



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. Martine GARDEMBAS
- Dr. Thierry JEANFAIVRE – Mme Julie GAUTIER

Nombre de participants : 31.

Rédacteur : Mme Christelle FOIN

Pièces jointes



Brochure



Diaporama

THEMES

RELEVÉ DE CONCLUSION

1. Présentation de l'Association CASSPA 49 (C.FOIN)

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*).

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, infirmiers, aides-soignants, psychologues, infirmiers...*).

2. Cas clinique n°1
(Dr. Martine
GARDEMBAS)

Présentation du cas clinique n°1 (*Cf. diaporama*).

Discussion – échanges autour :

- **Du refus de soins du patient**

Dès le départ, le patient a exprimé son refus de soins.

Difficultés rencontrées : patient peu expressif, précarité sociale, rupture familiale.

Explications au refus de soins: lassitude de la vie au point de refuser tout traitement, témoignage de souffrances antérieures, déni de sa maladie.

- **Du cheminement du patient qui l'a conduit à accepter une prise en charge globale** (thérapeutique mais aussi sociale).

Éléments déclencheurs :

D'une part, le conjoint (personne de confiance) qui a joué un rôle moteur dans l'acceptation par le patient des soins.

D'autre part, le délai de réflexion laissé au patient pour décider de sa prise en charge.

- **De la prise en charge thérapeutique**

Lymphome de Burkitt : prise en charge intense physiquement et psychologiquement (6 mois avec chimiothérapie tous les 15 jours). L'hospitalisation du patient a duré 3 mois dans le secteur protégé (isolement).

Trithérapie : en parallèle.

- **Du mariage homosexuel du patient** (*art. 75 du code civil*).

Célébration du mariage dans le secteur protégé du service « Maladies du sang », en présence des soignants. Mariage dit « in extremis », c'est-à-dire célébrer par un officier d'état civil dans la chambre du patient du fait de péril imminent de mort. A l'appui, certificat médical.

Explications : patient en rupture familiale. L'équipe s'est transformée en « famille d'adoption ». Moment fort émotionnellement.

- **De l'aggravation de l'état de santé du patient** (*infection et rechute de la maladie lors des soins de suite*) et du lieu de la fin de vie.

Informé par l'équipe médicale, le patient décide alors d'arrêter toute thérapeutique de soins spécialisés, à l'exception des soins de support (antalgiques, hypnovel, hydratation). Il refuse également de rencontrer une psychologue.

Se pose aussi la question du choix du lieu de fin de vie avec la personne de confiance. **Constat :** état du patient rendant la prise en charge à domicile impossible.

Questions :

1. **Place des soignants témoins obligés d'une situation complexe et douloureuse ?**

Constat : solidarité au sein de l'équipe soignante. Respect du choix du patient, y compris du choix de vie (neutralité – encouragement).

2. **Moyens mis en place pour aider les soignants ?** l'écoute – la communication entre les professionnels. Groupes de parole/groupes de soutien ? oui, mais de façon informelle.

- **Des derniers instants**

Frères et sœurs contactés par l'époux du patient, lesquels ont répondu présents à l'appel. Communication non verbale, mais réelle.

3. Cas clinique n°2
(Dr. Thierry JEANFAIVRE
– Mme Julie GAUTIER)

Présentation du cas clinique n°2 (Cf. diaporama).

Discussion – échanges autour :

- **De la relation avec le patient :** mutisme du patient dès le départ (*aucune attente, aucune manifestation, aucune envie*). Discussion et échanges impossibles. A noter : patient isolé socialement, divorcé depuis peu.
- **Des moyens de rentrer en relation avec ce patient :** plusieurs possibilités ont été envisagées :
 - enquête sociale, aidant...
 - personne de confiance : manifestation par le patient d'un manque d'intérêt.

- **Du cheminement du patient vers la construction d'un projet personnalisé de soins :**

1^{er} dénouement : finalement, l'équipe soignante prend contact avec son ex-femme, en accord avec le patient. Elle se présente à l'opposé de son ex-mari, et propose de participer à la consultation d'annonce, en accord avec lui.

2^{ème} dénouement : consultation d'annonce

Le dispositif d'annonce est une mesure du plan cancer (2003-2007). Ce dispositif prévoit des temps de discussion et d'explications sur la maladie et la prise en charge thérapeutique du patient. Le dispositif d'annonce prévoit plusieurs temps dont un temps médical, et un temps d'accompagnement soignant (IDE de consultations d'annonce).

Difficultés rencontrées : le patient n'exprime pas de souhait quant au projet de soins palliatifs. Perception de quelques conflits entre lui et son ex-femme.

Constat : Il est important de laisser du temps au patient de se projeter dans un projet personnalisé de soins. Il est à noter que le patient est resté hospitalisé 5 semaines au CHU.

Questions - réflexions :

- 1. Comment construire le projet de soins palliatifs ?** Le patient ne participe que peu à sa prise en charge (patient apathique). Son retour à domicile est compliqué du fait de son épanchement pleural (*accumulation de liquide dans l'espace situé entre le revêtement extérieur du poumon et la plèvre*).
- 2. Proposition thérapeutique :** placer entre son thorax et son abdomen une pompe pleuropéritonéale qu'il pourra lui-même actionner pour retirer le liquide accumulé (acte chirurgical sous anesthésie). Cette solution lui permettrait de retrouver une certaine autonomie.
- 3. Dénouement :** son ex-femme lui propose un retour à domicile pour faciliter sa prise en charge. En accord avec le patient, il lui est proposé une hospitalisation à domicile (HAD) en lien avec son médecin traitant. Le patient accepte la prise en charge et semble satisfait.

4. Autres sujets abordés	L'information (art. L. 1111-2 – R. 4127-35 du code de la santé publique) : Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information délivrée doit être loyale, claire et appropriée. <u>Objectif</u> : permettre au patient de donner un accord ou un refus éclairé. Le consentement (art. L. 1111-4 – R. 4127.36 du code de la santé publique) : Aucun acte médical ou traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre (sans intimidation) et éclairé (précédé d'une information claire, compréhensible et adaptée). Le consentement est révocable à tout moment. Le refus de soins (art. L. 1111-4 – R. 4127-36 du code de la santé publique) : Il appartient au médecin de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. En cas de mise en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables. La personne de confiance (art.L1111.6 du code de la santé publique) Toute personne majeure peut désigner par écrit une personne de confiance, en qui elle a toute confiance (<i>conjoint, enfant, médecin traitant...</i>) Son rôle : ▪ si le patient le souhaite, elle pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux, ▪ si le patient n'est plus en capacité de s'exprimer la personne de confiance sera consultée (<i>porte-parole</i>). Les établissements de santé ont l'obligation d'informer les usagers sur la possibilité qu'ils ont de désigner une personne de confiance.
Conclusion (C.FOIN)	Ouverts à tous les professionnels de santé du Maine et Loire, quel que soit leur profil, 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 4 à 5 fois par an. Prochaines thématiques : ▪ L'Aromathérapie et le toucher relaxant (22 mai 20014) – Lieu : Hôpital Saint Nicolas - Angers. ▪ La complémentarité de l'HAD en EHPAD, est-ce possible ? (11 juin 2014) – Lieu : Hôpital local Aimé Jallot – Candé. ▪ Accompagner l'entourage d'un patient en Soins Palliatifs : éléments de réflexion à partir d'une situation concrète (2 octobre 2014) – Lieu : Centre hospitalier - Cholet. ▪ Place et rôle de l'entourage (9 octobre 2014) – Lieu : Clinique de l'Anjou – Angers.