



ATELIER DE SOINS PALLIATIFS

FIN DE VIE EN EHPAD ET SES PARTICULARITES

09/04/2015



1. Présentation de la CASSPA 49

(Mme Christelle FOIN)

Association « Loi 1901 » - statuts déposés en 2009 – Président : M. Yves DUBOURG

<http://www.casspa49.fr/>

SES MISSIONS

- **PROMOUVOIR LA DEMARCHE PALLIATIVE** en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du 49
- Améliorer l'**ARTICULATION** entre les différents acteurs du système de soins pour assurer une prise en charge **OPTIMALE** et une **MEILLEURE ORIENTATION** du Patient, tout en **RESPECTANT** ses **SOUHAITS**.
- Favoriser la **COORDINATION** et la **CONTINUE** des **SOINS** entre les professionnels de santé
- Sensibiliser et informer les **PROFESSIONNELS** de santé et le **PUBLIC** sur les **SOINS PALLIATIFS**



2. CAS CLINIQUE

(Anita MERLET – Sandrine FORTANIER)
Equipe Interne Douleur et Soins Palliatifs





Madame B.

- ❑ Mme B, âgée de 92 ans, est entrée en EHPAD en mars 2009 (*il y a 5 ans*) pour un problème de maintien à domicile. Elle est veuve et a 4 enfants : 3 fils (*dont un décédé*) et une fille handicapée.
- ❑ Elle présente une démence vasculaire, est diabétique, a dans ses antécédents une fracture de l'humérus gauche avec matériel.
- ❑ L'EHPAD où vit Mme B est médicalisé avec IDE 24h/24 et un médecin est présent en journée. Les réunions de transmissions sont quotidiennes et une synthèse a lieu une fois par semaine.



Prise en charge terminale d'une situation palliative

2

- ❑ La décision de soins palliatifs a été prise en concertation avec les soignants et la famille avec un choix d'accompagnement en EHPAD.
- ❑ En mars 2014, elle présente une altération brutale de l'état général dans un contexte de douleur importante au niveau du membre supérieur gauche (avant bras) avec cyanose, froideur et un encombrement bronchique.
- ❑ L'équipe soignante sollicite notre intervention en urgence pour sa prise en charge.

-
- ❑ A notre arrivée, nous trouvons une équipe dans le questionnement du sens des soins prodigués avec une incompréhension quant à l'altération de son état général.
 - ❑ Lors des soins de nursing, réalisés sous MEOPA, Mme B est effectivement inconfortable (Algo+ à 1)
 - ❑ L'encombrement bronchique, très présent, est source de stress pour les soignants
 - ❑ Elle présente une plaie infectée au niveau du coude gauche, faisant apparaître le matériel de sa prothèse de coude, le pansement est fait selon besoin et le plus souvent de façon quotidienne.
 - ❑ Ce jour, nous réalisons la toilette en binôme avec une AS du service et l'après-midi nous participons à la synthèse pluridisciplinaire.

Problématiques exprimées par l'équipe

- Le pansement malodorant et qui coule beaucoup : intérêt d'une Antibiothérapie ?
- Un encombrement très présent avec des sécrétions importantes.
- Une bouche sale.
- Un arrêt d'alimentation mal vécu.
- Les soins de nursing et le pansement sont ressentis douloureux.
- Sentiment de mise à l'écart de sa fille handicapée par ses frères en ce qui concerne l'évolution de la maladie.
- L'équipe en place a un sentiment d'abandon dans la prise en charge de Mme B. Mme B décède sereinement sous pompe de Morphine et de Midazolam



Pistes de réflexion

4

- Mise à plat et description de la situation par un regard extérieur (équipe interne)
- Explication du tableau clinique par le médecin ainsi que des actions mises en place.
- Prise en compte des propositions de chaque soignant ainsi que de leur vécu personnel et professionnel
- Prise en compte du contexte familial particulier à cette situation et réintégration de la famille (*quelquefois un peu éloignée du fait du long mourir*)
- Sens du long mourir et de l'agonie qui dure quelquefois.



3. CAS CLINIQUE

(Dr. Patrice FAULQUE – Blandine BREHERET, cadre infirmier)



Monsieur H.

- ❑ Mr. H, âgé de 89 ans, est entré en EHPAD depuis le 7/06/2010 pour maladie de PARKINSON, insuffisance rénale terminale sur néphropathie diabétique (refus de dialyse).
- ❑ A gardé son MT , suivi par un néphrologue (EPO).



Prise en charge de M. H.

- ❑ le 7/03/14 : dyspnée croissante (OAP) prise en soin par un médecin, puis l'autre médecin coordonnateur.
- ❑ Confusion mentale (bas débit cérébral?), anasarque, inefficacité du Lasilix à haute dose .
- ❑ MT absent, propose son remplaçant (pas vu), finalement arrive le 21/03 pm et transfère le patient" in extremis" dans une clinique angevine d'où il sera redirigé vers le CHU .
- ❑ Le 22/03 , il devait être admis en Néphrologie . On a appris son décès " par la bande " (pas de trace dans le dossier).



Problématiques exprimées par l'équipe

- ❑ Ce cas a été mal vécu par l'équipe soignante qui se demande si on a tenu compte de ce qu'il avait pu exprimer à une autre occasion = "pas d'acharnement".



Discussion - échanges



4. CONCLUSION





Prochain atelier :

❑ Mise en place d'un projet sur l'aromathérapie - mardi 2 juin 2015

Lieu : Village Santé Saint Joseph – chaudron en mauges.

