# Personnes âgées, fin de vie et soins palliatifs SPICT-PICT

## Cours interuniversitaires de Gériatrie

Prof. Isabelle De Brauwer (adapté par P. Cornette)
Isabelle.debrauwer@saintluc.uclouvain.be

# Plan de la présentation

- Cas cliniques
- Fin de vie & personnes âgées: introduction / quelques chiffres/ quelques définitions
- Quand communiquer avec la personne âgée ?  Outils ?
- Comment communiquer avec la personne âgée ?
- Conclusions

# Cas cliniques

Quand commence la fin ? Au sujet de la transition des soins curatifs aux soins palliatifs…

# Fin de vie et personnes âgées: introduction

Quand commence la fin ?

Au sujet de la transition des soins curatifs aux soins palliatifs…

# Fin de vie & personnes âgées: introduction

- Mourir est naturel: il est normal de mourir lorsque l'on atteint les limites naturelles de la vie.
- Trois quarts des décès surviennent après 70ans…

| Décès toutes causes initiales de décès par sexe et par groupe d'âges. Belgique, 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ages** | **Total** | **Hommes** | **Femmes** | **%** |
| Total | 111 255 | 54 598 | 56 657 | |
| De 0-69 ans | 24 014 | 14 845 | 9 169 | 21,5 |
| De 70 à 79ans | 24 420 | 14 018 | 10 402 | 21,5 |
| De 80 à 100+ | 62 821 | 25 735 | 37 086 | 57 |

Tables de mortalité et espérance de vie | Statbel (fgov.be)

# Fin de vie & personnes âgées: introduction

- Si mourir est *naturel*, est-ce pour autant *facile* ?
- Aujourd'hui, l'image de la fin de vie a bien changé (NEJM 2014
- Société de performance & la question de fin de vie
  - « Il faut rester jeune jusqu'au bout »: repousse l'image de vieillissement, de la fin de vie et de la mort…
  - *… fin de vie pourtant bien plus longue que les quelques heures avant la mort !*
  - ↑ l'angoisse de mort

  et les fausses représentations
- Abolir la fin de vie

**"L'immortalité devient un objectif réaliste et 2025 est un tournant" : la bataille des milliardaires pour la longévité entre dans une nouvelle ère**

Dans leur course à l'immortalité, les géants de la Silicon Valley veulent repousser les limites de la science. Ces dernières années, les thérapies de rajeunissement sont devenues de plus en plus populaires.

Ludovic Jimenez | Journaliste service Belgique - Société

Publié le 18-01-2025 à 08h11

Enregistrer

# Fin de vie & personnes âgées: introduction

- Technologie & fin de vie
  - Même si les patient.e.s souhaitent vivement mourir chez eux, elles, *iels sont souvent réticent.e.s à le faire lorsque les technologies médicales les plus avancées n'ont pas été essayées.*

  - Décès dans un contexte médicalisé: 57% des patient.e.s atteint.e.s de cancer sont décédés à l'hôpital , contre 28,6 % à domicile et 3,1 % en MRPA/MRS (= 31,7 % de décès au lieu de résidence habituel (Rapport KCE 2024) – préférence patient.e ?

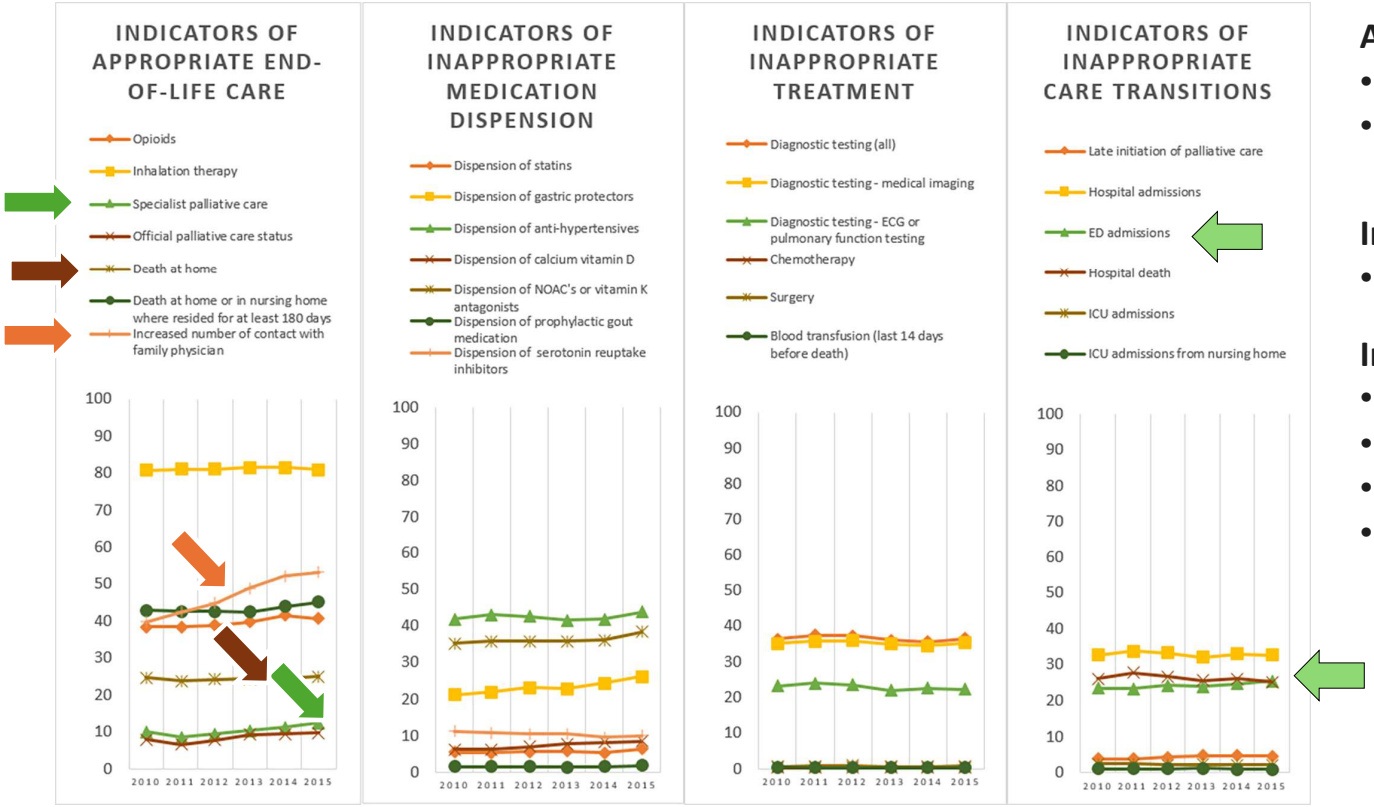
    Performance du système de santé belge : rapport 2024 (aviq.be)

  - Soins appropriés en fin de vie (2010-2016)*: amélioration de plusieurs *indicateurs d'adéquation* (ex. recours aux soins palliatifs spécialisés et aux MG), mais peu de réduction des *indicateurs d'inadéquation* (ex. le recours aux urgences et aux soins intensifs).

)

*De Schreye et al . Trends in appropriateness of end-of-life care in people with cancer, COPD or with dementia measured with population-level quality indicators. PLoS ONE. 2023;18(2)) https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273997

## Fig 3. Trends in indicators of appropriate or inappropriate care in the last 30 days of life for people for people dying with dementia, thematically grouped.




**Appropriate EOL care**

- Contact with a GP +89,4%
- Specialized PC +8,8%
  But late (in last 14 days only) +17,8%

**Inappropriate care transitions**

- ED admissions +8,2%

**Inappropriate Medication Dispension**

- NOAC's or vitK antagonists +8.98%
- Gastric protectors +23.67%
- Calcium and vitamin D +36.04%
- Serotonin reuptake inhib. -11.44%

The Y-axis represents the risk adjusted percentage of the population that received the treatment or care specified for this quality indicator. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273997.g003

# La démarche palliative: une philosophie de soins

**Quoi ?**
**Pourquoi ?**

- Précoce: aborder des questions de fin de vie de manière anticipée
- Eviter l'obstination déraisonnable
- Respect de la volonté du patient: interroger ses souhaits, ses valeurs, ce qui compte…

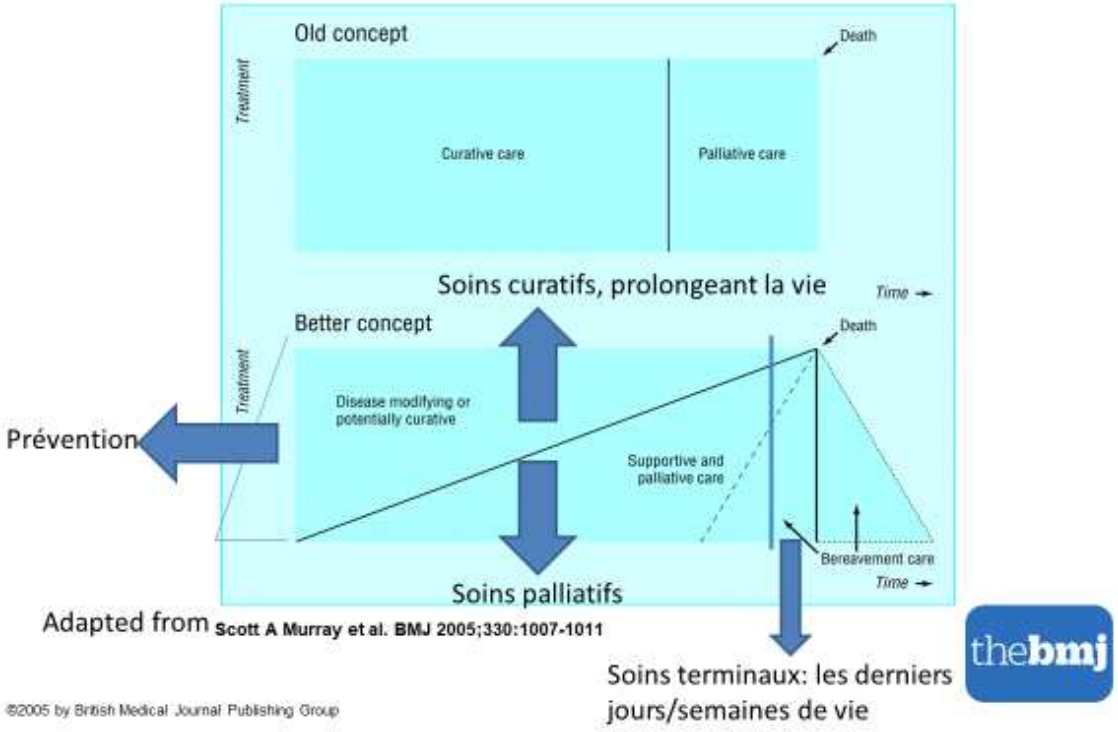
**BUTS**: améliorer la QOL et la satisfaction des bénéficiaires des soins.

**Parmi les mythes**:

Les SP n'accélèrent pas le décès
Les SP ne sont pas réservés aux situations de cancer
Les SP ne sont pas synonyme d'abandon, « il n'y a plus rien à faire »

**Quels acteurs ? Tous les professionnels de santé et du secteur médico-social**; les associations de bénévoles sont partenaires des équipes soignantes.

**Où ? dans différents lieux de soins et lieux de vie**




Haute Autorité de Santé - L'essentiel de la démarche palliative (has-sante.fr)

# Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des **soins actifs** délivrés par une équipe **multidisciplinaire**, dans une approche **globale** de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, en phase avancée, d'évolution fatale.

Leur objectif est de **soulager** les symptômes physiques, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Ils s'adressent au **malade** en tant que personne, à **sa famille** et à **ses proches**, à domicile ou en institution.

HAS décembre 2016

# Les soins palliatifs: « intensité »

| | Approche de Soins Palliatifs | Soins Palliatifs Généraux | Soins Palliatifs Spécialisés |
|---|---|---|---|
| **Quoi ?** | Principes de bases | Soins palliatifs | Soins palliatifs complexes |
| **Qui ?**<br><br>**Pour les professionnels médico-sociaux** | Expériences et connaissances limitées en SP | Fréquemment impliqués<br><br>Connaissances approfondies en SP<br><br>Dont les SP ne sont pas le seul but de leur travail | Spécialisés en SP<br><br>Ayant pour seul rôle la prise en soins palliatifs |
| **Exemples** | Infirmier.ère.s et médecins hospitalier.ère.s provenant des services de chirurgie et médecine<br><br>Tout.e autre professionnel.le du secteur médico-social | Soignant.e.s de soins de santé primaires, médecins généralistes<br><br>Oncologues<br><br>Gériatres<br><br>Infirmier.ère.s et autres paramédicaux travaillants dans ces spécialités | Equipe mobile SP intra et extra hospitalière<br><br>Unité SP intra ou extra hospitalière<br><br>Équipe multi-professionnelle et mode de travail interdisciplinaire |

Avec l'aimable autorisation de Mme Bourmorck Delphine, inspiré de
Payne S et al. Palliat Med. 2022 Apr;36(4):680-697. doi: 10.1177/02692163221074547.

# Les soins palliatifs: « temporalité »

Les **soins palliatifs** ne se limitent pas aux derniers jours/semaines de la vie. Les soins palliatifs peuvent améliorer la qualité de vie du, de la patient.e et ses proches et de diminuer le recours à des interventions curatives futiles.

**QUI ?**

- **maladie grave, évolutive, en phase avancée, potentiellement mortelle**
- **pronostic vital à court ou moyen terme**
- **grande perte d'autonomie.**

Quand ? Le **plan de soin anticipé et personnalisé:** permet d'améliorer la qualité des soins, centrés sur le, la patient.e… mais est souvent discuté trop tard !

Figure S1. Integration of Palliative Care over the Course of Serious Illness

≥ « **Hospice care** »: lorsque les traitements curatifs ne sont plus bénéfiques et que leur application apporte plus de méfaits que de bienfaits ou que le.la patient.e entre dans les dernier·es semaines/mois de leur vie

Modern medicine offers therapies for serious illness that are predominantly disease modifying, and in limited cases, potentially curative. These disease-directed treatments begin at the time of diagnosis, when symptom management and other palliative care needs are usually limited. Throughout the course of illness palliative care needs typically increase and often wax and wane over time. Late in this trajectory, palliative care may be the primary or sole focus of one's care plan. After death, bereavement counseling and support of surviving family and friends continues.

N Engl J Med 2015: 373; 8

# Quand communiquer avec la personne âgée

Quelques outils….

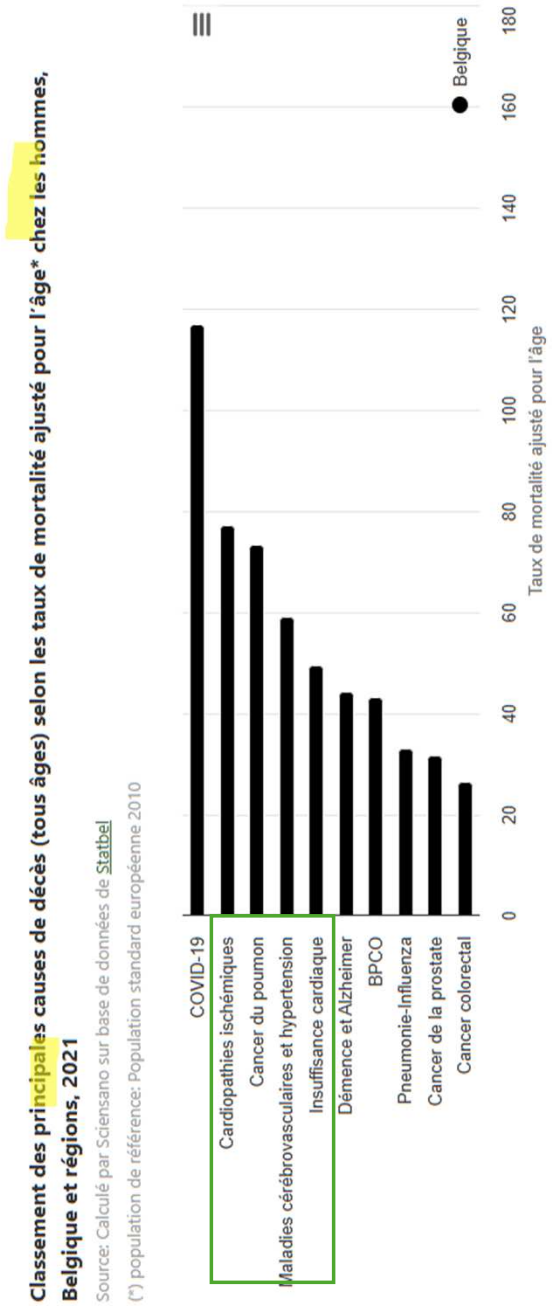
# Quand communiquer avec la personne âgée ? … Ses proches ?

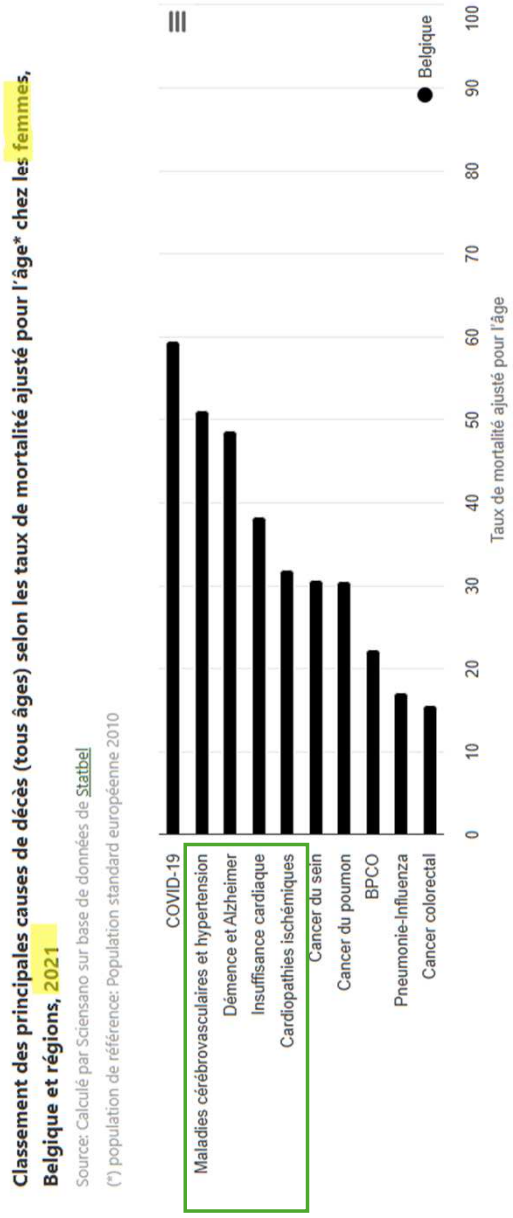
- **Ni trop tôt**… : mauvaise capacité à prédire comment nous réagirions face à l'adversité… et donc à choisir pour sa fin de vie, lorsque nous sommes en pleine santé = risque de choix hypothétiques irréalistes *voire* « dangereux »
- **Ni trop tard**… : attendre l'évènement « catastrophe » -tel que l'admission à l'hôpital, en urgences- ajoute de l'anxiété, altère la qualité des soins et expose à de potentielles mauvaises décisions ( « faites tout docteur! » sans bien comprendre les risques potentiels)
- Difficulté de l'**incertitude du pronostic** et des **comorbidités** chez le PA.

***Mais, de quoi meure-t-on ?***

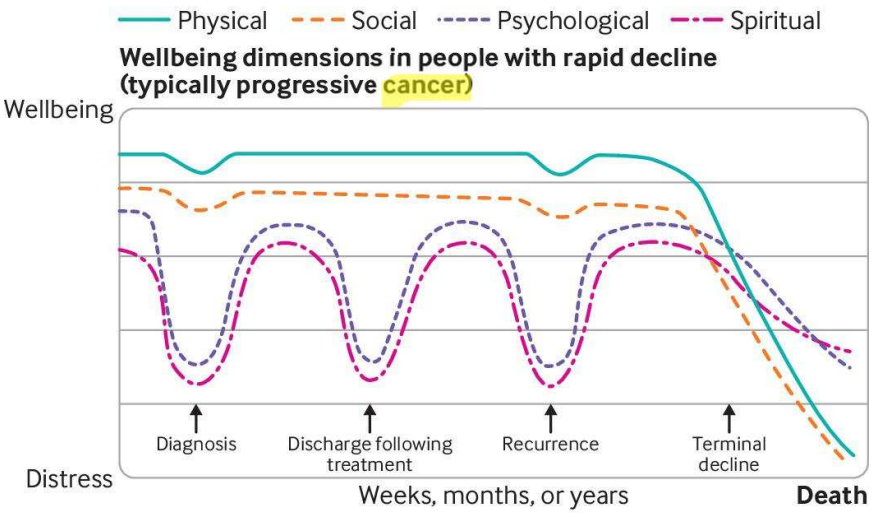
Billings at al. JAMA Intern. Med. 2014

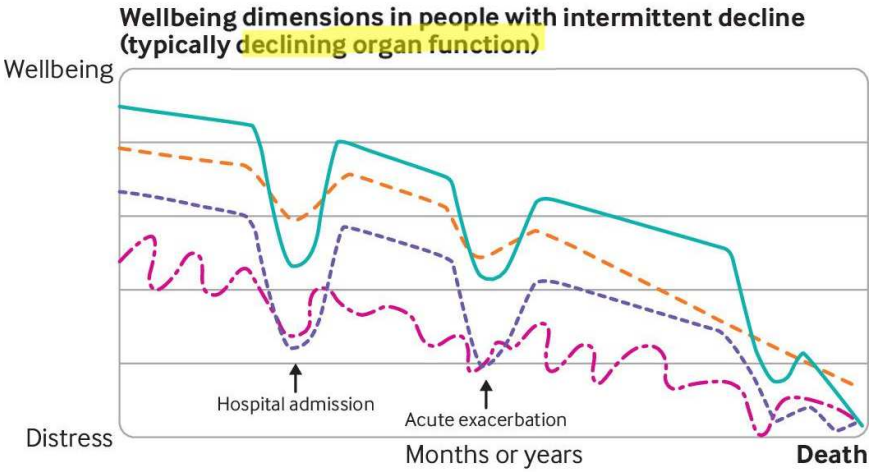
# 3 décès sur 4 surviennent après 70 ans

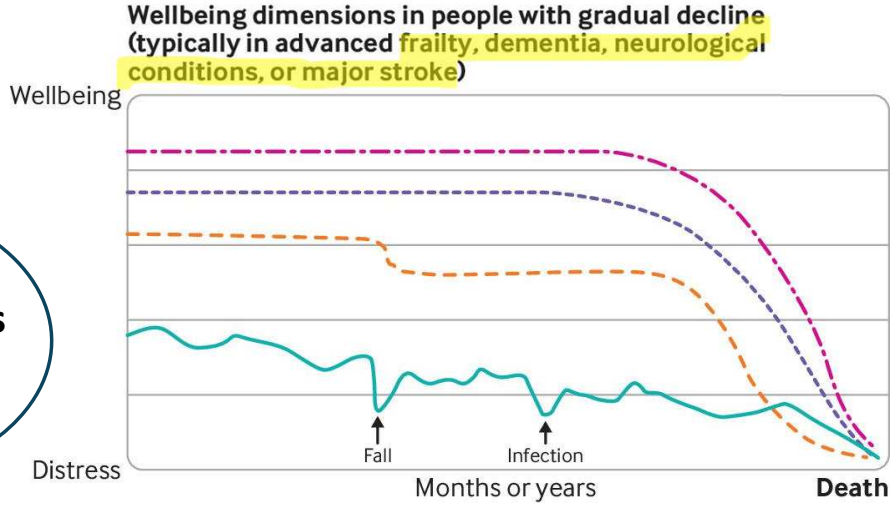


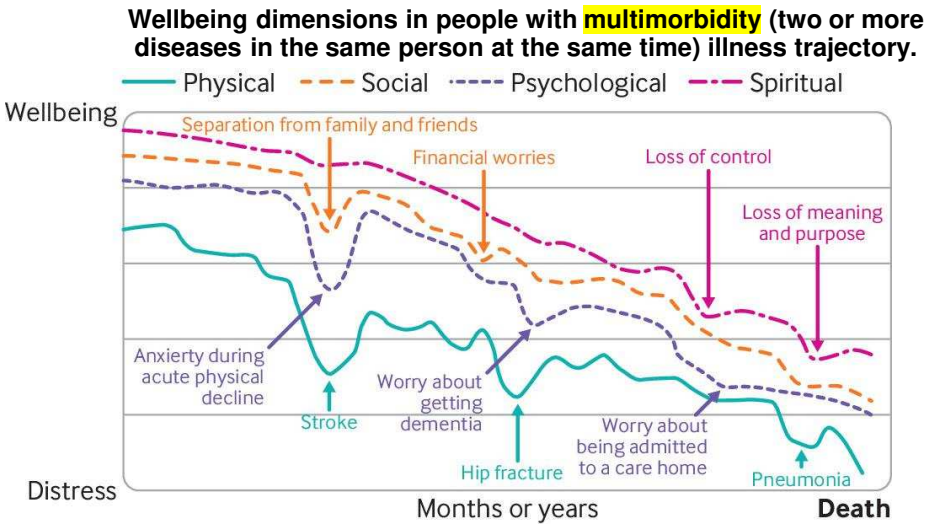
# Using illness trajectories to inform person-centred, advance care planning



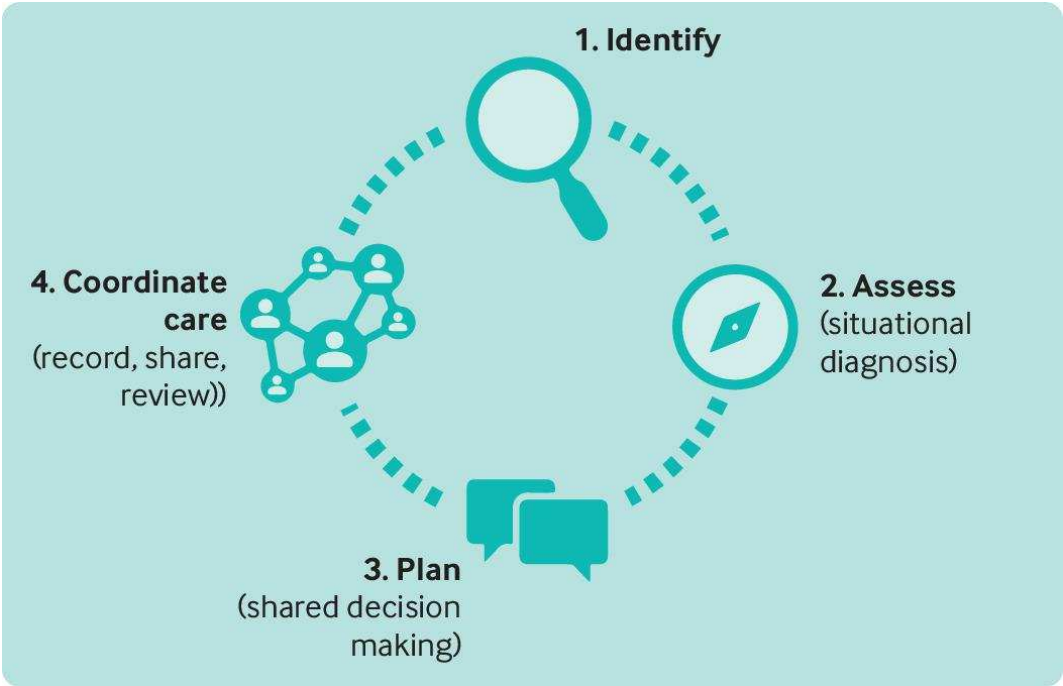




**Docteur, pour combien de temps en ai-je encore ?**




Murray et al. BMJ 2024;384:e067896

Using illness trajectories to inform person-centred, advance care planning




- **Identifier** en temps utile un déclin de la santé.
- **Evaluer** la situation actuelle et la trajectoire principale probable de la maladie.
- **Discuter de la planification des soins** (valeurs, préférences et priorités :// options des soins futurs possibles)
- **Coordonner**: consigner, partager les autres professionnels de la santé.
- **Réévaluer** en fonction de l'évolution

Murray et al. BMJ 2024;384:e067896

# QUAND ?

- dans le suivi après l'annonce d'une maladie grave,
- à l'occasion d'une complication ou d'une aggravation de la maladie,
- lors de l'apparition d'une comorbidité ou d'une autre pathologie.

Box 2

**Resources and tools to aid professionals in advance care planning**

**Step 1. Identification of declining health (individual or population screening)**

- Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) (Available in multiple languages and as a version for low income settings) https://www.spict.org.uk/
- Proactive Identification Guide (PIG) https://goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/ProactiveIdentificationGuidance(2022).pdf
- Palliative Care Needs (NECPAL) https://www.catedrapaliativos.com/media/42/media_section/8/3/5483/INSTRUMENT-NECPAL-4.0-2021-ENG-Complete-Final.pdf
- SENS Structure (Switzerland) https://sens-plan.com/wp-content/uploads/2023/02/SENS-Pocket-Card_EN.pdf
- Clinical Frailty Scale (Canada) https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html
- Electronic Frailty Index (UK) https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/older-people/frailty/efi/

> PICT

Murray et al. BMJ 2024;384:e067896
HAS décembre 2016

WFSP 2270
isabelle.debrauwer@saintluc.uclouvain.be

# QUAND anticiper les besoins de soins ?

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

## Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR™ )

**Le SPICT-FR™ est utilisé pour identifier les personnes dont la santé est en voie de détérioration. Evaluez leurs besoins en termes de soins palliatifs et de support. Planifiez leurs soins.**

**Cherchez des indicateurs généraux de santé précaire ou en voie de détérioration.**

- Hospitalisation(s) non programmée(s)
- Echelle de performance médiocre ou en voie de détérioration, avec réversibilité limitée (ex. la personne reste au lit ou au fauteuil plus de la moitié du temps de veille).
- Dépend d'autrui pour les soins en raison de problèmes de santé physique et/ ou mentale qui se majorent. Davantage d'aide et de soutien sont nécessaires pour le proche aidant.
- La personne a eu une importante perte de poids durant les derniers mois, ou son poids reste trop bas.
- Symptômes persistants malgré le traitement optimal des maladies sous-jacentes.
- La personne (ou sa famille) demande des soins palliatifs ; elle choisit de réduire, d'arrêter ou de ne pas commencer un traitement ; ou elle souhaite prioriser la qualité de vie.

**Cherchez des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs maladies limitant l'espérance de vie.**

https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-fr/

# QUAND anticiper les besoins de soins ?

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

## Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR™ )

**Le SPICT-FR™ est utilisé pour identifier les personnes dont la santé est en voie de détérioration. Evaluez leurs besoins en termes de soins palliatifs et de support. Planifiez leurs soins.**

**Cherchez des indicateurs généraux de santé précaire ou en voie de détérioration.**

**Cherchez des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs maladies limitant l'espérance de vie.**

### Cancer

- L'état fonctionnel se détériore du fait d'un cancer progressif.
- Trop fragile pour le traitement spécifique du cancer ; l'objectif du traitement est le contrôle des symptômes.

### Démence / fragilité

- Incapacité à s'habiller, marcher ou manger sans aide.
- La personne mange moins et boit moins ; difficultés à avaler.
- Incontinence urinaire et fécale.
- N'est plus capable de communiquer en parlant ; peu d'interactions sociales.
- Chutes fréquentes ; fracture du fémur.
- Épisodes fébriles récurrents ou infections ; pneumopathie d'inhalation.

### Maladie neurologique

- Détérioration progressive des fonctions physiques et/ ou cognitives malgré une thérapie optimale.
- Problèmes d'élocution avec difficulté progressive pour communiquer et/ ou avaler.
- Pneumopathie d'inhalation récurrente ; essoufflement ou insuffisance respiratoire.
- Paralysie persistant après un accident vasculaire cérébral, avec perte fonctionnelle importante et handicap permanent.

### Maladie cardiaque / vasculaire

- Insuffisance cardiaque ou maladie coronarienne étendue et non traitable, avec essoufflement ou douleur thoracique survenant au repos, ou pour un effort minime.
- Maladie vasculaire périphérique grave et inopérable.

### Maladie respiratoire

- Insuffisance respiratoire chronique grave, avec essoufflement au repos ou pour un effort minime entre des décompensations aiguës.
- Hypoxie persistante, nécessitant une oxygénothérapie au long cours.
- A eu besoin de ventilation pour une insuffisance respiratoire, ou la ventilation est contre-indiquée.

### Maladie rénale

- Insuffisance rénale chronique au stade 4 ou 5 (DFG < 30 ml/min) avec détérioration de la santé.
- Insuffisance rénale compliquant d'autres pathologies limitant l'espérance de vie, ou compliquant certains traitements.
- Arrêt ou non mise en œuvre de la dialyse.

### Maladie du foie

- Cirrhose avec au moins une complication au cours de l'année passée :
  - ascite résistante aux diurétiques
  - encéphalopathie hépatique
  - syndrome hépatorénal
  - péritonite bactérienne
  - hémorragies récurrentes de varices oesophagiennes
- Transplantation hépatique impossible.

### Autres maladies

- Personnes dont l'état de santé se détériore, ou risquant de décéder, avec d'autres maladies ou complications qui ne sont pas réversibles ; les traitements disponibles auront des résultats médiocres.

**Ré-évaluez la prise en charge actuelle, et discutez de la planification des soins.**

- Passez en revue les traitements actuels pour que la personne reçoive des soins optimaux ; réduisez la polymédication.
- Envisagez une consultation spécialisée si les symptômes ou les besoins sont complexes et difficiles à gérer.
- Mettez-vous d'accord sur la planification des soins actuels et futurs avec la personne et sa famille. Soutenez les proches-aidants.
- Planifiez à l'avance et précocement si la perte de capacité décisionnelle est probable.
- Consignez, communiquez et coordonnez le plan de soin.

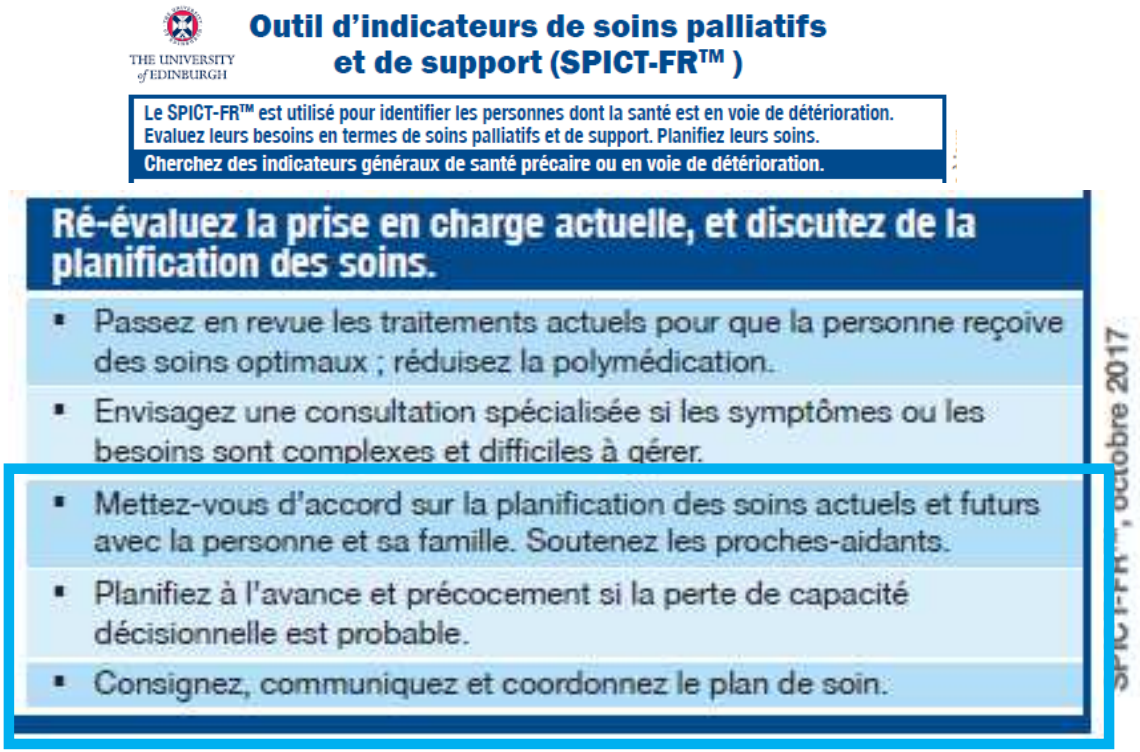
Inscrivez-vous sur le site web de SPICT (www.spict.org.uk) pour accéder à pl

SPICT-FR™, octobre 2017

https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-fr/

# Comment anticiper les besoins de soins ?

**Planification des soins: PSPA et directives anticipées**



THE UNIVERSITY of EDINBURGH

**Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR™ )**

Le SPICT-FR™ est utilisé pour identifier les personnes dont la santé est en voie de détérioration. Evaluez leurs besoins en termes de soins palliatifs et de support. Planifiez leurs soins.

Cherchez des indicateurs généraux de santé précaire ou en voie de détérioration.

**Ré-évaluez la prise en charge actuelle, et discutez de la planification des soins.**

- Passez en revue les traitements actuels pour que la personne reçoive des soins optimaux ; réduisez la polymédication.
- Envisagez une consultation spécialisée si les symptômes ou les besoins sont complexes et difficiles à gérer.
- Mettez-vous d'accord sur la planification des soins actuels et futurs avec la personne et sa famille. Soutenez les proches-aidants.
- Planifiez à l'avance et précocement si la perte de capacité décisionnelle est probable.
- Consignez, communiquez et coordonnez le plan de soin.

SPICT-FR™, octobre 2017

**Eviter l'obstination déraisonnable** en respectant la **volonté du patient**

https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-fr/

# SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium


**Abstract**

**Background** Older patients are increasingly showing multi-comorbidities, including advanced chronic diseases. When admitted to the emergency department (ED), the decision to pursue life-prolonging treatments or to initiate a palliative care approach is a challenge for clinicians. We test for the first time the diagnostic accuracy of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) in the ED to identify older patients at risk of deteriorating and dying, and timely address palliative care needs.

**Methods** We conducted a prospective bicentric cohort study on 352 older patients (≥ 75 years) admitted to two EDs in Belgium between December 2019 and March 2020 and between August and November 2020. SPICT (French version, 2019) variables were collected during the patients' admission to the ED, along with socio-demographic, medical and functional data. The palliative profile was defined as a positive SPICT assessment. Survival, symptoms and health degradation (≥ 1 point in ADL Katz score or institutionalisation and death) were followed at 12 months by phone. Main accuracy measures were sensitivity, specificity and likelihood ratios (LR) as well as cox regression, survival analysis using the Kaplan Meier method, and ordinal regression.

**Results** Out of 352 patients included in the study (mean age 83 ± 5.5 years, 43% male), 167 patients (47%) had a positive SPICT profile. At one year follow up, SPICT positive patients presented significantly more health degradation (72%) compared with SPICT negative patients (35%, $p < 0.001$). SPICT positivity was correlated with 1-year health degradation (OR 4.9; $p < 0.001$). The sensitivity and specificity of SPICT to predict health degradation were 0.65 (95%CI, 0.57–0.73) and 0.72 (95%CI, 0.64–0.80) respectively, with a negative LR of 0.48 (95%CI, 0.38–0.60) and a positive LR of 2.37 (1.78–3.16). The survival time was shorter in SPICT positive patients than in SPICT negative ones ($p < 0.001$), the former having a higher 1-year mortality rate (HR = 4.21; $p < 0.001$).



Bourmorck et al. BMC Palliative Care (2023) 22:79
https://doi.org/10.1186/s12904-023-01201-9

RESEARCH Open Access

# Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT™) for end-of-life discussions: a scoping review

BMC Palliative Care (2024) 23:119
https://doi.org/10.1186/s12904-024-01445-z

Melanie Mahura[1], Brigitte Karle[2], Louise Sayers[3], Felicity Dick-Smith[3] and Rosalind Elliott[3,4*]

**Abstract**

**Background** In order to mitigate the distress associated with life limiting conditions it is essential for all health professionals not just palliative care specialists to identify people with deteriorating health and unmet palliative care needs and to plan care. The SPICT™ tool was designed to assist with this.

**Aim** The aim was to examine the impact of the SPICT™ on advance care planning conversations and the extent of its use in advance care planning for adults with chronic life-limiting illness.

**Methods** In this scoping review records published between 2010 and 2024 reporting the use of the SPICT™, were included unless the study aim was to evaluate the tool for prognostication purposes. Databases searched were EBSCO Medline, PubMed, EBSCO CINAHL, APA Psych Info, ProQuest One Theses and Dissertations Global.

**Results** From the search results 26 records were reviewed, including two systematic review, two theses and 22 primary research studies. Much of the research was derived from primary care settings. There was evidence that the SPICT™ assists conversations about advance care planning specifically discussion and documentation of advance care directives, resuscitation plans and preferred place of death. The SPICT™ is available in at least eight languages (many versions have been validated) and used in many countries.

**Conclusions** Use of the SPICT™ appears to assist advance care planning. It has yet to be widely used in acute care settings and has had limited use in countries beyond Europe. There is a need for further research to validate the tool in different languages.

**Key message**

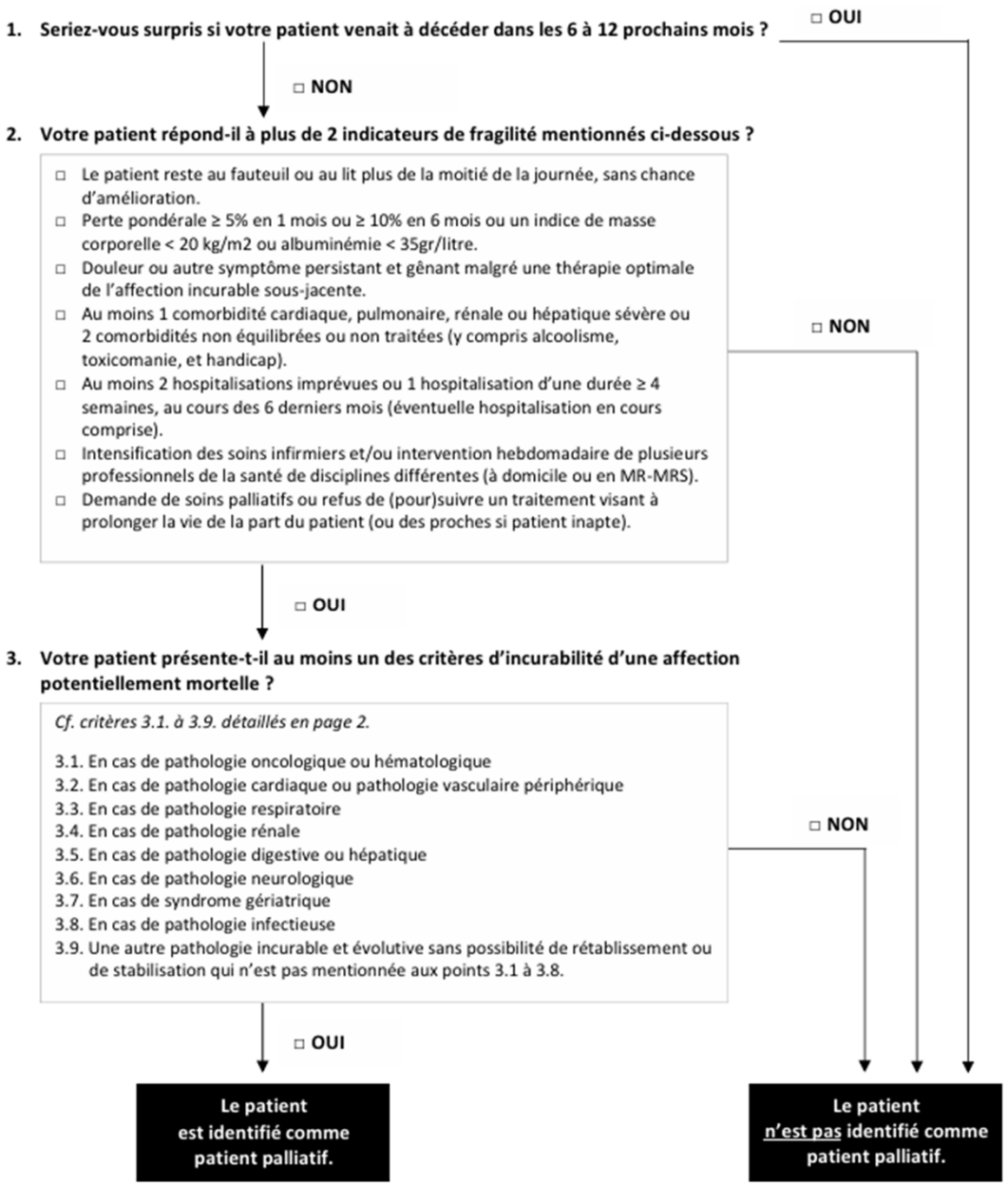
What is already known on this topic?

- The SPICT™ was developed to assist clinicians to screen patients for palliative care needs.

What this review found.

- The SPICT™ assists conversations about advance care planning and facilitates changes in documented goals of care.
- The SPICT™ is available in at least eight languages (and used in many countries.

How the findings of this review may affect practice and research.




# Palliative Care Indicators Tool

- Le PICT ne sert pas à estimer un pronostic vital.
- Cela n'implique pas d'arrêter tous les traitements qui maintiendraient ou prolongeraient sa vie (ex. les traitements oncologiques, les antibiotiques …)
- Cela ne signifie pas que le, la patient.e a besoin de l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.
- *Un.e patient.e identifié.e palliatif par le PICT n'est pas forcément éligible au statut palliatif pour l'INAMI.* À l'heure actuelle, le statut palliatif de l'INAMI reste lié aux 3 derniers mois de vie.

Médecin généraliste - Palliapro Brussels.

| | Approche palliative | Statut palliatif | Équipe spécialisée |
|---|---|---|---|
| Quoi ? | Philosophie de soins | Aide financière de l'INAMI et ouverture de droits au patient. | Intervention d'experts en soins palliatifs |
| Pour qui ? | "Pour les patients atteints d'une maladie grave et évolutive, sans espoir de guérison. Ces patients sont détectables via l'outil PICT." | Patients nécessitant non-seulement une approche palliative, mais qui ont également des besoins de soins/présence importants. | - Soit patients pour lesquels l'équipe de 1ère ligne souhaite un soutien et/ou dans une situation complexe (complexité sur les plans biomédical, psychosocial, éthique, technique...)<br>- Soit patients pour lesquels les ressources du domicile sont dépassées et qui nécessitent une hospitalisation en USP. |
| Quand ? | La dernière année de vie | Lorsque le pronostic ne dépasse pas trois mois | En fonction des besoins |
| Plus d'infos | - Identifier le patient palliatif<br>- Echelle PICT<br>- Les soins palliatifs : bien plus que des soins | - INAMI, forfait et statut palliatif<br>- INAMI, remboursement des visites du MT en MRS | - Focus Brusano<br>- Continuing Care<br>- Interface St Luc<br>- Sémiramis |

Infirmier.ère - Palliapro Brussels.

*Review Article*

PALLIATIVE MEDICINE

# Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care

*Palliative Medicine*
2020, Vol. 34(8) 989–1005
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0269216320929552
journals.sagepub.com/home/pmj
SAGE

**Yousuf ElMokhallalati[1], Stephen H Bradley[2], Emma Chapman[1], Lucy Ziegler[1], Fliss EM Murtagh[3], Miriam J Johnson[3] and Michael I Bennett[1]**

**Abstract**

**Background:** Despite increasing evidence of the benefits of early access to palliative care, many patients do not receive palliative care in a timely manner. A systematic approach in primary care can facilitate earlier identification of patients with potential palliative care needs and prompt further assessment.

**Aim:** To identify existing screening tools for identification of patients with advanced progressive diseases who are likely to have palliative care needs in primary healthcare and evaluate their accuracy.

**Design:** Systematic review (PROSPERO registration number CRD42019111568).

**Data sources:** Cochrane, MEDLINE, Embase and CINAHL were searched from inception to March 2019

**Results:** From 4,127 unique articles screened, 25 reported the use or development of 10 screening tools. Most tools use prediction of death and/or deterioration as a proxy for the identification of people with potential palliative care needs. The tools are based on a wide range of general and disease-specific indicators. The accuracy of five tools was assessed in eight studies; these tools differed significantly in their ability to identify patients with potential palliative care needs with sensitivity ranging from 3% to 94% and specificity ranging from 26% to 99%.

**Conclusion:** The ability of current screening tools to identify patients with advanced progressive diseases who are likely to have palliative care needs in primary care is limited. Further research is needed to identify standardised screening processes that are based not only on predicting mortality and deterioration but also on anticipating the palliative care needs and predicting the rate and course of functional decline. This would prompt a comprehensive assessment to identify and meet their needs on time.

**Keywords**

Palliative care, terminal care, mass screening, primary health care, systematic review, advance care planning, symptom assessment, terminally ill

**What is already known about the topic?**

- Earlier initiation of palliative care can improve quality of care for individuals with advanced diseases.
- However, disease trajectories are highly variable, so it is difficult to identify the appropriate time to initiate palliative care.
- A systematic approach may help to identify patients with advanced progressive disease and potential palliative care needs who could benefit from holistic assessment.

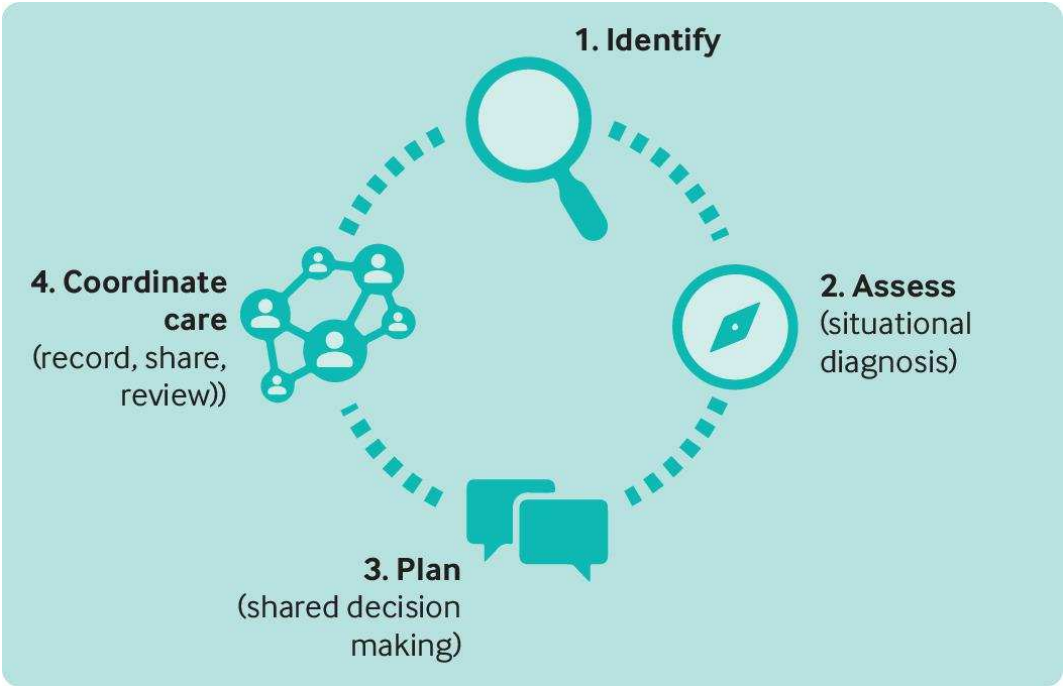
**What this paper adds?**

- Most screening tools use prediction of death and/or deterioration as a proxy for the identification of people who are likely to have unmet palliative care needs.
- The performance metrics for these tools were generally poor.

**Implications for practice, theory or policy**

- More research is needed to identify a standardised and robust screening tool to identify patients with advanced progressive diseases and potential palliative care needs in primary care.
- Future studies should validate screening tools against an appropriate reference standard, such as palliative care interview to evaluate their ability to identify patients with potential palliative care needs.
- Identification of patients with advanced progressive diseases and potential palliative care needs process should be supported by a comprehensive and holistic assessment to identify their unmet palliative care needs and determine the appropriate care pathway.

Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning




- **Identifier** en temps utile un déclin de la santé.
- **Evaluer** la situation actuelle et la trajectoire principale probable de la maladie.
- **Discuter de la planification des soins** (valeurs, préférences et priorités // options des soins futurs possibles)
- **Coordonner**: consigner, partager les'autres professionnels de la santé.
- **Réévaluer** en fonction de l’évolution

Murray et al. BMJ 2024;384:e067896

# Comment communiquer avec la personne âgée

Quelques outils….

# COMMENT ?

COMMUNICATION
Discussion à propos de la fin de vie
Annonce de mauvaises nouvelles

Troubles auditifs, cognitifs, …

MODELES de communication

Gérer la DETRESSE des professionnel.le.s de santé

# Annoncer une mauvaise nouvelle à la personne âgée

- **Le faire.** Il y a peu d'arguments légaux, déontologiques ou éthiques pour ne pas le faire, et pour ne pas l'adresser à la personne concernée.

- **Avec vérité.** Une communication vraie est indispensable pour recueillir les préférences du patient âgé sur son projet thérapeutique et son implication dans le plan de ses soins.

- **De façon adaptée.** Il y a des manières de faire qui s'adaptent à la personne âgée, son niveau de compréhension, son langage, son rythme.

## Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers

Josephine M Clayton, Karen M Hancock, Phyllis N Butow, Martin H N Tattersall, David C Currow

First published: 18 June 2007 | https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x | Citations: 170

- Processus de *conversation continue* au fil du temps et non pas une discussion unique.
- Certaines questions seront abordées *différemment* (termes généraux vs. spécifiques), voire pas du tout, lors de la première conversation, par rapport au moment où les symptômes commencent à apparaître ou à s'accélérer.
- Donner au, à la patient.e et à sa famille la possibilité de répondre à leurs besoins d'information, tout *en évitant de les surcharger*, tant sur le plan de l'information que sur le plan émotionnel.
- Formation à la communication

# Discussions à propos de la fin de vie : guidelines

PREPARED MODEL – A GUIDE FOR CLINICIANS

FOR CONVERSATIONS ABOUT THE LAST DAYS OF LIFE

PREPARED model for difficult conversations (nsw.gov.au)

- *Favoriser un espoir réaliste*
- *S'il n'est pas certain que le patient meure bientôt : « Nous pouvons nous préparer au cas où la maladie s'aggraverait, tout en espérant que tout ira pour le mieux ».*

| | |
|---|---|
| **P** Prepare for the discussion | • Confirm the clinical situation and appropriate treatment options<br>• Try to ensure privacy and uninterrupted time. Mentally prepare yourself<br>• Gauge patient and family readiness to discuss/develop a plan<br>• Negotiate who should be present. |
| **R** Relate to the person | • Introduce yourself and explain your role<br>• Develop rapport and show empathy, care and compassion<br>• Consider cultural and contextual factors which may influence preferences<br>• Use appropriate body language and actively listen. |
| **E** Explore priorities and concerns | • Clarify patient/caregiver's understanding of their situation and how much detail they want to know, before giving information<br>• Explore the patient's priorities for care given their situation<br>• Explore the family's priorities and concerns as well as their need for support<br>• Summarize the patient's and family's most important priorities and concerns, and check if you have it right. |
| **P** Provide information | • Ask permission to discuss what to expect<br>• Pace and tailor delivery of information about the clinical situation and prognosis to the patient's/families' current understanding and wish for information<br>• Explain uncertainty, limitations and unreliability of prognostic information<br>• Offer recommendations for the patient's medical care for the last days of life that are clinically appropriate and, wherever feasible, align with the patient's priorities. |
| **A** Acknowledge emotions and concerns | • Explore and acknowledge the patient's and caregiver's fears and concerns about dying<br>• Respond to the patient's and caregiver's emotion and distress throughout the conversation<br>• Acknowledge your own emotions – caring for the dying is an emotional time for all including the staff caring for the person. Remember to take time to reflect on the experience and care for yourself and your team. |
| **R** Foster Realistic hope | • Be honest without being blunt and do not give misleading or false information<br>• Reassure that all support and care will be given to control pain and other symptoms, and ensure the person is as comfortable as possible<br>• Explore and facilitate any last realistic goals or wishes and ways of coping. |
| **E** Encourage questions | • Be prepared to repeat explanations<br>• Check understanding and if information provided meets needs<br>• Leave the door open for topics to be discussed again in the future<br>• Consider providing the CEC "Asking questions can help" leaflet<br>• If you don't know the answers to questions, acknowledge the importance of the question and facilitate further information from appropriate sources or acknowledge uncertainty (e.g. how long). |
| **D** Document | • Write a summary of what has been discussed in the medical record<br>• Speak or write to other key health care providers involved in the patient's care e.g. Notify the GP when the patient dies.<br>*The arrows indicate that these steps (E/P/A) are not linear. You will need to respond appropriately to emotions and concerns throughout the conversation. |

# PREPARED MODEL

## FOR CONVERSATIONS ABOUT DYING – USEFUL PHRASES, QUESTIONS AND IDEAS FOR CLINICIANS

**Prepare for the discussion**
- "Is there anyone else you would like to be here with you while we talk?"

**Relate to the person**
- Remember we need to honour the dying person. This is a sacred time for them and their family. Small acts of kindness and respect for the person and their family can have a profound impact
- Spend much more time listening than talking
- *"If I've heard you right, you seem to be saying…"*

**Exploring understanding, information needs, concerns and priorities**
- Use open ended questions to explore (where feasible) the patient's concerns and priorities about how they are cared for and then explore the family's concerns and priorities for the patient's care, and their needs for support
- *"What have you been told about what is happening and what to expect?"*
- *"How much detail would you like from me about what is happening and what to expect?"*
- *"What is most important to you now about how we look after you?"*
- *"If [person's name] were able to talk to us, what do you think [he/she] would want us to know?"*
- *"Do you (or person's name) have any spiritual beliefs or cultural practices that we need to know about when thinking about the best care for you (or him/her)?"*
- *"Is there anything you really don't want to happen in terms of your care?"*
- *"Is there anything else we should know about your (or your relative/friend's) values and priorities in order to take the best care of you (or your relative/friend)?"*
- *"How can we best support the family?"*
- *"Are there any special rituals that you would like to arrange after (person's name) dies?"*

**Providing information**
- Give a warning when breaking the initial bad news. e.g. I'm afraid I have something serious to discuss
- As a guide give no more than 3 facts at a time, then stop talking and allow the person space to respond; avoid jargon
- *"Is it OK if we discuss a plan for how best to care for you now and in the future?"*
- *"We can see from your Dad's condition (not responding, swallowing, not eating and drinking etc.) that he is starting to die"*
- *"I'm concerned that (x) may not have very long to live and, while we don't know exactly how long he/she may have to live, we do know that time is likely to be short"*
- *"We recommend continuing good care and stopping (or not attempting) treatments that would be ineffective and distressing"*
- *"When the time comes I recommend allowing you to die naturally and doing everything we can to ensure you're as comfortable as possible. I recommend not attempting treatments, like CPR, that could cause distress and would not work in your situation"*

**Acknowledging emotions and concerns**
- Sometimes silence can be helpful, consider touch when culturally appropriate
- *"What are your biggest concerns at this point?"*
- *"Can you bear to tell me what's going through your mind after what we've just discussed?"*
- *"You mentioned you were concerned about …. Can you tell me more about that?"*
- *"It sounds like this information is different from what you expected. I think this would be very upsetting for anyone"*
- *"It can be very hard to think about dying. What worries you the most about what we've discussed?"*

**Fostering realistic hope**
- If there is uncertainty about whether or not the patient will die soon: *"We can prepare in case he/she gets much sicker while still hoping for the best"*
- *"What are the things you would like to do while you are still well enough?"*
- *"We will do everything we can to ensure that you are as comfortable as possible"*
- *"No matter what happens our team will be here to support you"*

**Encouraging questions**
- *"Do you have any questions or other concerns? Have I given you the information you need so far?"*
- *"Don't hesitate to ask me or the doctors/nurses again about any of the things we have discussed today"*
- *"If you think of anything else you want to ask me please write it down"*

Information sourced from: Clayton JM, Hancock KM, et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. Med J Aust 2007; 186(12):S77-108.
Copyright 2007. The Medical Journal of Australia – adapted with permission.
The Medical Journal of Australia does not accept responsibility for any errors in adaptation.

Last Days of Life

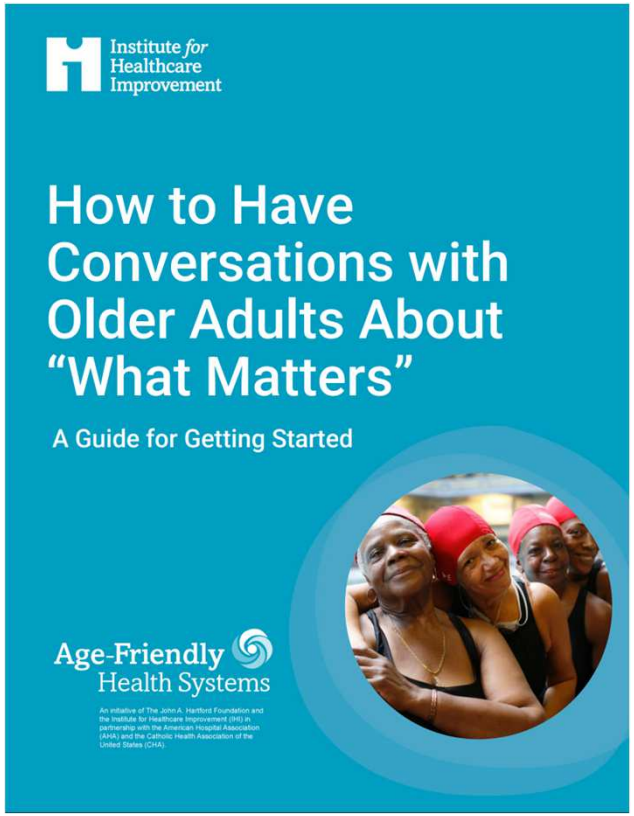
CLINICAL EXCELLENCE COMMISSION

Released April 2016 © Clinical Excellence Commission SHPN (CEC) 160146

PREPARED model for difficult conversations (nsw.gov.au)

Clayton et al. MJA, 2007
https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x

# Anticiper: parler de ce qui importe




PREPARED MODEL – A GUIDE FOR CLINICIANS
FOR CONVERSATIONS ABOUT THE LAST DAYS OF LIFE

| | |
|---|---|
| **P** Prepare for the discussion | • Confirm the clinical situation and appropriate treatment options<br>• Try to ensure privacy and uninterrupted time. Mentally prepare yourself<br>• Gauge patient and family readiness to discuss/develop a plan<br>• Negotiate who should be present. |
| **R** Relate to the person | • Introduce yourself and explain your role<br>• Develop rapport and show empathy, care and compassion<br>• Consider cultural and contextual factors which may influence preferences<br>• Use appropriate body language and actively listen. |
| **E** Explore priorities and concerns | • Clarify patient/caregiver's understanding of their situation and how much detail they want to know, before giving information<br>• Explore the patient's priorities for care given their situation<br>• Explore the family's priorities and concerns as well as their need for support<br>• Summarize the patient's and family's most important priorities and concerns, and check if you have it right. |
| **P** Provide information | • Ask permission to discuss what to expect<br>• Pace and tailor delivery of information about the clinical situation and prognosis to the patient's/families' current understanding and wish for information<br>• Explain uncertainty, limitations and unreliability of prognostic information<br>• Offer recommendations for the patient's medical care for the last days of life that are clinically appropriate and, wherever feasible, align with the patient's priorities. |
| **A** Acknowledge emotions and concerns | • Explore and acknowledge the patient's and caregiver's fears and concerns about dying<br>• Respond to the patient's and caregiver's emotion and distress throughout the conversation<br>• Acknowledge your own emotions – caring for the dying is an emotional time for all including the staff caring for the person. Remember to take time to reflect on the experience and care for yourself and your team. |
| **R** Foster Realistic hope | • Be honest without being blunt and do not give misleading or false information<br>• Reassure that all support and care will be given to control pain and other symptoms, and ensure the person is as comfortable as possible<br>• Explore and facilitate any last realistic goals or wishes and ways of coping. |
| **E** Encourage questions | • Be prepared to repeat explanations<br>• Check understanding and if information provided meets needs<br>• Leave the door open for topics to be discussed again in the future<br>• Consider providing the CEC "Asking questions can help" leaflet<br>• If you don't know the answers to questions, acknowledge the importance of the question and facilitate further information from appropriate sources or acknowledge uncertainty (e.g. how long). |
| **D** Document | • Write a summary of what has been discussed in the medical record<br>• Speak or write to other key health care providers involved in the patient's care e.g. Notify the GP when the patient dies.<br>*The arrows indicate that these steps (E/P/A) are not linear. You will need to respond appropriately to emotions and concerns throughout the conversation. |

Age-Friendly Health Systems | Institute for Healthcare Improvement (ihi.org)

Clayton JM, Hancock KM, et al. Med J Aust 2007; 186(12):S77-108.

# Annoncer une mauvaise nouvelle

## Modèle **ÉPICES** pour l'annonce de mauvaises nouvelles*

**E — Environnement**
- Favoriser l'intimité, sans dérangements ou distractions
- Planifier les personnes présentes
- Anticiper ce qui va se passer
- S'asseoir

**P — Perception de la personne**
- Compréhension de la personne/proches
- Identifier les craintes

**I — Invitation (de la part de la personne)**
- Qu'est-ce que la personne veut savoir?
- Le niveau d'information souhaité

**C — Connaissances**
- Prévenir la personne que ce n'est pas une bonne nouvelle ou la nouvelle souhaitée
- Langage clair et accessible
- Honnêteté

**E — Empathie**
- Reconnaître l'autre dans sa souffrance
- Identifier l'émotion
- Éviter fausse réassurance

**S — Stratégies et synthèse**
- Si la personne est prête, discuter du plan de traitement
- Prochaine rencontre

***Ce modèle est une adaptation du modèle SPIKES développé par l'oncologiste Buckman dans les années 90. Il a été jugé utile par les cliniciens**
Buckmann, R. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, *The Oncologist* 2000; 5:302-311.
Teike Luthi,F., Cantin, B. (2011). Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'ÉPICES dans l'apprentissage. *Revue Médicale Suisse*. 12 janvier, 85-87.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

## EXEMPLES de réponses empathiques, de questions exploratoires et de réponses de validations

| Réponses empathiques | Questions exploratoires | Réponses de validation |
|---|---|---|
| Je peux voir à quel point c'est bouleversant pour vous. | Qu'est-ce que vous voulez dire? | Je peux comprendre ce que vous avez ressenti. |
| Je vois que vous ne vous attendiez pas à entendre cela. | Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet ? | Je suppose que n'importe qui pourrait avoir la même réaction. |
| Je suis désolé d'avoir à vous le dire. | Pourriez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire? | Oui, votre compréhension de la raison de faire ces tests est très bonne. |
| Je sais que ce n'est pas une bonne nouvelle pour vous. | Vous avez dit que cela vous faisait peur? | Il semble que vous ayez très bien réfléchi à la situation. |
| C'est très difficile pour moi aussi. | Pourriez-vous me dire ce qui vous inquiète? | Beaucoup d'autres patients ont vécu une expérience similaire |
| J'espérais aussi un meilleur résultat. | Vous avez dit que vous étiez préoccupé par vos enfants. Pouvez-vous m'en dire plus? | Vous avez parfaitement raison de penser de cette façon. |

Direction des soins infirmiers, décembre 2021

Fiche_EPICES.pdf (lavalensante.com)

Lüthi, F., T., Cantin, B. (2011), Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage, *Rev Med Suisse*, 7, no. 277, 85–87.

# Breaking bad news in the Emergency Dpt.

Breaking Bad News - CanadiEM

## BRUSANO ASBL

**Photo-expression**

Outil destiné aux professionnel·les de santé travaillant avec des personnes atteintes d'une maladie chronique.

Réalisation d'un set de cartes imagées selon des thématiques données afin de déceler des problèmes non exprimés chez les patient·es. Un outil qui se doit d'être pratique, car transporté par les professionnel·les de la santé lors de leurs visites à domicile.

15 cartes (14 illustrations), 1 feuillet explicatif en français et en néerlandais,1 boîte avec un autocollant.

Encore merci pour la qualité de ton travail, ta disponibilité et ton écoute.

Nous l'avons présenté en Assemblée Plénière de BOOST et il a été salué avec beaucoup d'enthousiasme.

*Gaétane*
*Brusano asbl*

# Planification des soins anticipée

https://youtu.be/2f4PsRT8lP4

# Planification des soins anticipée

- Processus **proactif et dynamique** entre le patient les soignants afin de discuter des souhaits et priorités du patient à propos de l'orientation et des objectifs des soins futurs, des soins de fin de vie, les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.
  - Expression par avance **dans le cas où il ne serait plus à même d'exprimer lui-même ses souhaits et préférences quant aux soins.**
- Se déroule préférentiellement en 2 temps:
  - Amorcer la discussion, puis fixer un RDV
  - Discussion :
    - Information correcte, suffisante et claire sur l'état de santé; respect de la parole du patient.
    - Possibilités et limites de l'ACP.
    - Objectifs de soins.
    - Possibilité de rédiger une **déclaration anticipée négative** (ce que le patient ne souhaite pas) comprenant les limitations thérapeutiques.
    - Possibilité de rédiger une **déclaration anticipée positive** (ce que le patient souhaite), par exemple une déclaration anticipée d'euthanasie.
    - Possibilité de désigner d'un représentant légal ou mandataire éventuel (en prévision du cas où le patient ne serait plus capable de décider pour lui-même).
    - …
  - Les documents sont datés, signés et consignés dans le dossier médical.
  - Les documents sont modifiables ou révocables à tout moment.

# Les 5 déclarations anticipées en Belgique

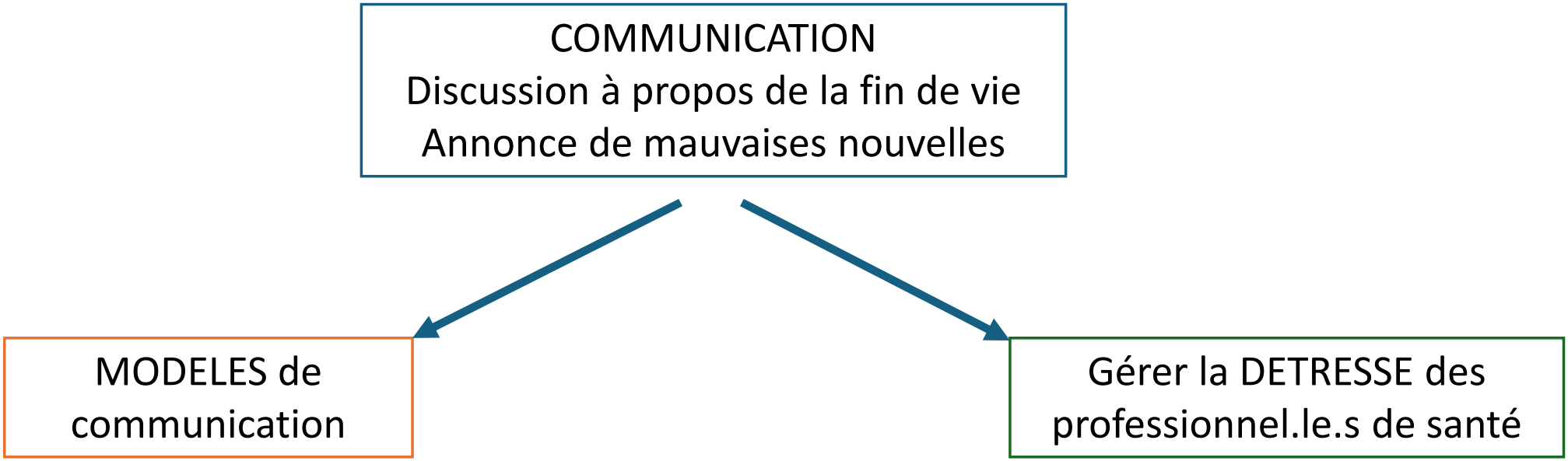
- la déclaration anticipée négative
- la déclaration anticipée relative à l'euthanasie (doit être renouvelée tous les 5 ans) *
- la déclaration de dernières volontés et/ou du choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat d'obsèques *
- la déclaration de don d'organes *
- La déclaration relative au don du corps à la science: rédaction à la main à l'intention d'une université qui pourra réclamer le corps.

* *Peuvent être enregistrées à la commune.*

https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie/euthanasie-medecins

Page d'accueil - Mes vieux jours

# COMMENT ?


COMMUNICATION
Discussion à propos de la fin de vie
Annonce de mauvaises nouvelles
MODELES de communication
Gérer la DETRESSE des professionnel.le.s de santé

Patient Education and Counseling 107 (2023) 107574

Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling

# Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis

Laura Francis *, Noelle Robertson

*School of Psychology and Vision Sciences, University of Leicester, George Davies Centre, Lancaster Road, Leicester LE1 7HA, UK*

ARTICLE INFO

*Keywords:*
Breaking bad news
Unacknowledged staff distress
Isolation
Challenging invulnerability
Models of training

ABSTRACT

*Objective:* To provide an overview of healthcare practitioners' experiences of breaking bad news.
*Method:* Interpretative meta synthesis of 14 qualitative papers identified through a systematic search. Data were extracted and constructs elicited via reciprocal translational analysis.
*Results:* Findings comprised four inter-connected themes: (1) Discomfort, particularly difficult emotional and physical responses to breaking bad news; (2) Relational distress, connected to attachment and identification with patients; (3) Inadequate clinician, indicating the fear and rumination about the possibility of getting it wrong and the subsequent self-blame; and (4) Only human, highlighting a culture of invulnerability where practitioner self-care is deprioritised.
*Conclusions:* Breaking bad news provokes significant distress for practitioners, particularly where they experience strong attachment to or identification with a patient. Breaking bad news was understood as an isolating experience and staff's non-disclosure of difficulties appeared to sustain a culture of invulnerability in which admission of distress was not encouraged.
*Practice implications:* Given the adverse impacts and potential for practitioner burnout, organisations should acknowledge ramifications and offer time for staff to process the delivery of bad news, promote a culture of collective care and provide space for reflective practice.

ORIGINAL ARTICLE

# Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer

Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S., Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H., Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and Deborah Schrag, M.D., M.P.H.

N Engl J Med 2012;367:1616-25.
DOI: 10.1056/NEJMoa1204410
*Copyright © 2012 Massachusetts Medical Society.*

**CONCLUSIONS**

Many patients receiving chemotherapy for incurable cancers may not understand that chemotherapy is unlikely to be curative, which could compromise their ability to make informed treatment decisions that are consonant with their preferences. Physicians may be able to improve patients' understanding, but this may come at the cost of patients' satisfaction with them. (Funded by the National Cancer Institute and others.)

# Discussions à **haut potentiel émotionnel**

**Pour le médecin…**

- Permettre de mourir n'est pas donner la mort, ni un échec.
- Obstination thérapeutique parfois « gagnante » dans un 1er temps…
- Formation à la communication… de mauvaises nouvelles

STUDY PROTOCOL Open Access

Communication about uncertainty and hope: A randomized controlled trial assessing the efficacy of a communication skills training program for physicians caring for cancer patients

Yves Libert[1,2*†], Livia Peternelj[1*†], Isabelle Bragard[3], Aurore Liénard[1,2], Isabelle Merckaert[1,2], Christine Reynaert[4] and Darius Razavi[1,2]

# Discussions à **haut potentiel émotionnel** et transition des soins

**Pour le patient.e et ses proches…** :

- Mécompréhension de la nature et du sens de la transition.
- Manque de temps pour préparer adéquatement la transition.
- Manque d'information sur les buts des soins palliatifs.

**Vécu de la transition des soins en SPall**

- **Expérience inconsciente** de la transition, jusqu'à un **moment de crise** qui mobilise le, la patient.e et son entourage.
- Sentiment d'**abandon** et de **désespoir**.
- Tension **entre désespoir et envie de profiter** des derniers moments de vie
- Malade et proches doivent **assumer des changements de rôles** et se préparer/**anticiper le futur** (comment la vie va continuer après ?)

Marsella A. Int J Palliat Nurs 2009;15:186–9

Baile WF et al. Oncology 1999;13:1021–31

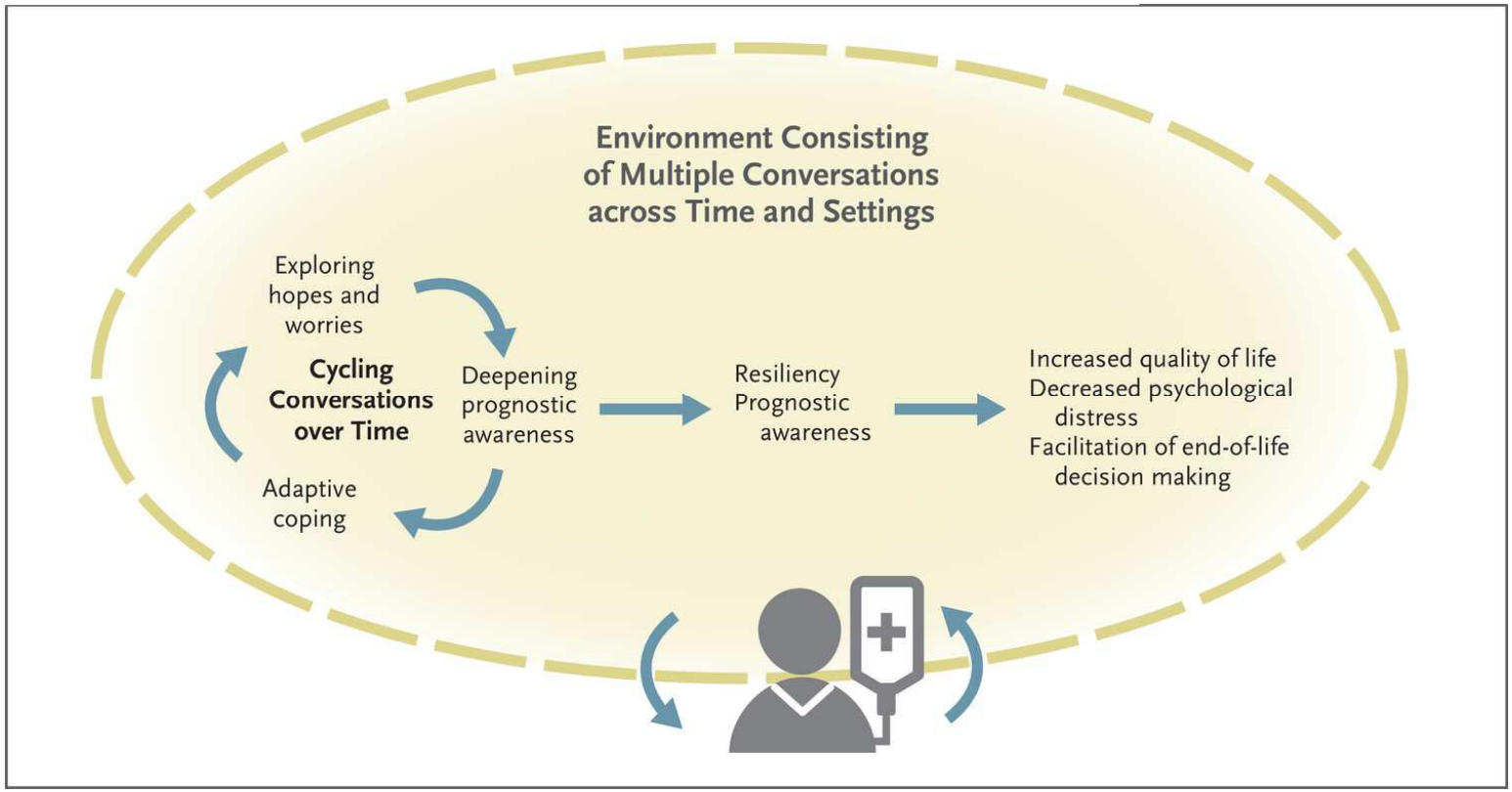
Fringer A et al. BMC Palliat Care 17, 22 (2018)

CLINICAL PRACTICE

# Navigating and Communicating about Serious Illness and End of Life

**Authors**: Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., and Linda Emanuel, M.D., Ph.D. Author Info & Affiliations

Published December 20, 2023 | N Engl J Med 2024;390:63-69 | DOI: 10.1056/NEJMcp2304436 | VOL. 390 NO. 1



# Conclusions

# Conclusions

- La démarche palliative: une philosophie de soins.
  - Eviter l'obstination déraisonnable
  - Respect de la volonté éclairée du patient: « Matter Most »

- Quand communiquer avec la personne âgée ?
  - Un **continuum de conversations** d'où l'importance de la juste précocité…

- Comment aborder les questions de fin de vie et l'annonce d'une mauvaise nouvelle avec la personne âgée ?
  - **Le faire. Avec vérité. De façon adaptée.** Outils pour guider la conversation.
    - *Il y a peu d'arguments légaux, déontologiques ou éthiques pour ne pas le faire, et pour ne pas l'adresser à la personne concernée.*
    - ***"Hoping for the best but preparing for the worst"*** (Ann Intern Med. 2003)
  - Gestion de la détresse des prof. de la santé: formation à la communication