



**Journée de réflexion sur :**

**« La communication et  
la coordination autour de la  
personne en soins palliatifs »**

**Jeudi 21/11/2013**

**Atelier 1**  
**Collégialité à domicile**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Distinguer le projet de vie du projet de soin</b></li> <li>✓ <b>Ce qui sous entend qu'une annonce commune faite aux soignants, aux proches et au patient ait été effectuée</b></li> <li>✓ <b>Nécessité d'une coordination de ce projet, professionnel ou non, avec réunions périodiques où peuvent être partagées des informations qui ne peuvent être écrites.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b><i>Nécessité de rappeler l'existence de ressources</i></b></li> <li>✓ <b><i>Formation continue des soignants (si possible interdisciplinaire : on apprend aussi le langage de l'autre)</i></b></li> <li>✓ <b><i>La participation à la coordination sous entend un engagement formalisé (forme écrite, contractualisé)</i></b></li> <li>✓ <b><i>Intégration du Centre 15 au projet de soin avec +/- prescriptions anticipées et mise à disposition des directives anticipées.</i></b></li></ul>

**Atelier 2**  
**Coordination du parcours de soins**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<p>✓ <b>Assurer la continuité de la prise en charge : définir un PROJET DE SOINS mais surtout un projet de VIE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Communication entre les acteurs du domicile</b></li>   <li>• <b>Coordination et relais entre les soignants (coordonner et non juxtaposer)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Favoriser le cahier de liaison unique entre médecin traitant/IDE/AS/AVS/Psycho</b></li>   <li>✓ <b>Rôle initial du RSP66 en partenariat avec MAIA et/ou HAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identifier les ressources initiales</b></li> <li>• <b>Transmission des informations entre institution et domicile</b></li> <li>• <b>Faciliter l'accès à l'expertise aux professionnels de ville</b></li> <li>• <b>Orienter les aidants vers les dispositifs d'aide</b></li> </ul> </li> </ul>

**Atelier 2 (suite)**  
**Coordination du parcours de soins**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reconnaissance des acteurs libéraux</b></li> <li>• <b>Transparence et précision dans les demandes de transferts MCO vers SSR</b></li> <li>✓ <b>Favoriser l'anticipation des situations de crises</b></li> <li>• <b>Renforcer le soutien aux aidants</b></li> <li>✓ <b>Mise en place d'une feuille de transmission au SAMU</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b><i>Aides financières</i></b></li> <li>✓ <b><i>Sensibiliser les services adresseurs sur l'importance de l'annonce du diagnostic et du pronostic</i></b></li> <li>✓ <b><i>Informer sur l'évolution de la pathologie et les symptômes susceptibles d'apparaître</i></b></li> <li>✓ <b><i>Rassurer et sécuriser</i></b></li> <li>✓ <b>« <i>SAMU PALLIA</i> »</b></li> </ul>

### Atelier 3

#### Prise en compte des choix du patient

PROPOSITIONS	PLAN D'ACTION
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Prendre en compte les choix du patient sur la nourriture</b></li> <li>✓ <b>Prendre en compte le rythme du patient malgré les limites institutionnelles</b></li> <li>✓ <b>Améliorer la communication entre l'équipe, les équipes, le patient et la famille, tenter de dépasser les blocages et casser les automatismes / faire appel à des extérieurs en cas de difficultés</b></li> <li>✓ <b>Nécessité de formation pour toute l'équipe, à tous les niveaux</b></li> <li>✓ <b>Directives anticipées : les diffuser et les faire connaître largement</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b><i>Alterner les jours de repas pour casser la routine à minima</i></b></li>          <li>✓ <b><i>Cahier de liaison ; réunion mensuelle entre équipes et bénévoles ; améliorer la collégialité</i></b></li>          <li>✓ <b><i>Affichage dans les salles d'attente des cabinets médicaux, en parler dès le lycée, traçabilité des directives dans la carte vitale</i></b></li></ul>

## **Atelier 3 (suite)**

### **Prise en compte des choix du patient**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Information du patient : l'informer pour avoir un consentement éclairé : présenter les soins, expliquer lors de l'annonce les différents choix réalisables</b></li> <li>✓ <b>Informé tout le monde (public et professionnels) de ce que sont les soins palliatifs et de ce qu'ils proposent</b></li> <li>✓ <b>Trouver la limite entre l'information et l'obstination à convaincre le patient de changer son choix</b></li> <li>✓ <b>Ne pas laisser porter la décision sur la famille (décision du patient communicant)</b></li></ul>	

### **Atelier 3 (suite)**

#### **Prise en compte des choix du patient**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Mutualiser les fragments de parole du patient entre tous les interlocuteurs pour s'assurer du respect de la complexité de sa position</b></li> <li>✓ <b>Multiplier les lits de soins palliatifs</b></li> <li>✓ <b>Personne de confiance : s'assurer qu'elle respecte le choix du patient</b></li> <li>✓ <b>Eviter de se projeter sur la situation de patient : risques : décider à sa place et ne pas respecter ses choix</b></li></ul>	

### **Atelier 3 (suite)**

#### **Prise en compte des choix du patient**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Ecouter et parfois interroger le patient sur ses choix</b></li> <li>✓ <b>Individualiser les accompagnements : « faire du cas par cas »</b></li> <li>✓ <b>Respecter le refus de soins : jusqu'où obliger le patient : limite de la Loi</b></li></ul>	



## Atelier 4

### Recueil des besoins des « personnes non communicantes »

PROPOSITIONS	PLAN D'ACTION
<p>✓ <b>Rechercher les moyens de communication de la personne</b></p>	<p>✓ <b><i>Observation fine sur : habitudes de vie, histoire, rituels, goûts</i></b></p> <p>✓ <b><i>Connaissance de la personne</i></b></p> <p>✓ <b><i>Favoriser l'initiative : nouveau mode de communication</i></b></p> <p>✓ <b><i>Qualité de l'interaction et de l'attention de l'aidant</i></b></p> <p>✓ <b><i>Capacité d'étonnement et d'adaptation, d'écoute, pour prendre en compte ses souhaits, désirs</i></b></p> <p>✓ <b><i>Utiliser un outil de médiation dans la communication : la musique, le jeu, le chant, le toucher, travail sur les sens, animaux,</i></b></p>

## Atelier 4 (suite)

### Recueil des besoins des « personnes non communicantes »

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<p>✓ Favoriser le travail de liaison :</p>	<p>✓ <i>Favoriser la coordination et la collaboration entre les différents intervenants : en amont, en aval, avec harmonisation des pratiques</i></p> <p>✓ <i>Améliorer la transmission des infos : travail en lien avec les familles, les équipes soignantes non soignantes (ASH, Bénévoles, animateurs)</i></p> <p>✓ <i>Un tiers médiateur dans les situations compliquées :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Médecin, psychologue, équipe mobile spécialisée (gériatrie, soins palliatifs)</i></li></ul> <p>✓ <i>Désignation de la personne de confiance, directives anticipées</i></p> <p>✓ <i>Collégialité dans les décisions</i></p>

## Atelier 4 (suite)

### Recueil des besoins des « personnes non communicantes »

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<p>✓ Favoriser la formation et l'information des aidants professionnels ou non pour un meilleur accompagnement de la personne</p>	<p>✓ <i>À partir des techniques et connaissances développées actuellement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Humanitude, validation, bientraitance, Snoezelen pour un accompagnement de qualité.</i></li></ul> <p>✓ <i>La connaissance de soi : supervision, analyse des pratiques d'expérience.</i></p>
<p><i>Importance de multiplier une communication de qualité entre les intervenants autour et avec la personne non communicante pour pallier ses difficultés de communication, pour recueillir un maximum d'information et ainsi préserver une bonne qualité de vie.</i></p>	

## Atelier 5

### La culture palliative en question

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Diffuser une « définition » de la culture palliative</b></li> <li>✓ <b>Mieux connaître la culture palliative</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b><i>Réaliser des actions d'information en partant des représentations des professionnels, bénévoles, familles, sujet... (intervention en milieux scolaires, ciné-débat...)</i></b></li> <li>✓ <b><i>Faire appel à des professionnels de la communication pour à la fois permettre la diffusion dans l'espace public de la notion et dépasser les représentations sociales des soins palliatifs,</i></b></li> <li>✓ <b><i>Plan de communication sur le moyen et long terme</i></b></li> <li>✓ <b><i>en ciblant des « themes » porteurs tels que : La loi Léonetti, personne de confiance, directives anticipées, consentement éclairé, information des patients</i></b></li></ul>

**Atelier 5 (suite)**  
**La culture palliative en question**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Mieux connaître la culture palliative (suite)</b></li> <li>✓ <b>accompagnement individualisé (il n'y a pas une seule bonne pratique de la culture en soins palliatifs)</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b><i>Travail sur la transmission des valeurs communes des équipes en SP : respect du choix du patient, ouvrir des espaces de paroles, humanisation des pratiques,</i></b></li> <li>✓ <b><i>Ouvertures vers des compétences diverses : socio-esthétisme, sophrologie, communication adaptée, recherche du bien être...</i></b></li> <li>✓ <b><i>Parler des rituels possibles de la mort,</i></b></li> <li>✓ <b><i>Projet de vie et phase palliative, accompagner encore les désirs possibles</i></b></li></ul>



**Atelier 6**  
**Propositions alternatives**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Améliorer la communication au sein de l'équipe inter et pluri professionnelle intervenant au domicile</b></li>   <li>✓ <b>Partager les informations recueillies sur le patient</b></li>   <li>✓ <b>Prendre en compte le besoin d'écoute des intervenants</b></li>   <li>✓ <b>Apporter d'autres approches au sein des équipes qui prennent en charge les patients en fin de vie</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b><i>Réunions de l'équipe intégrant tous les intervenants pour avoir un discours commun</i></b></li>             <li>✓ <b><i>Rencontrer les cadres de santé, les chefs de service dans les établissements pour les sensibiliser (partage d'expériences institutionnelles ; recueil des ressentis des patients création d'un documentaire d'appui...</i></b></li>     <li>✓ <b><i>Appui sur les pratiques déjà existantes hors du département (au niveau national)</i></b></li> </ul>

**Atelier 6 (suite)**  
**Propositions alternatives**

<b>PROPOSITIONS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Apporter d'autres approches au sein des équipes qui prennent en charge les patients en fin de vie (suite)</b></li> <li>✓ <b>Anticiper pour éviter les situations d'urgences dans les prises en charge en soins palliatifs</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b><i>Mobilisation commune autour du Réseau pour sensibiliser les professionnels à ces autres approches</i></b></li> <li>✓ <b><i>Protocoles de soins</i></b></li> <li>✓ <b><i>Lien avec le SAMU/Urgences sur le dossier médical du patient</i></b></li></ul>