	Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine
09/04/2015 14h30 - 16h30	**Atelier de soins palliatifs** « LA FIN DE VIE EN EHPAD ET SES PARTICULARITES »
Baugé	RELEVE DE CONCLUSIONS

INTERVENANTS

- **Mme Blandine BREHERET,** Cadre infirmier
- **Docteur Patrice FAULQUE**
- **Mme Sandrine FORTANIER,** Equipe douleur interne - Infirmière
- **Mme Anita MERLET,** Equipe douleur interne – Aide - soignante
- **Mme Christelle FOIN,** Chargée de mission - CASSPA 49

Nombre de participants : 17

Rédacteur : Mme Christelle FOIN

Pièces jointes	Diaporama	Sites de référence

THEMES	DISCUSSION
1. Présentation de la CASSPA 49 (C. FOIN)	**Missions de l'Association** ▪ Promouvoir la démarche palliative en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du Maine et Loire ▪ Permettre une meilleure articulation entre les différents acteurs du système de santé *(Acteurs concernés : établissements de santé du secteur sanitaire, du social et du médico-social, professions libérales, associations d'usagers, tout professionnel investi dans la démarche palliative)* ▪ Sensibiliser à la culture palliative le public et les professionnels de santé <u>Les outils de la CASSPA 49</u> : ▪ Un **site internet** mis en ligne fin février dernier. <u>Objectif</u> : être une plateforme d'informations et de ressources en priorité pour les professionnels de santé. Différentes rubriques : ateliers de soins palliatifs/formations – ressources documentaires – droits des usagers – offre de soins en Maine et Loire,… Enrichissement du site prévu tout au long de l'année 2015. ▪ Récemment une **conférence grand public** sur les droits des malades et la fin de vie (*La loi Leonetti et ses évolutions*) au Centre des Congrès d'Angers. 500 personnes y ont assisté. ▪ Réalisation d'un **guide « Soins palliatifs et accompagnement en pratique »** avec les 4 Equipes mobiles de soins palliatifs du 49 (*projet soutenu par le fonds pour les soins palliatifs*). Guide accessible sur le site internet de la CASSPA. ▪ Réalisation de **fiches pratico – pratiques sur la gestion de symptômes** (*en cours : constipation/encombrement bronchique en soins palliatifs/Toux/Dyspnée/Nausées – vomissements*).

THEMES	DISCUSSION
	▪ Proposition d'**ateliers de soins palliatifs** sur différentes thématiques (*En 2014, 136 professionnels de santé ont assisté à l'un des 4 ateliers proposés*)
2. Cas clinique n°1. **(Mme Sandrine FORTANIER – Mme Anita MERLET)**	**Présentation du cas clinique n°1 par l'équipe interne douleur** *(cf. diaporama)* **Discussion – échanges autour :** ■ **De la douleur de la patiente/résidente :** <u>2 symptômes</u> : - la dyspnée. L'encombrement est très présent avec des secrétions buccales très importantes - une douleur aigüe au niveau de son avant – bras gauche avec cyanose, mise à jour du matériel et écoulement nauséabond Dame très inconfortable. Elle ne pouvait plus manger. Elle ne pouvait pas déglutir. ■ **Du respect de la volonté de la patiente/résidente :** - Mme B. refusait catégoriquement de se faire hospitaliser - L'équipe a respecté sa volonté après l'avoir informée des risques qu'elle encourait. ■ **De la souffrance exprimée par les soignants :** - L'équipe soignante vit très mal la situation. L'équipe est en souffrance. - Il est question d'abandon de la patiente, du « laisser mourir ». Incompréhension sur la prise en charge. Décalage également entre les soignants sur le diagnostic de fin de vie. <u>Conclusion</u> : Face à ces difficultés, il a été décidé de faire appel à l'équipe interne douleur *(regard extérieur à la prise en charge).* ■ **De l'appel à l'équipe interne douleur :** <u>Constats</u> : - L'équipe soignante avait déjà toutes les réponses. Il fallait juste reposer les problématiques, en rediscuter tous ensemble (équipes médicale et soignante) Il est question de la nécessité de privilégier les temps d'échanges en équipe pour que chacun puisse s'exprimer. - L'appel à des professionnels non impliqués dans la prise en charge de Mme B. a permis également d'apporter un regard extérieur et un recul nécessaire pour mieux se positionner. ■ **De la place à accorder à la famille :** - Intégration de la famille dans la prise en charge. Rapprochement avec la fille de la résidente qui se sentait mise à l'écart de la prise en charge de sa mère (*souffrance psychologique*). ■ **Du vécu des professionnels de santé participant à l'atelier :** <u>Constat</u> : ce cas clinique fait écho à des situations vécues au sein des autres structures. <u>Difficultés mises en avant au sein des EHPAD</u> : absence du médecin dans les réunions hebdomadaires et pluridisciplinaires dans la plupart des établissements représentés (*ce sont des médecins libéraux qui interviennent*).

THEMES	DISCUSSION
	■ **Autour des ressources à disposition. Il peut être fait appel aux :** - Equipes mobiles en soins palliatifs (*CHU Angers – Association les Récollets/la Tremblaye Doué la Fontaine – CH de Cholet – CH de Saumur*) - Etablissements d'hospitalisation à domicile (*Angers – Cholet – Doué la fontaine*) - Bénévoles d'association (*ex : Jalmalv – Adespa,…)* **Conclusion :** - Privilégier autant que possible les discussions interdisciplinaires afin de poser toutes les problématiques et trouver ensemble les solutions les plus adaptées. - <u>Important</u> : la patiente est décédée sereinement, sans signe de douleur, sans souffrance.
Autres sujets abordés : les évolutions apportées par la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et la fin de vie de MM. Leonetti et Claeys.	■ **La personne de confiance** - Dans la proposition de loi, primauté du témoignage de la personne de confiance sur tout autre témoignage. ■ **Les directives anticipées** *(personne hors d'état de s'exprimer)* Dans la proposition de loi, - Opposabilité des directives anticipées au médecin sauf exceptions *(si apparaissent inappropriées. Dans ce cas, le médecin doit solliciter un avis collégial*) ou en cas d'urgence vitale - Plus de durée de validité (*actuellement, validée de 3 a*ns. Au-delà, elles doivent être renouvelées, sauf si l'état d'inconscience du patient *ne lui a pas permis de le faire ou si la personne s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement)* - Lieu de conservation : registre national A noter : Les établissements ont l'obligation d'informer les usagers sur la possibilité qu'ils ont de désigner une personne de confiance ou de rédiger des directives anticipées. <u>Pour suivre l'actualité</u> : www.casspa49.fr
3. Cas clinique n°2. **(Docteur Patrice FAULQUE – Mme Blandine BREHERET)**	**Présentation du cas clinique n°2** *(cf. diaporama)* **Cas clinique n°2.** ■ **Présentation de la prise en charge de M. H âgé de 89 ans – en EHPAD depuis 2010.** <u>2 symptômes</u> : - Dyspnée croissante (OAP) (*insuffisance respiratoire*) - Œdèmes sur tout le corps M. H. a également une insuffisance rénale terminale sur néphropathie diabétique *(il a exprimé clairement son refus de dialyse).* M. H. est confus (*inefficacité du Lasilix à haute dose*) Transfert de M. H. in extrémis par le médecin traitant (d'abord en congés, son remplaçant avait été sollicité, sans suite) dans une clinique angevine, puis au CHU où il est dialysé à la demande de la famille.

THEMES	DISCUSSION
	Discussion – échanges autour : ■ **Du respect de la volonté du patient :** - Refus de M. H de se faire dialyser – refus exprimé à plusieurs reprises (*traçabilité des volontés du patient dans son dossier médical*). - Médecin traitant a répondu à la demande de la famille de faire transférer le patient et de le dialyser. Questions : sur la multiplication des intervenants dans la prise en charge de la personne malade ? La place accordée à la famille ? Comment faire face à l'insistance des familles ? ■ **De la souffrance exprimée par les soignants :** - Cas mal vécu par l'équipe soignante car prise en charge à l'encontre des volontés du patient (*transfert – dialyse*). Equipe soignante en souffrance. - Mise en avant des difficultés des EHPAD non dotés d'IDE de nuit. - Il est également question de l'évolution des pathologies (*non douloureuses*) rendant compliquées les prises en charge (*pathologie cardiaque, néphrologique, cachexie*,…) ■ **De la nécessité d'anticiper pour éviter les situations d'urgence :** - Privilégier la concertation, les temps de réflexion collégiale (*y compris avec la famille*). - S'appuyer sur les ressources mises à disposition des professionnels de santé (EMSP – HAD,…). Les EMSP sont des équipes de terrain qui peuvent intervenir en structures hospitalières, dans les structures médico-sociales, et à domicile. Elles peuvent accompagner des équipes de soins confrontées à des décisions complexes et délicates d'un point de vue éthique, sans se substituer à elles. L'HAD est également une ressource aux professionnels d'EHPAD. Elle assure des soins complexes, intenses et/ou techniques. Elle permet de raccourcir une hospitalisation en établissement, voire de l'éviter complètement. ■ **Du projet de fin de vie :** - Ne devrait-on pas parler du projet de fin de vie ? d'un projet d'accompagnement personnalisé ?
Conclusion (C.FOIN)	Ouverts à tous les professionnels de santé du Maine et Loire, ces ateliers se veulent être des lieux d'échange d'expériences et de pratiques autour d'une problématique en lien avec les soins palliatifs. La CASSPA organise des ateliers 3 à 4 fois par an au sein des établissements adhérents. **Prochaine thématique :** ▪ La mise en place d'un projet sur l'Aromathérapie – 2 juin 2015 – Lieu : Village santé Saint Joseph – Chaudron en Mauges.