

Concept de soins palliatifs pour le home Oasis SA

Tramelan, Jura Bernois

Juillet 2022

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 1 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

Table des matières du concept :

A. Définitions de 2002 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :	3
B. Philosophie au home Oasis :	3-4
C. Prise en charge globale du résident :	5
D. La famille et les proches :	5-6
E. Bénévole :	6
F. Accompagnement spirituel :	6
G. Souffrance, douleur et autres symptômes :	6
1. Définition de la douleur :	6-7
2. Démarche pour évaluer la douleur :	7
3. Traitement de la douleur :	8
H. Accompagnement de fin de vie et soins terminaux :	9-12
1. Attitudes et comportements :	9
2. Soins de base, toilette :	9
3. Soins de peau :	10
4. Positionnement :	10
5. Hydratation :	10
6. Alimentation :	10
7. Soins de bouche :	10
8. Elimination – Constipation :	10
9. Nausées :	11
10. Dyspnée :	11
11. Troubles anxieux – agitation :	11
12. Approche complémentaire (approche multimodale) :	11
13. Structures spécialisées en soins palliatifs de la région BEJUNE (équipe mobile) : ..	11
14. Médecin :	11
15. Procédure de sortie ou de transfert :	11
16. Décès, deuil, souvenirs et rituels :	11-12
I. Check-list soins fin de vie et de confort :	12-13
1. Avant le décès :	13
2. Le décès :	13
3. Si le décès est inattendu :	13
4. La préparation du défunt, soins post-mortem :	13-14
5. Procédure administrative lors d'une fin de vie dans le home Oasis :	14

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 2 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

A. Définitions de 2002 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

Les soins palliatifs cherchent à **améliorer la qualité de vie** des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle,

- par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision,
- par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs :

- procurent le **soulagement de la douleur** et des autres symptômes gênants,
- soutiennent la vie et considèrent que la mort est un processus normal,
- n'entendent **ni accélérer ni repousser la mort**,
- intègrent les aspects **psychologiques** et **spirituels** des soins aux patients,
- proposent un système de soutien pour aider les patients à **vivre aussi activement que possible** jusqu'à la mort,
- propose un système de soutien pour aider les **familles** à faire face à la maladie du patient ainsi qu'à leur propre deuil,
- utilisent une **approche d'équipe** pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil,
- peuvent améliorer la **qualité de vie** et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie,
- sont **applicables tôt** dans le cours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie,
- incluent les **investigations** qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.
- utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil.

B. Philosophie au home Oasis :

Au home Oasis sont développés des compétences pour la prise en charge de personnes présentant des problèmes de démence et troubles apparentés, des déficiences mentales et des personnes souffrant de troubles de l'humeur, du comportement et de la personnalité. Sont aussi accueilli d'autre personne qui souhaiterait entrer dans le home Oasis, mais des explications sur les particularités des pathologies leur sont donné.

La philosophie qui accompagne l'équipe de soins est puisée dans « l'Humanité » selon Yves Gineste. Elle est basée sur le respect de l'être humain et vise le meilleur bien-être possible pour la personne.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 3 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

Dans le home Oasis, les soins palliatifs sont un accompagnement dans les domaines physiques, psychiques, sociaux et spirituels de la personne et de sa famille. Ils visent à soulager et à apaiser les sentiments de mal être lorsque la personne ne peut plus être guérie.

Nous prenons en compte l'ensemble des besoins de la personne. Tous les symptômes sont identifiés, évalués et traités en continu.

Il y a lieu d'identifier le type de souffrance, son intensité et sa chronologie.

La douleur est un sentiment que chaque individu ressent de manière différente. Il est déterminant d'identifier la nature de la souffrance si l'on entend soulager efficacement le résident. Un recueil de données complet et des transmissions précises sont très utiles au diagnostic et au traitement, en collaboration avec le médecin traitant et d'un spécialiste en gériatrie psychiatrique. La souffrance est dévastatrice et retentit gravement sur la santé physique et psychique du résident.

La prise en charge de la souffrance globale est une priorité pour l'accompagnement de tous nos résidents dès leur entrée dans le home Oasis, en particulier en phase palliative.

Notre attention sur ce point précis est un facteur qui influe de façon déterminante sur la qualité de notre accompagnement dans son ensemble.

Physique, psychologique, sociale ou spirituelle, la souffrance est intolérable. Nous sommes conscients de la limite de nos compétences c'est pourquoi, nous nous référons, au besoin, à des professionnels extérieurs qui disposent des spécialisations qui nous font défaut (médecins, physiothérapeute, ergothérapeute, équipe mobile SP, aumônier, etc.).

Le home Oasis de par sa petite taille a la possibilité d'offrir des soins individualisés.

Les soins prodigués ne concernent pas uniquement les derniers jours de vie, mais s'inscrivent dans la continuité et intègre notre accompagnement quotidien dès l'entrée de la personne dans le home Oasis.

Par :

- Un travail en équipe interdisciplinaire :
 - Médecin traitant, médecin spécialiste, gériatrie-psychiatre, équipe soignante, service d'animation, service hôtelier, service administratif, aumônier, pasteur, physiothérapeute, ergothérapeute, stomathérapeute, coiffeuse et équipe mobile spécialisée en soins palliatif BEJUNE.
- Un accompagnement dans le respect et la dignité du résident qui intègre les aspects bio-psycho-socio-spirituels :
 - Estime de soi et/ou des autres.
 - Respect quels que soient l'âge, le sexe, la santé physique ou mentale, la religion, la condition sociale, origine ethnique.
- Une étroite collaboration avec les proches et le représentant thérapeutique.
- Une utilisation systématique d'outils d'identification et de quantification des symptômes :
 - EN, EVA, questionnaire si résident capable de s'exprimer (Réglette dans le classeur « Méthode d'évaluation ») ; résultat à noter dans le DIR
 - Ou utilisation plus spécifique avec l'outil ECPA pour les résidents incapables de s'exprimer (document dans le classeur « Méthode d'évaluation » à classer dans le classeur vert).

En cas d'incapacité de discernement, nous nous appuyons sur ses directives anticipées et/ou sur la position exprimée par son référent thérapeutique en collaboration avec le médecin.

Le home Oasis évalue, selon la volonté du résident et de chaque partenaire, si un suicide assisté peut être accepté et réalisé dans l'institution.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 4 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

C. Prise en charge globale du résident

La procédure d'entrée est définie selon FOR-33.17. Avec différents entretiens, nous essayons de connaître les souhaits et les besoins des résidents.

Une anamnèse de soin, FOR-42.6.2, est proposée au résident et/ou à sa famille dans les deux semaines après son entrée. Cette anamnèse complète le recueil de données qui est fait dans le cadre de la planification des soins (BESA). Elle peut aussi servir de base pour une discussion et la rédaction **des directives anticipées**.

Si le résident manifeste des douleurs lors de l'entretien d'entrée, une évaluation est effectuée et garantit une prise en charge professionnelle de la douleur (cf p. : 7)

Un projet de vie est élaboré si le résident le souhaite et dans la mesure de ses possibilités en collaboration avec son référent (soignant) et l'animation.

Chaque résident a deux référents qui doivent lui permettre de créer des liens privilégiés. Les référents font aussi le lien avec les familles et essaient, si c'est souhaité, de les intégrer dans la prise en charge.

Le home Oasis dispose d'une infirmière formée en soins palliatifs et l'ensemble de l'équipe soignante est également formé dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Le travail interdisciplinaire est indispensable et est favorisé de manière ciblée dans l'institution (animation, hôtellerie, service de nettoyage et service administratif).

D. La famille et les proches :

Les proches de nos résidents sont souvent les seuls qui peuvent nous témoigner la vie et le vécu du résident. Ils le connaissent et peuvent nous aider à évaluer leur bien-être ou d'éventuelles douleurs. C'est pour cette raison que les proches sont nos partenaires dans l'accompagnement du résident. Les heures de visites sont libres. Etant donné que les soins de base se font selon le rythme du résident, il se peut que les proches doivent patienter. Nous veillons à un cadre calme. Pour cette raison nous nous permettons de rendre les proches attentifs lorsque nous observons trop d'agitation et d'angoisse chez le résident et s'il a besoin d'être au calme.

Le Home Oasis SA n'a pas de chambre à disposition pour les visites. Un lit d'appoint peut être aménagé dans la chambre du résident.

L'accompagnement de la famille et des proches, fait partie intégrante des soins palliatifs.

La période de fin de vie ou/et le stade terminal induit chez les proches aussi, des doutes, des peurs, de la tristesse, de la souffrance et de nombreux questionnements. Lorsque nous évoquons les proches, nous pensons également aux autres résidents qui souvent ont côtoyé la personne durant plusieurs années.

L'institution permet :

- D'aménager des temps de parole pour les proches ;
- D'offrir de l'information structurée concernant les symptômes de fin de vie ;
- D'associer les proches à l'accompagnement de façon adaptée ;
- D'offrir la possibilité aux proches de passer du temps avec le résident ;
- D'offrir des prestations hôtelières particulières (boissons, collations, repas) ;
- D'offrir des temps d'écoute aux autres résidents.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 5 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

Avant le décès, le Home Oasis s'engage à :

- Avertir la famille de la péjoration de l'état du parent.
- Accueillir et informer la famille avec dignité et chaleur dans le home Oasis.
- Prendre soin des familles en proposant des boissons, alimentation, fauteuil relax, ...
- Être présent et accompagner chaleureusement et avec empathie les familles.
- Si besoin, avoir recours aux bénévoles pour soulager les soignants et/ou la famille.

E. Bénévole :

Pour soutenir les familles et les soignants dans l'accompagnement de fin de vie des résidents, le groupe des bénévoles de Caritas est appelé selon les vœux de la famille. Ils font également un accompagnement appelé « long terme » pour les personnes qui n'ont pas ou peu de visite.

F. Accompagnement spirituel :

Un culte religieux est organisé une fois par mois.

Sur demande du résident, un accompagnement personnel peut être mis en place.

Mensuellement, le service de l'église catholique romaine apporte la communion dans l'institution.

Un groupe de travail a défini un concept d'accompagnement spirituel proposé dans le home Oasis SA, A voir sur FOR-42.6.4., où peuvent être présent :

- Pasteur, Prêtre, Représentant spirituel, autres...
- Bénévoles
- Prendre du temps pour prier avec un résident sur demande
- Respect des croyances et valeurs spirituelles
- Rituels

G. Souffrance, douleur et autres symptômes :

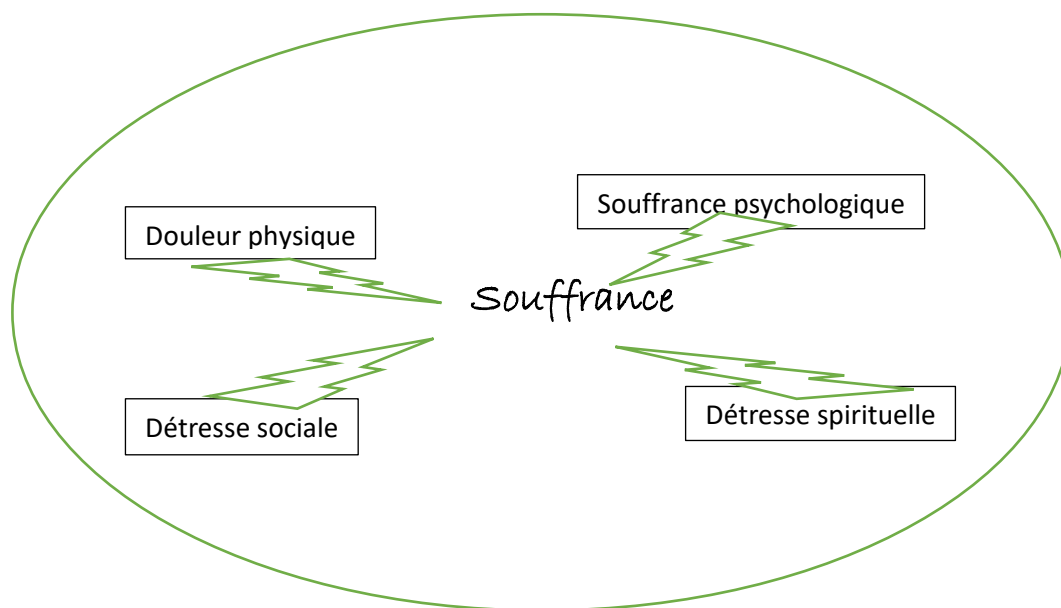
G.1 Définition de la douleur :

« La douleur est une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes. » (*IASP : Association Internationale d'étude de la douleur*)

Apaiser la souffrance est un objectif majeur des soins palliatifs. Nous comprenons l'aspect pluridimensionnel de la souffrance et y apportons toute notre attention comme démontré sur le schéma ci-dessous.

Sa prise en charge est à considérer comme un espace de communication avec le résident, ses proches, le personnel soignant et d'accompagnement.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 6 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022



Douleur / bien-être physique :

Capacité fonctionnelle ; handicap ; douleurs, dyspnée, fatigue ; sommeil ; appétit ; nausée ; troubles digestifs ; etc.

Souffrance / bien-être psychologique :

Appréhension ; anxiété ; colère ; soucis ; deuil ; dépression ; ressources ; plaisirs ; loisirs ; capacités cognitives ; capacités mentales, etc.

Détresse / harmonie sociale :

Communication/relations avec les proches ; communication/relations avec le personnel ; situation financière ; problèmes d'insécurité ; etc.

Détresse / harmonie spirituelle :

Sens de la vie ; sens de la maladie ; sens de la douleur ; sens de la souffrance ; foi religieuse ; perspectives existentielles ; etc.

Les personnes atteintes de démence n'expriment pas leur douleur de la même manière qu'une personne qui ne l'est pas. Pour cela, il est important de permettre au résident de s'exprimer et qu'il se sente écouté lors de plaintes. L'évaluation est donc utile pour mieux cibler la douleur et la soulager.

Avec une bonne gestion de la douleur on va permettre au résident de :

- maintenir ses ressources pour effectuer ses AVQ (toilette, soins corporels, repas)
- garder ou améliorer sa mobilité (souplesse des articulations)
- éviter un repli sur soi ou une modification de son comportement (irritabilité, nervosité, attitude défensive, insomnie, inappétence)
- maintien du contact social

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 7 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022 □

1. Démarche pour évaluer la douleur :

- Reconnaître la douleur : physique ou psychique / détresse spirituelle ou détresse sociale.
- Quantifier par une échelle de la douleur physique :
 - **L'échelle Numérique (EN) ou l'échelle visuelle analogique (EVA)** pour les personnes pouvant s'exprimer verbalement :
 - Les questions pour la description de la douleur (PQRST :) :
 - P : provoquer et pallier : OÙ ?
 - Q : qualité et quantité : Combien ?
 - R : région et irradiation : Comment ? (Continue ou non, marteau, lancée...)
 - S : symptômes et signes : Quand ?
 - T : temps : Depuis quand ? durée
 - L'échelle **ECPA**, pour les personnes atteintes de démence ou non communicantes.

L'évaluation est faite par **toute** l'équipe soignante :

- à la fin des deux premier mois qui suivent l'entrée, une évaluation de la douleur est faite si elle est demandée dans l'évaluation BESA
- à chaque mise en place d'un traitement antalgique ou d'un changement de dosage une évaluation de la douleur est faite pendant minimum 3jours
- à chaque traumatisme tel que chute ou autre blessure induisant une douleur
- tous les 6 mois lors de l'évaluation BESA pour les douleurs de type chroniques.

L'échelle utilisée et les résultats sont reportés Dans le DIR sous **cible douleur pour l'évaluation ECPA** et dans **le dossier douleur pour l'évaluation EN/EVA** ainsi que la date de la prochaine évaluation notée dans l'agenda.

Un classeur « SOINS PALLIATIFS » est à la disposition du personnel au bureau des soins, il est composé:

- D'un concept de soins palliatif pour le home Oasis
- Des échelles de la douleur citées ci-dessus, et qui se trouvent au point 3 et 4
- D'un schéma humain : endroit de la douleur (cf. annexe 1 p. : 17)

2. Traitement de la douleur :

Les traitements sont prescrits par le médecin :

Principe de base

- Start low Go slow (commencer bas, monter lentement). Débuter par une petite dose et augmenter progressivement jusqu'à ce que les douleurs soient calmées par l'antalgie. (Cf. annexe 2 p. : 18)
- Morphine : au maximum 60 mg /24 heures. (10mg toutes les 4 heures) :
 1. Recommandation pratique pour une bonne utilisation de la Morphine I/V, S/C. (Cf. annexe 3a p. : 19)
 2. Rotation d'opioïdes forts (cf. annexe 3b p. : 20)
 3. Le bon antalgique au bon moment chez les adultes (cf. annexe 3c p. : 21)

« On note une certaine sérénité de la personne âgée face à la mort, mais celle-ci ne peut s'exprimer que si le corps est calmé et l'accompagnement psycho-spirituel assuré » Bernard Wary

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 8 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

H. Accompagnement de fin de vie et soins terminaux :

L'accompagnement de fin de vie peut être considéré comme « l'aboutissement » des soins palliatifs. Les besoins du résidant sont fortement accrus de même que ceux des proches en termes de soutien. Cette période est particulièrement éprouvante pour les proches qui sont exposés à un flux important d'émotions, ainsi que le personnel soignant. Les associer à l'accompagnement et aux soins de bases leur permet de mieux vivre cette situation dans laquelle ils deviennent acteurs. Chaque intervenant accepte d'aborder les peurs liées à la nature humaine, auxquelles chacun ne manquera pas d'être confronté. Le travail en réseau et en interdisciplinarité devient indispensable pour parvenir à subvenir à l'ensemble des besoins.

La communication avec le résident évolue et tend vers des formes non-verbales, regards, toucher. La qualité d'observation et d'écoute des intervenants est en ce sens déterminante pour poursuivre efficacement la gestion des symptômes, dispenser des soins de base et de confort adaptés et répondre aux besoins spirituels et psychosociaux du résident.

Lorsque la phase terminale de la vie d'un résident s'annonce, les directives anticipées ou autre procuration sont consultées et suivies selon les vœux du résident. S'il n'en existe pas, le représentant thérapeutique et/ou la famille sont informés. Il leur est proposé de venir accompagner leur proche, parallèlement on leur propose un accompagnement du groupe Caritas si ce n'est pas encore fait et si cela est souhaité. L'aumônier ou autre personne spirituelle peuvent aussi être proposés selon le souhait exprimé par le résident dans l'anamnèse de soins.

L'objectif final dans cette phase de la vie est que le résident ne souffre pas et que sa famille soit accompagnée selon leurs vœux et leurs besoins. Il est impératif de clarifier avec la famille les modes de collaborations, de fonctionnements et d'informations et de le noter dans le dossier du résident.

1. Attitudes et comportements :

- Le soignant se doit d'accompagner le résidant dans chaque émotion. Il peut aussi utiliser le silence pour l'accompagner.
- Le plus souvent, la personne en fin de vie demande peu de chose : Un sourire, une main, une parole ou un geste de réconfort, une lavette passée sur le front, une attitude de réceptivité et d'écoute, de l'empathie, un silence partagé, une gorgée d'eau.
- Le silence de la personne en fin de vie est une forme de communication qui est très difficile à maintenir. Le silence fait parler, il questionne, il provoque, il gêne. Il met en évidence les limites des soignants, l'impuissance des vivants. Le silence appelle la simplicité, l'humilité, l'authenticité.
- L'important dans une période d'accompagnement de fin de vie c'est de mettre la priorité sur la personne mourante.
- Chaque fin de vie est unique.
- Laisser au malade le soin de hiérarchiser ses besoins suivant ses propres priorités s'il est capable de l'exprimer et non suivant la technique des soins.
- Il faut rester discret et attentif aux besoins du résidant

2. Soins de base, toilette :

- Importance du toucher en soins palliatifs
- Eviter de mettre des gants pour faire la toilette
- Observer : mimique, odeur, état cutané, état buccal.
- Agir selon l'état de santé et de la douleur : il n'est pas obligatoire de faire une toilette complète et pas forcément le matin.
- Nettoyer les yeux (compresse d'eau, de thé...)
- Privilégier les vêtements personnels
- Odeur de la chambre : aérer, spray d'ambiance.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 9 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

3. Soins de peau :

- Vérifier l'état cutané lors de chaque soin (Mycose, abcès, infection, démangeaison...)
- Escarre : positionner, hydrater, masser, installer matelas anti-escarre dès que la personne ne se lève presque plus, coussins, ligasano blanc en contact avec la peau sous les talons et siège.
- Hydrater la peau avec un lait corporel
- Ligasano vert à placer sous un drap (talons, dos et siège)

4. Positionnement :

- Changement de position à 2 soignants
- Horaire standard de base : chaque 2 heures, à adapter à chaque situation
- Coussins de positionnement adaptés à chaque situation de manière réfléchie (ne pas envahir la personne en utilisant trop de coussins)
- Un grand ligasano vert peut optimiser l'efficacité de la prévention ci-dessus

5. Hydratation :

- Stimuler à boire
- Hydrater la bouche
- (Perfusion sous-cutanée uniquement si forte déshydratation ou si inconfort, en collaboration avec le médecin. Evaluer la nécessité d'un tel traitement lors des périodes de fortes canicules et évaluer si possibilités chez personnes confuses, démente.)
- En cas de désorientation, rester attentifs aux signes de déshydratation.

6. Alimentation :

- Diminution de l'appétit : demander à la personne ce qu'elle aime et/ou désire.
- Adapter l'alimentation et les heures de repas aux besoins du résident
- Proposer flans ou boissons hyper protéinées
- Si personnes ne communiquant plus, voir habitudes ou plaisirs connues auprès des proches

7. Soins de bouche :

- Eviter les bâtonnets tout prêts (glycérine...)
- Soins de bouche/ bouche sèche : les faire avec les préférences du résident : coca, ananas, eau, brumisateurs (spray Evian par exemple), brossage des dents...soins avec bâtonnet en mousse) 1 x /heure au minimum.
- Baume pour lèvres pour hydrater les lèvres éventuellement Bépanthène onguent nasal pour les soins du nez (pas de Labello car sèche les lèvres).
- Observation et évaluation de l'état buccal avec abaisse langue au besoin.
- Pas de nébuliseur (risque d'infection).

Le matériel se trouve dans le panier « soins palliatifs » dans le tiroir « soins de confort »

8. Elimination – Constipation :

Observer si :

- Constipation : attention à la M^o : prescrire un laxatif en collaboration avec le médecin.
- Diarrhée : bioflorin, immodium (= loperamid) en collaboration avec le médecin.
- Infection urinaire : hydrater +++, antibiotique (si soin de confort) en collaboration avec le médecin.
- Polyurie.
- Agitation : globe ?
- Sondage ?

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 10 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

9. Nausées :

- Opiacées provoquent souvent des nausées en début de traitement: anti-vomitif en réserve, ou en cas de surdosage

10. Dyspnée :

- Toux : antitussif, expectorant, aérosols, autres... (si soins de confort) en collaboration avec le médecin.
- Dyspnée : éventuellement oxygène en collaboration avec le médecin.

11. Troubles anxieux – agitation :

- Gttes de Haldol ou Dormicum I/M, si agitation/angoisse ou autres traitements en collaboration avec le médecin
- Pasteur/prêtre
- Insomnie, anxiété, dépression
- Confusion, agitation

12. Approche complémentaire (approche multimodale) :

- Pour tous les résidents présentant des troubles neuropsychiques :
- Présence
- « Doudou »
- Massages
- Musique apaisante
- Lecture ou prière
- Autres...

13. Structures spécialisées en soins palliatifs de la région BEJUNE (équipe mobile):

L'infirmière de l'équipe mobile peut être appelée en tout temps, pour des conseils, une évaluation de situation, tant au niveau médical que de prise en charge infirmière.

14. Médecin :

La prise en charge médicale est faite par le médecin référent de l'institution ou le médecin traitant du résident. En cas d'urgence par le médecin de garde.

Le médecin peut demander l'avis du médecin de l'équipe mobile qui peut faire une proposition au médecin traitant.

15. Procédure de sortie ou de transfert :

Un transfert dans une autre institution se fait sur demande du résident ou son représentant légal ou si la situation globale devient insatisfaisante. Une rencontre est organisée avec les personnes concernées afin de trouver une solution favorable.

16. Décès, deuil, souvenirs et rituels :

Tout décès constaté doit être confirmé par le médecin traitant ou le médecin de garde qui va établir un constat officiel de décès.

Un décès induit toujours un impact émotionnel fort (perte, sentiment d'impuissance, tristesse). De plus, il intervient au moment où la fatigue s'est peu à peu installée dans les organismes comme dans les esprits.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 11 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

La famille et les proches doivent pouvoir bénéficier de soutien et avoir accès à l'information immédiatement. Il en va de même pour les autres résidents.

Si la famille le désire, elle peut venir dans l'institution et parler de la situation avec les personnes qui étaient présentes lors des derniers moments de vie du résident et du décès.

L'empathie de chacun d'entre nous sera une aide précieuse pour initier cette période de deuil. Dans les limites du cadre légal et de nos possibilités, les dernières volontés du défunt doivent être respectées.

Lorsqu'une personne décède dans l'institution, une bougie est allumée pendant trois jours dans l'entrée.

Nous offrons aux autres résidents la possibilité de les accompagner afin de faire un dernier adieu au défunt et de prendre part à l'enterrement en respectant les vœux de la famille du défunt. La famille du défunt reçoit une carte et une gerbe de la part de l'institution et une personne de l'institution participe à l'enterrement.

I. Check-list soins fin de vie et de confort (Cocher ce qui est réalisé)

Nom et Prénom du résident :

- SUSPENDRE LA PANCARTE « ne pas déranger » à la porte de la personne en fin de vie ;
- Prendre contact avec la famille (planifier un entretien, informer, écouter, répondre aux questions, demander si souhaits particuliers (être appelé durant la nuit, vouloir rester toujours présents...), fauteuil relax ou lit d'appoint à disposition au sous-sol.
- Consulter en équipe, avec le résident et sa famille les directives anticipées et les dispositions en fin de vie
- Adapter la chambre pour mieux soigner la personne (réaménagement du mobilier, odeur, barrière.) ;
- Prendre panier soins palliatifs qui se trouve au bureau soins (armoire soins, tiroir « Soins de confort ») dans lequel il y aura une pancarte (« ne pas déranger »), cette check-list et matériel soins de confort.
- Préparer matériel de toilette : bassine, linges de toilette, gants, lingettes à usage unique...
- Coussins de positionnements
- Installer matelas anti-escarres dès que la personne ne se lève presque plus ; Ligasano vert (pas en contact avec la peau), Ligasano blanc (en contact direct avec la peau) se trouvent au sous-sol.
- Passage de confort (positionnements aux 2h, passage de contrôle régulier adapté à chaque situation)
- Veiller à la dignité de la personne (lui mettre chemise de nuit personnels, plutôt qu'une chemise d'hôpital, privilégier les tissus en coton à ceux qui sont synthétiques, raser, coiffer, couper les ongles...)
- Selon besoin O2 et selon ordre médical. (pas de nébulisateur car risque d'infection et pas de vaseline si résidant est sous O2.)
- Adapter l'alimentation et les heures de repas aux besoins du résidant (demander à la personne ce qu'elle aime et/ou désire : proposer flans ou boissons hyper protéinées)
- Soins de bouche/ bouche sèche : les faire avec les préférences du résidant : coca, jus d'ananas, eau, brumisateurs (Spray Evian), brossage des dents...) 1 x /heure au minimum.
- Evaluation de l'état buccal (Abaisse langue)
- Baume pour lèvres pour hydrater les lèvres : pas de Labello car celui-ci est à base d'alcool et sèche les lèvres. Attention pas de vaseline si résidant est sous O2. Bépanthène onguent nasal si sécheresse des parois du nez : utiliser cutips pour nettoyage et l'appliquer.
- Soins des oreilles : nettoyage avec cutips et massages des lobes si rougeurs
- Evaluation de la douleur : identifier l'échelle à utiliser (cf. : p.8, dans concept de soins palliatifs ; et échelles qui se trouvent dans classeur « Méthode d'évaluation », point 2, surveiller l'efficacité des antidouleurs, des réserves...), L'échelle utilisée et les résultats sont reportés Dans le DIR sous **cible douleur pour l'évaluation ECPA** et dans **le dossier douleur pour l'évaluation EN/EVA** ainsi que la date de la prochaine évaluation notée dans l'agenda.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 12 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

- Surveiller l'élimination : urines, selles, vomissements... ; nausées, dyspnée, agitation... et informer le médecin afin d'adapter la médication si nécessaire.
- Approche complémentaire (Massages, Musique apaisante, lecture ou prière, autres) ;
- Visite du représentant religieux si souhait de la personne ou de sa famille (Pasteur/prêtre, autres...)
- Evaluer si besoin d'une structure spécialisée en soins palliatifs de la région BEJUNE (équipe mobile).
- Accompagnement de la famille

1. Avant le décès :

- Accueillir et informer la famille avec dignité et chaleur dans le home Oasis
- Prendre soin des familles en proposant des boissons, alimentation, lit de camp,...
- Etre présent et accompagner chaleureusement et avec empathie les familles.
- Au besoin, avoir recours aux bénévoles pour soulager les soignants et/ou la famille.

2. Le décès

Lorsque la personne soignante a constaté le décès du résident, elle vérifie dans le dossier de soins :

- Les démarches administratives ou autres spécificités si écrites (lègue à la science)
- Si la famille désire être avertie en journée ou la nuit ou les deux.
- Lorsque l'on informe les proches, convenir avec eux d'une heure pour leur venue en leur expliquant que nous devons préparer le défunt.
- S'ils ne viennent pas, il faut les informer que c'est à eux de contacter les pompes funèbres de leur choix et qu'il faut leur dire de nous appeler avant de passer car il faut impérativement que le médecin aie fait le constat de décès.
- Avertir le médecin dès 6h afin que celui-ci vienne constater le décès, si cela est arrivé pendant la nuit ou selon ce qui a été convenu avec lui auparavant.

3. Si le décès est inattendu :

- Appeler le médecin du résident ou un médecin de garde.
- Avertir le directeur et l'infirmier responsable.
- Avertir la famille

4. La préparation du défunt, soins post-mortem :

- Demander à la famille si elle désire participer aux soins au défunt et si elle a des souhaits particuliers concernant l'habillement, position des mains selon croyance religieuse.
- Permettre aux familles de se recueillir auprès du défunt le temps nécessaire avec ou sans notre présence avant et/ou après les soins.
- Remettre les dents, coiffer, raser
- Fermer les yeux (s'ils ne sont pas bien fermés, appliquez une compresse mouillée sur les yeux pendant env. 1heure, à la fin de la préparation)
- Changer la protection et si nécessaire faire une petite toilette (toujours mettre une protection d'incontinence fermée)
- Positionner le défunt à plat sur le lit.
- Enlever les bijoux et les garder au bureau pour la famille (il faut faire signer la feuille de l'inventaire si on redonne les bijoux à la famille).
- Toilette mortuaire à deux soignantes en respectant la dignité de la personne décédée.
- Fermer la bouche avec le linge de bain roulé sous la nuque et le menton, si pas possible utiliser le système Normos et mettre un foulard autour du cou.
- Mettre un petit coussin sous la tête

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 13 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022

- Couvrir le bas du corps avec un drap ou couverture personnelle
- Aérer la chambre
- Ranger la chambre (sortir chaise roulante, chaise percée, coussins...) vider la poubelle.
- Arranger la chambre de façon à ce qu'elle soit accueillante et chaleureuse pour la famille et que celle-ci puisse se sentir dans l'intimité (bougie, lumière, chaise, lit baissé, fleurs, photos de famille, etc...
- Eventuellement demander à la famille ou leur téléphoner afin d'établir un jour ou elle pourrait venir récupérer les affaires du défunt (dans les 3 à 5 jours). Leur remettre à ce moment les objets de valeurs gardés dans le coffre (bijoux, argent, carte bancaire...).
- Préparer la feuille de décès avec l'heure exacte et noter dans le dossier du résident les observations et infos.
- Informer l'ensemble du personnel en mettant un mot dans le cahier de transmissions.
- Allumer une bougie dans l'entrée (elle reste allumée pendant 3jours)
- Accompagner les autres résidents selon leurs envies et besoin pour rendre un dernier hommage au défunt.

5. Procédure administrative lors d'une fin de vie dans le home Oasis :

Le médecin constate le décès et le note sur des feuilles qu'il apporte avec lui.

Une feuille est pour lui, deux restent chez nous (une pour les pompes funèbres et une pour l'administration).

Le médecin signe la feuille de décès sur laquelle la date et l'heure du décès ont été notée par les soins.

Si le décès était attendu, le médecin du résident est averti le lendemain et il signera la feuille de décès. Dr. Würth veut être avertit jusqu'à 22 heures ou dès 06 heures du matin (Entre 22 heures et 06 heures ne pas l'appeler).

Quand la famille vient, leur demander le choix des pompes funèbres, ainsi que le lieu et la date de l'enterrement ou incinération. Voir également si la famille souhaite des habits du défunt.

Les pompes funèbres peuvent venir chercher le défunt après le constat de décès du médecin. Leur donné ce constat ensuite.

Le secrétariat et le responsable des soins sont informés de suite si c'est le jour et sinon le lendemain.

C'est le secrétariat qui envoie une carte et une gerbe et qui informe le personnel de la date et de l'heure de l'enterrement.

Décider en équipe qui va à l'enterrement.

Accompagner les autres résidents qui le désirent pour faire un dernier adieu dans la chambre du défunt.

Code :FOR-42.6.1	Auteur : CF/LB	Pagination : Page 14 sur 14
Version :	Libération :	Date : 23.08.2022