



28^e congrès annuel



Association québécoise
de soins palliatifs

3 et 4 mai 2018
CENTREXPO COGECO
DRUMMONDVILLE

www.pluricongres.com/aqsp2018

Et si une semaine ...
Ça changeait le monde

Et si une semaine ... Ça changeait le monde

Monique Sasseville, Inf. clin., Directrice des soins

Dre Sylvie Dufresne, MD, Directrice médicale

Dre Andreea Iancu, MD, PhD

Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges



Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels



Nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

- Partager avec vous une expérience enrichissante, stimulante et rassurante
- Partager avec vous des extraits de textes narratifs inspirants
- Vous encourager à accueillir des étudiants dans vos milieux de soins

Notre but

Plan de la présentation

- Historique du programme d'accueil des externes à la MSPVS
- Objectifs du programme
- Exercice d'approche réflexive
- Déroulement de la semaine
- Bilan de la semaine

- Printemps 2015 : Rencontre informative avec Dr. Serge Daneault de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal

Éléments de persuasion

- Participation à une première canadienne : stage obligatoire d'une semaine pour tous les externes II
 - Formation pour le personnel enseignant
 - Participation à des projets de recherche
 - Opportunité de positionner MSPVS académiquement
 - Réseautage
- Juillet 2015 : Accueil de notre première dyade d'externes
 - Depuis : 42 externes (dont 2 en stage optionnel)

- Stage d'une semaine pour les étudiants à l'externat II dans un milieu de soins palliatifs servant à les initier à l'approche du patient en soins palliatifs et en fin de vie ainsi qu'à l'accompagnement de son entourage

Objectif du programme

- Faire vivre une expérience clinique optimale mais surtout une expérience humaine unique en impliquant tout le personnel clinique, de soutien et les bénévoles

Notre objectif

- L'élément central de la présentation
- Rétroaction sur la pratique sous forme littéraire
- Description des répercussions personnelles et émotionnelles générées par certaines rencontres ou situations
- Exerce la créativité - curiosité, l'esprit de synthèse et de cohérence à l'écrit, la capacité d'introspection

« Narrative and medicine »: Rita Charron, M.D., Ph.D.

Exercice d'approche réflexive

SEMAINE DU 8 JANVIER AU 12 JANVIER 2018

Externes :

	Lundi 8	Mardi 9	Mercredi 10	Jeudi 11	Vendredi 12
AM	<p>08 :00 – 10 :30 Accueil Visite de la Maison Révision du plan de cours</p> <p>10 :30 – 12 :00 Rencontre, histoire et examen du patient #1</p> <p>Patron : Dre A. Iancu Dre A. Pop</p>	<p>08 :30 Rencontre, histoire et examen du patient #2</p> <p>11 :00 Compléter histoire de cas Echange clinique</p> <p>Patron : Dre A. Iancu Dre A. Terret-Hans</p>	<p>08 :30 Rencontre, histoire et examen du patient #3</p> <p>11 :00 Compléter histoire de cas Echange clinique</p> <p>Patron : Dre C. Anctil Dre A. Pop</p>	<p>08 :30 Rencontre, histoire et examen du patient #4</p> <p>11 :00 Compléter histoire de cas Echange clinique</p> <p>Patron : Dre S.V-Demers Dre C. Anctil</p>	<p>08 :30 Suivi des cas et échanges cliniques</p> <p>12 :30 Dîner avec équipe</p> <p>Patron : Dre A. Iancu Dre S.V-Demers</p>
PM	<p>13 :30 Compléter/corriger histoire de cas avec patron</p> <p>15 :00 Echange clinique</p> <p>Patron: Dre A. Iancu Dre A. Pop</p> <p>*Sélection cas mardi</p>	<p>13 :00 Bain (Sylvie Perreault)</p> <p>14 :30 Corriger histoire de cas avec patron Echange clinique</p> <p>16 :00 Débuter exercice d'approche réflexive</p> <p>Patron : Dre A. Iancu Dre A. Terret-Hans</p> <p>*Sélection cas mercredi</p>	<p>13 :30 Brève présentation rôles des différents professionnels et rôles des bénévoles (Monique et Susan B)</p> <p>14 :30 Compléter/corriger histoire de cas avec patron</p> <p>16 :00 Continuer exercice d'approche réflexive</p> <p>Patron : Dre C. Anctil Dre A. Pop</p> <p>*Sélection cas jeudi</p>	<p>14 :00 Réunion interdisciplinaire</p> <p>15 :00 -16 :00 Echange clinique</p> <p>Compléter et remettre exercice approche réflexive et autoévaluation aiancu3@yahoo.ca minipau@aol.com</p> <p>Patron : Dre S.V-Demers Dre C. Anctil</p>	<p>14 :00 Évaluation individuelle Retour approche réflexive</p> <p>Patron : Dre A. Iancu</p>

Déroulement de la semaine

AIDE-MÉMOIRE - SEMAINE EXTERNAT II

	À DISCUTER	COMMENTAIRES
Communication		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Patient ■ Famille ■ Équipe 		
Compression médullaire		
Constat de décès		
Corticostéroïdes		
Dernières heures de vie		
Détresse respiratoire		
Douleur / concept de douleur totale		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Opioides ■ Co analgésie ■ Équivalences ■ Rotation ■ Méthadone 		
Échelles de performance		
<ul style="list-style-type: none"> ■ PPSv2 ■ Karnofsky ■ ECOG ■ PPI 		
Effusion péricardique/pleurale		
Éthique		
<ul style="list-style-type: none"> ■ AMM ■ Directives médicales anticipées ■ Sédation palliative intermittente et continue 		
Fatigue		
Hypercalcémie		
Niveaux de soins		
Protocole de détresse		
Rétention urinaire		

AIDE-MÉMOIRE - SEMAINE EXTERNAT II

Symptômes digestifs en fin de vie		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nausées/vomissements ■ Constipation/diarrhées ■ Occlusion /occlusion partielle ■ Perte d'appétit 		
Symptômes neuro-psychiatriques		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Insomnie/anxiété/ dépression ■ Délirium hypoactif - hyperactif ■ États confusionnels et agitation 		
Symptômes respiratoires en fin de vie		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dyspnée ■ Détresse respiratoire ■ Embarras bronchiques /sécrétions ou râles respiratoires 		
Syndrome de la veine cave supérieure		

Nom:

Date:

FICHE D'OBSERVATION - ÉVALUATION QUOTIDIENNE

Nom de l'évaluateur :

Observation directe OUI NON

SITUATIONS CLINIQUES :

Admission Suivi de patients Discussion de cas Discussion de symptômes Discussion pharmaco Constat de décès Autre:

ÉVALUATION

	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	N/A
Sens des responsabilités					
Empathie envers les patients et leurs proches					
Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique					
Autocritique					
Anamnèse organisée et pertinente au contexte palliatif					
Maîtrise des gestes d'examen physique approprié					
Formulation des problèmes cliniques					
Élaboration des hypothèses diagnostiques appropriées au contexte palliatif					
Formulation de justifications des conduites à tenir en fonction du contexte et des désirs du patient					
Habiletés de communication avec les patients et les proches					
Habiletés de communication interprofessionnelle					
Collaboration avec équipe médicale					
Collaborations constructives lors du travail interprofessionnel					
Organisation du travail académique et clinique					
Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre					
Reconnaît l'importance de stratégies visant le bien-être du patient et l'amélioration de la qualité de vie					
Impression générale					

COMMENTAIRES (points forts et améliorations souhaitées) :

SIGNATURE DE L'ÉVALUATEUR : _____

AUTO-ÉVALUATION DU STAGE CLINIQUE - EXTERNAT / Soins palliatifs

MAÎTRISE DES COMPÉTENCES

PROFESSIONNALISME	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Ponctualité et assiduité					
2. Sens des responsabilités					
3. Empathie envers les patients et leurs proches					
4. Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique					
5. Autocritique					

EXPERTISE	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Anamnèse organisée et pertinente au contexte palliatif					
2. Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés					
3. Formulation du problème clinique					
4. Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées au contexte palliatif					
5. Formulation de justifications des conduites à tenir en fonction du contexte et des désirs du patient					

COMMUNICATION	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Habiletés de communication avec les patients et les proches					
2. Habiletés de communication avec les professionnels de la santé					
3. Documentation écrite et pertinente					

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES : EXERCICE DE MÉDECINE NARRATIVE	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Réflexion structurée					
2. Rapport clairement rédigé					
3. Capacité d'introspection					
4. Intégration de la vision et de la philosophie de soins palliatifs					
5. Qualité du français écrit					

COLLABORATION	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Collaboration avec l'équipe médicale					
2. Collaborations constructives lors du travail interprofessionnel					

GESTION	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Organisation du travail académique et clinique					
2. Préoccupation particulière par rapport à l'utilisation appropriée des ressources					

ÉRUDITION	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre					

PROMOTION DE LA SANTÉ	Dépasse	Conforme	Inférieur	Insuffisant	NA
1. Reconnaît l'importance des stratégies visant le bien-être du patient, la prévention de la souffrance et l'amélioration de la qualité de vie					



Les BB docteurs

- Ils arrivent majoritairement avec un bagage qui ne les prépare pas toujours à ce qu'ils vont vivre à la Maison
- Un stage ou une expérience ?

Les BB docteurs

“Depuis maintenant quatre années, j’apprends à soigner des patients, à trouver la meilleure approche afin de les guérir ainsi que de suivre les avancées de la science me permettant de repousser les limites de notre finalité... ces prochains jours je suis confrontée à une autre facette de la médecine...celle d’accompagner les individus malades jusqu’au bout de leur vie” VF

“Aussi il existe un certain tabou dans la communauté médicale par rapport à la mort, puisque l’on cherche constamment à sauver le patient afin de repousser le plus longtemps possible la mort” BL

À l’arrivée...

“À mon arrivée à la Maison lundi matin je discerne en moi une certaine fébrilité et peut-être même une légère nervosité devant l’inconnu qui m’attend... je sens une boule dans ma gorge ...” VF

“On apprend beaucoup en médecine, il y a l’anatomie du corps humain, la physiopathologie des maladies... il y a une chose pour laquelle je n’étais pas préparé lors de mon entrée en médecine : c’est la mort...” PS

À l’arrivée...



La visite



Le bain

“...c’est ultimement les approches non-médicinales à la palliation de la souffrance des patients et de leurs proches qui m’ont le plus marqué... même de moins grands gestes peuvent avoir un pouvoir considérable sur la souffrance physique et émotionnelle de la fin de vie.

Je l’ai vu en participant au bain d’une patiente et de voir que sa douleur prenait l’arrière-plan lorsqu’on lui jase de golf et de musique ...” NT

Le bain

“Le lendemain de l’arrivée d’un patient, on lui a donné un bain. Quel bonheur affiché sur son visage. Aucun signe de souffrance, seulement la paix. Auparavant, je n’aurais jamais associé un bain avec une autre importance que pour l’hygiène. Maintenant je vois cela d’une autre façon.

Ce n’est pas simplement un acte ou une tâche qui fait partie du travail d’une préposée, mais c’est une façon de créer un lien entre patient et soignant. Ça peut augmenter la confiance qu’un patient peut avoir dans son aidant, ce qui facilite la prise en charge... La patiente était exposée dans toute sa vulnérabilité et on a partagé cela avec elle. C’était un moment très spécial auquel je ne m’attendais pas” MF

Le bain

“Je n’aurais jamais cru que laver un patient durant un bain au rythme de “Daya think I’m sexy” de Rod Stewart m’aurait autant marqué et ému que de présenter son nouveau-né à une mère ! Je me sentais utile, réellement utile. Enfin je faisais mon rôle de futur docteur. Je faisais une différence significative pour cette personne et c’était incroyablement gratifiant...” AER

Le bain

“Deux contacts avec des patient m’ont particulièrement touchés. Le premier est lors de ma participation au bain d’une patiente... le bien-être primait , de la température du bain, aux choix des produits en passant par la musique ... ces détails deviennent primordiaux dans un contexte de fin de vie et de soulagement des symptômes.

Il est intéressant de voir la résilience d’une personne et à quel point accepter sa condition permet de profiter des aspects positifs qui restent dans la vie” MB

Le bain

“...Une expérience particulière fut le bain que ma collègue et moi avons donné à un de nos patients...cette expérience fût spéciale en ce sens qu’elle fait ressortir les brins d’humanisme les plus enfouis de notre être. J’ai eu le sentiment d’avoir en face de moi non pas un patient que je suivais en tant qu’étudiant de médecine, mais un humain à part entière.

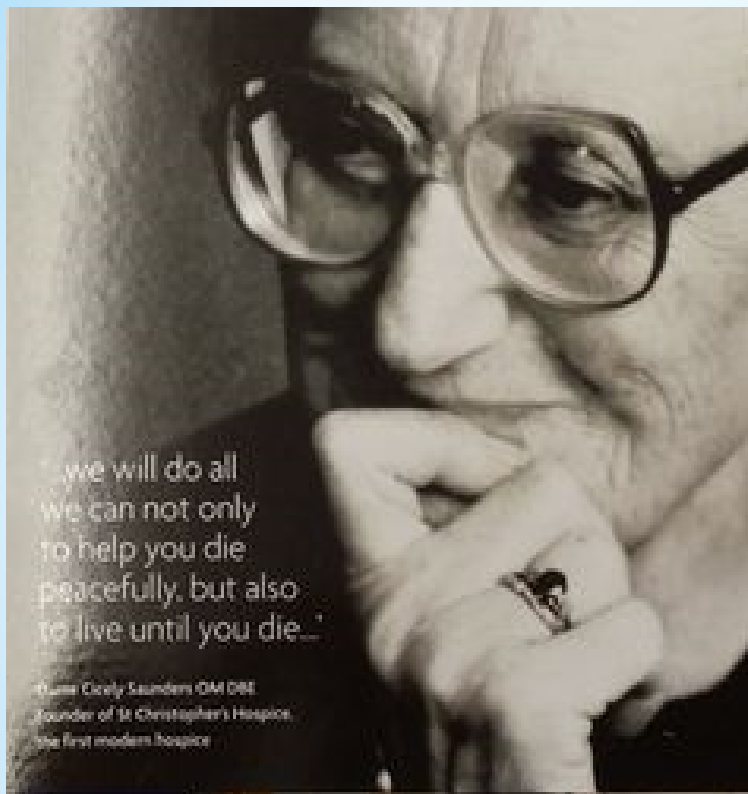
L’échange que nous avons eu durant le bain se voulait un échange sans considération des rôles... L’expérience fut si agréable pour le patient que ce dernier esquissait pour la première fois un sourire en ma présence... il ne se gênait pas pour faire des blagues... Ce moment ...nous permet d’avoir des discussions plus approfondies avec les patients qui profitent pour nous faire part de leur croyance concernant la mort.” AD

Le bain

“...j’ai été invitée à donner un bain thérapeutique à une patiente que je venais tout juste de rencontrer. Elle s’est déshabillée devant moi et j’ai pu prendre connaissance de l’histoire de sa vie en voyant les cicatrices sur ses seins et le ballonnement de son ventre qui cachait mal une carcinomatose avancée. Ça c’est mon cerveau de médecin qui parle - mais au-delà j’ai pu voir la personne qu’elle était et entrer dans sa bulle d’intimité. Me voilà en train de laver son pied...en essayant de ne pas trop la chatouiller, en train de laver ses cheveux, en train de rigoler avec elle à propos du savon qui glissait entre nos doigts.

Nous avons même développé une stratégie- elle tenait le savon alors que je la lavais avec une débarbouillette, puis nous nous sommes félicitées pour notre beau travail d’équipe, Tout ça dans nos quinze premières minutes ensemble. Deux inconnues, réunies par un bain et des circonstances - moi dans le cadre de ma formation médicale, elle dans le cadre de ses derniers jours sur terre.” TD

Le bain



"we will do all
we can not only
to help you die
peacefully, but also
to live until you die..."

Cicely Saunders OMI DBE
founder of St Christopher's Hospice,
the first modern hospice

CELLE QUI A SU
RÊVER RÉALISER INSPIRER

FONDATRICE DU
MOUVEMENT
DES SOINS PALLIATIFS
1918-2005



Photo de J. L. Givier

- Obtenir une histoire de cas appropriée dans le contexte de soins palliatifs et de fin de vie (3 patients)
- Faire un questionnaire et examen physique ciblé respectueux de la condition terminale du patient
- Établir un diagnostic différentiel des manifestations cliniques du patient en soins palliatifs et/ou en fin de vie

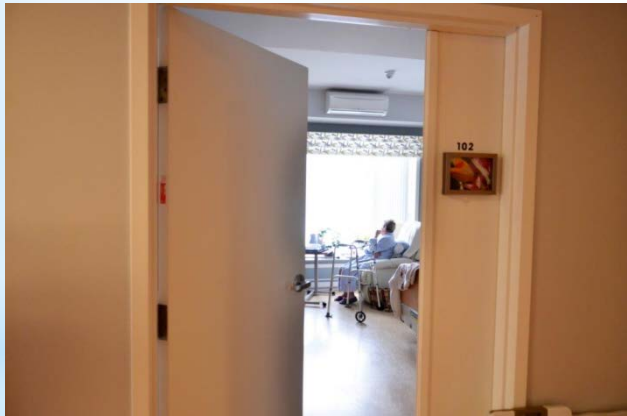
Exposition clinique

“Le parcours de médecine nous amène à passer, durant 2 ans, pas plusieurs milieux de stage. C’est un voyage riche en expériences et en émotions. Le stage de soins palliatifs n’est que d’une semaine. J’en garderai le souvenir d’un oasis.

Le contexte de fin de vie est l’excuse parfaite pour nous permettre de nous recentrer sur le patient et son expérience. On prend le temps et on le place au cœur des soins. Il n’a pas à subir son traitement. Ici, ce sont les patients qui prennent congé. Pas besoin d’autorisation. C’est étrange de penser que cette façon de faire, pourtant tellement humaine, est réservée à ceux pour qui il n’y a plus d’avenue thérapeutique possible. La maladie n’est-elle pas suffisante en soi pour excuser le temps que l’on prend avec le patient. A-t-on même besoin d’une excuse ? ” CHL

Exposition clinique

“Je pense que le contact médecin-patient dans une MSP favorise le contact humain «d'égal à égal» et le partage d'histoires de vie” BL



Histoire de vie

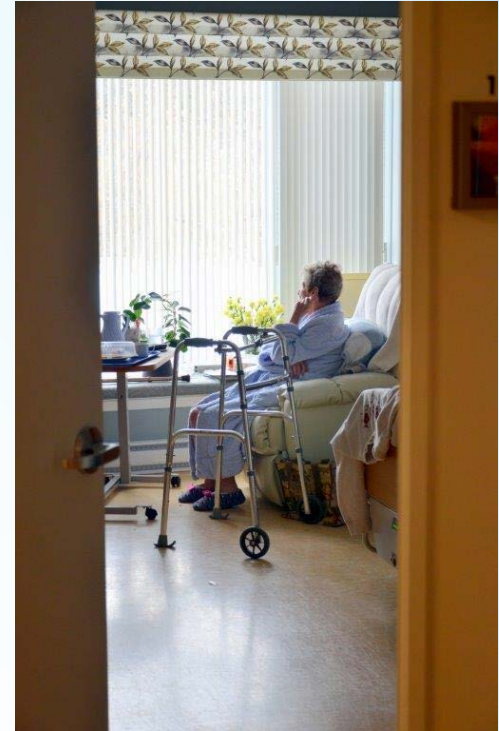
“Ceux qui se dédient aux soins de fin de vie semblent avoir une sensibilité toute particulière pour l’expérience actuelle de leurs patients, mais aussi pour leur histoire, leurs espoirs... et pour ce qu’ils sont véritablement” JR



“D’ailleurs, je pense que c’est ce moment, lorsque les patients se livrent, qui fait que j’apprécie tant mes expériences de stage en soins palliatifs” JR

Histoire de vie

“J’ai eu l’occasion de poser des questions telles que « parlez-moi de vous, racontez-moi votre histoire » j’en ressors émerveillée devant le plaisir qu’ils semblent avoir à nous parler d’eux-mêmes, émerveillée devant leur spontanéité, émerveillée devant leur générosité... c’est une source de croissance personnelle importante à mes yeux” JR



Histoire de vie



Premier contact avec
la mort

“En stage de soins palliatifs, j’ai appris à ne pas craindre la mort. Avant mon stage, j’avais un certain inconfort avec l’idée de faire un constat de décès, car je ressentais qu’il y avait une énergie sombre qui entoure un être humain qui vient de mourir... j’ai réalisé que ces mauvaises appréhensions sont juste des constructions de nos pensées et lorsqu’on réalise que la mort est naturelle, l’énergie qu’on ressent se transforme en paix intérieure.” PS

“J’ai eu le privilège de préparer le corps d’un patient...l’habiller, le raser, lui peigner les cheveux, ajuster son collet, placer ses mains et organiser ses photos de familles a été une expérience inoubliable... ça a changé mon appréhension face à la mort et m’a révélé la tranquillité qu’offre la mort. De toucher un être qui vient de mourir est une expérience intime qui nous rend très humble. Sans dire un mot , j’ai pu communiquer à ce patient que je lui offrais mes plus beaux souhaits et tout mon respect. J’ai pu découvrir ce qu’est l’acte de mourir.” PS

Premier contact avec la mort

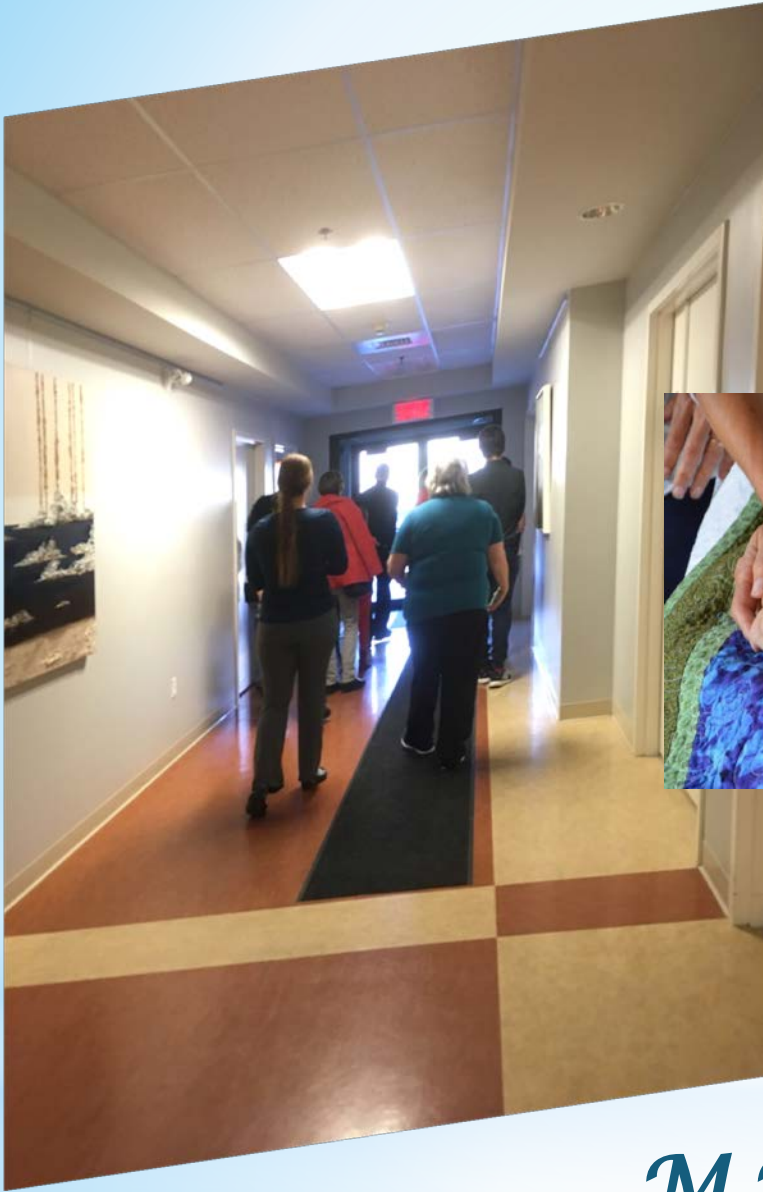
“Cette première journée, un patient est décédé et nous avons dû faire un constat de décès sans la présence de la famille. Ce n’était pas la première fois que je posais un tel geste mais c’était la première fois où je me suis posée des questions.

Ce soir-là j’ai téléphoné à mon copain et je lui ai parlé de ma journée. Je ne lui avais pas dit que je serais en MSP avant ce jour. Il a pleuré...il s’est ouvert un peu plus sur ce qu’il avait vécu et ce qu’il vit présentement ...Cela ne lui arrive pas d’être aussi vulnérable et de le partager... ” NN

**Premier contact avec
la mort**

“J’ai pu préparer un patient décédé avec les infirmières , préparer la chambre de sorte à la personnaliser avec des fleurs, des objets du patients, des photos. Attention particulière qui montre du respect, de l’empathie, du dévouement... les professionnels ont tous ce rôle essentiel que d’accompagner le patient et ses proches dans le processus du deuil...ces qualités sont celles que tout médecin se doit d’avoir...” MB

**Premier contact avec
la mort**



QUAND LES MOTS
MANQUENT, FAIS UN
RITUEL
(ANONYME)

“ Il y a une grande beauté à voir les cœurs des hommes s'accorder et ressentir ensemble à l'unisson.

La musique portant une voix grave et mélodieuse s'élève lentement. Les personnes abandonnent leur travaux et se rassemblent de part et d'autre du couloir. Droites, elles attendent en silence.

C'est un drap blanc qui passe. Il porte le chandail de son équipe sportive favorite. Le cortège à sa suite, c'est l'amour, c'est la peine, c'est la perte. Les larmes coulent ou les lèvres se serrent. Ma poitrine est oppressée. Mes yeux se mouillent.

Je suis eux. Nous sommes un.

« Oh what a wonderful world » ” CHL

Le rituel

“J’ai perçu au fil de ma courte expérience de soins palliatifs que la valeur centrale qui dicte les conduites de tous les membres de l’équipe est la dignité... les patients et familles qui vivront une expérience de fin de vie méritent que l’on célèbre leur dignité ... L’implication (des intervenants) change le devenir du patient et la façon dont il quittera notre monde...je sors de ce stage grandie...j’intégrerai certainement plusieurs valeurs véhiculées dans les maisons de soins palliatifs peu importe ma discipline” RM

Le bilan

“Je termine ma semaine plus riche d’humanité...” VF

“... Je remercie encore ce patient qui a su m’apprendre l’art de vivre et l’art de mourir...” CN

“...Cette expérience m’a permis de relativiser l’étape que tous doivent passer: la fin de vie. Avoir un contact aussi proche et personnel avec les différents patients de la MSP m’a permis de comprendre comment chaque personne vit de manière différente la maladie, la progression de celle-ci et sa mort... Ce stage et ces rencontres me permettent d’apprivoiser la mort et d’accepter cette éventualité incontournable.” BL

Le bilan

“L’Humanisme transcende la présence et la pratique de chacun des intervenants... aussi l’intervenant s’intéresse beaucoup plus à l’individu vivant une maladie plutôt qu’à la maladie affectant le patient tel qu’enseigné au cours de notre formation médicale ... je peux affirmer que j’intégrerai l’humanité acquise au cours du stage dans ma future pratique pour le plus grand bénéfice du patient.” BL

Le bilan

“...j’aimerais me concentrer sur l’humanisme dont j’ai été témoin cette semaine...jamais je ne l’ai vécu de façon si répandue et à une aussi forte intensité...”

J’ai appris pendant ce stage que toutes les caractéristiques d’une médecine humaniste que je croyais utopique peuvent en fait réellement exister. La multidisciplinarité, le travail en équipe, la médecine centrée sur le patient, la sincérité, le plaisir au travail, tout cela peut exister en harmonie et bien fonctionner...” MTN

Le bilan

“La reconnaissance de l’importance et de l’énorme impact de tous nos gestes et de notre empathie envers les patients dans leurs derniers jours ...est un aspect à la fois valorisant et responsabilisant. C’est en tenant compte de cela qu’une approche qui vise la préservation de la dignité humaine en fin de vie devient possible.

Plutôt d’avoir démontré l’impuissance du médecin face aux conditions terminales, cette réflexion et mes expériences en MSP m’ont démontré que l’inverse est vrai.” NT

Le bilan

“...mon expérience à la MSPVS a été une révélation. Je trouve qu’elle a été indispensable non seulement en tant que futur médecin mais aussi en tant qu’être humain...

...je perçois les soins palliatifs comme une opportunité de redonner une certaine liberté au patient, un certain regain du contrôle de soi dans un contexte souvent perçu comme une condamnation.” IB

Le bilan

“Au final, si je n’avais qu’une chose à retenir de cette expérience, c’est que c’est parfois dans les moments les plus difficiles que l’on fait les plus belles rencontres et découvertes sur soi et sur les autres.

Comme le disait Leonard Cohen : «There is a crack, a crack in everything. That’s how the lights get in» ” CT

Le bilan

“Je réalise que de travailler tous les jours en soins palliatifs requiert qu’on prenne le temps de célébrer un passage aussi intense que la mort et de vivre les émotions que cela fait naître.

Cela nécessite de trouver des manières de composer avec les sentiments qui surgissent... prendre un moment de réflexion sur l’effet que nos relations thérapeutiques ont sur notre esprit, c’est faire preuve d’acceptation et de bienveillance envers nous même.

C’est aussi un bon moyen pour être capable... de rester un médecin “humain” qui fait aussi preuve, envers ses patients, d’ouverture, d’acceptation et de bienveillance ” JR

Le bilan

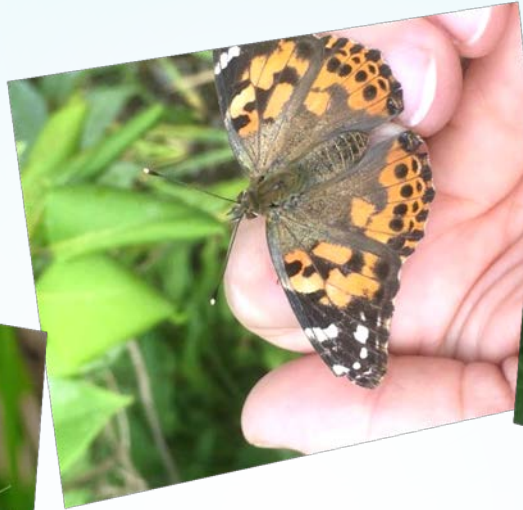
“La fin de vie n’est donc pas forcément sombre et lugubre.

Elle n’est pas le tabou que la société nous fait croire.

Les soins palliatifs se veulent basés sur l’individu dans son ensemble, et non la maladie.

Les soins palliatifs c’est en quelque sorte « la fin qui finit bien » ” FB

Le bilan



La métamorphose



Une semaine ... finalement
ça change
le monde