



EHPAD - Maison de retraite Saint-Joseph

37, avenue de la Gare
36240 ECUEILLE

Tél : 02.54.00.36.00

Fax : 02.54.00.36.86

Mail : mdr.st.joseph@orange.fr

Site : [http : // perso.orange.fr/saint.joseph36](http://perso.orange.fr/saint.joseph36)

Accompagnement de fin de vie et soins palliatifs: L'accompagnement de Mme G décédée en 2014.

Mme G est installée dans la résidence depuis quelques années. Elle est âgée de 100 ans et est autonome pour quasiment tous les gestes de la vie quotidienne. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer mais ses troubles cognitifs ne sont pas très prononcés. Elle est veuve et bénéficie de la visite de ses fils ponctuellement car ils sont éloignés. Elle a un frère âgé de 94 ans, Mr M qui est arrivé récemment dans la résidence mais avec qui elle n'a plus de contacts depuis une trentaine d'années à la suite d'une discorde. Lors de l'élaboration du PAP, leurs enfants respectifs nous informent qu'ils communiquent entre eux, mais demandent que nous évitions « à tout prix » de les faire se rencontrer, en raison du risque de dispute. Ce que chaque personne âgée respecte tout au long de leur séjour, ne demandant jamais à se rencontrer, même en salle à manger.

Alors qu'elle était bien autonome et active « à son rythme » au sein de l'EHPAD, Mme G a eu une gastro-entérite au début de l'année 2014. A la suite de vomissements et épisodes de diarrhées importants, elle s'est affaiblie rapidement ; Malgré une réhydratation par perfusion et un régime alimentaire adapté, son état de santé ne s'est guère amélioré.

Très affaiblie, elle a atteint rapidement un état de grabatisation quasi-complet.

Rapidement, nous avons donc perçu qu'elle ne se remettrait pas de cet état de fatigue.

L'un des premiers signes fut le risque majeur d'escarres qu'elle a présenté avec une échelle de Norton cotée de 17 à 7/20 en quelques jours, ajoutés à des points d'appui marqués au niveau des talons. Ceux-ci étant apparus en l'espace de quelques heures, nous avons installé un matelas à air dynamique Auto-Morpho. Nous avons aussi complété notre « fiche d'inclusion d'un résident en soins palliatifs » afin de formaliser ses soins.

Par ailleurs, nous avons mis en place également la prise en charge de ses soins de nursing en binôme IDE/AS, et particulièrement sa toilette du matin. Elle était alitée en permanence, trop faible pour être installée en fauteuil.

L'équipe a rapidement observé un inconfort majeur chez Mme G se manifestant par une agitation importante dans son lit, agitation quasi-permanente. Même dans ses moments d'épuisement, elle gardait une vigilance anxieuse qui l'empêchait de se reposer. Cet état d'inconfort intérieur se majorait lors des soins de nursing. A chaque fois que nous effectuions ses soins, elle se blottissait dans les bras de l'une ou l'autre soignante criant « maman, maman ».

Malgré des échelles d'évaluation douleur ECPA, il était difficile de discerner clairement la douleur « purement physique » de la douleur anxieuse qui ne se traite pas de la même façon.

Nous avons cependant perçu une grande angoisse.

Afin de soulager ces symptômes, nous avons décidé en équipe de s'organiser ainsi :

- Informer à nouveau sa famille de l'évolution de son état de santé; Inviter ses fils à venir voir leur

mère et se rendre disponible pour eux.

- Demander à notre animatrice de passer du temps avec elle accompagnée du chien Field qu'affectionne particulièrement Mme G. L'idée étant de limiter les moments où Mme G est seule car cela ne lui est pas confortable.
- Faire appel à l'EADSP36 pour nous aider à évaluer objectivement sa souffrance.
- Anticiper les douleurs liées aux mobilisations en lui administrant une heure avant les soins (temps qu'il faut pour atteindre le pic plasmatique de l'antalgique), un suppositoire de Doliprane.
- Evaluer chaque fois que nécessaire les symptômes d'inconfort qu'elle manifeste.
- Mise en place de soins et hydratation de la bouche réguliers pour lutter contre la xérostomie.

Rapidement, l'un de ses fils est venu et a passé beaucoup de temps près de sa mère, particulièrement les après-midi. Par ailleurs, le matin, notre animatrice et Field passaient également du temps à son chevet. Ainsi, les moments d'agitation ont pu être un peu apaisés même s'ils restaient importants. Mme G ne communiquant plus, il était difficile de connaître la cause de cette agitation anxieuse.

A la demande du médecin traitant, L'EADSP36 est venue évaluer cet état d'agitation anxieuse et a préconisé de lui donner un anxiolytique en sub-lingual pour la calmer. Il s'agissait de lui en donner quelques gouttes le matin et le soir et quelques-unes en plus en cas de « pics » d'agitation.

En même temps, lors des transmissions en équipe mais aussi dans nos dialogues avec son fils, nous réfléchissions à la cause de cette agitation sans trouver de réponse.

Mme G ne fut pas réellement calmée par l'anxiolytique. Elle était plus somnolente et pas réellement apaisée ce qui angoissait l'équipe. Son agitation dans le temps devenait difficile à appréhender pour l'équipe.

Nous avons donc recontacté l'EADSP36 qui a préconisé d'augmenter la posologie de l'anxiolytique de quelques gouttes quotidiennes.

Ceci n'a malheureusement pas eu l'effet escompté. Mme G était encore plus agitée mais dans un état de somnolence majeur ; somnolence qui nous a semblé être un surdosage. Cependant, nous nous sommes dit que, si elle était plus agitée sous l'action du traitement anxiolytique, c'est parce qu'elle luttait certainement contre l'effet sédatif de celui-ci. L'équipe de l'EADSP nous avait précisément alertés sur ce risque.

Du coup, avec l'aide de la psychologue nous avons réalisé qu'il y avait certainement « quelque chose » qui retenait Mme G. En équipe, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas un lien avec sa discorde entre elle et son frère. En effet peut-être souhaitait-elle se réconcilier avec lui. Nous en avons parlé aux enfants respectifs qui se sont opposés à des retrouvailles par crainte d'une dispute violente entre eux.

En même temps, nous avons décidé avec le médecin de stopper l'anxiolytique et permettre ainsi à Mme G d'être plus éveillée.

Et puis, sans en parler aux enfants, nous avons demandé à Mme G si elle souhaitait revoir son frère ; et là, surprise, elle s'est tout de suite calmée. Nous avons interprété ce changement de comportement comme un « oui » et en avons parlé à son frère ; nous avons informé celui-ci de l'aggravation de son état de santé. Il a tout de suite été d'accord pour aller la voir. Donc, en équipe, nous avons pris la décision (avec l'accord du médecin, l'avis de la psychologue et l'accord de la direction) d'organiser cette rencontre sans, dans un premier temps, en informer les enfants. Elle s'est faite en présence de l'animatrice, du chien Field et d'une IDE.

Alors qu'ils ne pouvaient se parler, trop affaiblis, ils se sont juste tenu la main pendant de longues minutes, puis nous les avons laissé seuls. Mme Jeanne était très calme. C'était à midi juste avant le déjeuner.

Lorsque Mr Daniel nous a appelé car « il avait faim », nous l'avons retrouvé main dans la main avec sa sœur, le chien à côté ; lui ému avec des larmes sur les joues et elle très calme dans son lit.

Nous avons accompagné Mr M en salle à manger pour le repas.

En remontant, Mme G dormait paisiblement avec le visage très détendu.

Nous avons ensuite contacté leurs familles respectives pour les informer de notre initiative et de ce

que cela avait provoqué chez leurs parents. Ils en ont été soulagés.

Mme Jeanne est morte très paisiblement à 15h l'après-midi même sans aucun anxiolytique ni antalgique.

Après sa mort (mais aussi avant), nous avons pris du temps avec sa famille et l'avons accompagnée.

Nous avons aussi veillé à annoncer son décès avec délicatesse aux autres résidents.

De plus, comme pour chaque résident, un membre de l'EHPAD a assisté à ses funérailles quelques jours après pour accompagner la famille jusqu'au bout...

Analyse :

- Rapide aggravation de l'état de santé de Mme G
- Mise en place de soins pour éviter les complications (escarres, soins de bouche)
- Observation des symptômes : douleurs, agitation anxieuse.
- Dialogue avec la famille
- Réflexions pour le soulagement des symptômes : Réflexion d'équipe et lien avec EADSP36
- Evaluation de l'efficacité des traitements.
- Evaluation des signes de surdosage et de la majoration du symptôme en raison du traitement.
- Réflexion d'équipe sur la cause profonde du symptôme.

Conclusion :

- Solution « humaine » et pas médicamenteuse pour soulager la souffrance de Mme G