): Directives nationales concernant les soins palliatifs

ONKO PLUS, Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ-Pflege Zürich (2008): Intake Kriterien Onko Plus

Palliative Care Australia (2005): A guide to palliative care service development: A population based approach

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung «palliative ch» (2001): Standards: Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung «palliative ch» (2010): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care Schweiz

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs SFAP (2010): Pallia 10. Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs? Outil d'aide à la décision en 10 questions. <http://www.sfap.org/pdf/Pallia10%20outil.pdf> (03.03.2011)

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (2009): Contrôles CNAMTS. Message aux responsables des USP et des services avec des LISP. <http://www.sfap.org/pdf/BulletinTracabilite.pdf>

Support Care Cancer (June 2008) : A „TNM“ classification system for cancer pain. The Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP). 2008, 16(6): 547-55.

WHO Europe (2004): Palliative Care. The solid facts

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Editeur: OFSP et CDS

Date de publication: avril 2011

Auteur: Annette Grünig

Informations complémentaires:

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Unité de direction Politique de la santé

Division Projets multisectoriels

case postale

CH-3003 Berne

palliativecare@bag.admin.ch

Cette publication est disponible en format PDF en français et allemand sous www.bag.admin.ch/soinspalliatifs

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern

Photos: Fotolia

Numéro de publication OFSP:

GP 10.11 1000 d 400 f 30EXT1112

GP 08.12 1000 d 400 f 30EXT1212

GP 05.13 2000 d 1000 f 30EXT1309

Diffusion:

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne

www.publicationsfederales.admin.ch

Numéro de commande : 316.717.f

imprimé sur papier blanchi sans chlore