

KINÉSITHÉRA PIE ET SOINS PALLIATIFS

JARCA 2023

16 novembre 2023

Marion Gallois Guémann – MKDE – CHR Orléans

1

RECIT CLINIQUE

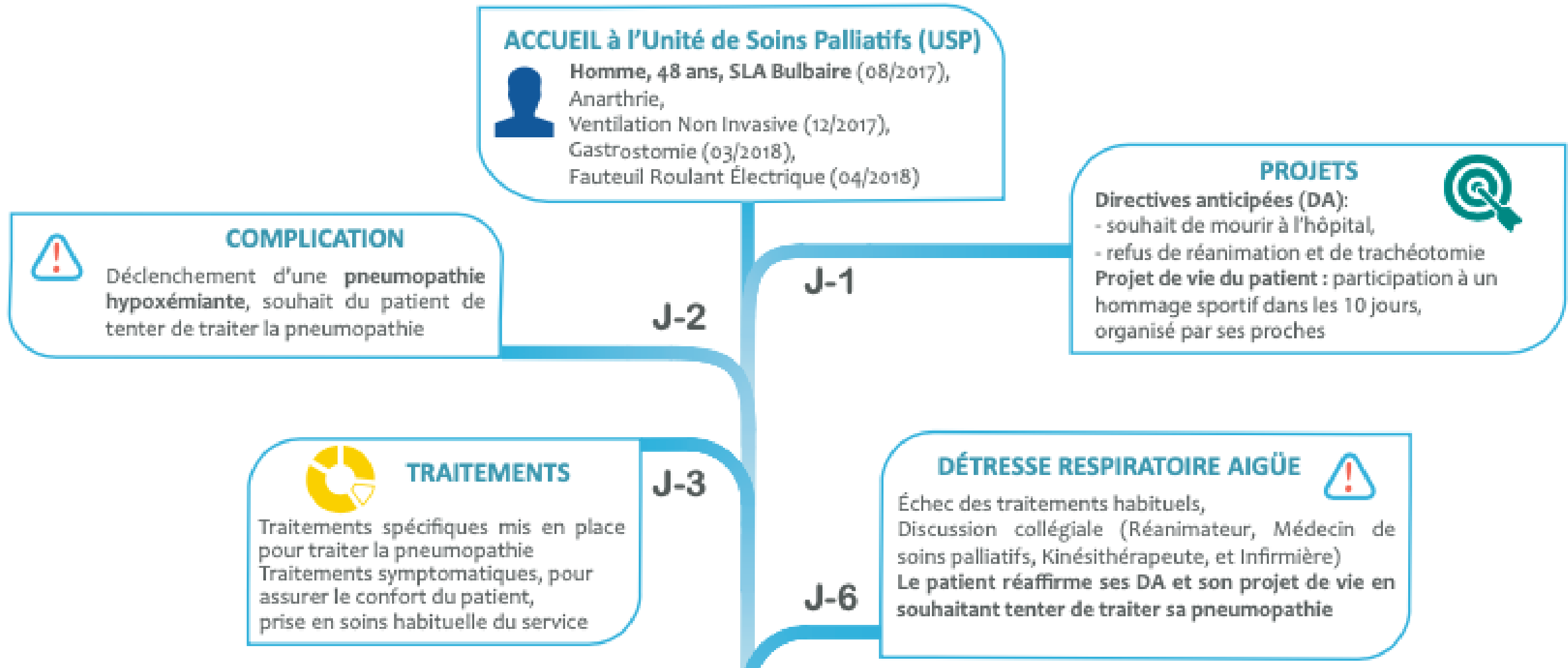
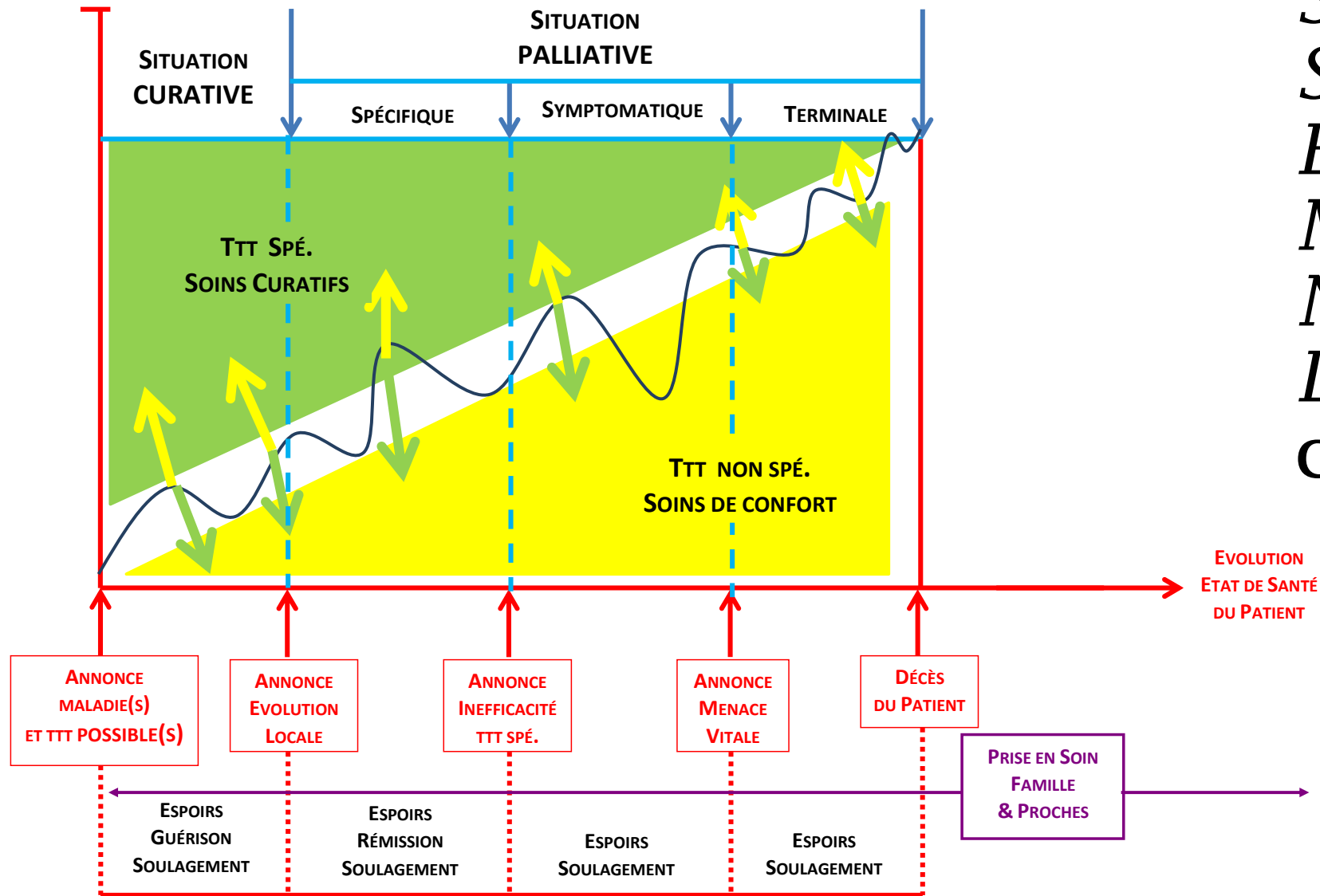


Figure 1. Adaptation des traitements spécifiques et symptomatiques proposés

Traitements et techniques spécifiques	Traitements et soins symptomatiques
Médicamenteux • Antibiothérapie adaptée • Oxygénothérapie • Aérosolthérapie	Médicamenteux • Introduction et majoration opioïde • Introduction et majoration anxiolytique • Introduction antidépresseur tricyclique • Soins de bouche
Techniques spécifiques • Fibro-aspiration bronchique (à trois reprises) • Optimisation de Ventilation Non Invasive • Aspirations buccales et bronchiques • Appareil d'oxygénation haut débit pour action d'humidification et réchauffeur sans supplémentation d'oxygène sur les temps de sevrage	Non médicamenteux • Relaxation-réassurance massage • Inductions psychomotrices • Co-soin MK - Psychomotricienne en Bain thérapeutique et mobilisation-massage • soins quotidiens et de confort Aide-soignant, IDE
Kinésithérapie respiratoire • Techniques manuelles et instrumentales • Manœuvre insufflation-exsufflation mécaniques • Séance pré et post fibro-aspiration bronchique	Soins relationnel • Ecoute • Relation d'aide • Soutien familial; nombreux entretiens médico-psychologiques, médico-IDE

*“QUE LA
STRATÉGIE
SOIT BELLE
EST UN FAIT,
MAIS
N’OUBLIEZ PAS
LE RÉSULTAT”,
CHURCHILL*



STRATÉGIE : PROJET DE VIE

Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care

Judith A C Rietjens, Rebecca L Sudore, Michael Connolly, Johannes J van Delden, Margaret A Driskamer, Mirjam Droger, Agnes van der Heide, Darren K Heyland, Dirk Houttekier, Daisy J A Janssens, Luciano Orsi, Sheila Payne, Jane Seymour, Ralf J Jox, Ida J Korfage, on behalf of the European

Brief definition

Advance care planning enables individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate.

Mettre en œuvre
le projet de vie

dans les établissements
pour personnes âgées

3^e édition

Association Réseau de consultants en gériatrie
Jean-Jacques Amyot • Olga Piou



Ainsi le projet de vie apparaît comme une démarche qui se fonde et tire sa force d'une éthique de la relation avec les personnes accueillies et qui doit permettre ainsi de réconcilier ce qui peut paraître *a priori* inconciliable.



Figure 1.1. Pyramide de Maslow



INTERDISCIPLINARITÉ ET COLLABORATION

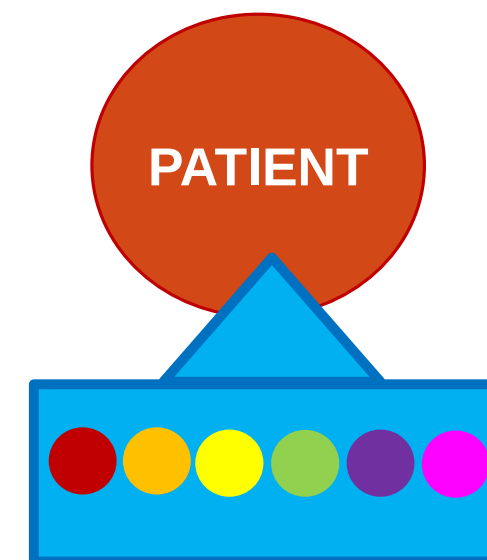
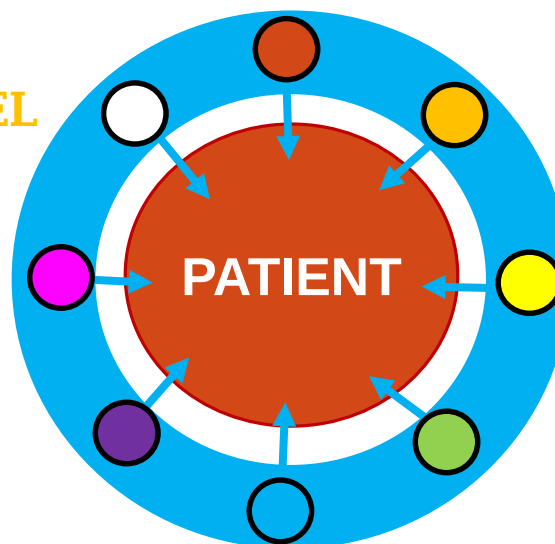
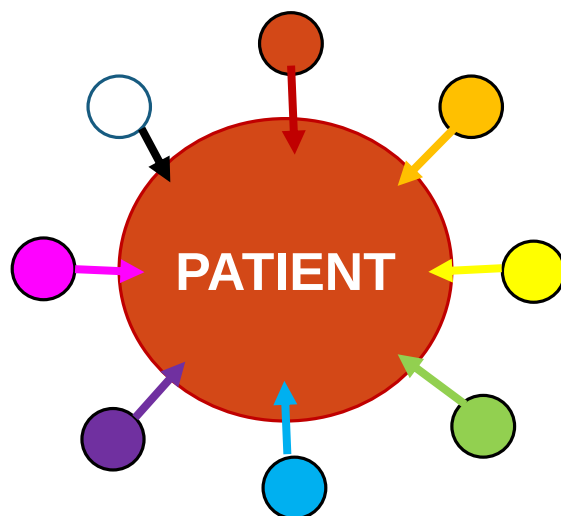


INTER
PROJET COMMUN

TRANS
CONTINUITE
DECLOISEMENT
PARTAGE

PLURI

1 SYMPTOME / 1 PROFESSIONNEL
VISION MORCELEE DU PATIENT



« Aucun de nous ne sait ce que nous
savons tous, ensemble. »
(Euripide, dramaturge)



INTERDISCIPLINARITÉ ET COLLECTIVITÉ

Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences : évaluation des pratiques aux urgences dans un centre hospitalier universitaire



Withdrawing and withholding of life-support therapy in emergencies department



Pierre Gosset*, Antoine Cense, Mélanie Leroux.

Tableau 1 Arguments avancés pour la mise en place d'une LATA retrouvée dans le questionnaire.

Arguments pour la mise en place de LATA	n = 503	%
Autonomie/qualité de vie future limitée	496	98,8
Risque majeur de dépendance définitive aux techniques de suppléance	493	98,2
Absence d'amélioration malgré un traitement actif	369	73,5
Irréversibilité de l'affection aiguë à court terme	300	59,8
Affection sous-jacente incurable et fatale à court terme	299	59,6
Existe t'il une stratégie curative raisonnable	84	16,7
Refus de soins clairement exprimés par le patient	73	14,5
Patient déjà suivi en soins palliatifs	52	10,4

« Les données devant figurer dans le dossier médical du patient selon les recommandations de la SFMU et les textes législatifs sont : le médecin référent, le caractère collégial de la décision (médicale et paramédicale), le nom de la personne de confiance et l'information qui lui a été donnée ainsi que la recherche de la volonté du patient et des directives anticipées »

ET RELATIF D'ACCOMPAGNEMENT



J1-2

- J1 Admission et présentation de l'Unité de Soins Palliatifs
- J1 Explication du projet de vie : hommage sportif organisée en l'honneur du patient à (J+11)
- J2 Pneumonie hypoxémiante sur Insuffisance respiratoire restrictive due à la SLA

J3-6

- J3 Kinésithérapie respiratoire et antibiothérapie
- J6 Détresse respiratoire aigue
- J6 Patient réaffirme son refus de réanimation et trachéotomie, souhait de réaliser son projet de vie
- J6 Démarche collégiale d'adaptation des traitements approuvée par le patient

J6-11

- J6-8-11 Réalisation des adaptations thérapeutiques dont 3 fibro-aspirations bronchiques tolérées et ré-approuvée avant chaque acte par le patient et sa famille.

J12-14

- J12 Réalisation du projet de vie du patient
- J14 Décès du patient sur nouvelle dégradation respiratoire



PRISE EN CHARGE



PRISE EN SOIN



ACCOMPAGNEMENT

BMJ Open Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study

BMJ Open 2019

Arno Maetens,¹ Kim Beernaert,¹ Robrecht De Schreye,¹ Kristof Faes,^{1,2}
Lieven Annemans,² Koen Pardon,¹ Luc Deliens,^{1,3} Joachim Cohen¹

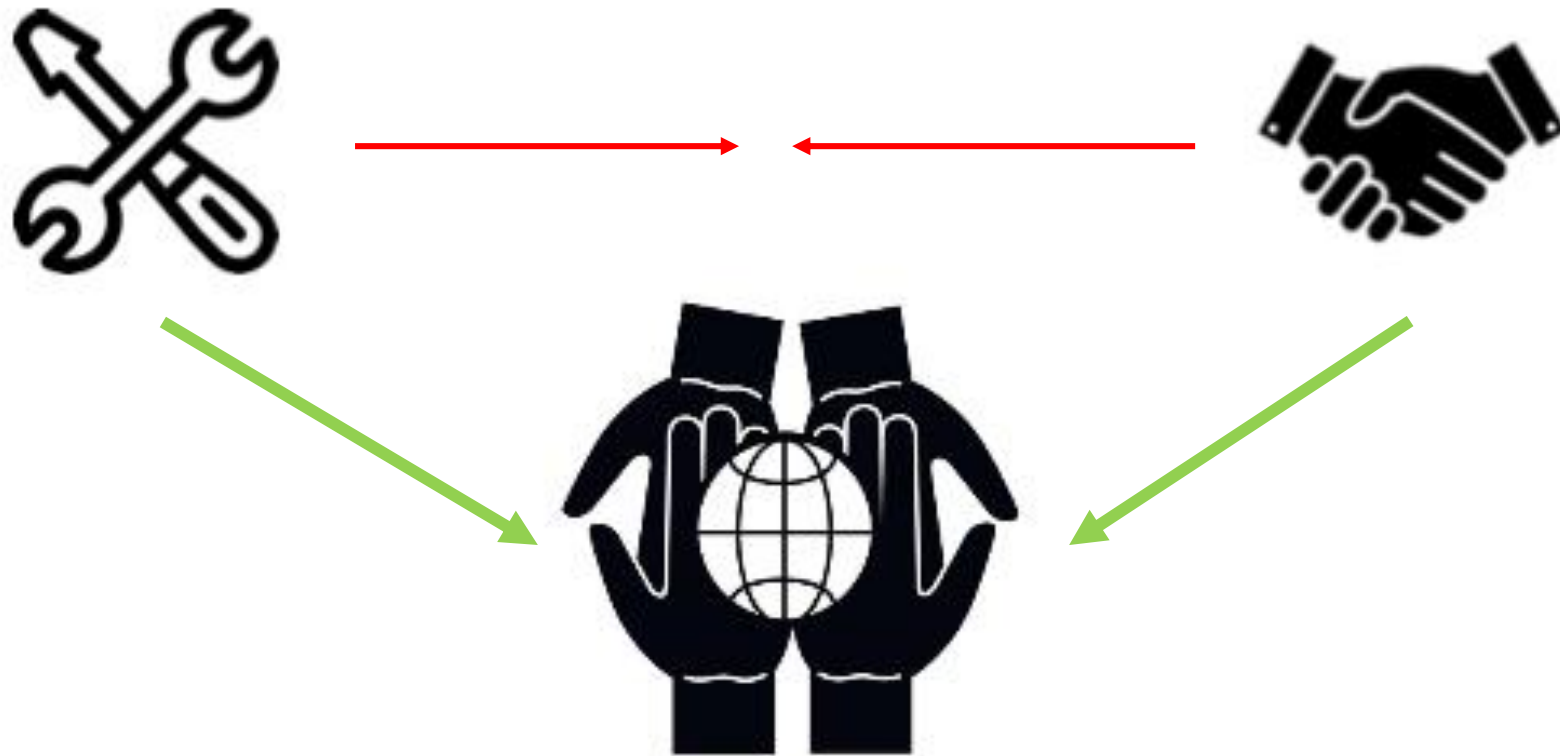
Table 2 Indicators of appropriate and inappropriate end-of-life care in the last 14 days of life in the matched cohorts

	Palliative home care support (n=17 674)		RR (95% CI)
	Yes (n=8837)	No (n=8837)	
Indicators of appropriate end-of-life care			
Home death	56.2	13.8	4.08 (3.86 to 4.31)
Mean number of family physician contacts (SD)*	3.1 (3.0)	0.8 (1.2)	/
Mean number of primary caregiver contacts (SD)*	9.0 (6.2)	2.3 (4.0)	/
Indicators of inappropriate end-of-life care			
Hospital death	39.0	74.8	0.52 (0.51 to 0.54)
Hospital admission	27.4	60.8	0.45 (0.43 to 0.47)
ICU admission	18.3	40.4	0.45 (0.43 to 0.48)
ED admission	15.2	28.1	0.54 (0.51 to 0.57)
Diagnostic testing	27.2	63.2	0.43 (0.41 to 0.45)
Blood transfusion	2.7	5.9	0.47 (0.40 to 0.54)
Surgery	0.5	2.8	0.19 (0.14 to 0.26)

*P<0.0001 calculated using two-sided t-test statistic.

ED, emergency department; ICU, intensive care unit; RR, relative risk.

TECHNIQUE VS RELATION



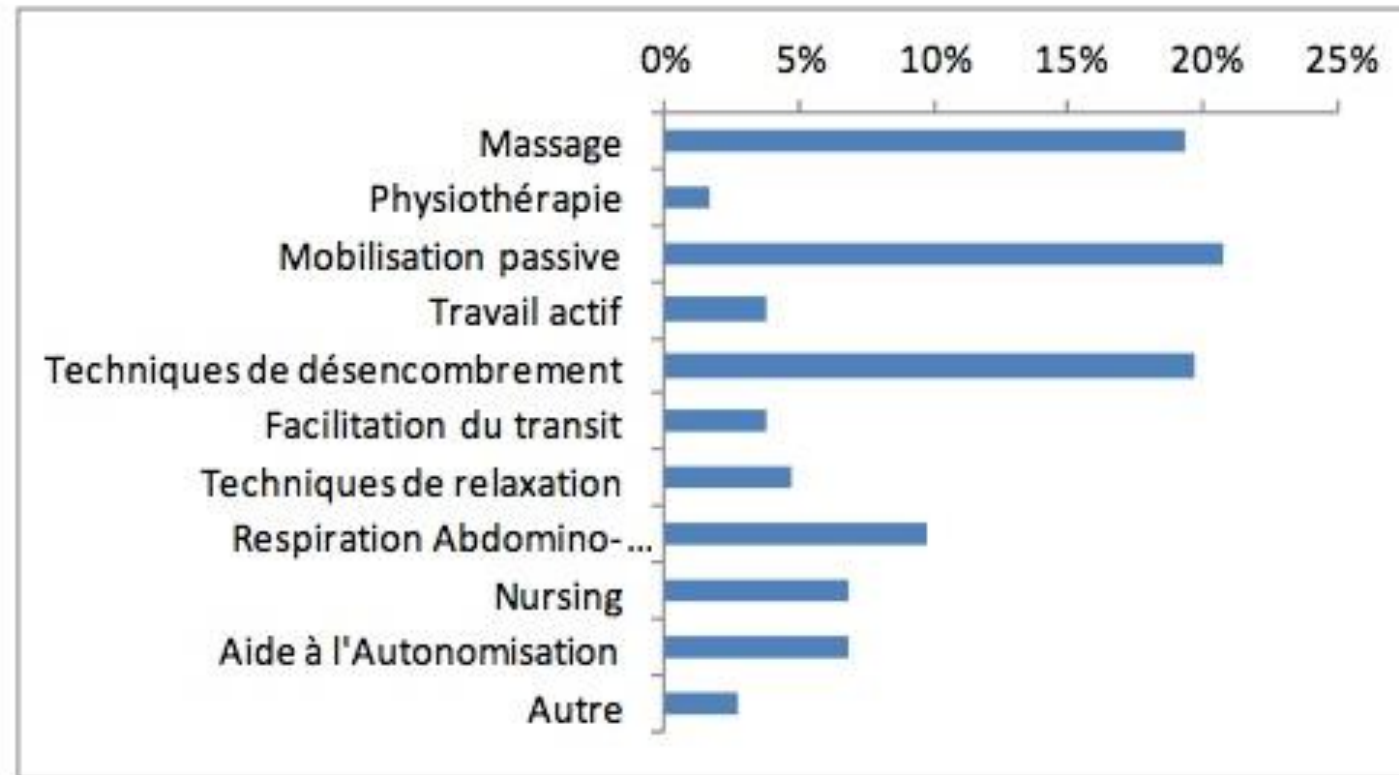
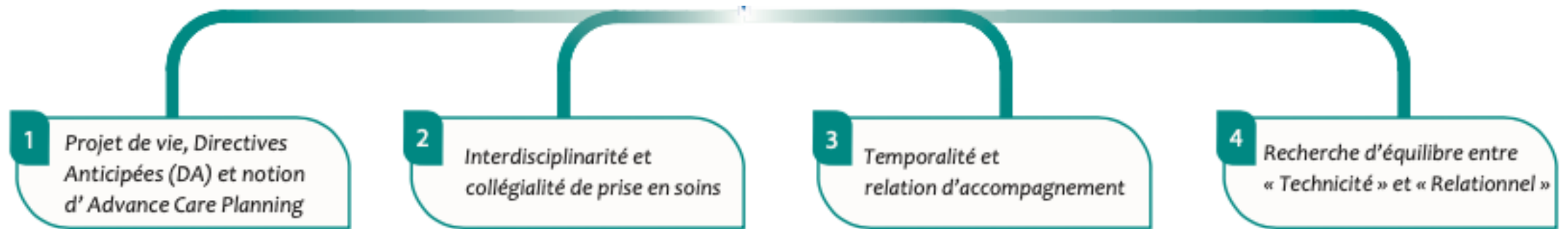


Figure 3 : Pratiques professionnelles réalisées dans la prise en charge de patients en soins palliatifs. Exprimées en pourcentage de la totalité des pratiques citées par les M.K. libéraux interrogés.



■ *"Une personne qui n'a jamais commis d'erreurs n'a jamais innové"*

BIBLIOGRAPHIE

1. Amyot J-J, Piou O, A.R.C.G. Mettre en oeuvre le projet de vie - 3e éd.: Dans les établissements pour personnes âgées. Dunod; 2017. 270 p.
2. Oliver DJ, Borasio GD, Caraceni A, Visser M de, Grisold W, Lorenzl S, et al. A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *European Journal of Neurology*. 1 janv 2016;23(1):30-8.
3. Duchêne V, Begat N, Chaumier F, Corcia P, Mallet D. Fonctions d'une unité de soins palliatifs dans le parcours de soins de patients atteints de SLA. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 1 oct 2017;16(5):277-87.
4. Chvetzoff G. Concilier technique et accompagnement humain en soins palliatifs : une obstination raisonnable ? *Médecine Palliative*. 1 juin 2018;17(3):173-6.
5. Gallois Marion, Saussac Camille, Guisset Olivier *et al.*, « Projet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique en phase palliative avancée », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2019/1 (Vol. 34), p. 11-15. DOI : 10.3917/inka.191.0011. URL : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2019-1-page-11.htm>
6. DYL Céline, SAUSSAC Camille, BURUCOA Benoît, « Une co-construction des directives anticipées « patient-médecin » est-elle possible en unité de soins palliatifs ? », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2018/4 (Vol. 33), p. 165-169. DOI : 10.3917/inka.184.0165. URL : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2018-4-page-165.htm>
7. Société française de médecine d'urgence et la Société de réanimation de langue française. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de

