

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2003)

**Heft:** 2

**Artikel:** Intégration des soins palliatifs dans la pratique médicale : bilan vaudois et revue de la littérature = Integration von Palliative Care in die medizinische Praxis : eine Bilanz aus dem Kanton Waadt und eine Literaturstudie (Zusammenfassung) = Integrazio...

**Autor:** Renard, Delphine / Santos-Eggimann, Brigitte

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091847>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Cet article résume un travail de thèse en médecine qui, considérant le rôle prédominant des médecins en matière de soins palliatifs (prescription et coordination des interventions), a pour objectif de déterminer dans quelle mesure la pratique médicale actuelle intègre les soins palliatifs dans sa prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques non guérissables. Il pose quatre hypothèses relatives à l'étendue de la pratique des soins palliatifs et aux éventuels facteurs agissant comme frein au développement de cette dernière.

Delphine Renard et Dr Brigitte Santos-Eggimann

## Intégration des soins palliatifs dans la pratique médicale

### Bilan vaudois et revue de la littérature



Delphine Renard, diplômée en biologie et cand. med., chargée de recherche Unité des services de santé, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne, Lausanne

Dr Brigitte Santos-Eggimann, PD et MER, DrPH, MPH, Unité des services de santé, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne, Lausanne.

#### Mots-clés

soins palliatifs – critères d'éligibilité – maladies non cancéreuses – interdisciplinarité – formation

#### Introduction

En septembre 1999, un postulat (postulat Michel Glardon et consorts) était déposé auprès du Conseil d'Etat vaudois qui demandait une poursuite du développement des soins palliatifs dans le canton. Afin de s'appuyer dans leur réponse sur des éléments objectifs, le Service de la santé publique du canton de Vaud et la Direction du Service des hospices cantonaux confient en septembre 2000 à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ci-après IUMSP) le mandat de fournir un bilan de situation et d'élaborer des propositions pour l'organisation des soins palliatifs. Suite au rapport de l'IUMSP, publié en avril 2001<sup>1</sup>, et au rapport du Conseil d'Etat de juin 2002<sup>2</sup>, le Grand Conseil du Canton de Vaud institue par décret du 25 juin 2002<sup>3</sup> un programme cantonal de développement des soins palliatifs dont les premières réalisations concrètes consistent en la mise sur pied de plusieurs équipes mobiles extrahospitalières.

A la suite de cette étude, l'un des auteurs du rapport rédige une thèse en médecine fondée à la fois sur les résultats de l'enquête régionale menée dans le cadre du mandat et sur une revue de la littérature. Son objet est de déterminer dans quelle mesure la pratique des médecins (dont le rôle de prescription et de coordination est considéré comme déterminant)

intègre les soins palliatifs dans sa prise en charge de patients souffrant d'affections évolutives non guérissables<sup>4</sup>. Cet article présente les principaux résultats de ce travail selon les quatre angles d'analyse non mutuellement exclusifs suivants, avec un accent particulier sur le dernier:

1. la recherche d'une définition précise et opérationnelle des soins palliatifs permettant aux médecins de faire bénéficier un patient donné de tels soins quel que soit le domaine de pratique: privée ou institutionnelle, générale ou spécialisée, et dans les différents lieux de vie;
2. l'étude du degré de mise en pratique du principe selon lequel les soins palliatifs s'adressent à toutes les catégories de patients, aussi bien en termes d'affection de base que d'âge ou de besoins spécifiques;
3. l'étude du degré de mise en pratique d'une culture de l'interdisciplinarité;
4. la question de savoir si la formation médicale pré- et post-graduée identifie et transmet les connaissances et compétences caractérisant les soins palliatifs.

### Matériel et méthodes

#### 1. Enquête dans le canton de Vaud et recherche de documentation

Le bilan de situation<sup>1</sup> repose sur:

- a. l'envoi de 193 questionnaires élaborés par l'IUMSP aux institutions de soins du canton de Vaud (taux de réponse 64%), de 1509 questionnaires<sup>A</sup> aux médecins de 22 spécialités (taux de réponse 46%) et de 275 questionnaires aux médecins psychiatres (taux de réponse 68%) installés en pratique privée;
- b. la conduite de trente-et-un entretiens avec des professionnels de la santé, dont huit assortis de visites d'établissements de soins palliatifs;
- c. la recherche d'information sur l'organisation des soins palliatifs dans les autres cantons romands et 12 autres pays, et une revue de la littérature portant sur les années 1995 à 2001 répertoriée dans les bases de données *Medline* et *The Cochrane Library*.

A Elaborés par l'IUMSP en collaboration avec le Dr C. Mazzocato (Division de soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire vaudois) et soumis à l'approbation de la Société vaudoise de médecine, qui nous a également fourni le fichier d'adresses et a soutenu l'enquête auprès de ses membres.

## 2. Recherche d'informations spécifiques

Ce matériel a été complété dans le cadre du travail de thèse<sup>4</sup> par:

- a. un recueil manuel d'informations et une revue de la littérature des années 1998 à 2001 figurant dans *Medline* et *The Cochrane Library*;
- b. sept entretiens complémentaires avec six médecins et un cadre administratif.

## Résultats

### 1. Définition des soins palliatifs

Les définitions fournies par les organismes officiels de soins palliatifs se ressemblent beaucoup et constituent davantage un ensemble de déclarations d'intention qu'une véritable délimitation de ce que sont les soins palliatifs en termes de sélection des malades; elles ne s'accordent pas sur le positionnement des soins palliatifs par rapport aux soins curatifs (succession dans le temps ou complémentarité en tout temps). Une seule définition, celle du National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services en Angleterre<sup>5</sup>, distingue différents niveaux de spécialisation des soins palliatifs. De même, les données de la littérature illustrent de manière théorique la complexité croissante du découpage des différentes phases de la maladie évolutive, et de l'intégration progressive d'éléments palliatifs dans le traitement de cette dernière. Pourtant, elles n'indiquent pas comment effectuer ce découpage en pratique.

Dans l'enquête par questionnaires conduite auprès des institutions, moins d'une moitié des répondants disposent d'une définition des soins palliatifs, et les définitions citées sont aussi vagues que diverses. Un grand nombre de répondants assimilent visiblement les soins palliatifs à des soins de confort terminaux. La plupart du temps, ils n'en indiquent toutefois ni la teneur ni la durée.

Un tiers environ des répondants déclarent l'existence de critères d'admission en soins palliatifs, mais deux seulement en précisent la teneur, soit une instabilité de la situation et des symptômes. Dans la pratique romande, l'absence de critères d'admission en soins palliatifs reconnus par les hôpitaux et les assurances-maladie crée de graves problèmes en termes de disponibilité des ressources et de remboursement des prestations. S'il existe des critères d'éligibilité publiés aux Etats-Unis, ils exigent du médecin qu'il fixe un pronostic vital qui doit être inférieur à 6 mois. Or, cette

exigence est à la fois irréaliste et contre-productive: d'une part, les connaissances médicales actuelles ne permettent pas de donner des pronostics présentant un tel degré de précision; d'autre part, l'utilisation du pronostic vital comme critère d'installation des soins palliatifs réduit une fois de plus ces derniers aux soins terminaux.

### 2. Diversité des malades concernés par les soins palliatifs

Dans l'enquête auprès des institutions en général, les démences occupent le premier rang des affections citées comme cible de soins palliatifs, suivies des insuffisances organiques et des affections oncologiques. Ces dernières sont toutefois les premières citées par les services du Centre hospitalier universitaire vaudois et les centres de traitement et de réadaptation. De même, les affections oncologiques sont les affections citées en premier lieu par les médecins non psychiatres installés en pratique privée (ces derniers citent toutefois dans l'ensemble un grand nombre d'affections différentes comme faisant l'objet de soins palliatifs, y compris sous la forme de mentions aussi générales que «âge» ou «polypathologie»).

Les avis exprimés dans la littérature sont unanimement en faveur d'une extension des soins palliatifs aux affections non oncologiques. Cependant, les bénéficiaires actuels des structures spécialisées sont à une écrasante majorité des patients cancéreux, et c'est dans cette population qu'ont eu lieu presque toutes les études actuellement disponibles. Le vieillissement avéré de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence aussi bien des affections oncologiques elles-mêmes que de beaucoup d'autres maladies chroniques incurables et gravement invalidantes. Par ailleurs, certains auteurs estiment que les ressources actuelles en soins palliatifs resteraient insuffisantes même si elles restaient réservées aux seules affections oncologiques. D'autres facteurs que la simple disponibilité des ressources freinent l'extension des soins palliatifs aux affections non oncologiques: la difficulté, plus grande encore que chez les patients cancéreux, de fixer un pronostic quant à la proximité du décès; une évolution clinique lente parsemée d'exacerbations imprévisibles; le manque de formation dans ce domaine; la crainte des structures existantes de se trouver débordées.

### 3. Interdisciplinarité

Au cours de l'enquête, la consigne donnée aux répondants que plusieurs professions soient représentées parmi eux a été suivie par moins d'une moitié d'entre eux. Lorsque plus d'une personne répond au questionnaire, il s'agit le plus souvent du tandem personnel médical/personnel infirmier, version de l'interdisciplinarité qui est également fréquemment retrouvée dans la littérature.

Toutes les données de la littérature montrent que l'interdisciplinarité est un processus qui peut s'apprendre, moyennant du temps et un investissement personnel (motivation, curiosité et respect des compétences des autres intervenants). Elle suppose également une bonne connaissance du réseau dans lequel les différents professionnels fonctionnent et des mécanismes de communication bien rodés. Dans la pratique, les enjeux de l'interdisciplinarité apparaissent grevés de multiples conflits de pouvoir et de territorialité. Les médecins sont souvent décrits comme exerçant une forme d'autorité hiérarchique et traditionnelle qui ne souffre pas de remise en question, mais des conflits semblables peuvent se jouer entre membres d'autres professions, situations inégales dans l'échelle hiérarchique ou différentes appartenances institutionnelles. Les conflits sont presque toujours identifiés et décrits par les personnes qui occupent une position ressentie comme inférieure.

### 4. Formation des médecins

Les données de la littérature ont permis d'identifier une dizaine de documents officiels définissant des curricula en soins palliatifs pour différentes professions, dont certains s'adressent aux médecins. En Europe<sup>6</sup>, comme en Suisse<sup>7</sup>, il existe un rapport et des recommandations traitant spécifiquement de la formation médicale en soins palliatifs. De nombreuses références prennent position en faveur d'un encouragement de la formation médicale en soins palliatifs; l'évaluation des formations est considérée comme indispensable.

Lors de l'enquête auprès des médecins non psychiatres, 42% des 549 répondants déclarent ne jamais prendre en charge des cas de soins palliatifs, et 30% ne le font que rarement. 43% rapportent cependant au moins une prise en charge de ce type au cours des 12 derniers mois, et 20% souhaitent développer leurs activités dans le domaine des soins palliatifs. Une formation pré-graduée a été suivie par 21 répondants seulement, alors que 56 ont suivi des cours post-

gradués et 108 des journées isolées de formation. Des besoins de formation sont cités par 27% des répondants (dont six spécialistes seulement sur ces 148 personnes). Ces besoins sont plus fréquemment cités par les médecins assumant des soins palliatifs de manière fréquente ou occasionnelle (57% de 137 répondants) que par ceux qui n'en assument jamais ou rarement (25% de 275 répondants). Les besoins cités sont très divers; on trouve en tête l'antalgie, suivie de l'accompagnement psychologique incluant le suivi de deuil.

Parmi les médecins psychiatres interrogés, 19% des 187 répondants ont été confrontés à des situations de soins palliatifs dans l'année écoulée; seuls 12% ont reçu une formation pré-graduée, 11% des cours post-gradués, et 28% des journées isolées de formation post-graduée. Seuls 12% signalent avoir des besoins de formation, cette proportion s'élevant à 32% chez ceux ayant été confrontés à des patients recevant des soins palliatifs. Les domaines de formation souhaités sont la psychiatrie, la psychothérapie ou la psychanalyse des mourants, le maniement des psychotropes et les soins de confort, enfin la connaissance du réseau.

La littérature fournit des informations comparables en matière de degré de formation et de caractéristiques des besoins des médecins. En pratique, les obstacles à une prise en charge de qualité relevés aussi bien par les médecins que par les chercheurs ou les proches de malades concernent un déficit d'expérience, de connaissances et de compétences en soins palliatifs chez les médecins, ainsi que les peurs et croyances personnelles des malades et des médecins.

Les contenus de formation en soins palliatifs dans les manuels médicaux de base ont été documentés comme déficitaires, et les formations existantes décrites dans la littérature sont inhomogènes; la plupart restent embryonnaires ou sont de nature expérimentale. En Suisse, les différentes facultés de médecine présentent des degrés de développement assez différents dans la formation en soins palliatifs, mais toujours très faibles<sup>A</sup>. Les soins palliatifs – là où ils sont abordés – font davantage l'objet d'une sensibilisation que d'un enseignement qui prépare véritablement les étudiants à prendre en charge des affections chroniques au long cours et des malades en fin de vie. En outre, l'enseignement est souvent dispensé à titre optionnel, et non obligatoire. Cependant, la nouvelle loi sur la formation universitaire aux professions médicales

A Il est à noter que nous n'avons pas seulement répertorié les soins palliatifs en tant que discipline, mais recherché tous les cours qui s'en approchaient, parfois de loin, dans l'ensemble des matières traitées.

prévoit explicitement l'acquisition de compétences relationnelles, interdisciplinaires, de communication et de prise en charge globale incluant les aspects éthiques<sup>8</sup>.

## Discussion et conclusion

Les données fournies par l'enquête cantonale et par la documentation réunie montrent que:

1. aucune définition précise et opérationnelle des soins palliatifs n'est disponible. Actuellement, les médecins ne disposent donc pas d'outils leur permettant de sélectionner sur une base objective et standardisée des patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Nous pensons que les soins palliatifs ne sont pas une spécialité fondée sur l'âge ou la pathologie, mais constituent plutôt une dimension transversale de la médecine que le médecin exercera auprès de certains de ses patients, pour autant qu'il sache détecter et traiter les besoins de ces derniers. Seule la médecine palliative destinée aux patients présentant une situation particulièrement complexe serait alors à considérer comme une spécialité;
2. alors qu'il n'existe aucune raison de restreindre les soins palliatifs aux seuls malades atteints d'affections oncologiques, une véritable diversification n'est que très partiellement réalisée en pratique. Certaines populations de malades risquent de voir négligés leurs besoins manifestes en soins palliatifs, en particulier parce qu'il est difficile de prédire le cours des maladies non cancéreuses qui évoluent parfois par exacerbations périodiques. La confusion entre soins palliatifs et soins terminaux aggrave encore ce risque;
3. dans la pratique actuelle, l'interdisciplinarité est le plus souvent réduite à la réunion des professions médicale et infirmière. Même sous cette forme dépouillée qui reflète bien la prédominance du modèle biomédical, elle est le siège de nombreux conflits qui reposent en grande partie sur des facteurs relevant directement de la subjectivité personnelle: luttes de pouvoir, conflits territoriaux, ignorance et manque de respect;
4. la formation des médecins en soins palliatifs est décrite comme déficitaire, et la nécessité de remédier à cette situation est reconnue aussi bien

par les articles théoriques que par les études ayant investigué l'avis des patients, de leurs proches et des médecins eux-mêmes. Trois domaines particuliers sont constamment cités: la gestion des symptômes, la communication et l'accompagnement. Le fait que les médecins ayant été concrètement confrontés à des malades recevant des soins palliatifs mentionnent plus fréquemment des besoins de formation est probablement relié au phénomène général selon lequel les ignorants tendent à ignorer leur ignorance. Ce phénomène peut être considéré comme un obstacle de taille à la possibilité de diffuser la formation là où elle est le plus nécessaire, c'est-à-dire pas seulement auprès des médecins déjà sensibilisés et informés. Si la formation constitue une condition indispensable au développement concret des soins palliatifs en général et à leur intégration dans la pratique médicale en particulier, il serait également impératif qu'elle conduise à une approche plus constructive du travail interdisciplinaire. En Suisse, l'avènement de la nouvelle loi sur la formation universitaire aux professions médicales, qui prend en compte la nécessité d'adapter l'enseignement aux défis posés par la prévalence des maladies chroniques au sens large du terme, devrait favoriser cette évolution.

Le travail ici résumé présente de nombreuses limites. Les seules données de nature quantitative découlent d'une enquête régionale grevée d'un certain taux de non-réponse, et biaisée par le fait que les répondants représentent vraisemblablement des soignants davantage concernés et/ou intéressés par les soins palliatifs. La recherche de documentation d'autre part, si elle s'est efforcée d'être objective, doit être considérée comme non exhaustive et biaisée par le caractère indéniablement militant de certaines publications dans une phase de l'histoire des soins palliatifs où la recherche de légitimité est encore d'actualité.

Nous pensons que son intérêt réside toutefois dans sa description détaillée de la manière dont l'intégration des soins palliatifs dans la pratique médicale, aujourd'hui naissante, répond à des besoins qui ne sont pas seulement des exigences de molle bienveillance et d'humanisme indifférencié, mais qui sont engendrés par l'évolution même de la médecine et des maladies qui frappent les sociétés des pays industrialisés. Ainsi, les connaissances et compétences définies en théorie par les soins palliatifs ne se limitent en réalité pas au seul domaine des affections graves au long cours ou à celui des fins de vie. Elles concernent, à terme, l'ensemble de la pratique médicale

à l'amélioration de laquelle elles pourraient contribuer par leurs dimensions transversales. Ces dimensions incluent en particulier le respect des choix individuels des patients, une prise en charge à caractère global, le travail en interdisciplinarité, la qualité de la communication et enfin celle de la gestion de symptômes qui ne sont pas nécessairement chroniques.

En conclusion, tout porte à croire que des changements majeurs sont en cours, dont l'avenir montrera ou non l'utilité et la pertinence. La disparition progressive de la frontière entre soins curatifs et soins palliatifs porte en elle le germe d'une modification profonde de la définition des pratiques, et la recherche en soins palliatifs, en soins terminaux et sur la qualité de vie apportera certainement des contributions importantes.

## Références

1. Renard D, Chérif C, Santos-Eggimann B. Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud: rapport au Service de la santé publique et à la Direction du Service des hospices cantonaux. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001 (Raisons de santé, 64).
2. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Michel Glardon et consorts demandant une poursuite du développement des soins palliatifs et Exposé des motifs et projet de décret instituant un programme cantonal de soins palliatifs, Canton de Vaud, juin 2002.
3. Décret du Grand Conseil vaudois du 25 juin 2002 instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs. Accessible en ligne sur le site de l'Etat de Vaud, Recueil systématique de la législation vaudoise, volume 5, section 1, lettre J, à l'adresse URL: <http://www.rsv.vd.ch> (consulté le 07.04.03).
4. Renard D. Intégration des soins palliatifs dans la pratique médicale. Quatre hypothèses explorées sur la base d'un bilan vaudois en 2000 et d'une revue de la littérature. Thèse préparée sous la direction du Dr Brigitte Santos-Eggimann, PD & MER, et présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de docteur en médecine. Lausanne, 2003.
5. Wiles J. Working party on definitions. Specialist palliative care: a statement of definitions. Occasional Paper 8, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services editors, October 1995.
6. Report and recommendations of a workshop on palliative medicine education and training for doctors in Europe. Bruxelles, Belgique: European Association for Palliative Care, 1993.
7. Porchet F, Eychmüller S, Steiner N. Formation en soins palliatifs. Recommandations nationales. Groupe de travail Formation SSMSp, Bern, août 2002.
8. Loi fédérale sur la formation universitaire aux professions médicales.  
URL: [http://www.bag.admin.ch/berufe/projektmed/gesetz/f/bgmed\\_frz.pdf](http://www.bag.admin.ch/berufe/projektmed/gesetz/f/bgmed_frz.pdf)  
(consulté le 08.04.03).

## Correspondance

Dr Brigitte Santos-Eggimann  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive,  
Unité des services de santé,  
rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne  
téléphone 021/314 72 52 fax 021/314 73 73  
e-mail [Brigitte.Santos-Eggimann@inst.hospvd.ch](mailto:Brigitte.Santos-Eggimann@inst.hospvd.ch)

Delphine Renard und Dr. Brigitte Santos-Eggimann

## Integration von Palliative Care in die medizinische Praxis

Eine Bilanz aus dem Kanton Waadt und eine Literaturstudie  
(Zusammenfassung)

Wenn es Palliative Care auch seit jeher gibt, so ist doch deren Entwicklung und Vermittlung ein modernes Phänomen in der Medizingeschichte der industrialisierten Länder. Sie beruht auf Fortschritten, die in neuerer Zeit in der Erhebung und der Behandlung von Symptomen erreicht wurden, aber auch auf der Aufmerksamkeit, die dem Kontext dieser Symptome und dem Willen des Kranken entgegengebracht wird.

Im April 2001 publizierte das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne einen Bericht zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kanton Waadt und der Direktion des Kantonalen Dienstes für Krankenhäuser, der eine Bilanz des Ist-Zustandes darstellt und Vorschläge für die Organisation von Palliative Care auf verschiedenen Ebenen des waadtländischen Gesundheitswesens formuliert.

Dieser Artikel fasst eine medizinische Dissertation zusammen, die im Nachgang zu dieser Studie gemacht wurde. In Anbetracht der vorherrschenden Rolle der Ärzte bei Palliative Care (Verschreibung und Koordination der Interventionen) will sie feststellen, in welchem Masse die aktuelle medizinische Praxis Palliative Care in die Behandlung der Patienten integriert, die an chronischen und unheilbaren Krankheiten leiden. Sie stellt vier Hypothesen darüber auf, wie weit Palliative Care wirklich angewendet wird und welche Faktoren deren Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen könnten.

Die benutzte Methode besteht in der Analyse der anlässlich obgenannter Studie gesammelten Fakten (Fragebögen bei allen waadtländischen Gesundheitsinstitutionen und einem Teil der niedergelassenen Ärzte, Besuche und Gespräche, Durchsicht der Literatur), ergänzt durch einen Überblick über die Literatur, die in 'Medline' und 'The Cochrane Library' der Jahre 1998-2001 aufgeführt ist.

Es ergibt sich aus dieser Analyse:

1. Es wurde keine Definition von Palliative Care gefunden, die den Ärzten mit Hilfe genauer und funktionalisierter Kriterien erlauben würde, diejenigen Patienten zu identifizieren, die von dieser Pflege profitieren könnten. Palliative Care ist keine Spezialität, die auf dem Alter oder auf der Pathologie basiert, sondern sie ist eine Dimension, die quer durch die Medizin hindurchgeht. Als Spezialität sollte sie für besonders komplexe Situationen reserviert bleiben.
2. Dem Prinzip, dass Palliative Care in jeder Altersstufe und bei unterschiedlichen Grundleiden angewendet werden sollte, wird nur teilweise nachgelebt. Die Bedürfnisse gewisser Patientengruppen könnten unbeachtet bleiben, auch wenn deren Existenz theoretisch allgemein anerkannt ist.
3. Die Kultur der Interdisziplinarität, Leitstern von Palliative Care, ist noch nicht in der medizinischen Praxis angekommen. Die Interdisziplinarität besteht zur Zeit meist in der Zusammenarbeit ärztlicher und pflegerischer Berufe, aber selbst in dieser Minimalform ist sie oft ein Herd von Konflikten, die von intersubjektiven Faktoren abhängen.
4. Die Anwendung von Palliative Care fordert ein Zusammenspiel von Kenntnissen und Kompetenzen, die im Verlauf der prä- oder postgraduierten medizinischen Ausbildung selten als solche identifiziert und gelehrt werden. Speziell im Bereich des Symptommanagements, der Kommunikation und der Begleitung ist die Ausbildung der Ärzte mangelhaft.

Die Integration von Palliative Care in die medizinische Praxis antwortet auf Bedürfnisse, die durch die Entwicklung der Medizin und der Krankheiten in den industrialisierten Ländern entstanden sind. Durch die Forschung zur Lebensqualität und durch das neue Bundesgesetz über die universitäre Ausbildung für die medizinischen Berufe sind Veränderungen zu erwarten, die sich auf die gesamte medizinische Praxis auswirken werden.

Den vollständigen Text dieses Artikels finden Sie ab Mitte Juli unter [www.med-pal.ch/Zeitschriften](http://www.med-pal.ch/Zeitschriften)

Delphine Renard e Brigitte Santos-Eggimann

## Integrazione delle cure palliative nella pratica medica

### Bilancio vodese e revisione della letteratura (Riassunto)

Se le cure palliative esistono da sempre, lo sviluppo e la conoscenza delle stesse per il tramite dell'informazione mediatica sono fenomeni moderni nella storia della medicina dei paesi industrializzati. Essi si basano sui progressi recenti realizzati sia nell'ambito della valutazione e del trattamento dei sintomi che dell'attenzione prestata al contesto di questi sintomi ed alle scelte del malato.

Nell'aprile 2001, l'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna pubblica un rapporto al Servizio della sanità pubblica del Cantone di Vaud ed alla Direzione del Servizio delle case per anziani cantonali che fornisce un bilancio della situazione e formula proposte organizzative in materia di cure palliative a differenti livelli del sistema sanitario vodese.

Questo articolo riassume un lavoro di tesi in medicina effettuato in seguito a questo studio e che, considerato il ruolo predominante dei medici in materia di cure palliative (prescrizione e coordinamento degli interventi), ha lo scopo di stabilire in quale misura l'attuale pratica medica integri le cure palliative nel trattamento dei pazienti sofferenti di affezioni croniche inguaribili. Esso avanza inoltre quattro ipotesi relative all'ampiezza dell'esercizio delle cure palliative ed agli eventuali fattori che ne frenano lo sviluppo.

I metodi usati sono l'analisi dei dati raccolti nello studio summenzionato (inchiesta tramite questionari inviati a tutti gli istituti di cura vodesi ed a una parte dei medici sul territorio, visite e colloqui, rivista della letteratura) completata da una rivista della letteratura in Medline e The Cochrane Library degli anni 1998-2001.

Da questa analisi si evince che:

1. Non esiste una definizione delle cure palliative che consenta ai medici di identificare con criteri precisi ed operativi i pazienti nelle condizioni di beneficiare di queste cure. Le cure palliative non sono una specialità basata sull'età o sulla patologia, ma una dimensione trasversale della medicina i cui aspetti specialistici dovrebbero essere riservati alle situazioni particolarmente complesse.
2. Attualmente si verifica solo una parziale applicazione del principio secondo il quale le cure palliative dovrebbero essere destinate ad un ventaglio di situazioni diversificato sia per età che per affezione di base. Certi gruppi di malati rischiano così di vedere trascurate esigenze la cui esistenza è, in teoria, universalmente riconosciuta.
3. La cultura dell'interdisciplinarietà, tema centrale delle cure palliative, non è ancora acquisita nella pratica medica. Attualmente l'interdisciplinarietà è per lo più rappresentata dalla riunione delle professioni medica ed infermieristica e, anche in questa forma ridotta, è sede di conflitti dovuti a fattori interpersonali.
4. La pratica delle cure palliative richiede un insieme di conoscenze e competenze che sono raramente identificate ed insegnate come tali nel corso della formazione medica pre- e post-graduata. La formazione dei medici è particolarmente carente negli ambiti della gestione dei sintomi, della comunicazione e dell'accompagnamento.

In conclusione, l'integrazione delle cure palliative nella pratica medica risponde a necessità derivanti dall'evoluzione stessa della medicina e delle malattie che colpiscono la società nei paesi industrializzati. Ci si devono attendere a termine mutamenti che concernono l'insieme della pratica medica, in particolare mediante la ricerca sulla qualità di vita e, a livello svizzero, tramite la nuova legge sulla formazione universitaria delle professioni mediche.

Si può accedere alla versione integrale di questo testo sotto [www.med-pal.ch/periodici](http://www.med-pal.ch/periodici) a partire dal 15 luglio.