

CIRS: Fehlerreporting in Spital und Praxis

Schwerpunkt: Palliative Medizin

Vorzeitiger Todeswunsch eines schwerstkranken Patienten

Lebensende zuhause: Herausforderung für den Hausarzt

Spécificités de l'antalgie chez les patients palliatifs en situation ambulatoire

In Zusammen-
arbeit mit:

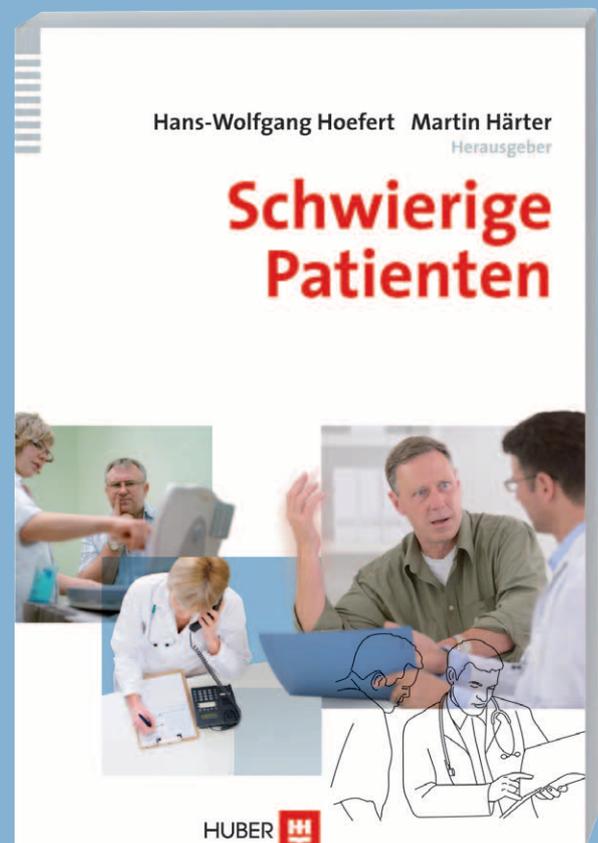


HUBER



Probleme in der Arzt-Patient- Beziehung

Nebst der Analyse von Schwierigkeiten in der
therapeutischen Begegnung bietet dieses Buch
konkrete Handlungshilfen für den Umgang mit
«schwierigen» Patienten.



Geschäftsführender Herausgeber

Prof. Dr. Edouard Battegay, FACP
Direktor Klinik und Poliklinik
für Innere Medizin
Universitätsspital Zürich

Herausgeber

Prof. Dr. Johann Steurer
Horten-Zentrum für
praxisorientierte Forschung
und Wissenstransfer
Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. Bernard Waeber
Physiopathologie Clinique
CHUV Lausanne

Leitende Redaktorin

Valérie Herzog
Verlag Hans Huber, Bern

Redaktion

Dr. med. Ewelina Biskup
Vorsitzende der Swiss Young
Internists SYI, Shanghai

Dr. Barbara Elke
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin, Universitätsspital Zürich

Dr. Lorenzo Käser
Medical Education, Forschung
und Lehre, Universitätsspital
Zürich

Dr. Gian Koch
Medizinische Universitätsklinik,
Kantonsspital Baselland, Liestal

Prof. Dr. Jörg D. Leuppi
Medizinische Universitätsklinik,
Kantonsspital Baselland, Liestal

Prof. Dr. Reto Nüesch
Innere Medizin, Spital Schwyz

Dr. Andreas Oestmann
Medizinische Abteilung,
Spital Münsingen,
Spital Netz Bern

Prof. Dr. Marco Pons
Innere Medizin, Ospedale Civico,
Lugano

Prof. Dr. Nicolas Rodondi
Medizinische Poliklinik,
Klinik für Allgemeine Innere
Medizin, Inselspital Bern

Prof. Dr. Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin,
Universitätsspital Zürich

PD Dr. Markus Schneemann
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin, Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. Martin Heinrich Schöni
Ambulante Pädiatrie,
Kinderklinik, Inselspital Bern

Dr. Hans-Rudolf Schwarzenbach
Innere Medizin FMH, Melide

Prof. Dr. Cornel C. Sieber
Klinik für Allgemeine Medizin
& Geriatrie, Krankenhaus
Barmherzige Brüder, Regensburg

PD Dr. Jan Tuma
Innere Medizin FMH, Uster

Editorial

- 217 Palliativbetreuung durch den Hausarzt**
Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs, Département de Médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Continuing Medical Education

- 219 Bedeutung von CIRS für Spitäler und Hausarztpraxen**
¹Mirjam Meier, ¹Francesca Giuliani, ²Markus Schneemann
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit¹, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin², Universitätsspital Zürich
- 227 CME-Labor 39: Präanalytik**
Viola Günther
Institut für Klinische Chemie, Universitätsspital Zürich
- 259 Alveoläre Echinokokkose/Antworten**
Judith Zagoury Günzburger, Beat Müllhaupt
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Zürich
- 260 CME-EKG 48/Auflösung: Häodynamische Dekompensation intraoperativ**
Tardu Özkartal, Corinna Brunckhorst
Klinik für Kardiologie, Universitäres Herzzentrum Zürich, Universitätsspital Zürich

Mini-Review: Palliative Medizin

- 229 Spécificités de l'antalgie chez les patients palliatifs en situation ambulatoire**
Specifics of Analgesia in Palliative Care Patients at Home
Sophie Pautex
Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève
- 233 Problemstellungen und Herausforderungen eines Lebensendes zuhause für den behandelnden Arzt**
Issues and Challenges of End of Life at Home for the Treating Physician
Sibylle Marthy
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Hôpital d'Orbe
- 239 Erforschung und Antworten auf den vorzeitigen Todeswunsch eines Patienten mit einer schweren fortgeschrittenen Krankheit**
Exploring and Responding to a Wish to Hasten Death of a Patient with Advanced Illness
¹Claudia Mazzocato, ²Laurence Séchaud
Service de soins palliatifs, Département de Médecine, CHUV, Lausanne¹; Haute école de santé (HES-SO), Genève²
- 245 Soins palliatifs en établissements médico-sociaux: Caractéristiques et spécificités**
Palliative Care in Nursing Homes: Characteristics and Specificities
¹Grégoire Gremaud, ²Claudia Mazzocato
Mon Repos SA, La Neuveville¹; Service de soins palliatifs, Département de Médecine, CHUV Lausanne²

Verlag

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76
Postfach, 3000 Bern 9
Tel. 031 300 45 00
Fax 031 300 45 90
www.verlag-hanshuber.com
www.praxis.ch

Leitende Redaktorin

Valérie Herzog
Tel. 031 300 45 76
Fax 031 300 46 27
redaktion@praxis.ch

Herstellung

Karolina Andonovska
Tel. 031 300 45 75
Fax 031 300 46 27
praxis@hanshuber.com

Anzeigenleitung

Brigitte Niederberger
Tel. 031 300 45 69
Fax 031 300 45 91
inserate@hanshuber.com

Abonnemente

Tel. 031 300 45 55
Fax 031 300 45 91
zeitschriften@hanshuber.com

Satz

AZ Druck und Datentechnik GmbH,
Kempten (Allgäu), Deutschland

Druck

Stämpfli AG, Bern

Abonnementspreise

(inkl. Porto und Versand)
Private CHF 220.–
Assistenzärzte CHF 114.–
Studenten CHF 103.–
Institute CHF 433.–
Einzelheft CHF 31.50
+ Porto und Versandgebühren

Erscheinungsweise

14-täglich, jeweils mittwochs

© 2015 Verlag Hans Huber,
Hogrefe AG, Bern

HUBER 

PRAXIS ist gelistet in MEDLINE,
EMBASE und Scopus.

ISSN-L 1661-8157
ISSN 1661-8157 (Print)
ISSN 1661-8165 (online)

- 251** **Conséquences de la maladie grave sur les proches**
Consequences of Serious Illness in Family or Informal Caregivers
Christine Burki
Espace Proches, Lausanne

PRAXIS-Journal Club

- 255** **Länge der Telomere und mediterrane Diät – eine klare Assoziation**
Johann Steurer
*Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universitäts-
spital Zürich*
- 257** **Hohe Prävalenz der maskierten unkontrollierten arteriellen Hypertonie bei Patienten unter Therapie**
Nathalie Scherz
*Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universitäts-
spital Zürich*

Rubriken

- 216** Impressum
3. US Vorschau

Magazin

- 262** Die Mediziner-Kunstkolumne
263 Mediziner-Literatürrätsel

PRAXIS

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Verlags Hans Huber veröffentlicht. Dieser e-Sonderdruck wird ausschließlich für den persönlichen Gebrauch der Autoren zur Verfügung gestellt. Eine Hinterlegung auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. „Dokumentenserver“ bzw. institutionellen oder disziplinären Repositorium ist nicht gestattet.

Falls Sie den Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. Dokumentenserver bzw. institutionellen oder disziplinären Repositorium hinterlegen wollen, verwenden Sie bitte dazu ein „pre-print“ oder ein „post-print“ der Manuskriptfassung nach den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel bzw. den „Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge“ (<http://www.verlag-hanshuber.com/informationen>).

HUBER



Mon Repos SA, La Neuveville¹; Service de soins palliatifs, Département de Médecine, CHUV Lausanne²

¹Grégoire Gremaud, ²Claudia Mazzocato

Soins palliatifs en établissements médico-sociaux: Caractéristiques et spécificités

Palliative Care in Nursing Homes: Characteristics and Specificities

Résumé

Les personnes âgées en situation palliative, résidant en établissements médico-sociaux, présentent des caractéristiques et des spécificités qui les distinguent des patients atteints d'un cancer avancé. Hormis un pronostic difficile à définir, leurs nombreuses comorbidités, leurs difficultés à communiquer en raison de troubles cognitifs, leur grande sensibilité aux effets primaires et secondaires des médicaments font que leur prise en charge représente un véritable défi pour le médecin et l'équipe soignante. Leur accompagnement en fin de vie pose également de nombreux problèmes éthiques, notamment lorsqu'elles ne sont plus en mesure d'exprimer leurs souhaits et que ceux-ci ne sont pas consignés dans des directives anticipées.

Mots-clés: soins palliatifs – établissements médico-sociaux – interdisciplinarité – communication

Introduction

Les soins palliatifs se sont développés initialement en faveur de patients atteints de cancer en phase avancée. Les personnes résidant en établissements médico-sociaux (EMS) sont très différentes dans leurs besoins, l'évolutivité de leur maladie, le contexte familiale et les conditions sociales. Elles sont le plus souvent atteintes d'insuffisances d'organe, cardio-respiratoire, rénale ou

hépatique, et de maladies neuro-dégénératives telles que les démences. Elles souffrent de nombreuses comorbidités et handicaps qui les rendent vulnérables. De fait, les compétences acquises dans le cadre des soins palliatifs oncologiques ne sont pas, telles quelles, transposables aux soins palliatifs en EMS. Les gériatres et les équipes soignantes ont à développer un savoir spécifique qui prend en compte ces différentes caractéristiques dans un «lieu à la fois de vie et de soins».

Introduction des soins palliatifs sur la base des besoins

S'il est possible de définir un pronostic relativement précis en phase avancée d'un cancer, tel n'est pas le cas lors d'insuffisances d'organes. L'évolution de ces maladies se caractérise par des «hauts et des bas» jusqu'à la dernière crise aboutissant au décès du patient. Chez les patients souffrant de démence, le pronostic est encore plus incertain. La perte des fonctions cognitives et fonctionnelles s'étale sur plusieurs années. Le site «ePrognosis» offre quelques outils visant à déterminer le risque de mortalité globale chez une personne âgée, notamment en institution [1]. Néanmoins, la difficulté à définir un pronostic précis fait que la plupart des résidents en EMS ont un accès trop tardif aux soins palliatifs. Ce sont donc les besoins du patient et de ses proches et non un pronostic hasardeux qui déterminent la mise en place d'une prise en charge palliative et

ce, quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Symptômes majeurs en phase palliative

Comme les patients oncologiques, les malades non cancéreux en EMS souffrent de nombreux symptômes simultanément. Certains d'entre eux éprouvent beaucoup de difficultés à communiquer leurs inconforts en raison de leurs troubles cognitifs. Une aggravation des troubles du comportement chez un résident doit faire suspecter tout autant l'apparition d'une douleur ou d'un état confusionnel aigu, d'une péjoration de la démence.

Douleurs

Elles sont multiples et changeantes dans une même journée, liées aux diverses comorbidités du malade telles qu'arthrose, polyneuropathie diabétique ou angor instable. Leurs variabilités dans le temps et les difficultés de communication rendent leur évaluation difficile. Leur auto-évaluation par le patient est privilégiée chaque fois que possible. Si celle-ci n'est pas réalisable, une évaluation faite par l'équipe (hétéro-évaluation) à l'aide d'un outil validé comme «DOLOPLUS-2» s'impose. Il s'agit d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée,

Abréviations utilisées dans l'article:

EMS Établissements médico-sociaux

dont l'utilisation est détaillée sur le site qui porte son nom [2].

L'expérience clinique montre que le contrôle de la douleur est satisfaisant chez beaucoup de résidents, pour autant que les règles d'une antalgie bien conduite soient respectées. Vu la grande sensibilité des personnes âgées aux effets primaires et secondaires des opioïdes et la présence fréquente d'une insuffisance rénale, ce type d'antalgie est débuté à faibles doses et n'est augmenté que lentement en veillant soigneusement à la survenue d'éventuels effets secondaires, tels que constipation, somnolence ou état confusionnel aigu. Le choix de l'opioïde repose sur l'intensité de la douleur, ses propriétés pharmacologiques et ses interactions médicamenteuses. Le tramadol est, par exemple, contre-indiqué chez un patient sousantidépresseur en raison du risque de syndrome sérotoninergique. La buprénorphine est intéressante dans le traitement des douleurs modérées lors d'insuffisance rénale terminale, ses métabolites étant éliminés par les selles. La grande variété des opioïdes et de leurs formes galéniques (effet immédiat ou retard, formes transdermiques) offre au médecin la possibilité de choisir la substance la plus adaptée à la situation médicale spécifique du patient. Cette variété peut être également source de confusion. Dans le doute, les conseils d'une équipe mobile de soins palliatifs peuvent être bienvenus.

Etat confusionnel aigu

L'état confusionnel aigu peut être difficile à distinguer des manifestations d'une démence. Sa survenue brutale, parfois en quelques heures, sa variabilité dans le temps du moins dans sa phase initiale et l'altération de la conscience du patient sont néanmoins caractéristiques. L'introduction ou l'augmentation de médicaments psychotropes, sans rechercher une étiologie, est susceptible d'aggraver le tableau clinique. Les causes d'un état confusionnel aigu dans cette population sont multiples. Hormis la

douleur, les étiologies les plus fréquentes sont les causes médicamenteuses, une constipation, un globe urinaire, une infection même banale, des troubles électrolytiques telles qu'une hyponatrémie ou une hypercalcémie. La présence d'handicaps, tels qu'une malvoyance ou une presbycusie, la perte de repères sensoriels favorisée par l'isolement ou une contention sont autant de facteurs qui entretiennent ce syndrome particulièrement éprouvant pour le résident, ses proches et l'équipe soignante. Dans ce contexte, hormis la recherche et le traitement des facteurs étiologiques, l'intervention d'un pharmacien peut aider au tri des médicaments potentiellement inutiles ou délétères [3]. L'halopéridol est le traitement symptomatique de première intention pour traiter les manifestations d'un delirium jusqu'à correction des facteurs étiologiques.

Troubles de l'alimentation

Fréquents, ils sont liés à l'état buccal du patient (perte de dents, prothèse inadaptée, sécheresse buccale, candidose orale ou encore apraxie bucco-linguo-faciale), qu'un examen régulier et détaillé de la bouche permet de détecter. Il peut s'agir de troubles de la déglutition sur atteinte centrale (accident vasculaire cérébral, syndrome pseudo-bulbaire), d'origine médicamenteuse, aggravée par une déshydratation ou en lien avec les troubles cognitifs induits par la démence (apraxie, troubles dysexécutifs ou moteurs). On relève aussi fréquemment une inappétence consécutive à une dépression, à une altération du goût ou à une constipation. La dysphagie et les épisodes d'aspirations bronchiques qui en résultent sont des causes communes de surinfection pulmonaires. Ces troubles posent des questions d'orientation des soins et éthiques.

En termes de soins, la poursuite de l'alimentation doit être définie sur la base de la satisfaction du résident à manger. Ceci implique une collaboration étroite avec divers professionnels, le cuisinier, l'ergo-

thérapeute ou le logopédiste, et l'enseignement des soignants impliqués dans l'assistance au repas. A quel rythme donner les aliments? Quelle est la meilleure consistance pour éviter les fausses routes? Quelles mesures à mettre en place en cas de fausses routes? Sur le plan éthique, un risque de fausse route, est-il acceptable chez un patient plus ou moins capable de discernement et souhaitant s'alimenter selon ses habitudes alimentaires? Quel est l'impact d'une fausse route chez les soignants chargés de l'assister, sur l'institution? Faut-il accéder au désir d'une famille de mettre en place une alimentation artificielle entérale, sachant le peu de bénéfices pour le patient et le risque non négligeable de complications?

Infections

Les complications infectieuses surviennent régulièrement chez le patient en EMS en phase avancée de sa maladie. Elles constituent souvent une cause de décès. Les infections pulmonaires, urinaires et cutanées sont les plus fréquentes. Si différentes mesures préventives permettent de minimiser leur apparition, comme le retrait d'une sonde urinaire ou encore une prévention active des escarres, une fois présentes elles posent la question de l'antibiothérapie. Cette dernière ne va pas toujours de soi en raison de ses potentiels effets secondaires, tels qu'état confusionnel aigu, diarrhées, anorexie ou encore nécessité d'une contention, et ses bénéfices aléatoires sur les manifestations de l'infection. La prise de décision, comme lors de troubles de l'alimentation, repose sur une évaluation à la fois clinique et éthique de la situation (Fig. 1) [4].

Intégration des proches

Les proches peuvent être un précieux appui dans l'accompagnement d'un résident en fin de vie ou au contraire une source de conflit avec l'équipe soignante, en fonction des liens tissés avec cette dernière, leur compréhension de

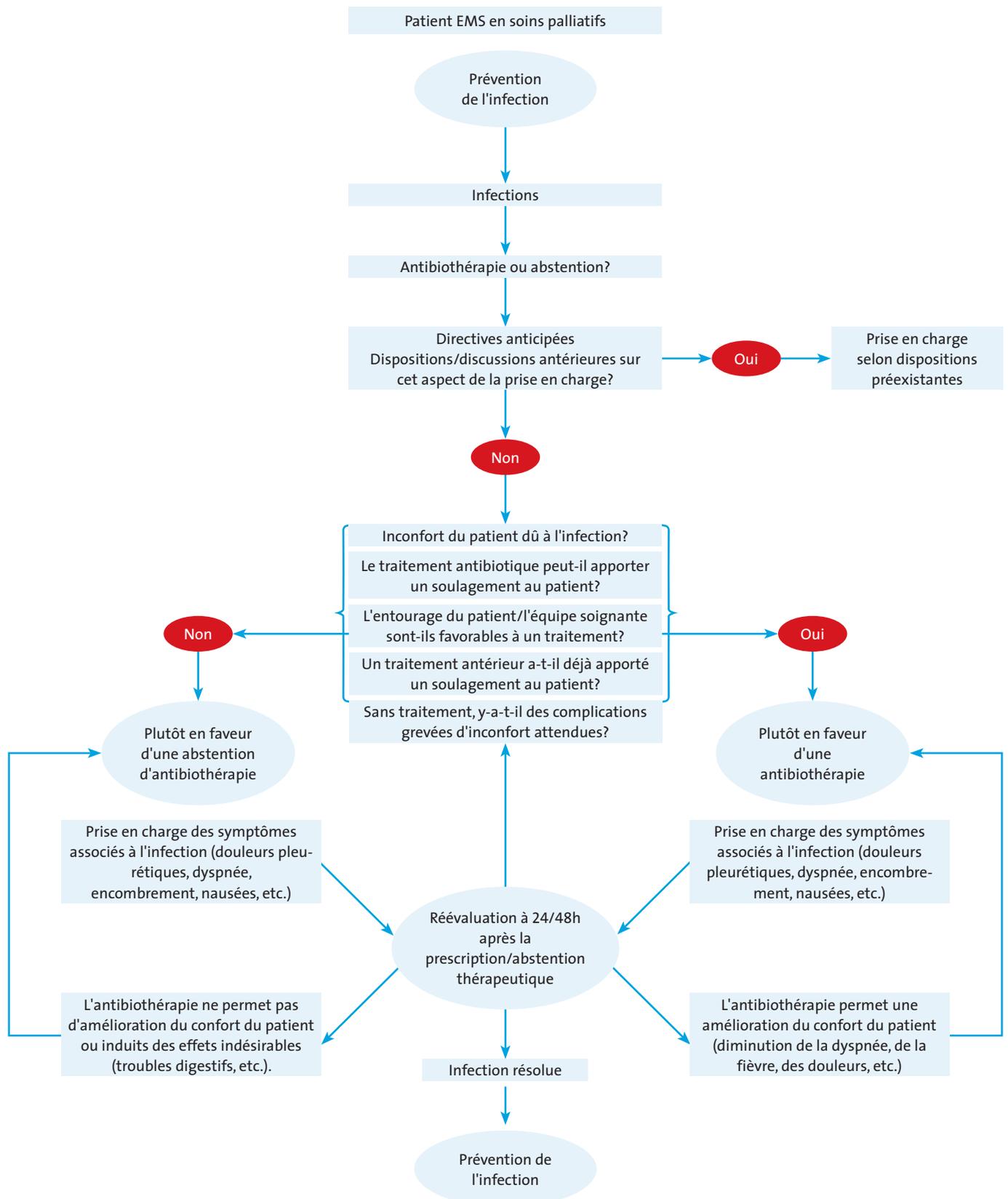


Fig. 1: Algorithme dans la prise de décision d'une antibiothérapie [4].

l'évolution de l'état du malade et leurs représentations à l'égard de la mort. Leurs attitudes peuvent être déterminées par des événements antérieurs à l'admission dans l'EMS, comme un autre décès dans la famille, qui ne sont pas connus de l'équipe. Face à une situation de crise, tel qu'un risque de décès du patient, il est parfois trop tard pour établir une communication constructive avec eux.

Idéalement, conformément à la définition des soins palliatifs, «le patient et les proches doivent être considérés comme une unité de soins». Cette recommandation n'est pas toujours suivie, faute de disponibilité des proches et/ou du personnel soignant. De ce fait, les proches n'ont pas ou peu l'opportunité d'évoquer d'éventuels remords liés à l'institutionnalisation de l'être cher, de s'adapter aux changements souvent rapides et imprévus de son état de santé, de communiquer leurs doutes et leur questionnement et d'anticiper des situations médicales où ils auront à prendre une décision. Dans son très beau livre «Maman est accompagné et nous aussi», Schnegg O. relate les résultats d'un projet de collaboration, sous forme de groupes de parole communs réunissant membres de l'EMS, résident et proches. Il illustre, à travers plusieurs anecdotes, les bénéfices de ce partenariat sur toutes les personnes impliquées [5].

Dimensions éthiques

Les questions éthiques ne cessent d'émailler le parcours de vie du résident

de son admission à son décès. Quel est le bon moment pour établir des directives anticipées? Faut-il privilégier sa mobilité au risque qu'il chute? Prescrire une antibiothérapie lors de surinfection pulmonaire n'est-il pas susceptible de prolonger une agonie? Les questions éthiques sont d'autant plus prégnantes que le patient n'est pas toujours en mesure d'exprimer ses besoins et ses souhaits. Ces questions, à priori sans solution, sont sources de fréquents conflits entre médecin, équipe soignante et/ou membres de la famille. Ce n'est que par une démarche réflexive, rigoureuse réunissant tous les partenaires impliqués, que peuvent émerger des choix thérapeutiques. Il s'agit d'identifier les alternatives disponibles, les valeurs qu'elles représentent, leurs bénéfices et désavantages pour la personne malade et de choisir l'option qui préserve le plus de valeurs communément partagées (Tab. 1). Le soutien d'une tierce personne, extérieure à la structure et familiarisée au débat éthique, s'avère souvent utile dans ces moments très chargés émotionnellement.

L'expérience montre que la capacité à anticiper ce type de questionnements, quand le patient est encore en mesure d'exprimer ses volontés, permet de prévenir un certain nombre de ces conflits. Beaucoup d'EMS encouragent la mise en place de directives anticipées délimitant les actions thérapeutiques à entreprendre ou non en situation de crise, chez un résident non communiquant. Au-delà des directives anticipées, souvent trop formelles et peu appropriées à la situation réellement vécue, ce sont les

objectifs et finalités des soins définies en fonction des valeurs et priorités singulières à chaque patient qui permettent la mise en œuvre d'une intervention adaptée lors de situations complexes. Cette démarche, appelée «Planification anticipée du projet thérapeutique», est un bel outil de communication entre patient, proches et équipe soignante lorsqu'elle est réalisée précocement et adaptée au fur et à mesure de l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Limites des soins palliatifs en EMS

Selon les cantons, les moyens disponibles financiers et en ressources humaines sont variables. Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes hébergées se complexifie. Les symptômes présentés nécessitent un suivi thérapeutique que beaucoup d'établissements ne peuvent assumer, notamment la nuit. Les équipes soignantes ne sont pas toujours formées ni à l'identification des sources d'inconfort, ni à l'utilisation de médicaments. Certaines médications ou techniques de soins telles que l'antalgie interventionnelle peuvent être inaccessibles en raison des coûts. Ces limites peuvent, même partiellement, être repoussées par une formation interne continue de l'équipe soignante. Il existe aujourd'hui de nombreux documents sur les soins palliatifs, adaptés aux EMS accessibles sur Internet (Tab. 2).

Conclusion

Les soins palliatifs en EMS posent des défis jusqu'ici peu explorés par la médecine palliative. Les personnes y résidant présentent des besoins et des symptômes différents de ceux des patients oncologiques. L'incertitude pronostique, les troubles de la communication, les moyens limités en termes financiers et de ressources humaines soulèvent de nombreuses questions de soins et éthiques. Une alliance développée dès l'admission

Tab. 1: Comment procéder lors de prise de décision difficile? [4]

- Identifier les faits cliniques pertinents.
- Formuler la question éthique.
- Identifier le contexte socioculturel du patient et tous les acteurs impliqués dans la situation.
- Identifier les responsabilités des divers intervenants dans le processus de soin.
- Identifier les valeurs, normes et principes éthiques considérés par chaque intervenant comme essentiels pour aboutir à une issue favorable.
- Identifier les conflits de valeurs, de normes ou de principes.
- Identifier toutes les options permettant de surmonter les conflits.
- Identifier l'option qui préserve le plus de valeurs communément partagées en vue de réaliser un projet de soin.
- Donner une justification du choix.

Messages-clés

- Réaliser des soins palliatifs en EMS requiert une équipe soignante formée de manière continue et travaillant de manière interdisciplinaire.
- Les situations cliniques doivent être anticipées chaque fois que possible, en fonction des souhaits et valeurs de vie du patient et de son pronostic présumé pour déterminer, notamment, les investigations et traitements encore utiles et nécessaires.
- Le contrôle des symptômes permet d'améliorer la qualité de vie. L'arsenal thérapeutique disponible est important et permet un soulagement certain.

Key messages

- In Pflegeheimen eine palliative Pflege zu bieten, erfordert Pflegepersonal, das laufend fortgebildet wird und interdisziplinär arbeitet.
- Klinische Situationen sollten den Wünschen, Werten sowie der Prognose des Patienten angepasst möglichst im Voraus abgeschätzt werden, um nützliche und notwendige Untersuchungen und Behandlungen einleiten zu können.
- Symptomkontrolle ermöglicht es, die Lebensqualität zu verbessern und verschafft Linderung.
- Die Kommunikation mit dem Patienten kann durch kognitive Beeinträchtigungen behindert sein. Mithilfe seiner Werte im Alltag, seiner Biografie und Informationen durch seine Angehörigen kann häufig trotzdem ein Pflegekonzept erstellt werden.

en l'institution avec les proches et l'anticipation des crises potentielles sont la meilleure prévention aux situations de conflit qui peuvent marquer très douloureusement l'ensemble des personnes impliquées dans un accompagnement en fin de vie.

La communication peut être entravée par les troubles cognitifs du patient. Les valeurs qu'il exprime dans son quotidien, sa biographie et les informations relayées par ses proches permettent néanmoins souvent d'orienter le projet de soins, indépendamment de sa capacité de discernement.

Zusammenfassung

Ältere Patienten in Pflegeheimen, die sich in einer palliativen Situation befinden, weisen Eigenschaften und Eigenheiten auf, die sie ganz klar von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen unterscheiden. Einerseits ist es ausgesprochen schwierig, eine präzise Prognose zu geben, und andererseits stellen die zahlreichen Komorbiditäten, kognitiv bedingte Kommunikationsschwierigkeiten und ihre hohe Sensibilität für erwünschte und unerwünschte Medikamentenwirkungen eine wahre Herausforderung für den Arzt und das Pflegeteam dar. Die Begleitung dieser Patienten an ihrem Lebensende wirft oft auch ethische Fragen auf, besonders wenn die Patienten nicht mehr fähig sind, ihre Wünsche auszudrücken und vorher keine Patientenverfügung erstellt haben.

Schlüsselwörter: Palliativpflege – Pflegeheim – Interdisziplinarität – Kommunikation

Abstract

Elderly patients in palliative situations residing in a nursing home present characteristics and specificities that clearly distinguish them from patients with advanced cancer. Besides the dif-

Tab. 2: Ressources pour la formation continue en EMS

	Format/contenu	Accès
Guide des soins palliatifs du médecin vaudois	Quatorze cahiers sur les soins palliatifs (français)	Librement téléchargeable sur le site de la Société Vaudoise de Médecine: http://www.svmed.ch/publications/guide-des-soins-palliatifs .
Médecine palliative	Manuel suisse contenant 22 chapitres sur les soins palliatifs (français, allemand et italien).	A commander sur le site de la Ligue Suisse contre le Cancer: www.liguecancer.ch/fr/acces_reserve_aux_specialistes/litterature/_medecine_palliative/
Palliative Flash	Ciblé sur un thème pratique, sous forme de feuillet paraissant 10 fois par an (47 numéros disponibles). A l'intention de tout professionnel concerné (français).	Librement téléchargeable sur le site d'ARCOS: http://www.arcosvd.ch/arcos_home/arcos_filiere_soins/arcos_filiere_soins_palliatifs/arcos_palliative_flash.htm
Recommandations de Bigorio	Recommandations des meilleures pratiques publiées par Palliative-CH (français, allemand et italien).	Librement téléchargeable sur le site de Palliative-CH: http://www.palliative.ch/index.php?id=157&L=2
Recommandations de l'Académie des Sciences médicales	Recommandations sur les principes éthiques encadrant diverses pratiques en lien avec les soins palliatifs et terminaux (français, allemand et italien).	Librement téléchargeable sur son site: http://samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html

difficulty to define a precise prognosis, their many comorbidities, their communication difficulties because of cognitive disorders, their high sensitivity to primary and secondary effects of drugs render their management a real challenge for physician and caregivers. Accompanying these patients at the end of their life also raises many ethical problems, especially when they are no longer able to express their wishes and have not previously expressed advance directives.

Key words: palliative care – nursing home – interdisciplinarity – communication

Adresse de correspondance

Dr. Grégoire Gremaud
Mon Repos SA.
2520 La Neuveville

gremaud@mon-repos.ch

Bibliographie

1. <http://eprognosis.ucsf.edu/> (accessed 11/2014)
2. <http://www.doloplus.com/description/description1.php> (accessed 11/2014)
3. Mazzocato C, David S, Benaroyo L, Monod S: Polypharmacy et personne âgée: Ni trop ni trop peu. Rev Med Suisse 2013; 9: 1028–1031.
4. Eyer S, Guillemin P, Félix S, et al.: Soins palliatifs chez la personne âgée. In: Mazzocato C, David S, éditeurs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, SVM Lausanne 2010; 3. <http://www.svmed.ch/publications/guide-des-soins-palliatifs/> (accessed 11/2014).
5. Schnegg O: Maman est entourée, et nous aussi. La place des proches dans la maison de retraite. Editions Réalités sociales: 2010.
6. Séchaud L, Goulet C, Morin D, Mazzocato C: Advance care planning for institutionalised older people: an integrative review of the literature. Int J Older People Nurs 2014; 9: 159–168.