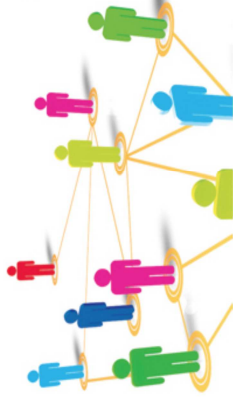


6ème
COLLOQUE AQUITAIN
de Soins Palliatifs
et d'Accompagnement

Samedi 7
Novembre 2015
BIARRITZ
Espace BelleVue



PLACE DU DOMICILE DANS LE PARCOURS DU PATIENT:

SOINS PALLIATIFS A LA REUNION :

COORDINATIONS STRUCTURES / LIBERAUX

AUTOUR D'UN CAS CLINIQUE

Michèle PEYRICHOUX IDE libérale
Bois d'Olives

CONTEXTE FAMILIAL

- **Madame P âgée de 34 ans**
- **Mariée, 2 enfants (17 et 9 ans)**
- **Très entourée, très proche de son mari et de ses enfants**
- **Enorme investissement du mari (chômeur donc très présent)**
- **« Bloc » familial autour de la patiente (belle famille)**

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Hospitalisée en juin 2013 en gynécologie pour bilan étiologique
- Symptomatologie mixte : douleurs épigastriques, intolérance alimentaire, vomissements, amaigrissement important
- Diagnostic : adénocarcinome gastrique
- Pose d'une chambre implantable le 28 juin 2013
- Pas de PEC psychologique, refus proposition HAD
- Début de la PEC au domicile :
nutrition parentérale nocturne (1,5 l OLIMEL N7® + CERNEVIT®)
antalgie par ORAMORPH (5 gttes / 6 h)

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION (1)

- Soins passent de 2 à 3 fois / jour
- Pose d'un picc line le 4 juillet
- Mise en route d'une PCA : 30 mg de morphine / 24 H avec des bolus de 5 mg et une PR de 30 minutes
- Patiente autonome, refus de la toilette proposée par les soignants

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION (2)

- **Hospitalisation tous les 15 jours :
chimiothérapie + rencontre avec l'UMASP**
- **Bilan d'extension catastrophique :**
 - **Métastases ovariennes bilatérales**
 - **Adénopathie rétro-péritonéale**
 - **Carcinose péritonéale**
 - **Doute sur atteinte pulmonaire**

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION (3)

- PEC au rythme des hospitalisations → chimiothérapies
- Echanges avec l'UMASP et points réguliers
- Détachement d'une IDE du cabinet pour optimiser la PEC :
lourde +++
- Relation de confiance entre patiente, entourage, et intervenants au domicile

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION (4)

- **Angoisse à chaque hospitalisation → proposition de séjour prolongé → refus**
- **A la demande de la patiente arrêt de la PCA → relais Durogésic® + interdoses morphine / 4 h**
- **25 septembre scanner → progression confirmée de la maladie : œsophage, ascite, hydronéphrose**
- **Patiente + époux informés**
- **Remise en place de la PCA**
- **Retour au domicile éprouvant à 23 h !**

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION (5)

- **Le lendemain : entretien et reformulation des infos reçues**
- **Paroles de la patiente : « j'ai compris... Les médecins se trompent... ils se trompent... Je veux guérir...Je ne veux aucune tristesse...**
- **Paroles approuvées et validées par l'époux → déni**
- **Changement protocole chimio en octobre 2013**
- **Obstruction rénale bilatérale → IR → pose de JJ bilatérale**
- **Hospitalisation de fin octobre au 5 novembre**

FIN DE LA PRISE EN CHARGE

- Retour au domicile → évaluation médecin traitant et IDE
- Traitement :
 - Solumédrol® 120 mg / J IVL
 - Durogésic® 25 + 12
 - Morphine® 15 mg SC / 8 H
- Reprise de la PCA en bolus : morphine® 40 mg + durogésic® 75
- Décès de la patiente à 19 h, 20 minutes après le bolus...

QUID DE LA COLLABORATION EQUIPE LIBERALE - UMASP

- Echanges constructifs équipe libérale → UMASP et UMASP → équipe libérale
- Hétérogénéité dans les approches → décalages, complémentarité
- Relation de confiance → écoute, respect
- A permis à l'UMASP d'appréhender la réalité du domicile
- A permis à l'équipe libérale de prendre un certain recul
- Patiente et entourage ont pris acte de cette collaboration → se sont sentis en sécurité et l'ont verbalisé

DEBRIEFING - RETOUR DE LA PEC

- **Entre les IDE du cabinet dans un premier temps**
- **Avec médecin, IDE, psychologue UMASP plusieurs semaines après le décès au cabinet libéral :**
 - **Culpabilité de l'IDE ayant fait le bolus 20 mns avant le décès**
 - **Les difficultés des soignants libéraux et hospitaliers / désirs patiente, entourage, équipes soignantes et réalité de la situation**
 - **Solitude des libéraux le weekend**
 - **Pas de visite au domicile de l'UMASP**

CONCLUSION

- **Coordination efficiente**
- **Demande PEC par l'UMASP pour chaque patient en situation palliative symptomatique**
- **Mais ... attention : la multiplication des intervenants n'est pas gage d'une PEC de qualité**