

LA PLACE DES PROCHES AIDANTS

Date : 09/10/2017

SOMMAIRE

Titre	Page
<u>PRÉAMBULE</u>	5
<u>INTRODUCTION</u>	6
<u>Définition de l'aidant familial</u>	7
<u>Caractéristiques du proche aidant</u>	8
<u>L'impact de la maladie sur le proche aidant</u>	9
<u>Distinction entre « proche aidant » et « personne de confiance »</u>	10
<u>En bref...</u>	11
<u>Quelques chiffres en cancérologie</u>	12
<u>Préalable à la reconnaissance des proches aidants</u>	13
<u>LES DIFFICULTÉS DES PROCHEs AIDANTS</u>	14
<u>Les besoins des proches aidants</u>	15
<u>Impacts de la maladie sur le proche aidant</u>	16
<u>Difficultés fréquentes</u>	17
<u>Préconisations pratiques en accord avec le malade et les proches aidants</u>	19
<u>En résumé tout au long du parcours du patient</u>	21

SOMMAIRE

Titre	Page
<u>LE PROCHE AIDANT ET LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA MALADIE</u>	22
<u>Le temps du diagnostic</u>	23
<u>Le temps des traitements</u>	24
<u>Patient en rémission ou dans l'après traitement</u>	25
<u>Patient en situation palliative</u>	26
<u>Patient en phase terminale ou décédé</u>	27
<u>SITUATIONS PARTICULIÈRES</u>	28
<u>Le proche aidant face au refus de traitement du patient</u>	29
<u>Les enfants et petits enfants des patients</u>	30
<u>Répercussions sur la santé sexuelle</u>	31
<u>Tumeurs cérébrales primitives ou secondaires</u>	32
<u>RECONNAISSANCE DE LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES PERSONNES AIDANTES ET LES PROFESSIONNELS</u>	33
<u>CONCLUSION - Éléments à retenir</u>	37

SOMMAIRE

Titre	Page
<u>DROITS ET DISPOSITIFS POUR LES PROCHES AIDANTS : BOITE À OUTILS</u>	38
<u>Référentiel AFSOS « Pas à pas des démarches administratives » et fiches-infos de l'INCa</u>	39
<u>Les congés possibles</u>	40
<u>L'Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie</u>	41
<u>Hébergement pour les familles de malades hospitalisés</u>	42
<u>Hébergement temporaire ou de répit</u>	43
<u>Diverses aides à domicile pour soulager l'aidant</u>	44
<u>Accès à un prêt bancaire : convention AERAS et droit à l'oubli</u>	45
<u>ASSOCIATIONS</u>	46
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	50
<u>ANNEXES</u>	58
<u>GLOSSAIRE</u>	66
<u>CONTRIBUTEURS</u>	68

PREAMBULE

- Ce référentiel s'adresse aux soignants (médicaux, paramédicaux et de soins oncologiques de support) intervenants auprès de **patients adultes** atteints de cancer, en intra-hospitalier et en ville.
- Ce référentiel a pour objectif de sensibiliser les soignants à la place et au rôle des proches aidants ainsi qu'à la vigilance/attention qu'il faut leur apporter.
- Ce référentiel ne parle pas des patients sans proche aidant, mais nous rendons attentifs les soignants à ce type de patients très vulnérables

INTRODUCTION

DÉFINITIONS DE L'AIDANT FAMILIAL

Charte européenne de l'Aidant Familial (avec le soutien de la COFACE), 2007 :

« la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ... »

Remarque : L'HAS utilise la même définition en parlant de « l'aidant naturel »

<http://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/chartecofacehandicapfr.pdf>

Selon le Code de l'action sociale et de la famille Article R245-7 :

« Est considéré comme un aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide »

VERSION DE TRAVAIL

CARACTÉRISTIQUES DU PROCHE AIDANT

- *Non professionnel*
- *Partenaire, concubin, parent, allié ami, voisin, etc.*
- *Venant en aide de manière régulière et fréquente pour accomplir tout ou parti des actes et activités de vie quotidienne*

<http://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/chartecofacehandicapfr.pdf>

L'IMPACT DE LA MALADIE SUR LE PROCHE AIDANT

- Des études ont montré que, indépendamment de la maladie du patient, les proches aidants présentent souvent détresse psychologique et fatigue.
- L'impact sur le proche aidant varie selon les symptômes, les traitements et le pronostic de la maladie*.

* Pinqart M et al.

Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis.

Psychol Aging 2003

- Selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) :
 - 48% des aidants déclarent avoir une maladie chronique
 - 29% se sentent anxieux et stressés
 - 25% déclarent ressentir une fatigue physique et morale, etc

Distinction entre « PROCHE AIDANT » et « PERSONNE DE CONFIANCE »



Le proche aidant n'est pas toujours la
personne de confiance.

Attention à rester vigilant lors de la transmission d'informations.

Si une personne de confiance et/ou un proche aidant a été (ont été) désigné(s) par le patient, le choix doit être consigné dans son dossier.

Cette désignation peut évoluer au cours du parcours de soin.

Personne de confiance :

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit que tout patient majeur peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où la personne malade serait « hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » (article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

Désigner une personne de confiance n'est pas obligatoire, mais il l'est de proposer au patient d'en désigner une.

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches-aidants/Aider-un-proche-malade/Information-de-l-entourage/Personne-de-confiance>

En Bref...

- **Rôle actif et central** des proches aidants.
- Le proche aidant fait le plus souvent partie de l'environnement familial du patient, mais peut aussi appartenir à un périmètre plus large de l'entourage. Le lien qui les unit est fondé sur l'**affection**, ou sur le **sentiment de devoir**.
- 5 principales catégories d'aide :
 - Aide aux soins (nursing, soins, accompagnement aux rendez-vous médicaux...)
 - Activités quotidiennes (tâches ménagères, repas, courses...)
 - Aides matérielle et financière
 - Soutien moral et psychologique
 - Appui administratif et à la décision.
- Coordination entre plusieurs proches aidants d'un même patient et « répartition » des tâches.
- Aucun statut juridique pour le proche aidant, contrairement à l'aidant familial (cf diapositive 7)

Quelques chiffres en cancérologie

- 1 Français sur 10 aide un proche malade (soit 5 millions de personnes).
- 10% des personnes interrogées ont dû arrêter ou adapter leur activité professionnelle
- 35% ont accueilli leur proche malade chez elles ou déménagé à son domicile
- 56% ont déclaré que l'aide apportée occasionne des dépenses supplémentaires. 10% des aidants déclarent consacrer plus de 200 € par mois en moyenne à l'aide apportée.
- Les conséquences pour les aidants sont plus lourdes lorsque ceux-ci sont seuls ou principalement seuls (32%)
- Les aidants des personnes atteintes de cancer revendiquent peu pour eux-mêmes, bien qu'ils soient 1 sur 2 à considérer que, si c'était possible, un soutien dans leur rôle d'aidant serait nécessaire voire indispensable.

5^{ème} Rapport de l'Observatoire sociétal des Cancers « *Les aidants : les combattants silencieux du cancer* », Ligue contre le Cancer, 09/06/2016.

Préalable à la reconnaissance des proches aidants

Le concept de soin global à la personne intègre obligatoirement la place des proches aidants dans une démarche pluri-professionnelle :

- Demander au patient qui sont ses proches aidants, le noter dans son dossier et l'informer qu'ils seront pris en compte.
- Interroger les proches sur la place qu'ils souhaitent tenir auprès du malade et évaluer les **besoins** et les **limites** des proches aidants tout au long du parcours de soins.
- Informer les proches aidants que l'équipe est disponible pour les accueillir, les écouter et répondre à leurs besoins et attentes (déculpabiliser, reconnaître le besoin de verbaliser des proches aidants, ...)
- Avoir une **politique globale du soin** qui ne dissocie pas la personne malade de son **environnement**.

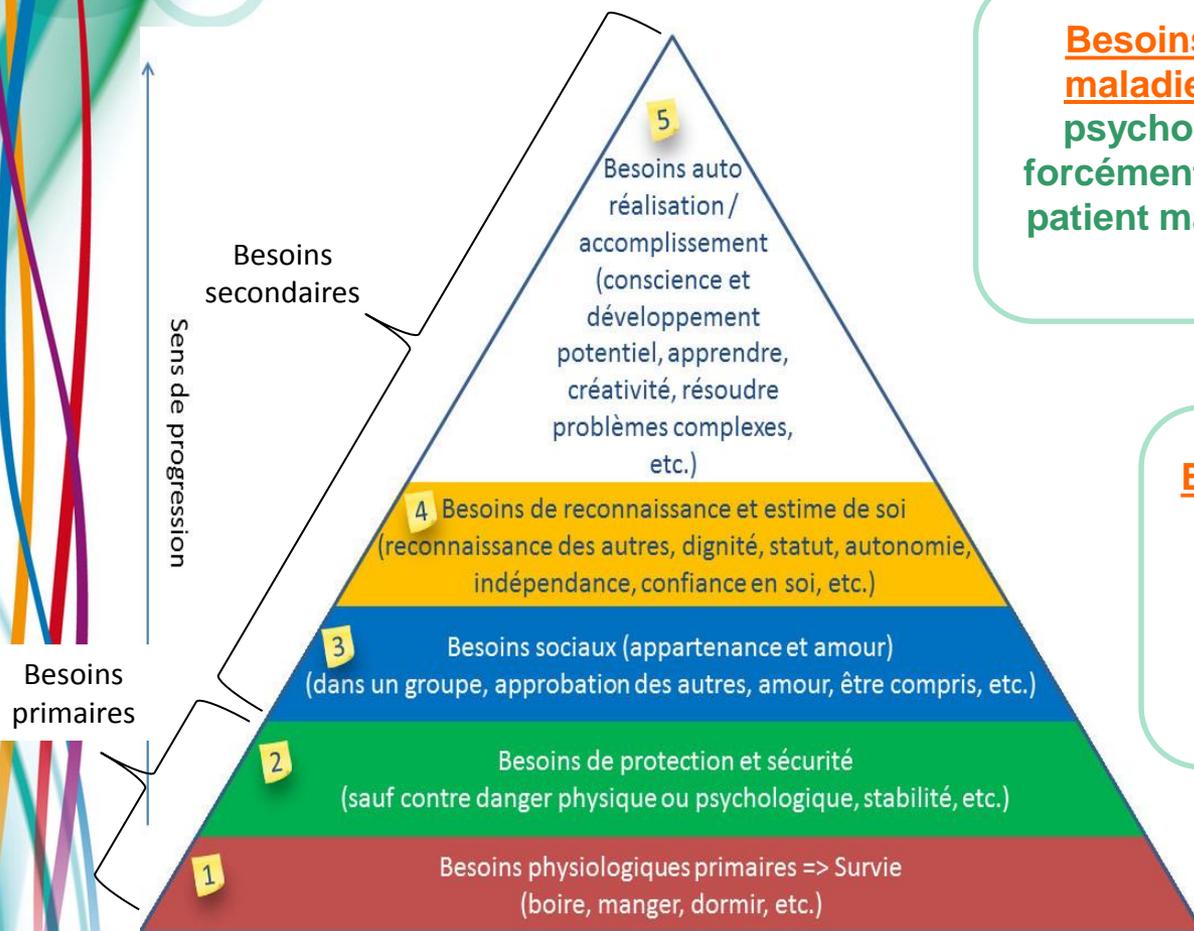
VERSION DE TRAVAIL

LES DIFFICULTÉS DES PROCHES AIDANTS

Les besoins des proches aidants

Besoins subjectifs dans le contexte de maladie : Liés au ressenti (relationnel, psychologique, émotions), ne sont pas forcément en relation avec la pathologie du patient mais peuvent déclencher des effets délétères sur le proche

Besoins objectifs dans le contexte de maladie : Liés à l'état de santé du malade et au sien propre (maladie, symptômes, handicaps, environnement, conséquences sociales, économiques, etc)



Pyramide des besoins humains de MASLOW

www.nouscomprendre.com/

Impacts de la maladie sur le proche aidant

Bouleversements familiaux : difficultés de communication, non-dits, aggravation des relations conflictuelles préexistantes, modification des rôles familiaux...

Bouleversements sociaux : ressources matérielles insuffisantes, aggravation de la précarité préexistante, état de santé précaire, isolement (humain, géographique), disponibilité (pour les proches aidants en activité notamment), arrêt du travail avec difficultés financières, difficultés de garde des enfants...

Bouleversements psychologiques : peur de perdre son proche, crainte du retentissement des effets secondaires (douleur, modification de l'image...), sentiment d'impuissance, incertitude, peur de la stigmatisation...

Difficultés fréquentes

Difficultés familiales

- le malade prend toute la place et l'attention
- délaissement des autres membres de la famille
- réactions négatives des autres membres familiaux
- retrait de certains (famille ou amis)
- sentiment de solitude
- modifications, voire dérives des rôles familiaux

Difficultés de vie

- obligation de quitter le travail
- perte financière
- fatigue
- renoncement aux soins personnels
- perte de vie personnelle sociale et culturelle
- manque de soutien familial ou amical
- manque d'expression de problèmes ou désirs personnels

Difficultés relationnelles

- mauvaise communication patient/proche
- difficulté pour le proche d'être intermédiaire entre le soignant et le patient
- isolement
- être mal identifié ou non considéré par les soignants
- manque de reconnaissance

VERSION DE TRAVAIL

Difficultés fréquentes majorées quand le patient est en ambulatoire

Difficultés au plan médical

- craindre de ne pas être à « la hauteur » dans la surveillance du patient (méconnaissance des symptômes et des traitements)
- inobservance du patient pouvant entraîner un conflit familial
- peur de ne pas savoir quand il faut avertir ou pas le médecin
- obligation d'assurer certains soins et pression pour l'observance
- manque de contacts disponibles à l'hôpital
- manque de soins de support,
- manque d'informations et/ou de formation
- peur de l'aggravation, de la mort à la maison

Difficultés organisationnelles

- difficultés financières préjudiciables à une alimentation de qualité
- difficultés à cuisiner différemment (ex: en cas d'aplasie) et culpabiliser de voir le malade mal s'alimenter
- difficultés à respecter des consignes (hygiène, diététique)
- contraintes d'aménagement du domicile (HAD, lit médicalisé, matériels des prestataires, étrangers dans la maison)
- déplacements répétés vers pharmacie ou lieux de soins, ou démarches administratives
- événements imprévisibles bouleversant l'organisation

PRÉCONISATIONS PRATIQUES EN ACCORD AVEC LE MALADE ET LES PROCHES AIDANTS

- Être proactif et disponible dans l'écoute des besoins, l'accueil des émotions négatives (peur, stress, colère, angoisse), car souvent les proches aidants n'osent pas exprimer leurs ressentis.
- Bien identifier les proches aidants. Tenir compte de leur âge et de leur situation physique et cognitive.
- Instaurer une relation de confiance avec les proches aidants, garder le contact et communiquer régulièrement.
- Respecter l'autonomie et le du choix du patient.
- Anticiper la sortie dès l'admission (RDV, médicaments, SOS).
- Associer le proche au partage d'informations, avec l'accord du patient.

PRÉCONISATIONS PRATIQUES EN ACCORD AVEC LE MALADE ET LES PROCHES AIDANTS

- Donner la formation nécessaire (ETP), les conseils utiles au suivi, une conduite à tenir adaptée à la situation et aux risques potentiels.
- Donner les numéros de contacts utiles joignables et facilitant la prise en charge au domicile.
- Anticiper les situations à risque, contact avec le médecin traitant avant la sortie.
- Anticiper avec le pharmacien de ville si médicaments spéciaux ou morphiniques.
- Proposer des aides et un accompagnement dans la durée.
- Enlever la pression du « devoir faire » et leur laisser le choix.
- Si cela est possible, assurer des périodes de répit aux proches aidants dans l'ambulatoire si nécessaire en proposant une hospitalisation.

En résumé tout au long du parcours du patient :

- Prévenir le proche qu'il rencontrera des difficultés tout au long de la maladie et même dans l'après cancer et qu'il sera traversé de sentiments variés et fluctuants (tristesse/espoir, colère, anxiété, confiance, découragement, etc....) en décalage parfois avec ceux du patient et que cela est normal.
- L'assurer de la disponibilité des soignants et le mettre en contact d'emblée avec les professionnels pouvant lui proposer une aide adaptée.
- Vérifier s'il y a un entourage pour soutenir le « soutenant ».
- Faire un bilan de ses besoins pour apprécier sa disponibilité et les conséquences prévisibles pour lui.
- Déculpabiliser le proche qui s'autorise à avoir des activités ressourçantes pour maintenir un équilibre psychique positif.
- Être particulièrement attentif aux proches aidants que l'on voit peu souvent quand le patient est en ambulatoire

LE PROCHE ET LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA MALADIE

Le temps du diagnostic

Le temps du diagnostic est celui de la rencontre avec l'inconnu (la maladie, les traitements, le monde médical...). L'incertitude et les questionnements sur l'avenir qui apparaissent seront présent tout le temps de la maladie, mais aussi après.

Questions à se poser

- Quel partage d'information souhaite le patient avec son proche aidant?
- Quelles sont les ressources du proche (disponibilité, financières, psychologiques) ?
- Le proche privilégié désigné comme tel par le patient est-il reconnu comme légitime par l'entourage familial ?
- Le proche désigné est-il personne de confiance ? Ses rôles sont-ils clairement définis ?

Préconisations

- Expliquer au patient pourquoi la présence d'un proche est en général souhaitable aux consultations, et l'aider à identifier lequel de ses proches serait le plus aidant dans ce cadre.
- Créer un espace temps - lieu pour que le proche puisse s'exprimer et parler en son nom propre.
- Généraliser le dispositif d'annonce et élaborer le PPS en étant attentif à y associer les proches aidants.
- Proposer d'emblée aux proches aidants un accès aux soins oncologiques de support et aux associations.

Le temps des traitements

Les proches aidants ont souvent un grand sentiment d'impuissance et du mal à trouver leur place dans le monde des soignants. De plus il n'est pas facile pour eux de comprendre les réactions et mécanismes de défense des patients

Questions à se poser

- Comment va-t-il ?
- Quel est son besoin d'informations ?
- Est-il dans l'obligation de quitter ou restreindre ses activités (professionnelles et/ou sociales) ?
- Dispose t-il d'un recours (associations, soins à domicile, disponibilité du médecin traitant) ?
- Dispose t-il de facilités pour venir visiter son malade?

Préconisations

- Faciliter l'accès aux patients hospitalisés (accueil, stationnement, chambres accompagnants, horaires libres de visite, webcam, internet).
- Informer au fur et à mesure, avec l'accord du patient, dans un langage clair et accessible.
- Évaluer le désir et les possibilités pour le proche de participer ou d'assister aux soins.
- Veiller à respecter l'intimité patient/proche.
- Inciter le proche à prendre soin de lui, l'aider à reconnaître les signes d'épuisement, et à s'autoriser des temps de ressourcement.

Patient en rémission ou dans l'après traitement

Nouvelle difficulté, souvent inattendue, pour les proches aidants : apprendre à vivre avec un patient en rémission ou dans l'après traitement, qui a peut-être beaucoup changé et avec lequel il faudra réinvestir de nouvelles relations et de nouveaux projets

Questions à se poser

- Quel est l'état de fatigue du proche ?
- A t-il encore des aides et du soutien ?
- Est-il en lien avec le médecin traitant et les professionnels du domicile ?
- Le schéma familial a t-il été bouleversé par le parcours de la maladie ?
- Le proche aidant travaille-t-il encore ?
- Quelles tâches assume-t-il (maison, famille, administratif, etc.)? Cela lui convient-il?

Préconisations

- Systématiser le dispositif de fin de traitement avec évaluation des besoins.
- Les informer sur les difficultés de l'après-cancer que peut traverser le patient.
- Les inciter à investir des temps spécifiques pour eux-mêmes.
- Anticiper les risques sociaux (crédits et prêts bancaires, réinsertion et/ou réorientation professionnelle).
- Accompagner la réorganisation du schéma familial en fonction des difficultés (travail du conjoint, aide aux enfants).
- Les aider à réinvestir ou maintenir le lien étroit avec leur médecin traitant.

VERSION DE TRAVAIL

Patient en situation palliative

La situation palliative peut être plus ou moins longue et ne se limite pas à la fin de vie. Les proches sont intégrés dans la construction du projet de vie du patient quelque soit la situation.

(<http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>)

Difficultés

- Soins palliatifs = tabou
=> beaucoup de non-dits, de peurs et méconnaissance du public.
- Manque de formation des professionnels et méconnaissance des spécificités et des outils propres aux soins palliatifs.
- Complexité des situations palliatives.
- Insuffisance de collaboration entre les services d'oncologie et les soins palliatifs.
- Manque d'anticipation.
- Manque d'informations « au fil de l'eau »

• Cf en annexe : [Outil Pallia10](#), [fiche URGENCE PALLIA](#), [Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale](#)

Préconisations

- Clarifier la notion de soins palliatifs : information grand public, diffusion de la culture palliative
- Former les personnels aux spécificités et aux outils propres aux SP
- Instaurer une collaboration pluri professionnelle systématique et précoce afin d'anticiper les situations et d'envisager la complexité
- Favoriser l'accompagnement des proches aidants : information, écoute, lieux d'accueil
- Délivrer un projet de soins clair, connu du patient et des proches aidants
- Intégrer la démarche palliative dans le projet de soins

EN DE TRAVAIL

Patient en phase terminale ou décédé

C'est le temps du passage de ce qui est à ce qui ne sera plus, avec une intensité des émotions, la gestion de formalités et des tensions familiales potentielles. Nécessité d'un soutien et d'un accompagnement des proches dans l'avant et l'après-décès.

Difficultés

- Aggravation non anticipée
- Traitements « jusqu'aboutistes ».
- Manque d'informations adaptées.
- Ambivalence des mécanismes de défense.
- Niveaux d'information différents qui nuisent à la communication.
- Conditions peu favorables pour la fin de vie à l'hôpital ou à domicile.
- Personnel en difficulté par rapport aux affects des proches aidants.
- Difficultés pour les proches aidants à appréhender la « vie d'après ».

Préconisations

- Ne pas être dans l'évitement du sujet, pas de fausses réassurances en respectant les défenses de chacun.
- « Humaniser » les conditions de fin de vie : accueil, écoute, information dans un lieu et du temps dédiés.
- Avoir recours aux EMSP pour un soutien des professionnels de proximité et un éventuel relais auprès des proches aidants.
- Accueillir les aidants après le décès pour un temps de parole.
- Orienter dès le décès vers des professionnels, des associations, ou des groupes de paroles, qui pourront assurer le suivi de deuil.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

LE PROCHE AIDANT FACE AU REFUS DE TRAITEMENT DU PATIENT

Le refus de traitement n'est pas un refus de soin.

Avec l'accord du patient, le proche doit être informé des différentes options et accompagné selon le choix du patient

Difficultés

- Positionnement difficile concernant la décision alternative.
- Niveaux différents de compréhension/ de représentation des enjeux et des risques.
- Conflit de loyauté entre équipe de soin et patient.
- Difficultés à respecter l'autonomie du patient (notamment par rapport à sa sécurité).
- Prise de décision sans concertation avec le patient.
- Culpabilisation du patient.

Préconisations

- Partager au maximum les informations sans pression ni jugement.
- Lui expliciter clairement le choix du patient et les solutions alternatives si nécessaire.
- Aider à l'élaboration de projet de vie.
- Soutenir et accompagner le proche aidant.
- Rassurer sur le non abandon.
- Ne pas « utiliser » le proche aidant pour convaincre le patient à faire le traitement

LES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS DES PATIENTS

Quel que soit son âge, l'enfant a besoin d'être informé sur la situation de son parent.

Difficultés

- Crainte des parents de ne plus pouvoir assumer leur rôle.
- Peur de faire du mal à leur(s) enfant(s) en leur annonçant le cancer.
- Méconnaissance des pensées magiques ou fausses croyances sur la maladie que les enfants ont, selon leur âge.
- Risque de mettre trop les enfants en position de soignant ou d'aidant.
- Difficulté préexistante de communication au sein de la famille.
- Accompagnement, soutien parfois difficile de l'enfant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée.

Préconisations

- S'assurer que les enfants ont été informés de la situation.
- Orienter systématiquement les patients et/ou le proche aidant vers l'équipe de psycho-onco afin de les accompagner dans le dialogue avec leurs enfants autour de la maladie.
- Aider l'enfant à développer un sentiment de sécurité en lui permettant par exemple de venir à l'hôpital voir où son parent est soigné.

VERSION DE TRAVAIL

RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTE SEXUELLE

La santé sexuelle ne se résume pas à la sexualité ou la génitalité. Il est fréquent qu'elle soit impactée par la maladie et n'ait pas les mêmes répercussions pour le patient et pour le proche.

Difficultés

- Les traitements peuvent entraîner des dysfonctions sexuelles et des problèmes de fertilité
- Le contexte de maladie potentiellement mortelle, de perte d'énergie et d'élan vital du patient peut également déstabiliser le/la partenaire
- Vécu différent pour chacun, pas forcément partageable entre le patient et le proche, pouvant engendrer des difficultés de communication
- Projets de parentalité parfois mis à mal
- Problématique sexuelle tabou : patient et conjoint n'osent pas spontanément en parler aux professionnels - soignants pas souvent proactif sur ce sujet

Préconisations

- Permettre les échanges sur le sujet avec le patient et le proche
- Tenir compte des objectifs de qualité de vie des malades et de leurs partenaires
- Expliquer au conjoint que la baisse de libido dans ce contexte est normale.
- Organiser, à chaque niveau de responsabilité des soignants et à chaque étape du parcours de soins, la prévention et/ou la prise en charge des possibles dysfonctions sexuelles induites par la maladie et ses traitements
- Développer un travail en réseau entre les soignants et les centres de préservation de la fertilité → Mise en place de RCP spécifique

TUMEURS CÉRÉBRALES PRIMITIVES OU SECONDAIRES

Les proches aidants sont confrontés, en plus de la maladie cancéreuse, à des altérations fonctionnelles et/ou neurocognitives chez les patients

Difficultés

- Handicap moteur et cognitif
- Dynamique familiale modifiée (responsabilité, redimensionnement et répartition des tâches – administratives, ménagères, logistiques...)
- Image corporelle, situation sociale, santé sexuelle, vie professionnelle et/ou parentale perturbées (penser aux enfants et à leur accompagnement dans ce changement physique et cognitif)

Préconisations

- Mettre en place des formations à l'ergonomie et à la connaissance de la maladie
- Aider les proches à comprendre cette nouvelle personne et à la reconnaître dans ses différences.
- Orienter, selon les besoins, vers les professionnels de Soins de Supports (psycho-onco, ergothérapeute, soins palliatifs, assistant social, onco-réhabilitation,, ...)
- Inciter les proches aidants à demander de l'aide (famille, amis, soignants) notamment pour ceux qui ont des troubles cognitifs ne pouvant pas rester seuls
- Informer les proches aidants sur les ressources matérielles et humaines disponibles dans leur secteur (Réseaux de Soins, associations, ...)
- Proposer un temps de rencontre médecin – proche aidant, avec l'accord du patient

RECONNAISSANCE DE LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES PROCHES AIDANTS ET LES PROFESSIONNELS

RESULTATS D'ENQUETES

- Un sondage réalisé par La Maison des aidants sur « Ce que veulent les aidants » montre en 1^{er} :

« *des personnels soignants qui me considèrent comme un partenaire de soin et qui tiennent compte de mon avis* »

- Un enquêté sur quatre déclare recevoir suffisamment d'aide à la fois de son conjoint, de sa famille et de ses amis

Réf:

- <http://www.lamaisondesaidants.com/wp-content/uploads/2016/03/Résultats-SONDAGE-LMA-octobre-2016.pdf>
- Extrait - La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer

DIFFICULTÉS

- **Il arrive que les proches aidants doivent aussi jouer le rôle des professionnels de SOS**
 - Diététique
 - Soutien psychologique
 - Mobilisation et massages
 - Actes infirmiers et de nursing
 - Etc.
- **Les aidants « obligés », non formés, peuvent se sentir dépassés et impuissants voire culpabilisés si leurs actions ne sont pas efficaces et reconnues. Ils peuvent vouloir arrêter de réaliser ces actes et il convient au professionnel de l'accepter et de trouver une solution pour la continuité des soins.**
- **Il arrive que le proche aidant soit aussi soignant : l'aider à définir sa juste place et se référer au code de déontologie concernant le secret médical.**

COMPLÉMENTARITÉ DANS L'EXPRESSION ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DU PATIENT

Les proches aidants

- Savoir « profane » : *connaissance du malade* (représentations / vécus différents, mode de vie...)

- Les savoirs sont complémentaires et peuvent être partagés et développés lors de formation ETP commune.
- Dans le cas où le proche aidant est la personne de confiance, donc investie de la parole du patient, elle doit être entendue lors des prises de décision si le patient n'est pas en mesure de s'exprimer.

Les soignants

- Savoirs « experts »
- « *Autorité décisionnelle* »
- Connaissance de la pathologie, des traitements et du milieu médical

CONCLUSION - Éléments à retenir

- Il faut rendre attentif le proche aidant sur le fait qu'il doit prendre soin de lui pour pouvoir prendre soin de son proche.
- Le cheminement du proche aidant n'est pas forcément le même que celui du patient, chacun appréhendant à sa manière le temps et les répercussions de la maladie
- L'accompagnement d'un proche malade peut aussi bien renforcer la relation que la dégrader.
- Chaque relation patient / proche aidant relève d'une intimité ignorée du soignant ce qui nécessite une constante adaptation pour une prise en charge individualisée.
- **Chaque relation patient / proche aidant a sa propre légitimité et doit être reconnue par le soignant sans jugement ni incitation à la modifier.**

DROITS ET DISPOSITIFS POUR LES PROCHES AIDANTS : BOITE À OUTILS

Référentiel AFSOS « Pas à pas des démarches administratives » et fiches-infos de l'INCa

- Le proche aidant s'occupe des démarches administratives du patient ?
=> Ces dernières peuvent s'avérer complexes...
- Le Référentiel AFSOS « Pas à pas des démarches administratives » recense toutes les démarches utiles et nécessaires selon le moment du parcours et la situation (<http://www.afsos.org/fiche-referentiel/a-demarches-administratives/>).
- Le site de l'INCa dispose de fiches-infos sur les démarches : Pensez-y ! (<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Vos-demarches>).

N'hésitez pas à orienter le proche aidant vers l'assistant social !

VERSION DE TRAVAIL

La place des proches aidants

À évaluer avec
l'assistant social

Les congés possibles

	Congé de proche aidant	Congé de solidarité familiale
Pour quoi ? (contexte)	S'occuper d'une personne handicapée ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité.	Assister un proche dont la maladie met en jeu le <u>pronostic vital</u> ou qui se trouve en <u>phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable</u> .
Pour qui ?	Salarié avec au min 1 an d'ancienneté. Pour son conjoint, un ascendant, descendant, collatéral (4 ^{ème} degré) et personne avec qui il réside ou entretient des liens étroits et stables.	Salarié pour son conjoint, un ascendant, descendant, frère/sœur et personne partageant le même domicile.
Comment ?	Demande par lettre recommandée avec AR ou courrier électronique avec dates de début et prévisionnelle de fin. + certificat médical du MT du patient.	Demande par lettre recommandée avec AR ou courrier électronique avec dates de début et prévisionnelle de fin. + certificat médical du MT du patient.
Durée ?	3 mois (peut varier si convention collective), renouvelable. Maximum 1 an sur toute la carrière. En continu, partiellement ou en fractionné.	3 mois, renouvelable une fois (peut varier si convention collective). Ou 3 jours après le décès du proche aidé. En continu, partiellement ou en fractionné.
Rémunération ?	<u>Sans solde</u> (peut varier suivant convention collective).	<u>Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie</u> : A DEMANDER.

La place des proches aidants

À évaluer avec
l'assistant social

L'Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Conditions	Bénéficiaire d'un congé de solidarité familiale auprès de l'employeur. Le patient ne doit pas être hospitalisé au moment de la demande.
Démarches	Attestation de l'employeur précisant que le salarié bénéficie d'un congé de solidarité familiale + formulaire de demande (Cerfa n°14555*01) À ENVOYER au Centre National de gestion des demandes d'Allocations Journalières d'Accompagnement d'une Personne en fin de vie (Cnajap)
Durée	Maximum 21 jours (42 jours si temps partiel). Plusieurs bénéficiaires peuvent percevoir l'allocation concomitamment ou successivement, dans le respect de la limite de durée maximale.
Montant	55,37 € par jour 27,68 € si congé de solidarité familiale à temps partiel.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F706>

<https://www.ameli.fr/employeur/demarches/fin-vie-deces/accompagnement-fin-vie>

Hébergement pour les familles de malades hospitalisés

	Hébergement pour les familles de malades hospitalisés.
Pour qui ?	<ul style="list-style-type: none"> - Malade, suivi en hôpital de jour ou en traitement ambulatoire - Proche d'un patient hospitalisé
Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergement à proximité du lieu d'hospitalisation ou de soins - Attention personnalisée et bienveillante - Accompagnement humain et chaleureux, assuré par des équipes de professionnels et de bénévoles
Prix ?	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des établissements agissent dans le cadre d'une convention avec le Régime Général de la Sécurité Sociale (ou autres régimes). - Modulation des frais d'hébergement selon les revenus. - Certaines mutuelles participent.
Où et comment les trouver ?	Liste des hébergements pour familles de malades hospitalisés sur le site de la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières (FMAH) : http://fmah.fr/admin/carte.php

À évaluer avec
l'assistant social

Hébergement temporaire ou de répit

	Hébergement temporaire / de répit.
Pour qui ?	Le patient
Pourquoi ?	Soulager le proche aidant, lui permettre de s'absenter ponctuellement et/ou de se reposer.
Dans quelles structures ?	<ul style="list-style-type: none"> - EHPAD proposant de l'hébergement temporaire - Autres structures spécifiques locales d'accueil temporaire de répit (maison de vie de la croix rouge, etc)
Conditions d'accueil ?	Accueil programmé, sous forme de contrat entre l'établissement et le patient, pour une durée déterminée.
Financement ?	Hébergement généralement à la charge du patient. Aide au financement partiel selon le degré de dépendance (APA ou MDPH). Prise en charge des soins par l'assurance maladie.

La place des proches aidants

À évaluer avec
l'assistant social

Diverses aides à domicile pour soulager l'aidant

Aides à domicile pour soulager l'aidant.		
Pris en charge – sur prescription médicale	Quoi ?	Matériel médical, toilette, soins, etc
	Financement ?	Par la sécurité sociale.
Payant (ou facturé au patient)	Quoi ?	Ménage, entretien du linge, courses, portage de repas, téléalarme, etc
	Financement ?	Recherche de financement par l'assistant social en fonction de la situation de chacun : mutuelle, caisse de retraite principale ou complémentaire, Allocation Personnalisée à l'Autonomie, sécurité sociale (dispositifs départementaux spécifiques à la cancérologie), aide financière exceptionnelle d'associations...

Accès à un prêt bancaire : convention AERAS et droit à l'oubli

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)	Droit à l'oubli
<p>Améliorer les conditions dans lesquelles les malades ou anciens malades empruntent pour pouvoir mener à bien leurs projets.</p>	<p>Non-déclaration d'un cancer survenu antérieurement à la demande d'emprunt</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Instaure un « droit à l'oubli ». - Prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes - Délai de traitement limité - Liberté de choisir une autre assurance que celle du prêteur - En cas de litige : commission de médiation de la convention AERAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour un emprunteur dont le cancer a été diagnostiqué avant ses 18 ans et dont les traitements sont terminés depuis 5 ans - Ou pour un emprunteur dont le protocole thérapeutique est achevé depuis plus de dix années quel que soit le cancer dont il a été atteint.

Attention : cette partie sur les associations n'est **pas exhaustive**. Il existe de nombreuses associations et manifestations notamment au niveau local.

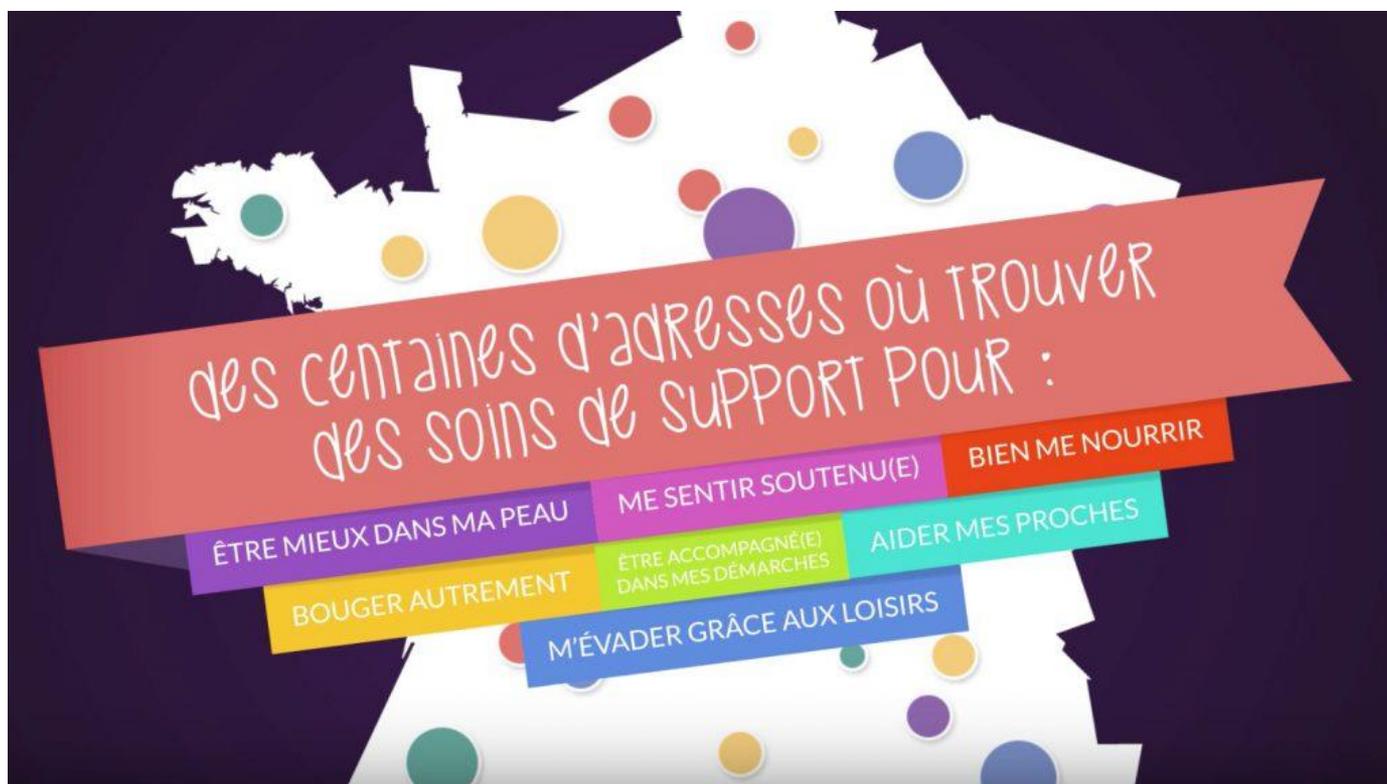
Vous pouvez conseiller aux proches aidants que vous rencontrez de se tourner vers le **Réseau Régional de Cancérologie** et dans les **Espaces Rencontre Informations** des établissements pour se renseigner.

ASSOCIATIONS

Associations

Carte interactive des soins de support et des associations, AFSOS et PFIZER

<https://www.lavieautour.fr/>



Associations.

Cartes des associations, INCA



ACCÉLÉRONS LES PROGRÈS
FACE AUX CANCERS

Carte des associations

Cet annuaire recense uniquement des associations et des lieux d'information pour les patients et leurs proches **partenaires de la plateforme Cancer info** (ou membres de fédérations d'associations partenaires). Leurs missions et leurs actions sont décrites sous leur responsabilité.

La recherche se fait par thèmes, par type de structures (association locale, nationale ou lieu d'information) et par localisation géographique.

Pour **trouver un lieu d'information**, sélectionnez "Tous les cancers" dans le champ "Thème de la recherche".

Une fois la carte des résultats affichée, vous pouvez zoomer pour l'agrandir et cliquer sur les points de votre choix pour en savoir plus. Vous pouvez aussi afficher tous les résultats sous forme de liste.

Exemples d'associations

Liste non exhaustive

Ligue contre le cancer <i>Contactez la Ligue près de chez vous pour connaître leurs actions et spécificités locales !</i>	https://www.ligue-cancer.net/
Association française des aidants	http://www.aidants.fr/
Aidant Attitude <i>Cf « les petites recettes entre aidants » en annexe</i>	http://www.aidantattitude.fr/
Avec nos proches aidants	http://www.avecnosproches.com/
Proche de malade	http://www.prochedemalade.com/
JADE : jeunes aidants ensemble	http://www.jeunes-aidants.fr/

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie générale

- [ANESM - Le soutien des aidants non professionnels](#)
- [Charte Européenne de l'Aidant Familial, avec le soutien de la COFACE](#)
- [Code de l'action sociale et de la famille Article R245-7](#)
- Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging 2003;18:250–67
- <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Aider-un-proche-malade/Information-de-l-entourage/Personne-de-confiance>
- [im]Patients, Chroniques & Associés – 2016. www.chronicite.org
- 5ème Rapport de l'Observatoire sociétal des Cancers « Les aidants : les combattants silencieux du cancer », Ligue contre le Cancer, 09/06/2016.
- <http://www.lamaisondesaidants.com/wp-content/uploads/2016/03/Résultats-SONDAGE-LMA-octobre-2016.pdf>

Bibliographie générale

- Extrait - La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - Collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014
- Ouvrage de Martine Ruszniewski « Face à la maladie grave - Patients familles soignants »
- SOR Savoir de la Ligue Contre le Cancer et de la FNCLCC « [vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer](#) »
- Guide de la Ligue Contre le Cancer « [comment accompagner un proche atteint de cancer](#) »

Bibliographie

Textes législatifs relatifs au refus de soin

- Articles [L. 1111-1](#), [L. 1111-4](#) du Code de la santé publique
- Article 36, 42, 47 du [décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale](#)
- Article 42 du [décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des établissements hospitaliers](#)
- Chapitre IV de la [circulaire DGS-DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés \(Charte du patient hospitalisé\)](#)
- Référentiel AFSOS « [Refus de soin en oncologie chez l'adulte](#) »

Bibliographie

Les enfants ou petits-enfants de patients

- Référentiel AFSOS « [Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants ?](#) »
- http://www.allodocteurs.fr/se-soigner/handicap/aidants-familiaux/aidants-familiaux-quand-les-enfants-prennent-soin-de-leur-famille_19072.html
- <http://www.jeunes-aidants.fr/>

Bibliographie

Répercussions sur la santé sexuelle

- Référentiels AFSOS « Cancer et fertilité »
- Référentiels AFSOS « Cancer, santé sexuelle et intimité »
- Référentiels AFSOS « Cancer, vie et santé sexuelle »
- Brochures Ligue Contre le Cancer « sexualité et cancer, information destinée aux femmes »
- Brochures Ligue Contre le Cancer « information destinée aux hommes »

Bibliographie Boite à outils

- <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/a-demarches-administratives/>
- <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Vos-demarches/>
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1767>
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F706>
- <https://www.ameli.fr/employeur/demarches/fin-vie-deces/accompagnement-fin-vie>
- <http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>

Bibliographie Questionnaires

- Minaya P, Baumstarck K, Berbis J, Goncalves A, Barlesi F, Michel G, Salas S, Chinot O, Grob JJ, Seitz JF, Bladou F, Clement A, Mancini J, Simeoni MC, Auquier P. - The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer - Eur J Cancer. 2011 Oct 25
- Grille de ZARIT © Echelle de pénibilité ou évaluation du fardeau (cf Annexes)
- Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française - Psychologie Française, 2003, 48, 3, 41-53.

ANNEXES

Axes prioritaires 2018 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière (réf; dia 61*)

Intitulé : Améliorer le repérage et la prise en charge des aidants

Contexte : Le nombre d'aidants d'un proche fragilisé par une maladie chronique, le handicap ou l'âge n'a cessé de croître au cours de ces dernières années et la France en compte actuellement une dizaine de millions. Les associations et sites dédiés aux proches aidants se sont multipliés et depuis 2010, une journée nationale leur est consacrée.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a consacré tout un chapitre sur le rôle des proches aidants dans lequel sont notamment prévus le renforcement des dispositifs de répit ainsi que le congé de proche aidant.

Par ailleurs, de nombreux plans nationaux ont inscrit des mesures visant à développer des actions en faveur de la préservation et/ou de la qualité de vie de ce public dont on estime que près de la moitié développe une maladie chronique liée au stress et à l'épuisement.

- Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie :

• Actions « Mieux repérer les proches aidants susceptibles de développer des troubles liés au fardeau ressenti, à la fatigue et à l'impact de l'aide qu'ils apportent à un proche sur leur vie quotidienne (isolement, gestion du temps, etc.) » et « Mieux orienter les aidants vers les intervenants pouvant évaluer leur situation, les soutenir, leur apporter des soins ; les accompagner dans l'acceptation d'une aide et organiser un suivi pour s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas » de la mesure 5 « Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants »

Axes prioritaires 2018 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière*

Action « Prendre en compte la problématique de suivi des aidants dans le développement professionnel continu (DPC) » dans le cadre de la mesure 25 « Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie »

- Plan maladie neurodégénératives :

Action « Assurer une meilleure évaluation des besoins des aidants par eux-mêmes et par les professionnels pour adapter chaque intervention à l'environnement dans lequel elle s'inscrit » de la mesure 50 « Structurer et mettre en œuvre une politique active en direction des proches aidants dont font partie les aidants familiaux »

- Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 :

Mesure 8-5 « Soutenir les proches aidants de patients en fin de vie en favorisant l'accès à des solutions de répit pour le patient et les aidants »

* INSTRUCTION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

PALLIA10

<http://www.sfap.org/rubrique/pallia-10>

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'**accumulation des besoins** rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, **priorisation et coordination des interventions**.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, **Pallia 10** explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

FICHE URGENCE PALLIA

La place des proches aidants

Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à Informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
 Téléphone : ou tampon :
 Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme NOM : Prénom :
 Rue : Né(e) le :
 CP : Ville : Téléphone :
 N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :
 Médecin hospitalier référent : Dr Tél :
 Service hospitalier référent : Tél :
 Lit de repli possible² : Tél :
 Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :
 Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :
 Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :
 Autres intervenants à domicile :
 (SSIAD, IDE libérale...)
 avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 si extrême, l'écrire en majuscules Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées :
 Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA

Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA

Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA

Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP

Personne de confiance Lien : Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir Lien : Tél :

¹) NA = Non Applicable ou Inconnu ²) Validé ou préalable avec le service concerné Version fiche 2017-06

IN DE TRAVAIL

Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale

La place des proches aidants

Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre

d'une sédation pour détresse en phase terminale

Aider à la prise de décision pour améliorer les pratiques

Deux indications peuvent amener un patient et/ou une équipe médicale à envisager une sédation pour détresse :

1. Les complications aiguës à risque vital immédiat (hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques, etc.);
2. La persistance de symptômes réfractaires, vécus comme insupportables par le patient et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts réalisés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

Mais si ces indications cliniques sont facilement identifiables, la décision de mettre en œuvre une sédation soulève des questions pour lesquelles il n'existe aucune réponse simple: **seule une discussion en équipe, avec le patient et avec ses proches, peut permettre de trouver un compromis face à la complexité d'une telle décision.** Cette discussion doit être structurée autour de questions qui - même si elles ne trouvent pas de réponse - doivent nécessairement être posées.

La *check-list* de questions qui suit **ne porte donc que sur le processus de décision visant à mettre en œuvre une sédation** et sur l'accompagnement de cette décision, et non sur les *modalités cliniques* de cette mise en œuvre (niveau de sédation, cinétique des médicaments, etc.).

Quand parle-t-on de sédation ?

La sédation pour détresse est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.

Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

La sédation peut concerner la phase palliative ou la phase terminale de la maladie :

- La **phase palliative** est la période de la prise en charge durant laquelle les objectifs des soins et des traitements sont la prise en compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie, malgré l'impossibilité d'une guérison.
- La **phase terminale** correspond à la période de la prise en charge durant laquelle le décès est inévitable et proche. Les soins et les traitements n'ont alors pour seul objectif que le maintien de la qualité de la vie.

Sédation ou anxiolyse ?

Le médicament de première intention pour la sédation pour détresse en phase terminale est une benzodiazépine, le Midazolam. Or comme toutes les benzodiazépines, le Midazolam est anxiolytique: le même médicament peut donc être utilisé à la fois pour ses propriétés anxiolytiques et pour ses effets sédatifs. Cette double utilisation est parfois source de confusion.

La sédation est à distinguer de l'anxiolyse. Contrairement à la sédation, **l'anxiolyse n'a pas pour objectif d'altérer la vigilance du patient** : elle vise l'apaisement de l'anxiété, c'est-à-dire d'un état de désarroi psychique ressenti en face d'une situation éprouvante, et s'accompagnant d'un fort sentiment d'insécurité.

Mode d'emploi :

Avant de prendre la décision de mettre en œuvre une sédation, l'équipe médicale et soignante doit toujours se poser un certain nombre de questions.

Ce guide a pour objectif de vous aider dans ce questionnement : il ne s'agit pas d'établir un « score », mais de faciliter la prise de décision, en vous aidant à poser les questions de façon méthodique, et d'établir une traçabilité.

1/ S'assurer que l'équipe prenant en charge le patient dispose, en son sein ou par l'intermédiaire d'une équipe ressource, de compétences en soins palliatifs

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Au moins un membre de l'équipe médicale et soignante a une formation diplômante en soins palliatifs et une expérience clinique de la sédation. | OUI | NON |
| 2. Une équipe ressource en soins palliatifs accompagne l'équipe médicale et soignante dans le processus décisionnel | OUI | NON |
| 3. Le médecin responsable du patient a une connaissance et une expérience des médicaments sédatifs utilisés | OUI | NON |

2/ Mettre en place un processus collégial et pluri-professionnel de prise de décision de mettre en place ou de poursuivre une sédation

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. L'avis de la personne malade a été recherché | OUI | NON |
| 2. Si le malade ne peut plus s'exprimer, son avis a été recherché par l'intermédiaire de ses directives anticipées, et/ou par l'intermédiaire de la personne de confiance, de sa famille, ou à défaut de ses proches | OUI | NON |
| 3. La prise de décision fait suite à une évaluation de la situation du patient, associant plusieurs professionnels | OUI | NON |
| 4. La prise de décision fait suite à une ou plusieurs réunions collégiales | OUI | NON |
| 5. L'équipe a anticipé une réévaluation régulière de la profondeur et de la durée (continue ou non) de la sédation | OUI | NON |
| 6. Les arguments développés lors de la concertation pluriprofessionnelle et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient | OUI | NON |

3/ S'assurer que les objectifs visés par la sédation sont bien compris par les membres de l'équipe prenant en charge le patient

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Les objectifs de la sédation sont-ils clairement énoncés ? | OUI | NON |
| 2. Ces objectifs ont-ils été discutés au sein de l'équipe ? | OUI | NON |
| 3. Sont-ils écrits dans le dossier médical du patient ? | OUI | NON |
| 4. Est-il prévu d'évaluer l'effet de la sédation au regard de ces objectifs ? | OUI | NON |

4/ Donner au patient, en tenant compte de ses capacités, l'ensemble des informations relatives aux objectifs, aux modalités de mise en œuvre et d'entretien, aux conséquences et aux risques de la sédation, et les retranscrire dans son dossier.

- | | | | |
|--|-----|-----|------------|
| 1. Une information a-t-elle été donnée au patient sur les objectifs de la sédation ? | Oui | Non | Impossible |
| 2. Sur les modalités de mise en œuvre de la sédation ? | Oui | Non | Impossible |
| 3. Sur les conséquences et sur les risques inhérents de la sédation ? | Oui | Non | Impossible |
| 4. L'équipe s'est-elle assurée de la compréhension du patient ? | Oui | Non | Impossible |

Conflit d'intérêt : aucun

LES PETITES RECETTES ENTRE AIDANTS

<http://www.aidantattitude.fr/2012/10/04/decouvrez-la-nouvelle-version-du-guide-petites-recettes-entre-aidants.php/>

LES PETITES RECETTES *entre aidants*

par Amick Toczé et Pierre Denis

avec le soutien de



BEPATIENT⁺

SOIN PALLIATIF
Centre National De Ressources
Écoute - Connaissance - Expertise - Échange

Aidautonomie.fr



**Aidant
ATTITUDE**
www.aidantattitude.fr

EVALUATION « FARDEAU » DES AIDANTS

Grille de ZARIT® Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère. Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = parfois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque tout le temps

A quelle fréquence vous arrive-t-il de...	Jamais	Rarement	Quelques fois	Assez souvent	Presque toujours
	0	1	2	3	4
1. Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2. Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?					
3. Vous sentir tiraillé entre les besoins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ?					
4. Vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ?					
5. Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?					
6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ?					
7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?					
8. Sentir que votre parent est dépendant de vous ?					
9. Vous sentir tendu en présence de votre parent ?					
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?					
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?					
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?					
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?					
14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?					
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ?					
16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?					
17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?					
18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?					
19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?					

20. Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?					
21. Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?					
22. En fin de compte, vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?					
Sous-totaux					
TOTAL (addition de chaque sous-total, à reporter en page 4)					

Résultats :

- Score < 20 : "fardeau" léger
- 21 < score < 40 : "fardeau" léger à modéré
- 41 < score < 60 : "fardeau" modéré à sévère
- 61 < score < 88 : "fardeau" sévère

VERSION DE TRAVAIL

GLOSSAIRE

Glossaire

- **APA** : Allocation Personnalisée l'Autonomie
- **COFACE** : Confédération des Organisations FAMILIALES de la Communauté Européenne
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **EMSP / SP** : Équipe Mobile de Soins Palliatifs / Soins Palliatifs
- **ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDJ** : Hôpital De Jour
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- **INCa** : Institut National du Cancer
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **MT** : Médecin Traitant
- **PPS** : Projet Personnalisé de Soins
- **RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- **SOS** : Soins Oncologique de Support
- **TMS** : Troubles Musculo-Squelettique

Organisation des soins oncologiques de support dans le parcours du patient

Contributeurs

Coordination

Antonia ALTMAYER (Psychologue clinicienne)

Coordination méthodologique

Réseau ONCOLIE

Membres du groupe de travail

Antonia ALTMAYER (Psychologue clinicienne), Chantal BAUCHETET (Cadre de Santé), Ingrid CARTIER-CHATRON (Psychologue), Philippe BERGEROT (Médecin Radiothérapeute), Séverine BEY (Cadre de santé), Annie BROUSSE (coordinatrice association de patient), Ingrid CARTIER-CHATRON (psychologue), Mireille DELANGHE (Psychologue Clinicienne), Myriam DUBUC (Psychologue clinicienne), Miriam GARDNER (Oncologue médicale), Marie-Pierre JULIEN-CLAIRET (Chef de Service Pôle Prévention - Diététicienne nutritionniste), Hélène LABROSSE-CANAT (Pharmacien), Frédérique LEBRUN (Cadre de santé), Agnès LETT (Cadre de santé coordinatrice SP), Isabelle LOISEL (Cadre Coordinatrice), Jeanne LONGET (Assistante Sociale), Gilles NALLET (Coordonnateur Régional RRC), Laurence PERES (psychologue), Virginie NERICH (MCU-PH Pharmacien), Isabelle PELE (Assistante Sociale), Astrid POZET (Épidémiologiste), Christine PRÉAUBERT-SICAUD (IDE oncologie), Carole RAMIREZ (Neuro-oncologue), Nadine SCHIMTT (Cadre de santé), Catherine SINCLAIR (médecin Soins Palliatifs), Marie THALER (IDE gynécologie et libérale), Nathalie TURPIN BODIN (Cadre de Santé), Laurence VANLEMMENS (Oncologue médicale), Elodie VAULEON (Oncologue médicale), Marion ZAMITH-CHAVANT (Psychologue Clinicienne),

Relecteurs