

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 17 août 2021

[Nouveau paradigme en soins palliatifs : d'une meilleure mort à une meilleure fin de vie.](#)

Pre S. Pautex, Pre J. Sommer

Pourquoi changer de paradigme?

En Europe, depuis les années 90 il y a plus en plus de personnes concernées par ces soins, notamment dans le domaine de l'oncologie, où le nombre de patients augmente alors que la mortalité diminue, ou en tout cas est retardée.

Les baby boomer deviennent papy boomer, cela représente une grande population qui va souffrir de démence, cancer, maladie respiratoires...

Le nombre de maladies chroniques par patient augmente avec l'âge, et par conséquent, le nombre de spécialistes consultés et de prescriptions individuelles...au final même le patient ne peut pas se voir dans son ensemble....

L'idée c'est de changer la façon d'appréhender et de penser la prise en charge de ces patients afin d'améliorer leur qualité de vie, les symptômes, la dépression et peut-être même la survie..

En suisse 85% des patients souhaitent qu'on leur propose de façon anticipée des soins palliatifs et 72% souhaiteraient pouvoir mourir à domicile.

De nos jours, le décès à la maison est plutôt rare, souvent les patients sont transférés à l'hôpital dans les trois semaines qui précèdent. (Cela est aussi causé par les coûts élevés des soins quotidiens à domicile, qui sont au frais du patient)

Les défis

Il est difficile de trouver le bon moment pour parler au patient à propos de la fin de vie, surtout quand cela devient imminent, car dans les moments de gravité aiguë, le patient n'est pas vraiment disponible pour avoir la discussion.

C'est la raison de la formation d'une [étude pilote](#) pour faciliter l'abord des soins palliatifs par les médecins de famille. L'idée est d'aller vers une étude randomisée contrôlée...

Les médecins sont formés, encouragés à accompagner les patients en oncologie, à leur proposer un "plan B" si ça ne marche pas comme prévu et à connaître le réseau des soins palliatifs.

Mais on découvre assez vite que ça va être compliqué, puisque en quatre mois seuls quatre patients furent recrutés. C'est surtout dû au manque d'espoir que la discussion représente.

Des "focus groups" ou groupes de discussion sont formés pour comprendre les réticences des patients, ainsi que l'impact sur les médecins et leur relation thérapeutique avec les patients en oncologie.

On remarque un changement de pratique: recontacter les patients en oncologie devient plus facile, avec une "vraie raison" pour appeler. Plus que prendre des nouvelles de loin, c'est faire partie à nouveau du réseau de soins.

Ainsi qu'un changement de la définition des soins palliatifs: ce n'est pas que les deux-trois derniers jours...cela peut aller jusqu'à des années! C'est remettre le patient au centre, avec une série de choix plutôt que d'attendre la fin des possibilités de soins curatif pour passer au soins palliatifs.

C'est aussi anticiper les soins, choisir sa manière de vivre....

Concrètement: Former, dépister, intégrer, financer et anticiper
Concentration sur l'impact sur les médecins avec la mise en place d'une formation post graduée de 5 jours, interprofessionnelle. Début 2022.

Comment détecter les patients concernés?

Deux échelles P-CaRES et SPICT-FR.

Mais aussi en répondant à cette question: seriez-vous surpris si le patient décédait dans les 12 mois?

Plan de soins anticipés: Instructions aux médecins en cas d'urgence.

Un projet de master arrive à point nommé, avec la formation d'un [questionnaire](#) à remplir. L'idéal serait de pouvoir charger les directives anticipées et le plan de soins anticipés sur un système de transfert rapide pour que chaque soignant puisse rester informé.

Y'a des choix qui sont plus faciles que d'autres....



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch