Institut de Cancérologie de l'Ouest

unicancer PAYS DE LA LOIRE

« L'ANNONCE DE LA TRANSITION VERS LES SOINS PALLIATIFS »

JOURNÉE RÉGIONALE ONCO PL

15 DÉCEMBRE 2023

EQUIPE MOBILE SOINS PALLIATIFS ICO ANGERS

LAURENCE LARDY IDE

HÉLÈNE SCHMETS, MÉDECIN

UN CENTRE D'EXCELLENCE, UN ACCÈS POUR TOUS

QUAND PARLE-T-ON DE SOINS PALLIATIFS EN ONCOLOGIE ?

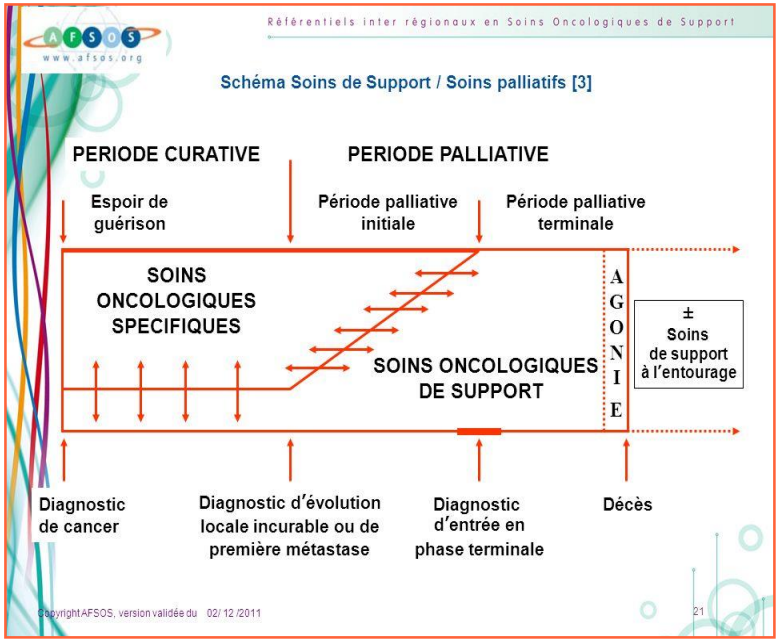
Pas de guérison du cancer envisageable

Pas toujours fin de vie ou pronostic vital court terme

Soins palliatifs exclusifs ou concomitants traitement oncologique à visée palliative

Démarche de soins pour une prise en charge globale du patient et de ses proches, incluant plusieurs disciplines selon les besoin du patient

…Douleur, accompagnement psychique, autres symptômes d'inconforts (nausées, …) kinésithérapie, suivi social, nutritionnel, socio-esthétique, liens avec acteurs du domicile… accompagnement de fin de vie ….suivi post-deuil



L’ANNONCE DE SOINS PALLIATIFS

Qui fait l’annonce ?

Le rôle de l’IDE au cours de cette annonce ?

Quand et comment faire cette annonce ?

Outils communicationnels

Intérêt de soigner cette annonce

Impact d’une annonce « mal faite »

Retentissement sur les soignants

Transition de prise en charge

Prévention pour les soignants en soins palliatifs

QUI FAIT L'ANNONCE DE SOINS PALLIATIFS?

Acte de soins complexe !

Formation, compétences relationnelles

Au mieux l'oncologue qui suit le patient sinon **transmissions** et transition vers un médecin de soins palliatifs

Surtout un/des professionnel(s) pouvant

-éprouver de l'empathie , la vraie !

-Connaitre les réactions possibles du patient

- Reconnaitre un patient en « état de choc » et ne pas le laisser seul !

- Proposer une organisation anticipée de soins au patient

Intérêt du binôme médecin – infirmier +++

L'ANNONCE DE MAUVAISES NOUVELLES

Sollicitation EMSP ou autres acteurs de Soins palliatifs quand

- **Progression de la maladie**
- **Impossibilité de poursuivre des traitements curatifs**
- **Retour impossible au domicile ou encore fin de vie imminente …..**

Processus « pas à pas » selon rythme et besoins du patient.

Repères pour cette pratique délicate :

- « 10 repères pour annoncer une mauvaise nouvelle » (JM Gomas)
- Outil **« EPICES »** six éléments clés de l'annonce de mauvaises nouvelles.

(SPIKES Travaux de Buckman)

EPICES

4 objectifs

- ✓ Obtenir l'information concernant le patient
- ✓ Transmettre l'information médicale
- ✓ Offrir du soutien au patient
- ✓ Susciter la collaboration du patient afin de développer son plan de soins et services pour les prochaines étapes

L'OUTIL « EPICES »

E Environnement

P Perception du patient

I Invitation

C Connaissances

E Empathie

S Stratégie et Synthèse

COMMENT DONNER DE MAUVAISES NOUVELLES ?

10 REPÈRES DR JM.GOMAS

1- Soutenir le regard

2 - Rester simple sans trop apporter de détails techniques

3 - Tenir compte de ce que le malade sait et perçoit déjà

4 - Ménager un contexte aussi calme que possible

5 - Fragmenter les nouvelles

6 - Ne pas discuter ce que le malade refuse de reconnaître

7 - Demander s'il a bien compris, s'il souhaite des précisions

8 - Ne pas supprimer tout espoir

9 - Essayer de ne pas mentir ou au moins ne rien dire qui ne soit vrai

10 - Proposer l'entretien suivant

Hosghead 1992, cité par Hoenis
Adaptation par Dr JM GOMAS
Voir également recommandation HAS 2008

ANNONCES DE SOINS PALLIATIFS : QUELS BÉNÉFICES POUR LE PATIENT?

Droits du patient loi 2002

Relation médecin / patient

Implication du patient dans décisions de soins qui le concernent.

S'exprimer sur **ses souhaits, ce qui fait sens pour lui, ses projets** de vie

Directives anticipées s'il le souhaite

Evoquer **symptômes d'inconforts, situation du domicile, aidants**

Coordonnées, **prescriptions anticipées**, mise en lien **acteurs de proximité**

Statut Réanimatoire, fiche urgences pallia

IMPACTS D'UNE ANNONCE MAL FAITE ?

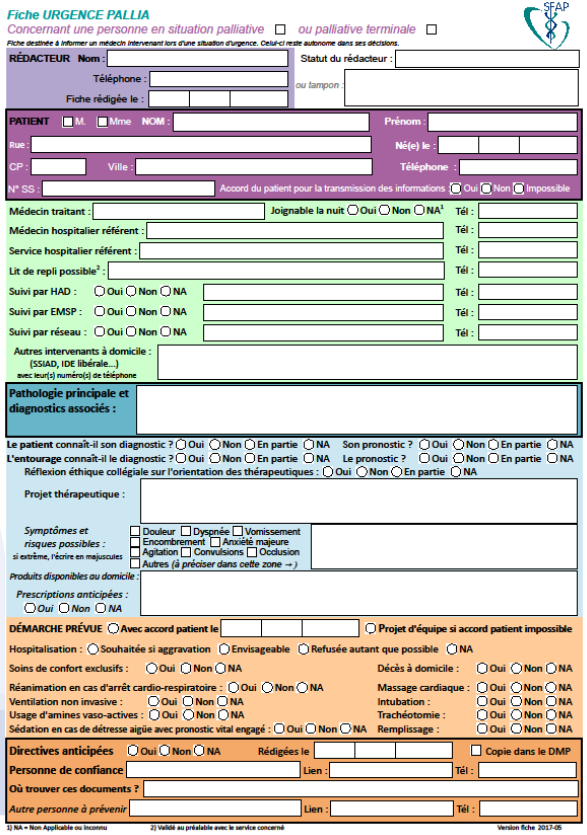
« L'absence d'espoir est un facteur d'accélération de la fin de vie » Jeanine Pillot

Rupture de soins

Difficultés anticipation situation du domicile

« Mort psychique », décompensation psychiatrique

Difficultés d'évoquer les souhaits du patient pour sa fin de vie



Fiche URGENCE PALLIA SFAP

Concernant une personne en situation palliative ☐ ou palliative terminale ☐

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
Téléphone : ou tampon :
Fiche rédigée le :

PATIENT ☐ M. ☐ Mme NOM : Prénom :
Rue : Né(e) le :
CP : Ville : Téléphone :
N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations ☐ Oui ☐ Non ☐ Impossible

Médecin traitant : Joignable la nuit ○ Oui ○ Non ○ NA[1] Tél :
Médecin hospitalier référent : Tél :
Service hospitalier référent : Tél :
Lit de repli possible[2] : Tél :
Suivi par HAD : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :
Suivi par EMSP : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :
Suivi par réseau : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA Son pronostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA
L'entourage connaît-il le diagnostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA Le pronostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : si extrême, l'écrire en majuscules
☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement
☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure
☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion
☐ Autres *(à préciser dans cette zone →)*

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : ○ *Oui* ○ *Non* ○ *NA*

DÉMARCHE PRÉVUE ○ **Avec accord patient le** ○ **Projet d'équipe si accord patient impossible**
Hospitalisation : ○ Souhaitée si aggravation ○ Envisageable ○ Refusée autant que possible ○ NA
Soins de confort exclusifs : ○ Oui ○ Non ○ NA Décès à domicile : ○ Oui ○ Non ○ NA
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ○ Oui ○ Non ○ NA Massage cardiaque : ○ Oui ○ Non ○ NA
Ventilation non invasive : ○ Oui ○ Non ○ NA Intubation : ○ Oui ○ Non ○ NA
Usage d'amines vaso-actives : ○ Oui ○ Non ○ NA Trachéotomie : ○ Oui ○ Non ○ NA
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : ○ Oui ○ Non ○ NA Remplissage : ○ Oui ○ Non ○ NA

Directives anticipées ○ Oui ○ Non ○ NA Rédigées le ☐ Copie dans le DMP
Personne de confiance Lien : Tél :
Où trouver ces documents ?
Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou Inconnu 2) Validé au préalable avec le service concerné Version fiche 2017-05

RETENTISSEMENT SUR LES SOIGNANTS ET PREVENTION

Prévention du «burn-out» du palliatologue
Analyse rétrospective de 5 facteurs majeurs de survie après 6 000 accompagnements
soit : « Comment tenir, heureux, dans la durée ?!»

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est un stress pour ceux qui la donnent !

Risques de mécanismes de défense avec maladresses brutalité / patient, « trop-dits » ou « non dits »

5 points majeurs forment un socle de sécurité permettant de diminuer les risques d'usure, et de maintenir à la fois :
- **la satisfaction personnelle** (gratifications personnelle , vitale)[4]
- **le «bonheur au travail»** (gratifications inter professionnelles)
- **l'efficacité professionnelle** (gratifications institutionnelles)

- ✓ ***Approfondir toute sa vie la réflexion sur le sens de l'accompagnement***
- ✓ ***Apprivoiser la culpabilité de la mort de l'autre et la souffrance***
- ✓ ***Travailler en équipe***
- ✓ ***Savoir prendre des risques thérapeutiques***
- ✓ ***Utiliser une boite à outil structurante et validant nos actions***

TRANSITION DE PRISE EN CHARGE ONCOLOGIE / SOINS PALLIATIFS

Selon les souhaits, l'état clinique et l'organisation des soins du patient

Cs soins palliatifs en alternance si possible avec cs onco

HDJ Soins Palliatifs, suivi tel EMSP ou téléconsultation

Lien avec acteurs du domicile : IDE, MT, RESSP, EMSP de proximité, HAD, hospitalisation si besoin

Aller vers une intégration plus précoce des soins palliatifs !

MERCI