L'arbre de vie
ou l'utilité du génogramme à l'EMSP de Guadeloupe

Déclaration de conflits d’intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Dr HARDY Sabah

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

« L’arbre de vie ou l’utilité du génogramme à l’EMSP de Guadeloupe. »

Sabah HARDY, Médecin Responsable de l’EMSP,
Odile CHAULET, infirmière clinicienne,
Centre Hospitalier de la Basse-Terre
GUADELOUPE

Gustave Klimt , « La vie et la mort » , 1916

INTRODUCTION

- En 2007, l'EMSP du Centre Hospitalier de la Basse-Terre a élaboré le dossier du patient en Soins Palliatifs en y incluant le génogramme.
- Son origine provient d'un stage en Unité de soins palliatifs à l'Hôpital Universitaire de Paris, en 1995.
- Il s'agit pour nous d'une pratique de base en soins palliatifs. Tout naturellement, le génogramme permet d'approcher le patient dans son contexte familial, social et culturel.
- Le rapport entre les soins palliatifs et le génogramme, est la nécessité d'une prise en charge globale du patient, entouré de sa famille.

BUT ET CONTEXTE

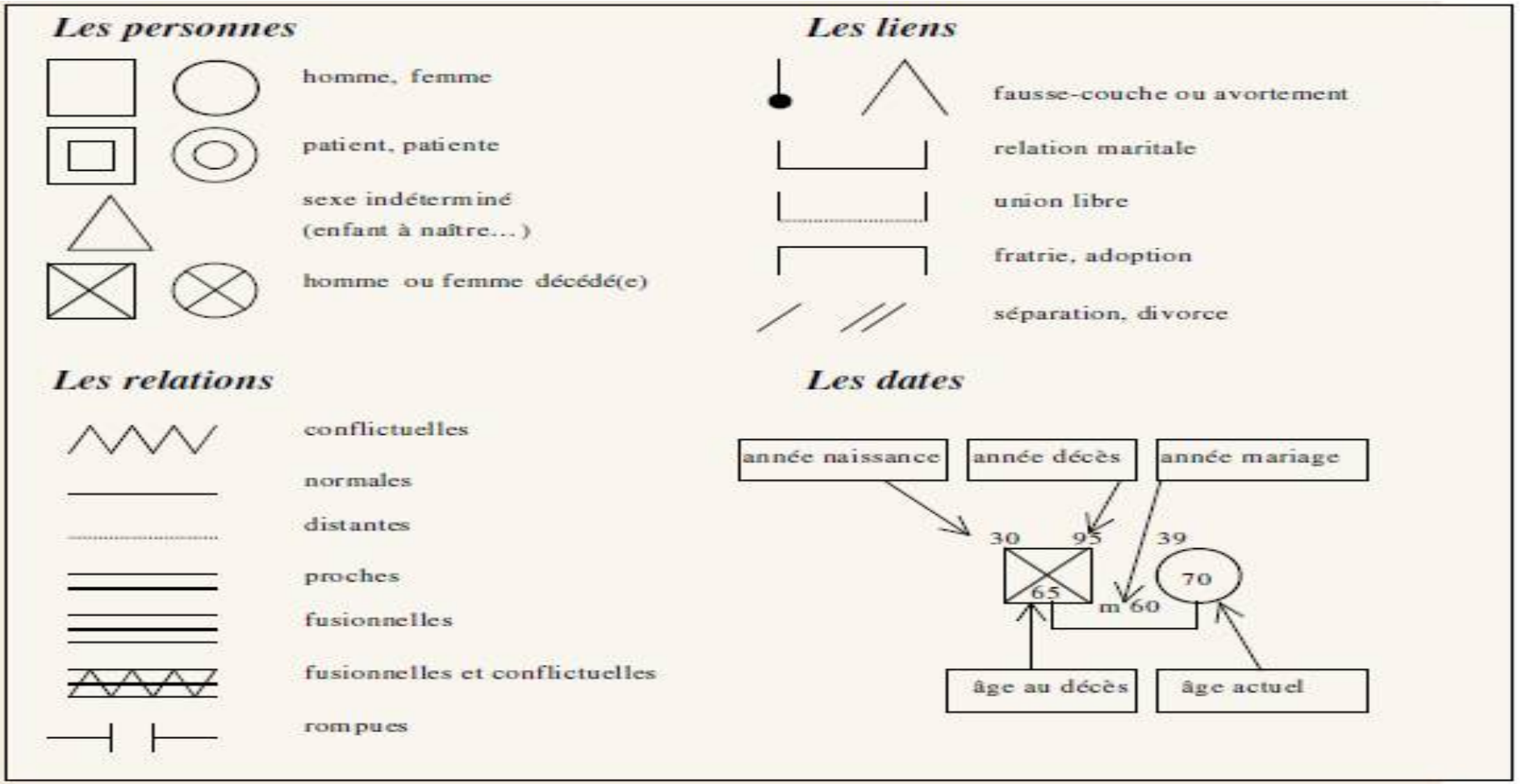
- Le génogramme est plus connu dans les thérapies systémiques familiales,
- le génosociogramme en psychanalyse avec la recherche de liens transgénérationnels,
- En médecine générale, au Canada, Dr Normand BELAND l'a utilisé en 1990 et il dit « *le médecin qui construit un génogramme montre au patient qu'il le considère, lui et sa famille, comme étant important, ce qui aide à établir une relation thérapeutique en soi.*"

DÉFINITION

- « *Un génogramme est tout simplement une représentation graphique de la famille* », sur au moins trois générations, rassemblant sur un même schéma les éléments importants qui la régissent tels que les évènements familiaux, les relations entre les différents membres ou encore des informations telles que leur profession ou leurs pathologies.
- *Le terme « génogramme » est issu de deux racines grecques : « géno » qui signifie « origine » , et*

  « gramme » qui désigne ce qui est dessiné.

SYMBOLES ET CONSTRUTION



Symboles utilisés pour la constitution d'un génogramme.

UTILISATION EN SOINS PALLIATIFS

- Outil d''accompagnement du patient dans sa famille, utilisé que par certaines structures en France et absent de l'enseignement universitaire en Soins Palliatifs.
- Au cours des consultations mobiles pluridisciplinaires, au-delà de la représentation graphique de la famille, facilite la parole de la personne. Inhérente à la culture guadeloupéenne, la famille et l'entourage sont très souvent associés au mal et à la maladie.
- L'objectif de cette étude est de mettre en mots « C*omment à partir de la réalisation du génogramme, la communication peut être installée, être améliorée et que l'accompagnement par l'EMSP prend alors une attention toute particulière aux personnes et à leur famille ».*

MÉTHODE

- **Sélection :**

- La définition de l'échantillon s'est faite à partir de la file active de 240 patients accompagnés par l'EMSP au cours de l'année 2016.

- Les critères d'inclusion sont ceux rappelés dans la définition de la SFAP : « *Toutes personnes malades , dont l'état requiert des soins palliatifs, atteintes de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale.* »

- La taille de l'échantillon : 4 dossiers de personnes accompagnées par l'EMSP, choisis en raison de la fréquence ou de la complexité de la situation familiale .

- **Etude observationnelle :**

descriptive, mono centrique et rétrospective, à partir des dossiers pluridisciplinaires de l'EMSP.

RÉSULTATS

- **Quantitatifs :**

- 30% des génogrammes sont retrouvés dans les dossiers,

- **90% sont majoritairement réalisés avec le patient** et complétés avec la famille, avec l'accord du patient,

- 100% de transmission soignante de l'information et mémorisation concernant la représentation complexe de la famille.

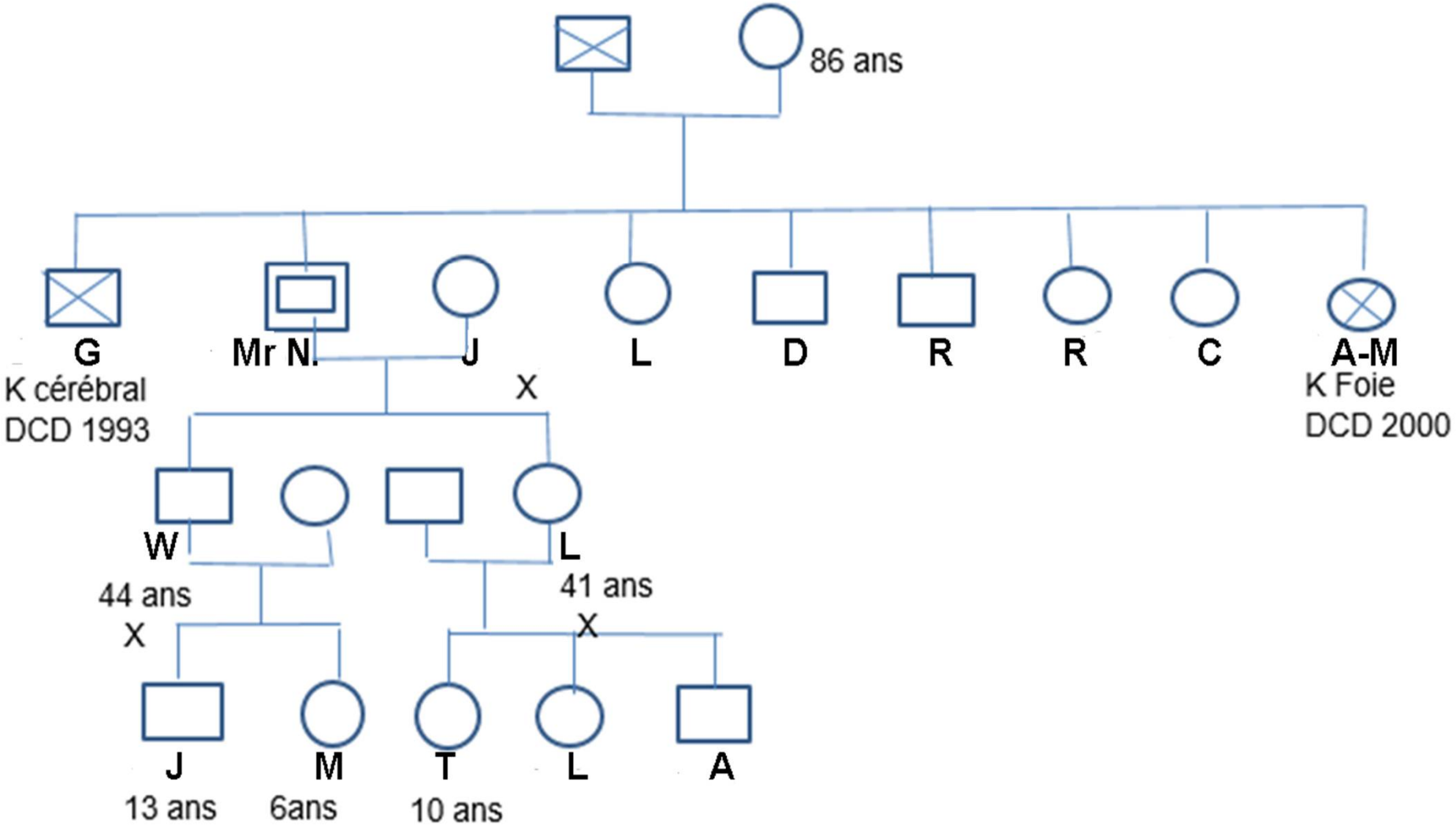
- **Qualitatifs :**

- Les champs d'investigation, le plus souvent retrouvés sont les dimensions biomédicales, socio-environnementales, relationnelles et culturelles et **vestiges historiques**,
- Cet outil a participé à renforcer la relation de confiance du patient de part la confidence de l'histoire de sa vie,
- et a permis aux familles une plus grande adhésion au projet de soins et de vie de leur parent.

Présentation de M. N.

- **Dossier n° 1** de ***M. N.:*** il est né en 1947,
- **Antécédents** : une hypertension artérielle, une insuffisance rénale, **dialyse depuis mars 2015**, une maladie alcoolique, il est sevré.
- **Diagnostic principal** : Il est atteint d'un cancer de l'œsophage avec des adénopathies, en novembre 2015 , traité par radio-chimiothérapie et prise en charge palliative depuis février 2016.
- **Sur le plan familial et social :** il vit avec son épouse. Il est retraité d'une administration.
- **Projet de vie**: il est de réaliser une croisière, en famille élargie, ce qui était prévue depuis 2 ans et de rester à la maison jusqu'au bout, entouré par ses enfants et petits-enfants.
- **Projet de soins:** soulagement de la douleur, questionnement éthique sur l'intérêt de poursuivre ou d'arrêter la dialyse,
- **Consultation famille:** au nombre de 2.

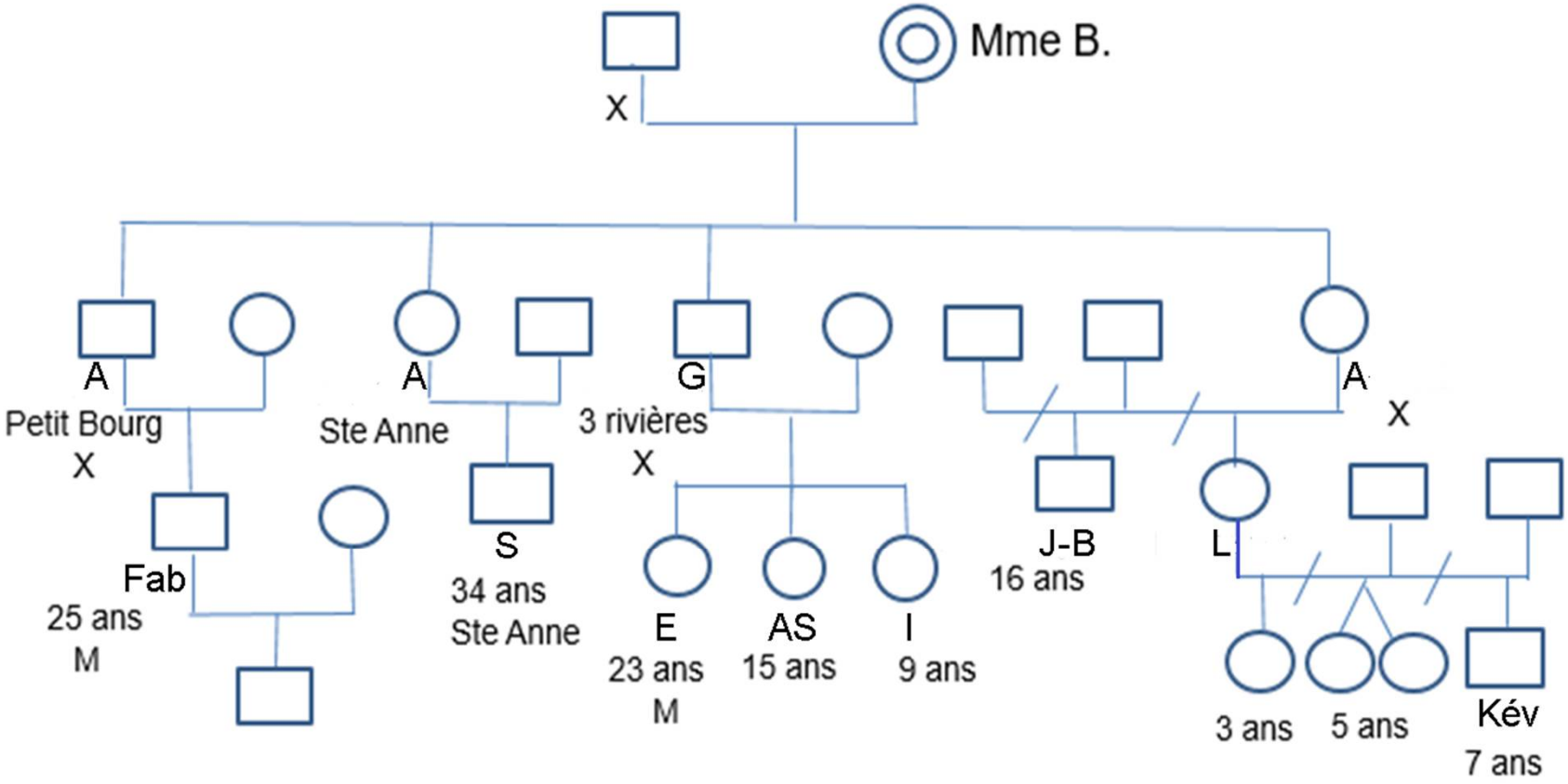
Génogramme de M. N.



Présentation de Mme B.

- **Dossier n° 2** de ***Mme B.,*** elle est née en 1937.
- **Antécédents :** HTA, une phlébite en 2000, une cholécystectomie en 1970, avec complications et reprises chirurgicales, une césarienne.
- **Diagnostic principal :** elle est atteinte d'un cholangiocarcinome avec épanchement pleural droit découvert lors de son hospitalisation au CHBT en mai 2016, date de début de la prise en charge palliative .
- **Sur le plan familial et social :** elle est mère au foyer et elle vit avec son époux. Sa fille A. est l'aidante principale.
- **Son projet de vie:** il est de fêter Noël, son anniversaire de 60 ans de mariage , et son anniversaire .
- **Projet de soins**: aider au soulagement de la douleur, mobiliser sa famille pour la réalisation du projet de vie de Mme B.
- **Accompagnement famille** : il consiste lors de consultation famille, de prévenir de l'épuisement de l'aidant principal, d'écouter la souffrance familiale.

Génogramme de Mme B.

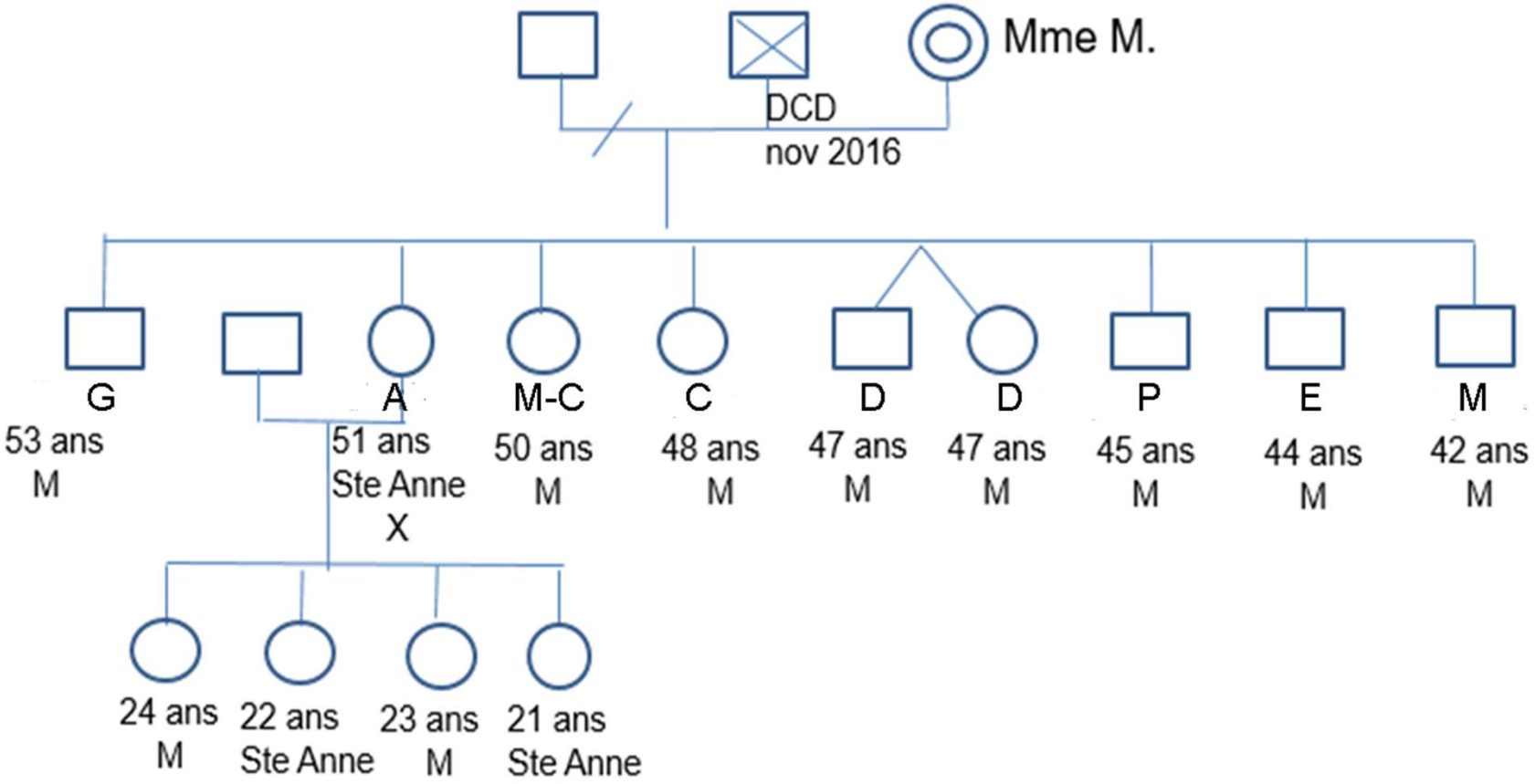


Présentation de Mme M.

- **Dossier n°3** de ***Mme M.*** ,elle est née 16/10/1945.
- **Antécédents** : cancer du sein en 1983 traité par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie (IGR), HTA et diabète et ligature des trompes.
- **Diagnostic principal** : cancer du poumon avec métastases pleurales, diagnostiqué en juin 2015 en métropole, retour en Guadeloupe en 2016, et prise en charge en oncologie et en soins palliatifs depuis août 2016 ,

  sous O2 en continu.
- **Sur le plan familial :** elle vit avec sa sœur dans la maison familiale. Elle a été ouvrière dans une usine, femme de ménage , aide ménagère, agent de service hospitalier.
- **Projet de soins et de vie:** il est de retourner en Guadeloupe ,d' avoir la visite de tous ses enfants de Métropole (M) et d'être maintenu à domicile entourée par sa famille.
- **Projet de soins**: il est d'aider au soulagement de la douleur, de lui donner la parole et d' écouter sa souffrance.
- **Accompagnement famille:** Il a permis d'établir une relation de confiance avec l'aidante principale et de prévenir son épuisement.

Génogramme de Mme M.

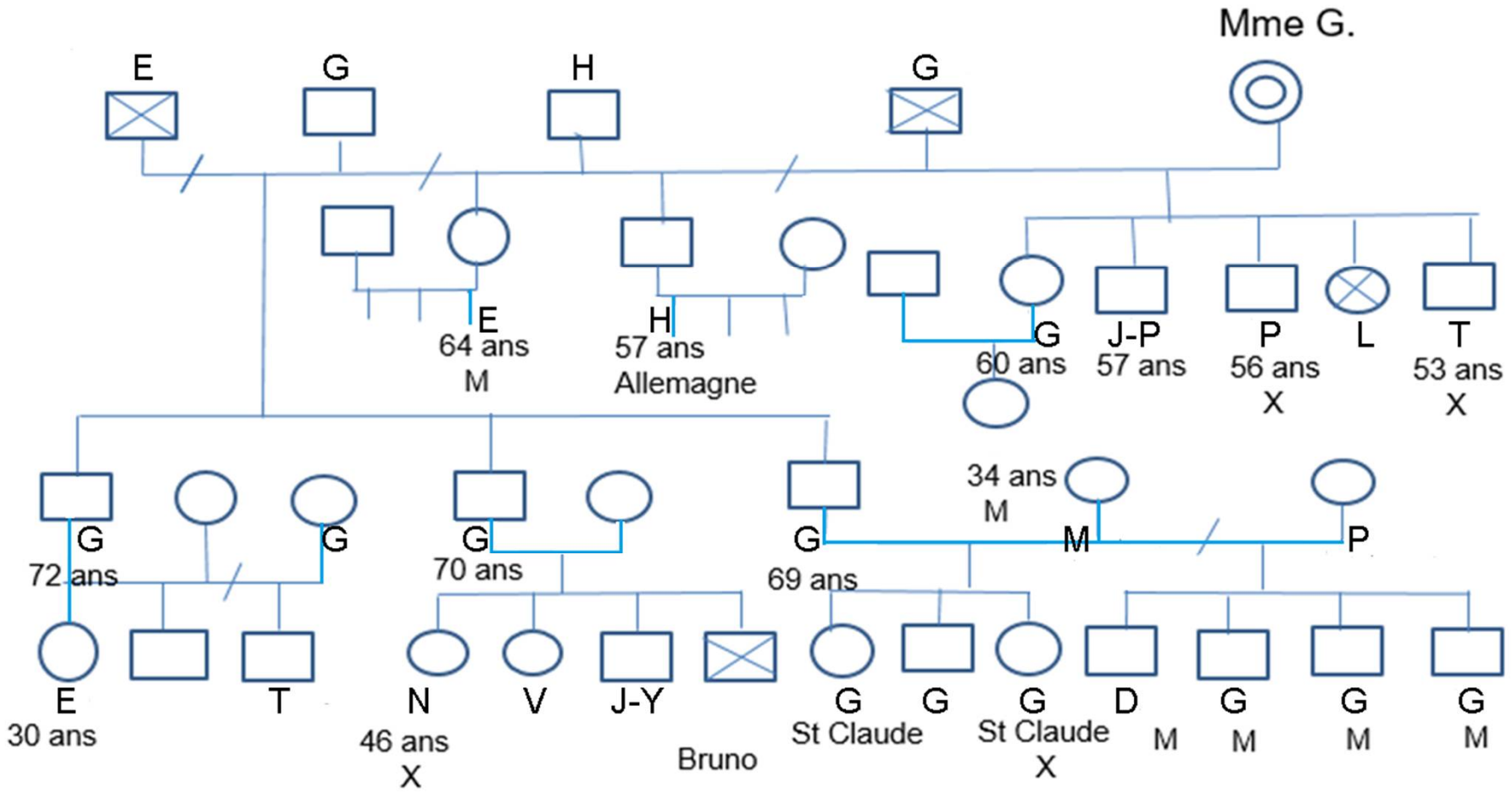


Présentation Mme G.

- **Dossier n° 4** de ***Mme G.,*** elle est née en 1928 ,
- **Antécédents :** une hypertension artérielle, une intervention de Bricker suite à une cystite radique,
- **Diagnostic principal :** elle est atteinte d'un adénocarcinome de l'utérus, ayant bénéficié d'une hystérectomie, puis d'une radiothérapie en 2009.En septembre 2016,découverte de métastases osseuses, en hospitalisation en médecine et début de la prise en charge palliative.
- **Sur le plan familial et social :**

  elle est veuve depuis 2005 et elle vit avec son fils, P., rentré de métropole depuis environ 6 ans. Elle est très entourée.
- **Projet de vie:** il est de rester à la maison jusqu'au bout, d'être entourée par ses enfants et ses petits-enfants.
- **Projet de soins:** il est d'aider au soulagement de la douleur, au maintien au domicile le plus longtemps possible, de se coordonner avec les soignants du domicile.
- **Accompagnement famille:** il est d'aider au soulagement de la souffrance familiale .

Génogramme Mme G.



ANALYSE ET DISCUSSION

- **Temporalité :**

- Le génogramme est débuté, le plus souvent, à la génération du patient en soins palliatifs à la différence du génogramme réalisé en thérapie systémique,
- Il est recherché une représentation de la famille au présent, sans recherche de l'historique qui peut apparaitre ou pas selon ce que le patient veut bien délivrer. Parfois, celui-ci occulte certains épisodes ou voire même une tranche de vie.

- **Interprétation :**

- Il n'y a pas un travail d'interprétation en clinique palliative.

- **Dimension biomédicale :**

- Elle permet d'informer sur la prévention médicale parfois nécessaire (K du sein, du colon, ...)

- **Dimension culturelle :**

Elle concerne:

- Le mal subi, perçu comme envoyé par un persécuteur présupposé issu de la famille ou de l'environnement,
- et le mal commis, qui s'articule essentiellement par la malédiction.

CRITIQUES ET LIMITES DE LA METHODE

- Le nombre de cas étudiés est faible mais représentatif des structures familiales rencontrées,
- C'est une analyse rétrospective avec absence d'un groupe comparateur,
- Le génogramme ne peut être réalisé chez tous les patients, car il demande du temps, l'adhésion du patient et de sa famille,
- Il nécessite la formation préalable des soignants à l'outil.

CONCLUSION

- Le génogramme en abordant la vie et la mort, d'où je viens où je vais, réintroduit la dimension philosophique et spirituelle de l'homme. L'identité de la personne apparait au cours de la reconstruction frileuse et délicate de son histoire familiale. Un lien fort s'établit pour un soin holistique.
- Le génogramme devient facilitateur à la relation en positionnant le patient dans son contexte familial et environnemental. Ses désirs et ses projets sont exprimées, puis transmis à sa famille avec son accord.
- Du point vue éthique, la légitimité du génogramme est de respecter l'autonomie de la personne, sans lui imposer, sans juger et sans interpréter.

PERSPECTIVES

- Elles pourraient concerner:
- L'introduction du protocole d'utilisation et de son guide à l'EMSP du CHBT,
- La prise en compte des différents symboles notamment pour les difficultés relationnelles, afin d'adapter l'accompagnement,
- Le développement de la formation pour une utilisation plus fréquente,
- Le recueil de la désignation de la personne de confiance , s'il y en a une, comme préconisé dans la loi CLAYS-LEONETTI.

BIBLIOGRAPHIE

1- Ancelin Schutzenberger A. « Aïe mes aïeux ! », 16è éd., Desclée de Brouwer, Paris, 2009.

2- Burucoa B., Milon J., Ferréol M., « Etude prospective sur l'accompagnement des proches en Unité de soins palliatifs (USP) », revue internationale de soins palliatifs 2014 /2 (vol.29),p. 33-40.

3- Compagnonne P. « Le génogramme : et si on le remettait à l'endroit… » Le journal des psychologues 2010/8 (n° 281) , p.18-22.

4- Froidcoeur X , Génogramme. Travail de fin d'études de médecine générale. Liège, 2005.

5- Le Cardinal P, De Broucker D., Deprat F. « Une expérience d'approche centrée sur la personne dans la communication non verbale », Congrès national de la SFAP, 2005, p139-141.

6- Le Cardinal P, De Broucker D., « Intérêt et limites du génogramme dans l'accompagnement du patient en fin de vie et de ses proches » 97 p., thèse de médecine, Lille 2, 2004.

7- Mallet D., Chéckroud H., « Approche généalogique, héréditaire des familles », Dunod 2014, p 890-899.

8- Mc Goldrick M., Gerson R, : « Génogrammes et entretien familial », éd. ESF, mars 1990.

9- Migerel H., « Le nom de famille », communication, décembre 2016.

10- Migerel H. « Maladie, culture, croyances : quelles alliances », 3ème congrès international de soins palliatifs : « Partager par-delà les frontières », avril 2015, Guadeloupe.

11- Monfort J.-C., Agüera-Ortiz L., : « Le génogramme : la révélation des secrets », Psychiatrie de la personne âgée, sous la direction de Jean-Pierre Clément,2009, p.103-105.

12- Payet C., : « Génogramme en addictologie : formidable outil d'étude systémique », congrès international d'addictologie de l'albatros, juin 2016.

13- Payet C , : « Intérêt de l'utilisation du génogramme en alcoologie réunionnaise: illustration à partir de cinq cas cliniques », thèse de médecine générale ,Brest,2012.

14- Rialland C., : « Cette famille qui vit en nous », éd. Robert Laffont, Paris, 1994.

15- Scandariato R., « Génogrammes d'ici et d'ailleurs », Le journal des psychologues 2010/8 (n° 281) , p.37-41.

MERCI DE VOTRE ATTENTION