

Prise de décision partagée aux soins intensifs

Décisions concernant les objectifs de soins, la réanimation et la ventilation mécanique invasive

Introduction

- **Cette formation porte sur la prise de décision partagée**
- **Décisions concernant**
 - **Objectifs de soins**
 - **Réanimation cardiorespiratoire**
 - **Ventilation mécanique**

Pourquoi?

- Plusieurs recherches ont démontré des lacunes importantes au niveau de la communication à propos des niveaux de soins lors de l'admission de patients gravement malades (2–4)
 - omettent simplement de discuter de niveaux de soins avec le patient;
 - attendent à la dernière minute avant de discuter de niveaux de soins;
 - ont un malaise à discuter de la mort;
 - ont tendance à être trop optimistes avec leurs patients par rapport aux pronostics (5)
- les patients admis aux soins intensifs reçoivent des soins qui ne semblent pas cohérents avec les désirs de la majorité des patients âgés de 80 ans et plus (8)

Les objectifs de la formation

- **Situer la problématique des discussions sur les niveaux de soins dans le contexte actuel au Québec (module 1) ;**
- **Identifier les éléments essentiels de la prise de décision partagée (module 2);**
- **Utiliser des outils d'aide à la prise de décision partagée adaptés aux besoins des patients et médecins du Québec (module 3);**
- **Mener une discussion avec un patient sur les niveaux de soins, tout en intégrant les concepts de prise de décision partagée (module 4).**

Contexte de cette formation

- projet de recherche tenu à l'unité des soins intensifs de l'Hôtel-Dieu de Lévis a permis de créer des outils qui peuvent faciliter l'utilisation de la prise de décision partagée sur les objectifs de soins (9)
- financé par le *Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées* sans restriction et sans influence sur le contenu de la formation (10)
- Aucun conflit d'intérêt mentionné par les auteurs de cette formation qui sera disponible gratuitement en ligne

Module 1: situer la problématique

- admission aux soins intensifs constitue un excellent moment pour discuter des niveaux de soins étant donné le risque de dégradation rapide de l'état de santé pouvant entraîner le recours aux technologies de maintien des fonctions vitales qui sont facilement accessibles dans ces unités
- Manque d'importance donnée à l'apprentissage de cette tâche centrale dans la formation des futurs médecins (12)
- beaucoup de travail à faire pour garantir le respect des volontés des canadiens en fin de vie (2)
- la **prise de décision partagée** entre l'intensiviste et le patient est recommandée par la Society of Critical Care Medicine (USA) (13) que par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (14)
- Pour uniformiser la détermination des niveaux de soins, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) en collaboration avec l'INESSS a conçu en 2016, un nouveau formulaire intitulé: "Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire".
 - Ce formulaire comprend maintenant 4 niveaux de soins, aussi appelés objectifs de soins

Module 2: la prise de décision partagée (PDP)

- La prise de décision partagée implique que le médecin et le patient prennent conjointement des décisions basées sur leurs expertises respectives, c'est-à-dire les connaissances médicales et l'expérience clinique du professionnel de la santé, et l'expérience personnelle, les valeurs et les préférences du patient (11,21–24).
- Voici les éléments essentiels d'une prise de décision partagée:
 - 1) l'explication par le médecin du problème qui nécessite d'être abordé;
 - 2) la présentation des options existantes;
 - 3) la présentation des bénéfices et des risques potentiels de chacune des options;
 - 4) la mise à jour des valeurs et préférences du patient;
 - 5) la discussion dyadique concernant la capacité du patient à donner suite à son plan initial;
 - 6) la présentation par le médecin de ses connaissances et recommandations au patient;
 - 7) la vérification de la compréhension des enjeux;
 - 8) la prise de décision;
 - 9) la mise en place du suivi de la décision prise (24).

Les outils d'aide à la décision partagée

- Les outils d'aide à la prise de décision partagée font partie des stratégies qui peuvent soutenir les médecins et leurs patients dans un processus de prise de décision partagée (23).
- Bénéfices démontrés de l'utilisation des outils d'aide à la décision partagée:
 - 1) augmentent les connaissances des patients à propos des options disponibles,
 - 2) incitent les patients à être plus actifs dans les décisions les concernant,
 - 3) réduisent l'incertitude quant à la ligne de conduite à adopter lorsque le choix entre des actes antagonistes implique un risque, une perte ou une remise en question des valeurs personnelles (conflit décisionnel)(26) (27).

Module 3: la PDP appliquée aux contexte des SI

- Notre outil papier
- Ne remplacera jamais la conversation entre le médecin et un patient

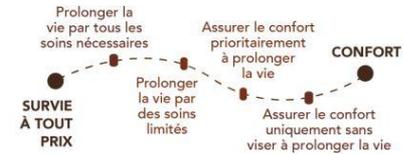


L'outil papier

- Introduction aux objectifs de soins (a.k.a niveaux de soins)
 - Objectif A
 - Objectif B
 - Objectif C
 - Objectif D
- Les volontés du patient, son niveau d'autonomie actuelle et anticipée

Introduction

Lors d'une admission aux soins intensifs, il est important de clarifier les objectifs de vos soins afin que les interventions qui vous sont offertes soient en accord avec votre état de santé et vos volontés.



Il sera plus particulièrement question de vos volontés, de votre niveau d'autonomie actuel et anticipé et de deux interventions :

- 1: la réanimation cardiorespiratoire (ou réanimation) 
- 2: la ventilation mécanique invasive (ou être branché à un respirateur artificiel) 

Ce document a été conçu pour vous aider à vous préparer à discuter avec votre médecin

L'outil d'aide à la décision partagée (papier)

- Les volontés du patient, son niveau d'autonomie actuelle et anticipée

Vos volontés et niveau d'autonomie actuelle et anticipée

Voici quelques questions qui aideront l'équipe soignante à vous connaître.

Connaissez-vous quelqu'un qui a vécu la réanimation cardiorespiratoire et/ou la ventilation mécanique invasive ?

Quelles sont vos volontés en lien avec la réanimation cardiorespiratoire et la ventilation mécanique invasive?

L'outil papier: niveau d'autonomie

- niveau d'autonomie du patient avant l'hospitalisation et demande au patient de se positionner sur l'orientation domiciliaire que le patient jugerait acceptable après son hospitalisation et sur ce qui rendrait le prolongement de sa vie inacceptable

Avant cette hospitalisation, faisiez-vous vos activités de la vie quotidienne : *(Cochez la ou les réponses qui s'appliquent)*

	<input checked="" type="checkbox"/>
sans aide ?	<input type="checkbox"/>
avec des aides techniques ? (ex : canne, marchette)	<input type="checkbox"/>
avec des aménagements ? (ex : rampe d'accès)	<input type="checkbox"/>
avec de l'aide humaine ? (ex : proche aidant, CLSC)	<input type="checkbox"/>

Si vous perdez de l'autonomie suite à cette hospitalisation, accepteriez-vous de vivre : *(Cochez la ou les réponses qui s'appliquent)*

	<input checked="" type="checkbox"/>
à la maison avec de l'aide ?	<input type="checkbox"/>
dans une résidence pour personnes semi-autonomes ?	<input type="checkbox"/>
dans une résidence pour personnes non-autonomes ? (ex: CHSLD)	<input type="checkbox"/>

L'outil papier: exploration des volontés existantes

- volontés de recourir à la réanimation cardiorespiratoire et à la ventilation mécanique invasive

Qu'est-ce qui rendrait le prolongement de votre vie inacceptable ?

(vous pouvez choisir plusieurs items)

	<input checked="" type="checkbox"/>
ne plus être capable de communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>
ne plus avoir le contrôle de mes soins personnels	<input type="checkbox"/>
être alité, mais capable de communiquer	<input type="checkbox"/>

Avant la lecture de ce document, aviez-vous déjà réfléchi à :

	oui	non
votre volonté de recourir à la RCR et/ou la ventilation mécanique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ce qui rendrait le prolongement de votre vie inacceptable ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous noté ces réflexions à quelque part (ex : testament biologique)?

Outil papier: intervention #1: la RCR

Intervention #1

La réanimation cardiorespiratoire

La réanimation cardiorespiratoire est un ensemble d'interventions réalisées pour tenter de ressusciter une personne dont le cœur a cessé de battre.



Quand la réanimation cardiorespiratoire est pratiquée à l'hôpital :

1. La circulation sanguine est maintenue en exerçant un **massage cardiaque**,
2. un tube est inséré dans la bouche pour faciliter la respiration (**intubation et ventilation mécanique invasive**),
3. des chocs électriques (**défibrillation**) peuvent être utilisés,
4. des médicaments sont administrés.

Bénéfices et risques de la RCR

- médecin pourrait présenter au patient ses chances de survie et son niveau d'autonomie anticipé suite à la réanimation cardiorespiratoire selon sa condition médicale (calculateur GO-FAR) (voir plus loin)

Quels sont les bénéfices et les risques de la réanimation cardiorespiratoire ?

Si le cœur d'une personne cesse de battre et que rien n'est fait, la personne décède sans douleur. Si la réanimation cardiorespiratoire est pratiquée, la personne a entre 0 et 30% de chance de survivre selon sa condition médicale¹.

RISQUES

- Dommages au cerveau
- Fracture de côtes
- Perforation des poumons

BÉNÉFICES

- Peut prévenir une mort immédiate
- Pouvoir peut-être retrouver votre niveau d'autonomie actuel et quitter l'hôpital

Votre médecin pourra vous expliquer vos chances de survie et votre niveau d'autonomie anticipé suite à la réanimation cardiorespiratoire.



¹ Ebell *et al.*, 2014 et Canadian Researchers at the End-of-Life Network

Outil papier: Intervention #2: ventilation mécanique

Intervention #2

La ventilation mécanique invasive

La ventilation mécanique invasive est réalisée à l'aide d'une machine qui reproduit artificiellement la respiration naturelle. Cette machine pousse l'oxygène vers les poumons à travers un tube respiratoire qui est installé par la bouche.



La ventilation mécanique invasive en elle-même ne guérit pas le problème de santé principal.

La ventilation mécanique invasive permet seulement de maintenir le patient en vie pendant que l'on tente de régler ce problème de santé. Durant la ventilation mécanique invasive, des médicaments sont donnés pour réduire l'inconfort. Pendant ce temps, le patient ne peut pas parler ou manger normalement.

Bénéfices et risques de la VMI

Quels sont les bénéfices et les risques de la ventilation mécanique invasive ?

Si votre état nécessite la ventilation mécanique invasive, vous pourriez mourir que vous acceptiez ou non cette intervention. Si vous acceptez la ventilation mécanique invasive, les chances de survie sont plus grandes, mais les risques d'effets secondaires sont aussi plus élevés.

BÉNÉFICES

- Peut prévenir une mort immédiate
- Pouvoir peut-être retrouver votre niveau d'autonomie actuel et quitter l'hôpital

RISQUES

- Complications (ex : pneumonie)
- Réduction de la force musculaire (perte d'autonomie)
- Souffrances morales et physiques

Si vous refusez la ventilation mécanique invasive, d'autres thérapies moins efficaces pourraient vous être offertes.

En cas d'échec de la ventilation mécanique invasive ou des autres thérapies moins efficaces, des soins palliatifs vous seront offerts.

Sommaire des décisions à prendre

Sommaire

Ce document vous a présenté deux interventions. De plus, vous avez réfléchi à vos volontés et à votre niveau d'autonomie actuel et anticipé.



À présent, si votre cœur cesse de battre, voudriez-vous que la RCR soit tentée ?

Oui

Non

Indécis



En cas de besoin, voudriez-vous que l'on tente de vous maintenir en vie avec la ventilation mécanique invasive ?

Oui

Non

Indécis

Notes

La suite des choses après la discussion

Que se passera-t-il après cette discussion?

Vos objectifs de soins seront inscrits à votre dossier et votre plan de traitement sera ajusté en conséquence.



Vous pouvez changer d'idée en le faisant savoir à un membre de l'équipe.



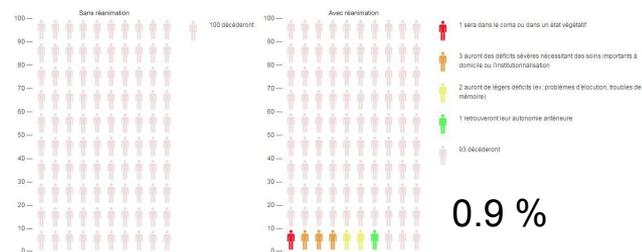
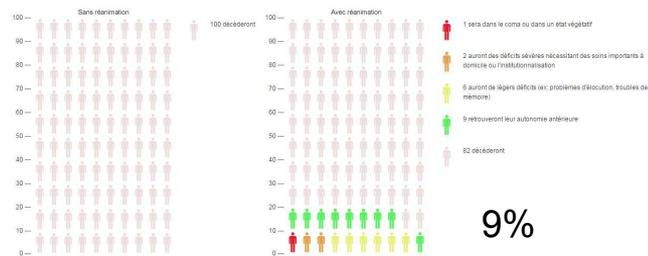
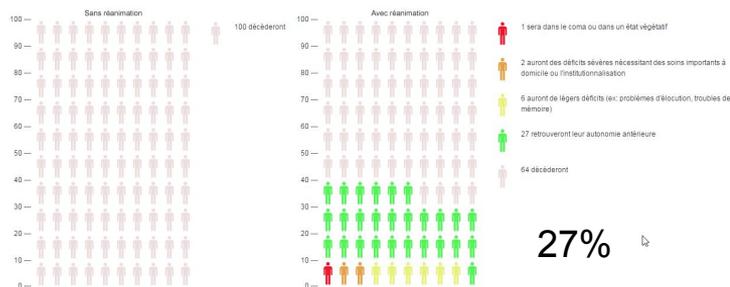
Si vous avez des questions ou des préoccupations à propos de l'information fournie dans cette brochure, sentez-vous à l'aise d'en discuter avec l'équipe soignante.

Outil complémentaire: Le calculateur GO-FAR

- Le calculateur Good Outcome Following Attempted Resuscitation (GO-FAR) peut être utilisé pour soutenir la prise de décision partagée sur la réanimation cardiorespiratoire. Ce calculateur estime les chances de survie avec un bon pronostic neurologique suite à la réanimation cardiorespiratoire (30).
- une règle de prédiction qui a été créée et validée à l'aide d'un échantillon de 51 240 patients ayant subi un arrêt cardiaque traité dans 366 hôpitaux américains entre 2007 et 2009
- La règle de prédiction GO-FAR attribue un pointage à 11 facteurs de risque tels que le traumatisme majeur, l'insuffisance rénale et la septicémie et à un facteur de protection (c'est-à-dire, être neurologiquement intact avant l'arrêt cardiaque).
- **Ce calculateur nécessite la sélection adéquate de différentes variables selon l'histoire et les antécédents du patient:**
 - **Age du patient**
 - **Le facteur de protection (important à sélectionner car il est le seul qui améliore le pronostic)**
 - **Les facteurs de risque (chaque facteur de risque diminue le pronostic prédict)**

Outil visuel disponible sur Wikidecision.org

- Les résultats s'affichent automatiquement en temps réel sur le wiki au moment où les informations sont entrées.
- 4 catégories pronostic sont présentés



Outil GO-FAR sur wikidecision.org

- l'image de gauche (i.e., pronostic de survie si aucune RCR était pratiquée) favorise la compréhension du patient
- graphique de droite permet d'estimer les chances de survie et les déficits cognitifs potentiels suite à la réanimation cardiorespiratoire
- À partir des déficits cognitifs potentiels, il est possible d'exprimer au patient son orientation domiciliaire potentielle (maison vs résidence pour personne autonome, semi-autonome, CHSLD).
 - CPC 1 = maison
 - CPC 2 = maison avec aide, résidence (autonome, semi-autonome)
 - CPC 3 = CHSLD
 - CPC 4 = état végétatif
 - CPC 5 = décès (mais nous ne savons pas quand ces décès sont survenus post-RCR vs après 3 semaines d'USI?)
- Les patients comprennent mieux cette information que les concepts de déficits ou d'autonomie.

Présentation d'un cas type

- Homme 75 ans
- Admis de l'urgence avec pneumonie grave
- MPOC
- Médecin spécialiste a eu une brève discussion avec lui
 - Il lui a demandé s'il voulait être niveau 1 et recevoir "le maximum des soins possibles".
 - Le patient a répondu positivement au médecin en disant: "qu'il voulait tout".