La gestion des cas complexes au centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

Projet ECHO
Soins palliatifs - Canada
PAR
Pallium Canada

Hôte: Jeffrey B. Moat

Présentateurs: Dr. Benoît Robert et Daniel Marcotte

Date: 1er Mars 2022

Reconnaissance du territoire

Le projet ECHO en soins palliatifs

Le projet ECHO en soins palliatifs est une initiative nationale de cinq ans visant à cultiver des communautés de pratique et établir un développement professionnel continu parmi les fournisseurs de soins de santé du Canada qui s'occupent de patients atteints d'une maladie limitant leur espérance de vie..

Restez connecté: www.echopalliatif.com

Merci

Le projet ECHO en soins palliatifs est soutenu par une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessaires celles de Santé Canada.

Santé Canada Health Canada

Les webinaires francophones sont soutenus par une contribution financière de La Caisse de dépôt et placement du Québec (CDPQ). Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessaires celles de CDPQ.

CDPQ

Bienvenue et rappels

- Veuillez vous présenter dans la fenêtre de clavardage.
- Vos micros sont en sourdine. Il y aura une période de questions et de discussion pendant la session.
- Utilisez la fonction de clavardage si vous avez des commentaires ou si vous éprouvez des difficultés techniques.
- Cette session est enregistrée et sera envoyée par courriel aux personnes inscrites
- Rappel: ne divulguez pas d'informations personnelles sur la santé (IPS) pendant la session.

Introductions

Hôte

Jeffrey B. Moat, CM
Président-Directeur Général, Pallium Canada

Conférenciers

Benoît Robert, MD, MBA
Directeur Medical,
Perley Health, Ottawa

Daniel Marcotte, Inf. DESS
Chef d'administration de programmes - Soins palliatifs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration de conflits

Pallium Canada

- Organisme à but non-lucratif
- Génère des fonds pour soutenir les opérations et la R&D à partir des frais d’inscription au cours et des ventes du livre de poche palliatif.
- Partiellement financé par une contribution de Santé Canada.

Présentateurs

- Jeffrey B. Moat
- Dr. Benoît Robert
- Dr. Daniel Marcotte

Objectifs

La gestion des cas complexes au CHSLD

- Trajectoires de Démence
- Traitements de Cachexie
- Symptômes de Fin de vie

Définition et principes essentiels:

Réseau de soins palliatifs du Québec

« Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux patients atteints d'une maladie avec un pronostic réservé ».

Au cours de cette période de vie, les principes fondamentaux sont :

L'atténuation de la douleur ;

Le soulagement des autres symptômes physiques, psychologiques et spirituels;

Soutenir la vie et considérer la mort comme un processus normal.

But des soins palliatifs:

Le but des soins palliatifs est d'obtenir, pour les patients et leurs proches, **la meilleure qualité de vie possible.**

Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe **interdisciplinaire** incluant le patient et ses proches.

Principes fondamentaux des soins palliatifs:

1. Ne hâtent ni ne retardent la mort ;
2. Atténuent la douleur et les autres symptômes ;
3. Intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins.

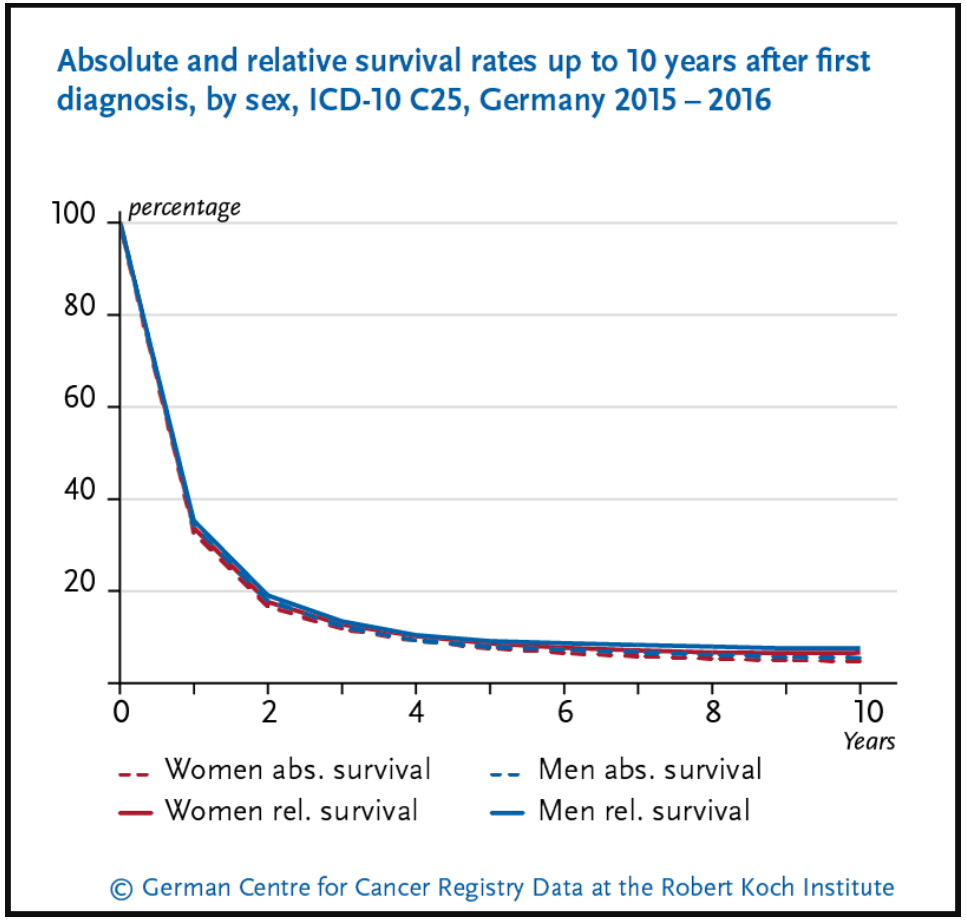
Points à retenir - CHLSD

Points à retenir:

1 % de la population de SLD meur chaque jour

50% chaque année

2.5 années



Points à retenir - Ontario

2015 – 2016 (144 000 personnes admises – 70, 000 résidents)

- **L'âge moyen est supérieur à 85 ans**
- **90% des résidents ont une forme de déficience cognitive**
    - **1 sur 3 est gravement handicapé**
    - **46 % présentent un certain niveau de comportement agressif lié à la déficience**
- **97 % des résidents ont deux maladies chroniques ou plus**
    - **maladie cardiaque, diabète, insuffisance rénale chronique, arthrite, etc**
- **58% ont besoin d'un fauteuil roulant**
- **38 % ont besoin d'un suivi pour une affection médicale aiguë**

Source: Excerpted from This is Long-Term Care 2016 (/OLTCA/Documents/Reports/TILTC2016.pdf) by the Ontario Long Term Care Association. Data references are available in the report.
secure.cihi.ca/free_products/CCRS_QualityinLongTermCare_EN.pdf – accessed August 2017

Histoire de cas

DÉMENCE

Alfred Zimer

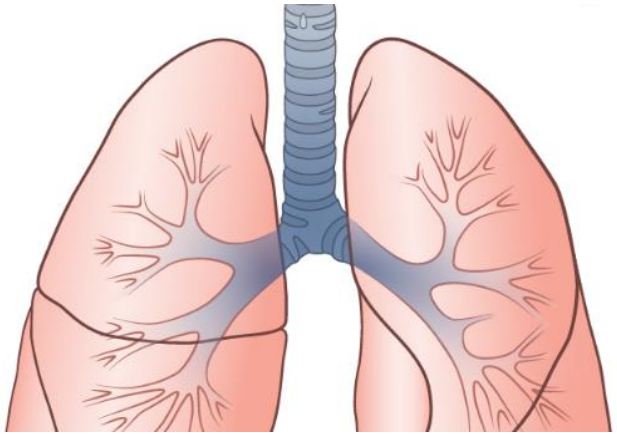
94 ans

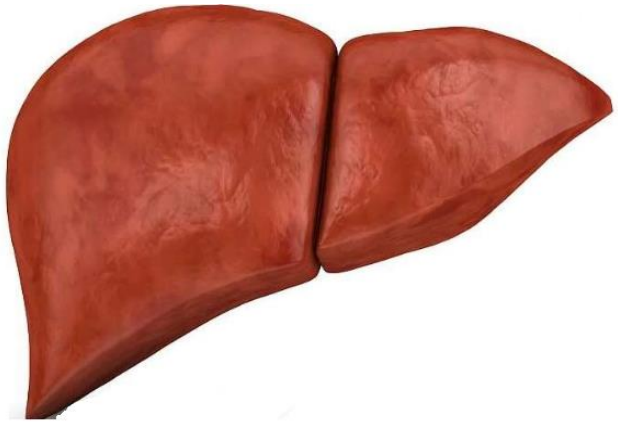
- d'origine étrangère, vit au canada depuis 70 ans. Il a 2 enfants et 4 petits enfants, famille très présente.
- Dx: maladie Alzheimer stade 7 – est alité, dort 90% du temps
  - dépendant pour AVD et AVQ
  - incontinent mixte,
  - non orienté dans les 3 sphères
- Dysphagique, famille insiste pour qu'il s'alimente, diète molle et tendance à s'étouffer, s'alimente très peu (10-20%)
- Niveau de soins D mais famille partagée. Un cousin aux États-Unis croit qu'avec une mesure alternative en comprimé son oncle reviendrait à la normale.

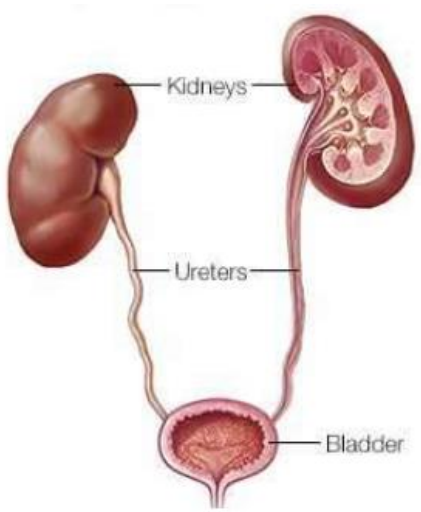
FRAGILITÉ

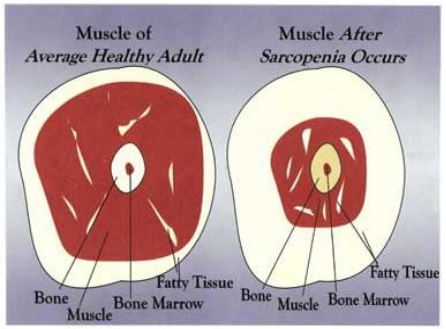
https://www.mdpi.com/2072-6643/12/1/35

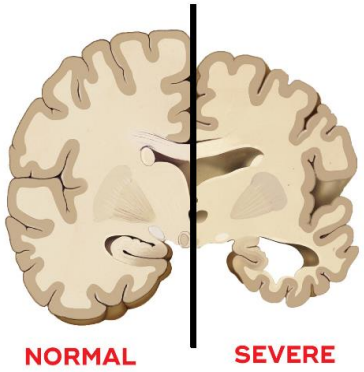
FRAGILITÉ

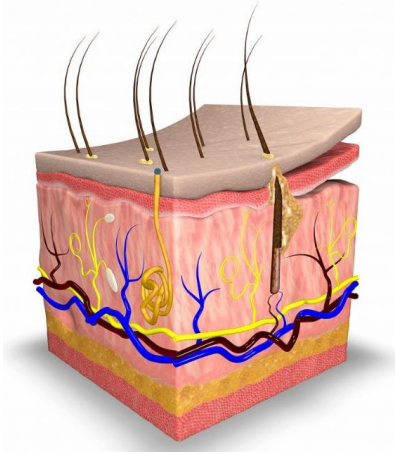




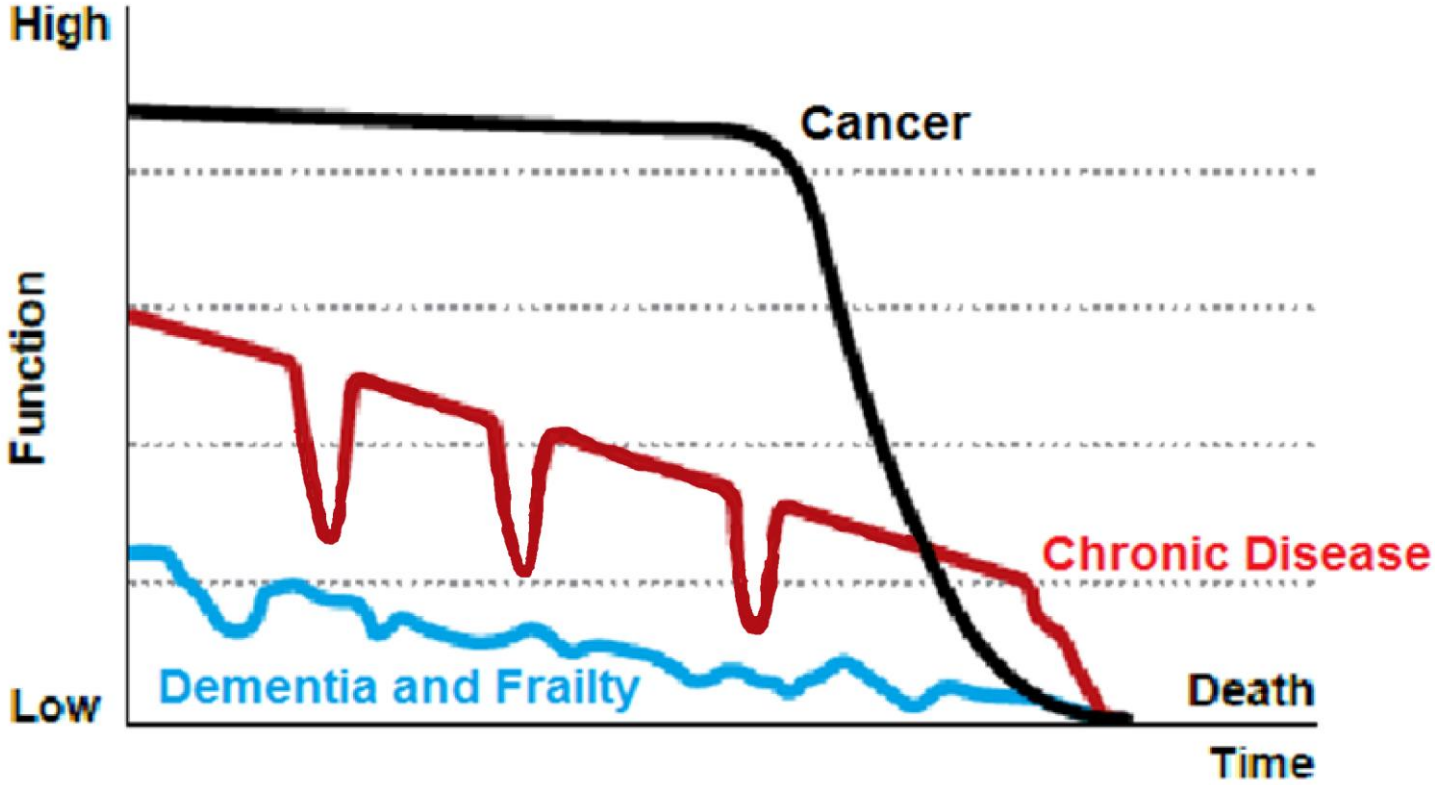

Kidneys
Ureters
Bladder


Muscle of
Average Healthy Adult
Muscle After
Sarcopenia Occurs
Bone
Muscle
Bone Marrow
Fatty Tissue
Bone
Muscle
Bone Marrow
Fatty Tissue


NORMAL
SEVERE

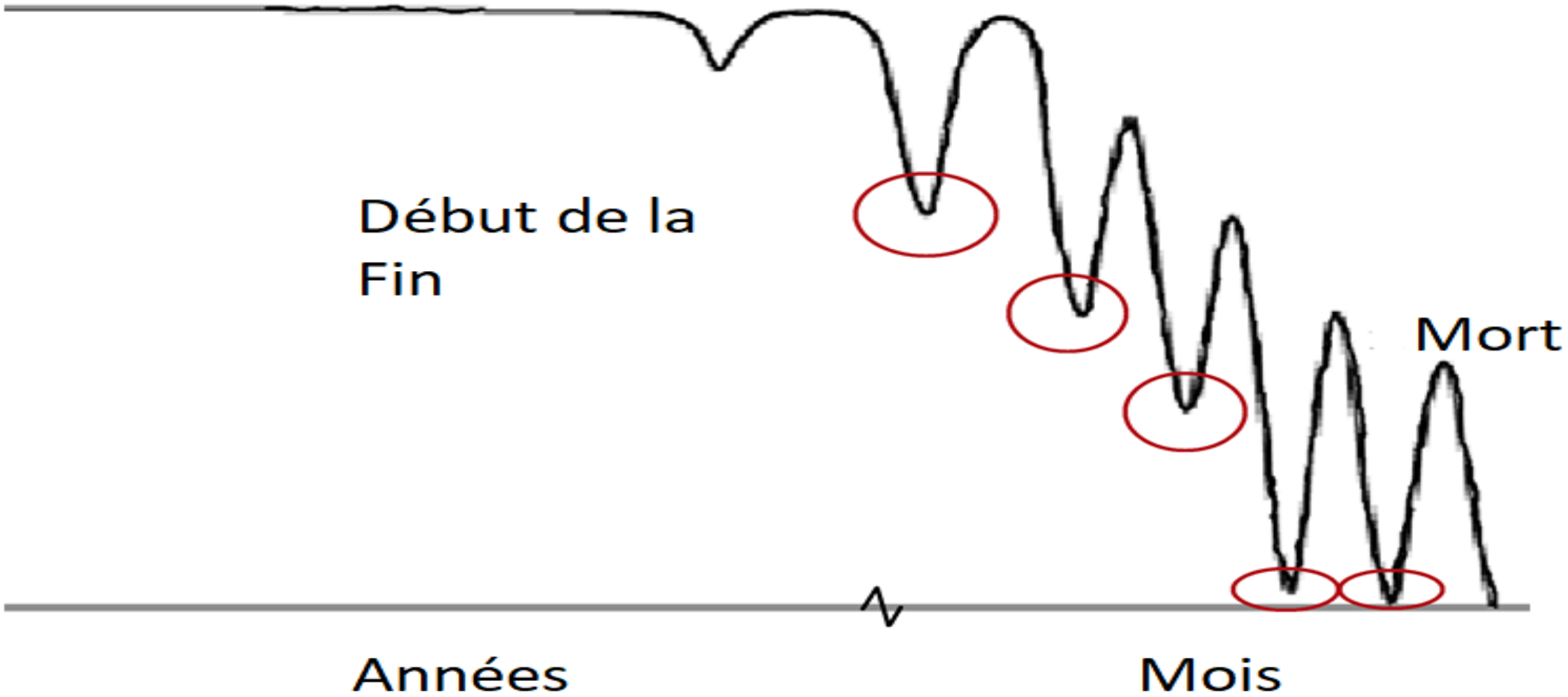


TRAJECTOIRES

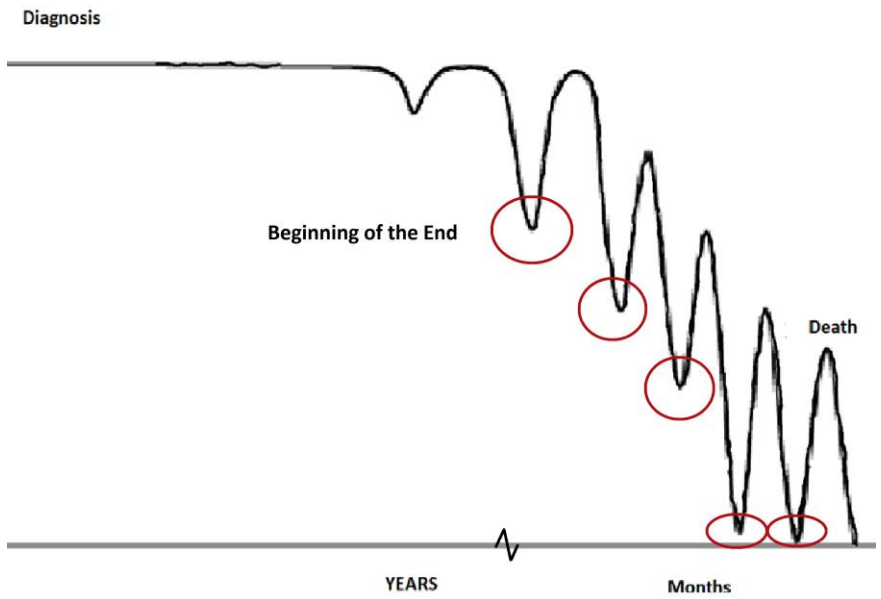


Source: Murray, S.A. et al[1]

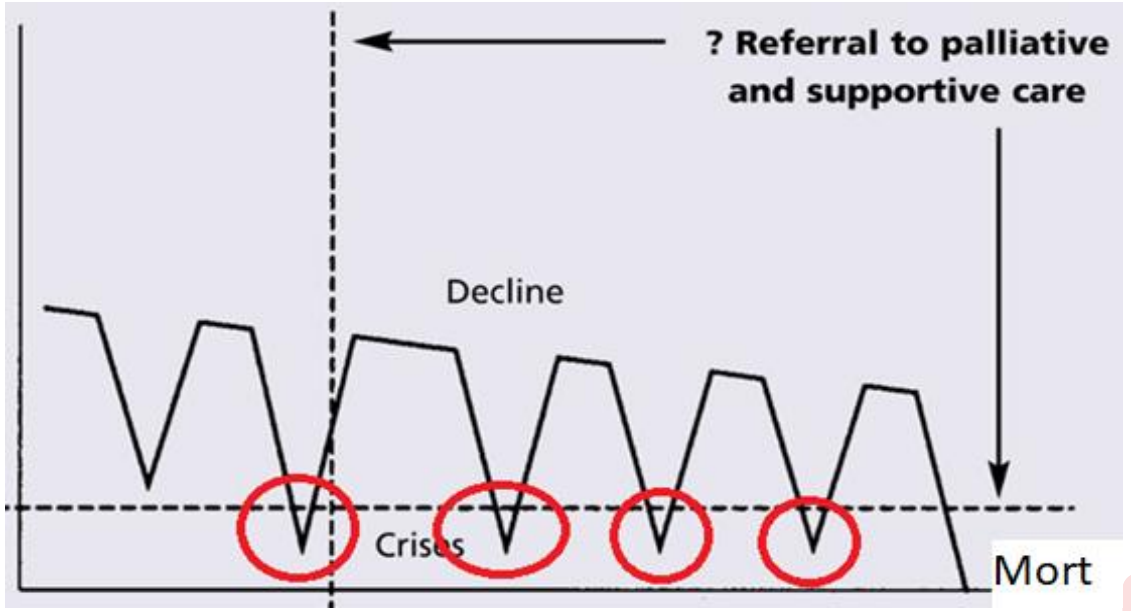
Diagnostique



TRAJECTOIRES



Crises



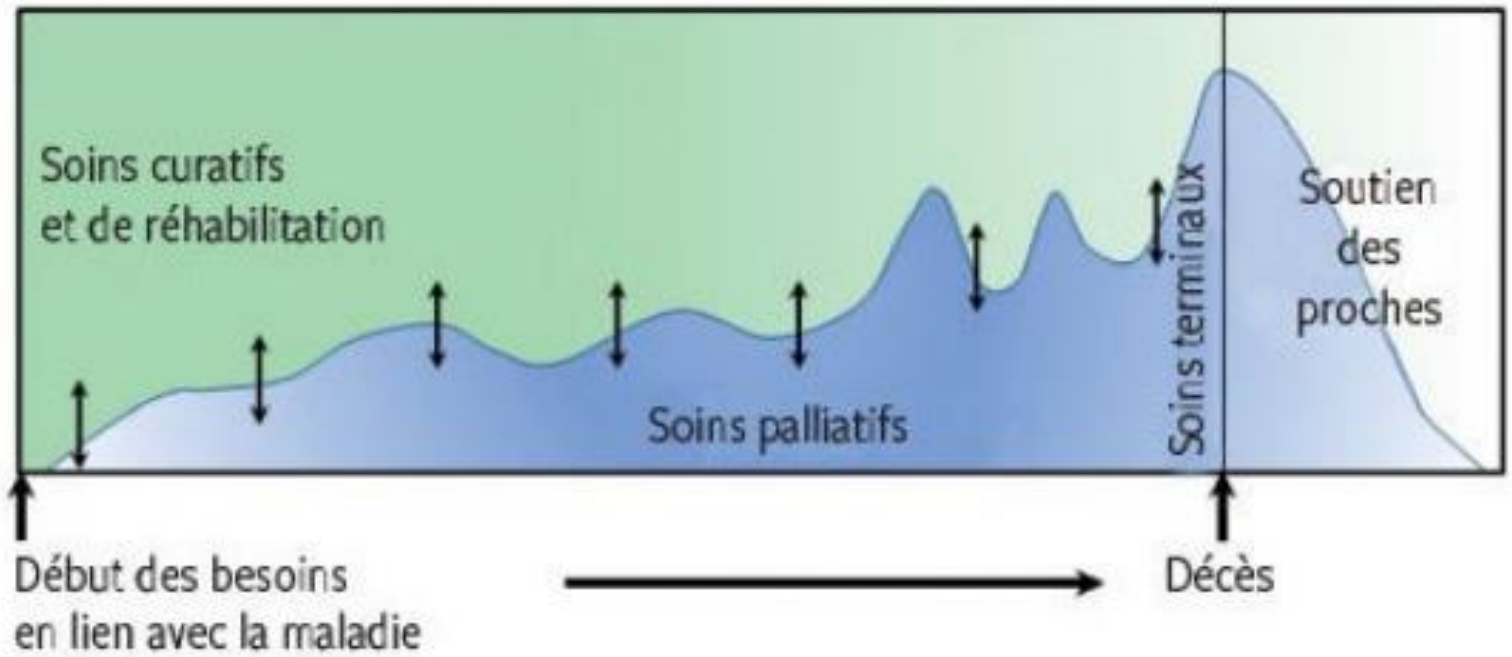
Histoire avec un début - CANCER

Trajectoire de la maladie aiguë
Préoccupation concernant le pronostic au moment du diagnostic « Combien de temps ai-je? »
Le calendrier de traitement domine la vie, de nombreux services, de nombreux prestataires

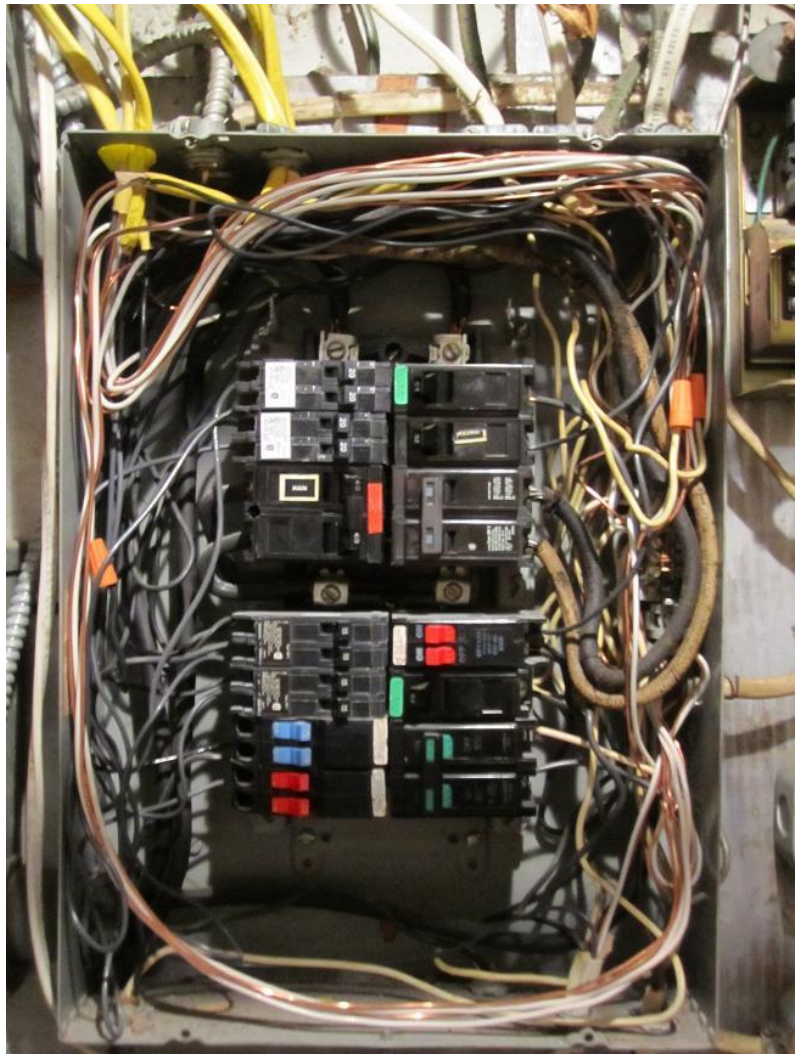
Histoire sans commencement – Insuffisance cardiaque ou démence

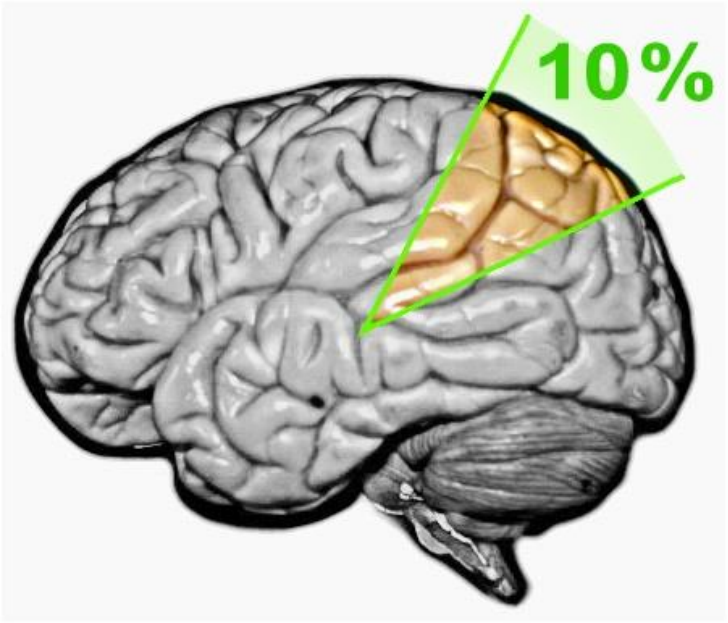
Trajectoire d'invalidité progressive
Peu de compréhension du pronostic au moment du diagnostic
"J'espère que ça ne s'aggravera pas"
D'autres maladies à gérer
Le monde social en déclin domine la vie, peut ne pas avoir de compagnie humaine

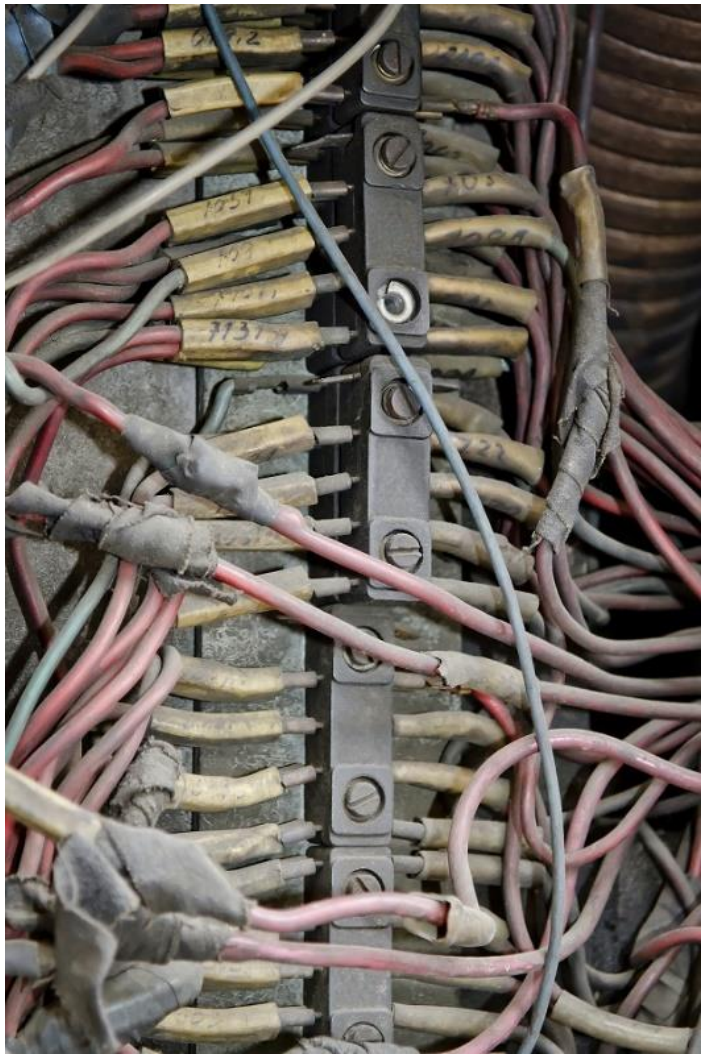
Modèle actuel intégré et individualisé des soins palliatifs



Démence







https://jerrymabbott.com/2019/07/11/ow-my-brain-is-overheating/

Défaillance cérébrale

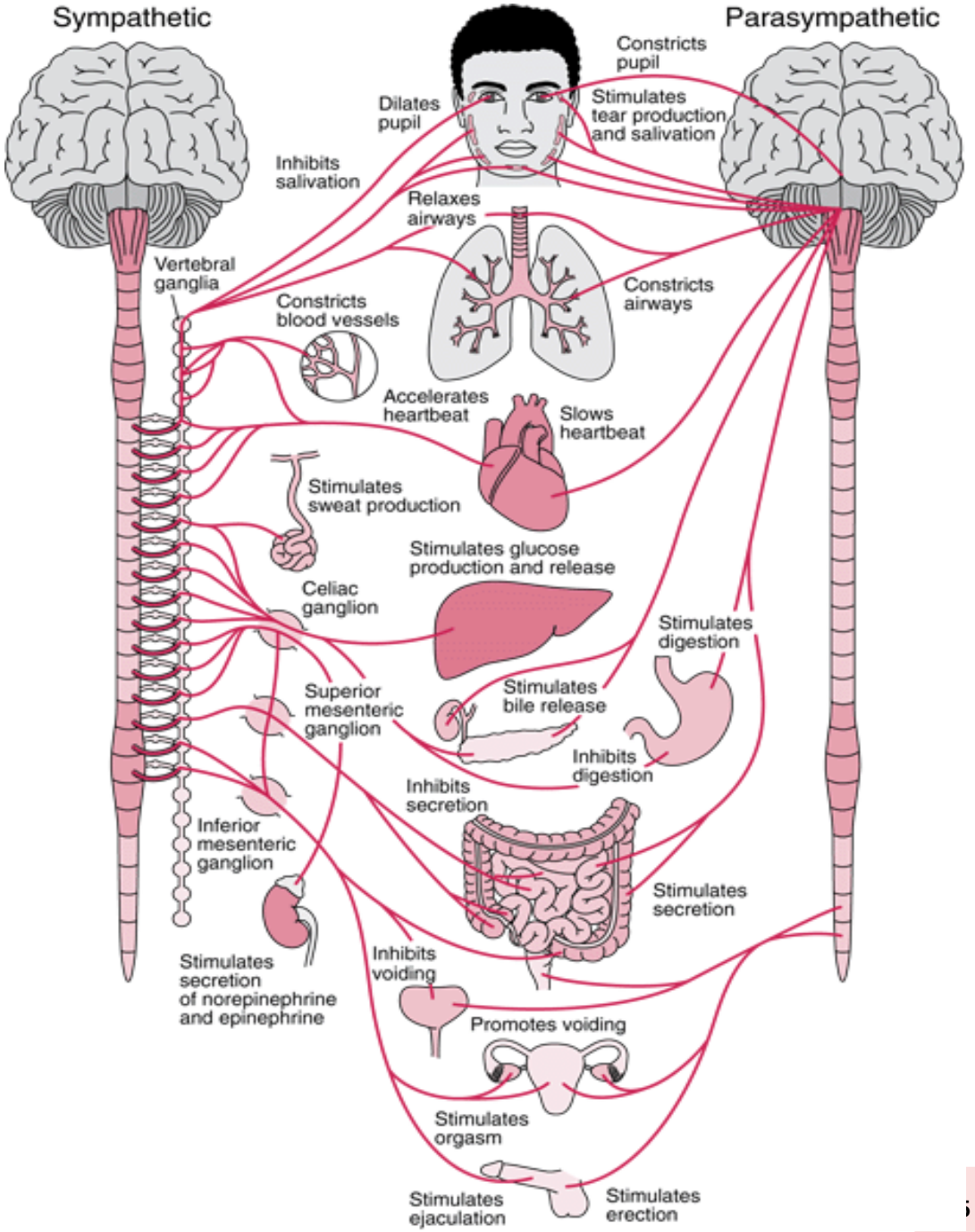
Cognition

Délire

Système nerveux autonome

Réflexes

Coordination



La faim

Souffre QUAND on ne mange PAS

Cachexie

Souffre QUAND on mange

30% +

Leading causes of cachexia

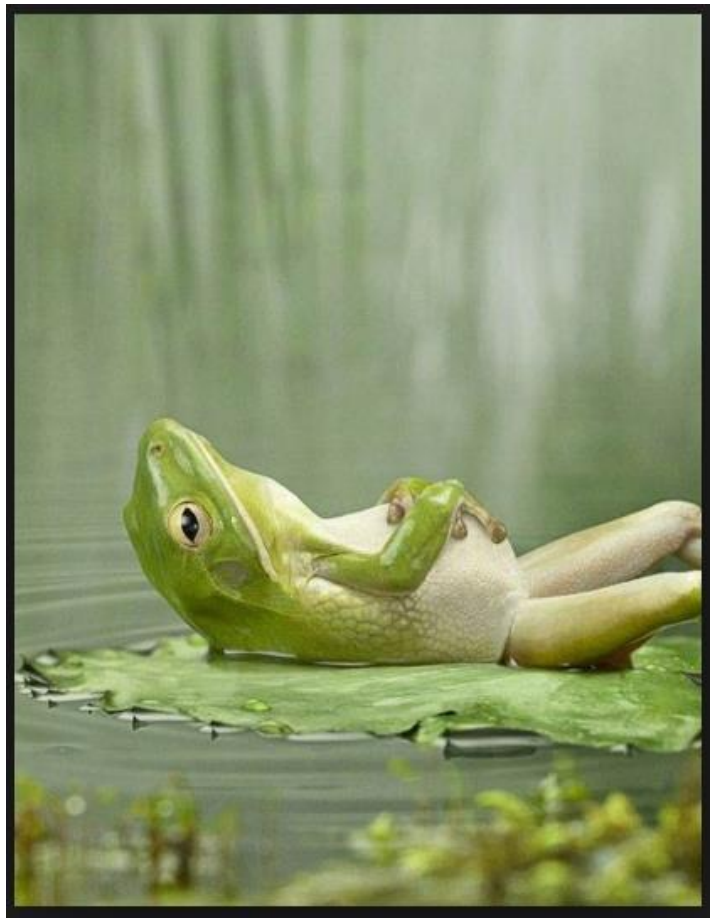
Condition	Prevalence of cachexia	Impact of cachexia
Chronic obstructive pulmonary disease	25–35%	Mortality 10–15%/year in cachectic patients. Impaired mobility and worsened response to treatment
Congestive heart failure	16–42%	50% mortality in 18 months as compared to 17% in non-cachectic in an unselected population.
Cancer	~30–60%	Up to 20% of deaths in cancer patients due to cachexia and its associated morbidity. Impacts mobility, quality of life and treatment response
Advanced chronic kidney disease	30–60%	20–30% mortality/year. Blunted response to treatment
Rheumatoid arthritis	67%	Lean body mass lost with fat mass gain.
Chronic liver disease	~50%	Cachexia more common in males as compared to females with cirrhosis

Adapted from: Morley JE, Thomas DR, Wilson MM. Cachexia: pathophysiology and clinical relevance. *Am J Clin Nutr.* Apr 2006;83(4):735–743 [43]

Cachexie

Avec **la faim**, les gens souffrent parce qu'ils **ne mangent pas**.

Avec **la cachexie,** les gens souffrent quand **ils mangent.**



Démence

« Complications » courantes de la démence

Effets des médicaments

- Effets recherchés
- Effets secondaires

État septique

- Pneumonie par aspiration
- Urosepsie

Hanche fracturée

Inanition / cachexie

Réaction des familles

Réactions des familles

- La culture
- Les valeurs
- Les règles de communication dans la famille
- La situation financière de la famille

Réactions des familles

La manière dont les familles réagissent à la maladie grave dépend de plusieurs facteurs:

- Le vécu
- Les stratégies habituellement utilisées
- Le rôle de la personne malade
- La durée de la maladie
- Le soutien social

Reconnaître la douleur

Obstacles observés au soulagement de la douleur

Patient/famille

- Culture
- Compréhension/ manque connaissance
- Histoire familiale

Équipe soignante

- Connaissances inégales
  - Reconnaître les signes
  - Gestion de la médication
- Mythes

Évaluation de la douleur

- Patient qui s’exprime
  - PQRST
  - Échelle douleur

  - Patient devenus comateux (différents outils disponibles)
    - Échelle visuelle
    - Échelle de Vinay (2011)

Outils utilisé pour la Sédation palliative

— Annexes

ANNEXE III – SURVEILLANCE DU PATIENT SOUS SÉDATION PALLIATIVE

Diagnostic principal :
Autres conditions pertinentes :
Indication de procéder à la sédation palliative :
Date de début de sédation Année : Mois : Jour : Heure :

Date (jour)	Heure	Niveau de sédation Légende 1*	Soulagement de la douleur (Nociception Coma Scale adapté par Vinay, 2011)								Intensité des symptômes respiratoires Légende 2*	Autres observations à rechercher Légende 3*	Administration de la médication	Perfusion sous pompe				
			Visage Détendu = 1 Tendu = 2 Crispé = 3 Grimaçant = 4	Larmes Absentes = 1 Présentes = 2	Geignements Absents = 1 Présents = 2	Membres Souples = 1 Raides = 2 Rigides = 3	Mouvements Calme = 1 Remuant = 2 Agité = 3 Très agité = 4 Combatif = 5	Respiration < 19 = 1 ≥ 19 = 2	Pouls N < 110 = 1 ≥ 110 = 2	Total			Opiacés, agents sédatifs (lorazépam ou midazolam; halopéridol ou méthotriméprazine; phénobarbital; propofol), scopolamine	Bolus suppl. (ml)	Dose cumulative (mg)	Débit (ml/h)	Vérifier pompe q 8 h	Initiales

Soulagement de la douleur

Accompagner les familles

Enseignement sur

- La maladie
- La médication

Revaloriser le rôle de la famille

- Participation aux soins de base
  - Être présent lors mobilisations
  - Soins de bouche
- Avoir un seul répondant pour la famille

Approches alternatives

- Positionnement,
- chaleur, froid,
- Massage
- Diminution de stimuli (bruit, lumière)
- Co-analgésie

Administration de la médication

- Connaitre les classes de médicaments et leur durée d'action
  - Opiacés (exemple le dilaudid)
  - Benzodizépine (exemple le versed)
  - Anticholinergique (exemple la scopolamine)
- Expliquer aux familles la raison pour laquelle on donne la médication
- Bien évaluer patient avant pendant et après médication
- Donner prn et si +3-4\24hrs faire ajuster dose initiale

En Conclusion

- Importance de bien connaître son patient
- Impliquer les familles dans processus (enseignement, support)
- Approche multidisciplinaire (médecin, infirmière, accompagnateur spirituel, TS, PAB
- Désamorcer crise
- Tout est dans l’approche

Questions

Merci

Projet ECHO®
Soins palliatifs - Canada
PAR
Pallium Canada

www.echopalliatif.com