Hôpital neuchâtelois

# Quels outils d'accompagnement et de communication ? Intérêt pour le patient et le soignant.

Soins en Oncologie Suisse
10ème Journée Romande - 30.08.2019 - Neuchâtel

J. Segura, C. Wirth, K. Mekdade

## • Vignette clinique

Mme G, 78 ans:

2008 : Ca sein G avec tumorectomie, chimiothérapie, radiothérapie et immunothérapie poursuivie jusqu'en 2009

2018 : Probable récidive à 10 ans du Ca primaire sur la cicatrice de la tumorectomie, mastectomie en sept. 2018.

Nov. 2018: début d'une immunothérapie (perfusion IV de 30' toutes les 3 semaines) prévue pour une durée d'un an ; choix orienté au vu des fragilités gériatriques et des troubles neuro-cognitifs.

Comorbidités: hypercholestérolémie, hypocalcémie

Statut post appendicectomie, fracture du poignet en 2012

Autonomie : AVQ 5/5 et AIVQ 4/8

Bénéficie d'aide à la douche 1x/semaine et aide au ménage 2x/ mois

Social : vit avec son époux dans une maison individuelle avec 20 marches. Deux fils dont le cadet et son épouse sont bien présents; petit-fils de 8 ans.

# Evaluation cognitive

2008: début des pertes de mémoire après le traitement oncologique. La patiente devient plus indifférente, délaisse ses activités comme la cuisine

2011?: objectivation par le médecin du développement de troubles neuro-cognitifs, lesquels ne sont pas investigués

2018: MMS à 23/30, test de la montre à 2/6

- baisse d'acuité visuelle mais ne porte pas ses lunettes sauf pour la lecture
- pas d'hypoacousie
- apprécie de ranger sa maison, lire le journal et regarder la télé
- sait qu'elle a  un problème au sein gauche mais n'arrive pas à expliquer le déroulement des événements.

Troubles neurocognitifs plutôt neurodégénératifs avec une note vasculaire surajoutée, stade modéré CDR1 avec une autonomie fonctionnelle préservée en partie, dans le contexte d'une probable maladie d'Alzheimer

- Le mari est réticent à l'annonce du dg de maladie d'Alzheimer craignant le choc psychologique que représenterait le fait de lui parler de maladie d'Alzheimer.

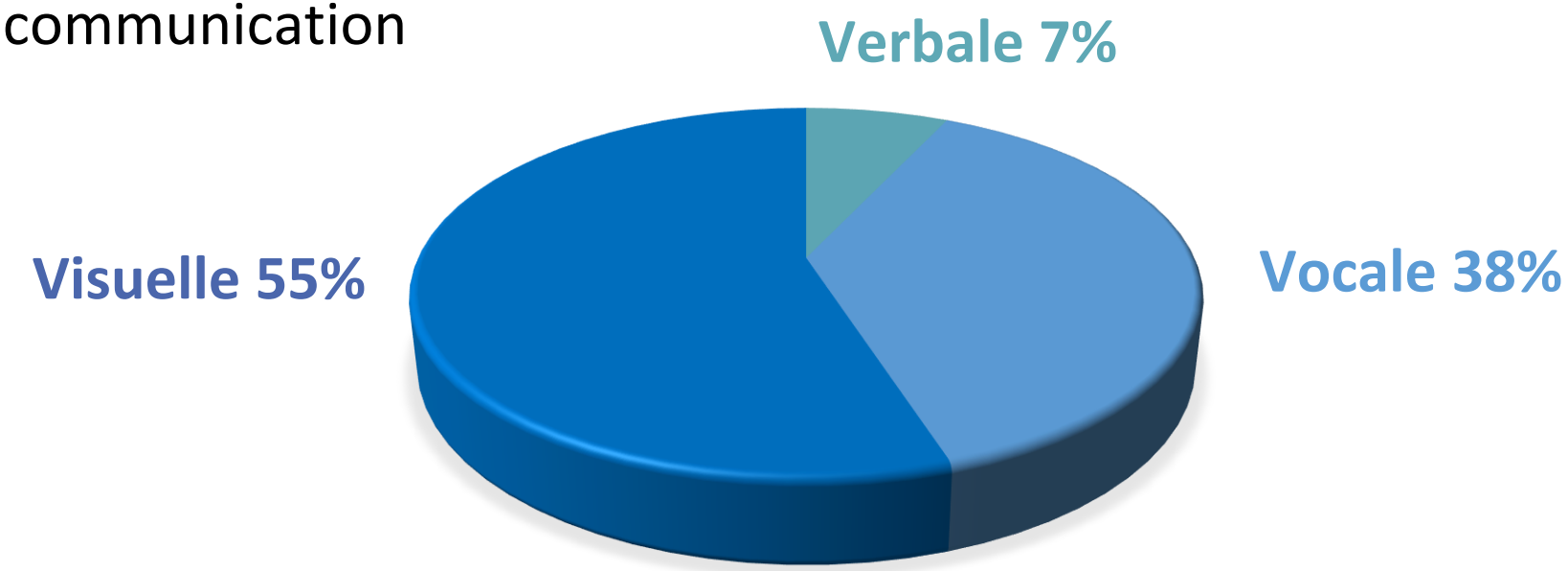
# Questions posées par l'équipe de soins

- Que comprend la patiente de sa situation ?
- Comment intègre-t-elle ce qui se passe ?
- Quel est vraiment le choix de la patiente ?
- Quel bénéfice retire-t-elle de ces traitements ?
- Quelle durée pour cette prise en charge et quelle vision d'avenir pour cette patiente ?
- Comment gérer cette situation si devaient se présenter :
  - Des effets secondaires importants (hyperthermie, diarrhées) nécessitant une réactivité importante
  - La nécessité de prendre des traitements oraux à domicile de manière précise et régulière
  - La nécessité d'un suivi téléphonique avec la consultation ambulatoire

# Communication

1- Besoin **fondamental**

2- Types de communication




3- Particularités du patient **âgé**

# Relation de confiance

Une communication adaptée au patient âgé va favoriser l'instauration d'une relation de confiance entre le soignant et le patient.

## Pourquoi ?

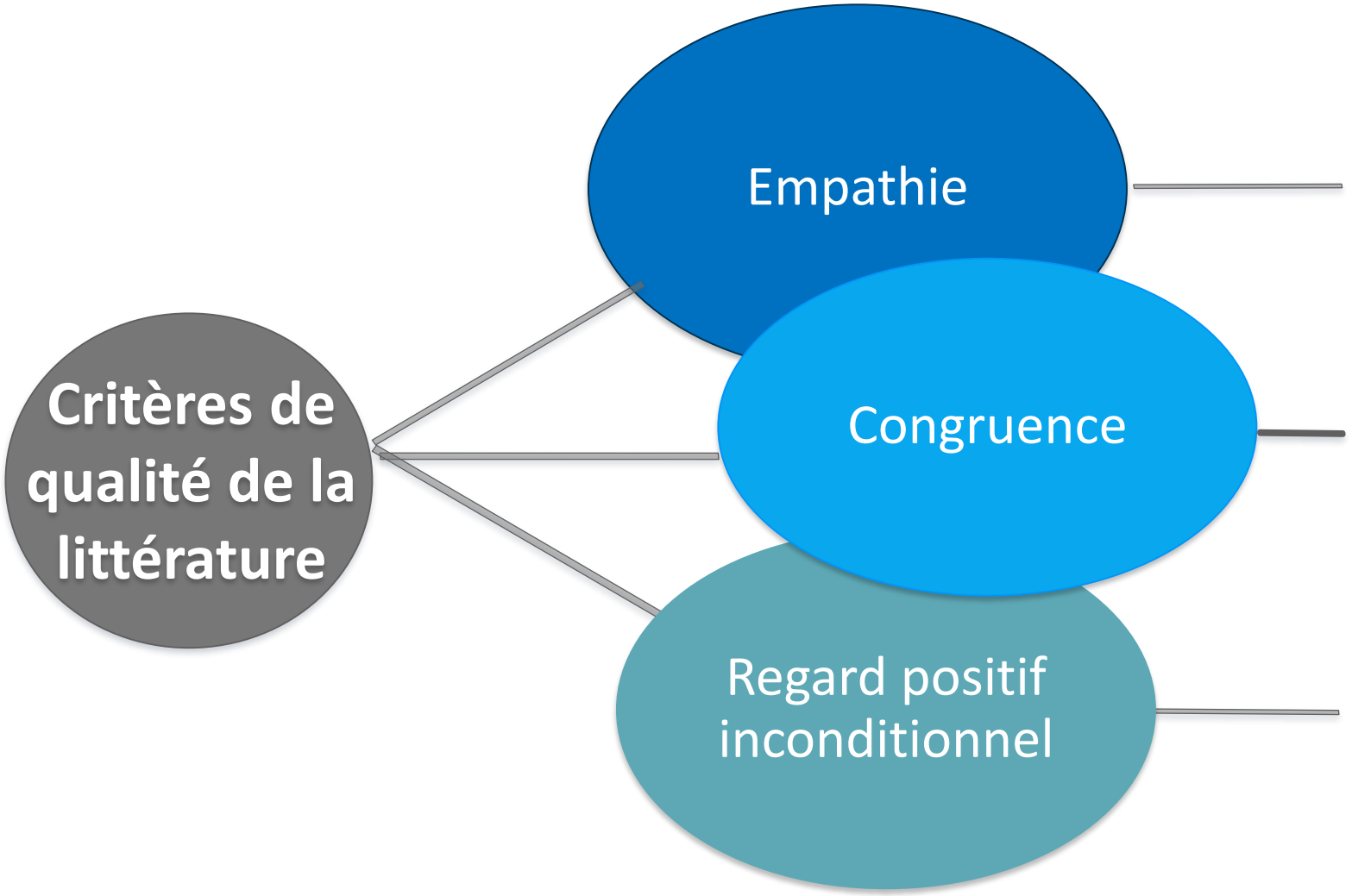
- On porte un réel **intérêt à la personne**.
- Le patient se sent **intégré dans la relation**.

## Intérêts ?

- **Adhésion aux soins**, meilleure observance.
- **Acteur de soin**,
- **Bien-être du patient.**

# Qualité d'une relation de confiance

# • Qualité d'une relation de confiance




Ecoute de la personne dans sa globalité. Nécessite de la disponibilité.

Authenticité. Être soi même.

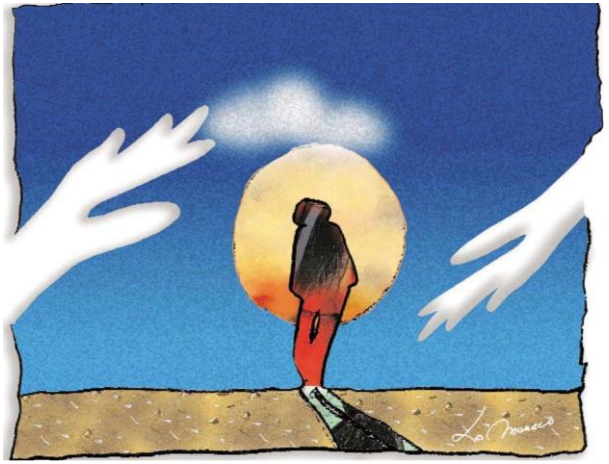
Considération positive du patient, acceptation tel qu'il est.

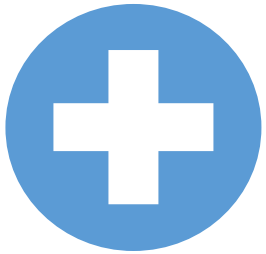
**Approche centrée sur la personne**

**C. Rogers**

# Outil

Empathie
Congruence
Regard positif
inconditionnel





Comorbidités
Antécédents

Troubles
potentiels

Communication
adaptée

Relation de
confiance de
qualité

Philosophie de soin
de l'Humanitude ®

# • Humanitude ® – Présentation

- 1995, Yves Gineste et Rosette Marescotti, philosophie de soin de l'Humanitude ®
- Centrée sur les liens existant entre le soignant et la personne soignée
- Interroge sur ce qu'est une relation de prendre soin
- Importance des caractéristiques qui permettent à un homme de se sentir humain et de rester un humain au regard de ses semblables

# • Humanitude ® – Concept

Outil du **care :** prendre soin, accompagner l'autre.

Egalement au service du **cure**: guérir

Prendre en compte les **ressources** de la personne soignée

Concept de **bientraitance** : le soin est proposé, pas imposé

# • Humanitude ® – Pour qui ?

Altération progressive de la mémoire et d'au moins une des facultés acquises et/ou développées par apprentissage

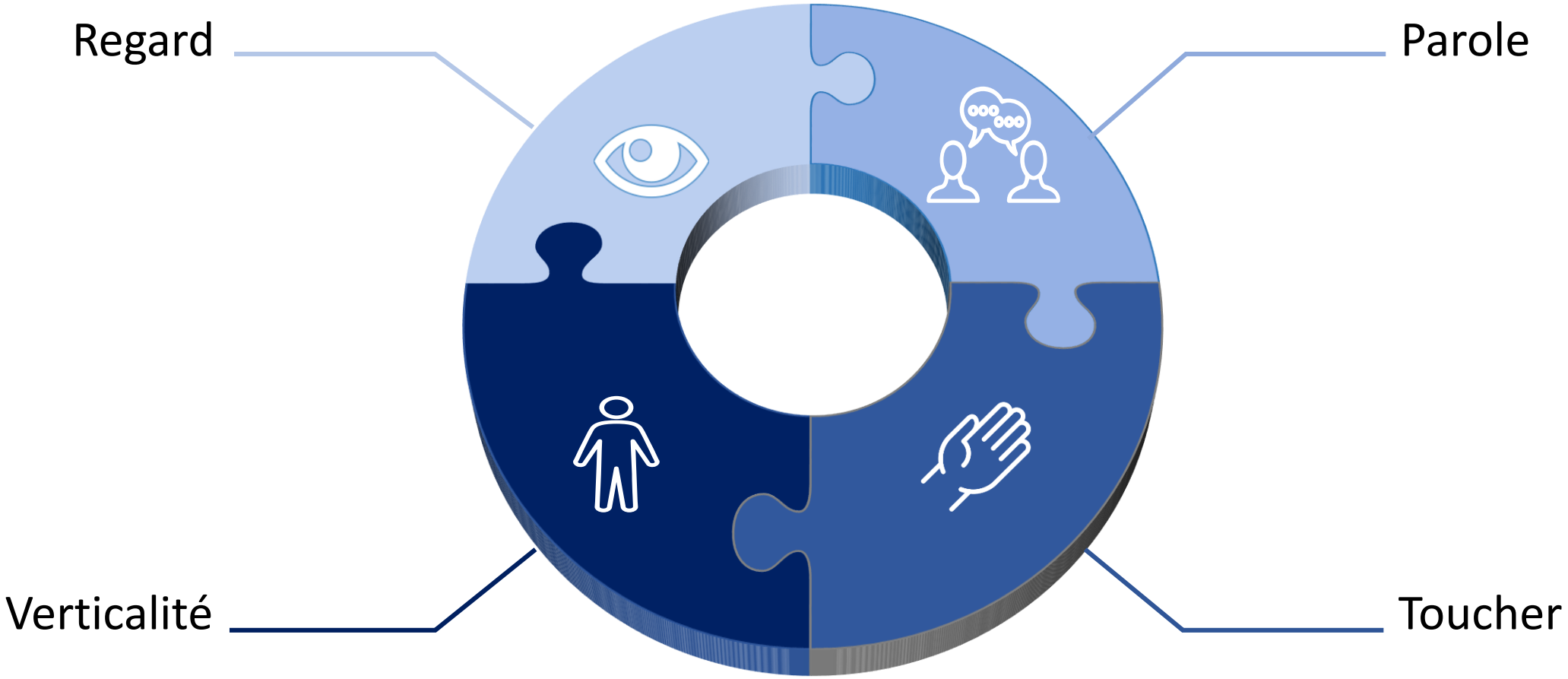
**- 70 à 90 %**

**Comportements d'Agitation Pathologique**

# • Humanitude ® - Les principes

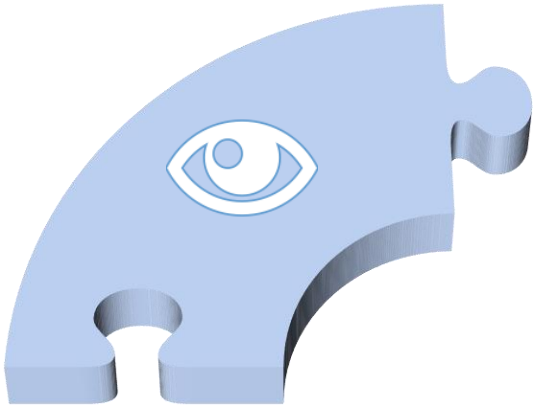
- 1- Zéro soin de force, sans abandon du soin
- 2- Respect de l’intimité et de la singularité
- 3- Vivre et mourir debout
- 4- Ouverture de la structure vers l’extérieur
- 5- Lieux de vies, lieux d’envies

# • Humanitude ® - Les 4 piliers



# Le regard: expression d’amour, amitié, reconnaissance

## Expression d’amour, amitié, reconnaissance



- Horizontal, signifier l’égalité
- Axial,  marquer la franchise
- Long, refléter  l’amitié, la tendresse
- Proche, exprimer la tendresse, l’intimité

## Ce type de regard construit

# La parole et le toucher

- **La capture sensorielle**

# • Composantes de l'état mental

## organisation de la pensée, orientation, fonctions exécutives

01

**Organisation de la pensée:** *s'exprimer logiquement, propos et comportements cohérents,* expliquer les raisons de son admission

02

**Orientation temporelle :** Indiquer la date, le moment de la journée

03

**Orientation spatiale** Nommer le lieu, se situer dans un milieu connu

04

**Fonctions exécutives** Etablir un budget, planifier un repas, nouvelle tâche

# • Vignette clinique

**Que comprend la patiente de sa situation ?**
**Comment intègre-t-elle ce qui se passe ?**

Observation difficulté mémorisation
Comportement calme → montre un état de confiance avec l'équipe
Parle et écoute les réponses donc ton adapté

Climat affectif du soin est perçu comme positif, même s'il n'est pas compris

**Comment gérer cette situation si devaient se présenter ?**

**Des effets secondaires importants (hyperthermie, diarrhées) nécessitant une réactivité importante**
**La nécessité de prendre des traitements oraux à domicile de manière précise et régulière**
**La nécessité d'un suivi téléphonique avec la consultation ambulatoire**

→ Importance de l'évaluation cognitive du patient pour adapter la communication et la stratégie → consultation d'onco-gériatrie
→ définir ou rechercher des stratégies alternatives (conjoint, fils, carnet de bord…)
→ Vérifier la compréhension (30' plus tard), faire verbaliser

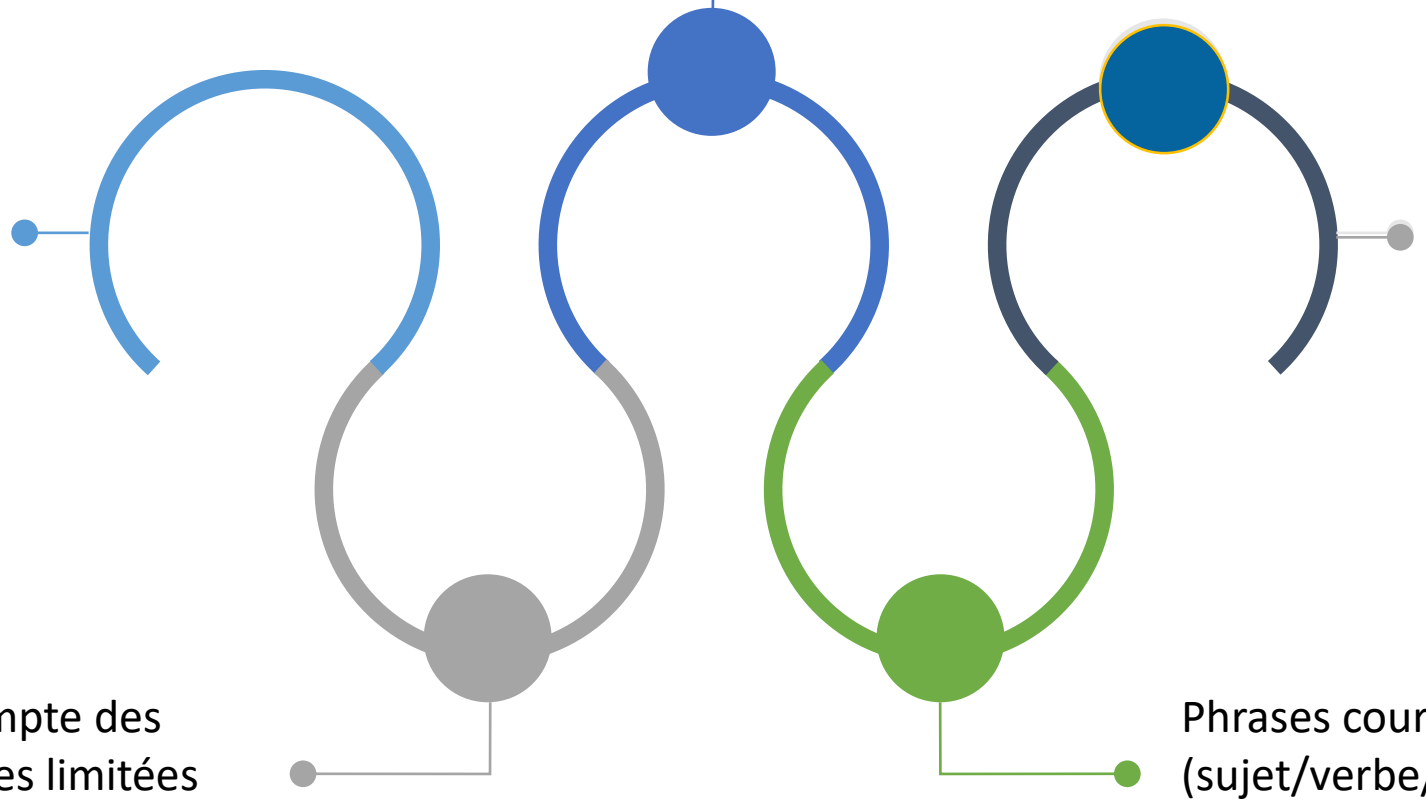
# • DD entre ECA/démence/dépression

| | ECA | Démence | Dépression |
|---|---|---|---|
| Etat conscience | Perturbé | Normal | Normal |
| Attention | Perturbée | Pas de troubles +++ (exception: DCDL) | Peu altérée |
| Orientation | Perturbée | Perturbée | Normale |
| Mémoire | Court terme: altérée | Court terme: altérée | Peu altérée |
| Pensée | Incohérente Illogique | Appauvrie | Ralentie |
| Hallucinations | Fréquentes | Plutôt rares (exception: DCDL) | Rares |
| Langage | Préservé (selon état conscience) | Aphasie, manque du mot | Normal |
| Sommeil | Altéré | Altéré tardivement | Parfois perturbé |
| Début | Rapide (heures/jours) | Insidieux (plusieurs mois) | Variable (semaines/mois) |
| Evolution | Fluctuante (intervalles lucides) | Détérioration progressive | Assez stable |

# • Troubles cognitifs en oncologie

- Chemofog ou «Brouillard oncologique» (perturbation sur la mémoire de travail, l'attention , la concentration les fonctions exécutives)
- Surestimation des troubles de mémoire par le patient avec souvent un décalage important entre la perception que le sujet a de ses propres capacités et la réalité
- Corrélation importante  avec les troubles de l' attention, l'anxiété, la fatigue et la dépression
- Risque plus important de développer des troubles cognitifs chez la personne âgée « fragile »

# • Troubles mnésiques : stratégies gagnantes!



Limiter les stimuli et les intervenants

Evaluer simplement les capacités du patient (si besoin, tél Dr)

Consignes simples (pas de double tâche), une chose à la fois

Tenir compte des ressources limitées du patient

Phrases courtes (sujet/verbe/complément)

# Troubles mnésiques : stratégies gagnantes!

Consignes écrites avec caractères adaptés

Répéter, éviter le recours aux pronoms

Regrouper les informations (carnet de bord, classeur)

Vérifier la compréhension (30’ plus tard), faire verbaliser

Limiter au maximum les informations, disposition simplifiée

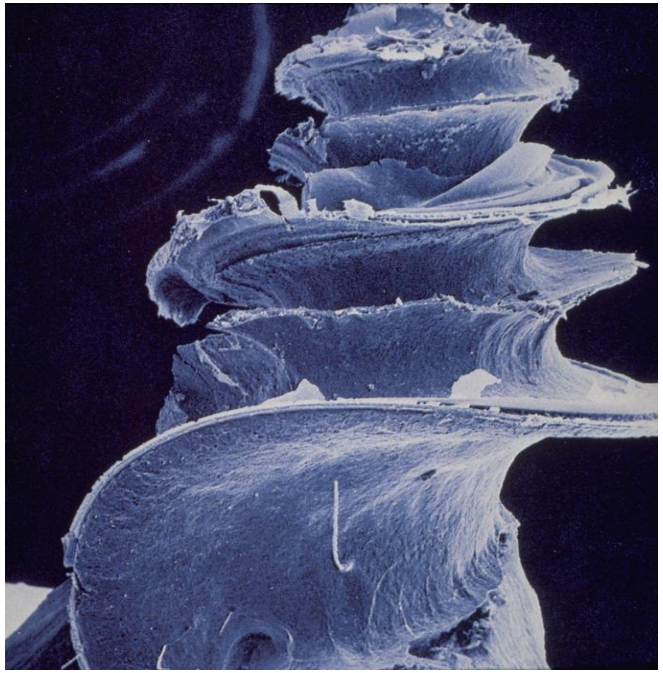
**Inclure les proches et les ressources extérieures**

Hôpital neuchâtelois

# Presbyacousie

- Trouble majeur amorcé dès 50 ans
- Prévalence: 60%
- Surdité de conduction
- Difficultés de compréhension des mots, sensation de malaise dans un environnement bruyant, acouphènes fréquents

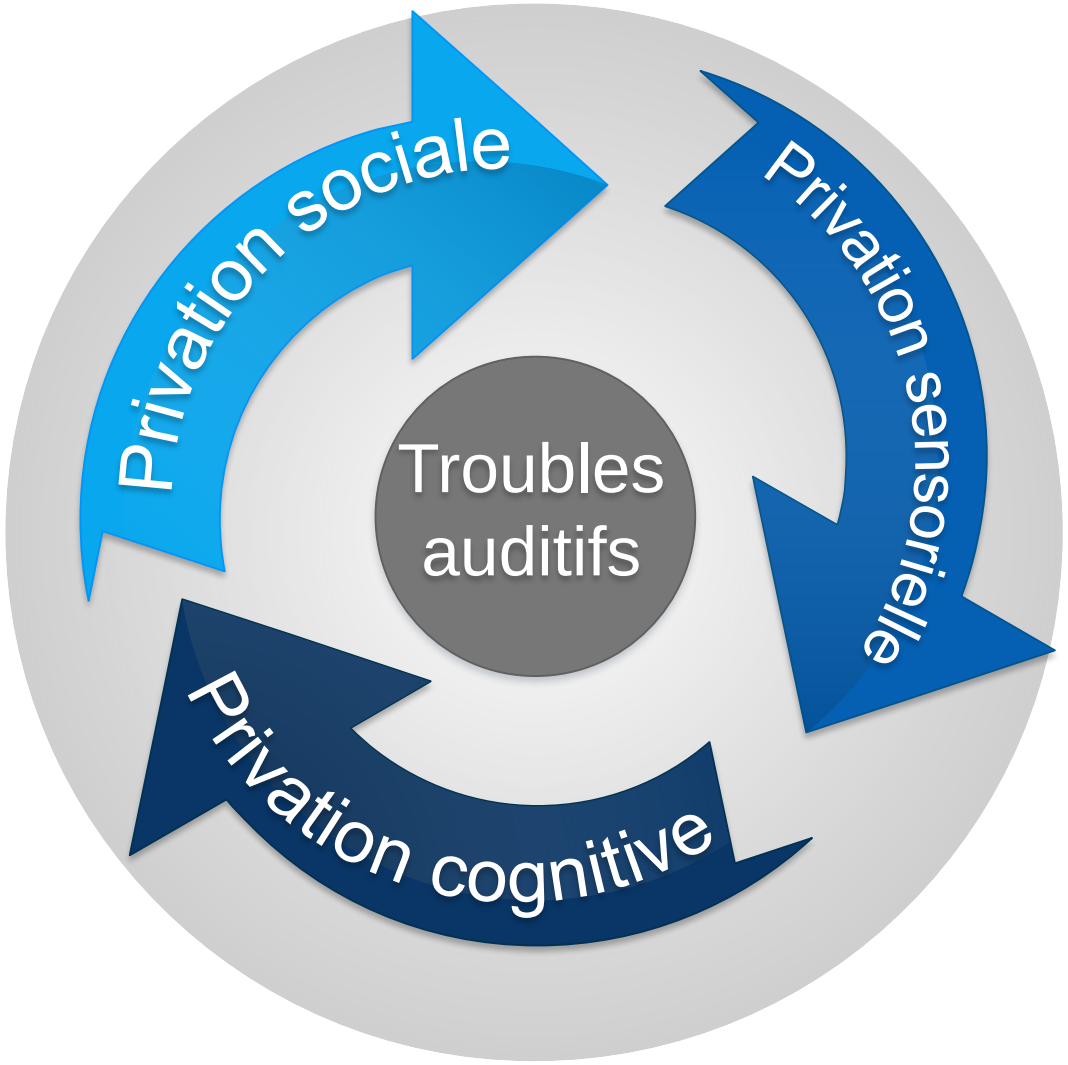
Sommet:
→ Sons graves



Cochlée

Base:
→ Sons aigus

# Un handicap invisible…un cercle vicieux



# Des situations de tous les jours!

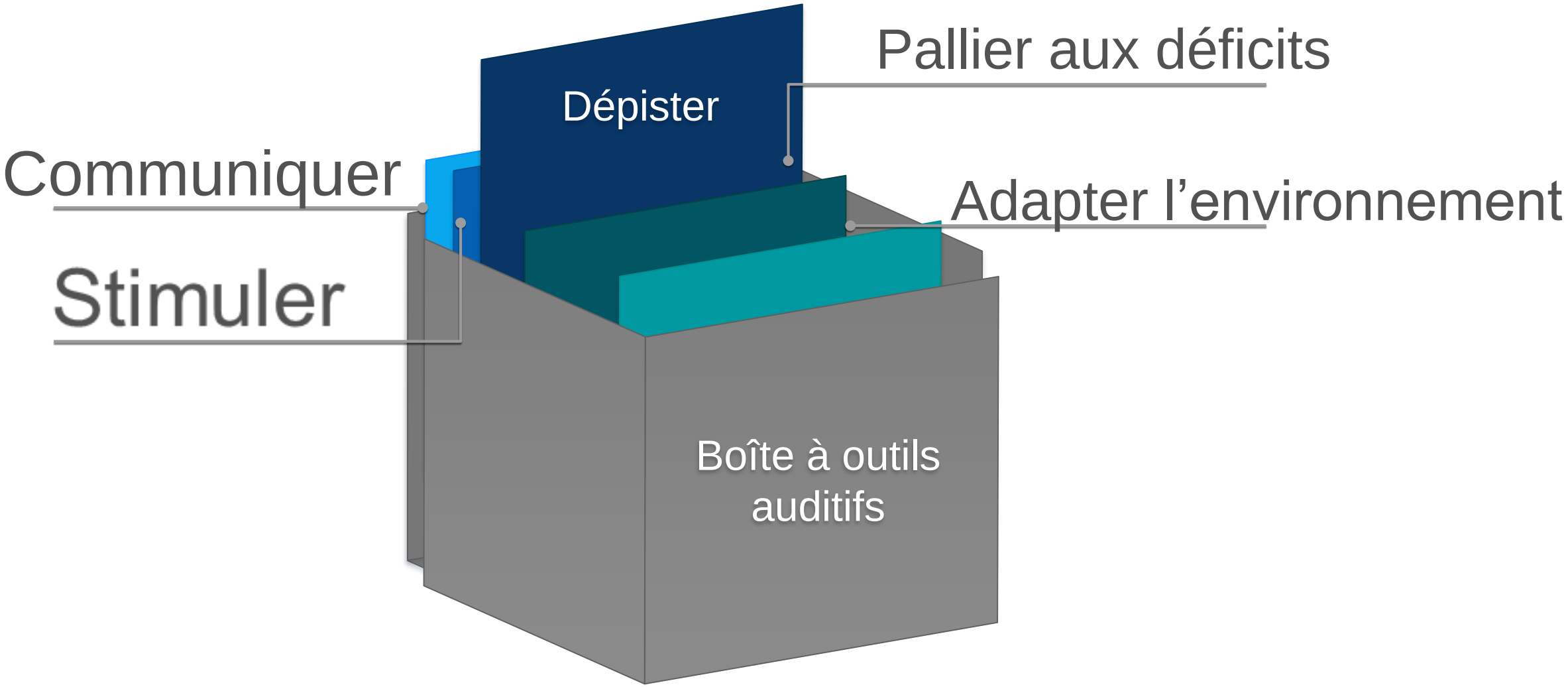
Oui…oui….

J’avais pas rendez-vous aujourd’hui ????

Je ne comprends pas ce que vous dites!!! Parlez plus fort!

Ah, je devais vous téléphoner ? Si j’avais des diarrhées? Mais pourquoi ??? Ca peut arriver à tout le monde bon sang!

# Troubles auditifs



# Dépister les troubles visuels

ANNEE (2e Série). — N° 412.

MARDI 3 JUIN 1919.

RÉDACTION-ADMINISTRATION
142, Rue Montmartre
PARIS (IIe Arr.)

DIRECTEUR POLITIQUE
JEAN LONGUET

DIRECTEUR LITTÉRAIRE :
HENRI BARBUSSE

RÉDACTEUR EN CHEF :
PAUL FAURE

10 CENTIMES LE NUMÉRO

PLUS DE 300.000 GREVISTES A PARIS

Il faut réunir l'Internationale

Le Prolétariat en bataille

Les travailleurs de Voiture-Aviation appuient la grève des Métaux

POLITIQUE INTERNATIONALE

AUTRES TEMPS...

Test du journal

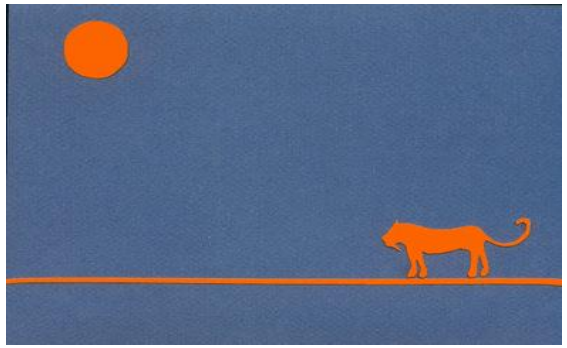
Mobilisation ?

Praxies ?

Reconnaissance des objets/visages ?

# Vieillissement physiologique de la capacité visuelle

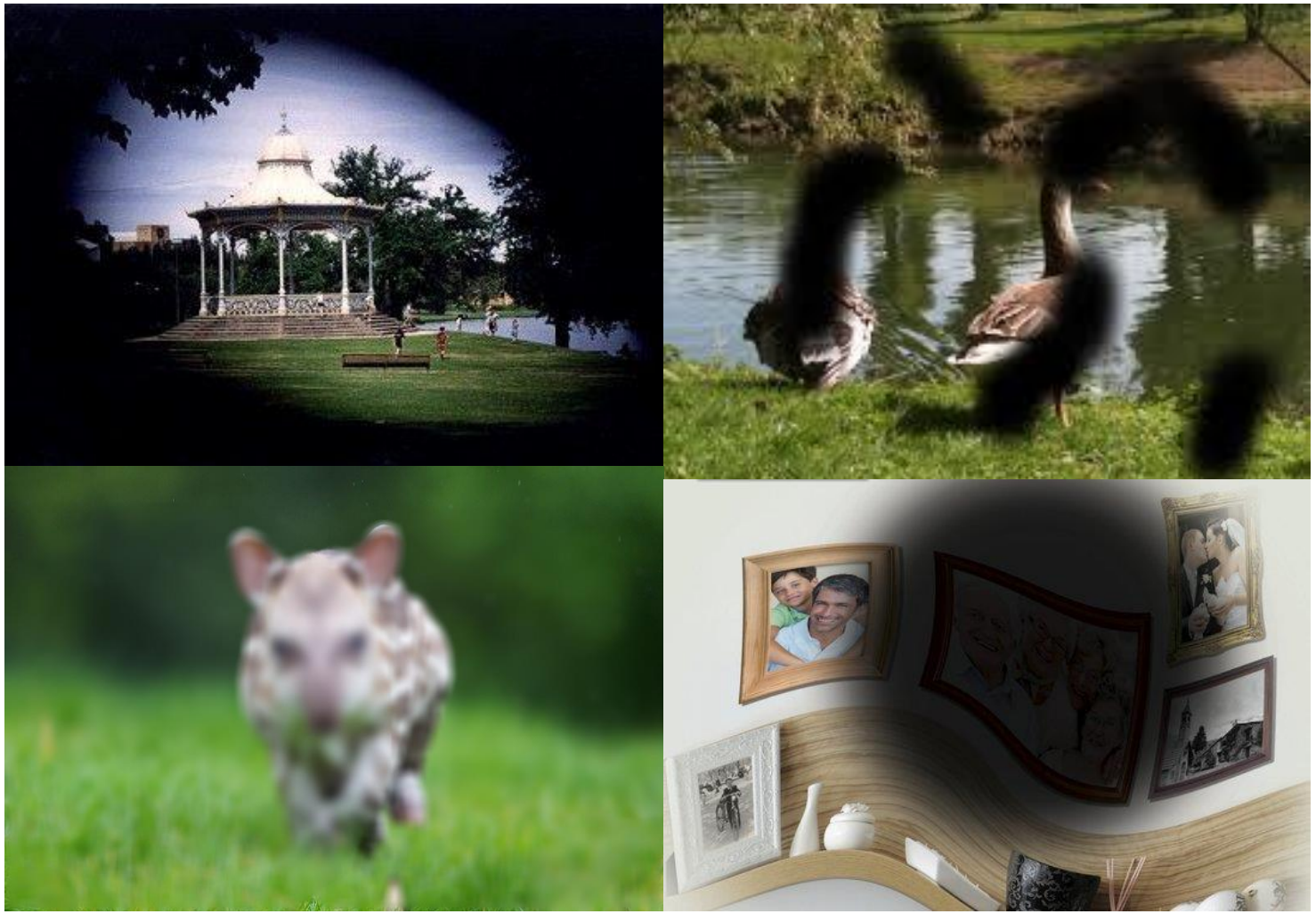
- ↘ Sensibilité aux contrastes faibles
- Vision des couleurs altérée



- Besoin de lumière accru, ↘ vision nocturne
- Adaptation plus lente aux changements de luminance (éblouissement)

- ↘ Champ visuel périphérique

# Quatre troubles visuels fréquents liés à lâge

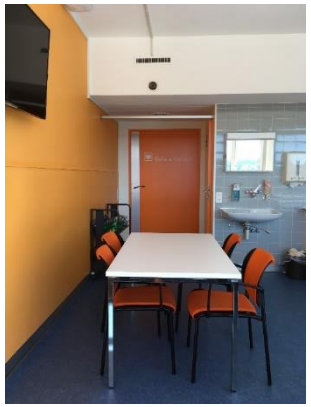


# Troubles visuels: stratégies

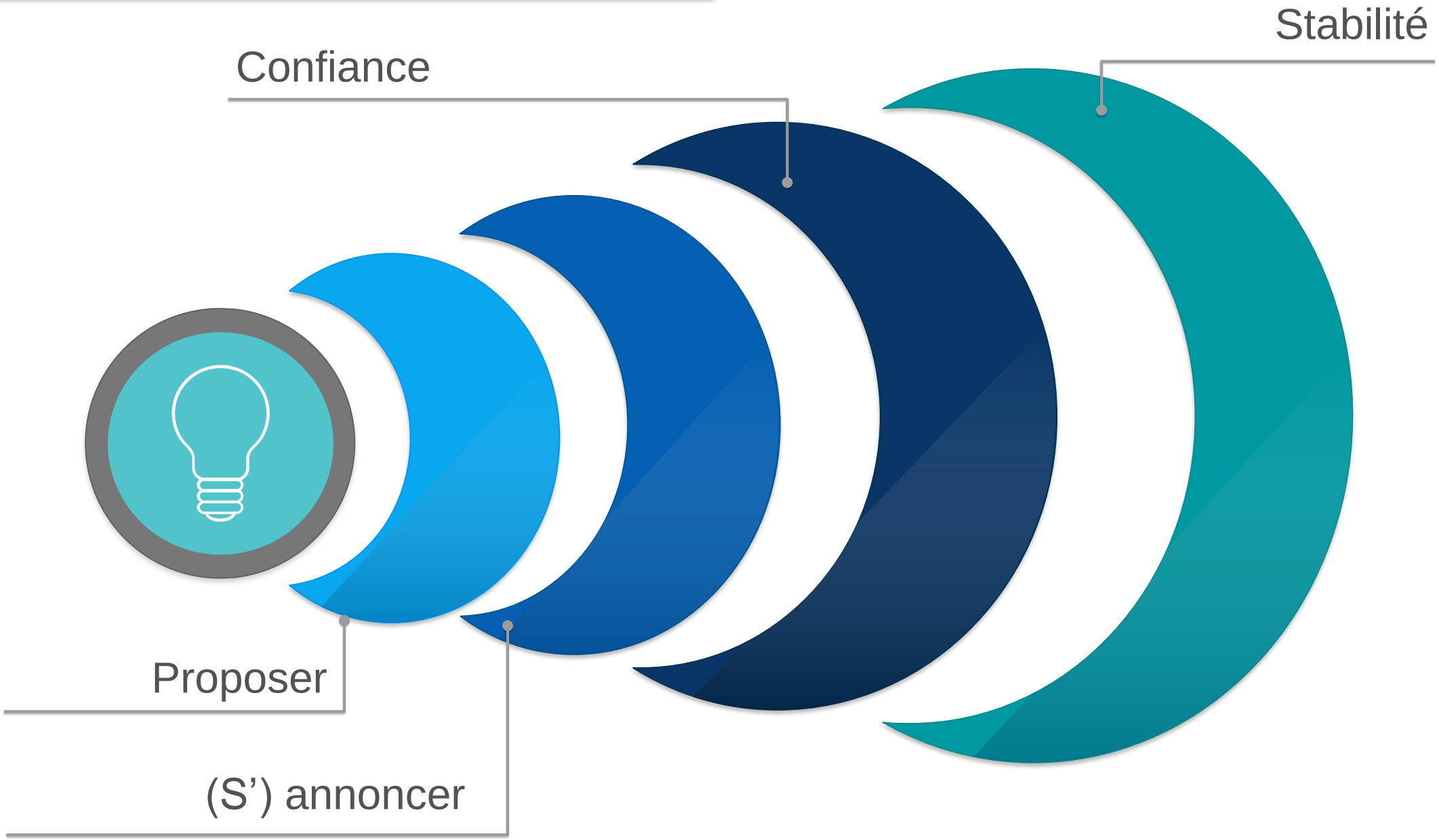
Grossissement

Luminosité

Contrastes



# Troubles visuels: stratégies



Hôpital neuchâtelois

# Rejoindre l'âgé là où il est….passer le pont

Se rapprocher de sa réalité et non de la nôtre

# Bibliographie

Hôpital neuchâtelois


Institut Gineste-Marescotti IGM Suisse, Humanitude, la méthodologie des soins, Gineste-Marescotti (formation 2015)

Deville-Simonet N, Meyer E, Ribal A, Segura J, La philosophie de soin de l'Humanitude au service du soin, Mémoire de fin d'étude 2014 (1er Prix Fondation MACSF)

Camenzind M, Briser le cercle vicieux, Revue ASI Soins Infirmiers, 2016

Moroszlay Sylvie, La vision des aînés, www.bassevision.ch-© nov 2015