

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 1: Palliative Care in der Geriatrie = Soins palliatifs en gériatrie = Cure palliative in geriatrics

Artikel: Formation en soins palliatifs pour le personnel d'EMS, quels résultats? = Ausbildung in Palliativpflege für Mitarbeitende in Krankenheimen - was bringt sie? = Formazione in cure palliative per il personale delle case per anziani, quali risultati? (Riass...

Autor: Pécaut, Jacqueline

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091872>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

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

«La gériatrie se trouve au cœur des soins palliatifs depuis toujours, que pouvons-nous apporter de plus depuis les unités spécialisées sans friser l'arrogance? Oserons-nous encore longtemps sensibiliser les soignants aux soins globaux dans le cadre de cette ambiance de double contrainte où ils vivent c'est-à-dire: faire mieux et davantage avec moins de ressources humaines?»

Jacqueline Pécaut

Formation en soins palliatifs pour le personnel d'EMS, quels résultats?



Jacqueline Pécaut

Lorsque Nelly Simmen m'a demandé un article concernant mon expérience de formatrice en soins palliatifs ma réponse a été spontanément affirmative car je trouvais naturel de collaborer; même si le thème «soins palliatifs en gériatrie» me semblait quelque peu éloigné de mon cursus professionnel. Ce soir le temps est venu d'écrire et, face à ma machine à coudre les mots, je suis presque confuse: «La gériatrie se trouve au cœur des soins palliatifs depuis toujours, que pouvons-nous apporter de plus depuis les unités spécialisées sans friser l'arrogance? Oserons-nous encore longtemps sensibiliser les soignants aux soins globaux dans le cadre de cette ambiance de double contrainte où ils vivent c'est-à-dire: faire mieux et davantage avec moins de ressources humaines?»

Afin de ne pas me perdre dans ces questions sans réponses, je reprends comme ligne de conduite la demande de Nelly:

«Suite aux sensibilisations en soins palliatifs que vous avez diffusées dans les EMS, quelles sont vos conclusions quant aux résultats?»

Voici tout d'abord un résumé de la sensibilisation que je transmets:

- a) Définir ce que présuppose le verbe accompagner
- b) Quelle est la structure d'une personne en souffrance?
- c) C'est cette structure qui déterminera notre attitude d'écoute
- d) En qualité de soignant, comment est-ce que je gère mes émotions?
- e) L'importance du lien et de la séparation
- f) Le processus de deuil en situation de maladie et/ou d'handicap
- g) Le processus de deuil face au décès
- h) La responsabilité des soignants dans l'évaluation des symptômes
- i) La responsabilité dans l'application des actes thérapeutiques délégués

Les soignants des EMS comprennent l'importance de l'accompagnement. Ils sont souvent ravis d'ajouter des cordes à leur arc dans l'apprentissage de l'écoute et s'engagent avec confiance et émotion dans le questionnement personnel que nous partageons. Dans le chapitre qui concerne l'importance d'être en lien, nous profitons pour

examiner ensemble les difficultés de rester ou de garder la bonne distance vis-à-vis de la souffrance de l'autre. Cette distance ne signifie pas indifférence, mais représente un moyen de rester objectif et de diminuer le plus possible le risque d'être parasité par notre propre histoire.

Le processus de deuil est souvent connu des soignants dans sa théorie, cependant il n'est pas rare qu'ils ne sachent pas très bien quoi faire de ces étapes, c'est-à-dire comment les accompagner spécifiquement. Nous consacrons plusieurs heures à cet apprentissage.

A ce stade nous sommes sans doute d'accord pour constater qu'il n'y a rien de particulièrement spécifique aux soins palliatifs. Il s'agit plutôt de développer une attitude de compassion que chaque individu souffrant serait en droit d'exiger, qu'il se trouve dans l'anxiété qui précède son entrée en salle d'opération, dans l'attente d'un résultat en médecine ou de son arrivée en EMS. Ce qui est valable pour le patient devrait l'être également pour les proches. Cela fait donc beaucoup de monde à écouter, d'où la question: «Faut-il davantage de temps pour mettre en pratique une attitude de compassion, une attitude professionnelle?».

Je dois être d'origine normande car ma réponse est à la fois oui et non!

Non car faire preuve de professionnalisme dans sa façon d'être n'exige aucun «rendez-vous». Cela se passe au moment de la toilette, lors de l'installation au fauteuil, en conduisant le patient en radiologie, en l'installant pour son repas...partout on peut écouter et se taire, écouter et valider. Mais, car il y a quand même un mais! Admettons maintenant que je manifeste une fausse disponibilité, une écoute qui est silence mais pas présence...le patient s'en rendra compte et il ne me demandera rien. Au contraire, si je suis à l'écoute en accompagnement cela invite à l'ouverture, au risque de créer un lien de confiance, un lien de quelques minutes, celui qui fait toute la différence entre se sentir un patient-objet et un patient-sujet. Quelques minutes ça n'est pas beaucoup? Non c'est peu ... mais que dire aux soignants à qui l'on accorde 15 à 20 minutes pour une toilette complète, habillage compris?!

Dans ces circonstances, je leur donne donc la permission de ne pas écouter, de ne pas accompagner chaque situation mais au moins de valider la souffrance, la solitude, la détresse de l'autre, toutes les fois qu'ils le peuvent. Ainsi ils resteront eux-mêmes des soignants-objets ne pouvant pas faire mieux, mais restant au moins des témoins compatisants.

Abordons maintenant la question de l'évaluation des symptômes et particulièrement des douleurs. Généralement, les soignants se montrent là encore fort intéressés par les subtilités d'une évaluation correctement menée. Ils sont avides d'apprendre la façon dont on gère l'antalgie en soins palliatifs et d'imaginer l'adaptation à la personne âgée souffrant de douleurs chroniques. Ils repartent du cours bien décidés à observer différemment les personnes qui leur sont confiées. Là aussi il y a un grand nombre

de désillusions. Combien de fois les soignants ne trouvent pas d'interlocuteur. Encore trop souvent des médecins en charge de personnes âgées contestent les observations des soignants concernant l'évaluation des douleurs et par conséquent ne libèrent pas de traitements antalgiques.

Je ne voudrais pas que cette dernière observation soit entendue comme une généralisation, les progrès sont remarquables dans certaines institutions, toutefois il est évident qu'à plusieurs endroits encore les douleurs des résidents dépendent des professionnels qui s'occupent d'eux.

J'ai entendu des patients me confier: «Vous savez c'est une loterie, moi je suis mal tombé. Ici on pense que les vieux doivent assumer leurs douleurs.... Alors je ne dis plus rien!»

En conclusion je dirais oui à une sensibilisation pour une attitude palliative qui sous-entend des soins globaux visant à une meilleure qualité de vie, offerts par une équipe pluridisciplinaire. Cependant si la volonté de changement n'est pas une volonté institutionnelle, cette formation est

vouée à l'échec. Aucune modification ne peut avoir lieu si elle reste l'affaire de quelques personnes qui se heurteront bien vite à des résistances multiples. S'il n'existe pas une véritable envie de progresser, l'institution aura dépensé son budget formation pour rien et nous aurons augmenté la souffrance des soignants qui auront le savoir faire mais ne pourront pas l'appliquer.

Pourtant toutes ces observations bien connues des milieux de soins soulèvent une autre question: «Comment se fait-il que des soins aussi simples, aussi élémentaires qu'une attitude professionnelle ou le contrôle des douleurs pour ne parler que de ce symptôme soient encore considérés comme des soins à options?»

Jacqueline Pécaut

Infirmière-chef, chargée de cours
La Chrysalide, La Chaux-de-Fonds

«Sie haben in verschiedenen Langzeitpflegeinstitutionen Fortbildungen zur Sensibilisierung für Palliativpflege angeboten. Welche Auswirkungen haben diese Ihrer Meinung nach?» So die Frage, die mir gestellt wurde.

Jacqueline Pécaut

Ausbildung in Palliativpflege für Mitarbeitende in Krankenheimen – was bringt sie?

Den Mitarbeitenden in den Langzeitpflegeinstitutionen ist der Stellenwert einer guten Begleitung bewusst. Viele freuen sich darüber, mit dem Erlernen des aktiven Zuhörens über weitere Fähigkeiten zu verfügen, und sie lassen sich mitsamt ihren Gefühlen vertrauensvoll auf die persönlichen Fragestellungen ein, über die wir uns austauschen.

Bestimmt besteht Einigkeit darüber, dass Palliativpflege eigentlich gar keine besondere Pflege ist. Vielmehr geht es darum, eine einfühlsame Haltung zu entwickeln, die eigentlich jedem leidenden Menschen zukommen sollte. Was für die Patienten recht ist, sollte auch für die Angehörigen billig sein. Das führt dazu, dass es gar viele Leute sind, denen man zuhören sollte. So kommt die Frage auf: «Braucht es nicht viel mehr Zeit, wenn man eine solche Haltung in die Praxis umsetzt?»

Ja und nein; eine professionelle Haltung braucht keinen speziellen Termin. Sie kommt während der Körperpflege, während der Mobilisation auf den Lehnstuhl, auf dem

Weg in die Radiologie zum Ausdruck - überall kann man zuhören und schweigen, überall kann man zuhören und validieren. Aber – nun kommt halt trotzdem ein Aber! – nehmen wir an, ich täusche eine falsche Verfügbarkeit vor, ich höre zwar zu, aber ohne wirklich dabei zu sein, der Patient wird es merken und wird von mir nichts mehr verlangen. Wenn ich ihn beim Zuhören aber wirklich begleite, dann lädt ihn dies dazu ein, sich zu öffnen, es ermutigt ihn, zu vertrauen. Dieses Vertrauen braucht zwar nur ein paar Minuten, aber davon hängt es ab, ob der Patient sich als Objekt oder als Subjekt empfindet. Ein paar Minuten, das ist gewiss nicht viel – aber was soll ich jenen Pflegenden sagen, denen man für eine Ganzwäsche samt Ankleiden nur 15 oder 20 Minuten einräumt?!

Kommen wir nun zur Frage der Symptom- und insbesondere der Schmerz erfassung. In der Regel zeigen sich die Pflegenden an den Details einer korrekten Erfassung äusserst interessiert. Sie sind richtig begierig zu lernen, wie man in der Palliativpflege mit Schmerzen umgeht und welche Anpassungen dazu bei alten Menschen mit chronischen Schmerzen notwendig sind. Nach dem Kurs sind sie jeweils fest entschlossen, die ihnen anvertrauten Personen anders zu beobachten. Aber auch hier gibt es manche Enttäuschung. Wie oft finden Pflegende keinen Gesprächspartner dafür. Allzu oft bestreiten Ärzte die Be-

obachtungen der Pflegenden zur Schmerzeinschätzung und verordnen daher keine Analgetika. Gewiss möchte ich Letzteres nicht verallgemeinern, aber es ist doch kaum zu bestreiten, dass die Behandlung der Schmerzen zu einem guten Teil von den Profis abhängt, die sie behandeln.

Abschliessend möchte ich festhalten, dass ich Fortbildungen zur Sensibilisierung für Palliativpflege befürworte. Darunter verstehe ich eine ganzheitliche Pflege, die eine bessere Lebensqualität anstrebt und von einem multipro-

fessionellen Team angeboten wird. Wenn allerdings der Wille zu einer solchen Dienstleistung nicht von der Institution ausgeht, so wird die Fortbildung keine Früchte tragen können.

Diese in Pflegekreise bekannte Feststellung führt allerdings zu einer weiteren wichtigen Frage: «Wie kommt es, dass so einfache und grundlegende Pflegeprinzipien wie eine professionelle Haltung oder Schmerzkontrolle noch immer als mögliche Zusatzoptionen gelten?»

«Dopo la sensibilizzazione in cure palliative che avete svolto nelle case per anziani, che considerazioni potete trarre dai risultati?» Questa è la domanda che mi è stata posta.

Jacqueline Pécaut

Formazione in cure palliative per il personale delle case per anziani, quali risultati?

(Riassunto)

I curanti delle case per anziani capiscono l'importanza dell'accompagnamento. Sono spesso felici di aggiungere frecce al loro arco nell'apprendimento dell'ascolto e s'impegnano con fiducia ed emozione nel lavoro personale che condividono con noi.

Arrivati a questo punto siamo senz'altro d'accordo nel constatare che non c'è niente di particolarmente specifico alle cure palliative. Si tratta piuttosto di sviluppare un'attitudine compassionevole che ogni individuo che soffre dovrebbe poter esigere. Ciò che è valido per il paziente dovrebbe esserlo anche per i familiari. Sono molte le persone da ascoltare, da ciò sorge la domanda: «Ci vorrebbe più tempo per mettere in pratica un'attitudine compassionevole, un'attitudine professionale?»

No, poiché dare prova di professionalità nel proprio modo d'essere non esige alcun «appuntamento». Può accadere nel momento dell'igiene personale, mentre si sistema il paziente in poltrona, mentre lo si accompagna in radiologia, ... ovunque si può ascoltare e tacere, ascoltare e confermare. Ma, perché c'è comunque un ma! Ammettiamo adesso che io manifesti una falsa disponibilità, un ascolto che è silenzio ma non presenza... il paziente se ne accorgerà e non mi chiederà niente. Al contrario se lo ascolto attentamente, ciò invita all'apertura, alla creazione di un legame di confidenza, un legame di qualche minuto, quei minuti che fanno la differenza fra il sentirsi un pazien-

te-oggetto e un paziente-soggetto. Qualche minuto non è molto? No, non è molto... ma cosa dire ai curanti a cui vengono concessi 15-20 minuti per un'igiene completa, vestizione compresa?

Affrontiamo adesso la questione della valutazione dei sintomi ed in particolare dei dolori. In generale, i curanti si mostrano molto interessati alle sottigliezze di una valutazione fatta correttamente. Sono avidi di imparare il modo di gestire l'antalgia nelle cure palliative e di immaginare l'applicazione su una persona anziana che soffre di dolori cronici. Ripartono dal corso decisi ad osservare in maniera diversa le persone loro affidate. Ma poi ci sono comunque le delusioni. Quante volte i curanti non trovano un interlocutore? Ancora troppo spesso i medici preposti a curare le persone anziane contestano le osservazioni dei curanti sull'evoluzione dei dolori e di conseguenza non introducono dei trattamenti antalgici. Non vorrei che quest'ultima osservazione venisse interpretata come una generalizzazione, i progressi sono notevoli in certi istituti; tuttavia è evidente che in molte case per anziani il trattamento dei dolori dei residenti dipende dai professionisti che si occupano di loro.

In conclusione direi sì alla sensibilizzazione ad un'attitudine palliativa che sottintende delle cure globali che mirino ad una migliore qualità di vita, offerte da un'équipe pluridisciplinare. Tuttavia, se la volontà di cambiare non è una volontà istituzionale, ogni formazione è destinata a fallire.

Tutte queste osservazioni sono ben note negli ambienti delle cure palliative e sollevano un'altra domanda: «Com'è possibile che cure così semplici, così elementari come un'attitudine professionale o il controllo del dolore, per non parlare che di questo sintomo, siano ancora considerati come delle cure opzionali?»