

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: - (2004)

Heft: 1

Rubrik: Nachrichten SGPMP = Nouvelles SSMSP = Notizie SSMCP

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: 25.04.2026

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

Die Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat am 5. Februar 2004 neue medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende in die Vernehmlassung gegeben. Sie sind in den Medien sogleich auf grosses Interesse gestossen.

Die SGPM möchte die Diskussion darüber unter ihren Mitgliedern erleichtern. Deshalb veröffentlichen wir hier die Richtlinien samt einer ersten Stellungnahme von Prof. F. Stiefel, Präsident der SGPM. Wir freuen uns auf Ihre Reaktionen und werden sie so weit wie möglich in der nächsten Ausgabe publizieren. Schreiben sie uns an: Redaktion «palliative-ch», Claude Fuchs, Stadtspital Triemli, 8063 Zürich oder claudio.fuchs@triemli.stzh.ch

Betreuung von Patienten am Lebensende

Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW

(1. Publikation zur Vernehmlassung; die deutsche Fassung ist die Stammversion)

I. Präambel

Menschen in ihrer letzten Lebensphase sind häufig besonders schutz- und hilfsbedürftig. Sie vergegenwärtigen uns die Endlichkeit der menschlichen Existenz. Anliegen dieser Richtlinien ist es, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende aufzuzeigen. Entscheidungen am Lebensende stellen grosse Anforderungen vor allem an den Patienten selbst, aber auch an seine Angehörigen, die Ärzte und das Betreuungsteam. Das übergeordnete Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten sowie eine Unterstützung der Angehörigen zu gewährleisten.

Im Unterschied zur letzten Fassung der Richtlinien von 1995 wird im Folgenden ausschliesslich auf die Situation sterbender Patienten Bezug genommen. Die *Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten* wurden entsprechend erstmals separat formuliert. Da sich trotzdem eine Reihe gemeinsamer Fragen und Probleme ergeben, wie dies ebenfalls für die *Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin* wie auch für die neuen *Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen* zutrifft, sei an dieser Stelle die Bedeutung dieser weiteren

Richtlinien für die hier im Zentrum stehenden Fragen hervorgehoben.

Bezüglich der speziellen Problematik der sehr unreifen Frühgeborenen sei auf die *Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit* verwiesen.

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich

Die Richtlinien betreffen die Betreuung von Patienten am Lebensende. Damit sind Kranke gemeint, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt.

Bei Neugeborenen, Kleinkindern und Jugendlichen am Lebensende gelten die gleichen Grundsätze; insoweit hier besondere Aspekte zu berücksichtigen sind, werden diese in den entsprechenden Abschnitten vermerkt.

2. Patientenrechte

Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung. Die frühzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für die Willensbildung und Entscheidungsfindung. Dies bedingt eine einfühlsame und offene Kommunikation und die Bereitschaft des Arztes, die Möglichkeiten und Grenzen sowohl der kurativen wie auch der palliativen Behandlung zu thematisieren.

2.1. Urteilsfähiger Patient

Die Respektierung des Willens des urteilsfähigen Patienten ist zentral für das ärztliche Handeln. Demzufolge ist eine ärztliche Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten unzulässig. Dies gilt auch dann, wenn dieser Wille aus der Sicht Ausserstehender dessen wohlverstandenen Interessen zuwiderzulaufen scheint, und unabhängig davon, ob der Patient ein Kind, ein Jugendlicher oder entmündigt ist.

2.2. Nicht urteilsfähiger Patient

Ist es dem Patienten nicht mehr möglich, seinen Willen zu äussern, muss sein mutmasslicher Wille eruiert werden. Der Arzt oder das Pflegepersonal sollen deshalb abklären, ob der Patient eine Patientenverfügung verfasst, eine Vertrauensperson bevollmächtigt, oder sich gegenüber seinen Angehörigen klar geäussert hat. Zudem muss abgeklärt werden, ob eine gesetzliche Vertretung besteht.

Patientenverfügung

Jede Person kann im Voraus Bestimmungen darüber erlassen, welche Behandlung sie wünscht, falls sie nicht mehr urteilsfähig ist (Patientenverfügung). Patientenverfügungen sind zu befolgen, soweit sie auf die konkrete Situation zutreffen und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie dem derzeitigen Willen des Patienten nicht mehr entsprechen.

Bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

Jede Person kann im Voraus schriftlich eine «bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten» (nachstehend: «Vertrauensperson») bezeichnen, welche an ihrer Stelle die Zustimmung zu einer Behandlung erteilen soll, falls sie selbst nicht mehr urteilsfähig ist. Unter Berücksichtigung einer allfälligen Patientenverfügung muss im Einverständnis mit der bezeichneten Vertrauensperson entschieden werden. Verweigert die Vertrauensperson eine aus ärztlicher Sicht im Interesse des Patienten stehende Behandlung, so ist die Vormundschaftsbehörde einzu-beziehen.

Fehlende Patientenverfügung und Vertretung; Notfall

Nicht selten ist weder eine Patientenverfügung erstellt noch eine Vertrauensperson ernannt worden, und es ist auch kein gesetzlicher Vertreter vorhanden. In dieser Situation sollen gezielt Informationen darüber eingeholt werden, wie der Patient in seinem bisherigen Leben gedacht und gehandelt hat. Dabei kommt in der Regel dem Gespräch mit Angehörigen und allfälligen weiteren Personen (z.B. Hausarzt) eine besondere Bedeutung zu.

Manchmal fehlt jeglicher Hinweis auf den mutmasslichen Willen, z.B. wenn keine Angehörigen vorhanden oder wenn aus zeitlichen Gründen (Notfall) Rückfragen bei Drittpersonen nicht möglich sind. In diesen Fällen soll sich der Entscheid an den wohlverstandenen Interessen des Patienten orientieren.

Entscheidungen am Lebensende sollen wenn immer möglich vom Betreuungsteam und von den Angehörigen des Patienten mitgetragen werden.

Klinische Ethikkommissionen können für die Entscheidungsfindung konsiliarisch beigezogen werden.

Bei nicht urteilsfähigen Kindern und Jugendlichen gilt grundsätzlich der Wille des gesetzlichen Vertreters; in der Regel sind dies die Eltern. Entscheidungen über Leben und Tod sind jedoch für Eltern eine enorme, manchmal kaum zu ertragende Belastung. Sie sollten deshalb in den Entscheidungsprozess soweit mit-einbezogen werden, wie das von ihnen gewünscht

wird. Entscheide über die Behandlung und Betreuung sollen im wohlverstandenen Interesse des Kindes und im Einverständnis mit den Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern getroffen werden. Verweigern diese eine aus ärztlicher Sicht im Interesse des Patienten stehenden Behandlung, so ist die Vormundschaftsbehörde beizuziehen.

3. Behandlung und Betreuung

3.1. Palliative Betreuung

Patienten in der letzten Lebensphase haben ein Anrecht auf palliative Betreuung. Diese umfasst alle medizinischen Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerliche Unterstützung von Patienten und Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten.

Im Zentrum der Bemühungen des Betreuungsteams steht eine wirksame Symptomtherapie, das Eingehen auf Nöte sowie die Verfügbarkeit und die Begleitung für den Patienten und seine Angehörigen. Alle potentiell hilfreichen technischen und personellen Ressourcen (z.B. Fachpersonen für psychische, soziale und seelsorgerliche Begleitung) sollen bei Bedarf zugezogen werden. Palliative Betreuung soll frühzeitig und überall angeboten werden, wo der Patient sich befindet (im Spital oder einer anderen Institution, zu Hause).

Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte (die sogenannte «indirekte aktive Sterbehilfe»). Bei therapieresistenten Symptomen kann gelegentlich eine palliative Sedation notwendig werden. Im Gegensatz zur Sedation in der terminalen Phase ist zu beachten, dass nur soweit sediert werden soll, als dies zur Linderung der Symptome nötig ist.

Wichtig ist der Einbezug der Angehörigen unter Anerkennung ihrer Doppelrolle (Betreuende und Betreute). Wünsche nach einer persönlichen Gestaltung der letzten Lebensphase sollen unterstützt werden. Die palliative Betreuung soll auch die Begleitung der Angehörigen, in manchen Fällen über den Tod des Patienten hinaus, umfassen.

Es ist für einen respektvollen Umgang mit dem Verstorbenen zu sorgen; den kulturellen und religiösen Ritualen der Hinterbliebenen ist der nötige Raum zu gewähren.

3.2. Behandlungsverzicht oder -abbruch

In bestimmten Situationen kann der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt sein (auch «passive Sterbehilfe» genannt).

Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie Intensität und Schwere des dem Patienten zugemuteten Eingriffs eine Rolle.

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gelten grundsätzlich die gleichen Überlegungen. Erschwerend ist allerdings der Umstand, dass eine Orientierungsmöglichkeit am mutmasslichen Willen oder der Persönlichkeit entfällt. Der Einsatz belastender Massnahmen zur Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen (wie maschinelle Beatmung, Dialyse, parenterale Ernährung) muss deshalb vor allem von der Prognose abhängig gemacht werden. Dabei soll die Belastung durch die Therapie in Form von Schmerzen, Diskomfort und Einschränkung gegen den durch sie voraussichtlich ermöglichten Gewinn an Lebensfreude, Beziehungsmöglichkeiten und Erlebnisfähigkeit abgewogen werden.

4. Grenzen des ärztlichen Handelns

Die Respektierung des Patientenwillens stösst dann an ihre Grenzen, wenn ein Patient Handlungen verlangt, welche mit der persönlichen Gewissenshaltung des Arztes nicht vereinbar sind oder gegen die Regeln der ärztlichen Kunst oder gegen das geltende Recht verstossen.

4.1. Beihilfe zum Suizid

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Für Ärzte besteht bei Patienten am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben.

In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist. Der einzelne Arzt trägt dann die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Mindestanforderungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.

- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden.

4.2. Tötung auf Verlangen

Die Tötung eines Patienten (auch «aktive Sterbehilfe» genannt) ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen des urteilsfähigen Patienten abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar.

III. Kommentar

ad 1. (Geltungsbereich)

Gemäss dieser Definition sind Patienten am Lebensende zu unterscheiden von Patienten in der Terminalphase, insofern sich die Terminalphase nicht selten bis zu einem Jahr oder auch länger erstrecken kann. Mit den klinischen Anzeichen ist in erster Linie gemeint, dass beim Patienten die Vitalfunktionen insuffizient werden. Es ist allerdings hervorzuheben, dass der Eintritt der hier zugrunde gelegten Sterbephase nicht selten mit ärztlichen Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht im Zusammenhang steht, so dass eine Abgrenzung stets mit gewissen Unschärfen verbunden bleibt.

ad 2. (Patientenrechte)

Unter den «wohlverstandenen Interessen» wird im medizinischen Kontext im weitesten Sinne das Patientenwohl verstanden. Dabei geht es um die Frage, ob eine Behandlung für die Heilung, die Lebensverlängerung oder die Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten aus medizinischer Sicht angezeigt ist.

Als Angehörige im Sinne dieser Richtlinien werden die dem Patienten nahe stehenden Personen, insbesondere Ehe- oder Lebenspartner, Kinder oder Eltern und Geschwister, bezeichnet.

ad 3.1. (Palliative Betreuung)

Grenzen der Palliativmedizin

Nicht alles mit Sterben und Tod verbundene Leiden ist vermeidbar. Erkennen und Aushalten von Grenzen sind daher integrierender Teil der Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen. Die hohen Anforderungen, welche häufig mit der Betreuung von Patienten in der letzten Lebensphase verbunden sind, können zu einer Überlastung des Betreuungsteams führen, welche eine professionelle Unterstützung notwendig macht.

Prise en charge
Directives médicales
d'une de consultation

Beeinflussung der Lebensdauer

Der «lebensverkürzende Effekt» zentral wirkender Substanzen ist lange Zeit überschätzt worden. Es ist heute bekannt, dass Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschliesslich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert sind.

Schmerzmittel und Sedativa können auch missbräuchlich eingesetzt werden, um den Tod herbeizuführen. Es ist aber in aller Regel bereits an der Dosierung resp. Dosissteigerung der Medikamente ein Unterschied zwischen der Schmerz- und Symptomlinderung in palliativer Absicht und der absichtlichen Lebensbeendigung erkennbar.

Weiter- und Fortbildung

Die Betreuung von Patienten am Lebensende setzt Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung voraus.

ad 3.2. (Behandlungsverzicht oder -abbruch)

Zu den lebenserhaltenden Massnahmen gehören insbesondere die künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, die künstliche Beatmung und die kardiopulmonale Reanimation. Je nach Situation muss auch über Sauerstoffzufuhr, Medikation, Transfusion, Dialyse und operative Eingriffe entschieden werden.

ad 4.1. (Beihilfe zum Suizid)

Im Gespräch über Beihilfe zum Suizid soll der Arzt seine persönliche Gewissenshaltung transparent machen.

Der Entscheidungsprozess muss in der Krankengeschichte festgehalten werden. Ein Todeseintritt nach Beihilfe zum Suizid muss als ein nicht-natürlicher Todesfall den Untersuchungsbehörden zur Abklärung gemeldet werden.

IV. Empfehlungen zuhanden der zuständigen Gesundheitsbehörden

Ressourcen

Trotz beschränkter Mittel sollten die Verantwortlichen des Gesundheitswesens mit ihrer Politik gewährleisten, dass alle Patienten im Sinne der Richtlinien betreut werden können.

Die Institutionen sollten den Auftrag und die Möglichkeit haben, die hierzu notwendigen Voraussetzungen wie Räumlichkeiten, personelle Ressourcen, Begleitung des Betreuungsteams etc. zu schaffen.

Aus- und Weiterbildung

Palliativmedizinische Inhalte sollten in Aus-, Weiter-

und Fortbildung aller an der Betreuung von Patienten beteiligten Berufsgruppen integriert werden.

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien verantwortlichen Subkommission:

- Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern, Vorsitz
- Dr. Jürg Bernhard, Bern
- Dr. Georg Bosshard, Zürich
- Pfrn. Ulrike Büchs, Winterthur
- Christine Champion, Moudon
- Dr. Daniel Grob, Zürich
- Prof. Christian Kind, St. Gallen
- Dr. Hans Neuenschwander, Lugano
- Prof. Rudolf Ritz, Basel
- lic.iur. Michelle Salathé, Basel (ex officio)
- Elisabeth Spichiger, Bern
- Dr. Philipp Weiss, Basel
- Prof. Michel Vallotton, Genf, Präs. ZEK (ex officio)

Die Subkommission dankt folgenden Fachleuten für wertvolle Hinweise:

- Dr. Klaus Bally, Basel
- Prof. Verena Briner, Luzern
- Prof. Johannes Fischer, Zürich
- Fürsprecher Hanspeter Kuhn, Bern
- lic.theol. Settimio Monteverde, Basel
- Catherine Panchaud, M.Sc, Puidoux
- Dr. Klaus Peter Rippe, Zürich
- Prof. Kurt Seelmann, Basel
- Prof. Frédéric Stiefel, Lausanne
- Prof. Andreas Stuck, Bern

Zitierte Richtlinien

- Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, medizinischethische Richtlinien (2004)
- Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen (2004)
- Grenzfragen der Intensivmedizin, medizinisch-ethische Richtlinien (1999)
- Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit, Online-Publikation unter der Adresse: www.neonet.ch

**Eine erste Stellungnahme von Prof. F. Stiefel, Präsident der SGPM**

Lic. iur. M. Salathé, Prof. W. Stauffacher

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Sehr geehrte Frau Salathé, sehr geehrter Herr Prof. Stauffacher,

Ich habe die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Betreuung von Patienten am Lebensende mit Interesse gelesen.

Ich beurteile den Text als umfassend und ausgewogen; die klinische Realität, sowie die Rechte und Bedürfnisse der Patienten werden sorgfältig aufgezeigt und die bestehenden Lücken im medizinisch/pflegerischen Angebot werden benannt. Ganz besonders begrüsse ich, dass die Bedeutung der Palliative Care hervorgehoben und deren weitere Entwicklung gefordert wird.

Von den Medien wurde leider fast nur das Kapitel 4.1. zur Beihilfe zum Suizid aufgegriffen. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPM) zu diesem Thema befragt wurden¹. Die Mitglieder äusserten sich dabei unterschiedlich, und es konnte keine einheitliche Haltung in Bezug auf die ärztliche Beihilfe zum Suizid festgestellt werden. Ich kann somit als Präsident der SGPM diesen Paragraphen weder gutheissen, noch ablehnen; ich denke aber, dass viele unserer Mitglieder es befürworten, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht einfach global verurteilt, sondern differenziert beurteilt wird.

Mit freundlichen Grüssen, Prof. F. Stiefel, Präsident SGPM

1 Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F: «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2002; 10: 265-271

Le 5 février 2004 l'Académie Suisse des Sciences médicales publiait de nouvelles directives médico-éthiques sur la Prise en charge des patients en fin de vie. Elles ont aussitôt rencontré le vif intérêt des médias.

La SSMSP désire faciliter la discussion de ce texte parmi ses membres. C'est pourquoi nous publions ces directives en même temps qu'une première prise de position du Prof. F. Stiefel, président de la SSMSP. Nous nous réjouissons de vos réactions et les publierons dans la mesure du possible dans notre prochain numéro. Ecrivez-nous à: Rédaction «palliative-ch», Claude Fuchs, Stadtspital Triemli, 8063 Zurich ou claud.fuchs@triemli.stzh.ch

Prise en charge des patients en fin de vie

Directives médico-éthiques de l'ASSM. (1^{ère} publication pour la procédure de consultation; la version allemande est la version d'origine)

I. Préambule

Souvent, les personnes se trouvant dans la phase ultime de leur vie ont un besoin particulier d'aide et de protection. Elles nous rappellent que toute existence

humaine a une fin. Le but de ces directives est de mettre en évidence les tâches, les possibilités et les limites de la prise en charge des patients en fin de vie. Les décisions relatives à la fin de la vie posent de grands défis au patient lui-même, bien sûr, mais aussi à ses proches, aux médecins et à l'équipe responsable de sa prise en charge. L'objectif principal consiste à soulager les souffrances et à offrir au patient la meilleure qualité de vie possible ainsi qu'un soutien à ses proches.

Contrairement à la dernière version des directives de 1995, les dispositions qui suivent portent uniquement sur la situation des patients mourants. La situation des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée fait pour la première fois l'objet de directives distinctes (voir les *Directives médico-éthiques pour le traitement et la prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée*). Cependant, comme il existe toute une série de questions et problèmes communs à ces deux types de situations, ce qui est le cas également pour les *Directives concernant les problèmes éthiques aux soins intensifs* et les nouvelles *Directives sur le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance*, il convient de souligner l'importance de ces autres directives pour les questions abordées ci-après.

Concernant la problématique particulière des très grands prématurés, nous renvoyons aux *Recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie concernant la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité*.

II. Directives

1. Champ d'application

Ces directives concernent la prise en charge des patients en fin de vie. Il s'agit de malades pour lesquels le médecin, se fondant sur des signes cliniques, a acquis la conviction que s'est installé un processus dont on sait par expérience qu'il entraîne la mort en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines.

Les mêmes critères s'appliquent aux nouveau-nés, aux enfants en bas âge, aux enfants et aux adolescents en fin de vie; dans la mesure où, pour ces patients pédiatriques, des aspects particuliers sont à prendre en compte, il en est fait état dans les paragraphes correspondants.

2. Droits des patients

Chaque patient a le droit de disposer librement de sa personne.

L'information au patient ou à son représentant sur la situation médicale doit être précoce, complète et compréhensible, afin de leur permettre un libre choix décisionnel. Cela suppose qu'une communication sensible et ouverte s'installe, et que le médecin soit prêt à informer tant des possibilités et des limites de l'action curative que des soins palliatifs.

2.1. Patients capables de discernement

Le respect de la volonté des patients capables de discernement est fondamental dans l'action médicale. C'est pourquoi, un traitement médical contre la volonté exprimée du patient capable de discernement est inadmissible. Ceci compte également lorsque, du point de vue des tiers, cette volonté semble aller à l'encontre des intérêts bien compris du patient, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'une personne sous tutelle.

2.2. Patients incapables de discernement

Si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté, sa volonté présumée doit être recherchée. C'est pourquoi, le médecin ou le personnel soignant doit déterminer si le patient a rédigé des directives anticipées, s'il a désigné par procuration un représentant thérapeutique ou s'il a clairement exprimé sa volonté à ses proches.

Directives anticipées

Tout patient peut prendre à l'avance des dispositions en ce qui concerne le traitement qu'il désire recevoir, cela pour le cas où il ne serait plus capable de discernement (directives anticipées ou dernières volontés du patient). La volonté du patient doit être respectée, dans la mesure où elle est pertinente pour la situation concrète et pour autant qu'il n'existe pas d'indices permettant de penser qu'elle puisse s'être modifiée entre-temps.

Représentant mandaté pour les affaires médicales

Tout patient peut déterminer à l'avance et par écrit un «représentant mandaté pour les affaires médicales» (appelé ci-après «représentant thérapeutique») qui peut, à sa place, consentir à un traitement, à partir du moment où il deviendrait incapable de discernement. La décision doit être prise compte tenu d'éventuelles directives anticipées et en accord avec le représentant thérapeutique désigné. Si le représentant thérapeutique refuse un traitement indiqué du point de vue médical dans l'intérêt du patient, il sera fait appel à l'autorité tutélaire.

Absence de directives anticipées et de représentation; situation d'urgence

Il n'est pas rare qu'il n'existe ni directives anticipées, ni représentant thérapeutique, et qu'aucun représentant légal n'ait été désigné. Dans ces situations, des informations sur les convictions et comportements antérieurs du patient doivent être recherchées. A cet égard, une attention particulière doit être portée aux discussions avec les proches et d'éventuelles autres personnes (par ex. médecin de famille).

Toutefois, il est parfois impossible de trouver des indices concernant la volonté présumée, par ex. lorsqu'il n'y a pas de proches ou lorsque l'urgence de la situation ne laisse pas le temps de consulter des tierces personnes. Dans de telles situations, la décision doit être prise en accord avec les intérêts bien compris du patient.

Les décisions relatives à la fin de la vie doivent, dans toute la mesure du possible, être soutenues par l'équipe responsable de la prise en charge du patient et par ses proches.

L'appel à des commissions d'éthique clinique, à titre consultatif peut être utile, en vue de la prise de décision.

Pour les enfants et adolescents incapables de discernement, c'est en principe la volonté du représentant légal qui est déterminante; il s'agit généralement des parents. Toutefois, les décisions touchant à la vie et à

la mort d'un enfant représentent souvent un fardeau trop lourd pour les parents, qui sont alors incapables de trancher seuls. Ils devraient donc être associés au processus décisionnel, dans la mesure où ils le souhaitent. Les décisions relatives au traitement et à la prise en charge doivent être prises dans l'intérêt bien compris de l'enfant et en accord avec ses parents ou son représentant légal. Si ceux-ci rejettent un traitement introduit du point de vue médical dans l'intérêt du patient, il sera fait appel à l'autorité tutélaire.

3. Traitement et prise en charge

3.1. Soins palliatifs

Les patients dans la dernière phase de leur vie ont droit à une prise en charge palliative. Celle-ci comprend l'ensemble des traitements médicaux et des soins, ainsi qu'un appui psychique, social et spirituel aux patients et à leurs proches, le but étant de soulager leurs souffrances et de leur assurer la meilleure qualité de vie possible.

Les efforts de l'équipe responsable de la prise en charge du patient sont centrés sur l'efficacité du traitement symptomatique, la gestion de la détresse, la disponibilité et l'accompagnement du patient et de ses proches. Toutes les ressources techniques et humaines potentiellement utiles (par ex. professionnels de l'accompagnement psychologique, social et spirituel) doivent être sollicitées en cas de besoin. La prise en charge palliative doit être proposée suffisamment tôt et dans tous les lieux où se trouve le patient (à l'hôpital, dans une institution ou à domicile).

Le médecin doit soulager les douleurs et souffrances, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (ce qu'on appelle «euthanasie active indirecte»). Face à des symptômes résistants aux traitements, une sédation palliative peut parfois se révéler nécessaire. Contrairement à la sédation en phase terminale, il faut veiller à ce que la sédation ne dépasse pas le niveau nécessaire au soulagement des symptômes.

Il est important d'associer les proches, en reconnaissant leur double rôle de personnes accompagnantes et accompagnées. Les souhaits quant à une organisation personnelle de la dernière phase de la vie doivent être respectés. La prise en charge palliative doit aussi inclure l'accompagnement des proches, qui, dans certains cas, se prolonge au-delà de la mort du patient. Il faut veiller au traitement respectueux du défunt et au respect des rituels culturels et religieux de la famille.

3.2. Abstention ou retrait thérapeutique

Dans certaines situations, le renoncement à des

mesures destinées à préserver la vie, ou la suspension de telles mesures, peut être justifié (ce qu'on appelle aussi «euthanasie passive»).

Dans la prise de décision, des critères comme le pronostic, les bénéfices thérapeutiques prévisibles en termes de qualité de vie, ainsi que l'intensité et la gravité de l'atteinte que le patient est supposé pouvoir supporter, jouent un rôle.

Les mêmes considérations s'appliquent en principe aux nouveau-nés, aux nourrissons et aux enfants en bas âge. Le fait qu'avec ces catégories de patients pédiatriques, on ne puisse pas se fonder sur une volonté présumée ou sur la personnalité, complique toutefois la prise de décision. Le recours à des mesures lourdes visant à maintenir les fonctions vitales (telles que la ventilation artificielle, la dialyse et l'alimentation parentérale) doit donc dépendre principalement du pronostic. Pour ce faire, il importe de mettre en balance, d'une part, les contraintes liées à la thérapie en termes de douleurs, d'inconfort et de limitation, et, d'autre part, le bénéfice que l'on peut en attendre en termes de joie de vivre, de possibilités relationnelles et de conscience du vécu.

4. Limites de l'activité médicale

Le respect de la volonté du patient atteint ses limites quand un patient réclame des actes qui sont incompatibles avec les valeurs morales personnelles du médecin ou qui sont contraires aux règles de l'art médical ou au droit en vigueur.

4.1. Assistance au suicide

Aux termes de l'article 115 du code pénal, l'assistance au suicide n'est pas punissable lorsqu'elle intervient sans mobile égoïste. Ce principe s'applique à tout le monde.

La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Mais un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir.

Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car le médecin a le devoir d'utiliser ses compétences médicales dans le but de soigner, soulager et accompagner son patient. D'autre part, il doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que la décision morale et personnelle d'un médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée. A chaque

médecin incombe alors la responsabilité de vérifier si les exigences minimales suivantes sont réunies :

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche.
- Des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.
- Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même.

4.2. Meurtre à la demande de la victime

Le médecin doit refuser de mettre fin à la vie d'un patient (c'est ce que l'on appelle aussi l'«euthanasie active»), même sur demande sérieuse et instante du patient capable de discernement. Le meurtre à la demande de la victime est punissable selon l'article 114 du code pénal.

III. Commentaires

ad 1. (Champ d'application)

D'après cette définition, les patients en fin de vie doivent être distingués des patients en phase terminale, dans la mesure où la phase terminale peut souvent se prolonger jusqu'à un an voire plus. Les «signes cliniques» indiquent en premier lieu que les fonctions vitales du patient deviennent insuffisantes. Il convient toutefois de souligner qu'il n'est pas rare que les décisions médicales d'interruption ou de renoncement à un traitement coïncident avec le début du processus de la mort, de telle façon qu'il existe toujours une certaine zone d'ombre.

ad 2. (Droits des patients)

Par «intérêts du patient», il faut entendre, dans le contexte médical, le bien du patient au sens le plus large du terme. Il s'agit de déterminer si un traitement visant à guérir, prolonger la vie ou améliorer le bien-être du patient est indiqué d'un point de vue médical.

Les proches au sens des présentes directives sont les personnes proches du patient, en particulier le conjoint ou le compagnon/la compagne, les enfants ou les parents et frères et sœurs.

ad 3.1. (Soins palliatifs)

Limites de la médecine palliative

Toute souffrance liée à l'agonie et à la mort n'est pas forcément évitable. Identifier certaines limites et y faire

face fait donc partie intégrante de la prise en charge du patient et de ses proches. La prise en charge des patients en fin de vie est particulièrement exigeante; elle peut quelquefois peser lourdement sur l'équipe responsable de la prise en charge; un soutien professionnel peut s'avérer nécessaire.

Influence sur la durée de vie

L'«effet accélérateur» de substances actives sur la fin de la vie a été pendant longtemps surestimé. On sait aujourd'hui que les analgésiques et les sédatifs, quand ils sont employés correctement et dans le but exclusif de contrôler les symptômes dans la dernière semaine de vie, n'entraînent pas un raccourcissement du temps de survie.

Les analgésiques et les sédatifs peuvent également être employés de manière abusive, pour provoquer le décès. Mais, dans la majorité des cas, on peut déjà, selon le dosage ou l'augmentation de la dose de médicaments, faire une différence entre l'atténuation de la douleur et des symptômes à des fins palliatives, et l'abrégement intentionnel de la vie.

Formation postgraduée et formation continue

La prise en charge de patients en fin de vie présuppose des connaissances et compétences dans le domaine de la médecine, des soins et de l'accompagnement palliatifs.

ad 3.2. (Abstention ou arrêt thérapeutique)

Les mesures destinées à préserver la vie comportent en particulier la réhydratation et l'alimentation artificielle, la respiration assistée et la réanimation cardiopulmonaire. En fonction de la situation, l'administration d'oxygène, une médication, une transfusion sanguine, une dialyse ou une intervention chirurgicale doivent également être discutées.

ad 4.1. (Assistance au suicide)

Dans la discussion sur l'assistance au suicide, le médecin doit exprimer clairement sa position morale personnelle.

Le processus de décision doit être inscrit dans l'anamnèse. Un suicide assisté doit être annoncé aux autorités d'instruction comme décès non naturel.

IV. Recommandations à l'intention des autorités sanitaires compétentes

Ressources

Malgré les ressources limitées à disposition, les responsables du système de santé devraient avoir une politique garantissant que tous ces patients puissent être pris en charge au sens des présentes directives.

Les institutions devraient être chargées et avoir la possibilité de mettre à disposition toutes les conditions nécessaires comme les locaux, les ressources personnelles, l'accompagnement de l'équipe de soins dans les situations difficiles, etc.).

Formation prégraduée et postgraduée

Les contenus de la médecine palliative doivent être intégrés à la formation prégraduée, postgraduée et continue de toutes les catégories professionnelles participant à la prise en charge des patients.

Membres de la sous-commission responsable de l'élaboration de ces directives:

Dr Markus Zimmermann-Acklin, Lucerne, Présidence
 Dr Jürg Bernhard, Berne
 Dr Georg Bosshard, Zurich
 Ulrike Büchs, Pasteur, Winterthur
 Christine Champion, Moudon
 Dr Daniel Grob, Zurich
 Prof. Christian Kind, St-Gall
 Dr Hans Neuenschwander, Lugano
 Prof. Rudolf Ritz, Bâle
 lic.iur. Michelle Salathé, Bâle (ex officio)
 Elisabeth Spichiger, Berne
 Dr Philipp Weiss, Bâle
 Prof. Michel Valloetton, Genève, Président CCE (ex officio)

La sous-commission remercie les experts suivants pour leurs conseils judicieux:

Dr Klaus Bally, Bâle
 Prof. Verena Briner, Lucerne
 Prof. Johannes Fischer, Zurich
 Fürsprecher Hanspeter Kuhn, Berne
 lic.theol. Settimio Monteverde, Bâle
 Catherine Panchaud, M.Sc, Puidoux
 Dr Klaus Peter Rippe, Zurich
 Prof. Kurt Seelmann, Bâle
 Prof. Frederic Stiefel, Lausanne
 Prof. Andreas Stuck, Berne

Directives citées

- Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée, directives médico-éthiques (2004)
- Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, directives et recommandations médico-éthiques (2004)
- Problèmes éthiques aux soins intensifs, Directives médico-éthiques (1999)
- Recommandations de la Société Suisse de Néonatalogie pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité, publication à télécharger sur www.neonet.ch.

Première prise de position du Prof. F. Stiefel, président de la SSMSP

Lic.iur. M. Salathé, Prof. W. Stauffacher
 Académie Suisse des Sciences Médicales

Madame, Monsieur,

J'ai lu avec intérêt les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales concernant la prise en charge des patients en fin de vie.

Ce texte me paraît complet et équilibré; la réalité clinique, ainsi que les droits et les besoins des patients font l'objet d'une démonstration précise. Les lacunes dans les réseaux de soins sont nommées. Je salue spécialement l'importance accordée aux soins palliatifs et l'appel fait à leur développement.

Je regrette que les médias se soient surtout concentrés sur le paragraphe 4.1. traitant de l'assistance au suicide. En ce qui concerne celui-ci, je rends attentif au fait que les membres de la Société Suisse de Médecine et Soins Palliatifs (SSMSP) avaient été consultés à ce propos¹. S'étant prononcés de manière diverse, il avait été impossible de faire le constat d'une commune attitude envers l'assistance médicale au suicide. Comme président de la SSMSP je ne suis donc pas en mesure de me prononcer pour ou contre le contenu de ce paragraphe; je pense cependant que beaucoup de nos membres approuvent le fait que le problème de l'assistance médicale au suicide n'y soit pas condamné globalement, mais traité de manière nuancée.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures,
 Prof. F. Stiefel, Président SSMSP

1 Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F: «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2002; 10: 265-271

Il 5 febbraio 2004 l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha pubblicato nuove direttive medico-etiche sulla Presa a carico dei pazienti in fine di vita, che hanno subito riscosso il vivo interessamento dei media. La SSMCP intende agevolare la discussione di questo testo fra i suoi soci. Per questo motivo pubblichiamo le direttive e nel contempo una prima presa di posizione del Prof. F. Stiefel, presidente della SSMCP.

Purtroppo le direttive esistono solo nelle lingue tedesca, francese e inglese, per cui pubblichiamo in italiano solo la presa di posizione del Prof. Stiefel, presidente della SSMCP. Saremo lieti di ricevere le vostre reazioni a queste nuove direttive e le pubblicheremo, nella misura del possibile, nel nostro prossimo numero. Scrivete a: Redazione di «palliative-ch», Claude Fuchs, Stadspital Triemli, 8063 Zurigo oppure claud.fuchs@triemli.stzh.ch.

Direttive medico-etiche dell'ASSM

Prima presa di posizione del Prof. F. Stiefel, presidente della SSMCP

Lic.iur. M. Salathé, Prof. W. Stauffacher
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

Signora, Signore,
Ho letto con interesse le direttive medico-etiche dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche riguardanti la presa a carico dei pazienti in fine di vita.

Il testo mi appare completo ed equilibrato; la realtà clinica, i diritti e le esigenze dei pazienti sono oggetto di una dimostrazione precisa. Sono menzionate le lacune nelle reti di cure. Mi rallegrano l'importanza attribuita alle cure palliative e l'appello al loro sviluppo.

Mi rammarico che i media si siano soprattutto concentrati sul paragrafo 4.1 che tratta dell'assistenza al suicidio. Per quanto attiene a quest'ultimo, richiamo l'attenzione sul fatto che i soci della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) erano stati consultati su questo oggetto¹. Poiché si erano pronunciati in modi diversi, era stato impossibile assumere un atteggiamento comune sull'assistenza medica al suicidio. In qualità di presidente della SSMCP non sono in condizione di pronunciarmi a favore o contro il contenuto di questo paragrafo. Tuttavia, penso che molti dei nostri soci approvino il fatto che il problema dell'assistenza medica al suicidio non vi sia condannato globalmente, ma trattato in maniera sfumata.

Vi prego di gradire, Signora e Signore, i miei migliori saluti.

Prof. F. Stiefel
Presidente della SSMCP

1 Bittel N., Neuenschwander H, Stiefel F: «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2002; 10: 265-271

Message à nos membres francophones

Dû à une erreur de fichier informatique, le courrier qui vous a été adressé en début d'année ne comportait malheureusement pas la version appropriée, ce dont nous nous excusons. Le deuxième paragraphe se lit comme suit:

«Les autres événements importants ont été la création du journal national «palliative-ch» susmentionné, la journée annuelle 2003 qui fut consacrée au thème «Pesner la médecine – penser les soins palliatifs» et les résultats des divers groupes de travail que vous pouvez consulter sous www.palliative.ch.»

Prof. F. Stiefel
Président SSMSP

Stabilität – auch bei

DANKE

Die Nationale Palliative Care und Krebsstagung 2003 wurde von über 700 Personen besucht; viele weitere mussten aufgrund der begrenzten Platzverhältnisse abgewiesen werden. Die Tagung war hervorragend vorbereitet und organisiert; angesichts der Grösse und Komplexität der Veranstaltung wahrlich keine Selbstverständlichkeit.

An dieser Stelle sei daher allen Mitgliedern des **Organisations-Komitees** ganz herzlich gedankt. Es handelt sich dabei um *Claudia Bigler, Manuela Giacometti, Claudine Godat, Verena Marti, Peter R. Müller und Georges Neuhaus* von der **Krebsliga Schweiz (KLS)** und um *Claude Fuchs, Claudia Mazzocato, Françoise Porchet, Gisèle Schärer, Cristina Steiger und Michel von Wyss* von der **Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP)**.

Weitere, im OK nicht vertretene Personen haben ebenfalls an der Vorbereitung und Durchführung dieser Tagung mitgearbeitet; es handelt sich dabei um die *Koordinatorinnen und Koordinatorinnen der regionalen Stände am Palliative Care Markt, die ReferentInnen im Plenum und in den Parallelveranstaltungen am Nachmittag, sowie weitere Mitarbeitende der KLS, der Kantonalen Krebsligen und der SGPM*.

Der Krebsliga Schweiz (KLS), insbesondere deren Geschäftsführer, *Herrn Bruno Meili*, deren Präsidenten, *Prof. Franco Cavalli* und *Frau Wiebke Twisselmann*, Bereichsleiterin Psychosoziale Programme, danken wir ebenfalls für ihre Unterstützung.

Die Sponsoren *Mundipharma, Novartis Oncology, Janssen-Cilag, Grünenthal und Roche* haben die Veranstaltung finanziell unterstützt.

Last but not least gilt unser Dank *Herrn Georges Neuhaus*, Programmleiter Palliative Care bei der KLS, der von der ersten Idee bis zum Ende der Tagung nicht nur tatkräftig mitgestaltet hat, sondern auch alle Arbeiten koordiniert und somit ganz wesentlich zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen hat.

Prof. F. Stiefel
Präsident SGPM

MERCI!

Ce sont plus de 700 personnes qui ont participé à la Journée nationale des soins palliatifs et Conférence suisse sur le cancer du 20 novembre 2003 à Fribourg. A cause des limites de la place disponible un grand nombre d'autres ont dû être refusées. Cette journée était parfaitement préparée et organisée, ce qui, vu la grandeur et la complexité de cette manifestation, ne va certainement pas de soi.

A cet endroit nous tenons donc à remercier chaleureusement tous les membres du **comité d'organisation**, à savoir

Claudia Bigler, Manuela Giacometti, Claudine Godat, Verena Marti, Peter R. Müller et Georges Neuhaus de la **Ligue Suisse contre le Cancer (LSC)**

ainsi que de

Claude Fuchs, Claudia Mazzocato, Françoise Porchet, Gisèle Schärer, Cristina Steiger et Michel von Wyss de la **Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP)**.

D'autres personnes qui n'étaient pas représentées dans le comité d'organisation ont elles aussi participé à la préparation et à la réalisation de cette journée. Il s'agit des *coordinateurs des stands régionaux du Marché des Soins Palliatifs, des conférenciers des assemblées pènières et des manifestations parallèles de l'après-midi, ainsi que d'autres collaborateurs de la LSC, des Ligues cantonales et de la SSMSP*.

Nous remercions la **Ligue Suisse contre le Cancer** pour son soutien, et particulièrement son directeur, *M. Bruno Meili*, son président, le *prof. Franco Cavalli* ainsi que *Mme Wiebke Twisselmann*, directrice des programmes psychosociaux.

Les **sponsors** *Mundipharma, Novartis Oncology, Janssen-Cilag, Grünenthal et Roche* ont soutenu financièrement la manifestation.

Last but not least nos remerciements vont à *M. Georges Neuhaus*, directeur des programmes de soins palliatifs de la LSC, qui dès le départ et jusqu'à la fin de cette journée non seulement a collaboré activement, mais a coordonné tous les travaux et a ainsi grandement contribué à la réussite de cette manifestation.

Prof. F. Stiefel
Président SSMSP