



**La visite du malade
en soins palliatifs ambulatoires :**
conseils et outils pour une
approche terrain au-delà de la science

Michèle Lavoie

Médecin de famille - Soins palliatifs

Sarah Tremblay

Pharmacienne - Clinique externe d'hémo oncologie et de soins palliatifs


**CHU
de Québec**
Université Laval

Mission oncologique
Soins Palliatifs hospitaliers et ambulatoires

Conflits d'intérêt réels ou potentiels



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science



Nom des conférencières :

Michèle Lavoie & Sarah Tremblay

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

2012 - CE Soins palliatifs



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

- Médecins, infirmières, pharmaciens
- Volume – 300 à 350 nouvelles demandes / an
- Plus de 1300 visites annuelles
- Plus de 400 patients différents vus / an
- Augmentation de 40% des nouvelles consultations et une augmentation de 89% des suivis / an
- 90% des malades ont des médecins de famille, 30% sont disponibles ou actifs au dossier
- Plus de 3000 suivis téléphoniques / an

Qui sont ces malades ?



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

- Cancer tout stade
- 90% traitement à visée palliative
- 60% ont des traitements actifs au moment de la prise en charge
 - Chimiothérapie
 - Thérapie ciblée
 - Immunothérapie

Qui nous les envoie ?



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

- H-O 70%
- Raisons de consultation
 - 65 % gestion de la douleur
 - 17% cheminement vers la fin
 - 8.7% suivi post-hospit
 - 9% autre
 - 79,5% vue à moins de 5 reprises !

Pourquoi l'idée de cette présentation ?



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

- Partager une expérience **TERRAIN**
- Outils nécessaires pour des rencontres efficaces et satisfaisantes

MedActuel eCortex.ca
VOTRE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
VOTRE LIEN VERS LE SAVOIR

UNE COMMUNICATION EFFICACE POUR FAVORISER L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE
Quelle place pour le médecin, le pharmacien et le patient ?

Audrey Vandrasier
Ph. D., M. Sc., pharmacienne et
professeure adjointe de recherche,
Centre de recherche en santé
Charles-Le Moyne

Dr Marie-Thérèse Lussier
Ph. D., M. Sc., pharmacienne
agregée au département de
médecine de famille et de
médecine d'urgence, Faculté
de médecine, Université de
Montréal et directrice d'un
Voyage de recherche en soins
de première ligne, CHUS Laval

Christine Thoër
professeure
d'ajouté en
communication
publique, UQAM
à Montréal

ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE
L'adhésion thérapeutique représente un enjeu important pour le médecin et le patient. Cependant, l'adhésion aux bienfaits des médicaments n'est pas toujours optimale. Alors, que faire et négocier sur la santé des patients, sur les coûts de santé et l'observance thérapeutique? En bref, quelle est l'observance thérapeutique? Et quel rôle jouent les pharmaciens et les médecins pour améliorer l'adhésion thérapeutique des patients?

medicaments au paravent pas à obtenir des résultats cliniques satisfaisants. Notons, néanmoins, qu'un comportement de non adhésion croissante est associé à une baisse de qualité clinique.

« ADHÉSION » VERSUS « OBSÉRVANCE »
« Bien que les termes « adhésion » et « observance » soient utilisés de manière interchangeable par bon nombre de professionnels de la santé, ce ne sont pas des synonymes. L'observance désigne « le rapport entre le nombre de prises de médicaments effectuées au cours d'une période donnée et le nombre de prises prescrites sur cette même période ». L'espérer que le patient soit observant implique alors un comportement « adhésif » de sa part et confère une

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Comprendre les différents types d'adhésion thérapeutique.
- Reconnaître la place de la communication et de la collaboration interprofessionnelle dans la promotion de l'adhésion thérapeutique.
- Discuter de différentes stratégies de communication pour favoriser l'adhésion thérapeutique.

Site de la page 14

Les pathologies chroniques entraînent une mauvaise adhésion thérapeutique. Celle-ci est responsable de 50% des échecs thérapeutiques. L'adhésion au traitement est faible chez les patients. La non-observance représente aux États-Unis à 90% des coûts de santé et 100 à 150 milliards \$ par an.

est un concept global qui ne se limite pas à reconnaître l'utilisation des médicaments, mais aussi à évaluer les aspects de la vie qui sont intégrés au plan de soins. Cela implique aussi que le patient s'engage dans le processus, c'est-à-dire qu'il adhère aux changements proposés par le soignant et le met en place dans sa vie. Ainsi, l'adhésion n'est pas seulement un résultat souhaité pour le patient, mais aussi déterminé par le soignant et les objectifs de la santé. L'adhésion est un processus continu et évolutif.

Vandrasier A, Lussier MT, Thoër C. Une communication efficace pour favoriser l'adhésion thérapeutique : quelle place pour le médecin, le pharmacien et le patient? www.ProfessionSanté.ca Janvier 2017

Un mot sur la collaboration MD-PH...



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

- Enrichissement de nos pratiques mutuelles¹;
- Réduction des erreurs (dans le cas présent, en amont de la pharmacie communautaire)²;
- Permet de proposer des traitements plus sûrs, plus efficaces, à moindre coût³;
- En entrevue combinée, possibilité d'intervenir dans le questionnaire du leader de l'entrevue pour l'optimiser ou encore donner quelques secondes de réflexion au leader qui peut alors mieux poursuivre...

...et 2 paires d'yeux pour mieux saisir tout le non verbal du malade et ses proches, essentiel à un suivi optimal!

1. Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L. Cercles de qualité médecins pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. *Rev Médicale Suisse*. 2012; 8: 1042-8.
2. Parent M, Côté L. La communication médecin-pharmacien: pierre angulaire d'une pratique collaborative optimale. Dans: *La communication professionnelle en santé*. 2e édition. Montréal, Canada: ERPI; 2016. p. 707-24.
3. Locca J-F, Niquille A, Krähenbühl J-M, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse: des progrès grâce à la collaboration médecins pharmaciens. *Rev Médicale Suisse*. 2009; 5: 2382-87

Objectifs



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

1. Comprendre ce que signifie l'approche palliative, ses spécificités, les avantages et les défis qui surviennent tout au long de la trajectoire de la maladie.
2. Identifier les éléments importants du contenu de l'entrevue initiale et du suivi du malade pour une entrevue efficace et structurée.
3. Nommer des informations que le malade et sa famille apprécient entendre et les moments de les aborder.
4. Repartir avec des outils concrets et adaptés pour supporter le travail au quotidien (algorithmes de traitement).
5. Connaître certains trucs du métier afin de sauver du temps et parfois les meubles...

Plan



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

1. Approche palliative
2. L'entrevue initiale, forme et contenu
3. Qu'est-ce que la malade a besoin d'entendre : Les incontournables
4. La boîte à outils
5. Trucs du métier
6. Pièges à éviter

En guise d'introduction...



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

L'approche palliative: c'est quoi au juste?

L'approche palliative, c'est quoi ?



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Approche palliative

CHU
de Québec
Université Laval

- Bien au-delà de prendre son temps!
 - Approche globale
 - Centrée sur le patient
 - Tient compte des aspects psycho sociaux et spirituels
 - Décisions éclairées
 - Partenariat pour la compréhension de la maladie et des objectifs de traitements
- Doit tenir compte:
 - Gestion de symptômes efficaces
 - Soutien du malade et de ses proches
 - Discussion du pronostic, évolution, trajectoires
 - Discussion niveau de soin et objectifs de soins
 - Planification préalable des soins
 - « Comment je fais? », « C'est long tout ça... »

*** Il s'agit plus d'une « attitude »***

L'approche palliative, c'est pour qui?



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Approche palliative

CHU
de Québec
Université Laval

- Tous les malades avec une maladie évolutive et grave



L'approche palliative, c'est pour qui?



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Approche palliative

CHU
de Québec
Université Laval

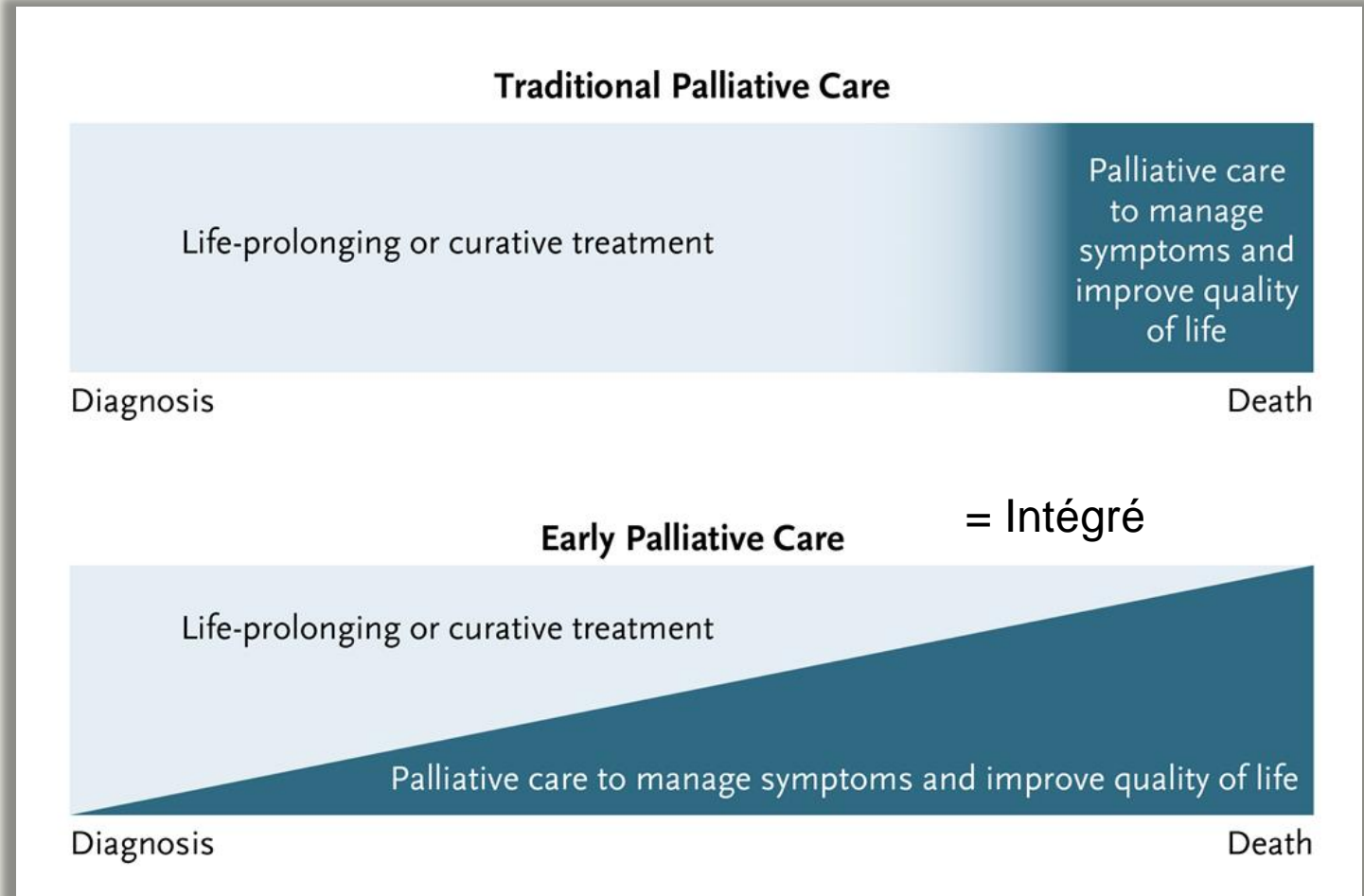
- Qui fait ça
 - Tous les intervenants: oncologues, médecins de famille, cardiologues, neurologues, IPO, infirmières cliniciennes, pharmaciens...
 - Les intervenants en soins palliatifs sont très peu nombreux. Réservé pour les cas complexes ou situations complexes
- Embûches¹
 - Malaise à aborder les soins palliatifs
 - Mauvaise compréhension de notre rôle
 - Manque de mots
 - Manque de temps
 - Craindre de briser l'« espoir »
 - Priorités des traitements VS symptômes



« Il ne veut pas... »
« Il n'est pas rendu là... »

La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Approche palliative



Parish, R., Kirch, R., Smith, T. & Temel, J. (2013). Early Specialty Palliative Care- Translating Data in Oncology into Practice. *The New England Journal of Medicine*, 369(24), 2347-2351.



Avant la visite du malade... se préparer !

La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale

CHU
de Québec
Université Laval

- Copie de dernière visite avec l'oncologue
- Derniers examens et laboratoires
- Parcours antérieur et actuel de chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie
- Visites à l'urgence et hospitalisations récentes
- Profil pharmaceutique À JOUR
 - *Penser commander au PH quelques heures à l'avance
 - *Profil pharmacie plus complet que DSQ
 - *DSQ utile si plusieurs pharmacies

Prévoir 15-20 minutes

Le Savoir-Être.



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

visite initiale

- Aller chercher le malade dans la salle d'attente
- Prendre les manteaux
- Apporter des chaises supplémentaires si plusieurs accompagnants
- Souhaiter bienvenue
- Avoir un bon contact visuel
- Sourire, faire quelques blagues si approprié, ça détend l'atmosphère.
- En fin d'entrevue, se lever et donner la main

***Climat de confiance et communication,
essentiel à l'adhésion^{1,2,3}***

1. Vandesrasier A, Lussier MT, Thoër C. Une communication efficace pour favoriser l'adhésion thérapeutique : quelle place pour le médecin, le pharmacien et le patient? www.ProfessionSanté.ca Janvier 2017.
2. Brouillet I, Lussier MT, Richard C. La praxéologie, une manière de devenir efficace en communication. *Médecin Qué.* 1999; 34(7):59-63.
3. Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Säljö R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol.* 2000; 76: 157-63

Le contenu de l'entrevue initiale : les essentiels et phrases aidantes



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale



- Engagement du malade aussi!
- «Patient partenaire de soins»

1. Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Mercier A-M, Muriel G, Ghadiri DP, et al. *Le patient partenaire de soins: un atout pour le médecin!* [Internet]. Médecins francophones du Canada. s.d. Disponible à: <http://www.egc.medecinsfrancophones.ca/www-medecinsfrancophones-ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>
2. DiMatteo MR, Haskard-Zolnierok KB, Martin LR. *Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice.* *Health Psychol Rev.* 2012;6(1): 74-91.
3. Worley MM, Schommer JC, Brown LM, Hadsall RS, Ranelli PL, Stratton TP, et al. *Pharmacists' and patients' roles in the pharmacist-patient relationship: are pharmacists and patients reading from the same script?* *Res Soc Adm Pharm.* 2007;3:47-69. 20.
4. Lussier MT, Richard C. *Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies de communication.* Dans: *La communication professionnelle en santé.* 2e édition. Montréal, Canada: ERPI; 2016. p. 148-73

1. Valider la signification des soins palliatifs, les situer dans le continuum des services



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

- « Les soins palliatifs, c'est quoi pour vous? »
- « Vous avez été invités à venir nous rencontrer, quelle a été votre réaction? »
- Éclaircir notre rôle
- Rassurer
- Défaire les mythes si nécessaire

2. Cueillette et validation des infos médicales et psychosociales



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

- Apprendre à se connaître – moments clés
 - Cueillette informations psycho-sociale
 - Habitude de vie
 - ATCD non onco
- Pour l'histoire onco – laissez le malade se raconter (souvent court et apprécié)

Exemples:

- « Dites moi ce que vous savez de votre maladie », « Votre cancer, il est rendu où maintenant? »
- Valider les informations: le malade souvent va vous aider à résoudre des éléments que vous n'avez pas compris à la lecture de son dossier.

Conclure:

- « J'ai compris la même chose que vous »
- « Je n'ai pas compris la même chose que vous », « Peut-être devrions-nous reposer la question à votre oncologue ».

3. La revue et la gestion des symptômes, lien avec histoire médicamenteuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

CHU
de Québec
Université Laval

Leader : pharmacien à cette étape

En complémentarité : Formule gagnante!

- Prendre le temps d'observer le non-verbal du malade et de ses accompagnateurs...

4. Discussion du niveau de soin : Quand ? Comment ?



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale

CHU
de Québec
Université Laval

- Jamais le bon moment... alors, saisir l'opportunité dès qu'elle se présente
- Si maladie avancée, à la rencontre No.1
- Se servir d'exemples c'est payant:
 - « Si vous faites une pneumonie la semaine prochaine, que fait-on? »
 - Pour la réanimation, on peut se permettre d'être plus directif, dans la maladie métastatique avancée

5. Planification de la fin de vie - *Advanced care planning*



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale

Visite No. 1 si pronostic court – Le plus tôt possible pour les autres

Obstacle : « Comment aborder le sujet? », « Peur de déclencher une crise? »

- Pourtant, ceci réduit le stress et l'anxiété chez le malade et ses proches
- Grande importance des bons choix de mots:
 - « Quand ça ira moins bien, que fera-t-on? »
 - « Avez-vous pensé à ce que vous souhaitez comme soins lorsque votre maladie sera plus avancée? »

6. Examen physique



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

CHU
de Québec
Université Laval

- Très pertinent
 - Valider sites douloureux, rechercher plaies, nouvelles trouvailles...
- Bon moment d'intimité et de rapprochement
- Continuer de s'intéresser au corps malade – Très apprécié du malade
 - Prendre SV
 - Peser

**Le pharmacien en profite pour sortir et compléter la recherche d'informations (consultants, pharmacien d'officine ... ou penser à son plan d'intervention)

**Parfois les proches en profitent pour pouvoir parler seuls avec le pharmacien (fréquent)

7. Moment analyse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

- Concertation: médecin-infirmière et pharmacien
 - Plan de traitement
 - Complément d'investigation
 - Ressources à offrir...
- ***Si en solo, on recommande :**
 - De sortir quelques minutes pour élaborer le plan de traitement
 - Permet de mieux systématiser
 - Permet d'appeler au besoin, des consultants pour conseils afin que la situation avance plus vite

8. Retour au malade : Contrat final et plan de tx



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale

- Le **médecin** explique:
 - Impression
 - Demande investigation s'il y a lieu
 - Suivi
 - Relance
 - Être claire, honnête et transparent
- Le **pharmacien** explique les changements de médicaments
- L'**infirmière** explique le fonctionnement de la clinique
- S'assurer que le malade et ses proches sont satisfaits de la rencontre.
 - « Vous ressortez comment de cette rencontre? »

Adhésion au traitement – Notion de confiance



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Visite initiale

7 éléments clés pour le sentiment de confiance du patient à l'égard de son médecin et de l'équipe soignante

- Perception que ses problèmes sont pris au sérieux
- Perception d'avoir été traité avec soin et égards
- Explications reçues sur les examens et les traitements
- Perception d'avoir participé aux décisions de soins
- Perception d'avoir été écouté
- Le fait d'avoir été interrogé sur ses symptômes
- Le fait d'avoir passé suffisamment de temps avec le médecin

Le questionnaire des symptômes en lien avec l'histoire médicamenteuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

1. Questionnaire général
 - a. **Pilulier?**
 - b. **Assurance**-Rx? (RAMQ vs privée, peut parfois orienter notre choix de molécule)
 - c. Drogues «autres celles prescrites! » pour aider au soulagement?
 - d. MVL-PSN

2. Douleur
 - a. Identifier les différentes douleurs. PQRST usuel.
 - b. Êtes-vous capable de vous **concentrer** sur une lecture, une émission de TV?
 - c. Faire le **lien avec le profil Rx**. Valider la **prise réelle** vs la liste du profil Rx. Souvent beaucoup d'analgésiques non pris ou qui ne sont plus efficaces. Permet de valider les essais **antérieurs**.
 - d. Qu'utilisez-vous pour vous soulager? Est-ce efficace? Depuis **combien de temps** l'opioïde actuel est-il en place? Depuis quand à cette dose?
 - e. Ne pas oublier la **rotation** si l'opioïde est à bord depuis longtemps.
 - f. Le malade peut tout simplement **moins répondre à un opioïde vs un autre ou y être plus susceptible** aux effets indésirables.
 - g. **Au profil, rechercher**, questionner et valider: AINS, acétaminophène, différents opioïdes (L.A. et courte action) Voltaren Emulgel, corticostéroïdes, antidépresseurs avec action analgésique, anticonvulsivants, cannabinoïdes, biphosphonates, relaxants musculaires, antispasmodiques, infiltrations.

Le questionnaire des symptômes en lien avec l'histoire médicamenteuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

3. **Digestif**
 - a. Faire le **lien avec le profil Rx**. Valider la **prise réelle** vs la liste du profil Rx. Souvent beaucoup d'antinauséieux au profil pas nécessairement utilisés, vestiges de chimiothérapie.
 - b. **NoVo** incluant patron d'apparition dans la journée
 - c. **D ou C**
 - d. Perte de **poids**
 - e. Appétit. Fraction de repas : « mangez-vous **½ repas tid?** ¼? 1/3?
 - f. Dyspepsie/RGO/Stase : brulement? Remonte dans la gorge? **Gorgées sûres?** Aliments « **stallés** » dans l'estomac? **Empire** à mesure que la journée avance?
 - g. Dysguesie-dlr buccale.
 - h. **Au profil, rechercher**, questionner et valider: IPP, antinauséieux, agents de motilité, laxatifs, antiacides en vente libre, olanzapine, antifongiques.

4. **Pneumo**
 - a. Toux
 - b. Crachats
 - c. **Dyspnée, à bien différencier de la faiblesse.**
 - d. Au profil, rechercher, questionner et valider: sirop, pompes, opioïdes utilisés pour la dyspnée ou la toux, antibiotiques, corticostéroïdes systémiques.

5. **Urologie**
 - a. Rétention. Vérifier la **rétention urinaire possible avec les opioïdes.**
 - b. Brûlement
 - c. Saignement
 - d. Au profil, rechercher, questionner et valider: Rx hyperactivité vésicale et pour l'incontinence, HBP, antibiotiques.

Le questionnaire des symptômes en lien avec l'histoire médicamenteuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Visite initiale

6. Neuro-Ψ
 - a. **Sommeil** de nuit. Qualité et durée. 1-2 réveils pour uriner très fréquents et acceptables.
 - b. **Siestes** de jour. Durée? Indice de l'ECOG.
 - c. **Sx surdose opioïdes, les questionner!** Pas de question = souvent pas de réponse! Ne pas se gêner!
 - i. Somnolence. « **Piquez-vous des clous** si vous êtes assis ou en regardant la tv? Êtes-vous capable de lire et **maintenir** une attention?
 - ii. Confusion. « Avez-vous l'impression que vos **idées sont claires**? De dire parfois des **choses qui ne font pas de sens**? » Si possible, valider avec l'accompagnant ou regarder son non verbal envers vous!
 - iii. Hallucinations. « J'ai une drôle de question à vous poser mais je me dois de vous la poser car les malades ne nous le disent presque jamais : vous arrive-t-il de **voir passer des objets**, des ombrages et de savoir que ça n'est pas réel? » Les hallucinations visuelles typiques des opioïdes. Ne pas se gêner, souvent ça fait rigoler les malades!
 - iv. Myoclonies. « Vous arrive-t-il d'avoir des **soubresauts ou spasmes**? » Souvent le conjoint va répondre! Pas toujours signe de surdose d'opioïdes franche mais annonciateur ou « limite ».
 - d. Moral, humeur, anxiété, plaisir. « **Comment va votre moral dans tout ça? Arrivez-vous à éprouver du plaisir** par moment? »
 - e. **Au profil**, rechercher, questionner et valider: hypnotiques, benzodiazépines, opioïdes, antidépresseurs, antipsychotiques.
7. Finalement
 - a. Terminer en validant la prise des médicaments « **restants** » du profil : cardio, diabète, etc.
 - b. Vérifier s'il reste des points non discutés auprès du malade.

Qu'est-ce que le malade a besoin d'entendre :

La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Nos 7 « incontournables »





1. Les étapes importantes de la maladie: le vécu associé et leur anticipation

La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Diagnostic
- Rechute
- Arrêt des Tx
- Planification de fin de vie
- Trajectoires habituelles et inhabituelles de la maladie

Messages clés :

- Anticiper les étapes pour préparer le malade
- Normaliser les émotions

2. La fin de vie



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

Questionnements des malades :

- « Comment me rendrai-je compte que je suis en fin de vie? »
- « Quels sont les signes? »
- « Quand faire mes demandes de fin de vie? »
- « Quel en sera le scénario? »

Réponses rassurantes :

- Nous avons l'habitude, on verra venir les choses
- Habituellement le malade s'en rend compte seul
- Nous allons vous guider, on le « sent » quand c'est le temps d'en parler

3. Rassurer le malade sur sa bonne compréhension de la maladie



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Reconnaître des compétences au malade et sa famille.
- Valoriser ce qu'ils font de bon.
- Valider et bonifier ce qu'ils font déjà.

Ça les encourage!

4. Rassurer le malade sur la façon de vous joindre si problème



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Normal puisque clientèle vulnérable
- ↓↓↓ l'anxiété!
- Évite les catastrophes

Les malades n'exagèrent pas!

5. Reconnaître l'expertise du malade et l'utiliser comme source d'information



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Valider les informations auprès du malade : le rassure et le valorise
 - **Exemple** : « Pourquoi a-t-on cessé votre IPP? »

6. Le malade a besoin d'explications et de réassurance



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Transparence
 - « Je serais très contente que votre prochain TDM ne démontre pas de grosse progression »
- Honnêteté
 - « J'espère qu'on sera capable de passer à travers cet épisode. Sinon ça risque d'aller moins bien »
- Expliquer avec des mots adaptés

**** Un patient qui comprend est beaucoup plus facile à rassurer**



7. Donnez-nous du temps. Nous sommes là.

La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Les « incontournables »

CHU
de Québec
Université Laval

- Donnez-nous du temps pour la gestion des symptômes, mais on vous accompagne
- Il y a un temps d'ajustement, pour titrer
- Il y aura des suivis téléphoniques prévus entre les rdvs

**Il y aura possibilité pour le malade
de nous appelez au besoin entre temps,
si ça ne va pas**

La boîte à outils



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

- Nos algorithmes de traitement
- Nos formulaires de consultation et de suivi
- Notre outil de suivi partagé (grille)
- La *check-list* de la visite de suivi
- Le téléphone
- Les références utiles

Algorithme opioïdes



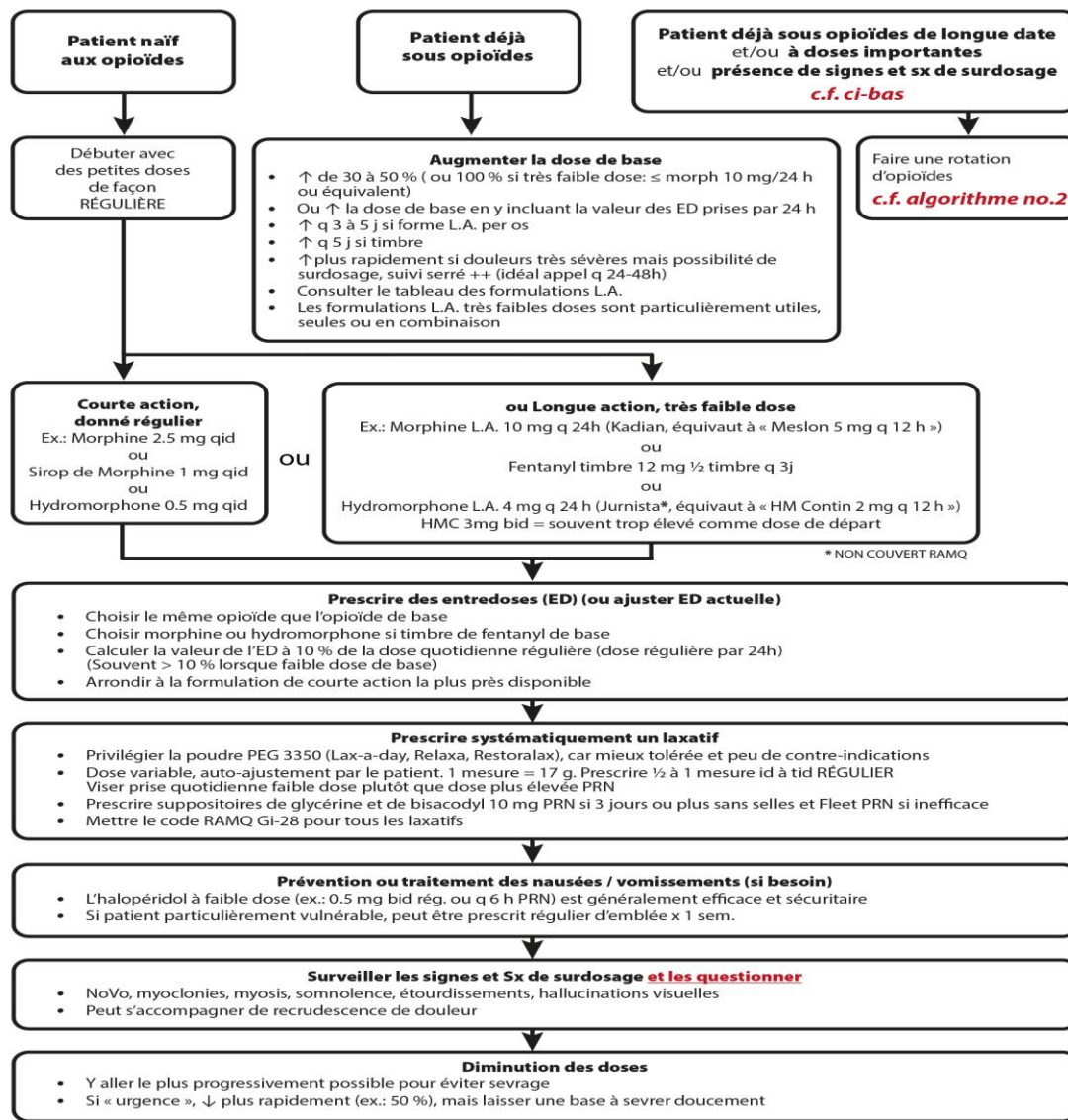
La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

Lavoie.michele@mail.chudequebec.ca

Opiïdes - principes de base

Approche préconisée pour les patients ambulatoires



Formes longue action

HM Contin q12h (mg)
3 - 4,5 - 6 - 9 - 12 - 18 - 24 - 30

Meslon q12h (mg)
10 - 15 - 30 - 60 - 100 - 200

M5 Contin q12h (mg)
15 - 30 - 60 - 100 - 200

Oxycontin q12h (mg)
10 - 15 - 20 - 30 - 40 - 60 - 80

Fentanyl q3jrs (mg)
12 - 25 - 37 - 50 - 75 - 100

Kadian q24h (mg)
10 - 20 - 50 - 100 (transparent)

Jurnista q24h (mg)
4 - 8 - 16 - 32 Non couvert RAMQ

Rotation d'opioïdes



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science.

La boîte à outils

CHU de Québec Université Laval

Rotation d'opioïdes - calcul manuel

Approche préconisée pour les patients ambulatoires

Questionner la prise quotidienne réelle du patient au cours des derniers 72 h

- Inclure tous les opioïdes si prise de plus d'un opioïde à la fois
- Questionner et additionner les « longues actions »
- Questionner et additionner le nombre d'ED/24 h. Si écart dans le nombre d'ED/24 h (ex: 3 à 5 / jour), choisir le plus petit nombre

Calculer la dose quotidienne totale pour chaque opioïde

(L.A. + ED = dose totale/24 h)

Convertir en un seul opioïde d'arrivée

- Suggérons conversion en morphine
- Consulter tableau des équivalences ci-dessous
- Suggérons calcul à 2 reprises, idéalement par une seconde personne ou avec une application électronique

Définir la nouvelle prescription selon l'opioïde de votre choix

- Réduire la dose du nouvel opioïde de 25 % (variations interindividuelles et tolérance croisée d'un opioïde à l'autre, partielle seulement)
- Considérer réduire la dose de 30 à 50 % si:
 - Patient sous opioïdes hautes doses
 - Patient sous opioïdes de longue date
 - Patient avec beaucoup d'effets indésirables des opioïdes: NoVo, myoclonies, confusion, hallucinations, myosis, somnolence
- Il est suggéré d'effectuer une relance téléphonique au patient dans les 2 à 4 jours suivants et ajuster à la hausse ou à la baisse selon le besoin

Prescrire selon les formulations disponibles en arrondissant si besoin

- Additionner différents dosages ou administrer des ½ timbres (technique opsite*) pour obtenir la dose la plus précise possible vs le calcul obtenu
- Consulter tableau des formulations longue action ([page 1](#))

Si passage vers timbre de fentanyl

- Prévoir poursuivre l'ancien opioïde pour permettre analgésie durant 12 h après l'application du 1^{er} timbre, car action débute après 12 h
- Appliquer le 1^{er} timbre au même moment que la dernière dose de longue action ou
- Poursuivre les courtes actions q 4h régulièrement pour 2-3 doses après l'application du timbre

ROTATION exemple 1

- Patient sous HMContin 6 mg bid
- 3 ED Dilaudid 1 mg/jour
- Dose quotidienne totale = 15 mg (6+6+3)
- Hydromorphe 15 mg x 5 = Morphine 75 mg
- 75 mg/24 h – 25 % = 56 mg Morphine 24 h

Rx suggérée :

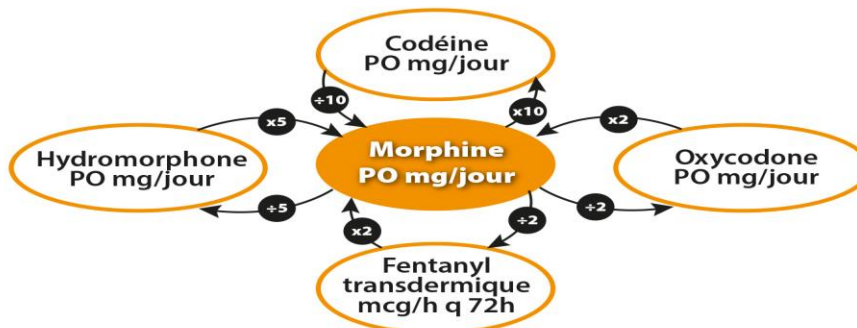
Meslon 25 mg bid
(capsule 15mg + 10 mg)

ROTATION exemple 2

- Patient sous Meslon 35 mg bid
- Pas ED
- Dose quotidienne totale = 70 mg (35+35)
- Patient dysphagique, timbre souhaité
- Morphine 70 mg ÷ 2 = Fentanyl 1 timbre 35 mcg/h
- 35 mcg – 25 % = 26 mcg/h

Rx suggérée :

- Fentanyl 25 mcg/h, 1 timbre q3 jours
- Appliquer le timbre au moment de la dernière dose de Meslon puis cesser



* Technique des timbres fractionnés (technique pansement Opsite): Il s'agit d'appliquer la fraction du timbre correspondant à la dose souhaitée en contact direct avec la peau et la fraction restante en contact avec le pansement Opsite donc non active car ne diffuse pas à travers la peau.

Douleur neuropathique

Douleur neuropathique cancéreuse

Approche préconisée pour les patients ambulatoires

ÉTAPE 1

PRESCRIRE OPIOÏDE RÉGULIER et ED

Se référer à l'algorithme opioïdes – principes de base
c.f. algorithme no.1

Co-analgésie

À introduire simultanément à l'étape opioïdes. La combinaison de plusieurs molécules (opioïdes, co-analgésique +/-acétaminophène) sera souvent supérieure et mieux tolérée

Considérer l'ajout d'acétaminophène régulier si douleur mixte
Tylenol 1g qid ou Tylenol arthritique L.A. 650 mg – 2 co tid

Pregabalin (Lyrica)

Posologie suggérée :

- 25 mg bid x 5 jours
- ↑ de 50 mg/jour à chaque 5 jours
- Viser 150 mg bid avant de conclure à inefficacité (ou moins si soulagement atteint)
- Ralentir le rythme d'augmentation ou s'arrêter si effets indésirables non tolérés: somnolence excessive, étourdissements, vertiges
- Si Clcr < 60 ml/min, max 300 mg/jour
- Si Clcr < 30 ml/min, max 150 mg/jour
- Si Clcr < 15 ml/min, max 75 mg/jour
- Une somnolence légère transitoire survient généralement durant la période de titration. Avisez le patient

Gabapentin (Neurontin)

Posologie suggérée :

- 100 mg tid x 4 jours
- ↑ 300 mg/jour à chaque 4 jours
- Viser 600 mg tid avant de conclure à inefficacité (ou moins si soulagement atteint)
- Ralentir le rythme d'augmentation ou s'arrêter si effets indésirables non tolérés: somnolence excessive, étourdissements, vertiges
- Si Clcr < 60 ml/min, max 1400 mg/jour
- Si Clcr < 30 ml/min, max 700 mg/jour
- Si Clcr < 15 ml/min, max 300 mg/jour
- Une somnolence légère transitoire survient généralement durant la période de titration. Avisez le patient

Référence rapide en soins palliatifs si douleurs neuro sévères et complexes

- Douleurs rectales
- Mauvaise tolérance à la médication, effets secondaires multiples
- Douleur sphère ORL
- Douleur avec radiculopathie sévère
- Douleur atteinte plexus brachial

Entre temps, introduire duloxétine ou venlafaxine en attendant la consultation

Ajouter Duloxétine (Cymbalta)

- Rx exception RAMQ, critères c.f. RAMQ pour détails
 - Douleur neuropathie diabétique
 - Douleur fibromyalgie
 - Douleur lombalgie chronique
 - Douleur arthrose genou
- Considérer si ces comorbidités
- Bien toléré (No)

Posologie suggérée :

- Cymbalta 30 mg die x 1 sem à augmenter à 60 mg si toléré

Ajouter Venlafaxine (Effexor XR)

- Remboursé RAMQ
- Alternative à duloxétine
- Atteinte de la dose cible moins rapide vs duloxétine;
- Bien toléré (No)

Posologie suggérée :

- Effexor XR 37.5 mg die, à augmenter de 37.5 mg/sem ad 150 mg minimum pour effet analgésique

N.B.: les 2 molécules n'ont pas été comparées

ÉTAPE 2

Opinion/consultation spécialisée en soins palliatifs

- Conseils téléphoniques (md de garde) ou consultation formelle
- Demander ECG de base pour valeur QTc préconsultation
(clinique externe soins palliatifs HDQ – CRCEO, 418 525-4444 p. 21672 – fax: 418 691-3211)

ÉTAPE 3

- Cannabinoïde ou méthadone – permis douleur requis pour méthadone
- Opinion en anesthésie vs possibilité neurolyse (ex: cancer tête pancréas)

La boîte à outils

Douleur osseuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science.

La boîte à outils

Douleur osseuse cancéreuse

Approche préconisée pour les patients ambulatoires

ÉTAPE 1

PRESCRIRE OPIOÏDE RÉGULIER et ED

Se référer à l'algorithme opioïdes – principes de base

c.f. algorithme no.1

Considérer l'ajout d'acétaminophène régulier si non fait.
Rx Tylenol 500 mg – 2 co qid ou Tylenol L.A. (arthritique) 650 mg – 2 co tid

Lyrica
Idem douleur neuro

c.f. algorithme no.3

Neurontin
Idem douleur neuro

c.f. algorithme no.3

- Vérifier si patient éligible à la radiothérapie dans tous les cas, même si site déjà irradié. Appel au radio-oncologue pour vérifier si indiqué
- S'assurer auprès de l'hémato-oncologue que le patient a reçu ou est candidat pour recevoir tous les traitements systémiques indiqués (ex: hormonothérapie, chimiothérapie, radium-223) car ceux-ci ont un impact positif sur la douleur

ÉTAPE 2

Si ≥ 1 mét. osseuse, néo prostate résistant à la castration

Considérer denosumab (Xgeva)

- Xgeva 120 mg sc 1x/mois
- Prescrire d'emblée Calcium/Vit D, car risque hypocalcémie
- Si Clcr < 30 ml/min : précaution, risque accru d'hypocalcémie sévère. Suivi plus étroit de la calcémie recommandé

Couvert Rx d'exception RAMQ

- Néo prostate résistant à la castration
- Néo sein avec intolérance au pamidronate
- Indiqué pour diminution complications osseuses tumeurs solides (couverture + large ass. privée?)

Si maladie multifocale autre que prostate

Considérer pamidronate (Aredia) ou zoledronate (Zometa)

- Si ass. privée et tumeur solide, vérifier si couverture denosumab (c.f.prostate) ou tenter demande Rx ou pt d'exception RAMQ si c-i ou intolérance aux biphosphonates, IR sévère ou problème d'accès veineux
- Aredia 90 mg iv en 2h (en 4h si myélome multiple)
 - Si indication mét. osseuses, non recommandé si Clcr < 30 ml/min
 - Si indication MM et Clcr < 30 ml/min, donner 60 mg en 4-6h
- Zometa 4 mg iv en 15 min (+ simple)
 - 3.5mg Si Clcr \leq 60 ml/min
 - 3.3mg Si Clcr \leq 50 ml/min
 - 3.0mg Si Clcr \leq 40 ml/min
 - Si assurance privée, vérifier si couvert d'emblée
 - Couvert Rx exception RAMQ si intolérance pamidronate chez néo sein ou MM

Ajouter AINS

- Si absence de c-i digestive, cardiaque ou rénale
- Si patient sous chimiothérapie, privilégier Celecoxib (Celebrex), car pas d'atteinte de la fonction plaquettaire
- Cytoprotection gastrique

ÉTAPE 3

Ajouter Dexaméthasone (Decadron) court Tx

- Si aucun AINS concomitant
- Utilisation courte durée seulement vu effets indésirables
- Viser < 14 jours pour éviter besoin de sevrage progressif
- Tx « pont » en attendant effet de rôt ou encore pour couvrir « flare up » rôt
- Tx « pont » pour douleurs sévères en attendant R.-V. de prise en charge équipe spécialisée de la douleur
- Posologie suggérée : Dexaméthasone 2 mg bid ou 4 mg bid (am + midi pour éviter agitation nocturne)

Douleur osseuse



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science.

La boîte à outils

Douleur osseuse cancéreuse

Approche préconisée pour les patients ambulatoires

ÉTAPE 1

PRESCRIRE OPIOÏDE RÉGULIER et ED

Se référer à l'algorithme opioïdes – principes de base

c.f. algorithme no.1

Considérer l'ajout d'acétaminophène régulier si non fait.
Rx Tylenol 500 mg – 2 co qid ou Tylenol L.A. (arthritique) 650 mg – 2 co tid

Lyrica
Idem douleur neuro
c.f. algorithme no.3

Neurontin
Idem douleur neuro
c.f. algorithme no.3

- Vérifier si patient éligible à la radiothérapie dans tous les cas, même si site déjà irradié. Appel au radio-oncologue pour vérifier si indiqué
- S'assurer auprès de l'hémato-oncologue que le patient a reçu ou est candidat pour recevoir tous les traitements systémiques indiqués (ex: hormonothérapie, chimiothérapie, radium-223) car ceux-ci ont un impact positif sur la douleur

ÉTAPE 2

Si ≥ 1 mét. osseuse, néo prostate résistant à la castration

Considérer denosumab (Xgeva)

- Xgeva 120 mg sc 1x/mois
- Prescrire d'emblée Calcium/Vit D, car risque hypocalcémie
- Si Clcr < 30 ml/min : précaution, risque accru d'hypocalcémie sévère. Suivi plus étroit de la calcémie recommandé

Couvert Rx d'exception RAMQ

- Néo prostate résistant à la castration
- Néo sein avec intolérance au pamidronate
- Indiqué pour diminution complications osseuses tumeurs solides (couverture + large ass. privée?)

Si maladie multifocale autre que prostate

Considérer pamidronate (Aredia) ou zoledronate (Zometa)

- Si ass. privée et tumeur solide, vérifier si couverture denosumab (c.f.prostate) ou tenter demande Rx ou pt d'exception RAMQ si c-i ou intolérance aux biphosphonates, IR sévère ou problème d'accès veineux
- Aredia 90 mg iv en 2h (en 4h si myélome multiple)
 - Si indication mét. osseuses, non recommandé si Clcr < 30 ml/min
 - Si indication MM et Clcr < 30 ml/min, donner 60 mg en 4-6h
- Zometa 4 mg iv en 15 min (+ simple)
 - 3.5mg Si Clcr \leq 60 ml/min
 - 3.3mg Si Clcr \leq 50 ml/min
 - 3.0mg Si Clcr \leq 40 ml/min
 - Si assurance privée, vérifier si couvert d'emblée
 - Couvert Rx exception RAMQ si intolérance pamidronate chez néo sein ou MM

Ajouter AINS

- Si absence de c-i digestive, cardiaque ou rénale
- Si patient sous chimiothérapie, privilégier Celecoxib (Celebrex), car pas d'atteinte de la fonction plaquettaire
- Cytoprotection gastrique

ÉTAPE 3

Ajouter Dexaméthasone (Decadron) court Tx

- Si aucun AINS concomitant
- Utilisation courte durée seulement vu effets indésirables
- Viser < 14 jours pour éviter besoin de sevrage progressif
- Tx « pont » en attendant effet de rôt ou encore pour couvrir « flare up » rôt
- Tx « pont » pour douleurs sévères en attendant R.-V. de prise en charge équipe spécialisée de la douleur
- Posologie suggérée : Dexaméthasone 2 mg bid ou 4 mg bid (am + midi pour éviter agitation nocturne)

Formulaire INF



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



DT4351



HHDQ

ÉVALUATION INITIALE DE L'INFIRMIÈRE CONSULTANTE EN SOINS PALLIATIFS

INFORMATION SUR LA RÉFÉRENCE

Reçue le : Référence par :
aaaa/mm/jj

Raison :

PERSONNE RÉFÉRÉE

Date de naissance : Âge : ans Sexe : F M
aaaa/mm/jj

Premier contact le : à : par Téléphone Rencontre Personne contactée :
aaaa/mm/jj hh:mm

Coordonnées :

Principal aidant : Lien : Coordonnées :
Diagnostic et traitements reçus :

En cours :

INTERVENANTS

Type	Nom	Lieu	Téléphone	Télécopieur
Médecin traitant				
Médecin de famille				
Infirmière pivot				
Pharmacie				
CSSS				

RÉFÉRENCE EN SOINS PALLIATIFS

Personne avisée de la référence : Oui Non Principale préoccupation :
Signification des soins palliatifs :

MÉDICATION

Accord pour demander profil pharmacologique de la pharmacie
Allergies :

Formulaire INF



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

PRINCIPAUX SYMPTÔMES

Symptômes :

Évaluation :

Médication prise :

Symptômes :

Évaluation :

Médication prise :

INTERVENTIONS

Enseignement :

Référence(s) professionnelle(s) :

Coordination :

Autre :

Coordonnées remises Rôle expliqué Rendez-vous donné : Date : _____ Heure : _____ : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____ : _____
aaaa/mm/jj hh:mm



ÉVALUATION INITIALE DE L'INFIRMIÈRE CONSULTANTE EN SOINS PALLIATIFS

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____ : _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Formulaire MD



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



DT4329



HHDQ

CONSULTATION MÉDICALE INITIALE SOINS PALLIATIFS

DATE : ____/____/____ MÉDECIN TRAITANT : _____
aaaa mm jj

RAISON DE LA CONSULTATION : _____

IMPRESSION ET PLAN DE TRAITEMENT

TYPE DE SUIVI : consultation – recommandations – revoir PRN
 suivi conjoint court terme

Signature : _____

Formulaire MD



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

ANTÉCÉDENTS

I. Évolution de la maladie

Diagnostic : _____

Chirurgie : _____

Radiothérapie : _____

Chimiothérapie : en cours palliative curative

Visites à l'urgence : _____

Hospitalisations : _____

II. Comorbidités

III. Habitudes

Alcool : _____ Tabac : _____ Drogues : _____

STRUCTURE SOCIALE

Âge : _____ Statut civil : célibataire marié veuf séparé/divorcé conjoint de fait Occupation : _____

Enfants : _____

Principal aidant : _____ Lien : _____ Âge : _____ Téléphone : _____

Compréhension de la maladie : _____

Niveau de soins : 1 2 3 Demande d'admission – Maison de soins palliatifs : _____

Outil de dépistage de la détresse : _____

AVQ : _____

AVD : _____

Statue de performance : _____

INTERVENANTS IMPLIQUÉS

M.D. traitant : _____ M.D. de famille : _____

infirmière de pivot : _____ Autre : _____

Formulaire MD



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

MÉDICATION ACTUELLE

Gérée par : usager aidant autres : _____ Assurance : RAMQ Privée _____

Pharmacie : _____ Pilulier

Allergies : _____

REVUE DES SYSTÈMES Φ particularité non fait

État général / psychologique / cognitif : _____

Système	anomalie	Φ particularité	non fait	Système	anomalie	Φ particularité	non fait
1 ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Uro-génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Cutané/stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				9 Aires ganglionnaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Description : _____

EXAMEN PHYSIQUE Φ particularité non fait

Signes vitaux : TA : _____ mmHg FR : _____ /min FC : _____ /min T° : _____ °C sat. : _____ % Poids : _____ kg

Système	anomalie	Φ particularité	non fait	Système	anomalie	Φ particularité	non fait
1 ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Uro-génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Cutané/stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				9 Aires ganglionnaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Description : _____

Formulaire PH



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



CONSULTATION PHARMACEUTIQUE CLINIQUE EXTERNE SOINS PALLIATIFS

Date : ____ / ____ / ____ Raison de la consultation : _____
aaaa mm jj

ANTÉCÉDENTS

1. Évolution de la maladie

Diagnostic : _____

Radiothérapie : _____

Chimiothérapie Reçue : _____

En cours : _____

2. Comorbidités

3. Habitudes

Alcool : _____ Tabac : _____ Drogues : _____

LABORATOIRES

Créatinine : mcmol/l en date du : ____ / ____ / ____ Clairance à la créatinine : ml/min
aaaa mm jj

HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Médicament géré par : usager aidant autre : _____ Assurance : RAMQ Privée _____
 Pharmacie : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____ Pilulier :
 Allergies : _____
 Intolérances : _____ Poids : ____ kg en date du : ____ / ____ / ____
aaaa mm jj

(2014-01)

La grille de suivi partagée



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



Nom : Madame Elle N° dossier : 111111 DDN : 1900-01-01 N° tél : 222-222-2222 N° pharmacie tél : 333-333-3333 Fax : 444-444-4444

Niveau de soins : 2 (certificat non-rea fait)

Diagnostic : carcinome épidermoïde supra-glottique droit stade cT2N1Mo dx 2015/10 Traitement radiothérapie 68.8Gy/32fx et chimiothérapie concomitant cétuximab terminé jav2016. au TEP de contrôle 3 mois post-traitement récurrence sous forme métastatique a/n pulmonaire/chaine ganglionnaire mammaire interne avec réponse partielle ganglionnaire cervical droit et bonne réponse locale. En attente évaluation par H-O pour chimio palliative. Radionécrose ou ulcère post-radique a/n hypopharyngé.

ATCD : dégénérescence maculaire (cécité sévère)

Allergie : PNC. Decadron (intolérance – diarrhée, anxiété, pas aider douleur, insomnie)

QTc 6 mai = 427msec

Médicaments / Date		2016-5-6	13-05	19-05	27/5	3/6	15/6	23-06	29-06	19-07	17/8			
A N A L G E S I E	Chimio : palliative à venir possible mais peu encline						Après TDM?				N'en veut plus			
	Dilaudid 1mg/ml 1.5ml hs	Δ en ED 0.5ml q2h prn CE	X	X	x	CE par pt	-				X			
	Naprosyn 500mg bid (prise 1jr/2)													
	Metadol 1mg ½ co bid	N	↑ 1 BID	↑ 1 TID	11.5-1-1.5	12mg TID Non fait	12 TID ED 0.5 q4h PRN	x			x	Aug. 3 TID		
	Maalox 15-30ml qid prn pour dir gorge	N	X	X	X				Peu efficace					
	RB onco (Rx pour dir par ORL Decadron 2mg po die x10 jrs et RV													
G I	Relaxa 17g die	x	X	X	X	x	X	x		x	X			
	Resource 2.0 prn	Øactuellement						Ok ramq prend id		x	X			
	Motilium 10 mg po TID										N			
S N C	Zyprexa 2.5 mg po hs				N	-	Attendre	attente						
	Ativan 0,5mg ½ à 1 co bid prn								N	CE				
	Oxaxepam 10 ½ co po bid prn									N	CE			
	Remeron 15 mg po HS										N			
A U T R E S	Ulone 2.5-5ml qid prn	x	X	X	x	-	-							
	Pentoxifylline 400 tid (prend bid) + Vit E 400 u bid	X	X	X	x	-	-							
	Guérison plaie gorge par R-O, Rx 3 mois	x	X	X	x	-	-							
Intervenant - Initiales	ST	MHB	MHB	kl	CB	LPG	IU	IU	IU	CL				

La grille de suivi partagée



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science.

La boîte à outils

Situation familiale : Habite en appartement (13 marches pour se rendre chez elle) seule. Ex-conjoint dcd. Est né au QC puis vers 25 ans a déménagé aux USA où a rencontré conjoint eu des enfants. Elle est revenue au Qc vers 50 ans et a fait bac/maitrise/doctorat puis retraite. Par la suite par choix dit avoir vécu en Hermite donc seule sans créer de lien avec autrui.

Services en place : IPO Elle Elle, Inf CLSC introduit lors 1ere visite

Médecin de famille : aucun

Plan de fin de vie : Penche vers Jeff (réseau anglophone). Demande à faire au bon moment – Je pense qu'elle pourra être admise vite vu réseau anglo.

Date	V/A	Intervenants	Description symptômes	Interventions	Prochaine suivi
2016-5-6	V	KL/IU/ST	<ol style="list-style-type: none"> Dir gorge/odynophagie 2nd neo/adp/radiothérapie et ulcère post-radique ou radionécrose pas aider par AINS/pred/ATB/nystatin Anorexie/cachexie Toux 2nd néo Situation psychosocial précaire/faible réseau social 	<ol style="list-style-type: none"> Vu douleur et pte n'aime prendre rx débutons d'emblée méthadone 0.5 bid si ECG et labo N Maalox prn surtout pour diminuer odyndophagie, continuer à prendre rince bouche onco prn Cessons naprosyn Laxaday prn PV : fsc, ions, créat, ca/po4/mg/albumine Mise en place CLSC pour inf/TS (ts pourra aider avec fille) NS 2 discuté Ressource prescrit prn (démarche à faire par nutritionniste pour faire accepter prescription) Ok pour débiter metadol, ions N et ECG aussi. Pte avisée. 	Suivi téléphonique dans 1 sem et rdv suivi dans 3 sem
2016-05-13	A	MHB/IU	<ol style="list-style-type: none"> Dir gorge/odynophagie légèrement diminuée avec metadol mais pas flagrant comme effet. Prends Dilaudid 0,5 mg vers 10h, 16h et HS. Rx bien toléré. 	<ol style="list-style-type: none"> Augm metadol à 1 mg bid. Rx faxé 60 co donc pour 1 mois 	Suivi tel dans 1 sem dlr/titration metadol. RV prévu le 27 mai.
2016-05-19	A	MHB/ML	<ol style="list-style-type: none"> Dir gorge/odynophagie légèrement diminuée avec augm metadol mais seulement d'environ 10-15% Prends moins de Dilaudid (0,5 mg vers 11h et 18h). Pas de dir la nuit. Rx bien toléré. 	<ol style="list-style-type: none"> Augm Metadol à 1 mg TID rx faxée 90 co donc pour 1 mois 	RV 27 mai
2016/5/27	V	KL/MB	<ol style="list-style-type: none"> Amélioration de 20 % de la douleur. ↓ odyndophagie. Tolère bien méthadone. Prend 2 Ed/jour Anorexie stable Toux stable avec ulone (pris 2x/jour) diminution des sécrétions Insomnie initiale 	<ol style="list-style-type: none"> ↑methadone à 1.5-1-1.5 mg po Zyprexa 2.5 hs (pour anorexie et insomnie) ECG à faire au prochain rdv 	Suivi tel semaine prochaine RDV dans 4 sem
2016-06-07	A	Caroline/Célia	<ol style="list-style-type: none"> Odyndophagie, fond de douleur moyen toute la journée. A cessé le dilaudid car ça la rendait "stupide" selon ses mots. Mieux depuis. Pas de sx surdosage Toux en amélioration, ulone 1x/jour Dit bien dormir, pas de sieste en journée Diminution de l'appétit idem, se force à manger 3 repas par jour. 	<ol style="list-style-type: none"> Méthadone augmenté à 2mg TID 	RV 23 juin 8h30 Suivi tél 1 semaine
2016-06-16	A	LPG	<ol style="list-style-type: none"> Douleur encore présente en début et en fin de journée. N'a pas augmenté metadol. Prenait 1 QID. Crainte de 	<ol style="list-style-type: none"> Explications ++ Titrer metadol ad dose cible 10-15 mg/24h. Dans un deuxième temps ajout 	Suivi mercredi avec moi.



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

			<p>dépendance et somnolence. Elle aurait préférer ajouter 2^e rx pour douleur.</p> <ol style="list-style-type: none"> Peu appétit, selles ok avec lax-a-day Sommeil perturbé par dlr Maladie en rechute, tdm à venir, va revoir hémato-onco. Ne croit par prendre autre chimio 	<ol style="list-style-type: none"> lyrica. ED metadol car tylenol et dilaudid ineff Attendre pour zyprexa de voir tolérance metadol 	rvo
2016-06-23	V	IU	<ol style="list-style-type: none"> Plus confortable x dernier ajustement de methadone. Comprend mieux prise rx et les ajustements possibles. Fatigue, moins énergie, dort un peu plus. Pas confuse. Peu appétit. Prend 1 ressource 2.0/jour et un peu d'aliment. Pas no-vo. Aversion pour certains aliments. Se questionne bcp sur px. Abordé que probablement en terme de semaines, mais surtout mois... à suivre selon evol Certificat non reanimation signé Discussion milieu de fin de vie ; penche vers Jeff (réseau anglophone) 	<ol style="list-style-type: none"> Rx idem. Prescription methadone prn (0,5 q 4 h prn) Ecoute surtout 	RV 3-4 sem + tot prn
2016-06-29	A	IU	<ol style="list-style-type: none"> Nous appelle car se dit avec moins bon moral, anxiété, frustration, plus tonique, irritable. Ne veut pas rx reg. Mais qqn lui aurait parlé de xanax et lui semblait une bonne idee. Pas idée suicidaire 	<ol style="list-style-type: none"> Ativan 0,5mg ½ a 1 co po bid prn si insomnie anxiété (10 co) TS clsc déjà demandé 	RV a venir
2016-07-19	V	IU	<ol style="list-style-type: none"> Globalement bien. A eu visite de son fils x 2 sem a aidé moral++. Parti rediminution moral. Aimeroit qqch qui boost un peu moral. Pas sx depressif frand. Leg anxiété lié a progr mx et px. N'a pas envie de faire TDM de suivi car dit que ca ne changera rien. Pas envie de CT. Trop somnolence avec ativan 0,5. (pas effet a 0,25.) Contrôle dlr acceptable. Demeure un peu de dlr oreille droite (connu ggln cervicaux droit). Prend methadone a l'occasion (pas tous les jours). Veut garder rx idem. Mange un peu plus. Sommeil ok. MAD ok. 	<ol style="list-style-type: none"> Cesser ativan. Serax 5 bid prn Aug methadone selon evol. 	Rv 3-4 sem
2016-08-17	V	Cindy/ ML	<ol style="list-style-type: none"> Douleur : tête côté D près de l'oreille + cou, aimerait changement de RX, car incommodante, prend peu ED Alimentation difficile, inappétence, difficulté à avaler, Dégoût pour beaucoup d'aliments, complète avec Resource, perd du poids Moral : on/off, Vie certains deuils, mais a encore des projets qui la motive, pas de psycho-onco pour le moment, pas idées suicidaires Ne veut plus de chimio, TACO de contrôle de juin 2016 annulé par Dr. Guay dans ce contexte, pas fermée à l'idée d'en refaire un si jamais nous voulons voir évolution de la maladie 	<ol style="list-style-type: none"> Dilaudid 1 mg po Q 2 hres PRN Méthadone aug. 3 mg po TID Remeron 15 mg po HS 	Suivi tél. 1 sem + RDV suivi 1 mois
			1.	1.	

Formulaire de suivi



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils



D74330



HHOQ

SUIVI DE CONSULTATION MÉDICALE SOINS PALLIATIFS

Date : ____/____/____ Visite de suivi N° ____ M.D. traitant : _____ M.D. de famille : _____
 aaaa mm jj
 Diagnostic : _____ Niveau de soins : 1 2 3

ÉVOLUTION DES PROBLÈMES INITIAUX

NOUVEAUX PROBLÈMES aucun

MÉDICATION ACTUELLE

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

EXAMENS RADIOLOGIQUES

LABORATOIRES

EXAMEN PHYSIQUE

Signes vitaux : TA : ____ mmHg FR : ____ /min FC : ____ /min T° : ____ °C Sat : ____ % Poids : ____ kg

Système	Anomalie	Ø particularité	non fait	Système	Anomalie	Ø particularité	non fait
1 ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Uro-génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Cutané/stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				9 Aires ganglionnaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Description : _____

IMPRESSIONS ET PLAN DE TRAITEMENT

Signature : _____

La visite de suivi: MD ou PH ou INF



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

- Outils utiles pour tous: médecin de famille, spécialiste, infirmière clinicienne, ph
- Visite de suivi typique: \approx 30 minutes.
- S'y préparer aussi!
- Voir ce qui s'est passé depuis le dernier suivi (labos, examens, traitements, changement de chimio, radio, etc) .
- Se faire déjà un plan de match approximatif avant la visite.
- Typiquement aux 2 à 4 sem (davantage si très stable)

Check list de la visite de suivi



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

1. Optionnel mais conseillé : une question ouverte : Comment ça va ? Laisser quelques minutes en général ce n'est pas long et ça permet de mettre la table et les priorités à traiter pour cette visite.
2. Gestion des symptômes et validation de la prise actuelle de médication (grille à mettre à jour), voir questionnaire utilisé pour la visite initiale.
3. Cesser les médicaments inutiles ou inefficaces. Ne pas toujours ajouter! Réévaluer en permanence.
4. Compréhension de l'évolution et des buts des traitements (revalider de temps en temps. Où on est rendus depuis la visite initiale ou la dernière visite)
5. Valider le niveau de soins si c'est à refaire, lorsque pertinent.
6. Planification de la fin de vie, introduction des services du CLSC soins palliatifs si besoin.
7. Évaluer les besoins psycho sociaux et spirituels et adresser au besoin.
8. Planifier les relances téléphoniques et les visites de suivi. Adapter le plus possible aux autres rdvs des patients. Attention certains préfèrent pas trop de rdvs la même journée.
9. Vérifier le besoin en renouvellement de prescriptions.

Le bon vieux téléphone!



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

La boîte à outils

- Connaître ses corridors de service
- Connaître les bons numéros de téléphone!
- Ne pas se gêner pour appeler un spécialiste!
 - Avis rapide
 - Explication rapide
 - Rarement mal reçu!
 - Bénéfique aussi que les spécialistes comprennent mieux notre travail en soins palliatifs.

Références utiles



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La boîte à outils

CHU
de Québec
Université Laval

1. **Palli Science** : section revue sur les cancers. Source rapide d'information pour situer le malade dans le continuum.
2. **DSQ** : labos, examens, historique des renouvellements rapidement lors des suivis (entredoses).
3. Toutes les autres références scientifiques.
 - UptoDate, Le Guide de soins palliatifs de l'APES.

5^{ème} édition à paraître automne 2017!
Guide de Soins Palliatifs et Gestion de la douleur et autres
symptômes
Version en ligne et application!
Surveillez!



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Les 10 trucs du métier :

pour sauver du temps, et parfois les meubles...

1. Le suivi téléphonique: un incontournable



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Plus de 3000 par année
- Excellent pour titrer des médicaments
- Ad quotidien chez les patients en fin de vie

2. AGIR



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- En oncologie nous n'observons pas!
- Nous agissons!

3. Connaître la base sur le type de cancer



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Prendre l'informations avant PRN
- Beaucoup de nouveautés! Il faut être prudent
 - Exemple : Mélanome stade 4
- Ne pas se gêner pour appeler l'oncologue ou l'IPO du site tumoral

4. Réajuster l'analgésie à la baisse après une mesure à action potentiellement analgésique



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Éviter le surdosage
- Exemples:
 - Kyphoplastie
 - CT
 - RT
 - Thérapie ciblée (mélanome!)
 - Infiltration, bloc
- Informer le malade et ses proches

5. Faire confiance aux grandes capacités d'adaptation des humains et des proches



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Guider
- Informer
- Soutenir
- Démontrer de l'empathie

Ne pas porter!

- Le temps est un bon allié, parfois quelques heures suffisent!



6. Prendre le temps de souligner les « petites victoires » !

La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Même si la maladie est toujours présente,
 - Mais ne pas répéter sans cesse ou faire des rappels afin de vérifier que le malade a bien compris.
- **Victoire que**
 - Chimiothérapie
 - Imagerie
 - Marqueurs
 - ...

fonctionnent!

7. Introduction – Services CLSC



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Au bon moment
- Vendre l'idée qu'il est préférable de faire le lien de manière précoce
- D'un autre côté, il ne faut pas que le malade se fasse parler de protocole de détresse et d'enlever son PAC à la visite No. 1

Vendeurs :

- Physiothérapie
- Ergothérapie – Adaptations
- Supervision à la gestion des symptômes

8. Prendre soin de soi



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Liens significatifs
- Prendre le temps de boucler: un appel, une visite...
- Travailler en équipe

9. Patient partenaire, mais MD expert !



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Il faut quand même être capable de donner son avis, son opinion...
- Partager avec le malade, ce que nous croyons être le mieux pour lui
- Le malade aime bien avoir notre opinion

10. Demeurer honnête et transparent



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Les trucs du métier

CHU
de Québec
Université Laval

- Expliquer ce qui vous inquiète
- Si on pense le malade en fin de vie, il faut lui partager.
- Parler des trajectoires habituelles et celles qui le sont moins.

Pièges à éviter



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Tirés de notre expérience...

1. Douleurs qui augmentent de façon importante ou à un site différent



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Pièges à éviter

CHU
de Québec
Université Laval

- Haut risque de complication
- Exemples:
 - Compression médullaire
 - Perforation intestinale
 - Fracture vertébrale

2. Méfiez-vous des indications officielles des médicaments



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Pièges à éviter

- **Fait peur au malade!**
- **Ne s'identifie pas à l'indication**
- **Risque d'inobservance par incompréhension**
- **Expliquer!**
- **Exemples :**
 - NRL
 - Antidépresseurs
 - Anticonvulsivants



3. Se laisser distraire par le NS ou la présence de Tx actifs ou non

La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Pièges à éviter

CHU
de Québec
Université Laval

- Le niveau de soin ne doit pas nous empêcher de faire notre travail en soins palliatifs.
- Certains vont mourir en NS 2 :
 - **Nous pouvons les accompagner**
 - **Nous pouvons les soulager**
 - **Nous pouvons les soutenir**
- Le plan de fin de vie se doit d'être fait tout de même!
 - Surtout ne pas attendre la fin des traitements pour introduire les soins palliatifs si nécessaire.

Messages clés



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

- Le travail en duo est fort payant
- Importance des liens de bonne qualité
- Rester humble
- Les soins palliatifs ont toujours leur place peu importe le niveau de soins et la présence ou l'absence de traitements.
- Une bonne préparation avec les bons outils peut mener à une bonne prise en charge en 1ère ligne.
 - Insérer quelques éléments progressivement peut faire la différence
- Se faire confiance!

Remerciements et questions



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

Un merci spécial à

M. Éric Morin, *illustrateur médical*

CHU de Québec - Université Laval (L'HDQ)

Algorithmes

Mme Christine St-Germain, *assistante-
technique en pharmacie*

CHU de Québec – Université Laval (L'HDQ)

Diaporama

Fiche Constat-recommandation



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

Fiche Constat-recommandation

Le Numéro de votre Atelier : **A-4**

Le Titre de votre Atelier : **La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science**

L'ÉLÉMENT-CLÉ

Dans ce domaine, **un (1) élément clé** qui pourrait contribuer de manière exceptionnelle à créer une différence positive pour les patients, leurs proches, les soignants ou encore le réseau de la santé...est :

La présence d'une clinique externe ambulatoire de soins palliatifs est nécessaire et indispensable à la pratique actuelle en oncologie.

NOTRE CONSTAT-RECOMMANDATION :

Pour actualiser encore davantage cet élément-clé, notre **constat-recommandation** est qu'il faut absolument:

Que l'approche palliative doit être accessible à tous les niveaux et offerte par tous les intervenants, de la première à la troisième ligne.

Que la présence active d'un pharmacien spécialisé en oncologie et soins palliatifs soit reconnue indispensable au fonctionnement d'une clinique ambulatoire de soins palliatifs.

CONSTAT 1



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

*Avec le vieillissement de la population,
l'incidence croissante du cancer, la multitude et la
complexité des traitements...*

...l'approche palliative doit être accessible à tous les niveaux et offerte par tous les intervenants, de la première à la troisième ligne. Elle nécessite quelques habiletés et une approche globale du malade mais demeure très possible à appliquer. Les cas plus complexes devraient être dirigés vers les équipes spécialisées en soins palliatifs.

CONSTAT 2



La visite du malade en soins palliatifs ambulatoires : conseils et outils pour une approche terrain au-delà de la science

La clinique ambulatoire de soins palliatifs et son équipe spécialisée dans le traitement de support du cancer ...

- ... est particulièrement adaptée à la pratique en grand centre et permet :
 - l'intégration précoce des soins palliatifs dans le continuum de la maladie cancéreuse;
 - d'améliorer le confort des malades et parfois leur pronostic;
 - aux médecins oncologues de pouvoir davantage se concentrer sur le traitement actif de la maladie cancéreuse;
 - une prise en charge des cas de symptômes complexes.

CONSTAT 3



La visite du malade en
soins palliatifs ambulatoires :
conseils et outils pour une approche
terrain au-delà de la science

*À propos de la présence du pharmacien en
clinique ambulatoire de soins palliatifs...*

... sa présence active est indispensable au fonctionnement de la clinique; son expertise combinée en oncologie et en gestion des symptômes permet de faire le lien avec les thérapies oncologiques complexes des malades et de leur assurer une thérapie optimale et sécuritaire.