

Soins de support et réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) : un nouveau défi ? À propos de l'expérience d'un centre hospitalo-universitaire

G. Laval¹, N. Beziaud¹, D. Roisin², N. Carlin³, M.-L. Villard¹, J.-M. Pellat⁴, M. Dubuc⁵, D. Barnoud⁶, P. Guillem⁷, J.-Y. Cahn⁸

¹Médecin – Equipe mobile de soins palliatifs et de coordination en soins de support, CHU de Grenoble, BP 217, F-38043 Grenoble cedex 09, France

²Psychologue clinicienne – Centre de coordination en cancérologie, CHU de Grenoble

³Cadre de santé – Equipe mobile de soins palliatifs et de coordination en soins de support, CHU de Grenoble

⁴Médecin anesthésiste – Centre de la Douleur, CHU de Grenoble

⁵Médecin psychiatre – Psychiatrie de la Douleur, CHU de Grenoble

⁶Médecin nutritionniste – Service, CHU de Grenoble

⁷Médecin coordinateur – Centre de coordination en cancérologie, CHU de Grenoble, université J.-Fourier

⁸Professeur responsable médical – Pôle de cancérologie, CHU de Grenoble, université J.-Fourier

Correspondance : GLaval@chu-grenoble.fr

Reçu le 12/05/2008 ; accepté le 19/05/2008

Supportive care Multidisciplinary Joint-Action Committees (MJC): a new challenge? A university hospital centre experience

Abstract: By integrating the Multidisciplinary Joint-Action Committees (MJC) of supportive and Palliative Care into the Oncology Coordination Centre's MJCs, the University hospital of Grenoble complies with the ministerial circular of February 22, 2005 relating to the organisation of cancer care [1]. These MJCs enable early responses in areas of consultation and coordination. The experience related in this article highlights the wide variety of questions broached (intractable pain, psychological suffering and varying aspects of the therapeutic project). This article describes some of the MJCs' organisational features including procedures for selecting cases presented, methods for following through opinions and advice, and for keeping track of its activities. The strong medical and paramedical presence at these committee meetings reflects the role played by the MJCs in the training of health professionals, but also their role in helping carers to cope with and manage stress through supportive

exchanges and follow-up in therapeutic projects.

Keywords: Multidisciplinary Joint-Action Committee (MJC) – Supportive care – Palliative care – Ethics – Pain – Euthanasia

Résumé : Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) soins de support-soins palliatifs s'intègrent aux RCP de spécialité d'organe du 3C du CHU de Grenoble. C'est en partie à travers elles que la coordination des soins de support définie par la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie est actée et mise en place autour des patients. Elles permettent l'apport de compétences de recours et leur coordination. L'expérience présentée souligne la diversité des questions abordées (douleurs rebelles, souffrance psychologique, prise en charge sociale, projet thérapeutique...) ainsi que les aspects organisationnels de ces RCP avec les modalités de sélection des patients, la traçabilité de l'activité, les modalités de suivi des avis. La forte participation médicale et paramédicale rappelle le rôle formateur de ces RCP auprès des professionnels, mais aussi leur

fonction de soutien et de régulation par la parole échangée et la reprise des projets thérapeutiques.

Mots clés : Réunion de concertation pluriprofessionnelle – Soins de support – Soins palliatifs – Éthique – Douleur – Euthanasie

Introduction

Les RCP, définies comme « lieu de discussion diagnostique et thérapeutique » par la circulaire DHOS 2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [3], permettent une coordination des soins de support, c'est-à-dire une coordination pour « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncohématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a » [3]. Les principales compétences transversales de recours sont la douleur, les soins palliatifs, la nutrition, le soutien social, le soutien psychologique et la rééducation fonctionnelle. Le temps de la maladie concerné est large puisqu'il va de l'annonce du diagnostic à la phase curative, puis

palliative initiale et terminale et concerne également les malades guéris [4].

Après avoir présenté les modalités organisationnelles de ces RCP et quelques résultats du bilan d'activité, nous insisterons sur la nécessaire pluridisciplinarité, les différents thèmes travaillés, en particulier quelques questionnements éthiques, l'aspect formateur et régulateur de ces réunions et enfin leurs limites. La fréquence des concertations pour des patients à pathologie évoluée, nous a fait choisir l'appellation « RCP soins de support-soins palliatifs ».

Matériel et méthodes

Réunions

Cinquante et une réunions entre février 2005 et septembre 2007 exa-

minant les dossiers de 119 patients dont 107 souffrant d'un cancer afin de donner des avis motivés à partir des référentiels de base, essentiellement les SOR sur les thèmes concernés et le référentiel régional de l'Arc Alpin [13].

Coordination

La coordination est assurée par un médecin de l'Équipe mobile de soins palliatifs et de coordination en soins de support (EMSPC) du pôle de cancérologie du CHU en lien avec le Centre de coordination de cancérologie (3C) du même pôle. Elle s'intègre aux 15 RCP de spécialités du 3C, suivant une charte régionale pour l'organisation et le fonctionnement des RCP en Rhône-Alpes [2].

Rythme

Le rythme des concertations est de deux par mois, dans les locaux du 3C, et plus fréquemment si besoin.

Pluriprofessionnalité

La pluriprofessionnalité (Tableau 1) permet une approche clinique large dans une reconnaissance réciproque des compétences complémentaires. La présence d'un oncologue est toujours souhaitée mais pas toujours possible, vu la démographie médicale actuelle. Des représentants de l'équipe médico-soignante référente du patient seront présents, car garants de l'expression des plaintes, du vécu et des souhaits du patient ainsi que de ses proches.

Tableau 1. Professionnels de base participant à la RCP

	<i>Médecin*</i>	<i>Infirmière* ou diététicienne</i>	<i>Psychologue*</i>	<i>Assistante sociale*</i>	<i>Kinésithérapeute*</i>
<i>EMSPC</i>					
Pôle de cancérologie, hématologie	Un ou plusieurs médecins selon les patients présentés	Cadre infirmier et une ou plusieurs infirmières selon les patients présentés	Un psychologue	Une assistante sociale	Un kinésithérapeute
<i>Centre de la douleur</i>					
Pôle d'anesthésie-réanimation	Un médecin d'analgésie interventionnelle				
<i>Nutrition</i>					
Pôle cardiovasculaire et thoracique	Un médecin nutritionniste				
<i>Rééducation fonctionnelle</i>					
Pôle de rééducation et physiologie	Un médecin rééducateur				
<i>Oncologie médicale</i>					
Pôle de cancérologie, hématologie	Un médecin oncologue				
<i>Psychiatrie de liaison</i>					
Pôle de psychiatrie, neurologie	Un médecin psychiatre	Une infirmière psychiatrique			
<i>Centre de coordination de cancérologie</i>					
Pôle de cancérologie, hématologie			Un psychologue	Une assistante sociale	
<i>Hospitalisation à domicile</i>					
Pôle de médecine aiguë et communautaire		Un cadre infirmier			

*Les professionnels du service, accueillant le patient présenté ou les professionnels libéraux, sont invités à venir au comité.

Modalités de sélection des cas présentés et gestion des avis

Les modalités de sélection des cas présentés et la gestion des avis passent par la coordination des soins de support (EMSPC) qui reçoit les demandes des services cliniques du CHU. Toutes situations complexes de malades en phase curative ou en phase palliative pourront être analysées. Le patient et ses proches seront toujours informés de la RCP et leur accord requis, sauf en cas d'incapacité pour le patient d'exprimer sa volonté. Les motifs, prédéfinis par le comité de base de la RCP, sont présentés au Tableau 2. La liste (motifs inclus) est envoyée par courrier électronique au comité de base et aux référents du patient. Selon les cas, elle est envoyée au médecin généraliste.

Traçabilité de l'activité

La traçabilité de l'activité est assurée par le 3C ainsi que l'archivage et la gestion des comptes rendus. Ces derniers sont accessibles sur la plate-forme d'échange entre les professionnels de santé (PEPS) par le biais d'un dossier commun partagé.

Modalités de suivi des avis

Après la RCP, l'EMSPC transmet (en cas d'absence de référents à la réunion) les propositions faites au service concerné. Elle veille à la mise en œuvre des propositions.

Résultats

Données descriptives

Le bilan de ces premières années (Tableau 3) montre une montée en puissance du nombre de dossiers discutés, l'implication croissante des médecins référents des patients et pour l'instant un recrutement de dossiers quasi exclusif par l'EMSPC au travers de son activité clinique de terrain. Le cancer est la première pathologie rencontrée. En moyenne, 14 professionnels participent à une RCP.

Recherche de concordance entre l'avis donné et la prise en charge du patient

L'étude annuelle de dix dossiers aléatoires (selon la méthode du hasard, logiciel EXCEL, Alea entre Bornes) montre une concordance entre avis donnés et réalisation.

Celle-ci est facilitée par le fait que tous les patients présentés en RCP ont bénéficié à un moment ou à un autre d'une évaluation par l'EMSPC soit dans le cadre d'un suivi en soins palliatifs, soit dans le cadre de la coordination des soins de support. Un exemple de compte rendu de RCP est présenté au Tableau 4.

Discussion

Recrutement des dossiers

Actuellement, nous sommes en phase de sensibilisation des services pour une attention particulière à la qualité de vie des patients quel que soit le stade de la maladie [4] et la proposition de RCP soins de support-soins palliatifs n'est pas encore passée dans les habitudes.

La réactualisation du livret d'accueil du patient mentionnant les soins de support et les RCP, la diffusion chaque année aux services du CHU, aux deux HAD et aux quatre réseaux concernés, de la « liste des coordonnées des ressources pour l'accès aux compétences de recours en soins de support » [8] rappelant explicitement et en tout premier lieu ces RCP et le travail clinique de terrain devraient encore faire évoluer les pratiques.

Questionnements éthiques rencontrés en RCP

Les repères déontologiques, juridiques et éthiques sont aujourd'hui nombreux, tout particulièrement la loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie [9].

Information et consentement éclairé

La question de l'information et du consentement éclairé du patient n'est jamais simple, tant à l'annonce de la maladie qu'en fin de vie, et nous avons plusieurs fois discuté en RCP du maintien d'une chimiothérapie parce que le patient n'était pas en mesure d'entendre l'évolution de sa pathologie. Le choix de réaliser « une fenêtre thérapeutique », c'est-à-dire d'arrêter temporairement la chimiothérapie

Tableau 2. Principaux motifs pouvant amener à une discussion en RCP

- 1 – Douleur réfractaire*
- 2 – Symptômes rebelles :
 - 2.1 – Digestif
 - 2.2 – Respiratoires
 - 2.3 – Neuro-psychique
 - 2.4 – Escarre grave
 - 2.5 – Autres
- 3 – Difficultés psychologiques :
 - 3.1 – Patient
 - 3.2 – Famille
 - 3.3 – Équipe
- 4 – Difficultés sociales
- 5 – Retour ou maintien à domicile :
 - 5.1 – HAD
 - 5.2 – Réseau
 - 5.3 – Autres
- 6 – Questionnement éthique :
 - 6.1 – Obstination thérapeutique déraisonnable
 - 6.2 – Refus de soins
 - 6.3 – Demande d'euthanasie
 - 6.4 – Sédation

*Le ou les motifs concernés sont inscrits dans le courriel de convocation à la RCP.

Tableau 3. Bilan d'activité 2005-2007 des RCP soins de support-soins palliatifs au CHU de Grenoble		
	<i>21 premiers mois de la RCP 18.02.2005-30.09.2006</i>	<i>12 derniers mois 1.10. 2006-30.09.2007</i>
Nombre de réunions	31	20
Nombre de dossiers (plusieurs RCP possibles pour un même patient)	92 (69 patients)	63 (50 patients)
Pathologie en cause	Cancer 94 % Autres ⁽¹⁾ 6 %	Cancer 42 (84 %) Autres ⁽¹⁾ 8 (16 %)
Référentiels utilisés	Différents SOR et le référentiel régional – 2004 Édition interne CHU et version téléchargeable www.arcalpin-onco.org	Différents SOR et le référentiel régional – 2006 Édition interne CHU et version téléchargeable www.arcalpin-onco.org
Recrutement des dossiers présentés	Équipe mobile de soins palliatifs et de coordination en soins de support : 100 % ; cela correspond à environ un patient sur dix suivi par l'EMSPC sur la période considérée	
Présentation du dossier	Médecin EMSPC 80 % Médecin référent patient 20 %	Médecin EMSPC 60 % Médecin référent patient 40 %
Services représentés en comité	Oncol Med et HDJ 29 % Dermatologie 16 % Oncologie thoracique 15 % Urologie 12 % ORL 12 % Chirurgie digestive 9 % Oncologie digestive 3 % Médecine interne 1 Réanimation 1 Néphrologie 1 Neurochirurgie 1 Total 69-100 %	Oncol Med et HDJ 28 % Chirurgie digestive 16 % Dermatologie (mélanome) 12 % Oncologie thoracique 8 % Oncologie digestive 8 % Urologie 6 % Néphrologie 6 % Neurologie 6 % ORL 1 Maladies infectieuses 1 Chirurgie thoracique 1 Endocrinologie 1 Hématologie 1
Participation des experts (total 20 réunions/année)	-	Médecin EMSPC 20-100 % Médecin anesthésiste dl 75 % Médecin nutritionniste 40 % Médecin oncologue 20 % Médecin psychiatre 55 % Psychologue clinicienne 100 % Diététicienne 60 % Kinésithérapeute 60 % Infirmière 100 % Assistante sociale 100 %
Nombre moyen de participants par réunion	-	Médecins : 6 (2-9) Autres professionnels 8 (5-15) Tous professionnels 14 (7-20)
⁽¹⁾ Autres pathologies : 9 à pathologie neurodégénérative : démence vasculaire 1, IMC postencéphalite 1, encéphalite éthylique 1, AVC 2, maladie des corps polysaccharidiques 1, parkinson évolué 1, syringomyélie 1 ; 3 pathologies autres : diabète 1, mycosis fongoïde 1, sclérodémie 1.		

laissant la possibilité de la reprendre ultérieurement si l'état général le permet, « si cela va mieux » [16] nous paraît plus juste que la poursuite d'une chimiothérapie devenue inefficace sur le cancer. Cela permet au patient d'envisager à la fois sa mort tout en gardant l'espoir d'aller mieux. Cette conduite thérapeutique a plusieurs fois été proposée lors des RCP.

Demandes d'euthanasie

La pratique clinique montre que, la plupart du temps, les demandes d'euthanasie par les patients ne sont pas réitérées si les traitements symptomatiques de confort et l'accompagnement sont réajustés et si le projet thérapeutique est réadapté avec le patient [6]. Cependant, cela n'a pas été le cas pour M. M.

dont le dossier a été discuté en RCP (Tableau 4). À sa demande, en mettant en jeu sa propre responsabilité à travers le principe d'autonomie dans la prise de décision [11], une sédation intermittente a été nécessaire selon les recommandations habituelles [17]. Le patient avait accepté d'être réveillé à intervalles réguliers et durant ce temps, un travail d'accompagnement était réalisé.

Tableau 4. Compte rendu de RCP au cours de laquelle un questionnaire éthique a dominé la concertation

M. M. Cancer de l'œsophage (refus de traitement-demande d'euthanasie)

Résumé d'observation : M. M., 73 ans, vient de présenter un lâchage de sutures d'œsophagectomie et reconstruction d'une tumeur T3N1M0 sur endobranchy-œsophage. Après un passage en réanimation et plusieurs reprises chirurgicales, il bénéficie finalement d'une stomie œsophagienne cervicale. Les lames médiastinales et abdominales ramènent un écoulement purulent. Le patient, de par les contraintes liées à son état et la dépendance dans laquelle il se trouve, demande avec insistance à ce que tous les traitements soient arrêtés et qu'on l'aide à mourir par une injection. Il refuse les antibiotiques et la nutrition artificielle. Après une évaluation par le psychiatre de liaison et l'EMSPC, ceux-ci sont arrêtés, l'hydratation et le traitement de la douleur sont maintenus.

Proposition thérapeutique : La concertation rappelle la loi Léonetti qui impose un « délai raisonnable » avant de répondre à la demande d'arrêt de traitement d'un patient qui n'est pas en fin de vie et qui a toute sa capacité de décision. Il est demandé une nouvelle concertation avec le référent chirurgien thoracique afin de mieux comprendre la situation carcinologique (notion d'exérèse tumorale complète avec section en tissus sains) et septique et une réévaluation par un médecin psychiatre senior. Si le patient persiste dans sa demande, la simplification des traitements sera maintenue avec mise en place de soins palliatifs. Une sédation intermittente, au moins la nuit, sera proposée. La famille doit être revue et accompagnée. On rappelle que la famille représentée par deux enfants (le patient est veuf depuis trois ans, son épouse étant décédée d'une tumeur cérébrale) a été informée de la situation et accepte sans réserve la demande de leur père. Ils seront revus par l'EMSPC et le médecin psychiatre.

Argument du double effet

Les demandes de sédation, au risque d'un décès et qui pourraient correspondre à des demandes masquées d'euthanasie par une famille ou par une équipe épuisée par une fin de vie qui « dure » alors que le patient n'a pas la possibilité d'exprimer son avis [6], sont particulièrement déroutantes et difficiles quant aux réponses à apporter. Elles peuvent amener à une concertation plus élargie avec présentation du dossier au sein de la Commission consultative pluridisciplinaire de l'espace éthique du CHU de Grenoble [1].

Rôle régulateur et pédagogique de la RCP

Le nombre important de participants peut s'expliquer par la complexité des situations, les dilemmes qu'elles posent et la souffrance engendrée, y compris chez les soignants engagés auprès des patients. Si l'intérêt d'une concertation n'est plus à démontrer pour les patients, il semble bien que des bénéfiques soient également visibles du côté du personnel. Ces temps de travail peuvent, en effet, avoir une fonction de régulation du stress face

aux situations extrêmes, grâce à la parole échangée, les assertions informatives, la réflexion et l'argumentation des positions [15].

Soulignons également le caractère formateur de ces RCP de par l'expérience partagée dans un souci d'approche globale du patient et de son entourage. Ces concertations permettent de s'approprier les règles de base des conduites thérapeutiques concernées avec mise en pratique des référentiels. Pour les douleurs rebelles, l'analgésie interventionnelle, en particulier l'analgésie périmédullaire avec ou sans système de pompe implantable [18] représente un apport certain. La RCP permet aussi de mieux repérer la composante psychogène d'une douleur. On se souvient, en effet, que la douleur peut avoir une fonction de rempart face à une souffrance psychique encore plus intolérable, impossible à penser, comme si ce langage de la douleur fournissait un véhicule approprié pour l'expression de la souffrance [5]. Notons aussi combien les psychologues et psychiatres aident à comprendre comment l'annonce d'un cancer, d'une rechute ou encore de l'ineffi-

cacité d'un traitement anticancéreux bouleverse le patient avec risque d'effondrement psychique [7,12,19].

Limites de la RCP

Si les RCP sont une avancée, elles ne sauraient résoudre toutes les questions posées. Considérons principalement les limites autour du consensus.

Une telle organisation permet à chaque membre du groupe de participer à l'ensemble tout en préservant sa spécificité. Les modèles de fonctionnement que se donne le groupe ne sont plus tout à fait délégués par la parole « docte », mais par la parole intersubjective [14]. Cependant, comme s'interroge Mollo et Sauvagnac [10], « les décisions collectives sont-elles garantes de la qualité des décisions ? » Certes oui, parce qu'elles permettent, comme nous l'avons vu, de s'appuyer sur des référentiels, de dépasser les difficultés liées à une décision individuelle et parce que « la discussion en collectif permet de prendre en compte un espace plus large de connaissances et d'intégrer des informations de nature différentes ». Mais en même temps, certains biais peuvent moduler cette réponse, en particulier les phénomènes de groupe où les membres considérés comme étant les plus experts ou ayant une position hiérarchique particulière pourraient influencer le groupe [10].

Nous remarquons aussi que les questions posées en RCP peuvent révéler des attitudes contre-transférentielles de protection de la part des soignants référents demandeurs venant signifier les limites d'intervention du comité de base de la RCP. En effet, lorsque les membres du comité s'autorisent à réaliser une lecture psychologique d'une situation particulièrement difficile pour le groupe demandeur, cela vient ébranler les repères habituels du fonctionnement de ce groupe. Il peut alors lui être difficile d'accueillir les nouveaux repères proposés.

Conclusion

Ces RCP soins de support-soins palliatifs ont un intérêt indéniable qui n'est plus à démontrer. L'expérience montre que pour le patient et ses proches, ces RCP sont importantes et qu'ils en attendent les propositions qui ne seront jamais imposées.

En travaillant les concepts de continuité et de globalité des soins, elles rapprochent les différentes spécialités et disciplines médicales. Encore trop souvent réservées aux patients en soins palliatifs, il est nécessaire de les proposer plus tôt pour des concertations précoces après repérage de situations à risque.

Ces RCP permettent aussi, par la parole échangée, une certaine régulation du stress pour les soignants mis en difficulté par la complexité des situations. Les limites de la concertation autour de certaines situations posent aussi la question de la dimension ontologique qu'on ne saurait maîtriser.

Déclaration de conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Carlin N (2004) Construire une structure d'éthique dans un CHU : de l'utopie à la réalité. *Ethica Clinica* 36: 44-7
2. Charte minimale pour l'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie Rhône-Alpes (2006). Conclusions rendues fin mai 2006 à l'Agence régionale d'hospitalisation Rhône-Alpes (www.arcalpin-onco.org)
3. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, JO du 23 février 2005
4. Colombat P, Nallet G, Jaulmes D, et al. (2008) De la démarche palliative aux soins de support ou du Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH), Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (GRASSPHO). *Oncologie* 10: 96-101
5. Laval G, Roisin D, Schaerer R (1997) Les douleurs rebelles à la phase terminale. *Eur J Palliat Care* 4(2): 43-8
6. Laval G, Villard ML, Liatard K, et al. (2007) Demandes persistantes d'euthanasie et pratiques euthanasiques masquées : est-ce si fréquent ? *Med Pal* 6: 88-98
7. Lefetz C, Reich M (2006) La crise suicidaire en cancérologie : évaluation et prise en charge. *Bull Cancer* 93(7): 709-13
8. Liste des coordonnées des ressources pour l'accès aux compétences de recours en soins de support sur le CHU de Grenoble au 3 janvier 2008, site intranet Fédération des activités en soins de support-soins palliatifs du CHU de Grenoble. Texte disponible par courriel (soinspalliatifs@chu-grenoble.fr)
9. Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JO du 23 avril 2005
10. Mollo V, Sauvagnac C (2006) La décision médicale collective. Pour des médecins moins savants et moins autonomes ? Ed l'Harmattan, Paris, 44-5
11. Oppenheim D, Dauchy S, Hartmann O (2006) Refuser le traitement : responsabilité et autonomie du patient. À propos de l'avis n° 87 (04/2005) du Comité consultatif national d'éthique. *Bull Cancer* 93(1): 133-7
12. Rebischung C, Roisin D, Dufour M, et al. (2006) Les annonces au cours de la maladie. In: Recueil de pratique professionnelle en soins palliatifs du réseau de cancérologie de l'Arc Alpin – version 2 mars 2006, 228-235, édition interne au CHU, www.arcalpin-onco.org
13. Recueil de pratique professionnelle en soins palliatifs du réseau de cancérologie de l'Arc Alpin. Coordination G. Laval, M-L. Villard, version 2 mars 2006, édition interne au CHU www.arcalpin-onco.org
14. Roisin D (1988) Analyse d'une pratique : « à l'aube du soir d'une vie ». Mémoire pour l'obtention du DESS de psychologie clinique et de psychopathologie. Non publié, université Lumière Lyon-II
15. Ruzsniowski M (2000) Le groupe de parole à l'hôpital. Ed Dunod, Paris
16. Schaerer R (1999) Éthique et fin de vie. *Rev Prat* 49: 1081-5
17. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) (2002) La sédation pour détresse en phase terminale : recommandations. *Med Pall* 1: 9-14
18. Stearns L, Boortz Marx R, Du Pen S (2005) Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: a multidisciplinary consensus of best clinical practices. *J Support Oncol* 3(6): 399-408
19. Stiefel F, Rousselle I, Guex P, Bernard M (2007) Le soutien psychologique du patient cancéreux en clinique oncologique. *Bull Cancer* 94(9): 841-5