



Centre hospitalier
affilié universitaire
de Québec

Passage du curatif au palliatif aux soins intensifs

Pourquoi tant de difficultés?

Jacques Brochu, M.D. FRCPC

Anesthésiologiste-intensiviste

Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA

Avril 2006

Introduction : passage

- Étroit
- Brutal
- Désillusion



Décès aux soins intensifs

ENQUÊTE EUROPÉENNE

31 417 admissions

3 918 décès (13,5 %)

21 %
USI + RCR

41 %
Abstention

36 %
Interruption

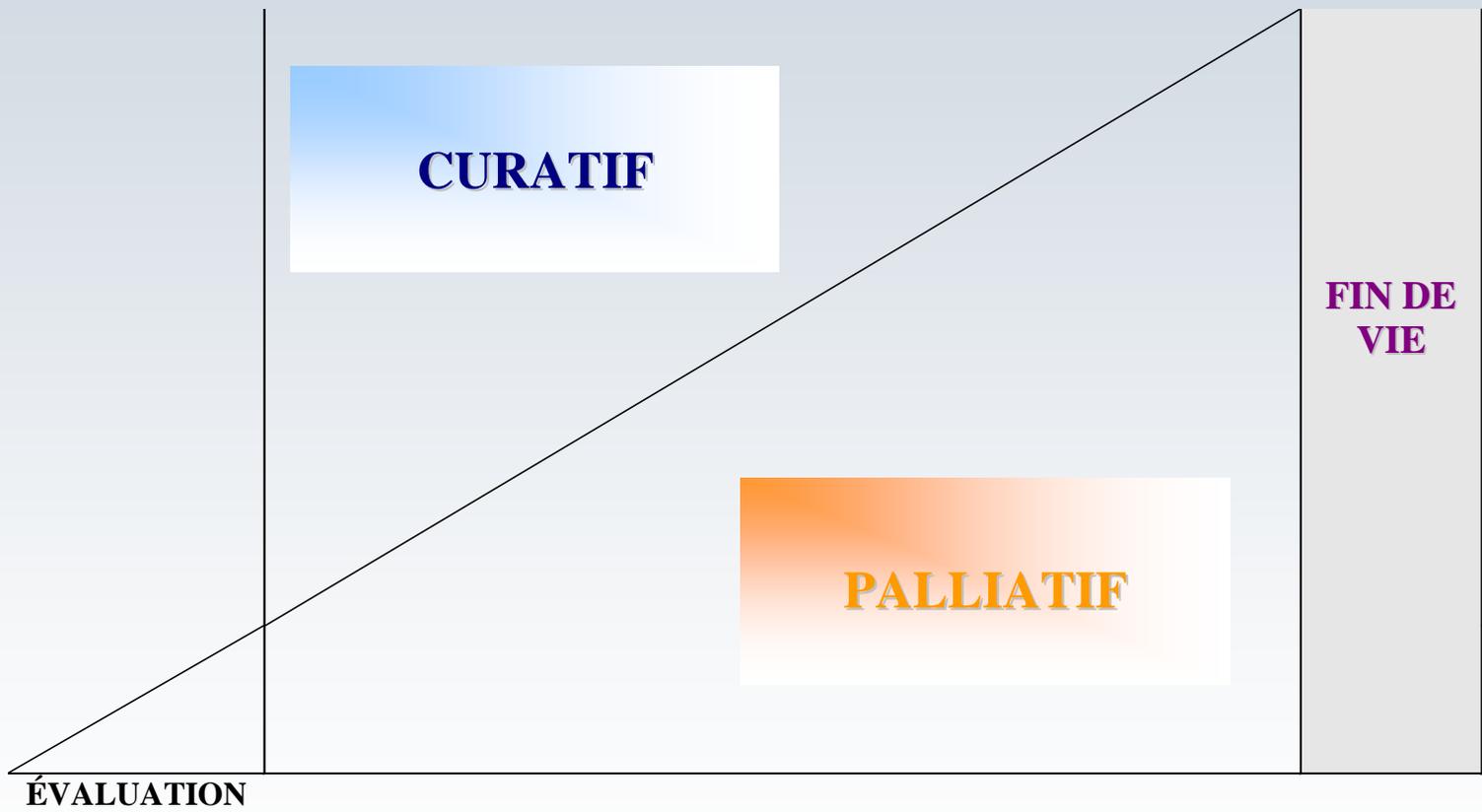
2 %
Euthanasie

Valeurs en jeux?

- Facteurs associés à la décision de retrait
 - Âge
 - Indices de sévérité
- Perception du désir de soins de support
- Perception de la qualité de vie dans le futur
- Chance de survie aux soins intensifs

NON

INCERTITUDE DU PRONOSTIC



Problème du consentement

- Enquêtes nationales
 - < 10 % des patients aptes à consentir
- Canada : 851 patients admis aux USI

	Ventilation sevrée	Décès en ventilation	Retrait ventilation
Patients aptes à consentir	22 %	15 %	16 %

Communication

Réanimation Cardio Respiratoire

	Oui	Non
Volonté	70 %	30 %
Discussion avec leur médecin	25 %	75 %
Souhait de discussion	40 %	60 %

Communication

Ventilation mécanique prolongée

	Oui	Non
Volonté	10 %	90 %
Discussion avec leur médecin	10 %	90 %
Souhait de discussion	20 %	80 %

Beaucoup d'interventions non désirées

Communication

SUPPORT phase II : résultats

	Risque relatif
Temps médian pour ONR	1.02 (0.9 – 1.15)
Entente sur le ONR	1.22 (0.99 – 1.49)
États indésirables (exemple : coma)	0.97 (0.87 – 1.07)
Douleur	1.15 (1.00 – 1.33)
Ressources	1.05 (0.99 – 1.12)

Intensité de traitement?

Religion	Décès après RCR
Catholique romaine	22 %
Protestante	9 %
Grecque orthodoxe	40 %
Juive	16 %
Islamique	37 %
Aucune	24 %
Autres	45 %

Attentes en fin de vie

- Éléments les plus importants
 1. Confiance envers le médecin traitant
 2. Éviter la prolongation de la mort
 3. Droit à la vérité
 4. Préparer la fin de vie

Attentes en fin de vie

- Famille très cohérente avec le patient
 - Consentement substitué

- Variations interindividuelles importantes (âge, support familial, diagnostic)

Attentes en fin de vie

« one size fit all »

- Communications
- Individualiser les approches

Messages

- La population des USI est différente
- Consentement substitué
 - Communication
 - Précoce
 - Honnêteté
 - Famille
- Singularité du patient



The secret of the care of the patient
is caring for the patient

Francis Peabody



*« Non, vous ne pouvez pas!
Nous sommes les seuls à parier sur votre survie. »*

Décès aux soins intensifs

ENQUÊTE AMÉRICAINE

74 502 admissions

6 303 décès (9 %)

24 %
USI + RCR

20 %
USI - RCR

14 %
Abstention

36 %
Interruption

6 %
Mort cérébrale

Attentes en fin de vie

	Étude Singer JAMA 1999	Étude Heyland CMAJ 2006
Traitement adéquat des symptômes	1	<u>7</u>
Éviter la prolongation de la mort	2	2
Sentiment de contrôle	3	<u>23</u>
Soulagement de la culpabilité	4	5
Consolider les rapports avec les proches	5	<u>10</u>
Lieu du décès	6	<u>24</u>