

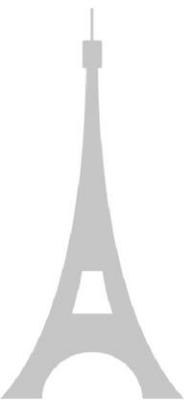


# PLACE DU KINÉSITHÉRAPEUTE PENDANT LES SOINS PALLIATIFS

*Marion GALLOIS*

*MKDE*

*CHU Orléans*



réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN

# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS



réanimation 2024  
PARIS 12-14 JUIN

Marion GALLOIS, Orléans

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



## Méthode/Récit clinique

### ACCUEIL à l'Unité de Soins Palliatifs (USP)



Homme, 48 ans, SLA Bulbaire (08/2017),  
Anarthrie,  
Ventilation Non Invasive (12/2017),  
Gastrostomie (03/2018),  
Fauteuil Roulant Électrique (04/2018)

### PROJETS



Directives anticipées (DA):

- souhait de mourir à l'hôpital,
  - refus de réanimation et de trachéotomie
- Projet de vie du patient : participation à un hommage sportif dans les 10 jours, organisé par ses proches

### COMPLICATION



Déclenchement d'une pneumopathie hypoxémiante, souhait du patient de tenter de traiter la pneumopathie

J-2

J-1



### TRAITEMENTS

Traitements spécifiques mis en place pour traiter la pneumopathie  
Traitements symptomatiques, pour assurer le confort du patient, prise en soins habituelle du service

J-3

### DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGÛE



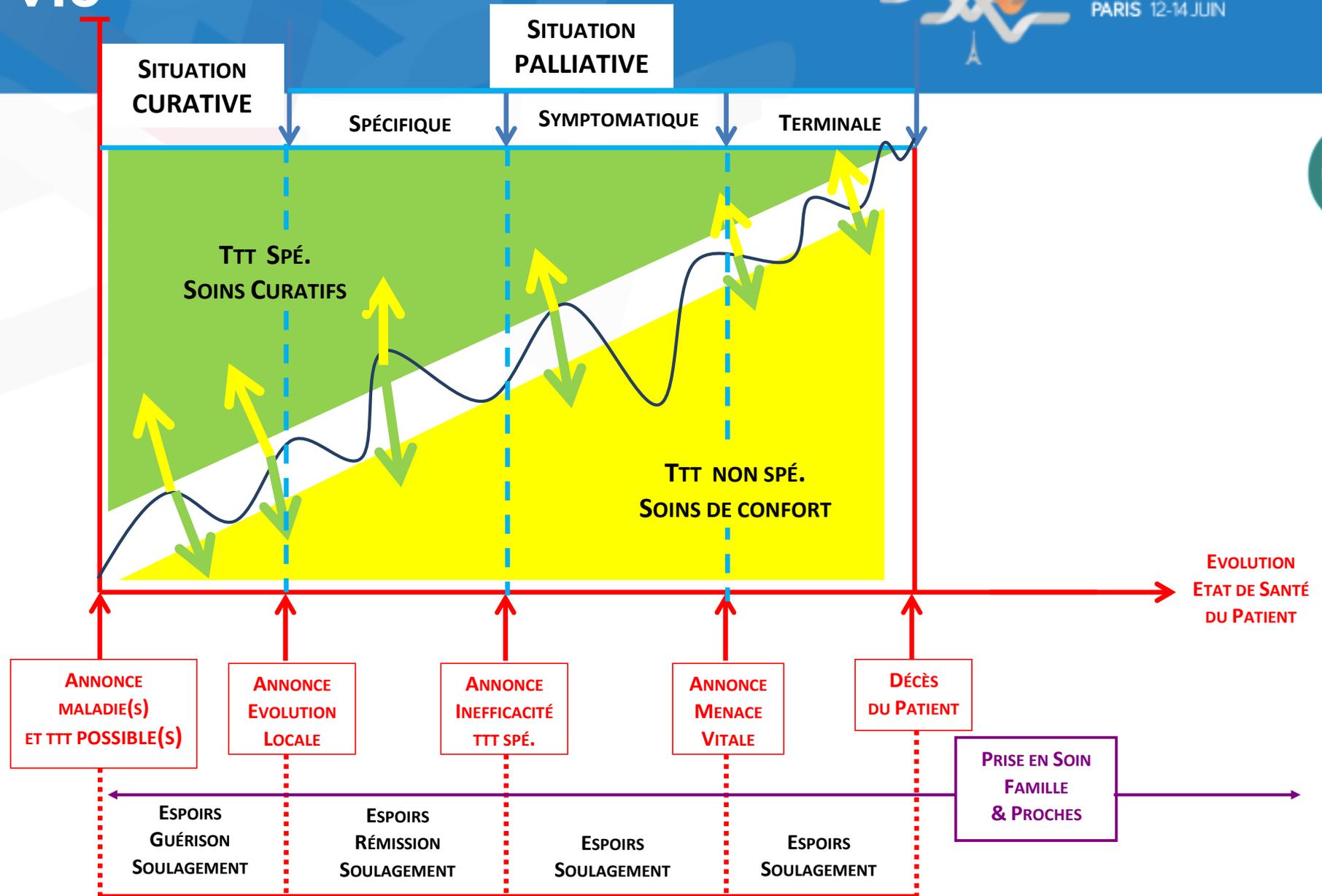
Échec des traitements habituels,  
Discussion collégiale (Réanimateur, Médecin de soins palliatifs, Kinésithérapeute, et Infirmière)  
Le patient réaffirme ses DA et son projet de vie en souhaitant tenter de traiter sa pneumopathie

J-6



Traitements et techniques spécifiques	Traitements et soins symptomatiques
<p><b>Médicamenteux</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antibiothérapie adaptée</li><li>• Oxygénothérapie</li><li>• Aérosolthérapie</li></ul>	<p><b>Médicamenteux</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Introduction et majoration opioïde</li><li>• Introduction et majoration anxiolytique</li><li>• Introduction antidépresseur tricyclique</li><li>• Soins de bouche</li></ul>
<p><b>Techniques spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fibro-aspiration bronchique (à trois reprises)</li><li>• Optimisation de Ventilation Non Invasive</li><li>• Aspirations buccales et bronchiques</li><li>• Appareil d'oxygénation haut débit pour action d'humidification et réchauffeur sans supplémentation d'oxygène sur les temps de sevrage</li></ul>	<p><b>Non médicamenteux</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Relaxation-réassurance massage</li><li>• Inductions psychomotrices</li><li>• Co-soin MK - Psychomotricienne en Bain thérapeutique et mobilisation-massage</li><li>• soins quotidiens et de confort Aide-soignant, IDE</li></ul>
<p><b>Kinésithérapie respiratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Techniques manuelles et instrumentales</li><li>• Manœuvre insufflation-exsufflation mécaniques</li><li>• Séance pré et post fibro-aspiration bronchique</li></ul>	<p><b>Soins relationnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ecoute</li><li>• Relation d'aide</li><li>• Soutien familial; nombreux entretiens médico-psychologiques, médico-IDE</li></ul>

# Parcours de vie





## 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,<sup>1</sup> Kim Beernaert,<sup>1</sup> Robrecht De Schreye,<sup>1</sup> Kristof Faes,<sup>1,2</sup>  
Lieven Annemans,<sup>2</sup> Koen Pardon,<sup>1</sup> Luc Deliens,<sup>1,3</sup> Joachim Cohen<sup>1</sup>

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)	
<b>Indicators of appropriate end-of-life care</b>			
→ 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)	/
<b>Indicators of inappropriate end-of-life care</b>			
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.

## 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 Drickamer, Mirjam Droger, Agnes van der Heide, Daren K Heyland, Dirk Houttekier, Daisy J A Janssen, Luciano Orsi, Sheila Payne, Jane Seymour, Ralf J Jox, Ida J Korfage, on behalf of the European Association for Palliative Care

### 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.

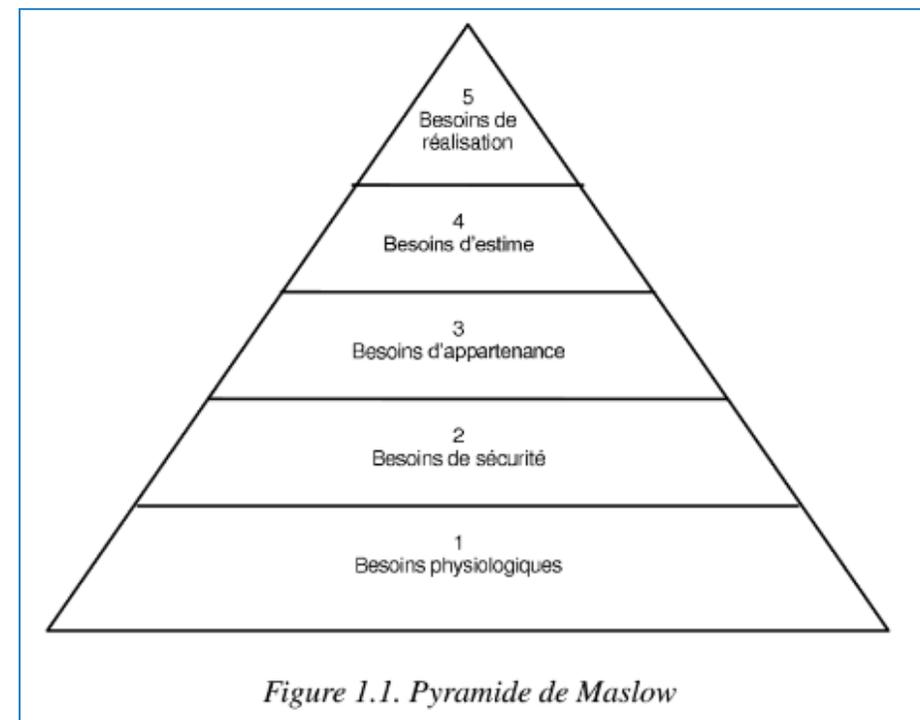
Mettre en œuvre  
le projet de vie  
dans les établissements  
pour personnes âgées

3<sup>e</sup> édition

Association Réseau de consultants en gérontologie  
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.

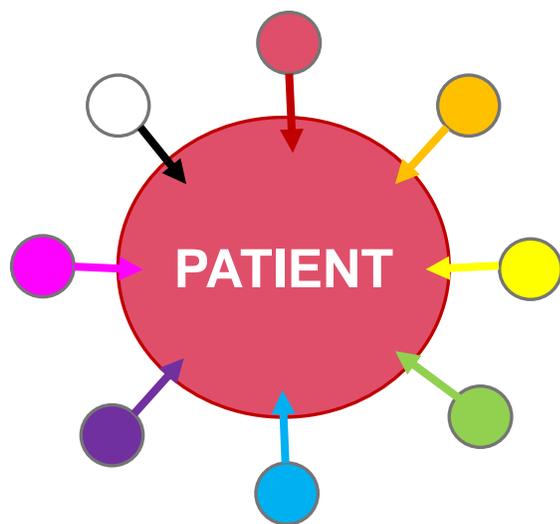
Amyot 2017



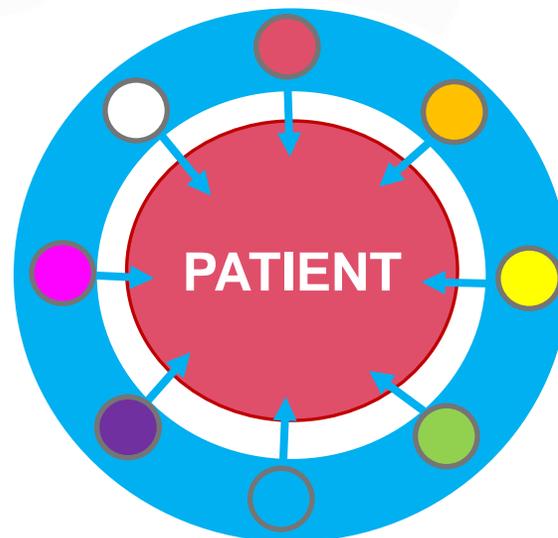


## PLURI

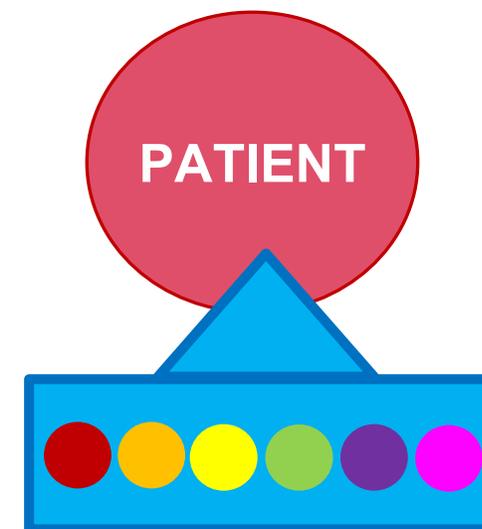
1 SYMPTOME / 1 PROFESSIONNEL  
VISION MORCELEE DU PATIENT



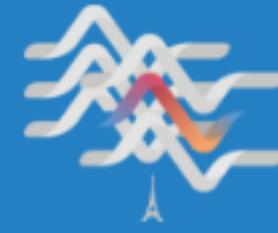
## INTER PROJET COMMUN



## TRANS CONTINUITÉ DECLOISEMENT PARTAGE



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



## La fin de vie en réanimation, une réalité complexe

*The end of life in intensive care, a complex reality*

Matthieu Le Dorze <sup>a,\*,b</sup>

### Points essentiels

- La mort est une réalité en réanimation, reflet d'une culture hospitalière interventionniste.
- La mort en réanimation revêt plusieurs aspects : mort « naturelle » (arrêt cardiaque inopiné, échappement thérapeutique), mort « décidée » (limitation et arrêt des thérapeutiques), mort « avec l'intérêt d'un tiers » (prélèvement d'organes).
- L'accompagnement des proches et le soutien des soignants sont essentiels.
- Un cadre théorique clair est indispensable mais il doit être ajusté à la singularité des situations rencontrées.

## Questionner le bon usage de la technique et la proportionnalité des soins à apporter à l'enfant en soins palliatifs



*Questioning the proper use of the technique and the proportionality of the care to be provide to the child in pediatrice palliative care*



Catherine Dacquin-Minnaert <sup>a,1,\*</sup>, Rozenn Le Berre <sup>b,2</sup>

## Comment faire du « sur-mesure »

Pour toute technique, que l'on soit dans une situation de soins palliatifs « chroniques » ou en phase terminale, la question de la proportionnalité des soins mérite d'être posée :

- la décision de mettre en place, ou pas, une technique, de l'arrêter, sera nourrie de toute la complexité et de la singularité de chaque situation, dans sa dimension clinique, relationnelle, familiale, sociale et psychologique ou en core en termes de temporalité et de projet de vie ;

SRLF Trial Group. End of life in the critically ill patient: evaluation of experience of end of life by caregivers (EOLE study). *Ann Intensive Care* 2021;11(1):162.

# Temporalité et relation d'accompagnement



réanimation 2024  
PARIS 12-14 JUIN

Les facteurs influençant la survenue des émotions du masseur-kinésithérapeute en soins palliatifs.  
Étude qualitative

Laurie Gaillard<sup>a</sup>  
Pauline Lemersre<sup>b,c,d</sup>  
Grégory Guyot<sup>a</sup>

- 7 MKDE interrogés, [2-23] ans d'expérience, 5/7 île de France
- Intelligence émotionnelle
- Soins plus authentiques, plus adaptées

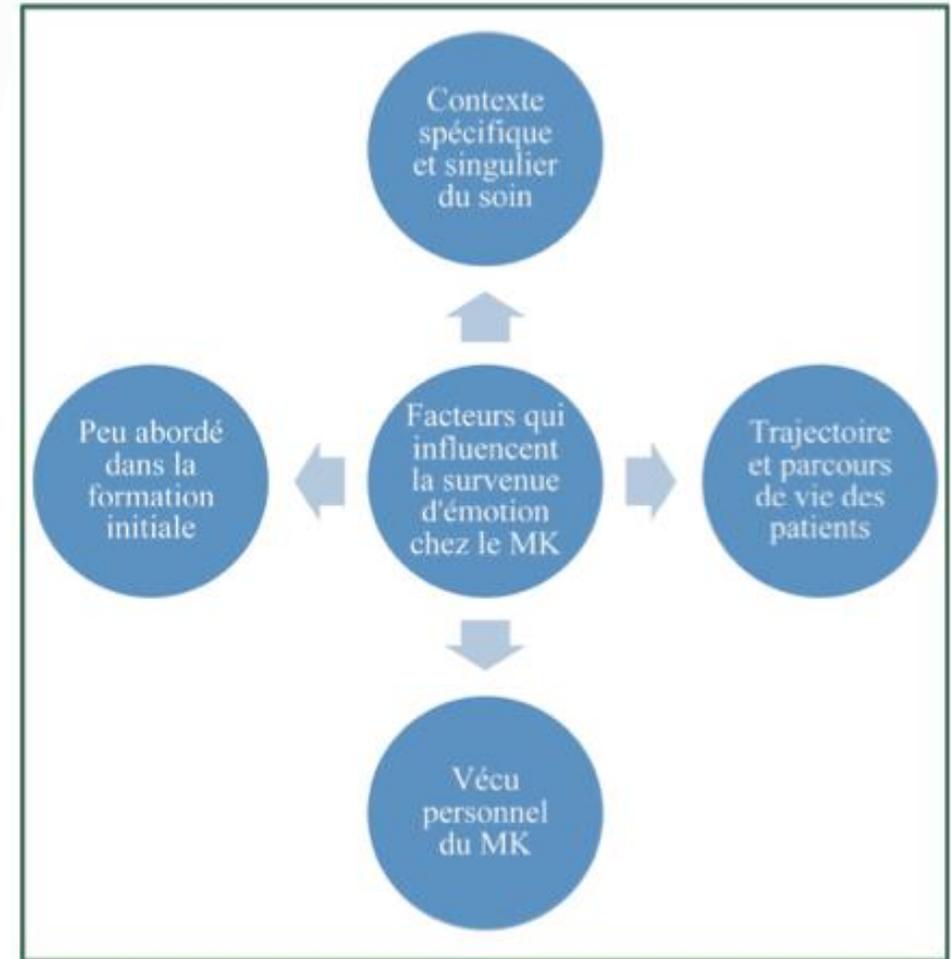
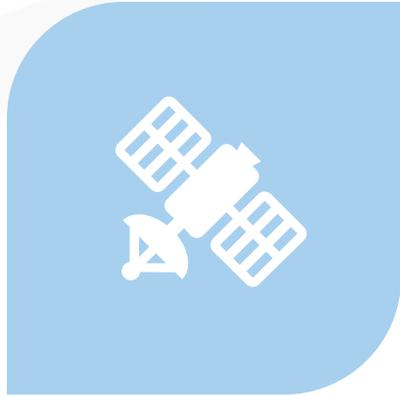


Figure 1. Les facteurs qui influencent la survenue des émotions chez les masseurs-kinésithérapeutes (MK).

# Temporalité et relation d'accompagnement



réanimation 2024  
PARIS 12-14 JUIN



PRISE EN CHARGE



PRISE EN SOIN



ACCOMPAGNEMENT



# Savoir FAIRE VS Savoir ETRE ? « Technique » VS « Relationnel » ?



réanimation 2024  
PARIS 12-14 JUIN

## Intégration de la démarche palliative à la médecine intensive-réanimation : de la théorie à la pratique

Integration of the palliative approach into intensive care medicine: from theory to practice

O. Noizet-Yve  
S. Rolando · I  
L. De Saint-B

- Nou
- Inté
- Info

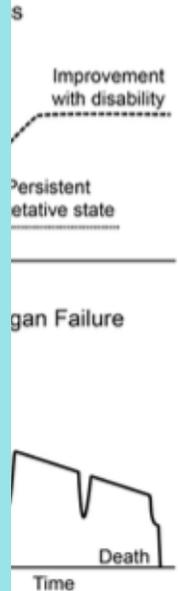


Fig. 1 Trois évolutions possibles des patients en soins palliatifs [7]



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