

LE BILLET DU PRÉSIDENT

CAMPAGNE FMH [HTTPS://WWW.A-MES-COTES.CH](https://www.a-mes-cotes.ch)

Dr Dominique Bünzli | président de la SNM



Le sens au travail est un concept complexe qui englobe bien être, motivation, satisfaction et mesure de l'impact que ses compétences et ses contributions peuvent avoir.

Nous travaillons dans des environnements stressants et exigeants, le sens à ce que nous faisons est capital pour la poursuite de nos activités et les retours que nous avons de nos patients sont déterminants.

Certaines exigences du système de santé, notamment administratives, peuvent amener des ressentis de perte du sens. Ce phénomène s'est accentué ces dernières années sous couvert de la qualité ou de la maîtrise des coûts.

Il peut être donc utile de rappeler que nous sommes là pour nos patients et qu'ils sont reconnaissants du travail que l'on fournit !

C'est justement ce que fait la FMH avec sa campagne



Ecoutez-nous maintenant : www.a-mes-cotes.ch | N'hésitez donc pas à la promouvoir autour de vous !

Affiches pour les salles d'attente dans le BMS de janvier 2023 Bull Med Suisses. 2023;103(0102):26-27.

QUELQUES MOTS SUR L'ACTUALITÉ DES SOINS PALLIATIFS

Dr Maria Fernanda DELGADO CORTES, médecin cheffe de clinique adjointe en soins palliatifs, RHNe

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-cheffe de service de soins palliatifs, RHNe

Dr Christian BERNET, médecin chef de l'équipe mobile de soins palliatifs - BEJUNE

LA RECHERCHE SUR L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHÉDÉLIQUES EN FIN DE VIE

Les soins palliatifs offrent un soutien holistique pour les patients atteints de maladies graves ou en phase terminale, ainsi que pour leur famille et leurs proches aidants. La prise en charge comprend des traitements médicaux pour soulager la douleur, d'autres symptômes somatiques, du soutien psychologique et spirituel. Cependant, malgré l'utilisation de tous les traitements habituellement disponibles, certains patients continuent de souffrir de douleurs physiques, de dépression, d'anxiété et d'angoisse de mort imminente, une situation décrite comme détresse psycho-existentielle ou « total pain ». Jusqu'à présent, face à une situation réfractaire des symptômes multiples, la sédation est une solution palliative de dernier recours. C'est pourquoi l'utilisation de substances psychédéliques, telles que la psilocybine et le LSD, intéressent de plus en plus la recherche d'alternatives pour aider les patients en fin de vie à soulager ces symptômes.

L'emploi des substances psychédéliques comme l'acide lysergique (LSD) et la psilocybine ont été étudiées en médecine depuis les années 60. Au vu des différents tabous culturels et des interdictions d'usage, les recherches sur ces substances ont été mises de côté. Depuis 2010 elles font l'objet des recherches dans des différents domaines, notamment la psychiatrie, dans les troubles anxiodépressifs et le syndrome de stress post-traumatique, avec des résultats encourageants.

Le LSD est une substance psychédélique, classée comme une drogue illicite dans la plupart des pays, y compris en Suisse. Bien qu'elle puisse être utilisée dans un contexte médical contrôlé pour la recherche, l'utilisation thérapeutique reste encore controversée. Il existe des études en cours sur l'utilisation du LSD en tant que traitement complémentaire pour les patients en soins palliatifs. Pour le moment, les résultats ne sont pas concluants au point d'imaginer une utilisation thérapeutique sur les années qui viennent.

La psilocybine, quant à elle, est un composé psychoactif présent dans des champignons hallucinogènes. Son potentiel thérapeutique en médecine est également un sujet de recherche. Des essais cliniques récents ont montré que la psilocybine peut être efficace pour traiter l'anxiété, la dépression et d'autres troubles psychiatriques chez les patients atteints de cancer. En outre, les effets psychédéliques de la psilocybine peuvent aider les patients à vivre des expériences spirituelles et à réfléchir à leur vie, leur mort et leur sens de l'existence.

En conclusion, l'utilisation de substances psychédéliques pour les patients en fin de vie en Suisse est en cours d'étude et peut représenter une approche intéressante pour des patients sélectionnés présentant des symptômes réfractaires. Bien que ces substances puissent potentiellement aider les patients à soulager la douleur, l'anxiété et la dépression, il est important que leur utilisation soit strictement réglementée et encadrée par des professionnels de la santé qualifiés pour assurer la sécurité des patients. Les soins palliatifs en Suisse continuent d'évoluer pour mieux répondre aux besoins des patients en fin de vie, et l'utilisation de substances psychédéliques peut être une option de traitement prometteuse à explorer dans le cadre d'une approche holistique et centrée sur le patient.

GESTION DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE ET EMPLOI DE LA MÉTHADONE COMME CO-ANALGÉSIE

La gestion de la douleur est une partie cruciale de la gestion des symptômes en soins palliatifs. Les opioïdes sont une arme importante dans la bataille contre la douleur. De par sa puissance, ses possibles effets secondaires et de son potentiel d'addiction, cette arme peut être délétère si son utilisation est mal maîtrisée.

La méthadone est un médicament opioïde synthétique pouvant être utilisé pour soulager la douleur, y compris la douleur neuropathique. Elle fonctionne en se liant aux récepteurs μ (μ), par son énantiomorphe L et un effet anti-NMDA par son énantiomorphe D.

La méthadone est fréquemment choisie en raison de sa durée d'action prolongée (mais qui reste variable selon les individus) et en raison d'une voie d'administration simple (elle peut être administrée par voie orale, sous-cutanée ou intraveineuse). Les métabolites inactifs de la Méthadone sont éliminés par les selles, rendant son utilisation possible en cas d'insuffisance rénale.

Dans le cadre des douleurs cancéreuses avec composante neuropathique, elle est utilisée depuis quelques années, dans la médecine palliative comme co-analgésique, à petites doses, en association avec l'opioïde conventionnel déjà présent. Elle peut également aider à réduire la tolérance aux opioïdes ainsi que les symptômes de sevrage chez les patients qui ont été précédemment traités avec d'autres médicaments opioïdes.



// QUELQUES MOTS SUR L'ACTUALITÉ DES SOINS PALLIATIFS

Dr Maria Fernanda DELGADO CORTES, médecin cheffe de clinique adjointe en soins palliatifs, RHNe

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-cheffe de service de soins palliatifs, RHNe

Dr Christian BERNET, médecin chef de l'équipe mobile de soins palliatifs - BEJUNE

La méthadone a par ailleurs des effets sur d'autres neurotransmetteurs, tels que la noradrénaline et la sérotonine, qui sont impliqués dans la modulation de la douleur et de l'humeur.

Comme tous les opioïdes, la méthadone peut avoir des effets secondaires, notamment une sédation excessive, une constipation, une rétention urinaire, des nausées et des effets cardiotoxiques par allongement du QT. Il peut aussi y avoir un risque de dépendance ou d'abus, surtout chez les personnes qui ont des antécédents de dépendance aux opioïdes. Sa principale difficulté d'utilisation est liée à son très fort potentiel d'interactions médicamenteuses.

En conclusion, la méthadone peut être une option efficace pour soulager la douleur neuropathique chez les patients en soins palliatifs, notamment ceux souffrant d'une insuffisance rénale pour qui l'utilisation d'autres médicaments est contreindiquée.

Son utilisation requiert de l'expertise et doit être soigneusement surveillée et ajustée par le spécialiste en fonction de la balance risque-bénéfice, afin de minimiser les risques.



KÉTAMINE ET TROUBLE DÉPRESSIF SÉVÈRE

La kétamine est un anesthésique et antalgique très puissant dérivé de la Phéncyclidine (PCP), elle est utilisée depuis longtemps en médecine palliative, à des doses moindres qu'en anesthésie, pour des douleurs réfractaires et/ou à composante neurogène ou pour contrer une tolérance aux opiacés. Elle peut aussi aider à soulager d'autres symptômes courants, tels que l'anxiété et la dyspnée. Les données actuelles évoquent comme mécanisme d'action un blocage des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) en augmentant la libération de certains neurotransmetteurs, tels que la noradrénaline et la dopamine.

Son utilisation nécessite une surveillance accrue et une expertise au vu des effets psycho-mimétiques secondaires importants (hallucinations, dysphorie, confusion, sentiment de dépersonnalisation...)

Nous retrouvons dans la littérature des études récentes qui ont mis en évidence l'action positive de la kétamine dans la dépression sévère. Contrairement à d'autres antidépresseurs, l'effet positif d'un bref traitement à la kétamine s'est manifesté presque immédiatement et s'est prolongé plusieurs semaines après l'administration. La littérature sur ce sujet devient abondante en psychiatrie. Les données actuelles sont encore limitées en médecine palliative et des études sont en cours. Il est important de noter que cet effet rapide, contrairement à d'autres antidépresseurs, trouve un intérêt tout particulier pour le traitement en fin de vie, où le temps est limité, et des voies d'administration parentérales sont parfois nécessaires pour faire face à la dépression.

Dr Maria Fernanda DELGADO CORTES, médecin cheffe de clinique adjointe en soins palliatifs, RHNe

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs, RHNe

Dr Christian BERNET, médecin chef de l'équipe mobile de soins palliatifs - BEJUNE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., & Su, Z. [2016]. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180.
2. Sessa, B., & Johnson, M. W. [2020]. Psychedelic medicine in end-of-life care: a review of the evidence for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 34(6), 599-610.
3. Thal, S. B., & Lommen, M. J. [2021]. Psychedelic-assisted therapy in palliative care: a review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 156-162.
4. Vollenweider, F. X., & Kometer, M. [2010]. The neurobiology of psychedelic drugs: implications for the treatment of mood disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(9), 642-651.
5. Watts, R., Luoma, J. B., & Thepsiri, K. [2020]. The use of psilocybin in palliative and hospice care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(8), 1011-1017.
6. Beauchamp, Y. *Le Grand Livre des Soins Palliatifs*. 2013; Tome I chap IV C et IV D]. Available from: <http://www.palli-science.com/>.
7. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, David F. Methadone in the management of neuropathic cancer pain: a systematic review. *Palliat Med*. 2007;21(3):251-257. doi:10.1177/0269216307077734
8. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Fulfaro F. Opioid switching from high-dose morphine to methadone in cancer patients with neuropathic pain. *J Clin Oncol*. 2009;27(31):5165-5169. doi:10.1200/JCO.2009.22.7907
9. Bhatnagar S, Mishra S, Rana SP. Management of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. *Indian J Palliat Care*. 2009;15(2):96-101. doi:10.4103/0973-1075.58458
10. Bruera E, Spiller P, Schoeller T, MacEachern T. Methadone use in cancer patients with pain: a review. *J Palliat Med*. 2012;15(9):1070-1077. doi:10.1089/jpm.2012.0117
11. Lapidus KA, Levitch CF, Perez AM, et al. A randomized controlled trial of intranasal ketamine in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2014;76(12):970-976. doi:10.1016/j.biopsych.2014.03.026
12. Daly EJ, Singh JB, Fedgchin M, et al. Efficacy and safety of intranasal esketamine adjunctive to oral antidepressant therapy in treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(2):139-148. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3739
13. Jackson K, Ashby M, Martin P, et al. « Burst » ketamine for refractory cancer pain : an open-label audit of 39 patients. *J Pain Symptom Manage* 22 (4), 200 1: 834-842.
14. Berman RM, Krystal JH et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients, *Biological Psychiatry*, Volume 47, Issue 4, 15 February 2000 : 351-354.
15. Zarate Jr Carlos A. et al. A Randomized Trial of an N-methyl-D-aspartate Antagonist in Treatment-Resistant Major Depression, *Arch Gen Psychiatry*. 2006 : 63 : 856-864.

LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN SOINS PALLIATIFS À DISPOSITION DE LA POPULATION NEUCHÂTELOISE

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs au RHNE

Dr Christian BERNET, Médecin-chef de l'EMSP-BEJUNE

La médecine et les soins palliatifs offrent une prise en charge active et globale à des personnes souffrant d'une maladie grave, évolutive et non guérissable, nécessitant des soins continus, quels que soient leur âge et le lieu où elles se trouvent. Ils visent à améliorer la qualité de vie des patients, de leurs familles et des proches aidants par une prise en charge globale comprenant l'identification précoce, l'évaluation et la prise en charge des problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Les soins palliatifs apportent du soutien pour aider les patients à vivre aussi pleinement que possible le temps qu'il leur reste, en facilitant la communication et en les aidant à déterminer des objectifs thérapeutiques individualisés.

Dans le contexte de l'évolution démographique suisse la promotion des soins palliatifs devient indispensable. L'augmentation de l'espérance de vie est accompagnée d'une prévalence plus importante de maladies chroniques incurables. La multimorbidité altère la qualité de vie et ajoute de la complexité au traitement et au soutien apportés au cours des dernières étapes de la vie. Cela représente un grand défi d'organisation et de distribution des ressources du système de santé.

En plus, les patients plus jeunes atteints d'un cancer ou de d'autres maladies chroniques, de troubles neurologiques ou psychiatriques requièrent également un traitement et un soutien complexe, et souvent sur une longue durée. L'Office fédéral de la statistique (OFS) estime que le nombre des décès enregistrés par an, tous âges confondus, atteindra 90 000 en Suisse d'ici à 2050.

Même si seulement une minorité de la population aura besoin de soins palliatifs spécialisés, les personnes atteintes dans leur santé et dans leur qualité de vie, doivent pouvoir accéder dans des délais raisonnables à des soins adaptés à leurs besoins.

Pour y parvenir, il est indispensable que la population connaisse les moyens à disposition et que les acteurs du système de santé puissent identifier précocement les personnes en situation palliative, définir leur degré de complexité et les référer à la structure la plus adaptée. Les mesures pour atteindre ces objectifs passent indubitablement par l'information et la collaboration entre les divers partenaires.

L'offre de soins palliatifs est organisée, selon le degré de complexité, en soins palliatifs généraux et spécialisés. Les patients ayant besoins de soins généraux présentent, malgré une maladie chronique et évolutive incurable, un état de santé stable et sont souvent pris en charge de manière ambulatoire en tout milieu de vie et de soins, par des équipes non spécialisées en soins palliatifs, avec recours possible à une équipe spécialisée. Cette population représente environ 80% des patients avec besoins identifiés en soins palliatifs.

Un outil nommé ID-PALL, récemment développé par des chercheurs en soins palliatifs du CHUV, permet d'identifier précocement les personnes avec besoins en soins palliatifs qui font recours au système de santé et de les classer en fonction de la complexité de ces besoins afin d'offrir un itinéraire de soins cohérent. Même si pour le moment il n'est validé que pour l'utilisation en milieu hospitalier de médecine interne, cet instrument rapide et accessible, qui ne requiert pas la participation du patient, a une bonne sensibilité dans le triage des besoins et ses résultats semblent extrapolables à d'autres populations.

Pour les 20% restants, l'évolution de la maladie va engendrer une instabilité importante des symptômes avec impact sur la qualité de vie, un besoin accru de surveillance, de soins complexes et fréquents ainsi que de la mise à disposition de compétences interdisciplinaires élargies. Pour certains, le pronostic vital est déjà engagé mais pour la plupart des cas, un long parcours se dessine encore et le contrôle des symptômes peut être une tournant décisif dans la qualité de vie, dans la capacité de supporter des traitements lourds et parfois sur le prolongement de la survie. C'est le moment de faire recours à des équipes de soins palliatifs spécialisés quel que soit le milieu de vie ou de soins.

Le travail des équipes spécialisées est effectué de manière interprofessionnelle. L'équipe interprofessionnelle est composée, selon la situation et les besoins, des professionnels de divers domaines de la santé, avec une formation spécifique, une expérience pratique dans le domaine palliatif ou une sensibilisation délivrée par des spécialistes. Les interventions sont modulables en fonction des souhaits ou des besoins de la personne malade ou de ses proches.

L'objet de cette article est de vous présenter les structures spécialisées de soins palliatifs qui peuvent être mises à disposition de vos patients avec besoins identifiés dans le canton de Neuchâtel.

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs au RHNe

Dr Christian BERNET, Médecin-chef de l'EMSP-BEJUNE

Pour une hospitalisation en unité spécialisée de soins palliatifs.

LA CHRYSALIDE

La Chrysalide est l'unité hospitalière de 12 lits de soins palliatifs spécialisés aigus (lits A) du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Rattaché au Département de Gériatrie, Réadaptation et Soins Palliatifs (DGRSP), le service de médecine palliative est certifiée par le label national « Qualité dans les soins palliatifs » depuis 2017 et offre une prise en charge palliative spécialisée aux patients adultes souffrant d'une maladie grave, évolutive et non guérissable avec des symptômes complexes.

Public cible : Patients adultes atteints d'une pathologie incurable et évolutive avec une problématique physique, psychologique, sociale, ou spirituelle complexe et instable, requérant une importante demande en soins et une disponibilité 24h/24 de spécialistes en soins palliatifs.

Le consentement du patient ou de son représentant thérapeutique est un élément indispensable à l'admission. Ils sont informés que le projet de soin est palliatif, centré sur la qualité de vie, et que les traitements curatifs ou les mesures de réanimation ne sont plus envisagés. Toute exception est à discuter au préalable avec des médecins cadres du service.

L'équipe interprofessionnelle est composée de soignants, médecins, psychologue, physiothérapeutes, ergothérapeute, aumônier, assistant social, sophro-réflexologue, musicothérapeute, cuisiniers (chef de cuisine formé en diététique) et de bénévoles. Les secrétaires, employés de maison et de cuisine ont tous reçu une formation de sensibilisation aux soins palliatifs.

Le service est autonome quant à l'admission, la prise en charge et la sortie des patients. Les admissions dans le service sont électives et se font sur demande médicale les jours ouvrables et pendant les heures de bureau. Les admissions urgentes en dehors de ces horaires se font via un passage préalable aux urgences de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds ou de l'Hôpital Pourtalès, avec le transfert à La Chrysalide organisée dans un deuxième temps en fonction de la gravité et de la disponibilité de places.

Il est important de souligner qu'après la stabilisation des symptômes et si l'état de santé du patient le permet, un retour à domicile, un transfert dans une autre unité du RHNe ou un placement en EMS peut être envisagé.

Géographiquement détachée de l'hôpital, l'unité dispose du même plateau technique que les autres unités de soins aigus de l'hôpital, à l'exception de la réanimation. Le recours à des examens d'imagerie ou des interventions chirurgicales requiert un transfert sur un des sites principaux. La Chrysalide se trouve à la Rue de la Paix 99, au centre ville de La Chaux-de-Fonds.

Elle est l'unité de référence en soins palliatifs spécialisés pour les patients neuchâtelois, jurassiens et bernois francophones (région BEJUNE) au bénéfice de l'assurance maladie de base.

Les demandes d'admission doivent être adressées au secrétariat de la Chrysalide par téléphone (032 912 5676) ou par e-mail (chr@rhne.ch). Un formulaire de demande d'admission via le site internet du RHNe est en cours d'élaboration et doit être disponible à la fin de l'année.

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs au RHNe

Dr Christian BERNET, Médecin-chef de l'EMSP-BEJUNE

Avis spécialisé en soins palliatifs pour un patient hospitalisé, sans critères d'admission à La Chrysalide, ou pour un suivi palliatif dans l'attente d'un transfert à La Chrysalide.

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS INTRA-HOSPITALIÈRE « GSPMOB »

L'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière de soins palliatifs GSPmob est liée à celle de gériatrie (équipe mixte) et peut intervenir dans toutes les unités du RHNe.

Public cible : Patients adultes atteints d'une pathologie incurable et évolutive avec une problématique physique, psychologique, sociale, ou spirituelle, requérant une importante demande en soins sans nécessiter la présence permanente de spécialistes en soins palliatifs.

L'équipe compte sur une équipe médico-infirmière des deux disciplines. La branche palliative est formée par des médecins avec formation approfondie spécialisée (ISFM) et des infirmières au bénéfice d'un CAS en soins palliatifs.

L'équipe intervient en deuxième ligne sur demande médicale, via appel téléphonique ou via un order management dans le dossier informatisé, pour proposer une expertise dans le dépistage, l'évaluation et le traitement, et dans l'orientation dans le réseau des patients en situation palliative.

Cette expertise peut prendre la forme de conseils téléphoniques, de consultation au lit du malade, de participation évaluative aux soins de base infirmiers (ex : toilette évaluative) et d'évaluation globale en vue d'un transfert dans l'unité spécialisée.

Les conseils délivrés permettent aux équipes de première ligne de prendre en charge les symptômes complexes, de les soutenir dans l'élaboration et dans l'adaptations d'un projet de soin adapté à la réalité aux besoins de leurs patients. Cette approche permet également de renforcer la sensibilisation à la vision globale et la formation des médecins assistants et chefs de clinique sur les soins palliatifs généraux.

En tant que service transversal, la GSPmob facilite le lien des autres services de l'hôpital, avec le réseau de soins palliatifs extra-hospitalier de la région BEJUNE, et optimise le flux des patients vers la Chrysalide. La GSPmob est disponible du lundi au vendredi, de 8h à 17h.

Les demandes à la GSPmob ne peuvent être faites que par un médecin interne au RHNe, en charge du patient.



Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs au RHNe
Dr Christian BERNET, Médecin-chef de l'EMSP-BEJUNE

Pour un avis spécialisé en soins palliatifs d'un patient à domicile, en EMS ou en institution socio-éducative.

L'ÉQUIPE MOBILE EXTRAHOSPITALIÈRE EN SOINS PALLIATIFS EMSP BEJUNE

L'EMSP BEJUNE est une équipe de consultants médico-infirmiers spécialisés en soins palliatifs, intervenant en deuxième ligne à la demande des professionnels de la santé et du social pour leur apporter du soutien dans les situations palliatives. Elle intervient dans les contextes extrahospitaliers (domicile, EMS, institutions socio-éducatives) dans les cantons de Berne (pour l'arrondissement administratif du Jura bernois), du Jura et de Neuchâtel. Elle est gérée administrativement par l'association pour le développement des soins palliatifs (ADSP) BEJUNE, qui est une structure paraétatique autonome, créée par les services de santé publique des trois cantons.

Public cible : Professionnels de la santé et du social en charge de patients adultes atteints d'une pathologie incurable et évolutive, présentant une (ou des) problématique(s) du champ des soins palliatifs difficile(s) à résoudre.

L'EMSP n'intervient qu'à la demande et avec l'accord des soignants de référence en charge de la situation (1ère ligne) sans se substituer à eux. Ces derniers gardent l'entière responsabilité de leurs patients.

Les médecins de l'EMSP interviennent sur mandat des médecins en charge des patients, les infirmières sur demande autonome des soignants. Des interventions en binôme médico-infirmier sont faites, selon les besoins, sur demande conjointe d'une équipe médico-infirmière.

En fonction des besoins exprimés, et d'entente avec les demandeurs, les interventions peuvent prendre la forme de conseils téléphoniques, de visites à la personne concernée dans son lieu de vie, de rencontres avec les équipes. Les visites sont suivies d'un rapport, envoyé le plus rapidement possible (objectif : 24-48 h ouvrables) à tous les acteurs du réseau, contenant l'évaluation globale, des propositions de prise en soin et pistes de réflexion. Les prestations peuvent concerner l'aide à la gestion de symptômes et l'anticipation, le soutien des équipes dans les questionnements sur la prise en soin, ou confrontées à des vécus difficiles, l'aide à la réflexion dans les problématiques éthiques, par exemple. En général une intervention clinique peut s'organiser dans les jours suivants la demande. Le fonctionnement et le rôle (consultants) de l'EMSP ne permet pas de répondre adéquatement à des situations d'urgence.

N.B : l'EMSP n'est pas une équipe d'antalgie. Elle n'entre pas en matière pour les situations de douleurs chroniques ou de troubles somatoformes douloureux.

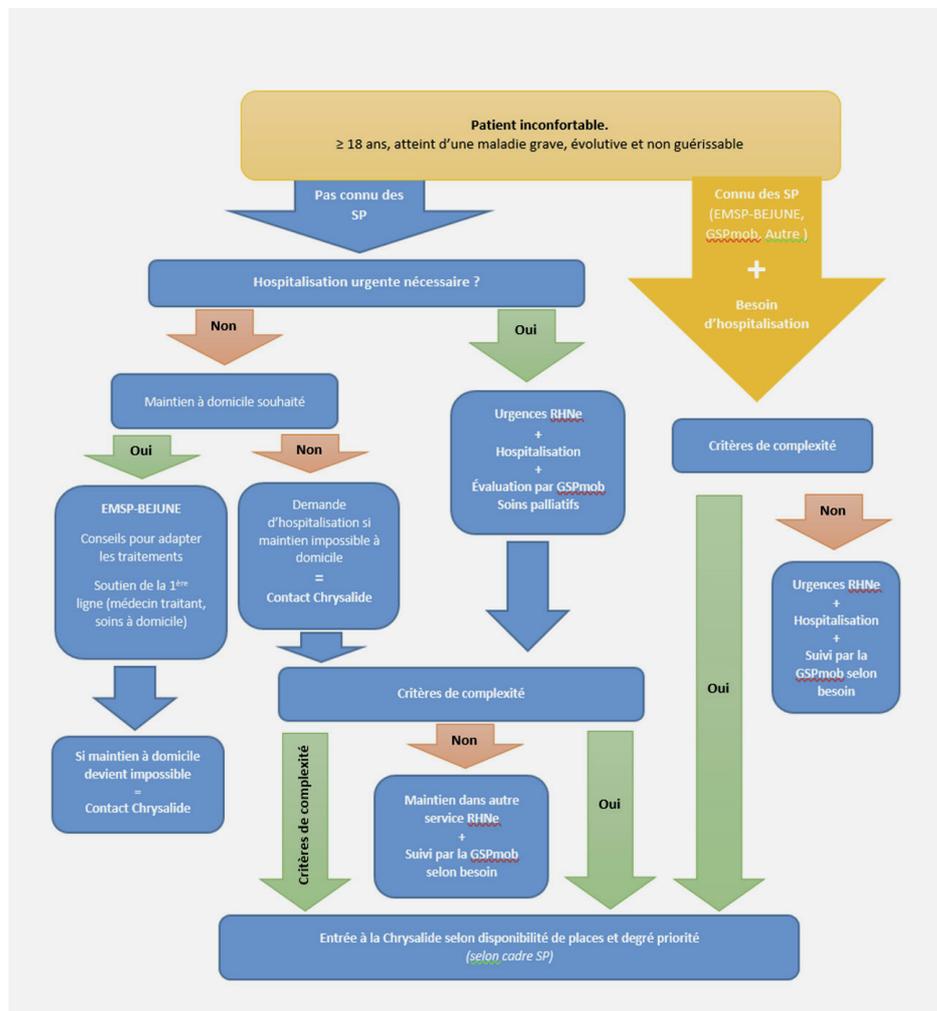
Critères d'intervention : Le seul fait de se questionner sur l'intervention de l'EMSP mérite un contact pour élaborer ensemble sur les suites à donner.

L'EMSP collabore étroitement avec l'unité hospitalière RHNe-La Chrysalide, notamment en matière d'échanges d'informations sur les situations. Elle n'a pas de pouvoir décisionnel sur les hospitalisations, ni sur l'évaluation de leurs critères. Toute demande d'entrée doit se faire directement avec les médecins de La Chrysalide.

Antenne NE, Contact : tél 032 913 44 07; mail info@emsp-bejune.ch (sécurisé HIN)

Plus de renseignements sur le site www.emsp-bejune.ch

Dr Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs au RHNe
 Dr Christian BERNET, Médecin-chef de l'EMSP-BEJUNE



LECTURE RECOMMANDÉE

1. Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010-2012 et 2013-2015 (Office fédéral de la santé publique – OFSP et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé –CDS)
2. Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse (Office fédéral de la santé publique-OFSP, Palliative ch, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé-CDS)
3. Identifier les patients nécessitant des soins palliatifs généraux ou spécialisés grâce à ID-PALL. F Teike Lüthi, M Bernard, C Gamondi, A-S Ramelet, G D Borasio. Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 288-91
4. Lien pour l'outil ID-PALL (<https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/professionnels-de-la-sante/id-pall>)

SOINS PALLIATIFS EN EMS RÔLE DU MÉDECIN RÉPONDANT ?

Dr Christian Bernet | Médecin-chef, Equipe Mobile en Soins Palliatifs BEJUNE
Tél : 032 913 44 07 | Mail : christian.bernet@emsp-bejune.ch | www.emsp-bejune.ch

Mes remerciements à Fabienne Wyss-Kubler, secrétaire générale de l'ANEMPA, pour sa relecture attentive et ses commentaires éclairants.

Les établissements médico-sociaux sont simultanément des lieux de soin et des lieux de vie. Ces institutions sont en général les lieux de la dernière partie de la vie. En effet on estime actuellement la durée moyenne de séjour en EMS à deux ans et demi, avec une médiane d'environ un an, ce qui est peu à l'échelle d'une vie humaine (OFS 2023). En outre, dans le canton, ils sont le lieu de constat d'environ 35 % des décès annuels. Ces quelques notions montrent à quel point les EMS sont des institutions où (de façon consciente ou non) la pratique des soins palliatifs généraux fait partie du quotidien.

En octobre 2021 le Conseil d'Etat a émis un arrêté modifiant le règlement sur l'autorisation d'exploitation et de surveillance des institutions (RASI). Parmi les nouveautés dans ces modifications, figure l'obligation pour les EMS, en vigueur dès 2024, d'avoir un·e médecin répondant·e identifié, une personne référente en soins palliatifs dans l'équipe soignante, et d'inclure dans le projet institutionnel un « concept de prise en charge et d'accompagnement en matière de soins palliatifs »¹.

Le rôle du médecin répondant d'EMS n'est pas standardisé, et dépend des contrats/accords de collaboration établis avec les institutions. De manière générale, on pourrait toutefois le décliner en deux rôles (ou « chapeaux ») différents :

Premièrement, le médecin répondant est le référent médical de l'institution et de sa direction. Il est chargé de l'organisation médicale globale de l'institution et la conseille pour les questions d'ordre médical. Il est parfois chargé de l'élaboration de divers protocoles ou de la formation continue des collaborateurs, ainsi que de la cohérence des soins médicaux entre les différents services (rôle « méta »).

Deuxièmement il est le maillon (le pair) intermédiaire, ou personne de contact, entre l'institution et les autres médecins intervenant auprès des résident·es de l'institution. Idéalement pas seulement lors de malentendus ou différents (rôle « contact »).

Par ailleurs, une troisième dimension importante intervient lorsqu'il devient de facto le médecin généraliste des bénéficiaires n'ayant pas de médecin traitant, ou n'ayant pas voulu / pu garder le leur après leur entrée en institution (rôle « traitant »). Ce volet n'est pas couvert à proprement parler par la nouvelle législation précitée mais il prend une dimension majeure par son inévitable articulation avec les deux autres, imbrication qui voit le praticien assumer à la fois la responsabilité de médecin répondant auprès de l'EMS et celle de médecin traitant des personnes âgées que ce dernier accueille.

Revenons aux soins palliatifs en déclinant à nouveau ces divers rôles et ce qui serait attendu de ce·cette professionnel·le en la matière :

Dans le rôle « méta », il devrait être activement impliqué dans l'élaboration, ou les mises à jour, du concept de soins palliatifs de l'EMS et, en collaboration avec la direction des soins et la personne référente en SP, dans son application dans le fonctionnement et la vie de l'institution. Ceci peut également comprendre l'élaboration de protocoles de soins spécifiques (antalgie par exemple), ou la réflexion avec les pharmaciens répondants sur les médicaments injectables nécessaires dans les stocks institutionnels pour faire face aux situations de fin de vie.

Dans le rôle « contact », il devrait contribuer à expliciter ce concept SP aux collègues intervenant régulièrement dans la structure, ainsi qu'être attentif aux retours des équipes sur certains points d'incompréhension en terme de prise en charge afin de pouvoir les clarifier avec eux. En tant qu'intervenant de l'EMSP il m'arrive en effet régulièrement de constater un décalage entre l'équipe soignante de l'institution et le médecin traitant sur la compréhension du caractère palliatif d'une situation ou sur l'adhésion à certaines attitudes (en matière d'hydratation sous-cutanée par exemple) alors qu'une discussion ouverte sur le sujet permet généralement de trouver aisément un consensus.

Dans le rôle « traitant », au vu du grand nombre de situations palliatives rencontrées en EMS, il est bien sûr attendu quelques compétences en médecine palliative, et donc d'y consacrer une part de sa formation continue. Pas seulement en termes de gestion de symptômes par ailleurs, mais également dans la collaboration interprofessionnelle avec les équipes, et dans la communication avec les proches sur des sujets parfois difficiles.



depositphotos.com

Dr Christian Bernet | Médecin-chef, Equipe Mobile en Soins Palliatifs BEJUNE
Tél : 032 913 44 07 | Mail : christian.bernet@emsp-bejune.ch | www.emsp-bejune.ch

J'aimerais illustrer mon propos en abordant deux thématiques qui, dans ma pratique, sont fort récurrentes dans le contexte des soins palliatifs en EMS.

La première thématique concerne les prises de décisions médicales en fin de vie. En effet la « densité » des fins de vie dans ce contexte rendent très fréquents les questionnements qui viennent « chatouiller » le terrain de l'éthique. Les sujets sont multiples, de la déprescription médicamenteuse à l'arrêt / poursuite / instauration d'une alimentation « artificielle » [« to PEG or not to PEG ? »] en passant par la prescription de traitements sédatifs ou la décision d'une hospitalisation. Les situations où une « bonne » solution n'est pas évidente, et où il faut donc chercher la « moins mauvaise », favorisent des clivages dans les équipes et/ou des tensions avec les proches. Il faut alors discuter et rediscuter avec les uns et les autres, peser les arguments et les valeurs sous-jacentes, aborder des représentations parfois tenaces, et essayer de trouver un consensus qui ait du sens pour le bien de la personne concernée.

Ces démarches sont fortement facilitées si l'institution y a réfléchi à l'avance [au travers du concept de soins palliatifs] et si le personnel est préparé à leur occurrence. Le ou la médecin répondant sera une personne centrale dans la démarche institutionnelle [rôle « méta »], et bien sûr dans le processus [dans le rôle « traitant », et parfois dans le rôle « contact »].

Il faut rappeler ici la pertinence d'un regard extérieur si on n'arrive pas à avancer [par exemple celui du psycho-gériatre consultant de l'EMS, de l'EMSP, ou de toute autre ressource mobilisable].

La seconde thématique est celle de l'anticipation. En font partie [en amont] les directives anticipées et le recueil du projet de vie des résidents. Nous avons en général l'habitude d'agir en réaction aux problèmes identifiés. Quand une personne âgée en EMS présente des signes de « virage » vers une péjoration de l'état général [apparition de troubles de la déglutition, baisse rapide de l'autonomie puis état grabataire, troubles de la conscience, état confusionnel p.ex.] en l'absence de cause réversible identifiable [infectieuse p.ex.] il devient bien sûr clair que l'évolution sera défavorable, quelle qu'en soit la durée. Il importe alors d'anticiper les risques de complications, voire de crise, et de prévoir tant des médications en réserves à disposition pour les soignants que des entretiens avec la personne et ses proches sur l'évolution de la situation. Le faire sans attendre permet tant de clarifier les objectifs thérapeutiques que d'éviter de devoir agir dans l'urgence cas échéant.

Un point important, pouvant paraître banal, est d'anticiper la perte de la possibilité de prendre les traitements per os, et prévoir des alternatives par d'autres voies [sous-cutanée, transmuqueuse, ou rectale]².

Là encore, un médecin répondant aura un rôle à jouer, à la fois dans une attitude institutionnelle [formalisation de l'identification de ces situations et des suites à y donner, ainsi que sensibilisation et formation des équipes] et dans l'activité médicale propre, ainsi que dans la communication avec les collègues.

Les deux thématiques évoquées précédemment impliquent un investissement en temps non négligeable. Si tout ceci semble chronophage, mon expérience personnelle est que ce temps, s'il est investi précocement, est un investissement rentable : que de temps et téléphones épargnés par la suite !

Pour rappel : l'EMSP BEJUNE est à disposition pour toute situation difficile ou complexe, ou posant question.

Pour information : L'association pour le développement des soins palliatifs [ADSP] BEJUNE vient de mettre en ligne un guide « Planifier et mettre en œuvre un projet institutionnel de soins palliatifs généraux en EMS - pistes de travail ». Ce document cible les directions d'institutions, mais peut nourrir le rôle « méta » des médecins répondants en EMS. Il est librement disponible à l'adresse internet sp-ems.adsp-bejune.ch.

En guise de conclusion, je voudrais insister sur l'importance des médecins répondants pour une bonne coordination des soins, et pour le développement d'une culture palliative explicite et interprofessionnelle dans les institutions médico-sociales. Une approche palliative des soins montre une efficacité certaine sur la qualité de vie et le confort des bénéficiaires, et permet d'éviter certaines hospitalisations, pour le plus grand bénéfice de tous.

1. Voir les articles 32a, 33 et 35as de ce document qui, quasi poétique et évoquant Prévert, peut être téléchargé sur le site de l'Etat.

https://www.ne.ch/legislation-jurisprudence/pubfo/ArrRegCE/Documents/2021/F042_03_2021_10_20_DFS_2102_ACE_modifiant_RASI.pdf

2. Il est toujours étonnant de constater à quel point ces complications arrivent fréquemment le soir ou le week-end, au mépris de toute probabilité.

Dr Christian Bernet | Médecin-chef, Equipe Mobile en Soins Palliatifs BEJUNE
Tél : 032 913 44 07 | Mail : christian.bernet@emsp-bejune.ch | www.emsp-bejune.ch

QUELQUES RAPPELS PRATIQUES SUR LES OPIOÏDES

Les divers opioïdes disponibles en Suisse sont, statistiquement et à doses équivalentes, similaires en termes d'efficacité antalgique et d'effets secondaires (les argumentaires sur des E2 moindres des uns ou des autres sont purement marketing).

Le fentanyl et la buprénorphine sont les opioïdes de choix (« sûrs ») en cas d'insuffisance rénale modérée à sévère. Leurs métabolites éliminés par voie rénale sont inactifs, et donc sans risque de créer une neurotoxicité par leur accumulation. (La méthadone est également non dépendante de la voie rénale, totalement éliminée par voie biliaire, mais plus complexe d'utilisation).

En cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère, on privilégiera la morphine ou l'hydromorphone, sous forme rapide et PAS retard (métabolisme entièrement par glucuroconjugaison, qui est la dernière voie touchée quand le foie dysfonctionne) mais en diminuant la fréquence d'administration (4x/j) et les doses (jusqu'à la dose minimale efficace). Le fentanyl est également un choix possible (bien qu'en partie métabolisé par le CYP3A4, les quelques études pharmacologiques faites ne montrent pas d'augmentation des taux sanguins en cas de cirrhose Child C).

Chez la personne âgée, en cas de fonction rénale « limite » ou d'instauration prudente d'opioïdes, il est légitime de prescrire de petites doses de morphine rapide en solution seulement 4x/j (aux 6 h). Le risque est d'avoir une perte d'antalgie en fin de dose, et alors il faut ré-augmenter la fréquence de prise à 6x/j, mais ce n'est constaté que rarement (chez des « métaboliseurs rapides » ?). Cette couverture antalgique plus longue que prévue usuellement est attribuée à l'effet d'un des métabolites de la Mo (le M6G), qui a aussi un effet agoniste sur les récepteurs Mu, et est éliminé plus lentement par les reins vieillissants.

Il est intéressant de constater qu'un des opioïdes les plus prescrits est l'oxycodone, qui cumule l'inconvénient des métabolites neurotoxiques éliminés par voie rénale, et un très fort potentiel d'interactions pharmacodynamique (CYP3A4, 2D6 principalement).

Il est **contreindiqué** de mêler la buprénorphine aux autres opioïdes. Son effet agoniste/antagoniste sur les récepteurs Mu, et sa forte affinité pour ces R, entraînant un fort risque de contrecarrer l'effet des autres opioïdes.

Il est **contreindiqué** de mêler des opioïdes avec composante sérotoninergique (i.e : le tramadol et le tapentadol) à des antidépresseurs sérotoninergiques purs (tous les SSRI) en raison du risque de syndrome sérotoninergique. Si le Syndrome Sérotoninergique classique (avec risque d'évolution vers un décès rapide) est assez rare dans la pratique, il existe chez la personne âgée des formes à bas bruit, insidieuses, qui ont une réelle répercussion sur la qualité de vie de la personne (et peuvent mimer l'évolution d'une démence, un peu rapide cependant).



depositphotos.com

LE PROJET DE SOINS ANTICIPÉ

Dre Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs - RHNe

Développé dans les années 90, le projet de soins anticipé ou ProSA (dénomination romande pour l'advance care planning) est un processus de réflexion et de communication autour des valeurs et des souhaits d'une personne concernant des questions de santé futures, et ses préférences en matière de soins dans le cas où elle deviendrait incapable de discernement. Il s'agit d'une discussion entre le patient et les professionnels référents du domaine de la santé, avec ou sans la participation des proches, qui permet de clarifier et de documenter ces décisions sous la forme de directives anticipées qui peuvent être adaptées lorsque cela leur semble approprié.

La CAPACITÉ DE DISCERNEMENT est la capacité d'un individu à comprendre une situation donnée et les options qui s'offrent à lui dans cette situation, à évaluer les conséquences de chaque option, ainsi qu'à finalement décider laquelle d'entre elles choisir. Elle est présente ou absente pour un objet précis à un temps donné.

Cette planification dépend de nombreux facteurs, notamment le contexte culturel, la religion, le niveau d'éducation, le type de personnalité, l'âge, les expériences personnelles de vie et de mort, le cadre juridique local et l'état de santé de la personne.

Les personnes âgées polymorbides et les malades souffrant de pathologies chroniques sont particulièrement sujets à la survenue des événements aigus qui menacent leur capacité de discernement. En soins palliatifs, il est d'autant plus pertinent que les souhaits soient discutés en amont.

Pourtant la planification anticipée de soins n'est pas réservée qu'aux personnes très âgées ou malades. À tout âge, un événement inattendu peut nous rendre incapable de communiquer nos décisions en matière de santé. Lorsqu'une personne ne peut plus exprimer ses souhaits, les professionnels de soins ou d'autres personnes (par exemple, les membres de la famille ou un curateur) sont contraints de prendre des décisions qui peuvent différer des souhaits du patient.

Lors de ce processus, plusieurs sujets peuvent être abordés comme la réanimation cardio-pulmonaire, le don d'organes, des gestes chirurgicaux, l'alimentation et hydratation par sonde, ainsi que les décisions de fin de vie telles que le début ou l'arrêt d'un traitement ou le contrôle des symptômes par la sédation palliative.

Depuis l'entrée en vigueur de la révision du droit sur la protection de l'adulte le 1^{er} janvier 2013, les directives anticipées sont explicitement ancrées dans le droit fédéral. Selon ces règles, le médecin traitant doit respecter les directives anticipées, à moins qu'elles n'enfreignent les dispositions légales ou qu'il existe des doutes fondés sur le fait que les directives ont été établies sous influence ou contrainte ou sur le fait qu'elles reflètent encore la volonté présumée du patient. Plus les directives anticipées sont claires, mieux elles pourront être mises en œuvre.



Les directives anticipées doivent être établies par écrit, datées et signées. La capacité de discernement du patient doit être préservée au moment de son élaboration. Afin de rendre la démarche plus accessible aux patients en état d'autonomie réduite, la signature seulement doit être manuscrite. Il est très utile qu'un représentant thérapeutique soit nommé et que ses coordonnées y figurent. Par représentant thérapeutique nous entendons la personne choisie par l'auteur, à qui il confie la représentation de ses volontés. Un remplaçant peut aussi être désigné au cas où la personne désignée en premier n'est pas disponible.

L'auteur peut donner à son représentant des instructions concrètes mais il peut aussi se limiter à laisser ce dernier décider à sa place le moment venu. Le pouvoir du représentant thérapeutique n'est reconnu qu'à partir du moment que le patient n'a plus sa capacité de discernement. Il a le droit d'accéder à toutes informations auxquelles le patient aurait accès.

Dre Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs - RHNe

En absence de capacité de discernement du patient et sans représentant thérapeutique désigné, nous devons nous référer au Code Civil, qui hiérarchise clairement les priorités :

1. La personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'incapacité;
2. Le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical (portée générale)
3. Son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. La personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. Ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. Ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. Ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;

Le rôle de représentant thérapeutique ne peut pas être imposé. Il faut que la personne se sente capable d'assumer le moment venu et de transmettre les souhaits du patient, même si ce souhait ne serait pas son propre choix dans une situation équivalente.

S'il existe un conflit entre les proches, ou un doute si les décisions transmises respectent véritablement l'intérêt du patient, l'autorité de protection de l'adulte (APEA) peut être saisie. L'APEA peut aussi être saisie si le patient n'a pas de proche, ou qu'ils refusent de le représenter, afin de désigner un curateur.

Il peut y avoir des circonstances où les souhaits du patient ne pourront pas être suivis à la lettre, notamment quand les volontés ne sont pas claires, quand elles ne respectent pas le cadre légal ou la déontologie médicale.

Les médecins ne sont pas tenus, d'un point de vue éthique, de fournir des traitements qui, selon leur jugement professionnel, n'ont pas de chance raisonnable d'apporter un bénéfice au patient. De même, lorsque toute intervention visant à prolonger la vie d'un patient devient futile, les médecins ont l'obligation d'orienter les soins vers le confort. Dans ces cas de figure, le représentant thérapeutique doit être informé, et les raisons du refus doivent être consignées dans le dossier médical. Quand l'impossibilité dérive de questions de l'ordre de la conscience du soignant, dans la mesure du possible, un autre soignant doit être affecté ou un transfert dans une autre unité/institution doit être envisagé.

En cas de désaccord sur l'efficacité et l'utilité du traitement entre le personnel et le patient et/ou son représentant, une médiation par une commission d'éthique peut s'avérer nécessaire.

Voici les étapes suggérées pour l'élaboration du projet de soins anticipé :

- Stimuler le patient à réfléchir à ses valeurs et à ses souhaits.
- Discuter des directives anticipées
- Si la personne n'est pas prête à discuter de traitements ou de décisions de soins spécifiques, essayer de parler des préférences en termes généraux et approfondir progressivement la discussion.
- Proposer qu'il choisisse une personne de confiance comme représentant thérapeutique.
- Stimuler le patient à discuter avec cette personne de ses préférences.
- L'aider à choisir le formulaire le plus adapté à ses besoins ou à rédiger lui-même son document
- Stimuler le remplissage et signature des directives anticipées
- Partager ces informations, avec l'accord du patient, à tous les prestataires impliqués dans sa prise en charge.
- S'assurer régulièrement que le contenu des directives anticipées reste valable. Les préférences en matière de traitement ainsi que les personnes choisies comme représentants peuvent changer au fil du temps.

Dre Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs - RHNe

Les éléments le plus souvent décrits comme difficiles à aborder sont les instructions médicales pour les cas d'urgence. La réanimation, l'intubation, l'admission aux soins intensifs et le recours à des mesures artificielles de maintien de la vie. L'amélioration de la communication entre professionnels, patients et proches rend plus facile la prise de décision des équipes d'urgences au sein des hôpitaux, services mobiles et réseaux de soins communautaires, lorsqu'il s'agit d'intervenir sur la base de ces documents. Dans le cas où une condition n'est pas prévue dans les directives anticipées, et que le délai d'intervention est compatible, le représentant thérapeutique est invité à se prononcer afin d'assurer que la réponse apportée soit le plus en accord possible avec les volontés présumées du patient.

Certaines études ont montré que le ProSA améliore de manière significative de nombreux résultats, en particulier pour les patients atteints d'une maladie grave. Il s'agit notamment de :

- Des taux plus élevés d'élaboration de « directives anticipées »
- Réduction des hospitalisations en fin de vie
- Le taux de traitements intensifs en fin de vie
- Utilisation accrue des services de soins palliatifs
- Une probabilité accrue que le décès ait lieu dans l'endroit de choisi (80% des patients aimeraient pouvoir finir leurs jours à la maison)
- Une plus grande satisfaction à l'égard de la qualité des soins reçus, en lien avec une prise de décision partagée, et une meilleure préparation sur ce à quoi s'attendre au cours du processus de mort.
- Une diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les proches
- Réduction du coût des soins de fin de vie sans augmentation de la mortalité

D'autres études sont moins catégoriques sur l'impact du projet de soins anticipés dans la prise en charge.

Ces échanges réguliers permettent au patient de choisir l'itinéraire thérapeutique qui convient le mieux à ses attentes et rendent les proches et les professionnels plus attentifs à ses réels besoins.

Avant de commencer tout traitement médical, il convient d'obtenir le consentement éclairé du patient ou de son représentant thérapeutique. Il peut être plus difficile d'arrêter un traitement médical que d'en commencer un. C'est pour cela que la possibilité d'arrêter un traitement médical s'il n'est plus bénéfique pour le patient doit être discutée au préalable.

Les symptômes peuvent être traités par des traitements orientés vers la maladie et/ou vers le confort. Si un traitement orienté vers la maladie est considéré comme futile, les mesures de soins visant à contrôler les symptômes doivent être poursuivies et, si nécessaire, intensifiées.

Le refus conscient de soins ou de traitements indiqués sur plan médical ne configure pas l'absence de capacité de discernement. Cela peut être tout simplement l'expression de la volonté et des priorités de la personne.

Il est important de souligner qu'un refus à la réanimation de la part du patient ou du corps médical n'affecte pas les autres traitements, jugés appropriés à un moment donné, tels que la chimiothérapie, la chirurgie, les antibiotiques et les soins de soutien.

Pour favoriser une bonne communication, l'environnement doit être adapté à la conversation, avec suffisamment de temps prévu pour discuter. Si le patient est d'accord, la famille ou le représentant thérapeutique peuvent être présents lors de cette discussion.

Le plan de soins anticipés n'est pas un acte isolé. Son élaboration est un processus qui demande du temps et plusieurs moments d'échange pendant tout le parcours d'une maladie.

Dre Indira AMORIM ARAUJO, médecin-chef de service de soins palliatifs - RHNe

LECTURE RECOMMANDÉE

Directives médico-éthiques élaborées par la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM :

- La capacité de discernement dans la pratique médicale (2019)
- Décisions de réanimation (2021)
- Attitude face à la fin de vie et à la mort (2018, adaptées en 2021)

Code civil suisse

Art. 370 : Droit du patient d'établir des directives anticipées

Art. 371 : Forme et contenu des directives anticipées

Art. 372 : Devoir de questionner l'existence et de respecter, dans la mesure du possible, les souhaits exprimés dans les directives anticipées

Art. 377 : Devoir d'information au représentant thérapeutique

Art. 378 : Ordre de représentation en cas de non-désignation préalable d'un représentant thérapeutique

Art. 379 : Cas d'urgence

Art. 381 : En cas d'absence de représentant thérapeutique ou conflit dans l'entourage.

RÉFÉRENCES

ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning D. Schrijvers¹ & N. I. Cherny², on behalf of the ESMO Guidelines Working Group* Annals of Oncology 25 (Supplement 3): iii138–iii142, 2014 doi:10.1093/annonc/mdu241

Definition and recommendations for advance care planning : an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Lancet Oncol 2017;18:e543-51;p. e5491

Projet de soins anticipé ou advance care planning - Proposition d'une terminologie commune pour la Suisse romande, Bosisio F, Fassier T, Truchard E., R. Pautex S., Jox R. J., Rev Med Suisse, 2019/662 (Vol.5), p. 1634–1636.

UpToDate - Advance care planning and advance directives, recherche du 12.03.2023

LES SOINS PALLIATIFS D'UN POINT DE VUE PRÉHOSPITALIER

Jennifer Lopez, Ambulancière ES, Office Ambulances, Service de la protection et de la sécurité, Ville de Neuchâtel

La problématique préhospitalière est la suivante : nous avons peu ou pas de solutions pour les patients atteints de maladie complexe en fin de vie à leur domicile. Souvent un transport dans un service d'urgence reste la seule alternative possible.

Une étude statistique a démontré que les ambulanciers du canton de Neuchâtel (tous services confondus) sont confrontés à ce type de prises en charge environ 20 fois par mois. Il est important de souligner que les chiffres vont augmenter de manière importante ces prochaines années en raison, notamment, de l'augmentation des maladies complexes de longue durée ainsi que de la surcharge chronique des réseaux de soins.

Il est aujourd'hui prioritaire que les ambulanciers se forment en soins palliatifs afin de pouvoir répondre aux besoins des patients et se préparer au mieux à cette augmentation.

Dans la plupart des situations palliative rencontrées, les choses sont souvent claires pour les patients mais pas pour leurs proches. Etant dépassés par ce qu'il se passe, ils nous appellent et les équipages ambulanciers sont alors confrontés à des situations pour lesquelles ils déplorent un manque de formation pré- et postgrade.

Il s'agit majoritairement de situations où l'antalgie est mal contrôlée et aucune réserve médicamenteuse de secours n'est disponible à domicile. Lorsque les patients ne souhaitent pas être transportés à l'hôpital, nous essayons toujours de trouver des alternatives en appelant le médecin traitant ou une structure de soin spécialisée qui suit déjà la situation. Pour ce faire, des aides à la décision sont en développement, dont un exemple est exposé dans la figure 1. Nous aimerions à mesure que nos connaissances évolueront, modifier ce dernier et permettre plus d'autonomie et d'alternatives pour les équipes de prises en charge.

Malheureusement, il arrive régulièrement que nous devons intervenir la nuit ou les week-ends et, faute d'alternative, nous devons transporter les patients dans une structure d'urgence. Cette situation n'est souvent pas optimale pour le patient, sa famille et l'équipage de prise en charge.

Afin d'améliorer cette situation, nous avons pris contact avec les structures de soins palliatifs existantes et présenté notre travail ainsi que la problématique rencontrée en préhospitalier. Il suffit parfois de quelques échanges téléphoniques pour désamorcer une situation en coordonnant avec le corps médical un passage plus régulier des soins à domicile, une adaptation de l'antalgie ou une prise en charge stationnaire dans une structure spécialisée. Nous avons également la possibilité d'appeler le médecin SMUR de garde à l'hôpital pour essayer de trouver une solution de manière pluridisciplinaire. Malheureusement, ce dernier ne connaît généralement pas la situation précise et nous privilégions l'échange avec le médecin traitant quand cela est possible.

Notons également que certaines interventions se concentrent uniquement sur un accompagnement des proches, qui éprouvent le besoin d'être rassurés sur l'évolution de la situation, le bon fonctionnement des procédures mises en place ou encore sur le confort de l'être aimé et qui contactent le 144 en l'absence d'autre soutien disponible.

Une autre problématique fréquemment rencontrée est celle des directives anticipées, régulièrement absentes du dossier de soin à disposition de l'équipage ambulancier. Aujourd'hui, nous avons la chance de pouvoir indiquer ce que nous souhaiterions en cas de maladie et/ou perte de sa capacité de discernement ou de communication. Un représentant thérapeutique peut être nommé et ainsi avoir la responsabilité médicale de prendre une décision si un tel cas se présentait. Peu de gens ont connaissances d'une telle possibilité d'exprimer sa volonté et cela engendre des situations souvent compliquées pour les familles, notamment en l'absence d'échange et de discussion auparavant.

Evidemment, nous essayons toujours de respecter les désirs des patients si de telles directives sont présentes mais comment agir lorsque les proches sont dépassés par les douleurs et qu'ils demandent tout de même une hospitalisation ? C'est un conflit éthique dur à porter pour les intervenants préhospitaliers et le recours à une décision pluridisciplinaire puis au débriefing sont des plus-values majeures.

La prévention faisant partie intégrante de notre profession, nous étudions actuellement la possibilité de distribuer différents documents de directive anticipées existants de manière à pouvoir en parler avec nos patients et leur famille afin de sensibiliser le grand public à cette thématique essentielle.

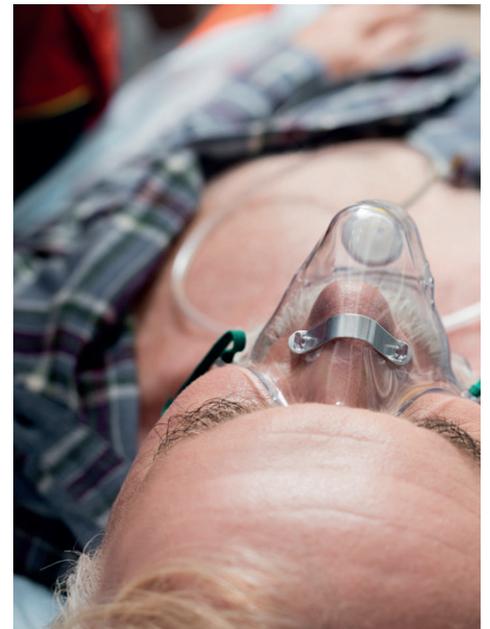
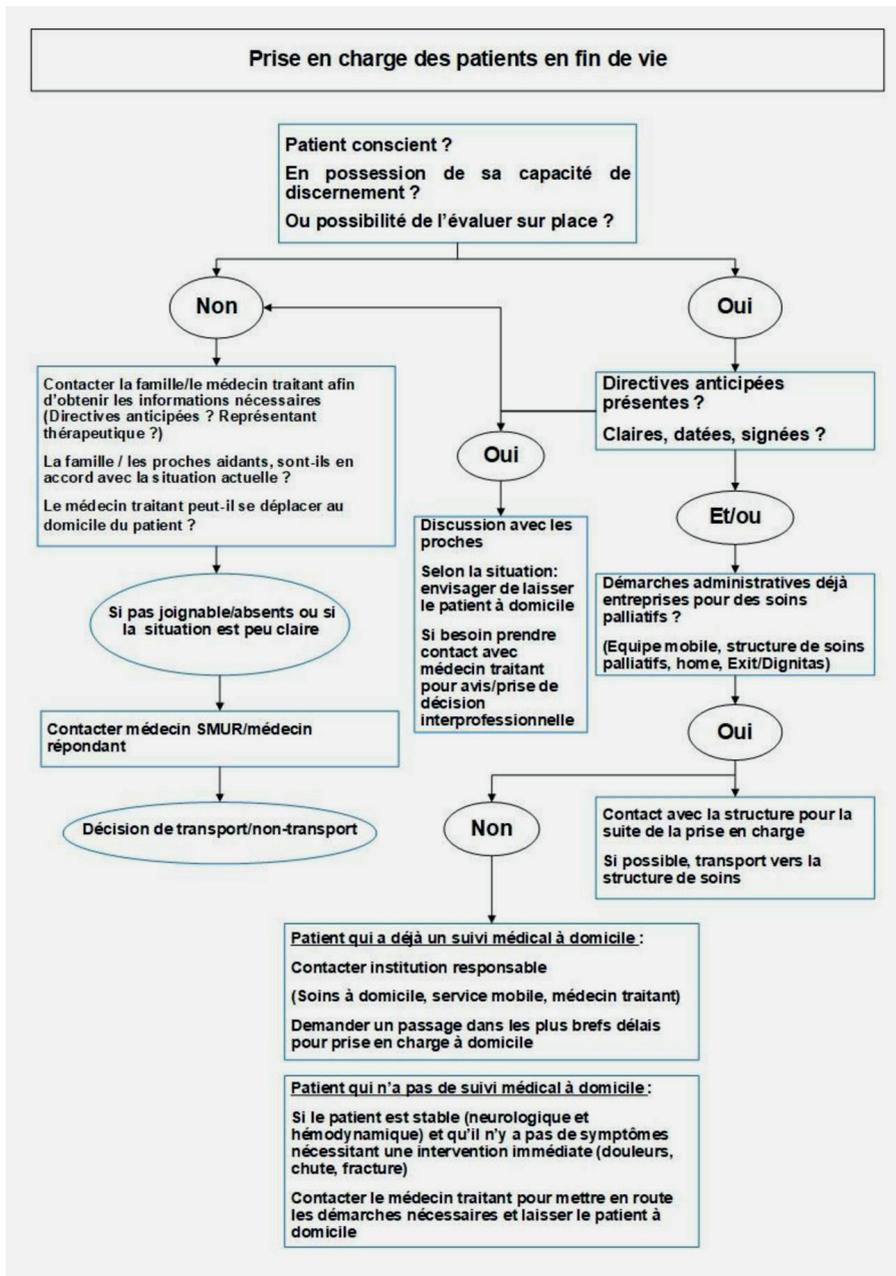
Les discussions avec les différentes structures de soins palliatifs du canton existantes sont ouvertes et nos échanges de point de vue entre le milieu hospitalier et préhospitalier permettent de comprendre les problématiques de l'autre et de construire nos discussions sur des objectifs communs : les soins palliatifs doivent impérativement se développer ces prochaines années et tous les professionnels de la santé sont concernés par les enjeux.

Jennifer Lopez, Ambulancière ES, Office Ambulances, Service de la protection et de la sécurité, Ville de Neuchâtel

L'objectif est dans un premier temps de créer une formation pour le personnel préhospitalier qui permettra d'aborder toutes la complexité des soins palliatifs, à savoir la communication aux patients et aux proches, l'aspect médico-légal et éthique de ces prises en charge, la gestion antalgique adaptée ainsi que les différents soins de confort. Ce type de formations permettra également de favoriser le réseautage et de connaître l'offre de soin à disposition dans le canton de Neuchâtel.

Dans un deuxième temps et une fois la formation donnée, nous aimerions mettre en place un algorithme de soin spécifique afin de rapidement accompagner le patient et ses proches au moment de notre intervention, en collaboration avec le réseau de soin.

En résumé, nos techniques de soins doivent évoluer pour s'adapter aux besoins de nos patients, et ceci passe nécessairement par le développement de nos connaissances et d'une formation continue pluridisciplinaire que nous espérons pouvoir mettre en place dans le Canton de Neuchâtel.



TRAVAIL DE DIPLÔME

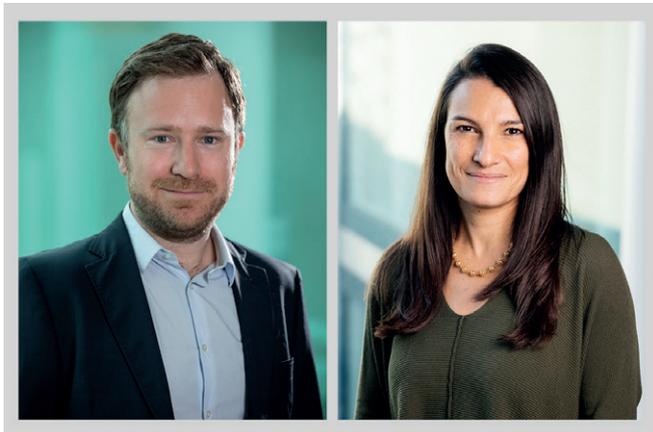
Quelles alternatives au transport ont les ambulanciers ES du canton de Neuchâtel face à une situation de fin de vie à domicile ?

Liste non exhaustive, créée en octobre 2020, depuis le site www.palliativkarte.ch

Jennifer Lopez, AMB 18-20, medi | Centre de formation médicale | Soins ambulanciers ES

LES ÉCHOS DU RHNe

UN BINÔME À LA TÊTE DE LA DIRECTION MÉDICALE



L'organisation de la direction médicale du RHNe va connaître une évolution importante dès le 1^{er} mai prochain : son actuel directeur, le Dr **OLIVIER PLACHTA**, partagera sa fonction avec la Dre **EMILIE NICODÈME-PAULIN**, actuelle directrice médicale adjointe et cheffe du département d'imagerie médicale.

Cette nouvelle organisation, élaborée sur le principe du « top-sharing » (partage d'un poste de dirigeant-e), doit permettre de répondre à la multiplication et à la complexification des enjeux et des défis actuels du RHNe. En faisant appel aux points forts et aux aptitudes de deux personnes pour un poste complexe, elle permettra notamment d'accroître la productivité et les impacts opérationnels. Afin d'atteindre ces objectifs ambitieux tout en respectant un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, ces deux profils complémentaires disposant d'une connaissance approfondie du fonctionnement de l'institution travailleront tous deux à temps partiel.

Grâce à une répartition cohérente des tâches, le binôme sera en mesure de gérer de manière plus efficace les missions complexes et variées de la direction médicale. Afin de participer aux efforts institutionnels de maîtrise des coûts, le poste de directeur-trice médical-e adjoint-e n'est pas pourvu à ce stade. Ses tâches seront reprises par le binôme, notamment au niveau des directions de sites.

Soutenue par le Collège des directions et le Conseil d'administration, cette co-direction vise à répondre au mieux aux enjeux actuels et futurs de l'institution. Elle assure le maintien d'une vision médicale ambitieuse pour le RHNe dans un contexte hospitalier en pleine mutation.

LE PD DR SAUVAIN NOMMÉ PROFESSEUR À L'UNIL



Le PD Dr Marc-Olivier Sauvain a été nommé Professeur titulaire de la Faculté de biologie et de médecine par la direction de l'Université de Lausanne. Il est au bénéfice d'un titre approfondi en chirurgie viscérale obtenu au CHUV après une formation de chirurgie effectuée à l'hôpital universitaire de Zürich. Par ailleurs, il possède également un doctorat en biotechnologie délivré par l'EPFL.

Médecin-chef de service en chirurgie viscérale, le PD Dr Sauvain travaille au RHNe depuis février 2017, tout en conservant un pourcentage de son activité au CHUV. Cette nomination est octroyée en fonction de la qualité de l'activité clinique et académique des médecins retenus. Elle souligne la grande qualité de la formation pré et postgraduée, ainsi que l'excellence de sa prise en charge chirurgicale.

RECONNAISSANCE DE FORMATION POST-GRADUÉE DE CATÉGORIE A2 POUR LE SERVICE D'UROLOGIE

Le service d'urologie du RHNe a été récemment reclassifié par l'ISFM comme établissement de formation post-graduée en urologie de catégorie A2. Cela lui octroie la possibilité d'offrir quatre ans de formation post-graduée aux médecins spécialistes en urologie, contre une année auparavant. Le service forme actuellement deux médecins en urologie et un en formation approfondie dans le domaine opératoire.

La Dre Michelle Grämiger et le privat-docent Dr. Daniel Nguyen assurent l'encadrement du service, qui couvre la palette complète des problématiques urologiques. En particulier, des compétences ont été consolidées dans les domaines de l'urologie oncologique (cancers de prostate, vessie, reins, testicules), la neuro-urologie, et l'urologie de la femme (incontinence, troubles fonctionnels, infections à répétitions).

HOMMAGE À NOS MEMBRES DÉCÉDÉ · E · S



- Dr Jean-Claude HUGUENIN | décédé le 21.12.2022

- Dr Claude JACOT | décédé le 01.01.2023

CALENDRIER MÉDICAL DU CANTON DE NEUCHÂTEL

RHNe - POURTALES

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle 3110 le mardi de 8h15 à 9h00 (sauf la pathologie à admed Pathologie).

Renseignements auprès du secrétariat de Chirurgie, tél. 032 713 35 23

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

• Cours de formation post-graduée et continue en médecine interne | Chaque mardi de 8h15 à 9h15

Renseignements auprès du secrétariat du Prof J. Donzé : tél. 032 713 35 89, fax 032 713 58 32, mail secretariat.dmi@rhne.ch

Mardi 04.04.23 : En cours de programmation.

Mardi 09.05.23 : Hyperferritinémie : quel diagnostic ?

Mardi 16.05.23 : En cours de programmation.

Mardi 06.06.23 : Monkey pox : revue.

Mardi 13.06.23 : A déterminer.

Mardi 20.06.23 : Infections à Candida, mise à jour.

Mardi 27.06.23 : La phagothérapie en 2023.

• Demi-journées de formation continue à l'auditoire (4^e étage) en présentiel et en visioconférence. Un jeudi par mois de 8h30 à 12h00.

Renseignements : Dr Gregor John, tél. 032 967 28 70

Jeudi 13.04.23 : Vacances.

Jeudi 11.05.23 : Rapports hôpital-ambulatoire

Jeudi 08.06.23 : Médecine et droit

DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE

• Colloques à l'Auditoire 4110 (4^e étage) à 8h15 les mercredis

Renseignements auprès du PD Dr B. Laubscher tél. 079 559 44 16

Programme non encore établi.

SERVICE DE NEUROLOGIE

• Colloques à la salle «Le Celier», 1^{er} sous-sol, à Pourtalès, de 18h00 à 19h00

Organisation, contact et inscription : Dr P. Olivier, tél. 032 919 51 50, fax 032 967 23 49, mail philippe.olivier@rhne.ch

Programme non encore établi.

DÉPARTEMENT DE GYN.-OBSTÉTRIQUE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr Y. Brünisholz, tél. 079 559 44 61

SERVICE D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Colloques : salle N° 3113 de 7h30 à 8h00

Renseignements auprès de Mme Mylène Deleury, tél. 079 559 49 79



RHNe - LA CHAUX-DE-FONDS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

Colloques à la salle de conférence 4.274 (4^e étage) le mercredi de 17h00 à 18h00 (sauf la pathologie à la salle polyvalente au 2^e étage)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

Colloques de spécialités en visioconférence avec l'auditoire de Pourtalès, à la salle de colloque de médecine du 7^e étage (763).

Formation post-graduée en médecine interne. Chaque mardi de 8h15 à 9h15.

Demi-journée de formation continue, à la salle polyvalente (2^e étage), en présentiel et en visioconférence un jeudi par mois, de 08h30 à 12h00.

Renseignements auprès du Dr Hervé Zender, tél. 032 967 27 33.

Jeudi 27.04.23 : Déficits vitaminiques.

Jeudi 25.05.23 : Nouveautés en radiologie.

Jeudi 22.06.23 : Ophtalmologie.

DÉPARTEMENT DE GÉRIATRIE, RÉADAPTATION ET SOINS PALLIATIFS (DGRSP)

• Formations à la salle de colloque, 9^e (923) le Journal Club le jeudi de 11h30 à 13h et le lundi de 13h à 14h00

Informations : meggie.tripet@rhne.ch

RHNe - LE LOCLE

Renseignements auprès du secrétariat du Dr E. Aganovic, DGRSP, tél. 032 933 61 90

RHNe - VAL-DE-RUZ, MPR

• Colloques : Salle polyvalente, le mercredi de 08h00 à 09h00.

Renseignements auprès du Dr Michel Hunkeler, tél. 032 854 45 26

Mercredi 05.04.23 : Médecine du travail au RHNe.

Mercredi 26.04.23 : Association Fragile Suisse.

Mercredi 03.05.23 : Présentation de cas.

Mercredi 10.05.23 : Mesures de protection de l'adulte : curatelles, PAFA.

Mercredi 17.05.23 : Capacité de discernement.

Mercredi 24.05.23 : Evaluation et prestation à domicile par AROSS.

Mercredi 31.05.23 : Centre mémoire.

HÔPITAL DE LA PROVIDENCE

Renseignements auprès du secrétariat, tél. 032 720 30 30

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE

Renseignements auprès du bureau de formation du CNP, E-mail: formation@cnp.ch, tél. 032 755 17 24, fax 032 755 12 75

CNP - CENTRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES (CUP)

Formation en psychiatrie de liaison et urgences psychiatriques dispensée à l'Hôpital Neuchâtelois – Site de Pourtalès, Auditoire 4^e étage, de 14h00 à 15h30
Renseignements auprès de Patricia Flückiger, 032 755 15 19, patricia.fluckiger@cnp.ch

CNP - PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Renseignements auprès du secrétariat médical du CNPea, tél. 032 755 23 14 ou ea-ln.ca@cnp.ch

CNP - PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

Renseignements auprès de Mme Valérie-Anne Turansky ou Sarah Mascle, tél. 032 755 17 19, valerie-anne.turansky@cnp.ch

<https://www.cnp.ch/pages-speciales/detail-actus/detail/update-5eme-edition/>

CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE - PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Renseignements auprès de Mme Marise Guignier, tél. 032 843 21 25, marise.guignier@cnp.ch

CERFASY - NEUCHÂTEL

Ruelle Vaucher 13, 2000 Neuchâtel | Pour plus d'informations, consulter le site www.cerfasy.ch/seminaire | Renseignements au tél. 032 724 24 72

Séminaire 03.05.23 : Co-construire l'accompagnement thérapeutique des personnes trans* et/ou non-binaires : approfondissements.

Séminaire 06.06.23 : Comment sait-on si la thérapie fait du bien ?

FONDATION NEUCHÂTEL ADDICTIONS

Rue des Fausses-Brayes 5, 2000 Neuchâtel | Renseignements au 032 886 86 00

PERMANENCE VOLTA

Numa-Droz 187, 2300 La Chaux-de-Fonds

Rencontres (Lunch-Meeting) médicales, chaque 2^e mardi du mois : 12h15 > 13h45

Organisation et renseignements : Dr Réza Kehtari, tél. 079 214 41 44

Mardi 11.04.23 : Vacances scolaires.

Mardi 09.05.23 : Ostéoporose : bilan et prise en charge. Dr Patric Kurman : FMH rhumatologie, 2000 Neuchâtel.

Mardi 13.06.23 : Diabète (2^e partie) : Diabète : prise en charge et suivi. Discussion cas : passage à l'insuline, nouveaux traitements, ...

Dresse Chrysoula Papastathi FMH Endocrinologie et Obésité. Hôpital Pourtalès RHNe (Réseau Hospitalier Neuchâtelois).