	Coordination de l'Accompagnement en SoinS Palliatifs Angevine
27/02/2014 14h30-16h30	**ATELIER DE SOINS PALLIATIFS**
ANGERS	**Thématique** : Réflexion autour des accompagnements de familles complexes – Souffrance des soignants

INTERVENANTS

- **Dr. Emilie Le PAPE**
- **Dr Claire MONTECOT**

Nombre de participants : 27

Rédacteur : Mme Géraldine MOUSSEAU

Pièces jointes	Brochure	Diaporama	

THEMES	RELEVE DE CONCLUSION
1. Présentation de l'Association CASSPA 49	**Contexte** ▪ Volonté de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire de développer les soins palliatifs en Maine et Loire, en lien avec les 4 équipes Mobiles de Soins Palliatifs (*Angers, Cholet, Doué la Fontaine, Saumur*). ▪ Dépôt des statuts de l'Association en 2009. ▪ Association constituée d'une Assemblée Générale, d'un Conseil d'administration et d'un Bureau (*Président : Y. Dubourg, Vice-Président : Dr. P. Hubault, Trésorier : Dr. M. Noujaim, Secrétaire : S. Thaler, Secrétaire adjoint : Dr.A-L. Salimon*). **Missions de l'Association** • Promouvoir la démarche palliative sur l'ensemble du Maine et Loire • Permettre une meilleure articulation entre les différents acteurs du système de santé en lien avec les 4 EMSP (*Acteurs concernés : établissements de santé, professions libérales, associations d'usagers, tout professionnel investi dans la démarche palliative*) • Informer le public et former les professionnels. L'un des outils utilisés : mise en place d'ateliers de soins palliatifs permettant des échanges d'expérience sur une thématique entre professionnels de santé de profils différents *(Praticiens, IDE, Aides-soignantes, Psychologues….).*

2. Cas clinique n°1 (Dr Émilie Le Pape, Mmes Florence Morille (psychologue), Roxane Yver (IDE), Sylvie Vigneron (AS), Nicole Dumond (CI)	**Présentation du cas clinique n°1** *(Cf. diaporama).* **Discussion – échanges** : Le Dr Le Pape et les membres de l'équipe exposent le cas de M. B. Elles décrivent dans un 1er temps la difficulté que représentait le désaccord entre M. B et sa femme à propos du retour à domicile, et surtout le fait que ce désaccord ne soit jamais dit dans le couple mais toujours à travers un tiers. Dans un 2ème temps s'expriment les questionnements : ▪ **Pouvait-on aller contre le souhait du patient ?** Information du patient faite par rapport au risque. Patient en capacité de dire ses souhaits ▪ **A-t-on sous-évalué la souffrance de la femme ?** Elle semblait sûre d'elle dans son discours, capable de gérer la situation. L'anticipation de la sortie à domicile pouvait-elle être encore mieux préparée ? Proposition de SSR refusée. Prescriptions anticipées faites, discussion avec la famille de la mise en place de l'HAD faite. Elle avait donné son accord. La violence et la rapidité du décès n'étaient pas anticipables. Comment faire avec la difficulté de l'histoire familiale en tant que soignant ? Comment faire quand le désaccord familial est aussi important ? Comment faire avec la colère et la culpabilité de la femme après le décès ? Elle montrait différentes facettes selon les interlocuteurs, n'a pris aucune des propositions qui lui ont été faites. La situation a exacerbé les conflits antérieurs. Quelques échanges se font autour de ces questionnements. L'histoire familiale n'appartient pas aux soignants, nous avons peu de leviers face à cet état de fait qui vient parasiter la relation avec le patient et son entourage. Nous tentons d'entendre et de recevoir la colère. Avons-nous des points d'appui face à ces situations ?
3. Cas clinique n°2 (Dr. Claire Montécot, Mmes Anaïs Henry (IDE), Emilie Pillard (assistante sociale), Anne-Laure André-Berton (psychologue)	**Présentation du cas clinique n°2** *(Cf. diaporama).* **Discussion – échanges** : Dès l'arrivée du patient deux éléments ont perturbé la relation avec le couple et en particulier avec l'épouse : ▪ Mme était en désaccord avec l'orientation de son mari au DSSSLD ▪ Elle avait entendu que le chirurgien avait enlevé la tumeur donc son mari allait récupérer de son déficit. Pour tenter d'établir une meilleure relation, l'équipe a essayé de répondre à ses attentes : ▪ Séances de kinésithérapie et d'ergothérapie quotidienne, ce qui représente un effort important pour la structure. ▪ Changement de chambre dans l'objectif de favoriser l'autonomie de M. ▪ Différentes propositions de l'équipe pour maintenir et améliorer le confort de M. Malgré cela, il n'y a pas de modifications dans les relations avec Mme qui continue de revendiquer un transfert aux Capucins, qui maîtrise la prise de la chimiothérapie en apportant au coup par coup le traitement. Pour vérifier qu'il n'y ait pas eu d'erreur d'orientation, le Dr Montécot a pris contact avec les différents intervenants ayant rencontré le couple. Ceux-ci confirment l'indication des soins de suite et l'absence d'indication à une rééducation plus intensive à ce moment-là de la prise en charge.

	Le Dr Montécot a rencontré Mme pour reprendre avec elle la situation, mais cette dernière n'entend pas que son mari souffre d'une maladie évolutive. Un rendez-vous est organisé avec l'équipe médicale de la rééducation, qui accepte d'accueillir M. dès qu'une place est disponible à la fin des traitements spécifiques. Au décours de son séjour, M. présente une détresse respiratoire pour laquelle il est adressé au SAU puis il sera transféré en rééducation. Mme a réussi à créer un lien avec les soignants de la rééducation, mais l'état de M. s'aggrave. Une discussion s'engage autour de différents questionnements : **Questionnements par rapport aux décalages :** Différente perception de la maladie par les soignants et par l'entourage. Décalage dans la temporalité. Compréhension de la maladie par l'entourage, importance de l'annonce et de l'évaluation à distance de ce qui a été compris. Eventuelle réexplication accompagnée par une équipe tiers. Nécessité pour l'équipe de mettre un cadre à la prise en charge et de bien définir le projet de soins pour pouvoir contenir l'entourage dans son accompagnement.
Conclusion	À la fin des échanges, nous mettons fin à cette rencontre. Les participants semblent satisfaits de cet atelier.