

Un modèle de collaboration interprofessionnelle

Célia Côté — Infirmière consultante
Marie-Hélène Boies — Pharmacienne

Michèle Lavoie — Médecin
François Tardif — Coordonnateur de recherche ERMOS

Objectifs de la présentation

- **Décrire le fonctionnement interdisciplinaire de la clinique externe de soins palliatifs de l'HDQ**
- **Expliciter le type de clientèle et le type de référence faite à la clinique**
- **Partager les difficultés et les avantages de la mise en place de la clinique**
- **Partager les impressions de chaque intervenant sur le fonctionnement interprofessionnel**
- **Établir les buts pour le développement des services offerts à la clinique**
- **Partager sur vos propres expériences**

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Célia Côté



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Mme Symptôme, 57 ans
Atteinte d'un cancer du pancréas.
Présente des douleurs abdominales
depuis quelques semaines, non
soulagées par la prise régulière
d'opioïdes .

Vous prenez connaissance de
l'existence de la clinique externe de
soins palliatifs....



Quel type de patient peut être vu à la clinique?



«Les patients ayant un cancer à tout stade de la maladie jusqu'à la fin des traitements curatifs et qui présentent des symptômes d'origine néoplasique ou étant en phase palliative de leur cancer. Ceci exclut donc les patients n'ayant pas de maladie active, ayant des symptômes secondaires aux traitements ou a une procédure chirurgicale ou présentant une douleur d'origine non néoplasique.»

*Offre de Services clinique
Équipe interdisciplinaire de Soins Palliatifs HDQ
Janvier 2013*

Le patient doit avoir une équipe traitante à l'HDQ car cela facilite le suivi et permet de limiter l'accès (nombre de consultations). De plus, chaque hôpital a ses propres services de soins palliatifs.

Quel type de patient nous est référé?

Les principaux spécialistes référents:	35%	Hémato-oncologues
	16%	Médecins de soins palliatifs
	16%	Radio-oncologues
	5%	Gynéco-oncologues
Les principaux sites tumoraux:	20%	Néoplasie digestive (colon, pancréas, rectum)
	16%	Néoplasie pulmonaire
	14%	Néoplasie urologique (principalement prostate)
	11%	Néoplasie gynécologique (col, endomètre, ovaire)

Les principales raisons de consultation

72% Douleur

11% Cheminement fin de vie

7% Suivi post hospitalier

Toutefois, l'éventail des symptômes pris en charge en soins palliatifs...

Troubles respiratoires (dyspnée/ toux)

Troubles digestifs (constipation/ diarrhées/ nausées/ vomissements/ stase gastrique/ anorexie/ subocclusion)

Humeur/ anxiété

Sommeil, Prurit, Hoquet, Ascite, Sudations



Le contact auprès du malade



L'infirmière finalise son évaluation initiale en contactant le patient afin de définir les principaux symptômes dont il souffre. Le questionnaire comprend:

- Douleur
- Nausées/ vomissements
- Sommeil
- Selles/ urines
- Anxiété
- Alimentation
- Fatigue
- Présence/ disponibilité du médecin de famille

Les rendez-vous sont fixés selon l'urgence des besoins présentés et des disponibilités à l'horaire. Les délais pour la prise en charge sont en moyenne de 3,9 jours mais varient beaucoup selon la charge de travail de l'infirmière et la rapidité de réception des dossiers.

Notre clinique offre 4 plages par semaine d'une demi-journée pour les consultations. En une année (du 1^{er} mars 2012 au 1^{er} mars 2013), nous avons reçu plus de 215 nouvelles consultations.

La première rencontre

La personne se présente habituellement avec un membre de sa famille (près de 95%). On lui remet un ODD (outils de dépistage de la détresse) à la réception pour qu'elle le remplisse avant la rencontre.

CHUQ
CENTRE HÔPITALIER
UNIVERSITÉ DE QUÉBEC

CHUL
HDQ
HSFA

DT768

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

DATE : _____

La **détresse** est une émotion désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne

1. COTE AU THERMOMÈTRE

Comment évaluez-vous votre détresse **durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui** ?
SVP Encercler un chiffre sur le thermomètre.

Détresse extrême



Aucune détresse

2. LISTE DE PROBLÈMES

SVP cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous **durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui**.

Pratique

- Travail/études
- Finances
- Se rendre aux rendez-vous
- Logement

Social / familial

- Me sentir comme un fardeau
- Préoccupations envers la famille / les amis
- Me sentir seul(e)

Émotionnel

- Peurs / inquiétudes
- Tristesse
- Colère/frustration
- Changement d'apparence
- Intimité / Sexualité
- Perte d'intérêt face aux activités habituelles
- M'adapter à la maladie

Spirituel

- Me questionner sur le sens ou le but de ma vie
- Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances
- Me questionner dans ma relation à Dieu

Information

- Comprendre la maladie et les traitements
- Communiquer avec l'équipe soignante
- Prendre une décision face aux traitements
- Connaître les ressources disponibles

Physique

- Concentration / mémoire
- Sommeil
- Poids
- Constipation ou diarrhée

3. ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS)

Pour chaque item suivant, encercler le chiffre qui décrit le mieux votre état de santé au cours des **DERNIÈRES 24 HEURES**.

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de bien-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Souhaitez-vous avoir de l'aide pour l'un des problèmes nommés ci-haut? Oui Non

Copie 1: Dossier Copie 2: Autre

Page 1 de 2 R-2473 D.I.C.: 3-4-4

659789 (09-10) OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE

CHUQ
CENTRE HÔPITALIER
UNIVERSITÉ DE QUÉBEC

CHUL
HDQ
HSFA

DT768

OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE (ODD)

À l'usage exclusif du professionnel

Information sur la maladie

Diagnostic : _____

Moment du diagnostic : _____
(mois / année)

Stade : Local Loco-régional Métastatique Non applicable

Moment du dépistage (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

Autour du diagnostic

Chirurgie : Pré-opératoire Post-opératoire

Radio-oncologie : Consultation ou début du traitement Per-traitement Fin des traitements

Héмато-oncologie : Consultation ou début du traitement Per-traitement Fin des traitements

Suivi : 1^{re} année post-traitement 2^e année et + post-traitement

Récidive Phase palliative

Suivi du dépistage

Révisé par : _____
(lettre / initiales)

Signature : _____

Fonction : _____

Référence offerte à : Aucune Travailleur social Infirmière pivot Nutritionniste Infirmière Pastorale Médecin Pharmacien Psycho-oncologie (psychiatre, psychologue, psychosociologue) Autre établissement (préciser) : _____

Ressource communautaire (préciser) : _____

Référence acceptée par le patient : Oui Non

Autre suivi ou information additionnelle : _____

Adaptation par l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle du CHUQ - Mai 2009 Soutien de Santé Canada, par le Partenariat canadien contre le cancer.

Copie 1: Dossier Copie 2: Autre

Page 2 de 2 R-2473 D.I.C.: 3-4-4

659789 (09-10) OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE

La première rencontre



La première rencontre est d'une durée d'une heure. La rencontre se déroule dans, un premier temps avec le médecin et le pharmacien. Le pharmacien fait l'histoire médicamenteuse à partir du profil pharmaceutique et ce questionnaire englobe aussi la gestion des différents symptômes.

Les éléments suivants seront aussi évalués:

- AVQ/ AVD
- ECOG
- Visée des traitements
- Aidants principaux
- Examen physique
- Rôle des soins palliatifs
- Services en place
- Compréhension de la maladie

Selon l'étape où en est rendu le malade, le niveau de soin sera discuté et une aide au cheminement ainsi qu'à la prise de décision sera offerte.

Cela inclus la discussion des souhaits de fin de vie (accompagnement, lieu).

La première rencontre

Tous les intervenants se réunissent (médecin, pharmacien et infirmière) afin d'établir un plan de traitement:



- Changements médicamenteux
- Ponctions veineuses
- Examens diagnostiques
- Consultations auprès des spécialistes
- Intégration de services externes

Ce plan est offert au patient par l'équipe en offrant l'enseignement nécessaire.

Les coordonnées de l'infirmière lui sont transmises et nous lui expliquons les suivis subséquents

Médecin

Pharmacien

Infirmière

Apport de chaque professionnel

Évalue les symptômes

Fait l'histoire médicamenteuse et l'entrevue conjointement avec le médecin

Coordonne les interventions prévues au plan de traitement

Fait l'examen physique afin de poser le diagnostic

Cible les symptômes associés à la chimiothérapie/ médication

Prodigue de l'enseignement complémentaire

Décide de l'investigation/ traitement

Cible les interactions médicamenteuses possibles

S'assure de la mise en place des services en externe

S'intéresse à l'adaptation et au cheminement

Démystifie les mythes de certains médicaments

Fait le lien auprès des intervenants impliqués

Éclairage / soutien au patient et à sa famille

Individualise les conseils et enseignements pharmaceutiques

Prodigue des soins divers et adaptés

Le suivi



Les suivis téléphoniques sont principalement faits par l'infirmière mais répartis au besoin selon les expertises de chaque intervenant et les besoins spécifiques du patient.

Cela représente: **957 Appels pour une année**
4,5 Appels/ patient (moyenne)

Les consultations de suivi sont d'une durée de 30 minutes et sont principalement faites par le médecin. Elles peuvent être distribuées auprès de l'infirmière et du pharmacien selon les besoins patient.

Cela représente: **476 Consultations pour une année**
4 Consultations et - pour 75% des patients

Lien avec les intervenants



Une autre partie de la tâche consiste à faire le lien avec les intervenants actifs dans la phase de traitement actuelle. Cette tâche est principalement infirmière puisque c'est elle qui coordonne les actions autour du malade.

Cela représente:

820 Interventions pour une année

3,8 Interventions/ patient (moyenne)

Les principaux intervenants impliqués sont; les infirmières pivots (qui conservent le suivi de leur patient tout au long de leur trajectoire de soins), l'infirmière de liaison de soins palliatifs, les travailleurs sociaux, les intervenants CLSC, les équipes traitantes et plusieurs autres.

Lorsque les symptômes sont bien contrôlés



Le but de notre implication auprès du patient est de stabiliser les symptômes pour ensuite favoriser un retour au médecin de famille ou à l'équipe traitante. Le délai de prise en charge a une médiane de 22,5 jours avec une moyenne à 40,5 jours. La réalité du milieu limite toutefois le transfert du suivi. Pour ce qui est du médecin de famille, nos statistiques parlent;

84% Des patients ont un médecin de famille

41% Des patients ont un médecin de famille accessible

Plusieurs raisons expliquent le manque d'accessibilité des omnipraticiens...

Il demeure que 30,5% des patients retournent auprès du médecin de famille ou du médecin à domicile offert par le CSSS de leur secteur.

Lorsque l'état se détériore



C'est à cette étape que le cheminement du patient est important. En effet, cela permet d'établir un plan de fin de vie qui offre les options suivantes:

- **Maintien à domicile**
- **Milieu de soins palliatifs**
- **Hospitalisation**

L'admission élective d'un patient du domicile à l'unité des soins palliatifs de l'HDQ a été possible dans certains cas. Toutefois, la façon encore privilégiée pour l'admission est celle par l'urgence vers de lits disponibles dans l'hôpital.

Des 215 personnes représentées dans nos statistiques, 22,3% ont été hospitalisés pour un séjour de moyen à long terme et 11,6% sont décédés dans des délais rapides (hospitalisation de quelques jours) mettant terme à notre prise en charge

Impressions sur la clinique



Par rapport à notre clientèle, nous croyons que nos interventions ont permis de:

- **Maintenir une qualité de vie**
- **Empêcher certaines hospitalisations précoces/ visites à l'urgence**
- **Faciliter le passage de la phase active de traitement vers la fin de vie**
- **Prévoir la planification de la fin de vie**
- **Reconnaître le souhait du malade**
- **Limiter la chimiothérapie en fin de vie**
- **Appuyer le travail des équipes traitantes**
- **Faciliter le maintien des traitements dans certains cas**

Médecin

Pharmacien

Infirmière

Impression de chaque professionnel

Lourdeur de la tâche cléricale (Notes + Partage)

Dossiers antérieurs souvent non disponibles

Charge de travail intense
(beaucoup de besoins de la part de la clientèle vs le temps alloué)

Charge émotive en lien avec le vécu des malades et leur famille

Changement de médecins

Changement de pharmaciens

Rotation des intervenants

Multiples imprévus de la
clientèle

Trouver le rythme de
l'entrevue initial à deux

Poursuivre le suivi à travers
les hospitalisations

Médecin

Pharmacien

Infirmière

Prise en charge globale du patient

Complémentarité du travail dans le respect de chacun des rôles

Partage des connaissances selon chaque champ d'expertise

Disponibilité des différents intervenants

Confiance et satisfaction des patients / relations thérapeutiques significatives

Partage des responsabilités

Standardisation des outils

Suivi de la trajectoire

Renouvellement continu de la clientèle

Autonomie dans la prise en charge et l'évaluation

Autonomie dans la prise en charge et l'évaluation

Impression de chaque professionnel

- **Intégrer des outils de mesure objective**
- **Développer le rôle de l'infirmière**
- **Accès plus précoces à nos services**
- **Améliorer les corridors de service**
- **Démystification des soins palliatifs**
- **Acquisition d'un médecin faisant du domicile**

Et vous, dans vos milieux...



- **Quelles sont vos expériences par rapport aux services externes de soins palliatifs?**
- **Quelles sont vos attentes face à cette équipe?**
- **Avez-vous les mêmes difficultés?**

Donnez nous vos commentaires!

Merci!

Revue de la littérature



CHU
de **Québec**

ADMANE, Sonal, Emily R. GALLAGHER, Joseph A. GREER et al., 2011, « Longitudinal Perceptions of Prognosis and Goals of Therapy in Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer : Results of a Randomized Study of Early Palliative Care », *Journal of Clinical Oncology*, 29(17) :2319-2326.

CASARETT, David J., Karen B. HIRSCHMAN, John F. COFFEY et al., 2002, « Does a Palliative Care Clinic Have a Role in Improving End-of- Life Care ? Results of a Pilot Program », *Journal of Palliative Medicine*, 5(3) :387-396.

CLARKE, Allyson, DoriSECCARECCIA ,Camilla ZIMMERMANN, et al., 2006, « Bringing palliative care to a Canadian cancer center : the palliative care program atPrincess Margaret Hospital », *Support Care Cancer*, 14 :982-987.

COHEN, Robin et Balfour MOUNT, 2003, « Monitoring self-reportedquality-of-life among patients attending a palliative medicineoutpatientclinic », *Palliative Medicine*, 17 :83-84.

Revue de la littérature



DIBBLE Suzanne L., Steven Z. PANTILAT, Michael W. RABOW, et al., 2004, « The Comprehensive Care Team », *American Medical Association*, 164 :83-91.

ESTFAN, Bassam, Mellar P. DAVIS, Declan WALSH et al., 2007, « The Business of Palliative Medicine-Part 5 : Service Utilization in a Comprehensive Integrated Program », *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(3) :211-218.

GREER, Joseph A., William F. PIRL, Vicki A. JACKSON et al., 2012, « Effects of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End-of-Life Care in Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer », *Journal of Clinical Oncology*, 30(4) :394-400.

GREER, Joseph A., Elyse R. PARK, Jaclyn YOONG et al., 2013, « Early Palliative Care in Advanced Lung cancer », *Jama Intern MED*, 8p.

Revue de la littérature



GREER, Joseph A., William F. PIRL, Lara TRAEGER et al., 2012, « Depression and Survival in Metastatic Non-Small Lung Cancer : Effects of Early Palliative Care », *Journal of Clinical Oncology*, 30(12) :1310-1315.

HUN KANG, Jung, Jung HYE KWON, David HUI et al., 2012 « Changes in Symptom Intensity Among Cancer Patients Receiving Outpatient Palliative Care», *Journal of Pain and Symptom Management*, 9p.

IRWIN, Kelly E., Joseph A. GREER, Jude KHATIB et al., 2013, « Early palliative care and metastatic non-smallcelllung cancer : Potentialmechanisms of prolongedsurvival », *ChronicRespiratoryDisease*, 10(1) :35-47.

JACOBSEN, Juliet, Vicki JACKSON, Constance DAHLIN et al., 2011, « Components of EarlyOutpatient Palliative Care Consultation in Patients withMetastaticNonsmallCell Lung Cancer », *Journal of Palliative Medicine*, 14(4) :459-464.

Revue de la littérature



KRZYZANOWSKA, Monica K., Lisa W. LE, Gary M. RODIN et al., 2012, « Referral Practices of Oncologists to Specialized Palliative Care », *American Society of Clinical Oncology*, 7p.

LAGMAN, Ruth, Nilo RIVERA, Declan Walsh et al., 2007 « Acute Inpatient Palliative Medicine in a Cancer Center : Clinical Problems and Medical Interventions- A Prospective Study », *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(1) :20-28.

MORITA, Tatsuya, Koji FUJIMOTO, Miki NAMBA et al., 2008, « Palliative care needs of cancer out patients receiving chemotherapy : an audit of a clinical screening project », *Support Care Cancer*, 16 :101-107.

NU, Ahmad, Haque MF, Khan F. et al., 2011, « Palliative Care Out Patient Consultation Service in a Teaching Hospital in Bangladesh », *Mymensingh Med*, 20(1) : 98-103.

Revue de la littérature



OLIVER, David, « The development of an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care », 2004, *International Journal of Palliative Nursing*, 10(9) :446-448.

PORTENOY, Russell et Karen S. HELLER, 2002, « Developing an Integrated Department of Pain and Palliative Medicine », *Journal of Palliative Medicine*, 5(4) :623-633.