

Cerbère, le 11/09/2014

Présents du CBV :

A.M.SOLBES(IDE),
N.RAZUNGLES(AS),
A.GIROUSSE (Psychologue),
V.LIVIOT(Médecin),
M.DAURIAC (IDE),
J.MORAL (AS),
I.LEMAITOUR (Ergothérapeute),
I. KRECHMANN (Kinésithérapeute).

Présentation du cas de Mme B. :

Mme B. Geneviève est âgée de 40 ans. Elle est en état végétatif suite à une anoxie cérébrale consécutive à deux arrêts cardio respiratoire d'origine inconnue en juin 2013. Elle résidait alors en Chine où elle enseignait le français.

Dans ses antécédents, on retrouve une anorexie, un alcoolisme chronique, un syndrome dépressif. Elle est célibataire sans enfant et avait un compagnon qui est resté en Chine. Son environnement familial se compose d'une sœur aînée qui l'a élevée et qui est sa personne de confiance ; de son beau-frère : ils résident à Perpignan et sont très présents ; de sa sœur cadette qui réside dans la région midi Pyrénées : celle-ci vient un weekend sur deux ; de sa mère, âgée et avec qui les relations sont conflictuelles. Mme B. a trois neveux, étudiants sur Toulouse.

Elle arrive au centre Bouffard Vercelli dans le service SRPR le 21/08/13, transférée par l'HIA Begin après son rapatriement de CHINE pour une prise en charge de rééducation. Elle est porteuse d'une canule trachéale et d'une sonde de gastrostomie. Son état cutané est intègre. C'est une patiente très algique traitée par Durogesic.

Le 18/02/14, son état d'éveil n'ayant pas évolué, elle est transférée dans l'unité d'accueil pour patients en état végétatif. Son état reste stable jusqu'à fin avril.

Correspondance à adresser

USSAP – Centre Bouffard-Vercelli Cerbère
Agnès GIROUSSE, Psychologue Clinicienne – psychothérapeute.
Service Psychologie - Neuropsychologie – Cap Peyrefite, 66290 Cerbère
Tél : 04 68 88 75 00 – Fax : 04 68 88 75 88 – agirousse@cbv-cerbere.fr

Durant le weekend de Pâques, elle présente un épisode hémorragique avec énéma et méléna. Le médecin de garde évoque avec sa sœur cadette une prise en charge palliative. Celle-ci est au clair avec la proposition mais sa sœur aînée (absente à ce moment) n'est pas prête et est toujours dans l'espoir d'une éventuelle récupération.

Mme B semble récupérer après cette incident mais 15 jours plus tard (Le 06/05) son état général se dégrade : elle a perdu 4 kg, l'EVA est de plus en plus élevée et elle présente deux escarres occipitales qui se dégradent très rapidement. Les prélèvements sanguins montrent une dégradation de la fonction hépatique, une anémie et un syndrome infectieux. L'alimentation et les traitements concernant la douleur sont réadaptés par son médecin référent.

Le 13/06 son état ne s'améliorant pas, l'équipe prévoit une réunion pluridisciplinaire avec la famille afin de l'identifier « soins palliatifs » et d'adapter la prise en charge en conséquence. Cette réunion prévue pour la semaine suivante sera annulée par la famille qui ne peut être disponible au jour fixé.

Le 19/06, le neurochirurgien vacataire voit la patiente pour avis sur le traitement des escarres .Devant des soins trop lourds, il confirme la décision de soins palliatifs et la patiente est identifiée par son médecin référent. Ce dernier informe la famille arrivée en soirée et met en place des injections de Morphine s/cut toutes les 8h puis toutes les 6h. A partir de ce moment, la famille reste auprès de la patiente 24h/24.Les médecins appelés les jours suivant pour l'inconfort ou la douleur de Mme B hésitent à modifier les traitements en l'absence du médecin référent.

Le médecin réanimateur, le médecin réanimateur de l'établissement et le médecin référent mettent en place une sédation après concertation avec équipe et famille. La patiente décèdera, apaisée, le 26/06 en soirée.

Cette prise en charge a été difficile car :

- Décision tardive de passage en soins palliatifs
- Difficulté de l'adaptation du traitement antalgique par les médecins de l'établissement en l'absence du médecin référent.
- Charge de travail importante pour le petit effectif de soignants de ce service de 8 patients: prise en charge de cette patiente assurée au détriment de celle des autres patients (moins de douches, pas de levés durant la période ,accueil d'une nouvelle patiente « bâclé » ..)

Cependant, le sentiment de l'équipe soignante est d'avoir assuré une prise en charge palliative de qualité (soins, soutien et écoute d'une famille qui a su rester discrète, accompagnement personnalisé de la patiente, travail d'une équipe)