

Le Ceff de St-Imier

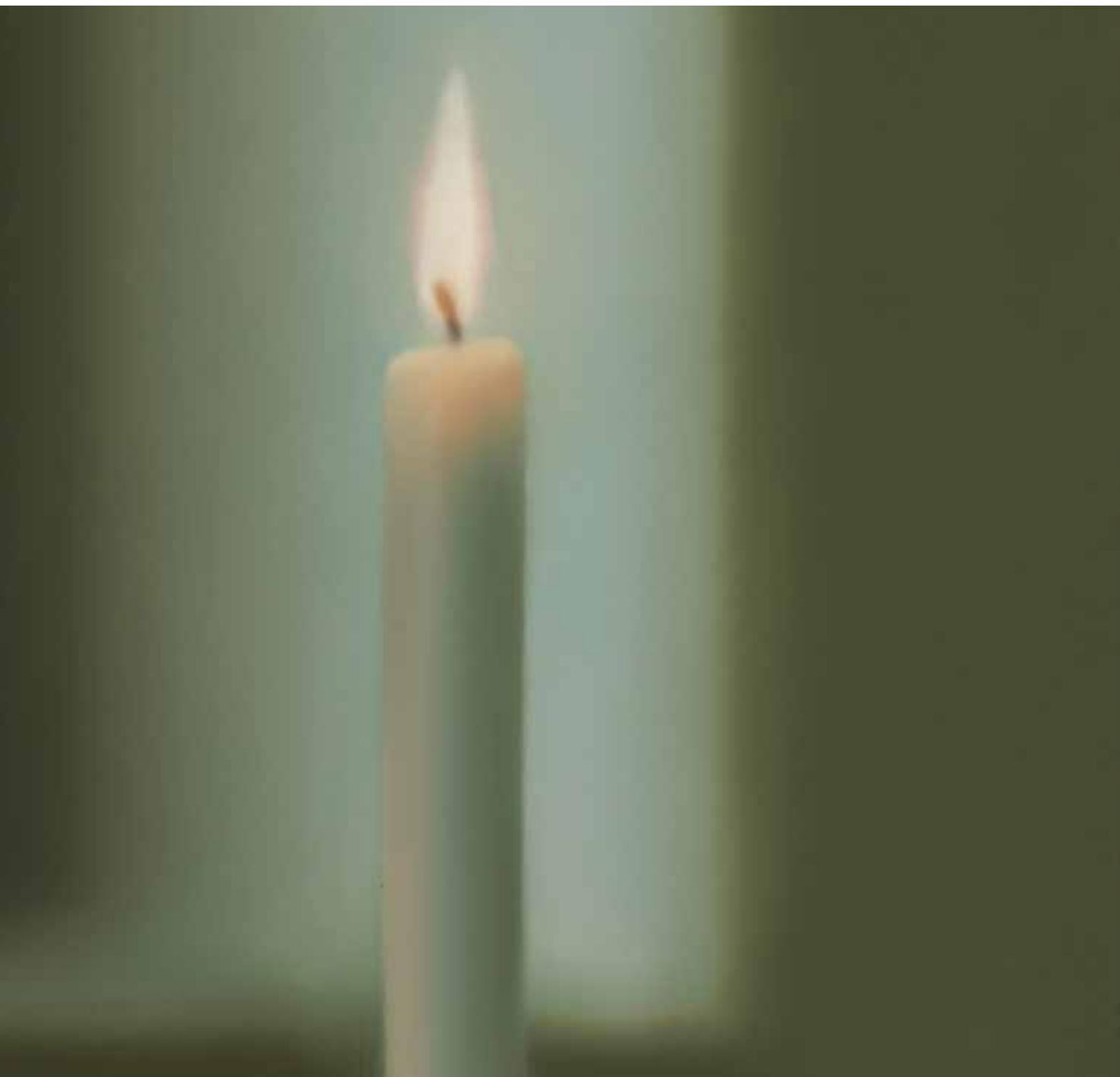
La seule formation supérieure
francophone en soins infirmiers
(page 29)

Édition 3 | 2019

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Les soins palliatifs

Accompagner la dernière phase de la vie

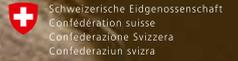
Une campagne de:

CURAVIVA.CH



OdASanté

Avec le soutien de:



Département fédéral de l'économie,
de la formation et de la recherche DEFR
Secrétariat d'Etat à la formation,
à la recherche et à l'innovation SEFRI

EVELYNE L'UNE DES PREMIÈRES MONITRICES DE CONDUITE.

LE
MÉTIER
LE PLUS
IMPORTANT
EN SUISSE



Avec les soins de longue durée, vous continuez à écrire
l'histoire de vie d'Evelyne. Maintenant, à vous de vous engager:
le-plus-important-metier.ch

«Malgré un bel élan de départ et de solides fondamentaux, des objectifs n'ont pas été réalisés et des ressources gaspillées.»



Anne-Marie Nicole

Rédactrice

Éditorial

Après dix ans de Stratégie nationale en matière de soins palliatifs, quel bilan tirer? «L'offre en matière de soins palliatifs s'est développée dans toute la Suisse ces dernières années», affirmait ce printemps l'Office fédéral de la santé publique, s'appuyant sur les résultats d'une enquête réalisée en 2018 auprès des cantons. «Les mesures de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2015 et de la plate-forme Soins palliatifs y ont largement contribué», ajoutait encore ce même office. S'il n'a pas manqué de relever les lacunes qui subsistent encore, surtout dans les soins de longue durée, et principalement en raison du financement insuffisant, les auteurs de l'enquête ont mentionné d'autres obstacles à la mise à disposition de soins palliatifs, identifiés par les cantons et les sections régionales de palliative ch: le manque de coordination entre les offres et les acteurs impliqués, l'absence de bases relatives à l'identification précoce des patients en situation palliative, le manque de personnel qualifié dans le domaine médical et des soins ou encore une trop grande fragmentation de l'offre avec, pour conséquence, que les personnes concernées risquent de ne pas savoir à qui s'adresser.

Dans un article rédigé à quatre mains (lire en page 13), Michael Kirschner, collaborateur scientifique auprès de Curaviva Suisse, et Christian Streit, directeur de senesuisse, portent un regard rétrospectif critique sur ces dix dernières années de mise en œuvre des soins palliatifs. «Malgré un bel élan de départ et de solides fondamentaux, des objectifs n'ont pas été réalisés et des ressources ont été gaspillées», constatent-ils, pointant les mêmes manquements que ceux mentionnés plus haut. Les deux auteurs concluent cependant sur une note positive, soulignant que «les associations Curaviva Suisse et senesuisse et de nombreux EMS et professionnels se sont impliqués dans la réalisation commune de divers projets».

À titre d'exemples, citons les résidences palliatives vaudoises (page 19), le plan de soins anticipé du canton de Genève (page 24)

ou encore la certification Palliative-Gériatrie à Fribourg (page 27).

Si l'on en croit une récente enquête conduite auprès de la population sur mandat de l'OFSP, près des deux tiers des Suissesses et des Suisses connaissent le terme de «soins palliatifs» ou, du moins, en ont simplement entendu parler. Dans l'esprit de beaucoup cependant, les soins palliatifs restent généralement des soins destinés à des malades souffrant d'un cancer en phase terminale.

Or, en raison de l'évolution démographique, les principaux bénéficiaires des soins palliatifs seront – et sont déjà – les personnes âgées souffrant de maladies chroniques multiples. Dès lors, pour les auteurs d'un Livre Blanc sur les soins palliatifs gériatriques en Suisse romande* «il apparaît comme primordial que médecine gériatrique et soins palliatifs collaborent étroitement afin de créer un nouveau champ de soins interdisciplinaire – les soins palliatifs gériatriques». Parmi les dix recommandations formulées dans ce Livre blanc pour améliorer l'intégration des soins palliatifs gériatriques dans le système de santé, figure le renforcement des compétences gériatriques et palliatives dans les EMS. Un financement suffisant et une bonne coordination entre les acteurs restent donc à plus forte raison un objectif prioritaire.

* «Livre blanc – Soins palliatifs gériatriques en Suisse romande – État des lieux et recommandations», novembre 2018, Ralf J. Jox, Sophie Pautex, Eve Rubli Truchard, Sylvie Logean

Photo de couverture: «La bougie» est un tableau du peintre allemand Gerhard Richter (*1932).

SE DISTINGUE

par sa robustesse et sa durée de vie.



Une qualité inégalée et des programmes de lavage d'une grande variété. Grâce au procédé de lavage wetClean, une machine professionnelle Schulthess nettoie tous les textiles de manière hygiénique, des uniformes de pompiers aux pulls en cachemire en passant par les articles en cuir. Plus d'infos: schulthess.ch/professional-fr

Swissmade

 **SCHULTHESS**

Entretien avec Ralf Jox



6

Les résidences palliatives



19

La formation ES en soins infirmiers



29

Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

Les soins palliatifs

«Laisser faire ce que la nature a décidé»

6

La médecine palliative est la médecine qui accepte que chaque vie a une fin. Mourir, c'est d'abord simplement permettre que cela se produise, affirme le spécialiste de médecine palliative Ralf Jox.

Les soins palliatifs en Suisse

10

Les soins palliatifs ont passé du bénévolat à une mission de service public. Ils occupent une place toujours plus importante.

Un regard critique sur la dernière décennie

13

Quel bilan tirer de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs lancée en 2009? Malgré un bel élan de départ, des obstacles subsistent.

Financement lacunaire

16

Les soins palliatifs aux personnes âgées souffrant de maladies multiples exigent temps et compétences et génèrent des coûts élevés. Les structures de soins de longue durée souffrent cependant d'un financement insuffisant.

Le canton de Vaud teste less résidences palliatives

19

Deux résidences palliatives ont ouvert en début d'année à titre de pilote. Elles sont le chaînon manquant dans l'offre vaudoise de soins palliatifs.

Genève finalise son Plan de soins anticipé

24

En marge des plans cantonaux en matière de démence et de soins palliatifs, Genève finalise son plan de soins anticipé.

La certification fribourgeoise Palliative-Gériatrie

27

Depuis trois ans, les EMS fribourgeois peuvent adhérer à un programme de formation, d'accompagnement et d'évaluation des soins palliatifs, avec certification à la clé.

Formation

Le Centre de formation professionnelle Berne francophone

29

Etabli dans le Jura bernois, le Ceff propose une formation ES en soins infirmiers, la seule en Suisse romande.

Habitat

Habitat protégé: un exemple soleurois

31

Comment vivrons-nous quand la vieillesse sera venue? Deux experts esquissent des solutions et dessinent les modèles d'avenir.

Actualités

Prévoyance vieillesse et soins de longue durée

34

Deux mondes si différents? Le point de vue de Daniel Höchli, directeur de Curaviva Suisse.



DIE PUREN FARBEN.
SCHADSTOFFFREI.
GERUCHSFREI.



Impressum

La *Revue spécialisée* CURAVIVA, publiée de manière trimestrielle, s'adresse aux EMS de Suisse romande, à leurs organes dirigeants et à leurs professionnels, aux décideurs et responsables politiques ainsi qu'aux nombreux partenaires du réseau santé-social qui oeuvrent en faveur des personnes âgées. Cette publication a pour objectifs de renforcer les liens au sein et autour du réseau des EMS au niveau romand, de donner une large audience aux actions, projets et initiatives des établissements, de valoriser les compétences et le dynamisme des professionnels, et d'informer les partenaires des préoccupations, activités et enjeux du secteur.

Editeur: CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses, 2019, 11^e année.
Adresse: Siège CURAVIVA SUISSE, Zieglerstrasse 53, 3000 Berne 14, tél. 031 385 33 33, fax 031 385 33.
Rédaction romande: Anne-Marie Nicole (amn), rédactrice responsable, route du Prieur 65, 1257 Landecy, redaction@curaviva.ch.
Rédaction alémanique: Elisabeth Seifert (esf), rédactrice en chef, Urs Trempp (ut), Claudia Weiss (cw)
Correction: Stephan Dumartheray
Traduction: Sandrine Mehr, Anne-Marie Nicole
Annonces: Zürichsee Werbe AG, Stäfa, tél. 044 928 56 53, e-mail markus.haas@fachmedien.ch
Graphisme et impression: AST & FISCHER AG, 3084 Wabern (mise en page Lisa Oppliger)
Abonnements (non membres): abo@curaviva.ch; CHF 60.– par année, 4 parutions
Tirage: 1000 exemplaires
ISSN 1663-6058

Quelle est la mission des soins palliatifs dans une société qui occulte la mort?

«Qu'a-t-on encore à offrir pour le temps qui reste à vivre?»

La médecine palliative est la médecine qui accepte que chaque vie a une fin. Mourir, c'est d'abord simplement permettre que cela se produise, affirme le spécialiste en soins palliatifs Ralf Jox*.

Propos recueillis par Urs Tremp

Il fut un temps où la mort faisait naturellement partie de la vie. Aujourd'hui, il semble que nous devons réapprendre à vivre avec. Pourquoi est-ce si difficile?

Ralf Jox – C'est juste, c'était avant. Je dirais que jusque dans les années soixante, la mort était simplement un destin que l'on acceptait. Elle faisait partie de la vie, du quotidien. Il y avait des rituels pour accompagner les mourants et les morts. Cela n'existe quasiment plus aujourd'hui sous cette forme. En quelques années, la mort est devenue quelque chose de fondamentalement différent.

Pourquoi?

Cela tient principalement à la médecine. Les progrès de la médecine ont modifié notre rapport à la mort.

De quelle façon?

En quelques décennies, l'espérance de vie a augmenté, non pas

* **Ralf Jox**, 45 ans, est médecin et philosophe. Il est co-responsable de la Chaire de soins palliatifs gériatriques de l'Université de Lausanne et membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine.

en années, mais en dizaines d'années. Encore au début du 20^e siècle, la soixantaine était considérée comme «un bel âge». Plus l'espérance de vie s'est allongée, plus la mort s'est éloignée.

Et c'est justement tandis que la mort s'est éloignée que sont apparus les soins palliatifs.

En effet, les soins palliatifs sont apparus à ce moment-là, dès les années 1960, en même temps que la médecine d'urgence et les soins intensifs. Un cardiologue britannique a conçu à cette époque le premier défibrillateur portable. Cela voulait dire que

l'on pouvait survivre à un arrêt cardiaque ou à un infarctus. C'est aussi à cette même période que l'on a commencé à transplanter des organes. Puis les traitements des cancers sont devenus plus efficaces. De nombreux antibiotiques et autres médicaments ont été développés. Autrement dit, la médecine intensive et la médecine d'urgence ont fait un pied de nez

à la fatalité de la mort telle qu'on la vivait autrefois. Au sein de la société, le rapport à la mort s'est transformé. On a cessé de parler de mort, mais des possibilités offertes par la médecine de prolonger la vie. On est parti de l'idée que l'on pouvait tout réparer et guérir. C'est ainsi qu'on a écarté la mort, qui a disparu de notre quotidien.

Et pourquoi a-t-on besoin des soins palliatifs justement maintenant?

La médecine et l'industrie pharmaceutique ont promis beaucoup, et elles ont aussi apporté beaucoup. Elles ont offert aux individus des années de vie supplémentaires, souvent dans de bonnes conditions. L'être humain reste cependant mortel. Simplement, il ne meurt plus à 50 ou 60 ans, mais à 80, 90, voire 100 ans. La mort s'est déplacée dans les hôpitaux, dans les EMS ou dans les hospices, là où elle se passait déjà.

«On est parti de l'idée que l'on pouvait tout réparer et guérir.»

Et cela a-t-il changé la façon de mourir?

Oui, aujourd'hui, nous mourons autrement qu'il y a cinquante ou cent ans.

Comment donc?

Outre les progrès de la médecine, un changement des structures familiales et une importante sécularisation ont conduit à la disparition de la plupart des rituels funéraires traditionnels. La fin de vie et la mort ont été professionnalisés et institutionnalisés. Les soins palliatifs s'inscrivent dans cette évolution. Et mourir au grand âge – comme c'est souvent le cas aujourd'hui – est bien différent de mourir jeune. Ce sont d'autres maladies, d'autres façons de mourir. Ce qui explique aussi le développement actuel des soins palliatifs gériatriques. La plupart des personnes âgées souffrent de maladies chroniques, souvent de multimorbidité. Ces situations requièrent un autre accompagnement de fin de vie que celui apporté aux mourants de cinquante ou soixante ans.

Y a-t-il une façon de bien mourir?

Ce serait une erreur de croire que l'on peut se soumettre à la mort comme on se soumet à une intervention médicale, et finalement contrôler la mort. Mourir, c'est d'abord simplement permettre que cela se produise.

Comment y parvient-on?

En n'essayant pas d'interférer ou d'intervenir activement, mais en acceptant ce que la nature a prévu.

Cela semble plus facile à dire que ça ne l'est...

Contrairement à tous les autres êtres vivants, l'être humain sait qu'il est mortel. Nous ne sommes pas qu'un produit de la

nature, comme un arbre ou un animal. Notre ancrage dans notre environnement, notre famille, notre cercle d'amis joue un rôle important dans la fin de vie. Nous mourons comme nous avons vécu. Dans la vie, nous avons régulièrement dû vivre des deuils, nous avons souffert de pertes. Si nous pouvons accepter cela, alors nous pouvons aussi mourir plus paisiblement. La mission des soins palliatifs est d'aider les personnes qui ont de la difficulté à lâcher prise et qui en souffrent.

«Réfléchir de la juste manière à la mort et à la finitude protège de l'orgueil et de l'arrogance.»

Physiquement?

Oui, aussi des douleurs physiques, que nous traitons avec des médicaments. Les mourants ne doivent pas avoir le sentiment de devoir encore traverser cette épreuve-là. Ce qui importe avant toute chose, c'est la présence et la communication. En soins palliatifs, l'action thérapeutique numéro un est le dialogue. Cela remplace bien des médicaments.

Et ce sont les professionnels qui conduisent ce dialogue? Pas la famille?

Naturellement, c'est bien si la famille peut et veut y participer. Mais comme je l'ai mentionné précédemment, les structures familiales traditionnelles sont plus précaires. Et la personne âgée, très âgée, n'a souvent plus personne de suffisamment proche avec qui avoir de telles discussions. Voilà pourquoi les soins palliatifs sont devenus une discipline des professionnels: les médecins, le personnel soignant, les aumôniers, les accompagnants de fin de vie. Ils ont – ou du moins devraient avoir – une sensibilité particulière pour répondre aux souhaits des mourants. Car il n'y a pas de recette miracle pour bien mourir. Beaucoup de gens affirment, par exemple, préférer mourir à la maison. Mais il y en a aussi qui aimeraient mourir à l'hôpital, >>



«Idéalement, j' imagine que l'on meurt, conscient d'avoir vécu une vie bien remplie, qui touche maintenant à sa fin et sur laquelle on jette encore une fois un regard dans la lumière du soir.»

parce qu'ils connaissent l'équipe, parce que l'hôpital leur est devenu familier, parce qu'ils s'y sentent en sécurité. Prendre en considération de tels désirs c'est aussi la tâche des soins palliatifs.

Les soins palliatifs doivent-ils aussi reconforter?

En médecine, nous avons cet adage: guérir parfois, apaiser souvent, reconforter toujours. Les soins palliatifs sont du reconfort, même si aujourd'hui on parle plus volontiers d'accompagnement. Et effectivement, les soins palliatifs prennent aujourd'hui le relais de la religion qui autrefois accompagnait la fin de vie. Nous sommes aussi des accompagnants spirituels.

Vous avez dit que la mort devait être acceptée car la nature l'avait prévue. A partir de quel moment doit-on l'accepter?

C'est une question difficile. On pourrait dire ceci, de façon caricaturale: aujourd'hui, la plupart des personnes ne peuvent pas mourir sans qu'elles l'aient décidé...

... ou sans que les proches l'aient décidé.

Oui, si le patient n'est plus en mesure de le faire et s'il n'a pas rédigé de directives anticipées. En tous les cas, il importe qu'une décision soit prise ensemble: la personne concernée, si elle peut encore s'exprimer, les proches, le corps médical. Il s'agit alors de s'interroger sur ce qu'on a encore à offrir pour une vie future, quelle qualité de vie est encore possible. Accepter un traitement, par exemple pour continuer de vivre encore quelques mois, même grabataire, seule la personne concernée peut le décider. Ou les proches, qui doivent décider selon la volonté présumée de la personne.

La médecine est-elle toujours honnête lorsqu'elle offre des perspectives? L'ambition de la médecine est de préserver et prolonger la vie.

Je crois que beaucoup de médecins sont fondamentalement honnêtes et ne trompent pas leurs patients. Mais nous savons aussi que les médecins sont souvent plus optimistes dans leurs pronostics que ce que révèlent les données médicales objectives. Les médecins ont aussi appris à préserver la vie. Ce qui n'a rien à voir avec l'honnêteté ou la malhonnêteté, mais avec une volonté de relever le positif. En fin de vie, c'est important que les médecins aussi évaluent ce qui est réalistement possible et ce qui ne l'est pas. Pour ce faire, le dialogue avec les spécialistes des soins palliatifs est le plus souvent très utile. Tout comme les entretiens avec les proches.

L'âge joue-t-il un rôle dans les décisions à prendre? Décide-t-on différemment lorsqu'on est une femme de 95 ans ou un homme de 40 ans?

Il n'y a pas de limite d'âge stricte. Il n'y a pas non plus en Suisse de rationnement des soins en fonction de l'âge tel qu'il existe en Angleterre où certaines prestations médicales sont refusées aux patients à partir d'un certain âge. Mais on a découvert quelque chose de très intéressant: une étude conduite dans une institution de médecine gériatrique accueillant des personnes âgées de 80, 85 ou 90 ans, a cherché à savoir combien d'entre elles voulaient être réanimées suite à un accident. Les résultats ont montré que la volonté de vivre ou non de ces personnes ne



«Les structures familiales traditionnelles sont plus précaires. Voilà pourquoi les soins palliatifs sont devenus une discipline des professionnels», affirme Ralf Jox, spécialiste en médecine palliative.

Photo: Urs Tresp

dépendait pas de la nature des blessures ni des perspectives, mais de leur rapport à leur propre vie. Ainsi, certaines personnes même peu atteintes des suites d'un accident ont estimé qu'il était temps que cela s'arrête, tandis que d'autres souhaitaient continuer de vivre malgré d'importantes limitations. Savoir à quel moment on est prêt à prendre congé de la vie est une question très individuelle. Il n'y a pas de limite chronologique qui détermine à quel moment on doit accepter de mourir.

Quand peut-on dire que le moment de l'acceptation est venu?

Une recherche a récemment été réalisée dans divers EMS de Suisse pour savoir à quel moment les personnes expriment le désir de mourir et à quoi cela tient. Il y a un bon 20% des personnes qui souhaitent mourir rapidement après leur admission dans une institution. Non qu'elles veuillent avoir recours à une organisation d'aide au suicide, mais qui souhaitent s'endormir le plus vite possible et ne plus jamais se réveiller. Souvent, ce désir n'est pas motivé par des souffrances. Il traduit plutôt le sentiment d'être arrivé au terme de son parcours de vie. On jette un regard en arrière, dans le meilleur des cas on est content de ce que l'on a fait, et on estime que cela suffit. On n'a plus ni buts ni projets. D'autres personnes, qui vivent aussi dans une institution, sont encore très actives et pleines d'énergie. Je pense toutefois qu'à un moment ou à un autre la lassitude de la vie apparaît, qui n'a rien à voir avec des douleurs ou des souffrances, mais avec un sentiment de plénitude et de finitude.

Et aussi le sentiment que l'époque à laquelle on a appartenu est révolue...

Certaines personnes âgées et très âgées ont en effet l'impression qu'elles ne sont plus de notre temps: «Ce qui se passe au-

jourd'hui n'est pas mon monde.» C'est aussi compréhensible. Le monde d'il y a cinquante ans était autre que celui d'aujourd'hui. Même les années quatre-vingts ou nonante nous paraissent bien loin. On ne s'étonne donc pas lorsqu'une personne demande si elle doit encore participer à toutes ces nouveautés. Nous vivons actuellement quelque chose d'inédit: d'une part, l'espérance de vie augmente fortement, d'autre part les changements au sein de la société n'ont jamais été aussi rapides. En d'autres termes, le monde dans lequel nous naissons est complètement différent de celui que nous quitterons pour l'éternité.

Quelle qualité de vie peut-on encore espérer lorsqu'on ne vit plus avec son époque, lorsqu'on n'a plus la force de relever des défis, de poursuivre des buts?

Nous parlons toujours de la qualité de vie individuelle. Cela signifie que chacun et chacune la définit pour soi-même. Il existe bien des échelles qui tentent de mesurer la qualité de vie. Mais elles ne sont pas individualisées. Quelqu'un en fin de vie aimerait retourner une dernière fois à un certain endroit. Un autre souhaiterait avoir encore une fois son chien près de lui, un troisième veut absolument vivre jusqu'à la naissance de son petit-fils ou arrière-petit-fils. Tout cela n'est réellement possible que si l'on n'est pas perclus de douleurs. Et c'est là

qu'interviennent les soins palliatifs, pour contribuer à cette qualité de vie et permettre ces désirs. Nous constatons régulièrement que de nombreuses personnes, qui savent que la mort est proche et que le temps est compté, ressentent le besoin de faire quelque chose encore une fois.

Les mourants sont-ils réalistes au point de savoir ce qui va encore et ce qui ne va plus?

Oui. Ils sont souvent bien plus réalistes que leurs proches, parfois aussi plus réalistes que les médecins et les soignants. Régulièrement, il nous est donné d'observer que les patients sentent que c'est la fin, et savent le temps qui leur reste à vivre. C'est pourquoi nous devons écouter les patients. Lorsque l'un dit souhaiter voir encore une fois son frère d'Amérique, c'est souvent le signe qu'il sent que la fin est proche.

Nous l'avons évoqué en début d'entretien, la mort est absente de notre quotidien. Pourtant, nous savons bien que nous devons mourir. À quel moment de notre existence devons-nous nous préparer à la mort?

Le rapport à la mort est différent à chaque âge de la vie. Les enfants sont curieux et veulent savoir ce qu'est la mort et pourquoi les gens doivent mourir. On peut avoir connu des décès durant l'enfance ou l'adolescence: la grand-mère décède, un camarade d'école meurt dans un accident, une fille du cercle d'amis se suicide... C'est triste et ça nous touche, mais cela ne veut pas dire que l'on réfléchit alors à notre propre mortalité. Jeune, on construit sa vie et on a l'avenir devant soi. Plus tard, durant la vie active, on pense peu à la mort. Et puis un jour, on est plus souvent invité à des enterrements qu'à des mariages et on prend conscience que son propre temps commence aussi à s'écouler: les enfants quittent la maison, on prend sa retraite, on déménage dans un appartement protégé. La vue baisse et la forme physique décline. Toutes ces pertes sont souvent l'occasion de penser à la mort, à sa propre mort. On commence à prendre des dispositions, à rédiger des directives anticipées ou à formuler un mandat pour cause d'incapacité. Gardant aussi à l'esprit que les soins palliatifs existent et qu'ils ne sont pas prodigués seulement lorsqu'on est allongé sur son lit de mort. La philosophie et la religion nous enseignent une grande sagesse: réfléchir de la juste manière à la mort et à la finitude protège de l'orgueil et de l'arrogance – cela vous rend humble. On ne se surestime pas, et ses forces non plus. Et je crois que la confrontation à la mort et l'acceptation de la finitude sont source d'apaisement. Celui qui est conscient de sa finitude est ancré dans une société, dans une génération, il sait et accepte: il y en aura d'autres qui poursuivront le chemin ce que l'on a soi-même commencé. À mon avis, ce serait cruel et terrible de vivre 400 ou 500 ans. Que ferions-nous de tout ce temps? Je trouve terrible de voir que nombre de scientifiques aspirent à un tel allongement de la durée de vie. Idéalement, j'imagine que l'on meurt, conscient d'avoir vécu une vie bien remplie, qui touche maintenant à sa fin et sur laquelle on jette encore une fois un regard dans la lumière du soir. ●

Annonce

**SWISS
HANDICAP**

**Salon pour les personnes
avec et sans handicap**

29.-30.11.19
Messe
Luzern

Partenaire d'or
Plusport
Behindertages Schweiz
Sport Handicap Luzern
Sport Handicap Schweiz

exceptionnellement
habituellement

swiss-handicap.ch

Texte traduit de l'allemand

Les soins palliatifs en Suisse – L'histoire, les besoins, l'offre

Du bénévolat à la mission de santé publique

La médecine peut prolonger la vie. Mais elle ne peut pas empêcher la mort. Malgré la médecine de pointe, les soins palliatifs occupent donc une place toujours plus importante. Ignorés durant longtemps en Suisse, leur urgence est aujourd'hui reconnue.

Urs Tremp

Ils ont gelé leurs espérances dans des citernes en acier. Dans le désert de Sonora, dans le sud-ouest californien, des centaines de corps d'humains et d'animaux sont déposés dans des entrepôts souterrains, plongés dans de l'azote à moins 196 degrés, en attendant une renaissance. Pour le commun des mortels, ils sont morts. Mais ils sont morts avec la conviction qu'il sera possible, un jour, de redonner vie à leur corps grâce aux nanotechnologies, à l'intelligence artificielle, aux nouvelles découvertes et progrès de la chimie et de la médecine.

Ce n'est pas un hasard si cet espoir de résurrection est apparu justement dans les années 1960. À cette même époque, la médecine affichait des progrès fulgurants. L'espérance de vie ne cessait d'augmenter – du moins dans les pays occidentaux. Une vie longue d'un siècle devenait soudainement possible. Les maladies comme la peste, qui avaient régulièrement dépeuplé des régions entières, appartenaient à un passé lointain. Et seules peut-être les personnes âgées se souvenaient encore de la pandémie de grippe dévastatrice – la grippe espagnole de 1918. La mort? Un accident de parcours que la médecine n'avait pas encore complètement maîtrisé.

Mais on y travaillait.

Et un jour, le sida est apparu

Une douzaine d'années après que les transhumanistes ont donné une image quelque peu effrayante de l'espoir d'une vie éternelle avec leurs citernes en acier, une maladie s'est répandue dans le monde, qui a replacé la mort au cœur de la société. Celles et ceux qui étaient adultes dans les années 1980 ont certainement croisé dans leur cercle de connaissances quelqu'un qui s'amaigrissait de jour en jour et qu'on voyait de moins en moins et pour lequel la médecine ne pouvait plus rien faire. Tandis que des personnalités comme l'acteur américain Rock Hudson ou le chanteur de rock mondialement connu Freddie Mercury ont mis sur le devant de la scène le sida et son issue fatale, les gens ont pris conscience que la mort n'est pas un accident de parcours. La mort fait partie de la vie, aussi douloureux que cela soit, et apporte perte et chagrin à ceux qui restent.

Mais comment mourir dans une société qui ne pratique plus de rituels religieux comme au temps passé? Dans une société qui délègue la fin de vie et la mort aux hôpitaux et aux EMS? Face à la menace de cette nouvelle maladie du sida, on s'est rendu compte que les rituels, qui pourtant tapportaient réconfort et soutien,

manquaient. On ne voulait pas laisser partir ces personnes qui mouraient en pleine force de l'âge sans les accompagner. C'est ainsi qu'ont été créées les premières institutions publiques de soins palliatifs pour accompagner les malades en fin de vie.

L'accompagnement de fin de vie, un travail bénévole

Auparavant, il y avait eu des initiatives privées, principalement portées par les églises, à l'image de ce qui se faisait en Angleterre dans les années 1960 pour accompagner les mourants. En Suisse, contrairement à l'Allemagne ou aux États-Unis qui avaient créé des hospices selon le modèle anglais, l'accompa-

Avec le sida, les gens ont pris conscience que la mort n'est pas un accident de parcours.



Un patient malade du sida avec un bouquet de lavande: éveiller les sens contribue à la qualité de vie, aussi durant les derniers mois de vie.

gnement de fin de vie était un mélange de soins médicaux, infirmiers et spirituels, qui dépendait souvent du hasard et de l'engagement d'un hôpital ou d'un home et qui était confié à des bénévoles.

Cet accompagnement, qu'on n'appelait pas encore soins palliatifs, était principalement destiné à des patientes et patients plus jeunes, atteints de cancer, à des personnes qui mouraient bien avant leur heure. Dans l'esprit des accompagnants de fin de vie, il était donc évident que leur présence et leur réconfort s'adressaient avant tout à ces malades de cancer. Cette conviction a perduré. L'engagement important de la ligue contre le cancer en faveur des soins palliatifs, en Suisse, a sans doute encore renforcé cette idée. Aussi sans doute le fait que c'est un oncologue qui est à l'origine de la notion de «soins palliatifs».

L'Organisation mondiale de la santé a adopté la notion de soins palliatifs en 1990. Aujourd'hui, c'est un terme couramment utilisé. En Suisse, selon une récente enquête, 59% de la population savent ce que sont les soins palliatifs ou en ont au moins entendu parler. La notion est beaucoup plus connue en Suisse romande. Cela tient sans doute au fait que le premier centre de soins palliatifs a vu le jour à Genève en 1979 déjà. En Suisse alémanique, ce ne fut le cas qu'en 1991, à Saint-Gall.

L'idée que les soins palliatifs bénéficient en premier lieu aux personnes atteintes d'un cancer est encore largement répandue aujourd'hui. Pourtant, parmi les quelque 40 millions de personnes dans le monde qui ont besoin chaque année de soins palliatifs, 39% souffrent de maladies cardio-vasculaires, 34% de cancer, 10% de maladies pulmonaires chroniques, 6% de sida et 5% de diabète. Pour les patients qui ne souffrent pas d'un cancer, il est donc possible que leurs besoins en soins palliatifs

ne soient pas reconnus et que les mesures nécessaires ne soient pas ou que tardivement mises en œuvre. Dans le cas des soins dispensés à domicile surtout, une déficience dans ce domaine peut avoir des conséquences désastreuses sur la qualité de vie.

La qualité de vie malgré l'absence de perspective de guérison

Car c'est bien là l'objectif des soins palliatifs: maintenir la qualité de vie même en l'absence de perspective de guérison. En d'autres termes, il s'agit de soulager les souffrances. Le médecin spécialisé en soins palliatifs Ralf Jox (lire l'interview en page 6) regrette que les soins palliatifs soient encore trop souvent associés aux tout derniers jours de la vie ou à l'échec de la médecine. «Cette attitude erronée a pour conséquence que de

nombreuses personnes en Suisse ne peuvent pas bénéficier de soins palliatifs durant les derniers mois de leur vie, alors qu'une prise en soins précoce offre des avantages en terme de qualité de vie.»

La situation s'est tout de même améliorée en Suisse au cours de ces dernières années, même si l'objectif n'est de loin pas encore atteint. Après d'interminables hésitations et

malgré la pression politique, la Confédération a lancé en 2009 la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs, qui a trouvé un prolongement en 2016 dans la Plate-forme soins palliatifs. Pendant ce temps, tous les cantons ont ancré les soins palliatifs dans la loi ou dans des stratégies relevant du domaine des soins. Il y a certes encore des lacunes dans l'offre proposée. Mais selon une enquête menée en 2008 par la Société Suisse de médecine et de soins palliatifs palliative ch, les cliniques et unités spécialisées en soins palliatifs disposaient alors de quelque 200 lits contre plus de 500 dix ans plus tard. Les unités palliatives existantes ont été agrandies et réaménagées. Dans

>>

Tous les cantons ont ancré les soins palliatifs dans la loi ou dans des stratégies.

le même temps, le nombre des hospices avec des prestations de soins palliatifs s'est multiplié. L'Association des hospices suisses regroupe actuellement seize institutions.

«Une certitude apaisante»

«Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de personnes que par le passé qui souffrent d'une maladie incurable et qui ont accès à une prise en charge palliative, que ce soit à domicile, dans une institution médico-sociale ou en milieu hospitalier», affirme Pascal Strupler, le directeur de l'OFSP. «Dans la mesure où les médias se sont largement emparés de la thématique, les soins palliatifs sont aujourd'hui bien connus. Et c'est important, car nous avons ainsi tous la certitude apaisante que nous pourrions vivre la dernière phase de notre vie sans douleurs, malgré la gravité d'une maladie, et mourir dans la dignité.»

Il est vrai qu'il n'y a pas que le nombre des structures qui a augmenté. Le transfert de connaissances et la coordination des diverses activités se sont considérablement améliorés. La Plateforme soins palliatifs liste les projets qui favorisent la mise en réseau et l'échange de savoirs. À cela s'ajoutent les services bénévoles, les hotlines, les cafés pour l'échange d'expériences et les filières de formation. Par exemple, un nouveau cursus de formation continue en soins palliatifs démarre cet automne à

l'Université de Lucerne. Les étudiants ne se concentrent pas uniquement sur les questions médicales, mais également sur tous les autres aspects tels que l'organisation, la gestion des soins, le droit, l'éthique, la spiritualité ou les conditions-cadres politiques.

Une grande lacune subsiste cependant en Suisse dans le domaine des soins palliatifs spécialisés dans les structures de soins de longue durée: dix-sept cantons sur vingt-quatre (71%) considèrent l'offre dans ce domaine insuffisante ou très insuffisante. Le financement en est la première cause mentionnée.

En regard de l'évolution démographique, ce manque risque de s'aggraver. À l'avenir, les personnes âgées seront les principales bénéficiaires des soins palliatifs. Il faudra donc des professionnels aptes à collaborer étroitement entre gériatrie et soins palliatifs. La mise en œuvre active des soins palliatifs est d'autant plus importante que la fin de vie est aujourd'hui souvent un long processus avec de nombreuses décisions thérapeutiques difficiles à prendre.

Il reste donc encore beaucoup à faire. ●

À l'avenir, les personnes âgées seront les principales bénéficiaires des soins palliatifs.

Texte traduit de l'allemand

Annonce

PUISSANTE DOUCHETTE SEANT
 DETARTRAGE
 OSCILLATION
 COMMANDE D'APP
 CLEANET.CH

LAUFEN

SWISS BAU
 UNIR ET RÉUNIR.
 14-18 janvier 2020

HALLE 2.2, STAND A18 & B18

Rétrospective critique sur la stratégie nationale en matière de soins palliatifs

Dix ans durant lesquels il aurait été possible de faire mieux

Quel bilan tirer de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs lancée en 2009 par la Confédération et les cantons, puis de sa Plate-forme soins palliatifs? Malgré un bel élan de départ et de solides fondamentaux, des objectifs n'ont pas été réalisés et des ressources gaspillées.

Von Michael Kirschner* und Christian Streit*

«Ancrer ensemble, avec tous les acteurs, les soins palliatifs dans la santé, la formation et la recherche»: tel était l'objectif ambitieux de la Stratégie nationale lancée en 2009 par la Confédération et les cantons. «Pour corriger les lacunes constatées», de nombreux objectifs, principaux et secondaires, avaient été fixés dans divers domaines de compétence.

Ces objectifs ont-ils été atteints? C'est justement ce que le Parlement aimerait savoir, qui a transmis pour cela un postulat au Conseil fédéral en 2018 (lire l'encadré). Et vous, que répondriez-vous? Quel bilan tirer, en ce qui vous concerne? Avez-vous reçu des aides concrètes pour la pratique ou juste quelques tonnes (!) de pages de documents?

Les facteurs de succès des stratégies nationales

Pour rester dans la paperasse – et pour rendre le tout plus compréhensible – référons-nous à la publication de 2008 «Elabora-

* **Michael Kirschner** est collaborateur scientifique auprès du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse.

** **Christian Streit** est directeur de senesuisse, le groupement suisse de maisons de retraite et de soins à caractère économiquement indépendant.

tion de programmes fédéraux dans le domaine de la santé: les facteurs de réussite». Y sont détaillés les critères de qualité indispensables (avec des concepts épatants comme le fondement sur les données probantes, la qualité orientée sur la mise en œuvre, l'efficacité procédurale ou encore l'évaluation). Naturellement, en tant que gardien de la «santé publique» (public health), l'OFSP axe aussi la mise en œuvre de ses stratégies nationales sur des standards internationaux comme le Public

Health Action Cycle ou encore l'Evidence-based Public Health.

Rétrospectivement, il apparaît que les fondamentaux de ces standards ont été systématiquement ignorés. Qui-conque ayant suivi un cours

La nécessité d'agir au niveau des EMS n'a pas été considérée comme prioritaire.

en développement stratégique connaît les cycles essentiels – applicables également ici:

- Analyse: collecte des données nécessaires à l'identification des problèmes.
- Action: les problématiques sont priorisées en fonction de leur importance et des ressources disponibles pour ensuite formuler des objectifs.
- Mise en œuvre : détermination et mise en œuvre d'actions concrètes pour atteindre ces objectifs.
- Évaluation: analyse post-exercice permettant la planification des étapes suivantes.

Réexaminons ensemble, d'un regard critique et selon ce modèle, ce qui a changé pour les EMS au cours de la décennie écoulée.

Analyse

Connaître les problématiques des EMS ne semble pas avoir été une priorité. Un état des lieux national réalisé en 2008, impli-

>>

quant hôpitaux, EMS, institutions de soins palliatifs, services mobiles et organisations d'aide et de soins à domicile, a permis d'obtenir une première vue d'ensemble. Mais à ce jour, c'est aussi la dernière.

Depuis lors, seuls des experts, et plus précisément des «personnes en charge au sein des directions cantonales de la santé» ont été interrogées. La première enquête dans les cantons (2011), concentrée sur l'offre disponible en matière de soins palliatifs, excluait de facto «tout témoignage sur la situation des soins palliatifs de base (médecins, services hospitaliers externes, unités de soins aigus, EMS)». Une seconde enquête dans les cantons (2013) offre un bon aperçu des soins palliatifs de base, mettant notamment en lumière les initiatives prises dans les EMS: formation des collaborateurs et élaboration de concepts adaptés. Le mandat du Parlement n'a pas suffi pour initier une seconde enquête nationale sur l'intégration des soins palliatifs. En lieu et place, des enquêtes partielles ont été lancées: en 2018, au niveau cantonal tout d'abord (via les sections cantonales de palliative ch), puis auprès des services d'aide et de soins à domicile, et, en dernière minute, des EMS. Mais cette seule enquête

suffit à mettre en lumière de grandes disparités dans l'évaluation. Il n'existe malheureusement aucune synthèse des diverses études menées depuis 2008 – et donc aucun tableau d'ensemble clair et transparent des développements et des défis en matière de politique de santé.

Action

La nécessité d'agir au niveau des EMS n'a pas été considérée comme prioritaire. Et ce, bien qu'un tiers des personnes de plus de 65 ans en Suisse y décèdent (sans avoir séjourné en hôpital dans leur dernière année de vie!) et alors que les soins palliatifs font partie de leurs principales préoccupations.

Au lieu de quoi, la phase 2010–2012 de la stratégie s'est concentrée sur les «soins palliatifs spécialisés» dans les hôpitaux. L'importance des EMS dans le contexte des soins de base n'a été reconnue qu'en 2013–2015, conduisant dans la foulée à une modification de l'objectif premier: «La Confédération et les cantons, en coordination avec les principaux acteurs, ancrent les soins palliatifs dans le domaine de la santé comme dans d'autres secteurs. Les malades gravement atteints et les personnes en fin de vie en Suisse bénéficient ainsi de soins palliatifs adaptés à leurs besoins, ce qui améliorera leur qualité de vie». Mais la tardive reconnaissance de ce besoin en EMS ne s'est traduite par aucune mesure significative.

Rien n'illustre mieux à quel point les textes stratégiques sont éloignés de la pratique que cette citation tirée de la phase 2013–2015: «La continuation de la stratégie a pour but d'intégrer autant que possible les responsabilités dans les structures existantes, en tenant compte des attributions respectives de la Confédération (formation, recherche) et des cantons (soins)». Sans préciser quelles sont ces responsabilités, et qui est supposé les assumer financièrement.

Mise en œuvre

Le financement, justement: les énormes failles en matière de financement des prestations palliatives font que tous les documents stratégiques, depuis dix ans, insistent sur le fait qu'il est urgent d'agir. Mais qu'est-ce qui a réellement été réalisé pour les EMS?

En préalable à toute décision, un certain nombre de définitions ont été élaborées (principes directeurs nationaux, concept cadre), prévoyant systématiquement des prestations supplémentaires (diverses «recommandations»). Mais, paradoxalement, lorsqu'on en vient au financement proprement dit, il n'y a plus personne pour payer. La modification de l'art. 7 de l'OPAS (remboursement des prestations de coordination) semblait apporter une lueur d'espoir: à ce jour pourtant, il n'y a toujours aucune véritable solution.

Une «Étude suisse des coûts-bénéfices» devait faire la preuve que les soins palliatifs permettent de réaliser des économies en améliorant la qualité de vie. L'étude de faisabilité réalisée en 2014 a fini par conclure que ce n'était réalisable qu'au prix de gros efforts et en ne garantissant qu'un piètre niveau de qualité, en raison de l'utilisation généralisée des soins palliatifs et du peu de données disponibles. Des études plus ciblées ont donc été réalisées, sur une moindre échelle, notamment sur les services mobiles, les EMS, les hôpitaux et les hospices. Mais l'absence de protocoles d'enquête homogènes (définitions, cri-

La «Palliative Care Box»

La «Palliative Care Box» de Curaviva Suisse offre aux professionnels et aux responsables des institutions

- des argumentaires pour la mise en place de processus organisationnels,
- des informations sur les thèmes du financement, de la formation et de la qualité,
- une «toolbox» regroupant outils de travail et instruments nécessaires à l'implémentation, tant au niveau managérial qu'à celui du personnel spécialisé (prestations essentielles pour les soins palliatifs de base),
- des exemples de bonnes pratiques, issus de l'expérience tant de petites unités que de grands établissements.

Disponible dès fin octobre sur:

www.curaviva.ch/palliative-care-box.

Annonce



TUYAUMAX 

Entretenez vos tuyaux

Nettoyage des canalisations
Contrôle caméra

Nettoyage de ventilations

info@tuyaumax.ch
tuyaumax.ch

Contrôle gratuit des canalisations + ventilations

Max vient toujours! 0848 852 856

tères d'inclusion et/ou d'exclusion, méthodes statistiques, etc.), rend impossible toute conclusion puisque, une fois de plus, manque la synthèse qui permettrait, en proposant des recommandations concrètes pour éliminer lacunes et autres incitations inopportunes, de fournir un tableau complet des politiques de santé publique.

Quant à «l'ancrage», les stratégies nationales ne devraient-elles pas définir les fondamentaux permettant leur mise en œuvre? Qui, à l'heure actuelle, a encore une vue d'ensemble sur la masse de lignes directrices, concepts, recommandations, critères, checklists, études et autres enquêtes existantes? Seule la réalisation d'un site internet «test» relayant le point de vue des directions d'EMS permettrait à l'OFSP et palliative ch de se rendre compte que ce dont elles ont besoin, ce sont des aides concrètes à la mise en œuvre, et non des recommandations supplémentaires. «De la pratique pour la pratique»: c'est dans cette perspective que Curaviva Suisse a développé sa «Palliative Care Box», conçue comme une véritable aide et mettant, dès fin octobre, des guides pratiques à la disposition des professionnels (lire l'encadré).

Évaluation

Quelle est l'utilité d'une stratégie nationale non évaluée? Il n'est pas facile de préciser quels objectifs ont été ou non réalisés. On a ainsi renoncé à évaluer la phase 2010–2015: six mois avant sa conclusion, un communiqué de presse proclamait que «de très nombreuses mesures» avaient été prises et que «la stratégie était un succès du point de vue des participants». C'est donc sur la seule base de ce communiqué triomphaliste que la Confédération et les cantons ont décidé en 2017 de poursuivre la stratégie avec la Plate-forme soins palliatifs.

En 2016, le concept (non publié) de mise en œuvre de la Plate-forme nationale soins Palliatifs fixait comme objectifs prioritaires la mise en réseau, le transfert de connaissances et la coordination entre les différents acteurs, mettant en exergue des éléments essentiels des précédents objectifs prioritaires et

Le postulat du Parlement

Le Parlement a chargé le Conseil fédéral d'élaborer un rapport et des recommandations en ces termes: «Le rapport doit

- indiquer comment des soins palliatifs généraux et spécialisés, accessibles à tous, peuvent être mis en place et financés dans l'ensemble de la Suisse, de manière pérenne et durable;
- préciser la manière dont la planification provisionnelle en matière de santé (p. ex. Advance Care Planning, directives anticipées) peut être mieux intégrée dans le domaine des soins;
- déterminer la manière de renforcer l'information et la sensibilisation de la population sur la thématique de la fin de vie, afin d'améliorer le droit à l'autodétermination;
- identifier un éventuel besoin de réglementation – et, le cas échéant, dans quel domaine.

annexes, désormais regroupés sous le concept de «Vision» (accessibilité, qualité de vie), tandis que le «groupe directeur» (OFSP, CDS/cantons, palliative ch) diligentait études et enquêtes supplémentaires sur les trois axes prioritaires qu'il avait définis: financement/soins, disponibilité des données/transfert de connaissances, formation.

Considérée d'un œil critique, il apparaît que la plate-forme s'est transformée en vitrine d'exposition destinée à mettre en valeur lesdites études. Elle n'est pas une véritable «plate-forme nationale» permettant de coordonner la mise en réseau ou le transfert de savoirs avec d'autres activités, par exemple les programmes existants au niveau national («Fin

de vie 2012–2017», «Politiques de santé publique 2017–2023», «ASSM Soins palliatifs 2014–2018»).

Mais la plate-forme a-t-elle atteint ses buts? D'après une enquête conduite par l'OFSP auprès de ses membres (autorités et organisations cantonales et fédérales), elle aurait «largement atteint ses objectifs». Cependant, l'évaluation n'ayant pas été publiée en entier, un «détail» reste inconnu: le point de vue des prestataires (hôpitaux, services d'aide et de soins à domicile, homes médicalisés).

Que l'on ait multiplié les prolongations pendant dix ans, sans la moindre évaluation indépendante et transparente, est préoccupant. Surtout si l'on se rappelle que les soins palliatifs, selon la stratégie fédérale «Santé 2020», sont censés éviter les doublons et l'inefficacité, en limitant les coûts et en améliorant la prise en charge et la qualité de vie. Pas étonnant, donc, que «Santé 2020» (14 stratégies nationales et 92 projets annexes) n'ait pas non plus été analysée.

Conclusion

Dans la mesure où le rapport n'est pas encore un postulat, résumons-le rapidement: «Les deux principaux obstacles à la généralisation des soins palliatifs sont, d'une part un financement fragmenté et insuffisant, d'autre part le manque de coordination» (extrait de l'enquête cantonale/sections de palliative ch). C'est la même problématique centrale depuis dix ans et qui est toujours non résolue.

En conclusion, nous aimerions relever que le cadre des travaux liés à la stratégie a permis de belles impulsions et la mise sur pied de solides principes de base. Les associations Curaviva Suisse et senesuisse, de nombreux EMS et professionnels se sont impliqués dans la réalisation commune de divers projets. La stratégie a élargi et renforcé l'accent mis sur la perception et l'approche de la fin de vie comme des besoins et des souhaits des personnes concernées et de leurs proches, ainsi que du personnel de santé spécialisé. C'est très positif. Car la qualité de vie comme de fin de vie de chacun doit rester au centre d'une conception élargie des soins et de l'accompagnement, et également des prestations et des coûts qui y sont liés. Soutenir les EMS dans la mise en place de telles prestations et permettre leur financement est et reste l'objectif prioritaire.

Texte traduit de l'allemand

Le financement actuel des soins atteint ses limites avec les soins palliatifs

Les situations palliatives complexes exigent d'importantes ressources

Les soins aux personnes âgées souffrant de maladies multiples exigent temps et compétences. Ils génèrent aussi des coûts élevés, mis en lumière par une récente étude. Il est urgent de trouver une solution de financement pour les situations palliatives complexes dans les soins de longue durée.

Elisabeth Seifert

Les soins palliatifs apportent du réconfort. Ils permettent aux personnes atteintes de maladies évolutives incurables, quel que soit leur âge, de vivre leur fin de vie dans la dignité. Des études ont par ailleurs montré qu'investir dans les soins palliatifs diminue les coûts, en réduisant le nombre d'hospitalisations d'urgence et les séjours en soins intensifs. Cela implique toutefois l'existence de structures pour les soins de longue durée ambulatoires et stationnaires, ainsi que pour les soins palliatifs généraux et spécialisés. Ce qui n'est pas, de loin, le cas partout. Outre une coordination déficiente des prestations, cette situation souffre d'un financement lacunaire et de l'absence de solutions dans les soins de longue durée, où les soins palliatifs sont pourtant appelés à prendre de plus en plus d'importance à l'avenir.

Nonante minutes de soins supplémentaires par jour

Le plus souvent, les personnes âgées entrent tardivement en institution. Le vieillissement de la population s'accéléralant, on compte de plus en plus de personnes âgées et très âgées souffrant de multiples pathologies complexes dans la dernière partie de leur vie. Aux infirmités croissantes s'ajoutent les maladies cardiovasculaires et des voies respiratoires, ainsi que les

maladies de démence. Souvent avec une alternance de phases de stabilité et d'instabilité. La prise en soin de ces personnes exige donc un très haut niveau de compétence, de sensibilité et de temps.

Cela fait longtemps que les EMS observent cette évolution – et prévoient les besoins qu'elle va nécessairement impliquer. Toutefois, l'adaptation des conditions-cadres, notamment en ce qui concerne la compensation financière pour l'augmentation de la charge en soins et pour la spécialisation du personnel, est problématique. Les déficits de financement sont particulièrement manifestes durant les mois et semaines qui précèdent le décès. C'est ce que montre une étude réalisée à la demande de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Curaviva Suisse. Les résultats ont été présentés

à l'automne 2018 à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'analyse du temps de travail a été réalisée par la firme Micromed SA (Curatime), en collaboration avec Q-Sys SA et Besa Care SA, pour déterminer (à l'aide des instruments d'évaluation des besoins Besa et Rai) si le haut niveau de soins requis dans les situations palliatives typiques était suffisamment pris en compte, et rémunéré en conséquence.

Cette analyse des activités, menée pendant plusieurs semaines, portait sur les soins et l'accompagnement d'environ deux cents personnes dans divers EMS de plusieurs cantons alémaniques. Les résidents concernés étaient tous gravement malades, avec une espérance de vie estimée à moins de six mois par le personnel soignant et les médecins. Ces résidents – ou leurs proches – connaissaient le diagnostic et avaient tous, après discussion, renoncé aux traitements qui auraient pu permettre une amélioration.

La conclusion de l'étude donne à réfléchir: le temps consacré aux soins dispensés à ces patients-témoins dépasse de nonante

Les structures de soins de longue durée souffrent d'un financement lacunaire.

minutes par jour en moyenne le temps prévu par la catégorie de soins – et donc de financement – déterminée par l'instrument d'évaluation des besoins en soins. Dans le cas d'un résident avec un besoin en soins de niveau huit, par exemple – ce qui équivaut à une prise en charge de 160 minutes au maximum, couverte par les trois financeurs (assurances, résident, financement résiduel) – un EMS devrait en réalité pouvoir facturer une charge de 250 minutes. C'est donc un temps qui est largement supérieur au maximum prévu pour la classe douze, fixé à 240 minutes. Mais surtout, c'est la méthode d'évaluation des besoins qui est limitée aux seuls besoins spécifiques de ce groupe.

Évaluation et coordination prennent du temps

L'évaluation des besoins réalisée tous les six mois détermine de manière anticipée les prestations et le temps requis pour les soins et l'accompagnement. Ces estimations sont déterminantes pour la facturation. Pour toutes les prestations et situations de soins auxquelles contribuent les assurances-maladie, des temps particuliers ont été définis. «Les temps définis ne correspondent pas à la charge effective des soins qui sont nécessaires dans les situations complexes de fin de vie», constate Beat Stübi, le directeur de Besa Care SA. Pour certaines prestations, les temps attribués sont ainsi fixés bien trop bas.

Dans le cas de personnes souffrant de pathologies complexes et n'ayant plus que quelques semaines à vivre, le plan de soins, par exemple, ainsi que le conseil et la coordination qu'il implique, demandent beaucoup de temps. Il en va de même pour les traitements et les soins corporels. «Outre le temps important à consacrer, il s'agit de situations qui évoluent très vite», rappelle Beat Stübi. «Il faudrait pouvoir effectuer des évaluations au fur et à mesure de l'évolution.»

Les autres prestations socio-hôtelières, qui ne sont pas à la charge des caisses-maladie mais payées par les résidents, demandent elles aussi davantage de temps, «moins, cependant, que nous le supposions initialement». Cela tient en partie au fait que les personnes très âgées, gravement malades, et donc affaiblies, n'ont généralement plus que de rares contacts avec le monde extérieur.

L'étude révèle enfin que les soins et l'accompagnement des personnes en de fin de vie requièrent un personnel hautement qualifié, et, par conséquent, plus coûteux.

Les EMS en sont pour leurs frais

La charge de travail supplémentaire requise pour des personnes présentant un tableau clinique complexe et qui n'ont plus que quelques mois ou semaines à vivre est une tendance générale dans les quelque 1600 EMS de Suisse. Selon la composition de la population accueillie en EMS, la proportion des



De nombreuses personnes âgées passent leurs derniers mois et semaines de vie dans un EMS. Une prise en soins palliative globale leur permet de vivre dans la dignité, malgré les multiples pathologies.

Photo: Adobe Stock

«Les temps définis ne correspondent pas à la charge effective des soins.»

personnes concernées varie. Les auteurs de l'étude estiment qu'à l'heure actuelle elles représentent en moyenne un bon 5 % des résidents.

La question du financement des nonante minutes supplémentaires en moyenne par jour est donc tout sauf simple. Les assureurs-maladie n'y contribuent pas. Les coûts restent à la charge de ceux qui assument le financement résiduel – et pour autant qu'ils acceptent de les assumer. Les cantons et les communes supportent de toute manière déjà une grosse part de l'augmentation des coûts dans le financement des soins. Pour Silvia Marti, cheffe du projet «soins de longue durée» au

Secrétariat de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), «il existe de grandes disparités au niveau communal et cantonal en ce qui concerne le financement résiduel». Mais dans les faits, ce sont surtout les EMS, qui comptent un grand nombre de personnes en situation de fin de vie, qui en assument la charge. La question non résolue du financement a pour conséquence que les lignes directrices, recommandations et autres standards de qualité édictés ces dernières années par la Confédération, les cantons et les organisations spécialisées représentent pour eux un véritable défi et contribuent à alourdir encore la charge qu'ils doivent supporter. D'ores et déjà, certains d'entre eux, confrontés à des situations complexes de soins palliatifs, ont atteints leurs limites. Ce qui se traduit par des hospitalisations inutiles, du stress chez les personnes concernées et des coûts pour la société.

Une solution se fait toujours attendre

Les responsables de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont conscients que les soins palliatifs de fin de vie requièrent

>>

davantage de temps. Ils connaissent aussi la solution proposée par les auteurs de l'étude: accorder nonante minutes supplémentaires dans les situations palliatives clairement définies. Jusqu'à présent, l'OFSP n'a encore ni repris ni commenté cette proposition. Interrogé à ce propos par la revue spécialisée, il s'est contenté de nous renvoyer au rapport du Conseil fédéral prévu pour fin 2019 en réponse au postulat accepté l'an dernier par le Conseil des États, qui le charge d'élaborer des propositions visant à améliorer la prise en charge et les soins pour les personnes en fin de vie. L'OFSP considère par ailleurs qu'il faut également agir dans le domaine des soins de longue durée, comme le précise sa prise de position: «Certaines tâches peuvent encore être améliorées, par exemple la mise en réseau des professionnels ou les discussions avec les patients concernant leurs souhaits dans le sens d'une planification anticipée.» Reste à savoir si le rapport du Conseil fédéral contiendra des solutions concrètes. Les acteurs politiques sont extrêmement réticents lorsqu'il s'agit de soutenir des propositions qui pourraient coûter de l'argent aux assureurs, aux patients ou aux pouvoirs publics. Les prestataires attirent depuis longtemps l'attention sur ces questions, et ont concrètement formulé leurs préoccupations. Ainsi, dans le cadre de la consultation sur la révision de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) de l'automne dernier, Curaviva Suisse plaide pour une meilleure prise en compte du haut niveau de soins requis dans les soins palliatifs, la démence et la multimorbidité. Les niveaux de soins dans les EMS devraient notamment passer de douze actuellement à dix-huit. Une exigence par ailleurs également soutenue par la CDS. À ce jour, Curaviva Suisse n'a pas trouvé d'oreille attentive. La révision de l'OPAS, qui doit entrer en vigueur en janvier 2020, n'a retenu aucune de ces questions. Concernant l'indemnisation des prestations effectivement réalisées, les «exigences minimales» pour les instruments de saisie des besoins en soins, qui viennent d'être reprises dans l'ordonnance, sont intéressantes. Les instruments ne doivent pas seulement être harmonisés, mais adaptés, afin de prendre en considération et classer correctement les situations de soins dans les EMS. Les dispositions relatives à ces questions exigent que ces instru-

ments se fondent sur «les prestations effectivement fournies, déterminées dans des études qui évaluent le temps nécessaire pour fournir les soins requis».

Une telle adaptation des outils d'évaluation implique automatiquement un plus grand nombre de niveaux de soins – et ainsi une indemnisation réglementée des prestations réellement dispensées. Pour Silvia Marti, cette adaptation est la voie à suivre. Elle reconnaît pourtant que la mise en œuvre de la révision de l'OPAS, qui doit avoir lieu dans les deux ans, sera «un véritable casse-tête et un travail considérable».

L'un des enjeux réside dans le fait que l'intensité des soins en fin de vie peut évoluer de semaine en semaine. L'étude suggère donc d'utiliser un instrument d'évaluation complémentaire pour ce type de situations complexes. «Cet instrument complémentaire comprend une période d'observation de trois jours permettant d'analyser au mieux les évolutions rapides», explique Beat Stübi.

Les EMS offrent des soins palliatifs de qualité

Pour décharger les coûteuses unités hospitalières de soins palliatifs, il faut pouvoir disposer de structures de soins de longue durée également capables de gérer les soins et la prise en charge des situations complexes. Mais les soins palliatifs spécialisés dans les soins de longue durée ne sont pas possibles dans les conditions actuelles du financement des soins.

Une étude publiée l'an dernier sur mandat de l'OFSP («Les soins palliatifs spécialisés dans les soins de longue durée, resp. hospices») montre que les soins palliatifs dispensés dans les structures de soins de longue durée le sont d'une manière tout aussi efficace que dans un hospice. Les auteurs affirment qu'à l'instar des hôpitaux, les grands EMS ou groupes d'EMS disposent, grâce à leurs prestations de base, d'un potentiel considérable pour mettre en place des structures de qualité à un coût relativement bas. ●

Texte traduit de l'allemand

Annonce

CURAVIVA.CH

QUALITE DE VIE – PARLEZ-VOUS UN SEUL ET MÊME LANGAGE DANS VOTRE INSTITUTION?

Le diagramme illustre les dimensions de la qualité de vie en soins palliatifs, structurées en quatre zones principales :

- Zone orange (Dignité humaine et acceptation) :** Comportement, Interaction, Ressenti psychique.
- Zone verte (Développement et existence) :** Facultés mentales, Gestion du quotidien.
- Zone bleue (Fonctionnalité et santé) :** Fonctions et structures psychiques, Alimentation.
- Zone violette (Reconnaissance et sécurité) :** Biens personnels, Protection.

www.curaviva.ch/qualite

Les résidences palliatives: une expérience pilote vaudoise

«Une toute petite pièce du puzzle»

Inspirées du modèle des hospices, deux nouvelles résidences palliatives ouvertes en début d'année sont le chaînon manquant entre les soins palliatifs aigus et les soins palliatifs à domicile ou en EMS. L'analyse de la phase pilote dira si elles constituent une réponse aux enjeux de santé publique.

Anne-Marie Nicole

Sur les hauts de Cully, au cœur des vignes et face au lac Léman, l'Hôpital de Lavaux est spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée. Ses prestations s'articulent autour de quatre missions: la réadaptation, les soins palliatifs spécialisés, l'hébergement médico-social et le centre d'accueil temporaire.

L'établissement propose également des prestations ambulatoires telles que la diabétologie, la physiothérapie, la radiologie, la diététique ou encore les soins dentaires.

L'unité de soins palliatifs occupe le rez-de-chaussée du bâtiment. Les chambres s'organisent autour d'un bureau infirmier ouvert qui favorise la proximité et le contact avec les familles. Un grand salon lumineux et accueillant ainsi qu'une belle terrasse sont à disposition des patients et de leurs proches. Depuis le début de cette année, l'espace se partage entre l'unité de soins palliatifs aigus telle qu'elle existe ici depuis une vingtaine d'années, et qui a passé de douze à dix lits, et la résidence palliative, une nouvelle structure de six lits. «La résidence palliative permet d'accueillir des patients dont l'état est suffisamment stable pour sortir de la structure hospitalière, mais trop complexe pour intégrer un établissement de soins de longue durée, en raison de la charge en soins qui reste très élevée», explique Gérard Pralong, directeur médical de l'Hôpital

de Lavaux et médecin chef de l'unité de soins palliatifs. Tandis que la durée moyenne de séjour en soins aigus est de quelques jours à quelques semaines, elle est de quelques semaines voire quelques mois en résidence palliative, avec une prise en charge des patients de moindre intensité. La résidence palliative constitue ainsi le chaînon manquant entre les soins palliatifs aigus et les soins palliatifs dans les structures de soins de longue durée.

«Les résidences palliatives ne sont qu'une toute petite pièce du puzzle», tient néanmoins à rappeler d'emblée Catherine Hoenger, chargée de missions auprès de la Direction générale de la santé du canton de Vaud, responsable des dossiers de soins palliatifs et de santé mentale. Il est vrai que le canton de Vaud est l'un des pionniers dans le domaine des soins palliatifs, développant des prestations en la matière depuis une trentaine

d'années déjà. Le programme cantonal de soins palliatifs déployé en 2003 et conduit jusqu'en 2015 a largement contribué à construire une offre conséquente avec tous les partenaires pour répondre aux besoins des patients dans les structures ambulatoires et stationnaires: soins à domicile, établissements médico-sociaux, établissements socio-

éducatifs, unités hospitalières, équipes mobiles ou encore consultation ambulatoire. Le canton s'est également fortement engagé financièrement dans la formation des professionnels, notamment au niveau de la formation continue (CAS en soins palliatifs).

Ouverture de deux premières résidences

Induites par les changements de financement des unités hospitalières au niveau fédéral, les résidences palliatives ont ouvert au 1^{er} janvier de cette année. Initialement, le projet prévoyait une résidence palliative d'une vingtaine de lits dans

Le canton de Vaud est l'un des pionniers dans le domaine des soins palliatifs.

>>



Dans l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital de Lavaux, une belle terrasse est à disposition des patients et de leurs proches

Photos: Hôpital de Lavaux/ David Bochud

chacune des quatre régions sanitaires du canton. Pour l'heure, deux sites accueillent une résidence palliative à titre de pilote: l'Hôpital de Lavaux, justement, pour le réseau de soins du Grand Lausanne, et la Fondation Rive Neuve pour la région du Haut Léman. Comme le relève Gérard Pralong, les deux institutions pilotes de Lavaux et Rive Neuve ont l'avantage de disposer déjà des compétences spécialisées en soins palliatifs. «Pour le personnel, il n'y a pas de grande différence entre les soins palliatifs aigus et la résidence palliative: si la charge est plus élevée en soins aigus, les compétences sont les mêmes», estime-t-il.

Si les résultats dans ces deux sites sont encourageants, la Direction générale de la santé envisagera de l'étendre dans les deux autres régions.

La date du 1^{er} janvier 2019 pour la mise en place des résidences palliatives n'est pas le fait du hasard. Elle coïncide avec l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement des soins palliatifs spécialisés, désormais financés selon le modèle des soins aigus avec l'introduction du forfait par cas (DRG). «Les DRG nous ont obligé à transformer les unités de soins palliatifs existantes dans les centres de traitement et de réadaptation en structures hospitalières aiguës», explique Catherine Hoenger. «Nous avons d'ailleurs dû changer le statut de l'Hôpital de Lavaux et de la Fondation Rive Neuve afin qu'ils aient des lits reconnus hospitaliers aigus.» Comment dès lors les résidences palliatives sont-elles financées, puisqu'elles ne remplissent pas les critères des soins aigus ni des soins en EMS, et qu'elles effectuent davantage une mission intermédiaire

jusqu'à-là assumée par les centres de traitement et de réadaptation (CTR)?

Le mode de financement

Avant d'imaginer un statut, un fonctionnement et un financement propres aux résidences palliatives, et en l'absence de réglementation et de définition au niveau national, les représentants vaudois sont allés voir du côté de l'Allemagne et de la Suisse alémanique, qui pratiquent le modèle des «Hospize», dont la forme peut cependant largement varier d'un lieu à l'autre, et qui sont souvent des structures financièrement déficitaires. «Mais en Suisse alémanique aussi, les expériences sont relativement récentes», remarque Catherine Hoenger.

Les Vaudois ont donc opté pour un modèle financier particulier, considérant les résidences palliatives comme un EMS avec une mission spécifique. Dès lors, le financement des assureurs est le même que pour les EMS, basé sur les évaluations des besoins en soins requis et les facturations des actes médicaux et thérapeutiques. Le canton prend à sa charge le coût supplémentaire des soins à hauteur de 280 francs par jour par patient, ainsi que 150 francs pour la part socio-hôtelière du patient qui a toujours son domicile dont il doit assumer les charges. Ce montant total de 430 francs correspond aussi à la part cantonale actuellement versée pour les soins palliatifs en lit B, c'est-à-dire en milieu de réadaptation. Dans cette phase de projet, le canton accorde également une garantie aux deux

Dans la phase de projet, le canton accorde une garantie aux deux institutions pilotes.

institutions pilotes par un nombre minimum de journées assurées. «Avec ce modèle de financement, la répartition n'est pas équilibrée entre assureurs et canton», analyse Catherine Hoenger, relevant toutefois qu'il s'agit d'un modèle financier provisoire développé pour la période de démarrage.

Un modèle idéal?

Y a-t-il un modèle idéal de résidence palliative? «Notre idée est de séparer dans l'espace la résidence palliative de l'unité de soins palliatifs, afin que la prise en charge soit plus spécifique, pas seulement du point de vue de l'intensité moindre des soins», explique Catherine Hoenger. Les personnes qui intègrent la résidence palliative sont des patients dont l'état de santé est plus stable, et qui devraient donc pouvoir bénéficier d'activités plus sociales, dans une architecture moins hospitalière, avec des lieux de rencontres. C'est ce vers quoi tend l'Hôpital de Lavaux avec son projet de nouvelle construction qui sortira de terre en 2023 et qui devrait alors permettre de séparer géographiquement les deux entités de soins palliatifs.

Les résidences palliatives sont-elles vraiment une offre complémentaire nécessaire aux autres structures de soins palliatifs? Au vu du nombre de lits relativement modeste, il faudra au moins deux ans pour collecter des données cliniques et des indicateurs financiers suffisamment probants pour évaluer la pertinence du modèle et démontrer son économie, estime Gérard Pralong. Pour sa part, la Direction générale de la santé espère pouvoir tirer un premier bilan à la fin de l'année. Convaincu que la résidence palliative est un créneau à développer, Gérard Pralong voit volontiers la résidence palliative comme le scénario idéal pour le patient... «pour autant qu'on ait les moyens de se l'offrir». Catherine Hoenger est plus

Il faudra au moins deux ans pour collecter des données probantes et évaluer la pertinence du modèle.

mesurée, rappelant que la résidence palliative n'est pas un objectif en soi. «C'est une solution actuelle, mais peut-être que dans cinq ans la situation aura évolué et que les soins palliatifs spécialisés feront partie, par exemple, de la mission des EMS. Pour nous c'est donc aussi important de ne pas investir aujourd'hui dans des bâtiments mais d'utiliser l'existant.»

Les résidences palliatives soulèvent de nombreuses questions. En privilégiant des structures spécialisées en soins palliatifs ou en gériatrie, ne risque-t-on pas de concentrer beaucoup de ressources pour des situations certes complexes mais qui ne concernent que quelques «happy few»? La question de la spécialisation des EMS va également se poser: faudra-t-il leur accorder davantage de ressources afin qu'ils assument à l'avenir des situations palliatives complexes? Par ailleurs, le patient qui ne paie pas la part socio-hôtelière en résidence palliative pose également la question de la durée du séjour: que faire s'il se prolonge? Cela pourrait remettre en question l'engagement financier de l'État. Les données collectées sur les deux sites pilotes livreront des indications précieuses quant à la durée moyenne de séjour en résidence palliative. Les prédictions actuelles

parlent de quelques jours à quelques semaines.

Les choix à faire pour l'avenir dépendront aussi des décisions qui seront prises au niveau suisse. Ainsi, un postulat déposé au Conseil des États sur l'amélioration de la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie, demande «de réfléchir à des moyens de financer et de mieux intégrer l'offre de soins palliatifs dans le système de santé actuel». L'OFSP travaille sur la question, mais la décision restera en mains des politiques. En tous les cas, la notion des «Hospize», et donc aussi des résidences palliatives, est sur la table. «Nous verrons dans les prochains mois comment ces décisions politiques

influenceront sur notre modèle», affirme Catherine Hoenger.

Si les résidences palliatives ne s'adressent qu'à une minorité des patients et que leur avenir est encore incertain, seule l'analyse de la phase pilote dira si elles constituent néanmoins une réponse à l'un des enjeux de santé publique contenu dans le rapport de politique sanitaire du canton de Vaud pour la période 2018-2022, à savoir la garantie d'un «accès équitable à des soins universels, adaptés et de qualité pour toutes les personnes, quels que soient leurs situations et leurs besoins». Autrement dit, pour reprendre les termes de Catherine Hoenger «offrir les bons soins au bon patient au bon endroit». ●



Dans l'unité de soins palliatifs, les chambres s'organisent autour d'un bureau infirmier ouvert qui favorise la proximité et le contact avec les familles.

Précisément ce qui rend Wüst encore plus performant

La boulangerie-pâtisserie Remo Wüst AG est passée au cours de ces vingt dernières années à 17 succursales. Pour garantir la disponibilité des produits, il faut de l'habileté en matière d'organisation et des processus bien pensés. En tant que partenaire fournisseur, Pistor apporte son soutien précisément dans ces domaines.



IMAGES: Jonas Weibel

Remo Wüst, propriétaire, boulangerie-pâtisserie Remo Wüst AG, lors de l'interview dans la succursale Galgenen SZ.

«C'est la succursale où nous avons le plus besoin de pains», déclare le propriétaire Remo Wüst pour débiter. «Ici on demande avant tout des produits de boulangerie et pâtisserie classiques et moins de produits Convenience que dans nos succursales urbaines à Zurich», dit-il pour décrire les besoins dans la localité rurale. Nous nous trouvons dans la succursale de la Kantonsstrasse à Galgenen, canton de Schwytz, et sommes assis à la grande table en bois du petit Café, en dégustant café et croissants. Il est neuf heures – le Café est presque en sureffectif; les places assises sont rares. C'est ici qu'il a commencé il y a 22 ans avec un magasin et 150 mètres carrés pour la production. Il a éga-

lement ouvert une succursale à Lachen SZ en 1997. Depuis lors, l'entreprise n'a cessé de s'agrandir et la surface de production est passée à environ 3500 mètres carrés, soit plus de vingt fois la taille initiale, raconte le patron et il ajoute avec le sourire: «Depuis dix ans, je n'ai plus besoin de chercher des sites pour mes succursales, en effet je reçois des offres à chaque fois que l'on recherche des «ravitailleurs». La zone de chalandise s'étend sur l'ensemble du lac de Zurich jusqu'à Mels et bientôt jusque de l'autre côté de la frontière, à Balzers, dans la Principauté du Liechtenstein.» Entre-temps la pause des neuf heures est terminée et le Café a retrouvé son calme. Il est temps de s'occuper de la commande chez Pistor.

Renforcement des commandes électroniques

La vendeuse Karin Kistler va chercher le scanner mis à disposition par Pistor et la liste des articles avec les codes barres et scanne les codes barres des articles les uns après les autres, afin de transmettre ensuite la commande directement de l'appareil à Pistor. «Chaque succursale effectue ses propres commandes à Pistor au

moyen du scanner», confirme Remo Wüst. «Depuis l'introduction du nouveau modèle de conditions de Pistor, en date du 1^{er} juillet 2018, nous avons traité plus de 90 % de nos commandes, c'est-à-dire presque toutes, de cette manière.» Grâce au type de commande électronique et grâce aux commandes anticipées – la boulangerie Wüst transmet ses commandes par voie électronique à Pistor jusqu'à l'avant-veille de la livraison (23 h 59) – elle optimise son bonus de commande. «Afin de découvrir ces potentiels d'optimisation tout en analysant et en optimisant nos processus internes, nous avons organisé un workshop en collaboration avec le conseiller de vente Pistor, responsable de notre suivi. L'amélioration du bonus de commande est l'une des mesures ciblées que nous avons définies», explique Wüst, alors que nous nous mettons en route pour aller dans la prochaine succursale.

Un partenariat équitable

Nous roulons sur l'autoroute le long des rives du lac de Zurich. A la Maneggstrasse 73, au milieu d'un nouveau quartier urbain destiné à l'habitat et au travail avec de nombreux commerces et une école, dans le district 2 de Zurich, se trouve la boulangerie avec le Ristorante La Filanda, où l'heure du dîner ne fait que commencer. «La pasta, les pizzas et autres sont tous faits à base de pâte, ce qui est très agréable pour nous les boulangers», explique Remo Wüst. Nous goûtons de délicieux spaghettis et de la pizza tout juste sortie du four, pendant que Remo Wüst loue le partenariat avec son fournisseur: «Pistor fait un super job. Elle livre nos commandes des succursales pré-commissionnées à notre centre de production à Wangen SZ. De là, nous n'avons plus qu'à compléter le chariot-palette avec les marchandises de notre production, commandées par les succursales, et pouvons tout livrer en une seule fois. Du point de vue logistique, Pistor accomplit des prestations



Ristorante La Filanda.

de pointe – les marchandises sont toujours là et le taux d'erreur est marginal.»

Augmentation du bonus de livraison

Les commandes décentralisées dans les succursales et les livraisons centrales de Pistor au site de production de Wüst sont d'autres mesures du workshop commun. «Nous avons établi des règles claires à l'interne. Depuis que toutes les succursales

«Depuis que toutes les succursales commandent selon le même schéma, nous avons augmenté notre valeur de déchargement et ainsi amélioré notre bonus de livraison de deux niveaux.»

Remo Wüst, propriétaire

commandent selon le même schéma, nous avons augmenté notre valeur de déchargement et ainsi amélioré notre bonus de livraison de deux niveaux.» Il essaie de regrouper ses livraisons, c'est-à-dire d'acheter autant de produits que possible chez Pistor, afin que le moins de fournisseurs possible doivent rouler jusque chez Wüst. Ceci est particulièrement intéressant pour les grandes quantités, car il peut confier une partie de sa responsabilité d'achat en toute confiance à Pistor, dans le cadre de la conclusion de contrats – par exemple pour des produits de charcuterie comme le jambon, le salami et le fromage d'Italie; ceci en sachant que Pistor, en tant que partenaire indépendant, met tout en œuvre pour obtenir des produits de très grande qualité et des conditions intéressantes.

La boulangerie-pâtisserie Remo Wüst AG a exploité son potentiel d'optimisation et a rendu ses processus de commande et de livraison plus efficaces avec l'aide de Pistor. Avec sa prestation de services d'optimisation des processus, Pistor a offert précisément ce qui rend la boulangerie Wüst encore plus performante.



Miam, ... une pizza tout juste sortie du four.

Découvrez d'autres avantages de ce partenariat et comment vous pouvez devenir encore plus performant: pistor.ch/fr/wuest

Conseils d'experts pour la gestion des processus

Pistor a de l'expérience dans la gestion des processus, aide à identifier les potentiels tout au long de la chaîne de création de valeur – de la commande à la facturation – et aide à la mise en œuvre des solutions.

pistor.ch/prestations-de-services



Le grand choix de la succursale Wüst dans la Greencity de Zurich.

Pistor AG
Centre de Distribution Romand
Route de Saint-Marcel 22
CH-1373 Chavornay
+41 24 447 37 37 / pistor.ch

pistor

Genève, premier canton à finaliser un projet de soins anticipé

«Nous avons passé du paternalisme à un partenariat de soins et de services»

Le Plan de soins anticipé est un processus continu de communication, de concertation et de coordination entre la personne concernée, un proche et les professionnels des domaines de la santé et du social. Objectif: préparer le futur d'une personne souffrant d'une maladie dégénérative chronique.

Anne-Marie Nicole

Madame C. a 73 ans. Elle est veuve et a un fils. Suite à deux attaques cérébrales qui ont laissé d'importantes séquelles – hémiplégie et troubles de la déglutition – elle entre en EMS. Elle s'exprime, certes avec difficulté, et sait faire des choix dans sa vie quotidienne. Pourtant, aucune discussion avec elle n'a eu lieu dans l'établissement pour connaître ses préférences de traitement et ses souhaits de fin de vie. Elle n'a pas non plus rédigé de directives anticipées. Au bout de quatre mois, son état de santé général se détériore. Elle commence par ne plus manger seule puis, deux semaines plus tard, elle ne parle plus, ne mange plus, est agitée. Le médecin suspecte une déshydratation ou un nouvel AVC. L'équipe essaie de joindre le fils, en vain. Ce n'est que le lendemain, tandis que Madame C. est au plus mal, qu'elle arrive à avoir un contact avec le fils qui demande immédiatement l'hospitalisation de sa mère. Madame C. décède quarante-huit heures après son admission à l'hôpital. Cet enchaînement des événements a beaucoup affecté le fils qui espérait sauver sa mère, encore relativement jeune, en la faisant hospitaliser, ainsi que l'équipe qui aurait souhaité apporter des soins de confort et accompagner la résidente dans sa fin de vie dans l'EMS.

«Cette situation montre bien les difficultés vécues et l'importance de l'anticipation dans l'accompagnement des résidentes et résidents en EMS», relève François Loew, médecin gériatre

et éthicien clinique, président du Conseil d'éthique de la Fédération genevoise des EMS (Fegems) jusqu'à fin juin 2018. À ce titre, il a présidé à l'élaboration de recommandations relatives à l'anticipation en EMS, publiées en mars de cette année dans un petit manuel (lire l'encadré). L'histoire de Madame C. telle que décrite ci-dessus est l'une des huit situations tirées de la pratique sur lesquelles s'appuie ce manuel. Illustrant chacune un ou plusieurs des éléments déterminants de l'anticipation – représentant thérapeutique, discernement, acharnement thérapeutique, communication, situation d'urgence, volonté présumée, directives anticipées, etc. –, ces situations vécues ont été analysées et commentées par les membres du Conseil d'éthique, avec la collaboration des professionnels.

La démarche d'anticipation vise à favoriser l'autodétermination des résidents.

Des «occasions manquées» faute d'anticipation

Ainsi, s'agissant de Madame C., les auteurs du manuel relèvent les «occasions manquées»: durant les premiers mois de son séjour, Madame C. était encore capable de discernement, donc «elle aurait pu être aidée à réfléchir à sa situation, exprimer des préférences de soins, être hospitalisée ou pas en cas de complications». Elle aurait également pu désigner son fils comme représentant thérapeutique. Un projet d'accompagnement anticipé aurait aussi permis d'assurer les communications en cas d'urgence et facilité la concertation interdisciplinaire en situation de crise. Enfin, une hospitalisation aurait probablement pu être évitée ainsi que «des frustrations chez les soignants et des regrets chez le fils».

La démarche d'anticipation préconisée par le Conseil d'éthique de la Fegems vise à favoriser l'autonomie et l'autodétermination

des résidents. Elle privilégie la communication dans une relation de confiance et de partenariat entre la personne concernée, ses proches et les professionnels, pour envisager un accompagnement et des soins adéquats qui respectent les préférences, les volontés et les valeurs de la personne, dans l'éventualité d'une future incapacité de discernement, passagère ou durable. Ce sont là d'ailleurs des objectifs que poursuivent généralement tous les projets d'anticipation en lien avec la santé.

François Loew rappelle que le projet d'anticipation en EMS est né d'une «indignation» face à la pression exercée sur les institutions pour qu'elles incitent les résidents à rédiger des directives anticipées le plus vite possible après leur admission dans l'EMS, au risque de se voir reprocher des manquements, quand bien même il n'y a pas d'obligation légale. Or, comme le relève le Conseil d'éthique dans l'introduction au «Petit manuel», la pratique montre que pour bon nombre de résidents, envisager une incapacité de discernement future est inconfortable, que les professionnels sont souvent mal à l'aise et que le domaine des directives anticipées est complexe et technique, en raison des exigences légales et des difficultés d'interprétation. «Anticiper une incapacité de discernement est très délicat. Nous avons fait l'exercice avec divers groupes de professionnels pour bien nous rendre compte de la difficulté qu'il y a à s'y projeter soi-même», explique François Loew. Et d'ajouter: «L'accompagnement du résident dans l'EMS est un processus interdisciplinaire beaucoup plus subtil que les directives anticipées qui sont fréquemment inadéquates à la situation réellement vécue: il s'appuie sur la philosophie de vie du résident, ses relations, ses préférences et ses valeurs et peut aboutir à des directives anticipées.»

Les directives anticipées, un outil peu sollicité

Ce sont des questionnements similaires quant à la façon de traiter et d'aborder les directives anticipées qui sont à l'origine

Un cadre général pour la Suisse

Les soins coordonnés sont l'un des axes prioritaires de la stratégie nationale Santé2020. L'objectif est de renforcer l'autodétermination des patients pour mieux planifier et coordonner leur prise en charge. Pour ce faire, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé un groupe de travail placé sous la houlette de palliative ch de définir un cadre général pour l'anticipation en lien avec la santé. Ce cadre général comprend des définitions de base et des recommandations pour une application concrète dans les soins de santé en Suisse. •

«L'anticipation en lien avec la santé: un cadre général pour la Suisse», OFSP et palliative ch, 2018

d'un autre projet plus large de santé publique: le Plan de soins anticipé (PSA) du canton de Genève, élaboré dans le cadre du Plan cantonal Alzheimer 2016–2019, indépendamment mais parallèlement aux recommandations du Conseil d'éthique de la Fegems. «De nombreux modèles de directives anticipées circulent à Genève et tout le monde en fait la promotion», explique Thierry Monod, conseiller scientifique auprès de la Direction générale de la santé, en charge des plans cantonaux, notamment en matière de démence et de soins palliatifs. «Or, malgré la promotion qui en est faite, seuls quelque 8 % de la population remplissent de telles directives», constate-t-il.

Plutôt que simplement promouvoir à son tour les directives anticipées, le groupe de travail cantonal rattaché au Plan Alzheimer et réunissant des représentants des domaines médical, médico-social et social, a alors préféré développer un pro-

>>



Concrètement, le plan de soins anticipé s'ouvre par un premier entretien entre la personne, son proche-aidant, l'assistant social et idéalement le médecin traitant.

Photo: Shutterstock

jet anticipé de soins en cas d'incapacité de discernement, qui aura ensuite le mérite de faciliter, entre autres, la rédaction de directives anticipées, leur actualisation et leur respect.

Lorsque qu'il s'attelle à la tâche en septembre 2017, le groupe de travail ne dispose ni d'expériences existantes ni de modèles sur lesquels baser sa réflexion. Certes on parle alors beaucoup de l'anticipation dans le domaine de la santé au sein des instances nationales et cantonales, mais tout est encore en chantier. L'Office fédéral de la santé publique et palliative ch n'ont pas encore publié leur document de référence dressant un «cadre général pour la Suisse» (lire l'encadré). «C'est un processus nouveau et complexe. Nous avons fait des recherches en Suisse mais n'avons rien trouvé. Finalement, nous nous sommes inspirés d'une étude belge», confie Thierry Monod.

Tel que conçu par le groupe de travail genevois, le Plan de soins anticipé est un processus continu de communication, de concertation et de coordination entre la personne concernée, un proche-aidant – qui est systématiquement impliqué dans la dynamique – et les professionnels des domaines de la santé et du social. À l'instar du projet d'accompagnement anticipé en EMS, le PSA permet une approche globale, centrée sur les expériences de vie, les valeurs, la qualité de vie de la personne et sa trajectoire de soins. L'objectif est de préparer le futur d'une personne souffrant d'une maladie dégénérative chronique. «Le PSA est un outil anticipatoire qui intervient en amont du dossier médical et du plan de soins partagé, et bien avant les directives anticipées», précise Thierry Monod. C'est aussi un outil qui figure un changement de culture: «Nous avons passé du modèle paternaliste qui prévalait encore dans les années 1990 à une approche centrée sur le patient prônée dès les années 2000 pour privilégier aujourd'hui un partenariat de soins et de services, qui inclut la personne et son proche-aidant.»

Un processus évolutif

Concrètement, le PSA s'ouvre par un premier entretien entre la personne, son proche-aidant, l'assistant social et idéalement le médecin traitant. Avec des questions ouvertes pour que la personne puisse s'exprimer librement, cette première discus-

sion vise à aborder simplement le présent puis le futur, suivant un questionnaire structuré qui passe en revue différents thèmes: les valeurs, les habitudes de vie, la qualité de vie, les inquiétudes, la connaissance que la personne a de sa maladie, ses attentes concernant les soins et les directives anticipées. Les entretiens successifs, qui se déroulent au rythme souhaité par la personne, permettent d'établir la confiance, d'identifier les difficultés, de proposer des solutions. Les décisions et les choix ne sont jamais définitifs, mais évolutifs.

Le manuel de référence conçu par le groupe de travail pour les professionnels de la santé et du social a pour but de promouvoir et généraliser l'utilisation du PSA. Il comporte des fiches mnémotechniques d'aide aux entretiens, une fiche récapitulative de l'entretien, un document pour l'enregistrement des données et des informations, un aide-mémoire pour l'ouverture d'un PSA et le modèle de directives anticipées de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

La structure des entretiens prévue initialement par le groupe de travail ainsi que certains documents ont été simplifiés suite à une évaluation réalisée courant 2018 auprès de trente-cinq professionnels des différentes institutions impliquées dans la conception du PSA. Si la plupart des répondants ont très bien accueilli le projet, ils ont demandé à ce que les intervenants soient formés pour mener les entretiens. C'est d'ailleurs aussi la volonté du groupe de travail, assure Thierry Monod. «Nous réfléchissons à l'intégration d'un module spécifique dans les formations des hautes écoles en santé et travail social pour apprendre à dialoguer et à utiliser l'outil informatique.»

Si le projet de soins anticipé est abouti sur le papier, reste à le «dématérialiser» pour en faire un outil informatique accessible à tous les professionnels concernés. Pour l'heure, le cahier des charges a été transmis au service de la santé numérique. Thierry Monod est confiant: «Le PSA est un outil de haut niveau, transversal, qui figurera par conséquent aussi dans le Plan cantonal en matière de soins palliatifs 2020–2023. Genève est le premier canton à disposer d'un tel outil.» Et, fait suffisamment rare pour le mentionner: le projet a rencontré l'assentiment de tous les partenaires du réseau de soins... ●

Si le projet de soins anticipé est abouti sur le papier, reste à le «dématérialiser» pour en faire un outil informatique accessible à tous les professionnels concernés. Pour l'heure, le cahier des charges a été transmis au service de la santé numérique. Thierry Monod est confiant: «Le PSA est un outil de haut niveau, transversal, qui figurera par conséquent aussi dans le Plan cantonal en matière de soins palliatifs 2020–2023. Genève est le premier canton à disposer d'un tel outil.» Et, fait suffisamment rare pour le mentionner: le projet a rencontré l'assentiment de tous les partenaires du réseau de soins... ●

L'anticipation en EMS

Le Conseil d'éthique de la Fegems a publié en mars de cette année ses recommandations réunies sous le titre «Petit manuel d'anticipation en EMS: le projet d'accompagnement et les directives anticipées». L'ouvrage se veut un document de référence didactique qui soit accessible et utile à toutes les personnes concernées – résidents, proches, professionnels. Ce «Petit manuel d'anticipation en EMS» se caractérise par son articulation entre des exemples pratiques, des éléments théoriques et des messages clés. Il comporte également un glossaire et des ressources documentaires. Son mode de lecture est modulable et les huit vignettes présentées, analysées et commentées, se prêtent particulièrement bien à la réflexion éthique et aux discussions au sein des équipes. Charge désormais aux établissements de s'approprier l'outil. «Le projet

d'accompagnement est à comprendre comme le socle sur lequel peuvent reposer d'autres démarches d'anticipation plus spécifiques, axées sur les soins, la perte de la capacité de discernement ou encore la fin de vie», souligne Simone Rognoli, philosophe et éthicien, chargé de cours à la HES-SO, qui a succédé à François Loew à la présidence du Conseil d'éthique de la Fegems. «Le projet d'accompagnement pourrait, par exemple, permettre de guider l'interprétation des professionnels sur ce que telle ou telle autre valeur signifie ou représente pour un résident. Bien évidemment, il s'agit d'un processus exigeant et long. Raison pour laquelle il est recommandé de l'initier le plus tôt possible.»

«Petit manuel d'anticipation en EMS», www.fegems.ch

La certification Palliative-Gériatrie des institutions fribourgeoises

«La démarche ne nous laisse pas tranquilles!»

Inspirée du modèle allemand du même nom, la démarche de certification proposée par l'Afipa et l'équipe mobile Voltigo permet aux institutions pour personnes âgées du canton de Fribourg d'adhérer à un programme de formation, d'accompagnement et d'évaluation des soins palliatifs.

Anne-Marie Nicole

En mars 2017, la résidence bourgeoise Les Bonnesfontaines ainsi que trois autres institutions pour personnes âgées du canton de Fribourg ont reçu les premiers certificats Palliative-Gériatrie. Cette distinction récompense les mesures réalisées au terme de la première année d'une démarche qui en compte trois et qui a pour objectifs de renforcer les connaissances et les compétences du personnel en matière de soins palliatifs et de répondre aux besoins des résidents dans ce domaine. «Dès lors que nous ne sommes plus dans une approche curative, les soins palliatifs sont indispensables pour offrir à la personne la meilleure qualité de vie possible, dans ses dimensions physiologique, psychologique, sociale et spirituelle», rappelle Christian Morard, directeur de la résidence. «Notre engagement dans cette démarche avait donc principalement pour but de nous professionnaliser dans les soins palliatifs, de les ancrer dans notre culture institutionnelle.»

Fruit d'un partenariat entre l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (Afipa) et l'équipe mobile de soins palliatifs Voltigo, la démarche Palliative-Gériatrie permet aux EMS fribourgeois d'adhérer à un programme de formation, d'accompagnement et d'évaluation des soins palliatifs. Le dispositif est inspiré du modèle allemand découvert par les partenaires à

Berlin lors d'un voyage d'étude et auquel les Fribourgeois ont emprunté le nom – avec l'accord des promoteurs allemands! Ce projet a bénéficié du soutien financier (20000 francs) de la Direction de la santé et des affaires sociales qui, dans le cadre de la stratégie cantonale pour les soins palliatifs 2016–2020, a retenu comme priorité les actions de formation dans les EMS.

Une démarche innovante et flexible

La démarche fribourgeoise est innovante à plus d'un titre, affirme Yves Gremion. Infirmier spécialisé en soins palliatifs, psychologue, membre de l'équipe Voltigo et du comité de l'Afipa, il est aussi la cheville ouvrière de Palliative-Gériatrie. Le programme se déroule en effet en plusieurs étapes (lire l'encadré), par volées de quatre à cinq institutions, qui en déterminent ensemble le contenu et mettent en commun leurs idées et leurs

ressources. Des formations différenciées sont dispensées au personnel infirmier et aux médecins répondants et traitants, suivies de formations plus spécifiques en fonction des mesures arrêtées et d'un accompagnement interdisciplinaire destiné à sensibiliser l'ensemble du personnel

Les audits en fin de première année et de troisième année sont effectués sur la base des critères de qualité définis au niveau national pour les institutions de soins de longue durée (liste C) par palliative ch, la Société suisse de médecine et de soins palliatifs. «Nous avons voulu nous inscrire dans cette même logique pour permettre aux établissements qui le souhaitent de poursuivre leur démarche vers l'obtention du label de palliative ch.»

Le certificat Palliative-Gériatrie n'est donc pas en concurrence avec le label suisse. D'abord, l'investissement est moindre puisque la certification fribourgeoise coûte quelque 4000 francs à l'EMS contre plusieurs dizaines de milliers de francs pour le

«Les soins palliatifs sont indispensables pour offrir la meilleure qualité de vie possible.»

>>

La démarche Palliative-Gériatrie

Pour l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (Afipa) et l'Équipe mobile des soins palliatifs Voltigo, il s'agit de promouvoir les soins palliatifs généraux au stade précoce d'une fragilité liée à l'âge, dès l'entrée en institution.

- **Phase 1** – Auto-évaluation et mesures: sur la base de la liste C des critères qualité des institutions de soins de longue durée et des recommandations et instruments de mise en œuvre des soins palliatifs généraux, l'EMS procède à une auto-évaluation de ses prestations actuelles et repère les points forts et les points d'effort qu'il entend travailler avec ses équipes la première année de la démarche. Ensemble, les EMS de la volée déterminent les quatre thèmes sur lesquels travailler durant la première année. Ainsi, la première volée s'est concentrée sur le concept global de soins palliatifs, les traitements des symptômes et de la souffrance, la communication interne et l'accompagnement physique, social et spirituel du deuil.
- **Phase 2** – Réalisation des mesures: l'EMS procède à la réalisation des mesures individuellement ou en groupe (avec les autres EMS de sa volée). Un programme d'accompagnement et de formation de trois jours est mis en place.

- **Phase 3** – Évaluation et remise du certificat Palliative-Gériatrie: l'évaluation finale a lieu à la fin de la première année et les mesures pour les deux prochaines années sont programmées. L'audit est réalisé par un binôme formé de Yves Gremion, chef de projet, et d'un ou une infirmière cheffe d'un autre établissement de la volée. Une fois certifié, l'établissement intègre automatiquement le Réseau Palliative-Gériatrie dont l'ambition est de renforcer les échanges de bonnes pratiques et les rencontres des professionnels autour de thématiques liées aux soins palliatifs.

- **Phase 4** – Évaluation et confirmation du certificat à l'issue d'un audit en fin de troisième année.

Depuis 2017, un programme d'échanges et de formation est proposé annuellement aux membres du réseau Palliative-Gériatrie, avec le soutien financier de la Direction de la santé et des affaires sociales.

Par la suite, des audits spontanés ont lieu, afin de maintenir les efforts. D'ici à 2020, une trentaine d'EMS fribourgeois, francophones et alémaniques, devraient entrer dans le programme. À terme, l'objectif est que tous les établissements du canton soient certifiés Palliative-Gériatrie.

(Source: Palliative-Gériatrie)

label palliative ch. Ensuite, la certification fribourgeoise est moins contraignante et plus souple, permettant à chaque institution de prioriser les compétences à travailler, tout en tenant compte de sa philosophie, de sa mission et de ses ressources. C'est justement ce qu'a fait la résidence Les Bonnesfontaines.

Relations avec les proches et directives anticipées

L'auto-évaluation au sein de l'institution a mis en évidence deux points d'amélioration sur lesquels les équipes ont investi beaucoup de temps et d'énergie: les relations avec les proches et entre le résident, ses proches et l'institution, ainsi que les directives anticipées. Le travail avec les familles n'est pas valorisé ni reconnu dans le RAI (l'instrument d'évaluation des besoins des résidents), regrette Biljana Langura, infirmière cheffe. Cependant, les récents efforts ont été salués par ailleurs, dans le cadre d'une évaluation périodique effectuée par le service du médecin cantonal. Quant aux directives anticipées, le document a été entièrement revu, des définitions ont été intégrées afin de lever toute ambiguïté quant aux volontés de la personne, et des spécialistes ont été formés pour accompagner les résidents dans la rédaction de leurs directives anticipées.

Mais ce n'est pas tout, car tout au long de l'année et des deux qui ont suivi, d'autres mesures ont été mises en place, parce que prévues au programme ou dictées au fur et à mesure des besoins du terrain. Ainsi, une collaboration plus étroite a été instaurée entre l'équipe soignante et les médecins répondants pour harmoniser les pratiques et adopter un langage commun. Les formations interdisciplinaires ont clarifié le rôle et la place de chacun auprès du résident et valorisé certains métiers jusque-là un peu oubliés. Elles ont aussi apporté une compréhension com-

mune des soins palliatifs et créé la solidarité au sein des équipes. En cela, elles ont contribué à améliorer les conditions de travail: confiance, sécurité, motivation, enthousiasme collectif...

Le personnel a aussi fait l'objet d'une attention particulière. Il bénéficie notamment d'une offre de massages relaxants ou encore de la présence régulière d'un psychologue qui se tient à leur disposition. «Un bon cadre de travail donne le sourire. Et le sourire soigne!», résume Frosa Stockel, seule infirmière spécialisée en soins palliatifs de la résidence, mais qui sera bientôt rejointe par une collègue, actuellement en formation – une autre mesure qui découle de la démarche entreprise.

Avec le recul et l'expérience des trois premières volées, Yves Gremion constate que la démarche a changé le regard sur les soins palliatifs, trop souvent considérés uniquement comme des soins de fin de vie. «Les équipes sont aussi plus promptes à identifier les besoins et les situations critiques, et à faire appel à l'équipe mobile dès que des soins palliatifs spécialisés s'imposent», remarque le chef de projet.

Pour l'heure, l'équipe de la résidence Les Bonnesfontaines se concentre sur son prochain audit, fixé au 11 novembre, au terme de trois ans de processus. Seront passés en revue à cette occasion les droits des résidents, l'anamnèse, l'intégration des proches et la gestion des situations de crise. Mais le plus dur est peut-être à venir: le maintien des acquis. «La démarche ne nous laisse pas tranquilles!», remarque Christian Morard «Elle nous oblige à être continuellement en formation et en communication. Avec le personnel, les résidents, les familles...» C'est en effet un engagement de tous les jours. «C'est un mouvement perpétuel pour que le niveau de connaissances et de compétences des professionnels s'inscrive dans la durée», confirme Yves Gremion. ●

Le Ceff – La seule école francophone en Suisse pour la formation ES en soins infirmiers

Une rentrée 2019 sous le signe du changement

À Saint-Imier, la seule école supérieure en soins infirmiers de Suisse romande a fait une rentrée 2019 sous un ciel bleu sans nuages – au propre comme au figuré. Nouveau bâtiment, augmentation du nombre de volées et ouverture aux élèves des autres cantons: l'école affiche une bonne santé.

Anne-Marie Nicole

À fin août, quelque 480 apprenti-e-s et étudiant-e-s en santé et social ont pris le chemin du Ceff (Centre de formation professionnelle Berne francophone) à Saint-Imier, dans le canton de Berne. Une rentrée un peu particulière toutefois puisqu'ils ont investi pour la première fois un bâtiment entièrement rénové, aménagé dans une ancienne manufacture horlogère datant de 1901. Les petits ateliers de fabrique de montres d'autrefois ont cédé la place à des salles de classe équipées d'écrans tactiles au lieu des tableaux traditionnels et, pour certaines, d'ordinateurs à chaque place de travail. Les combles abritent un espace dédié à la formation pratique, avec des lits médicalisés, des appareils de surveillance et une pharmacie reconstituée. L'établissement dispose également de chambres de simulation des soins, d'installations pour la pratique à l'économie domestique et d'ateliers pour l'enseignement en groupe. Enfin, un auditoire, une cafétéria et les bureaux complètent la nouvelle infrastructure. «Les jeunes et leurs enseignants disposeront d'un outil moderne et adapté aux besoins de plus en plus exigeants de la formation dans les domaines de la santé et du social», a souligné Cédric Bassin, directeur général du Ceff, lors de l'inauguration officielle du bâtiment à fin juin. «Ils seront au contact

Un outil moderne, adapté aux besoins de la formation dans le domaine de la santé et du social.

des dernières technologies et nous leur transmettrons ainsi un savoir-faire à la hauteur de leurs ambitions», a-t-il ajouté.

Principal établissement du Jura bernois dans le domaine de la formation professionnelle et professionnelle supérieure, le Ceff est né en 2010 de la réorganisation des sept anciens sites existants, ramenés à quatre centres de compétence: l'artisanat à Moutier, le commerce à Tramelan, l'industrie et le domaine de la santé et du social à Saint-Imier. L'installation du domaine santé-social dans le bâtiment rénové marque ainsi la dernière étape de cette réorganisation.

Le Ceff santé-social

Le domaine de la santé et du social du Ceff offre aux jeunes qui sortent de la scolarité obligatoire une formation professionnelle, en école ou duale, donnant lieu à un titre reconnu de niveau secondaire II: attestation de formation professionnelle d'aide en soins et accompagnement, certificat fédéral de capacité d'assistant en soins et santé communautaire et d'assistant socio-éducatif, et maturité professionnelle santé et social. Le Ceff propose également une formation en école supérieure (ES) d'infirmière et infirmier. C'est d'ailleurs la seule école francophone de soins infirmiers de niveau non universitaire en Suisse. Ce qu'on a tendance à oublier, peut-être parce cette partie francophone du canton de Berne

semble bien loin de la Suisse romande, sans doute aussi parce que les cantons romands privilégient les filières académiques – université et haute école spécialisée (HES) – pour la formation des professionnel-le-s des soins infirmiers.

Si le directeur du Ceff santé-social, Daniel Roulin, ne se prononce pas sur le débat entre Romands et Alémaniques à propos des filières ES ou HES (il faut savoir que plus de 85% des infirmières et infirmiers sont formés de niveau ES dans la partie

>>



Legende

Foto:

alémanique), il rappelle que l'enseignement clinique pour former des infirmières et infirmiers généralistes est le même pour les deux types de formation, et que ces formations se déroulent toutes deux sur trois ans, avec une alternance entre école et pratique. En fervent défenseur de la filière ES, il ne manque pas d'arguments pour en vanter les atouts: elle offre une formation de niveau supérieur aux jeunes sans maturité spécialisée ou professionnelle, elle constitue une alternative orientée sur la pratique pour celles et ceux qui souhaitent se confronter rapidement au terrain et elle est une réponse à la pénurie de personnel qualifié dont souffrent les institutions de soins et de santé. Il s'étonne aussi que «la Suisse présente un tel déficit de formation en soins infirmiers», déficit qui devrait justifier à lui seul la coexistence des deux cursus de formation. Il regrette surtout qu'il n'y ait pas, pour l'heure, d'autres écoles supérieures en soins infirmiers en Suisse romande, avec lesquelles des collaborations auraient pu être passées, notamment pour harmoniser les courants de pensée et de pratique et les références théoriques.

Ouverture aux autres cantons

Ouverte en 2012, la filière ES de Saint-Imier avait aussi pour objectif de garantir à la minorité francophone du canton de Berne une égalité de traitement en matière de formation, en lui assurant l'accès à une formation en français d'infirmière et d'infirmier ES. En même temps, elle permet aux institutions du Jura bernois de recruter du personnel francophone diplômé, non seulement HES mais également ES. Jusque-là, deux volées étaient lancées chaque année, en février et en août, composées uniquement d'élèves domiciliés dans le canton de Berne. Mais la rentrée 2019 marque un changement.

En effet, suite à la décision de la direction de l'instruction publique du canton de Berne d'inscrire l'école de Saint-Imier dans l'Accord intercantonal sur les écoles supérieures, la formation d'infirmière et infirmier ES du Ceff est nouvellement ouverte aux élèves provenant d'autres cantons. Le but est de favoriser la formation et le recrutement du personnel qualifié dont les

institutions socio-sanitaires ont un urgent besoin. Cette forme de reconnaissance facilitera la mobilité et la qualification dans le domaine de la formation de degré tertiaire. Ainsi, pour la première fois, Daniel Roulin a lancé une campagne de promotion dans la presse régionale et romande. Résultat: trente-trois étudiant-e-s ont démarré leur formation ce mois d'août, dont les trois-quarts proviennent d'autres cantons romands, et désormais répartis en deux volées parallèles. Autre nouveauté introduite: la formation ES en emploi.

Des places de stage à assurer

Naturellement, cette évolution réjouit Daniel Roulin. Elle confirme la qualité de la formation du Ceff et plus généralement du profil infirmier ES. Elle lance cependant un défi de taille au directeur: assurer les places de stage. «À terme, nous aurons besoin d'environ nonante places de stages. Or actuellement, nous en comptons une cinquantaine dans les institutions socio-sanitaires du Jura bernois et de Bienne.» Dans le canton de Berne, depuis 2012, toutes les institutions qui emploient des personnes exerçant une profession de la santé non universitaire sont tenues de former des stagiaires dont le nombre dépend de leur dotation en personnel. Un système de bonus-malus a été introduit selon que l'institution forme davantage ou insuffisamment de futurs professionnel-le-s.

La question des stages se pose pour les élèves provenant des autres cantons romands, qui n'ont pas introduit une telle obligation de formation. «Idéalement, il faudrait arriver à équilibrer le nombre d'élèves extra-cantonaux et le nombre de places de stage dans les autres cantons.» Outre la réticence éventuelle des institutions des autres cantons à former des stagiaires d'une filière ES, l'enjeu financier est de taille, explique Daniel Roulin. Car contrairement aux stagiaires HES pour la formation desquels les institutions sont rémunérées, ces mêmes institutions doivent payer pour recruter et former des stagiaires ES: pour un stage d'une durée de 6 mois, il en coûte 6000 francs pour les stagiaires ES de première année, 15000 francs pour la deuxième année et 24000 francs pour la troisième.

Mais il en faut sans doute davantage pour décourager Daniel Roulin. S'il peut compter sur le soutien des institutions socio-sanitaires de la région, il a aussi déjà démarré une prospection active et décroché des rendez-vous avec des hôpitaux et institutions de santé, notamment dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, pour présenter le Ceff et sa filière ES. Il en va de la pérennisation de l'école supérieure en soins infirmiers du Ceff, qui se positionne comme pôle de compétence en soins infirmiers de niveau ES pour la région BEJUNE, et de la qualité de son enseignement. ●

La commune de Biberist teste des modèles d'habitat pour personnes âgées

Un concept d'habitat protégé financièrement supportable

Les maisons de retraite traditionnelles appartiennent bientôt au passé. Mais comment vivrons-nous quand la vieillesse sera venue? Deux experts esquissent des solutions et dessinent les modèles d'avenir. Comme ceux de la commune soleuroise de Biberist.

Daniela Deck

«Il faut des logements dans lesquels les personnes âgées reçoivent l'accompagnement dont elles ont besoin. C'est une chance qui s'offre aux EMS existants ainsi qu'aux organisations de soins à domicile de développer une solution globale intégrant l'habitat protégé», affirme Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse. «Il est important que les prestations d'aide soient développées dans l'environnement familial, jusqu'aux soins continus, qui est le niveau le plus élevé de notre modèle d'habitat et de soins 2030.» Afin que ce plus haut niveau soit «socialement acceptable», Markus Leser estime que «les soins doivent être intégrés dans le concept global de l'habitat protégé, tant d'un point de vue organisationnel que financier».

Un sacré défi ! Car la conception de l'habitat protégé est très diversement comprise. Les acteurs privés et les pouvoirs publics sont actifs chacun de leur côté et ne manquent pas de s'opposer ouvertement. Par ailleurs, la législation peine à s'adapter à l'évolution démographique. Enfin, la dénomination d'«habitat protégé» n'est pas protégée. «Il ne suffit pas d'avoir un immeuble avec un ascenseur et un concierge pour s'appeler habitat protégé», relève Markus Leser. Si tel devait être le cas, les personnes âgées qui y vivraient seraient alors bien en peine.

«La vieillesse n'est ni une particularité ni un mode de vie à cacher.»

Par conséquent, il s'engage pour que Curaviva Suisse collecte toutes les informations relatives aux offres existantes ou en cours au niveau suisse, et rassemble le matériel statistique qui doit faciliter la planification future. Parmi les initiatives qui vont dans le «bon sens», il cite les grands chantiers de Westfeld à Bâle (500 appartements) ou de Viererfeld à Berne (3000 logements), tous deux caractérisés par une mixité des groupes d'âge. «Finalement, la vieillesse n'est ni une particularité ni un mode de vie à cacher.» Cela vaut aussi pour les personnes souffrant de troubles cognitifs. «Elles ont le droit d'être présentes dans l'espace public aussi longtemps qu'elles le peuvent.»

Mieux vaut construire que rénover

Ivo Bracher présente un concept exemplaire qui a fait ses preuves depuis longtemps. Ce Soleurois est le fondateur, copropriétaire, directeur et président du conseil d'administration de Bonainvest Holding SA, ainsi que le président des coopératives «Läbesgarte» et des Résidences Egelmoos, à Biberist. «Notre but est d'offrir aux personnes âgées une qualité de vie à des conditions financièrement acceptables.» Les deux coopératives en sont la preuve; depuis trente ans pour «Läbesgarte» et cinquante ans pour les Résidences Egelmoos. La première dispose de 58 appartements en propriété, la

seconde de plus de 100 appartements de différentes tailles à la location. Les deux coopératives offrent aux personnes âgées la possibilité de vivre dans des logements sans obstacles et de bénéficier de prestations d'aide adaptées. En cas de besoins en soins plus conséquents, elles peuvent être accueillies dans l'EMS de «Läbesgarte» (110 lits et une unité psychogériatrique), tout en demeurant dans leur environnement familial.

La structure «Läbesgarte» assure également les services d'aide et de soins à domicile pour la commune de Biberist et exploite

>>

un grand restaurant qui a accueilli l'an dernier plus de 200 événements, contribuant ainsi à la vie du village. Des espaces communautaires sont ouverts aux résidentes et résidents pour des activités diverses telles que jeux de société, gymnastique ou préparation des repas en commun. Grâce à la position centrale qu'occupe le lotissements, même les résidents en situation de grande dépendance participent à la vie du village.

La coopérative des Résidences Egelmoos projette actuellement de remplacer le plus vieil immeuble, construit dans les années 1950, par une nouvelle construction. Les divers espaces communautaires (y compris un cabinet de physiothérapie) prévus au rez-de-chaussée devraient en faire le point de rencontre du quartier. Des appartements à la location de 1,5 à 3,5 pièces occuperont les étages supérieurs. «Une évaluation de la structure de l'ancien bâtiment a montré qu'une nouvelle construction coûtait moins cher. Compte tenu de la mauvaise configuration des espaces, de l'humidité et de la dimension des pièces, ainsi que de l'absence de sécurité antisismique, il était difficile de rénover avantageusement», affirme Ivo Bracher.

Impliquer tous les acteurs

Selon une enquête menée à Biberist peu avant les vacances d'été auprès des personnes âgées de plus de 65 ans, 95 % d'entre

elles ont affirmé vouloir continuer de vivre au village à l'avenir et recourir aux prestations de «Läbesgarte» en cas de nécessité. Pour ce faire, l'entrepreneur et investisseur Ivo Bacher estime qu'il faudra, d'une part mettre en place une planification stratégique continue, d'autre part impliquer tous

les acteurs – les habitants de la commune, les services d'urgence locaux, les médecins, les associations telles que Pro Senectute, les investisseurs, les architectes et les entreprises technologiques.

La société Bonacasa est née des expériences de la coopérative «Läbesgarte». Aujourd'hui, Bonacasa est le plus grand prestataire de Suisse

en matière de projets d'habitat pour toutes les générations, incluant l'habitat protégé. L'entreprise, qui appartient majoritairement à des caisses de pension suisses, a commencé par construire des logements en propriété par étage. Sont venus s'ajouter des logements à la location. Selon les prévisions d'Ivo Bracher, le nombre de logements devrait doubler, voire tripler ces quatre prochaines années. Ivo Bracher en est convaincu, «chaque commune devrait avoir une vision et une stratégie pour les personnes âgées et garantir ainsi une continuité dans l'accompagnement». Pour ce faire, «il faut élaborer des lignes directrices, dont découle une organisation reposant sur des règles professionnelles et disposant d'une marge de manœuvre entrepreneuriale.» Quant à la forme juridique (coopérative, SA à but

Trop de personnes entrent en EMS alors que ça ne serait pas nécessaire d'un point de vue médical.

Annonce



Davantage de bien être, de confort et d'autonomie pour les résidents. Une pratique plus agréable pour les soignants. La société Völker développe ses produits avec cette philosophie. Les lits hospitaliers ainsi que les meubles sont créés avec des normes strictes. Des soins humains pour des êtres humains.

MADE IN GERMANY DEPUIS PLUS D'UN SIÈCLE. POUR DES SOINS HUMAINS.

Votre personne de contact sur place Peter A. Wiederkehr +41 79 532 02 29 (l'Ouest/le Centre) · Urs Elsener +41 79 756 03 92 (Zurich / l'Est)

VÖLKER

Völker Schweiz GmbH · 6003 Luzern
info@voelker.de · voelker.de

non lucratif ou autre), elle est déterminée de cas en cas.

De fausses incitations pèsent sur les coûts

Le financement est le principal défi de l'habitat protégé. Aussi bien l'expert de Curaviva Markus Leser que l'entrepreneur Ivo Bracher sont aux prises avec la législation et la politique nationale en matière de financement. Ils sont d'accord pour dire que «le système actuel engendre des incitations inopportunes. En conséquence, trop de personnes entrent en EMS alors que ça ne serait pas nécessaire d'un point de vue médical. Il en résulte des coûts inutiles pour les contribuables et des contraintes inutiles pour les seniors obligés de quitter prématurément leur domicile». Et de

faire le calcul: une personne qui touche des prestations complémentaires n'aurait pas le droit actuellement de dépenser plus de 1100 francs pour son loyer. C'est clairement insuffisant pour vivre en habitat protégé. Si la même personne entre en EMS, les coûts sont considérablement plus élevés, mais couverts par les pouvoirs publics.

«Pour cette raison, Curaviva Suisse s'engage en faveur d'un supplément à apporter aux prestations complémentaires pour financer un logement protégé», assure Markus Leser.

«La taille de nos organisations à Biberist et les synergies entre l'EMS, les logements pour personnes âgées et les services de soins à domicile permettent de diminuer les coûts», explique

Ivo Bracher. «Selon le calcul des coûts complets, y compris les coûts administratifs et informatiques, le service des soins à domicile était facturé 40 francs l'heure à la commune il y a quinze ans. Aujourd'hui, nous sommes à 13 francs l'heure.»

En ce qui concerne les loyers et les prestations complémentaires, Ivo Bracher rejoint Markus Leser: «Ce que je peux dire concernant Biberist, c'est que nous avons trouvé une bonne solution pour chaque personne, indépendamment de sa situation financière, et que nous avons aujourd'hui la chance de vivre ici une mixité sociale.» Pour que cela soit aussi possible ailleurs, il faudrait une révision de la loi sur les prestations complémentaires.

Markus Leser replace l'origine du problème dans le système de santé: «Il y a un fossé entre les domaines stationnaires et ambulatoires. Durant des décennies, les deux systèmes se sont opposés, ils ont même été financés de différente manière. Et maintenant ils sont soudainement supposés coopérer dans un système à part qui ne fonctionne pas automatiquement.» Il est



«Läbesgarte» à Biberist: habitat protégé, espaces communautaires, restaurant public et événements pour tout le village.

convaincu que des solutions de financement stables et durables dans le système de santé passent par un financement uniforme des secteurs ambulatoires et stationnaires et par une perméabilité continue des prestations.

Markus Leser et Ivo Bracher s'entendent également pour dire que la prochaine étape devrait être la suppression des prestations à double. Non seulement les doublons créent des tensions entre les prestataires, mais ils sont également responsables d'un gaspillage d'argent. Si Pro Senectute, l'aide à domicile et le délégué communal aux personnes âgées proposent, par exemple, tous les trois un service de conseil, ce n'est pas la qualité qui aug-

mente, mais uniquement les coûts, notamment de personnel. Dans ce contexte, Ivo Bracher insiste sur le rôle des cantons et des communes en tant qu'autorités fiscales. «Les communes, notamment, sont des instances neutres qui exercent une fonction décisive. Si elles obligent tous les acteurs à coopérer – jusqu'aux responsables de leurs résidences pour personnes âgées –, les prés carrés et rivalités n'ont aucune chance. Au contraire, cela ouvre la voie à des solutions intelligentes et avantageuses pour le bien-être des seniors.» C'est sans doute à cette condition qu'Ivo Bracher ne verra plus ce qui lui est arrivé de connaître en tant que consultant: des institutions et des organisations de soins à domicile qui se font concurrence plutôt que chercher ensemble des solutions profitables dans l'intérêt du client. ●

Le problème du financement réside dans le fossé existant entre les domaines stationnaires et ambulatoires.

Texte traduit de l'allemand

Actualités

Deux mondes différents?

Le financement des soins a besoin de nouvelles pistes de solution. Les questions de la prévoyance vieillesse et des soins de longue durée ne peuvent plus être débattues séparément.

Daniel Höchli

Nous le savons: le rapport entre les personnes actives et les personnes de plus de 65 ans se réduit inexorablement. En 2040, il n'y aura plus que deux actifs pour un retraité. Dans le même temps, la part des personnes qui ont besoin de soins augmente. Le financement des retraites comme celui des soins et de l'accompagnement constitue donc un énorme défi. Bien que les sources de financement à disposition soient finalement les mêmes, les questions du financement des retraites et du financement des soins sont le plus souvent débattues séparément. Cela doit changer.

Selon les estimations de la Confédération, les dépenses pour l'AVS d'ici à 2045 vont doubler, passant de 44 à 80 milliards de francs. Dans les dernières propositions de réforme, le Conseil fédéral réagit en relevant la taxe sur la valeur ajoutée et en harmonisant l'âge de référence pour les femmes et les hommes (65/65). Quant à la prévoyance professionnelle, les partenaires sociaux proposent de compenser la réduction du taux de conversion par des retenues salariales plus élevées.

Dans le domaine des soins de longue durée, les dépenses des pouvoirs publics vont augmenter massivement. Une nouvelle étude de l'Université de Saint-Gall conclut que les dépenses pour les soins et l'accompagnement de longue durée, y compris des ménages privés, vont passer de 15,6 à 31,3 milliards de francs d'ici à 2050. Il est impératif de trouver de nouvelles pistes de solution; mais contrairement au système des retraites, elles ne font guère l'objet du débat politique. Il y a au moins consensus sur le fait que le financement actuel, qui passe par les impôts cantonaux et communaux et les primes des assurances maladie, n'est pas soutenable.

Dans les débats sur le financement, les soins de longue durée et la prévoyance vieillesse ne peuvent plus être considérés séparément, du fait de l'existence d'interactions. Voici deux exemples:

- Plus la TVA servira à financer l'AVS, moins il y en aura pour le financement des soins.
- Une élévation de l'âge de la retraite allège le financement des retraites et laisse davantage de marge de manœuvre pour trouver de bonnes solutions pour le financement des soins.

La maîtrise des défis lancés par le changement démographique impose une approche globale de la prévoyance professionnelle et des soins de longue durée.

Quelle que soit la décision des autorités politiques et des électrices et électeurs, nous ne devons pas oublier le nombre croissant de personnes qui ont besoin de soins durant la dernière étape de leur vie.



Daniel Höchli
est directeur de
l'association
Curaviva Suisse.

INFORMATIONS DU DÉPARTEMENT PERSONNES ÂGÉES

SUICIDE ASSISTÉ EN INSTITUTION : INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS

La question de l'aide au suicide dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance est, depuis quelques années, de grande actualité. Quel est le cadre législatif et quelles sont les règles déontologiques à respecter? CURAVIVA Suisse publie un document de référence actualisé sur la question, ainsi qu'une fiche d'information, afin de mieux éclairer une thématique complexe et délicate.

Alors qu'on assiste, ces dernières années en Suisse, à une diminution progressive du suicide non assisté, le suicide assisté ne cesse d'augmenter depuis 2008. En 2015, 965 suicides assistés (426 hommes et 539 femmes) ont été enregistrés en Suisse, soit 30 % de plus que l'année précédente et 3.2 fois plus qu'en 2009. Quel est le pourcentage de suicides assistés qui se déroulent en institution? L'Office fédéral de la statistique ne publiant pas ces chiffres, il faut se tourner vers les organisations d'assistance au suicide. Selon les chiffres d'EXIT, environ 10% des suicides assistés ont été réalisés dans des homes.

Lorsqu'un résident exprime un désir de mort, comment doit-on réagir? La direction de l'institution est-elle obligée d'accepter que le suicide assisté se fasse dans ses murs? Quel rôle les soignants doivent et peuvent avoir lors d'un suicide assisté d'un résident? Face à ces multiples questions CURAVIVA Suisse a actualisé un document de référence et a publié une nouvelle fiche d'information afin de clarifier la posture des institutions dans le cadre du suicide assisté.

En Suisse, l'aide au suicide ne fait pas l'objet d'une législation spécifique nationale: le suicide assisté n'est pas pu-



nissable pour autant qu'il ne résulte pas d'un mobile égoïste. Certains cantons ont émis des réglementations spécifiques concernant l'aide au suicide dans les institutions. C'est le cas par exemple du canton de Vaud, de Genève et de Neuchâtel, où le suicide assisté doit être garanti dans les institutions d'intérêt public. Plusieurs autres cantons ont refusé de réglementer cette pratique, comme Zurich, Berne, le Valais ou le Tessin. En l'absence de réglementations, c'est l'institution qui peut décider si accueillir ou pas le suicide assisté dans ses murs.

CURAVIVA Suisse s'exprime en faveur de la législation libérale en vigueur en Suisse. Chaque institution doit ainsi pouvoir décider si elle admet ou pas le suicide assisté. Si cela n'est pas le cas, la direction de l'institution doit pouvoir le communiquer clairement au moment de l'admission. Dans ses recommandations,

CURAVIVA Suisse défend également le droit à l'autodétermination des personnes âgées vivant en institution, ainsi que l'égalité de droit entre les personnes résidentes d'une part, et les personnes vivant chez elles de l'autre. Toutefois, elle rappelle que l'institution doit être particulièrement attentive à ce que la qualité de vie du résident soit garantie. En particulier, les résidents doivent pouvoir bénéficier de soins palliatifs de qualité, ainsi qu'une détection et une prise en charge des symptômes dépressifs, souvent sous-estimés chez les personnes âgées.

Pour plus d'informations n'hésitez pas à consulter le dossier thématique sur notre site internet et à télécharger le document de référence sur le sujet. Michela Canevascini (m.canevascini@curaviva.ch), auteure des documents, se tient à votre disposition pour plus d'informations.



Nouveau!

Swisscom TV pour résidences

Offrez à vos résidents une expérience TV inédite et conviviale avec plus de 300 chaînes et TV Guide intuitif. Ils bénéficient aussi désormais de leur propre réseau WiFi rapide et sécurisé.

swisscom.ch/tvhost

swisscom