



Quand il n'y a plus rien à faire

Tout reste à faire

1



Etat des lieux

- ▶ 80% Personnes âgées vivent à domicile
- ▶ 190 lits de long séjour pour 1000 habitants de plus de 80 ans VS
 - ▶ CH 232 (2013 Dép. de la santé sep.2015)
- ▶ La majorité meurent à l'hôpital, en lieu de vie (EMS)
- ▶ Défi majeur pour les soignants
- ▶ La tendance moderne est d'institutionnaliser la mort, de la maîtriser et de l'agender

Soins de longues durées EMS

- Prendre en charge la personne à part entière (le maintient)
- Améliorer et optimiser l'autonomie fonctionnelle des aînés sans stimuler mais en encourageant
- Rechercher une meilleure qualité de vie
- Prodiguer des soins appropriés en tenant compte des désirs des résidents, respecter ses besoins et celui de son entourage
- **Rendre l'EMS en chez soi**
- Etre conscient de l'évolution de la maladie chronique tend vers des conditions cliniques irréversibles



Soins de confort

- ▶ Beaucoup de personnes âgées souhaitent des soins de confort sans pour autant être en fin de vie
- ▶ Soins de confort = abstention de traitement en cas de complication
- ▶ Toutefois par exemple traitement d'une infection urinaire douloureuse par ATB = intervention appropriée aux soins de confort
- ▶ Il faut considérer l'objectif poursuivi par le moyen employé mais non le moyen en soi

EMS distinction entre soins confort et soins palliatifs en fin de vie



Soins palliatifs - soins de fin de vie

- ▶ Continuum vers les soins palliatifs si les soins de longue durée prolongés deviennent inappropriés
- ▶ Complexité du processus associé au passage des soins «curatifs» aux soins palliatifs nécessiter de se poser la question des niveaux de soins
 - ▶ Définir le troisième niveau de soins «soins de confort» soulager et accompagner jusqu'à la mort

Phase palliative phase curative ou est la limite

- Tenir compte des directives anticipées et les appliquer
- Soignant souvent avocat du résident
- Ensemble des soignants adaptent leur conduite à la réalité clinique et en font part au médecin traitant
 - Trouver le consensus
- Evolution de la structure familiale
 - Résident peut mourir seul
- Importante que le médecin répondant transmette le fil conducteur de la prise en charge en fin de vie
 - Sommes- nous tous égaux? = rôle du soignant



Entourage et fin de vie

- ▶ Evolution de la structure familiale
 - ▶ Eclatement – absence de personne de référence – éloignement – peur -
 - ▶ Résident régulièrement seul
- ▶ Génération «sandwich»
- ▶ Tenir compte des phases de deuils qu'ils rencontrent
- ▶ Angoisse quand la mort ne vient pas, quand la personne mourante présente des signes de souffrances
- ▶ Pression financière
- ▶ Partie intégrante de la prise en charge des soins
 - ▶ Que la famille soit présente physiquement ou non



Equipe et fin de vie

- ▶ Importance de l'humanité et de la solidarité qui s'exerce dans l'action de prendre soins
 - ▶ Tenir compte de l'histoire de vie du résident
 - ▶ Soins de base doivent amener du réconfort et non de la souffrance
- ▶ personne soignée devient au fil du temps un visage significatif
 - ▶ L'équipe vit aussi un deuil, une séparation

Le réseau



- Equipe mobile de soins palliatifs
- Bénévoles
- Médecin répondant
- Médecin gériatre



Programme de soins palliatifs en EMS

- Soins de confort (veiller chambre fin de vie pas des allures funéraires)
- Soins d'hygiène (ne pas oublier ce que l'on avait mis en place)
- Gestion de la douleur
- Hydratation
- Elimination
- Nausées vomissements
- Agitation – ECA
- Dyspnée
- Dépression – Anxiété
- Attention à l'effet tiroir (Je soigne Mr X. en fin de vie pas la fin de vie de Mr X.)
- Aspect spirituel
- Tenir compte des autres résidents

Pour cela une équipe

- Soudée
- Formée ou qui a envie de se former
- Qui croit en ce qu'elle fait
- Capable de se remettre en question de façon régulière





Conclusion

- Remettre l'humain au cœur des soins et tenter d'agir pour son plus grand bien demeurent les objectifs prioritaires d'un accompagnement d'une fin de vie en EMS



Bibliographie

- ▶ PLOTON Louis: « la personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence », Ed. chronique sociale, 2005
- ▶ VOYER Philippe: « Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie » Ed. Erpi, 2013