

Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement
professoral continu (CII-DPC)

Titre du document :

Disponibilité psychologique des patients pour
discuter du pronostic et de la fin de vie en
insuffisance cardiaque: 10 conseils aux médecins
pour aborder la fin de vie en insuffisance
cardiaque

Auteur :

Anne-Geneviève Auger adapté par Marcel Arcand

Disponibilité psychologique des patients pour discuter du pronostic et de la fin de vie en insuffisance cardiaque :

10 conseils aux mds pour aborder la fin de vie en insuffisance cardiaque :

- 1- La décision d'initier une conversation à propos de la fin de vie dans une situation qui n'est pas « une urgence » se fait au cas par cas. Une bonne connaissance bio-psycho-sociale du patient est un atout afin d'envisager non seulement les conséquences du dévoilement mais également le choix de l'initiateur et la manière de faire
- 2- Donner l'heure juste sur la gravité de la situation actuelle. Avant d'aborder l'avenir, assurez-vous que le patient a une connaissance de sa situation à court terme.
- 3- Avant tout, le patient doit être capable de comprendre, de participer et de retenir l'information. Assurez-vous qu'il possède les capacités cognitives et que son attention ne soit pas diminuée par des facteurs psychologiques ou physiques (ex : être en douleur)
- 4- Créer une ouverture et respecter les résistances (ça ne doit pas être une provocation). L'information doit faire sens pour le patient et elle ne doit pas être perçue comme une menace pour son équilibre psychosocial. La présence d'inquiétudes, une perception réaliste de sa maladie (voir construit mental), l'acceptation de sa situation sont des signes que le patient pourrait être prêt Donc :
 - a. Vérifier les inquiétudes
 - b. Offrir l'ouverture après un retour d'hospitalisation et lorsque se présentent des signes / indices d'aggravation
 - c. Utiliser fiche papier d'évaluation des besoins; ex. avez-vous besoin d'info sur le diagnostic? Le traitement? L'évolution de la maladie?
- 5- Le choix de l'initiateur (style passif): Un patient qui ne pose pas de question, ça ne veut pas dire qu'il n'est pas intéressé... Il ne sait peut-être pas comment ou il a peur de déranger (importance d'ouvrir) ex. comment voyez-vous l'avenir? Étant donné le risque de récurrence et de diminution de réponse au traitement, comment souhaitez-vous que ça se passe?
- 6- Le choix de l'initiateur (style actif): Certains patients souhaitent contrôler l'information à recevoir. Cependant, parmi ceux-ci certains ont dit qu'ils souhaitaient être informés lorsqu'il n'y aurait plus rien à faire ou en cas d'urgence. Gardez en tête que les patients souhaitent tout de même une certaine préparation.
- 7- Pour le contenu, se limiter à son champ d'expertise, à chacun son rôle ! (ex. autres sphères que médicales (aspects sociaux ou spirituels) n'est pas normalement le rôle du md
- 8- Un style direct de communication ne convient pas à tous (femmes semblent préférer « style enrobant », humanité, rassurant »)
- 9- SI suivi par plusieurs médecins, favoriser la présence du professionnel significatif pour le patient lors des conversations difficiles.
- 10- Prendre le temps, graduellement, donner des informations justes, utiliser des termes clairs et vérifier la compréhension.