

Cas concret

I. Présentation de la situation

1. Histoire de vie

Mr G. Pa., 52 ans. Employé. Marié, femme employée. Revenus modestes. 2 enfants (jumeaux) de 21 Ans dont 1 fille éducatrice jeunes enfants en crèche et 1 fils gendarme à St Barth. Ancien gros fumeur.

2. Histoire de la maladie

Diagnostic en Novembre 2014 : Cancer du poumon stade 4. Localisation secondaire cérébrale

Traitement mis en place : radiothérapie + chimio thérapie agressive (dont cisplatine)

Début de notre intervention pour prélèvement sanguin puis perf d'hyperhydratation pré et post-chimio et injections régulières.

3. Vécu

- Patient : inquiétude quant à une non guérison.
- Famille : déni d'un éventuel pronostic vital engagé. Recherche d'une rémission.

II. Evolution

1. Symptômes

- _ Perte d'appétit, cachexie
- _ anémie
- _ Douleurs bras droit irradiant dans le dos
- _ Troubles audition, somnolence

2. Traitements

Mi février, mise en place de nutrition parentérale au domicile. Jusque fin avril. Sensibilisation de la part du cabinet IDE à la mise en place concomitante d'une prise en charge en soins palliatifs. Le patient et la famille ne donnent pas suite.

Fin mars/début avril : bilan de contrôle de la maladie suite à première vague de traitement : légère augmentation des volumes tumoraux + apparition d'une localisation hépatique.

Proposition oncologue : vu l'âge, possibilité de reprendre le même protocole chimio/radiothérapie.

Patient choisit de poursuivre radio thérapie mais diffère chimio pour retrouver des forces.

Consultation au CRLCC Claudius Regaud : éventuel traitement expérimental en septembre si sevrage Corticoïde et suffisamment de force.

3. Résultats

- Fin avril : stabilisation du poids, reprise alimentaire Per Os et mauvaise tolérance psychologique des perfusions parentérales.

Accentuation des douleurs bras et dos (augmentation oxycontin), sensibilisation à suivi avec le réseau de soin palliatif.

- Vécu : perte d'espoir côté patient. Dénier familial projection vers traitement en septembre

Fin temporaire de notre intervention (quelques bilans sanguins)

III. Aggravation de la maladie

1. Évolution

- Symptômes : Fin juin : pas de reprise de poids majoration des symptômes centraux et des douleurs non soulagées par les traitements. Difficultés respiratoires
- Vécu : Le patient ne veut plus de traitement mais la famille culpabilise de ne pas en faire « vu son âge ». Sollicitation du patient pour suivi soins palliatifs. Appel réseau et visite Dr Lemaire.

2. Réponses

- Projet de reprendre chimio la semaine suivante à l'initiative de l'oncologue et devant détresse famille
- Appel réseau et visite Dr Lemaire. Mise en relation du RSP66 avec médecin traitant, discussion sur prescriptions anticipées accompagnement du patient et de la famille.
- Demandes faites par la famille et le cabinet IDE dans la précipitation de congé d'accompagnement, analgésie, hydratation et sédation.
- Cabinet IDE : Beaucoup d'entretiens d'aide et d'accompagnement psychologique, coordination des interventions des différents professionnels, mise en place des traitements

3. Résultat

- Avant la séance de chimio, malaise vagal, toux importante et insuffisance respiratoire. Décision de l'oncologue 2 jours plus tard de ne pas retenter la chimio et propose un suivi en soins palliatifs par l'équipe mobile. Confie le suivi au médecin traitant.
- Médecin traitant insuffisamment formé et méconnaissance des produits. Travail avec réseau pour prescriptions anticipées et éducation médecin. Délai de plusieurs jours avant d'avoir des prescriptions analgésique adaptées et prescriptions anticipées de sédation.

IV. Les derniers instants

1. Symptômes

Les 10 derniers jours (suite à l'arrêt de la chimio)

Aggravation importante des douleurs, patient en chien de fusil, gémi, difficultés respiratoires malgré l'O2. Angoisse croissante

2. Vécu

- Patient : souffrance physique et psychique pas ou peu soulagées
- Famille : brutalité des événements des 2 dernières semaines, n'y étaient pas préparé. Est passé de l'espoir à l'accompagnement des derniers instants.angoisse, insomnie, impuissance

3. Traitements

- Analgésie prescrite 8h avant le décès et délivrée puis administrée 4h avant (patch)
- Prescription de sédation 4h avant le décès. Délivrée 15 min avant. Non administrée

Le patient est décédé dans les 10 jours suivant l'arrêt de la chimio, avant que tout soit mis en place. Notamment analgésie, sédation, accompagnement social et psy (hors accompagnement IDE).

Vécu cabinet IDE : Insatisfaction liées aux vécus du patient et de la famille. Tout ce qui a pu être mis en place dans le cadre du rôle propre a pu l'être à temps. Les heures d'accompagnement psychologique et la présence dans les moment les plus difficiles n'ont pas suffi à compensé l'absence de gestion médicale des souffrances.

V. Questionnements

Information du patient : sentiment que le patient n'est pas suffisamment éclairé et n'est pas mis en position de faire les bons choix pour lui-même.

Incompréhension des discours oncologues : quelle est la limite entre entretenir l'espoir et acharnement thérapeutique ? Quelle est la place des intérêts économique dans les propositions thérapeutiques faites aux patients ?

Beaucoup d'impuissance quant à la sensibilisation des professionnels face à la nécessité d'une mise en place précoce des soins palliatifs même concomitamment aux soins curatifs. « C'est normal ».

Subsistance très forte de l'idée que soins palliatifs = gestion de l'agonie.

Impression de fuite du système (structures hospitalière et médecine de ville) face aux situations de fin de vie.