

GUIDE D'ANIMATION

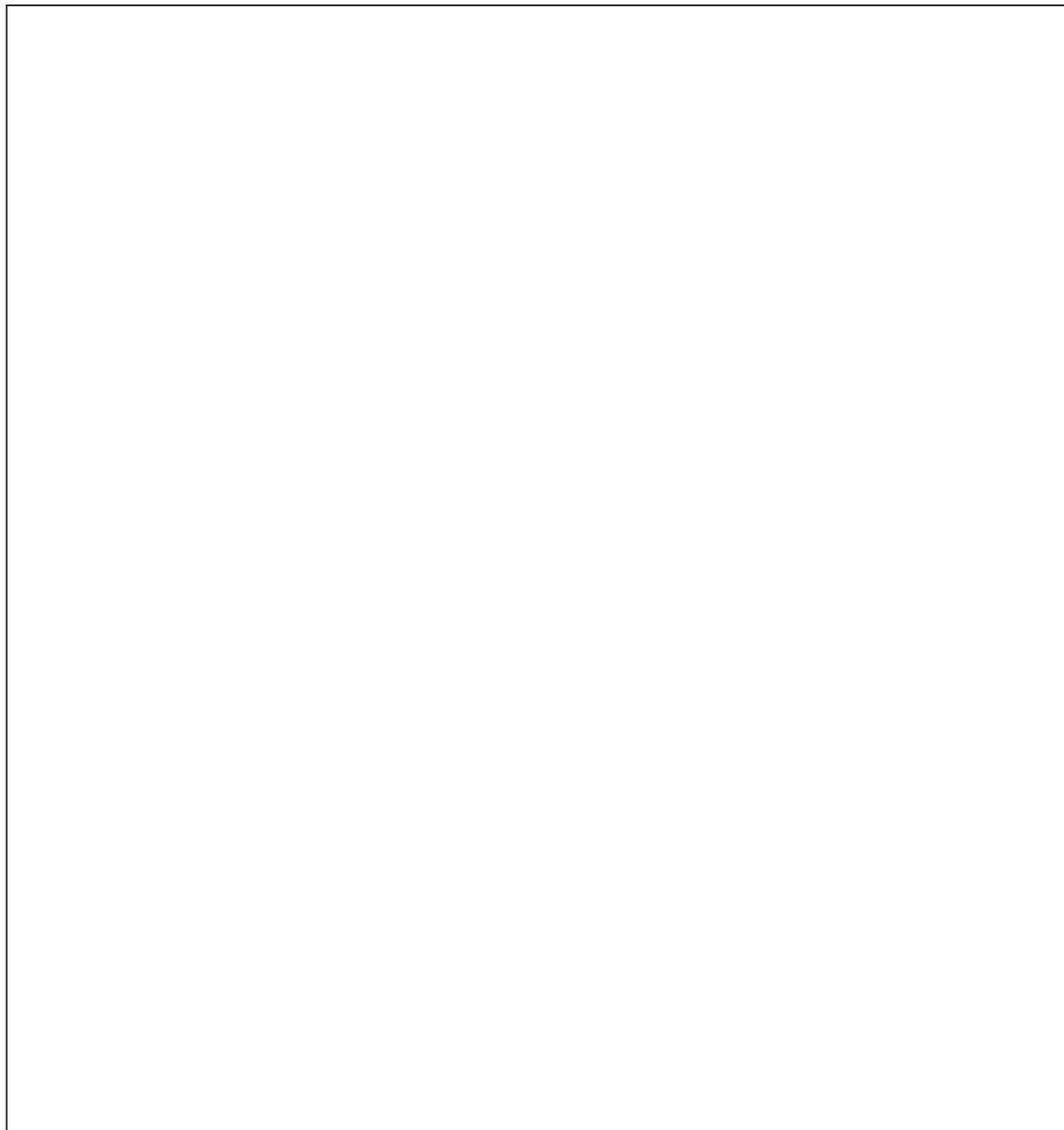
FORMATION GÉNÉRALE

Développer les compétences en soins palliatifs et de fin de vie des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux

Document 2

Ma conception des soins palliatifs

Écrivez un mot ou une expression qui représente bien votre conception des soins palliatifs ou encore illustrez-la.



Nom du participant : _____

Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs, tels qu'ils sont libellés à l'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie :

« Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie à pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire. »

Mise en situation 1

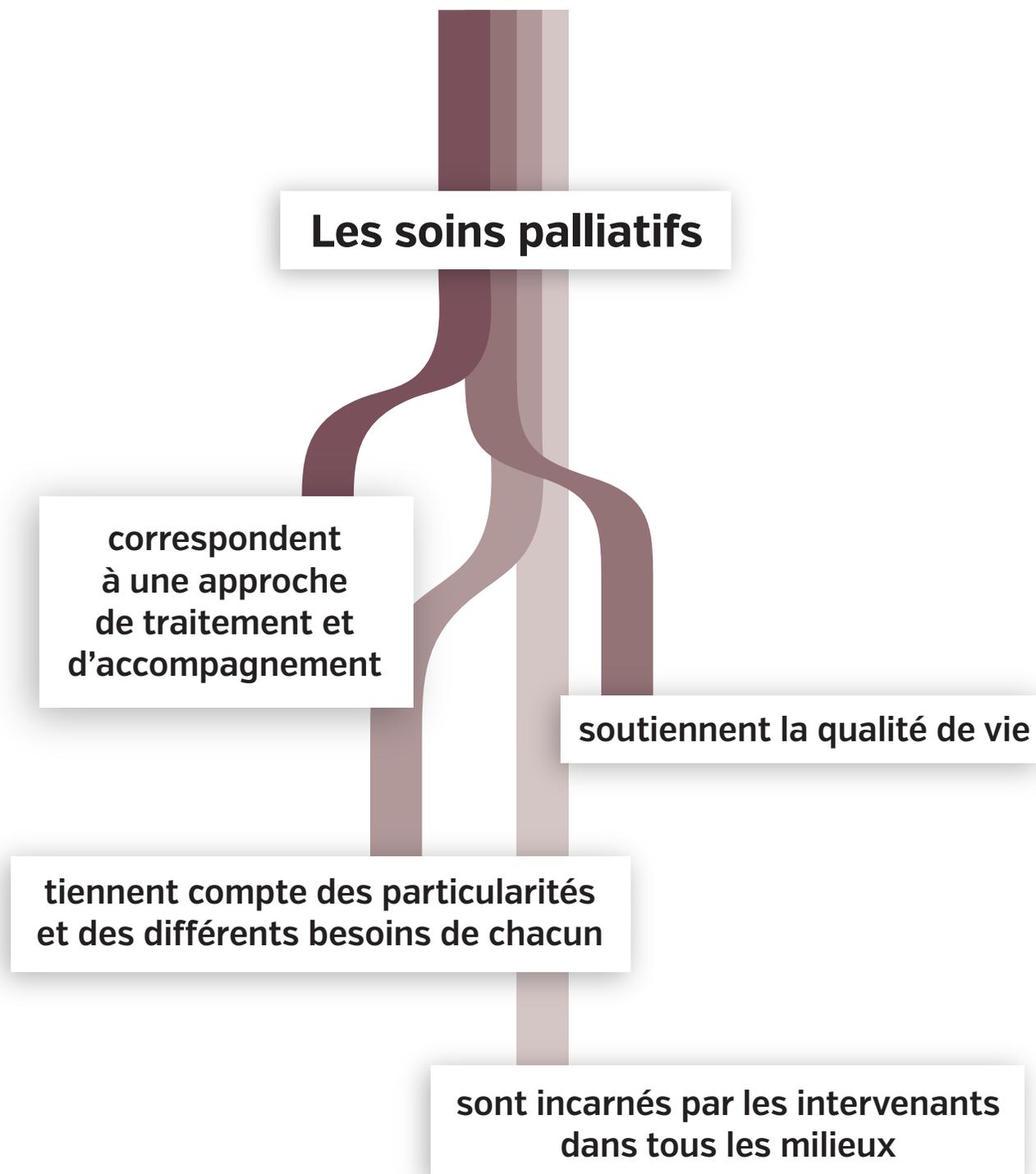
Le cas de Mme Rose

Mme Rose, 75 ans, est en perte d'autonomie progressive causée par une démence dégénérative de type Alzheimer. Son mari a 80 ans et ils ont trois enfants. Mme Rose a toujours été très près de ses enfants. Croyante et pratiquante, elle récite encore ses prières tous les matins.

Il y a quelques mois, Mme Rose a fait une pneumonie et depuis, son état fonctionnel et cognitif se détériore. Elle est incontinente et a besoin d'aide pour marcher et s'habiller. Il est de plus en plus difficile de l'alimenter et elle a perdu beaucoup de poids. Bien que ses propos soient de plus en plus incohérents, on y décèle une grande inquiétude pour ses enfants. De son côté, son mari a de plus en plus de difficulté à vivre avec cette situation.

Considérant l'évolution de la condition de santé physique et cognitive de Mme Rose, son médecin traitant décide de rencontrer son mari et ses enfants pour rediscuter avec eux des objectifs de soins et des traitements à considérer pour cette dernière.

Au terme de cette rencontre, le médecin et le mari (son mandataire) se sont mis d'accord pour ne plus donner d'antibiotiques en cas d'infection pulmonaire et pour offrir des soins palliatifs à Mme Rose.



Glossaire

Soins palliatifs (Loi concernant les soins de fin de vie):

Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie à pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Soins palliatifs (Organisation Mondiale de la Santé):

Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients atteints d'une maladie à pronostic réservé et de leur famille:

- en soulageant les douleurs et les symptômes;
- en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil.

Les soins palliatifs:

- soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles;
- soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;
- ne visent ni à hâter ni à différer la mort;
- intègrent les aspects psychologiques et spirituels aux soins du patient;
- offrent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès;
- offrent un système d'accompagnement pour aider la famille à faire face à la maladie pendant la maladie du patient, au décès de celui-ci et au cours de la période de deuil;
- ont recours à un travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseils liés au deuil, si c'est indiqué;
- vont améliorer la qualité de vie et peuvent également influencer positivement sur le cours de la maladie;
- sont mis en œuvre tôt au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie telles une chimiothérapie ou une radiothérapie, et comprennent les analyses nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge les complications cliniques pénibles.

Pronostic réservé:

Pronostic peu favorable lié à l'évolution d'une maladie ou à la gravité de lésions, selon lequel les chances de survie du patient à plus ou moins long terme sont compromises. (Office québécois de la langue française)

Les techniques de communication

Les techniques de communication verbale

Le reflet simple

Technique qui reprend les propos de la personne afin de valider la compréhension de ce qu'elle exprime.

Par exemple :

- Je crois que le médecin fait une erreur en me disant que je vais mourir.
- Si je comprends bien, vous pensez que le médecin se trompe en vous disant que vous ne survivrez pas.

Le reflet de sentiment

Technique qui reprend les propos de la personne afin de valider l'émotion ou le sentiment qu'elle souhaite exprimer. Il faut nommer l'émotion ou le sentiment qui a été compris.

Par exemple :

- J'ai envie de pleurer.
- Si je comprends bien, vous vous sentez triste.

Questions ouvertes

Questions qui appellent des réponses élaborées et qui aident la personne à s'ouvrir et à exprimer ce qu'elle ressent. Ce type de questions engage directement la personne dans la réponse et les propositions de solutions. Il peut aider la personne à définir ce qu'elle veut, ce qu'elle ressent et à apprivoiser peu à peu la situation.

Questions qui débutent par « Comment » ou « Qu'est-ce que »

Par exemple :

- Qu'est-ce que vous allez dire à vos enfants ?

Questions fermées

Questions qui appellent des réponses courtes dans le but d'obtenir une information ou d'agir rapidement.

Questions qui débutent par « Qui », « Quand », « Quel », « Où » et « Est-ce que ».

Par exemple :

- Est-ce que vous avez de la douleur ?

Les techniques de communication (suite)

Les techniques de communication non verbale

La posture

Technique qui exprime rapidement l'intérêt et l'ouverture pour la personne. Le fait de croiser les bras ou les jambes peut être perçu comme une fermeture et incitera la personne à mettre fin plus rapidement à la communication. Vous pencher légèrement vers la personne lui démontre votre disposition à l'écouter.

Le toucher

Technique réconfortante qui implique le respect et la délicatesse. Combiner la technique du silence et du toucher thérapeutique permet de manifester de l'empathie. Il n'est pas nécessaire d'ajouter quelque chose verbalement pour que le geste soit significatif.

L'expression faciale

Technique qui témoigne l'intérêt et la considération portés à la personne, surtout par le regard. Le visage trahit les pensées et les émotions. Se montrer touché par la situation ou pleurer ne dénote pas un manque de professionnalisme. Il faut cependant savoir se retirer lorsque l'émotion est trop forte.

Le silence

Technique qui va au-delà des mots et qui peut prendre diverses significations. Le silence dégage le respect et la compassion. Il incite à la réflexion et à l'expression des émotions. Il peut s'avérer un atout durant des moments ambigus ou difficiles. Il permet de prendre le temps d'intégrer les propos entendus.

Source: PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement*, Montréal, Chenelière Éducation, 2011, 306 p.

Mise en situation 2

Le cas de M. Verret (CHSLD)

M. Verret, 60 ans, est atteint de sclérose latérale amyotrophique depuis quatre ans. Il est marié et a deux enfants de 30 et 35 ans. Son état s'est détérioré progressivement et il est hébergé depuis un an. Il a besoin d'assistance pour toutes les activités de la vie quotidienne, notamment pour ses déplacements. Il a de plus en plus de difficulté à avaler et à s'exprimer. Il sait qu'il est en soins palliatifs et que la fin de sa vie approche. Il a déjà fait part de ses volontés à son médecin.

La conjointe de M. Verret n'accepte pas la maladie de son mari. Elle lui répète qu'il doit faire des efforts pour reprendre des forces. Elle espère encore une amélioration de son état bien que le médecin ait été clair sur l'évolution de la maladie et son issue.

Les enfants s'expliquent mal l'attitude de leur mère, ce qui cause de la tension et des frictions dans la famille.

Pistes de questionnement :

- Comment et par qui M. Verret devrait-il être accompagné ?
- Comment et par qui les proches de M. Verret devraient-ils être accompagnés ?
- Comment les intervenants devraient-ils communiquer avec M. Verret ou ses proches ?
- Comment les intervenants devraient-ils communiquer entre eux ?

L'accompagnement

est à la portée de
tous les intervenants

se traduit par
une présence de qualité
dans les gestes quotidiens

ne prend pas
nécessairement
plus de temps

se fait dans le respect
de ses capacités et de ses champs
de compétences

Glossaire

Accompagnement :

Savoir-être qui vise une présence de qualité ancrée dans le moment présent et qui a pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne. Il se fait dans le respect de son cheminement.

Document 11

Ma conception de la pratique collaborative

Résumez en trois mots votre conception de la pratique collaborative en contexte de soins palliatifs.

1: _____

2: _____

3: _____

Mise en situation 5

Le cas de M. Henri (CHSLD)

M. Henri, âgé de 88 ans, est atteint d'une démence de type Alzheimer. Il y a un an, il a été admis à votre CHSLD, son épouse étant devenue incapable d'assumer les soins quotidiens de son mari. Mme Henri se sent coupable d'avoir dû « placer » son mari et le visite presque tous les jours. Leurs quatre enfants sont également très présents et visitent régulièrement leur père.

Depuis son admission, l'état de santé physique et cognitif de M. Henri se détériore progressivement. Il est maintenant pour ainsi dire grabataire. Depuis quelques jours, les préposés aux bénéficiaires ont l'impression que M. Henri est souffrant lorsqu'ils font sa toilette matinale. M. Henri reçoit déjà de petites doses de morphine qui lui ont été prescrites pour soulager son inconfort. Ils font part de leurs observations à l'infirmière auxiliaire qui leur dit que les entredoses d'analgésique sont prescrites aux 6 heures et qu'elle ne peut rien faire de plus, car les trois doses prévues par 24 heures ont déjà été administrées.

Insatisfaits de la réponse de l'infirmière auxiliaire, les préposés aux bénéficiaires avisent l'infirmière que M. Henri semble souffrant. L'infirmière téléphone au médecin pour faire ajuster les analgésiques. Ce dernier dit qu'il préfère attendre pour faire sa propre évaluation avant de faire des changements. Il précise qu'il s'en occupera à sa prochaine visite, dans deux jours. En attendant, l'infirmière prépare une demande de consultation pour que l'ergothérapeute vienne vérifier les surfaces thérapeutiques de M. Henri. L'infirmière auxiliaire a entendu les préposés aux bénéficiaires discuter de la douleur de M. Henri avec l'infirmière. Elle est fâchée, car elle estime que ces derniers se mêlent de ce qui ne les regarde pas.

Depuis que leur père reçoit de la morphine, deux des enfants de M. Henri croient que le personnel lui donne ce médicament pour qu'il se tienne tranquille et qu'il « ne donne pas de trouble ». Les deux autres enfants de M. Henri estiment au contraire que leur père « a du mal ». Ils ont remarqué qu'il grimaçait pendant certains mouvements. L'épouse

de M. Henri, quant à elle, s'oppose fermement à ce que l'on modifie les doses de morphine, car elle est certaine que cela va le faire mourir plus vite. Elle se dit catholique pratiquante et contre l'euthanasie.

L'épouse de M. Henri croit également qu'il dépérit parce qu'il ne mange pas assez. Elle demande à rencontrer la nutritionniste pour que cette dernière propose des aliments qui vont lui redonner de l'énergie. Pour l'aider à reprendre des forces, elle demande que son mari soit installé dans le fauteuil quand elle vient le voir. Toutefois, le personnel soignant estime que ces séances dans le fauteuil l'épuisent. L'épouse de M. Henri demande alors à l'infirmière de parler à la technicienne en réadaptation physique pour qu'elle prescrive des exercices qui renforceront les jambes de son mari.

Au moment de sa visite à l'unité, le médecin consulte le dossier de M. Henri. Il est incapable d'y trouver l'information relative au soulagement de la douleur à la suite de l'administration des doses régulières et des entredoses de morphine. Il demande ces informations au personnel soignant, qui n'est pas en mesure de les lui transmettre.

Récemment, le pharmacien a évalué la médication de M. Henri. Considérant la condition de santé de ce dernier, notamment sa dysphagie progressive, il estime que plusieurs médicaments pourraient être arrêtés, dont les biphosphonates, la vitamine D et le calcium. Avec l'accord du médecin, il en discute avec l'épouse de M. Henri. Cette dernière s'oppose fortement à ces suggestions et l'accuse de vouloir faire des économies sur le dos de son mari.

L'un des objectifs du plan d'intervention établi pour M. Henri est de soulager sa douleur. **Considérant ce contexte, comment comptez-vous atteindre cet objectif ?**

L'équipe interdisciplinaire de votre milieu est composée de : médecin, pharmacien, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, ergothérapeute, physiothérapeute, technicien en réadaptation physique, nutritionniste, travailleur social et intervenant en soins spirituels.

Nos pistes de discussion

1. Comment l'équipe interdisciplinaire devrait-elle procéder pour discuter du cas de ce patient ?
[lieu, fonctionnement, etc.]

2. Comment l'équipe devrait-elle procéder pour évaluer l'état du patient selon une approche globale et parvenir à un consensus ?

3. a) Comment respecter les objectifs de soins de ce patient aux prises avec un problème de douleur et comment cibler les moyens d'intervention ?
b) Quels intervenants choisissez-vous pour mettre en œuvre les moyens d'intervention ciblés ?
Pourquoi ? Quelles sont les responsabilités de chacun ?

4. Comment l'équipe peut-elle faire un suivi approprié de l'application du plan d'intervention établi ?

5. Quels outils peuvent être utiles pour documenter les changements qui surviennent ? Que convient-il de faire lorsque la condition du patient évolue et qu'une réévaluation est nécessaire ?

Glossaire

Pratique collaborative¹:

Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prise de décisions. Pratique qui interpelle toute l'équipe clinique, le patient partenaire et ses proches. Cette pratique est engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue dont les objectifs sont :

- d'orienter l'organisation des soins et des services pour répondre aux besoins de la personne en soins palliatifs et de ses proches ;
- de favoriser la meilleure qualité de vie possible pour la personne et ses proches.

Patient partenaire²:

Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de ses objectifs de vie.

Objectif de soins:

Il s'agit d'une décision partagée à la suite d'une discussion entre les intervenants et la personne (ou ses proches) sur les soins que la personne désire et qui sont appropriés à son état. Cette décision s'appuie notamment sur le principe d'autonomie de la personne et sur la règle du consentement libre et éclairé. Cette décision est alors inscrite dans un formulaire de niveaux de soins qui sert principalement à communiquer entre soignants et non avec la personne et ses proches. Les formulaires de niveaux de soins ne sont pas une finalité en soi, mais un outil de communication qui doit traduire clairement les volontés de la personne et que le personnel soignant doit respecter. Les décisions inscrites dans les formulaires peuvent être réévaluées en fonction de l'évolution de l'état de la personne.

1) Source : Adapté de la définition proposée par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau universitaire intégré de santé, Université de Montréal [29 mai 2013], *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre les intervenants et avec le patient*, pp. 10-11

2) Source : Adapté de la définition proposée par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau universitaire intégré de santé, Université de Montréal [29 mai 2013], *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre les intervenants et avec le patient*, p. 11

Des conditions favorables à la pratique collaborative

Démontrer la volonté de s'engager dans une pratique collaborative véritable (tant pour l'intervenant, l'équipe et l'établissement)

Travailler en fonction des besoins de la personne et de ses proches

Partager l'information entre les membres de l'équipe dans les contextes officiels (rapports, réunions d'équipe, etc.) et informels (discussions au poste de travail, etc.)

Exprimer son point de vue de manière respectueuse et écouter attentivement les autres

Jouer le rôle attendu en mettant ses compétences à profit dans l'équipe

Clarifier les rôles et les responsabilités de chacun

Adopter une attitude d'ouverture (être capable de se remettre en question, d'accueillir des critiques constructives)

Chaque membre de l'équipe est responsable de l'atteinte de l'objectif commun

Communiquer efficacement (mise en commun rapide, concise et claire) tant verbalement que par écrit

La pratique collaborative

est un processus dynamique d'interactions où tous les membres de l'équipe deviennent des partenaires qui s'unissent pour répondre aux besoins du patient partenaire et de ses proches

implique le respect des objectifs de soins établis

implique la reconnaissance de la valeur de la parole de tous les membres de l'équipe

est essentielle dans un contexte de soins palliatifs où les changements cliniques exigent des adaptations rapides et continues