



*Hôpitaux de Lyon*

# **Le parcours du patient confronté au cloisonnement: Aspects psycho- philosophiques**

**6<sup>èmes</sup> RENCONTRE DEPARTEMENTALE DE SOINS**

**PALLIATIFS**

*28 septembre 2012*

**Dr W. Rhondali  
Centre de Soins Palliatifs  
Centre Hospitalier de Lyon Sud**

Conflits d'intérêt  
Dr Wadih Rhondali

Aucun conflit d'intérêt

# Organisation des soins en oncologie

- Modèle complexe avec une masse de connaissance importante
- Multiples intervenants : médicaux, paramédicaux, non soignants

# Les enjeux

- Cohérence des soins
  - vis à vis du patient et de son entourage
  - pour les équipes concernées
- Articulation entre les différents professionnels
  - Plusieurs niveaux
    - Au sein d'une équipe, service
    - Avec les équipes transversales
    - Avec les corporations différentes

Plusieurs modèles de soins

- Diagnostic
- Consultation d'annonce
- Bilan d'extension du cancer
- Biologie: générale et plus spécifique
- Radiologie/Endoscopie interventionnelle
- RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire)
- Suivi
- Début et suivi du traitement anti-cancéreux

- Douleur: Mécanisme, traitements antérieurs
- Facteurs aggravants**
- Fatigue, Appétit, Perte de poids, Nausées, Constipation, Dyspnée: intensité, causes
- Dépression, anxiété, troubles du sommeil: antécédents, intensité, somatisation secondaire
- Transition vers une prise en charge palliative
- Difficultés psycho-sociales: perte de l'autonomie et dépendance, dynamique familiale, difficultés financières, spirituelles



## A. Modèle de pratique en "solo"

Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 2010;**28**:4013-4017.

Rhondali W, Filbet, M. Cancer et psychiatrie à la conférence annuelle de l'ASCO 2011. *La lettre du cancérologue*. XX(7):469-472.2011

# Avantage d'une pratique en "solo"

---

## Avantages

- Un seul intervenant pour le patient
- Continuité des soins

## Désavantages

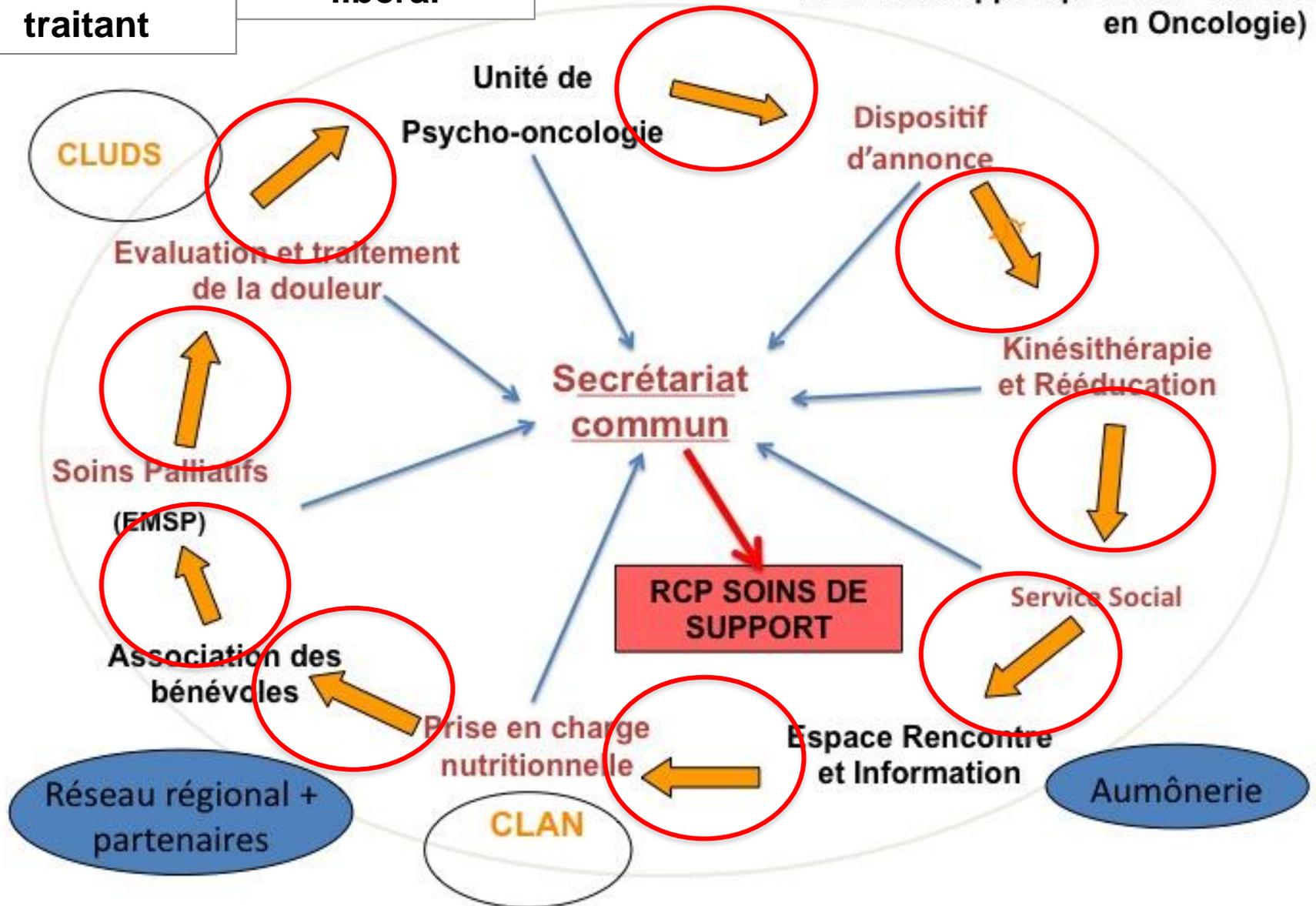
- Besoin de plus de temps
- Monodisciplinaire
- Demande émotionnelle importante
- Formation nécessaire importante

Domicile

Médecin  
traitant

Pharmacien  
libéral

(Département Interdisciplinaire de  
Soins de Support pour les Patients  
en Oncologie)





# Les enjeux

Importance de la transmission de  
l'information

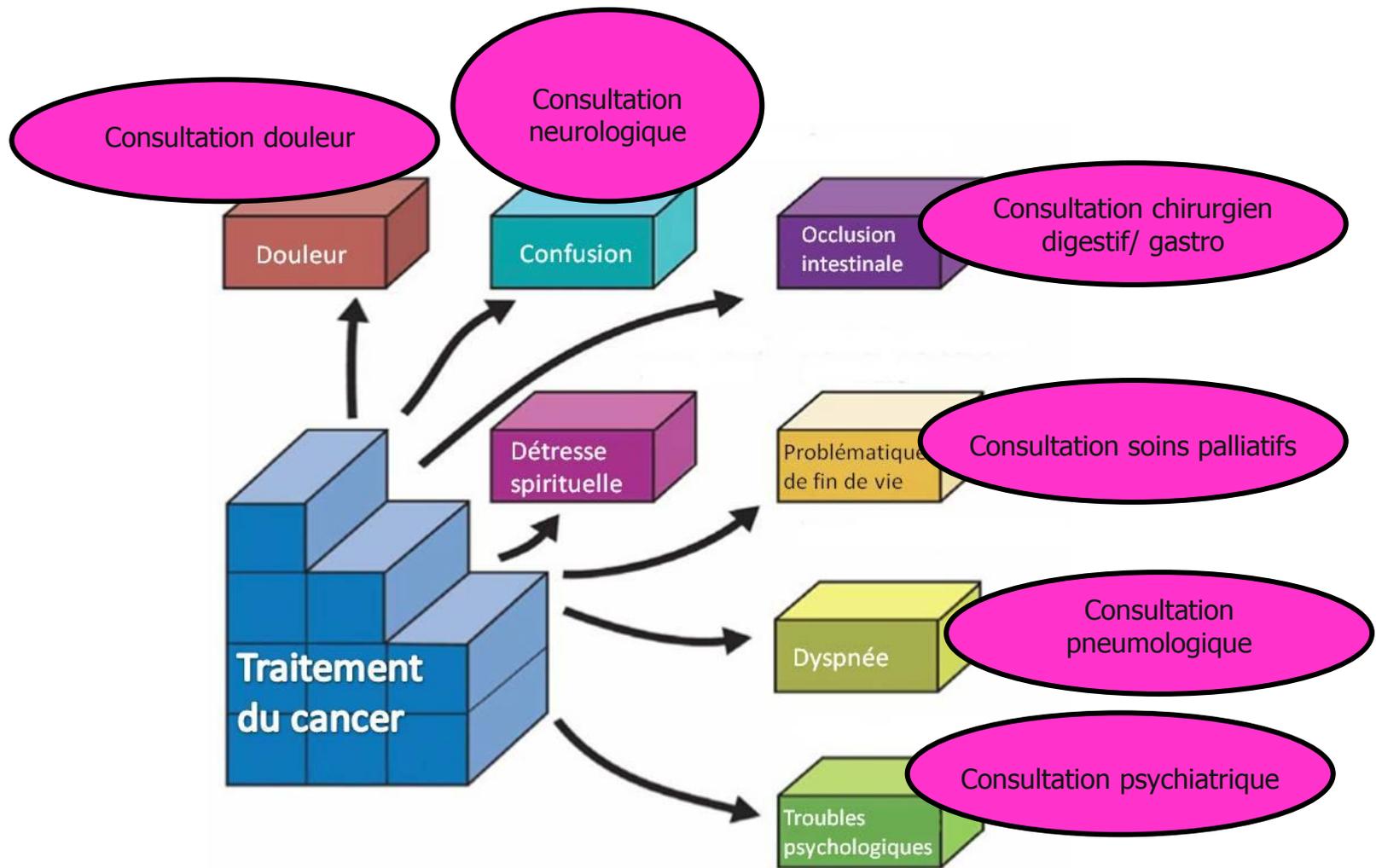


# Multidisciplinarité

- Les membres de deux ou plusieurs catégories professionnelles, utilisant des connaissances propres à leur discipline, travaillent séparément pour atteindre un (des) objectif(s) clinique(s) commun(s).
- Les décisions relatives à l'évaluation et au traitement sont prises de façon indépendante.

# Multidisciplinarité

- Implique la réalisation de différentes consultations.
- Peuvent se produire dans un "one-stop-shop » avec toutes les consultations dans le cadre d'un rendez-vous unique en une seule journée.
- Rencontre +/- régulière des équipes **SANS LE PATIENT** pour discuter de l'orientation du projet de soin du patient.



## B. Modèle de pratique collaborative

# Pratique collaborative

## Avantages

- Partage de la charge de soins
- Diminution du temps
- Soins interdisciplinaires
- Moins de burn out

## Désavantages

- Très couteux
- Difficultés de la transmission de l'information
- Chronophage pour le patient et la famille
- Pas de coordination

# Attention

- Succession de colloques « trop » singuliers sans partage de l'information
  - Clivage
  - Dénégation
  - Evitement de choix nécessaires

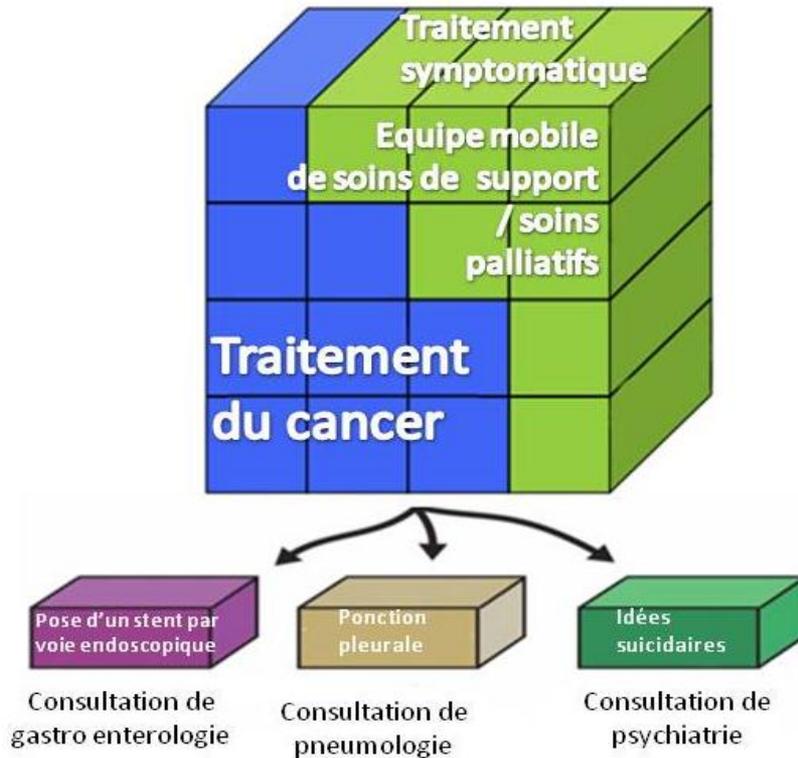
# Interdisciplinarité

- Les membres de deux ou plusieurs catégories professionnelles, en utilisant une approche systématique et intégrée, connaissances propres à leur discipline, travaillent séparément pour atteindre un (des) objectif(s) clinique(s) commun(s).
- Les décisions relatives à l'évaluation et au traitement sont prises après concertation.

# Interdisciplinarité

- Intégrer les différentes disciplines en une seule consultation.
- L'anamnèse, l'évaluation, le diagnostic, l'intervention à court et à long terme réalisés par une équipe composées de plusieurs disciplines lors d'une consultation unique, en collaboration avec le patient.

# Modèle intégratif



## EQUIPE DE SOINS DE SUPPORT / DE SOINS PALLIATIFS

- **Douleur**: Mécanisme, traitements antérieurs, facteurs aggravants
- **Fatigue, Appétit, Perte de poids, Nausées, Constipation, Dyspnée**: intensité, causes
- **Depression, anxiété, troubles du sommeil**: antécédents, intensité, somatisation secondaire
- **Transition vers une prise en charge palliative**
- **Difficultés psycho-sociales**: perte de l'autonomie et dépendance, dynamique familiale, difficultés financières, spirituelles

## C. Modèle de soins intégrés

# Pratique en intégrée

---

## Avantages

- Partage de la charge de soins
- Diminution du temps et du cout
- Soins interdisciplinaires
- Possibilité de coordination et de temps et/ou support d'échange d'information
- « Patient-centered care »
- Moins de burn out

## Désavantages

- Nécessité d'une mobilisation des institutions avec investissement initial (postes, formation, etc...)
- Disciplines différentes avec possibilité d'enjeux, de langage et d'objectifs différents

# Définitions

## INFORMATION :

*ce qui est dit au patient et à son entourage  
et ce que ceux-ci en ont compris*

## TRANSMISSION :

*circulation de toutes ces informations entre  
tous les acteurs de soins*

# INFORMATION = DYNAMIQUE

- Quelle information? Vérité? Réalité?
  - Diagnostic, rechute, échec TTT, arrêt des TTT spécifiques...
- Pluridisciplinarité =
  - expression de points de vue différents dans le soin
  - Donc nécessité d'une articulation
  - ↳ avoir une vision la plus globale qui soit de la réalité

# Information et transmission

- Le patient a lui-même une fonction de « messenger » : il rend compte à son entourage de ses choix, de son attitude
- Ce qu'il accepte « d'entendre », l'engage...

# Information et transmission

- Comment assumer que chacun ne soit qu'un des nombreux protagonistes ?
- Le « secret » de l'efficacité d'une telle mise en commun du soin rencontrées par chacun tient probablement au déplacement de l'objet des préoccupations
  - du champ de la maladie relevant d'un savoir à « priori » ,
  - vers le **symptôme** toujours peu ou prou incarné, singulier et participant de l'expérience individuelle!

# Information et transmission

- Aussi insaisissable qu' en partie indicible c' est dans ce qui se dit, se répète entre patients, proches, soignants, que se « construit » une réalité ,chaque fois un peu différente dont personne n' est prisonnier...
- Les proches sont souvent les plus réticents à une telle « liberté » des échanges d' informations, de commentaires...

# Passage de la multi... à l'inter...

## DECLOISONNEMENT

- Partager un cadre commun et un ensemble de valeurs.
- Souvent passer d'une organisation hiérarchique ou «top down» à une organisation plus « horizontale » dans lequel les intervenants ont un statut égal,

# Équipe transversale

- Ressource extérieure à l'unité fixe, spécialiste référent, « étranger de passage », « voyageur mandaté » pour son savoir faire et son savoir être
- Responsable d'une transmission de l'information
- Equipe INTERFACE

# La transversalité

- Au-delà, par delà :
- Réunir, jeter des ponts, créer des passerelles, faire du lien.
- Susciter des réseaux entre structures existantes pour plus de souplesse, d'adaptation, de créativité.
- Tendre la main à d'autres partenaires, tendre l'oreille à d'autres façon de parler de la maladie, d'autres manières de voir le malade

# Avantages

- Rôles des équipes transversales:
  - Apporter un regard distancié
  - Complémentaire du regard quotidien
  - Importance de l'articulation
- Impulser la discussion, l'expression des différentes sensibilités
  - préalable à la prise de décision
  - moment d'explication, d'argumentation de choix

# Avantages

- Les lectures plurielles s'interrogent et se fécondent mutuellement, admettant les hypothèses de l'hétérogénéité et de la complexité.
- Responsabilité individuelle et collective permettant à chacun d'accepter de donner son point de vue et de pouvoir en changer.

# Mais pas si simple

- Notions préconçues de statuts différents entre les disciplines (médecins, infirmières, aides-soignantes, psychologues, assistante sociale...)
- Existence de rivalités professionnelles voire compétition pour l'attribution des ressources

# Barrières

- Ambivalence à l'égard de la « collaboration » avec les autres disciplines
  - tendance à *interpréter* abusivement les demandes, les modes de fonctionnement
- Réticence à un recueil systématisé des données et à structurer des modalités de transmission et de partage d'informations permettant un travail clinique commun
- Hésitation pour une évaluation des pratiques et à organiser des équipes éclectiques permettant une répartition des tâches et des objectifs (*la notion de statut prévaut souvent sur celle de compétence*)

# Un objectif commun

- Différences de philosophie ou de perspectives: objectif du soin, modalités de communication ...
- Equipes référentes vont souvent privilégier le « Cure »... mais aussi « mal à l'aise » à l'égard du partage émotionnel !
- Absence de cadre conceptuel commun et de temps d'échanges communs permettant un transfert de connaissance et une appropriation des concepts

# Un modèle d'échange de l'information: la RCP ...

- Recours à un tel « espace » : opportunité d'une parole libérée de la présence souvent sidérante de ce corps qui « accroche » le regard, de cette souffrance qui « saisit » dans un corps à corps souvent « tragique ».
- Plutôt que d'une « mise en scène », d'une distribution des rôles entre les divers soignants , la RCP qui est organisée comme « instance », « dispositif » institutionnel, propose une mise en intrigue et impose que « *ça se discute* »... constituant ainsi un récit qui devient une histoire certes « officielle mais renouvelée.

# Mais certainement pas suffisant

- En plus d'un temps d'échange nécessité de tendre d'autres ponts
  - Philosophiques et conceptuels
  - Valorisation institutionnelle de telles collaborations
  - Echange plus important entre les disciplines pour créer un langage commun

# Pour terminer

- Prise en charge globale souhaitée mais difficile car
  - Beaucoup de spécificités diagnostiques et thérapeutiques dans le champ de l' oncologie
  - Peu de temps de chacun des intervenants
- Donc PEC globale par un individu pas possible
- Besoin de collaboration (collaborative care) ≠ d
- Donc...

**CRÉER DU LIEN**

- Merci de votre attention