

# PARCOURS DU PATIENT EN SOINS PALLIATIFS: VISIBILITÉ, PARTAGE ET CONTINUITÉ

Katia Ferreira – IDE référent Soins Palliatifs

Sophie Costa – IDE référent Soins Palliatifs

Isabelle Boeri – Aide soignante

Unité d'Hépatogastroentérologie

CHU NANTES



Remise en question de nos pratiques  
individuelles et collectives pour respecter  
les besoins du patient.



# L'Unité d'hépatogastroentérologie

- 28 lits d'hospitalisation (médecine, chirurgie, ambulatoire, entrées programmées, cancérologie, Soins Palliatifs)
- Pas de LISP
- Référents Soins Palliatifs identifiés:
  - 2 IDE ,dont une IDE avec un DIU Soins Palliatifs
  - 1 AS ayant un DIU Soins Palliatifs
- Travail en collaboration avec: EMSP, service social, cadre de santé, médecins de l'unité, oncologues, la fédération de cancérologie, socio-esthéticienne, service d'interprète...



# Monsieur A.

- Histoire de vie:

- Originaire d'Arménie
- Pays en guerre où ses proches sont tués (épouse, fils)
- Exil via plusieurs pays
- En Azerbaïdjan, rencontre sa 2ème femme mais fuit le pays car conflit religieux
- Arrivent en France en 2015
- 2015 à 2016: errance, hébergés en foyer ou par des compatriotes
- PEC au Chu Nantes en Mai 2016



- Contexte Social:

- Niveau d'études supérieur
- Isolement familial/social
- Pas de protection sociale
- Demandeur d'Asile
- Admis au CADDA (centre d'accueil de demandeurs d'Asile) en 07/2016



- Histoire de la maladie:
  - Adénocarcinome du rectum accompagné d'une carcinose péritonéale
    - Diagnostic posé avant d'arriver en France
  - PEC médicale en Février 2016
    - Colostomie latérale
    - Lignes de chimiothérapie et radiothérapie
  - De Septembre 2016 à Avril 2017: plusieurs hospitalisation dans l'unité pour syndrome occlusif



# La Prise en Soins

- Médicale:

- Annonce de l'absence de thérapeutiques curatives
- Prise en charge de l'occlusion intestinale
- Prise en charge antalgique
- Prise en charge nutritionnelle

- Paramédicale:

- Évaluation de la douleur, des symptômes d'inconfort
- Aide pour maintien de l'autonomie
- Relation d'aide



- Sociale:

- Démarches administratives (droit CMU, demande d'asile...)
- Devenir: recherche SSR, demande de logement par le couple





# Difficultés rencontrées

## Avec Mr A

- Barrière de la langue
- Son ambivalence
- Détresse morale
- Sentiment « d'abandon », pense que l'équipe « baisse les bras »
- Est dans « la maîtrise »
- Demande de « traitements curatifs »
- Relations conflictuelles:
  - Soins relationnelles
  - Soins techniques

## Au sein de l'équipe médicale et paramédicale, questionnement :

- sur « ce que sait, ce qu'a compris le patient »
- Comment réagir face à l'agressivité de Mr A
- La place de son épouse dans la prise en charge et son ressenti
- L'ALIMENTATION: un sujet à part entière
- N'est-on pas sûr de l'obstination déraisonnable?
- Projet de soins? de Vie?



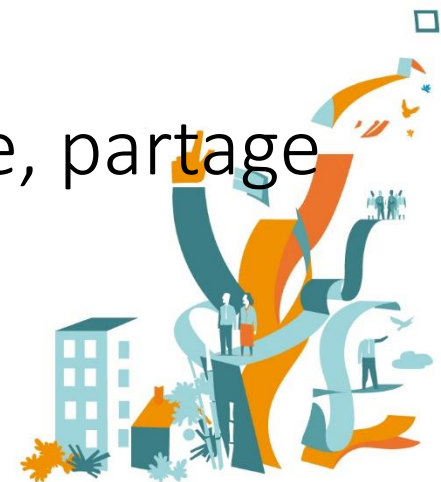
# Cheminement Médico-soignant

- Lors des dernières hospitalisations:
  - 6/12/2016 au 15/02/2017
  - 10/03/2017 au 12/04/2017
- Echanges en équipe, nécessité de partage sur notre prise en charge
- Evolution de l'état de santé de Mr A
- Réflexion éthique de l'équipe médico-soignante
- Devenir



# « NOS CHOIX »

- Rencontres programmées patient-équipe médico-soignante et interprète et +/- EMSP
- Staff Pluridisciplinaire organisé à plusieurs reprises.
- Groupes de paroles: besoin d'échange, partage



# CONCLUSION

- Situation difficile, pour tous les acteurs dans la prise en charge
- Nécessité de partage
- A ce jour:
  - Référent médical Soins Palliatif identifié
  - Nécessité de formations théoriques médico-soignante
  - Evolution sur les LATA, prescriptions anticipées
  - Réflexion éthique
  - VERS UNE AUTONOMIE DU SERVICE.....



Merci de votre attention.

