

Projet-pilote d'implantation des *Protocoles pour les personnes atteintes de MPOC en fin de vie.*

« guérir quelque fois, aider souvent et soulager tout le temps »

Dr Guy Cournoyer, pneumologue, Hôtel-Dieu de St-Jérôme
Élaine Cardinal, chargée de projet régional,
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

17 avril 2009

**PROTOCOLES POUR LES PERSONNES ATTEINTES
DE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)
EN FIN DE VIE**

**LES SOINS DE FIN DE VIE
LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES**

« Guérir quelques fois, aider souvent et soulager tout le temps »

Extrait du document réalisé par
le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM)
pour le ministère de la Santé et des Services sociaux

et diffusé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux

Version 1,0
Octobre 2006

Déroulement de la présentation

- Statistiques de la MPOC
- Questionnements de départ et hypothèses
- Comment cibler la fin de vie chez les patients avec MPOC
- Étapes pour l'inclusion d'un patient en phase palliative
- Comment discuter des volontés de fin de vie (vidéo)
- Les facteurs facilitant
- Les difficultés rencontrées
- Sommaire des données recueillies
- Les impacts anticipés
- Conclusion

Statistiques (MPOC)

- 5^e cause de décès en 1999
- 4^e cause de décès en 2004
- 3^e cause de décès en 2020
- Nombre de MPOC ♀ ↑ 117% entre 1998 et 2003
- ↑ nombre de pts > 65 ans ♀ > ♂
- ↑ de la mortalité 12%, pour les ♀ depuis 1999

O' Donnel et al. Can Resp J Vol 14 suppl B sept 2007 5B-32B

Questionnements de départ.....

- Comment pouvons traiter les personnes souffrant de MPOC en fin de vie et leur donner de meilleurs soins ?
- Quand et comment introduire une approche palliative et/ou des soins palliatifs ?
- Comment cibler la fin de vie chez la clientèle avec MPOC ?
- Comment aider les patients à exprimer leurs volontés de fin de vie ?
- Comment éviter que nos patients décèdent en centre hospitalier de courte durée ?

Nos hypothèses

- 1^{ère} : A l'aide de critères de pronostic, nous croyons être capables de cibler la fin de vie des patients avec MPOC en deçà de 18 mois (à 80%?)
- 2^e : Nous croyons pouvoir augmenter l'accès aux soins palliatifs à la clientèle avec MPOC, ainsi que le nombre de décès à domicile ou dans des lits dédiés avec des services optimaux.
- 3^e : Nous croyons pouvoir augmenter la satisfaction de la clientèle par rapport aux soins et services reçus.

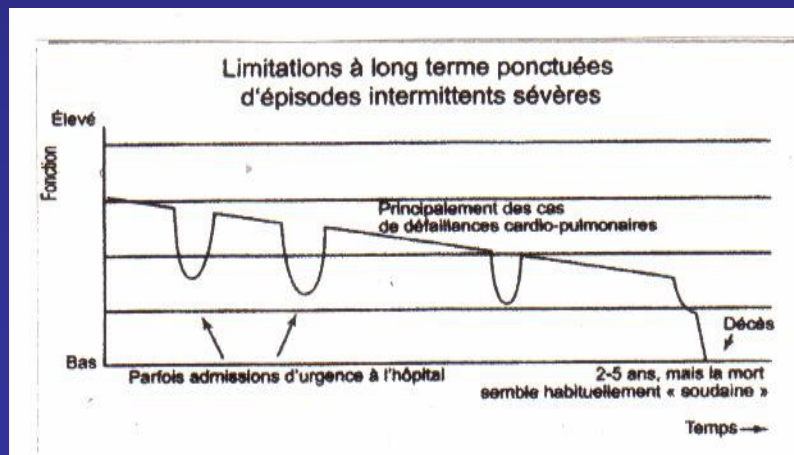
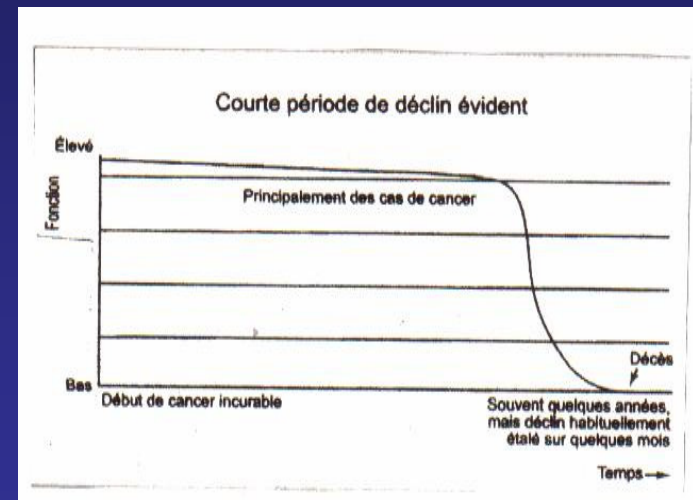
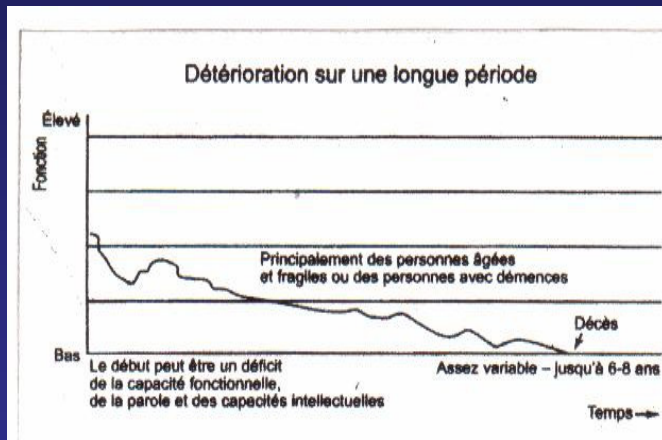
Projet-pilote/Projet de recherche (implantation d'une approche palliative aux patients MPOC en fin de vie)

- Début du projet-pilote : Juin 2007
- Début des inscriptions : Janvier 2008 << automne 2008
- Fin du projet-pilote : Décembre 2010
- Projet de recherche
 - Étude prospective :
 - 60 patients (Laurentides)
 - 30 patients (Mauricie et Centre-du-Québec) à titre de GROUPE TÉMOIN
 - Étude rétrospective :
 - 30 études de dossier de patients décédés (Laurentides) durant les années 2005 à 2007.

Critères de sélection en phase palliative de la MPOC

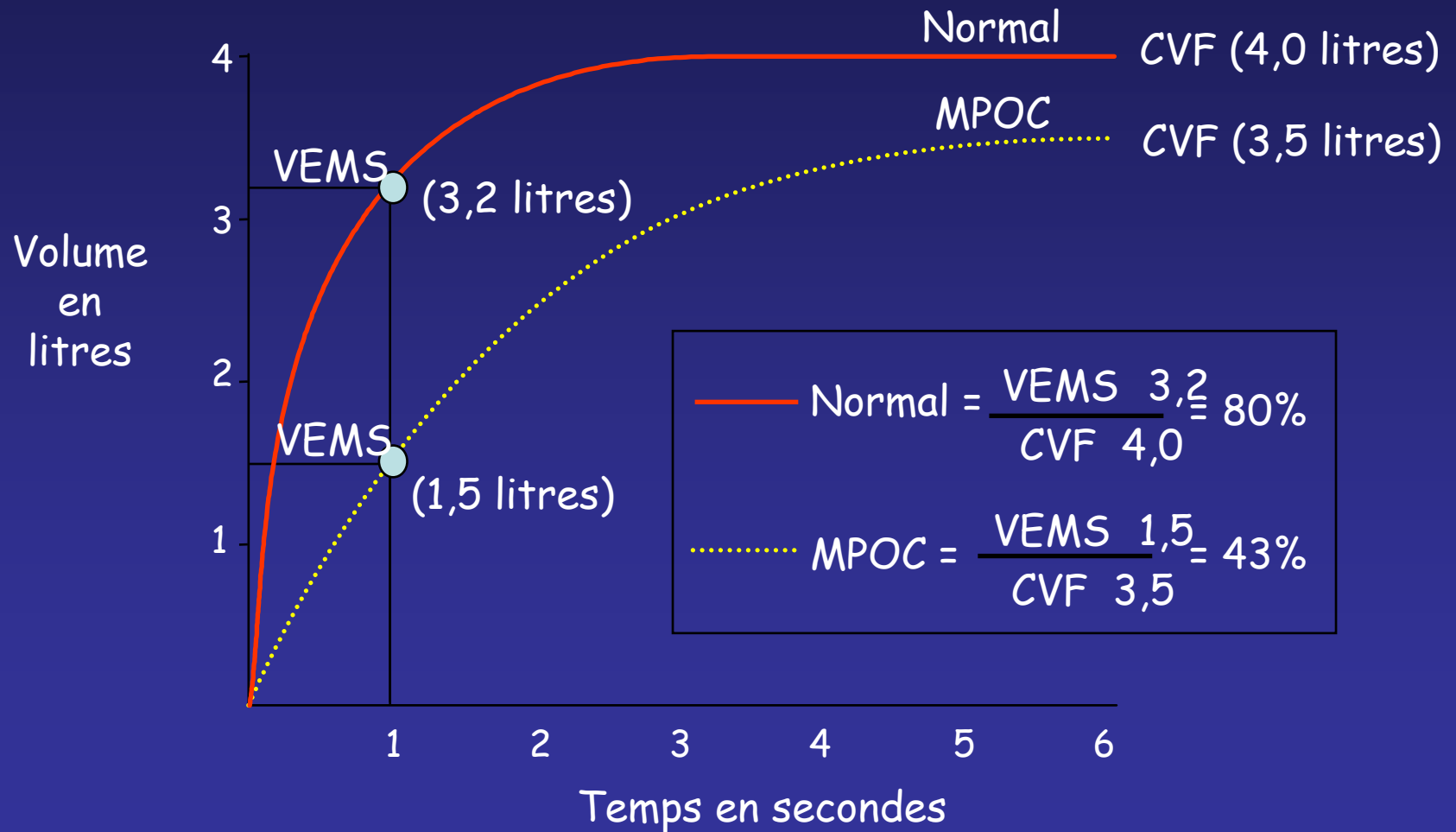
Comment cibler la fin de vie des patients avec MPOC ?

Un pronostic qui est difficile à établir

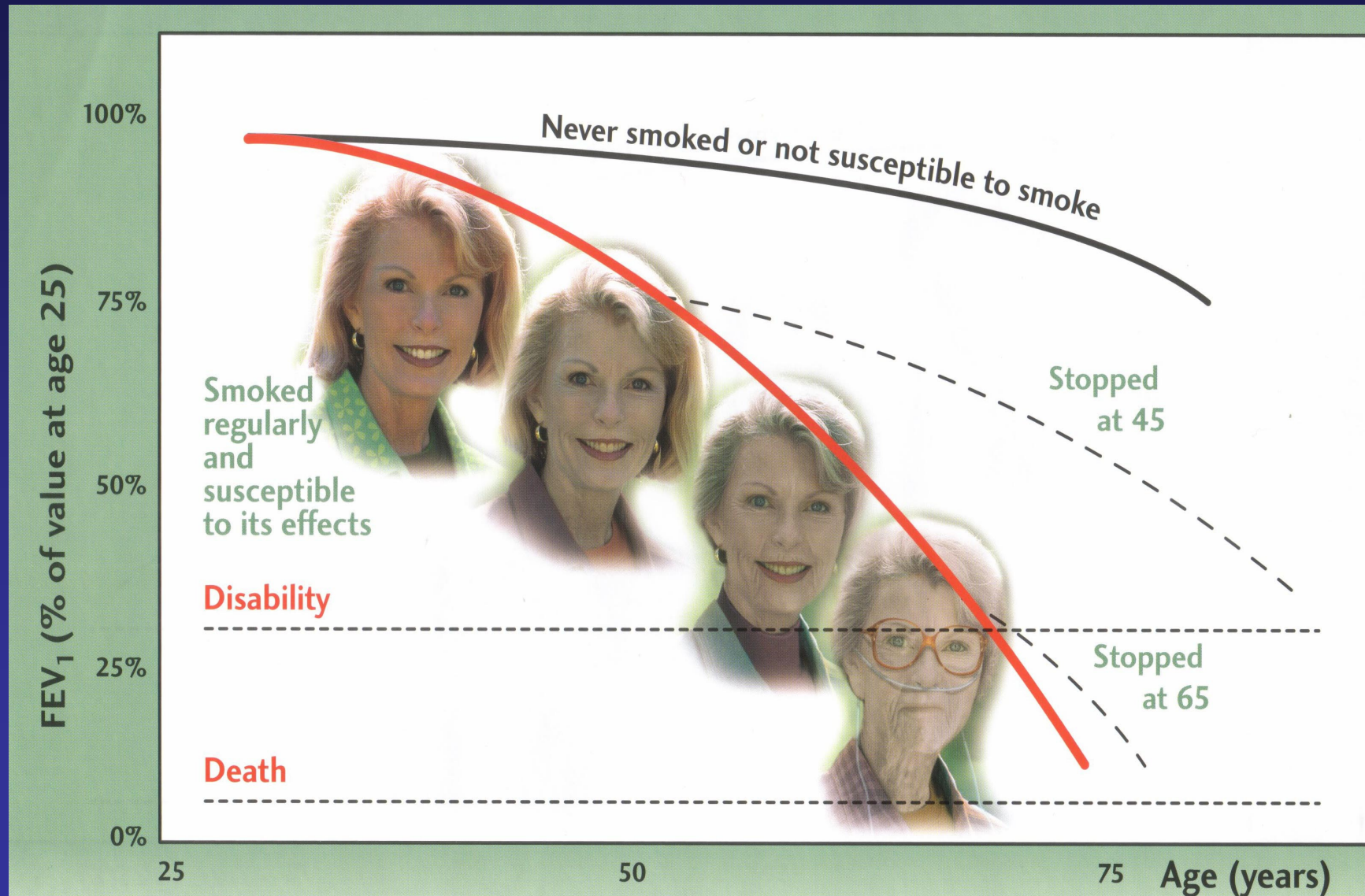


JAMA 2001, 285;7.925

La spirométrie



Le tableau de fletcher



Échelle de dyspnée (CRM)

- Stade 1 (BODE 0) : essoufflement après un exercice difficile
- Stade 2 (BODE 1) : le sujet manque de souffle lorsqu'il se hâte (au niveau) ou qu'il monte une pente légère
- Stade 3 (BODE 2) : le sujet marche plus lentement que les personnes du même âge au même niveau ou s'arrête pour prendre son souffle lorsqu'il marche à son propre rythme
- Stade 4 (BODE 3) : s'arrête pour prendre son souffle après avoir marché 100 mètres (~ 300 pieds)
- Stade 5 (BODE 4) : trop essoufflé pour quitter la maison ou essoufflé après s'être habillé

Comment cibler la fin de vie chez nos patients avec MPOC ?

Méta-analyse des études de prédiction de la mortalité sur la MPOC et élaboration des critères de pronostic suivants:

- a) Critères mesurables et objectivables « 6 »
(essentiels)
- b) Critères souhaitables « 10 »

1) Index de BODE entre 7 à 10

Table 2. Variables and Point Values Used for the Computation of the Body-Mass Index, Degree of Airflow Obstruction and Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE) Index.*

Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% of predicted)†	≥65	50–64	36–49	≤35
Distance walked in 6 min (m)	≥350	250–349	150–249	≤149
MMRC dyspnea scale‡	0–1	2	3	4
Body-mass index§	>21	≤21		

celli et al NEJM 2004; 350:105-1002

Index de BODE
 Entre 7 et 10
 (4^{ème} quartile)

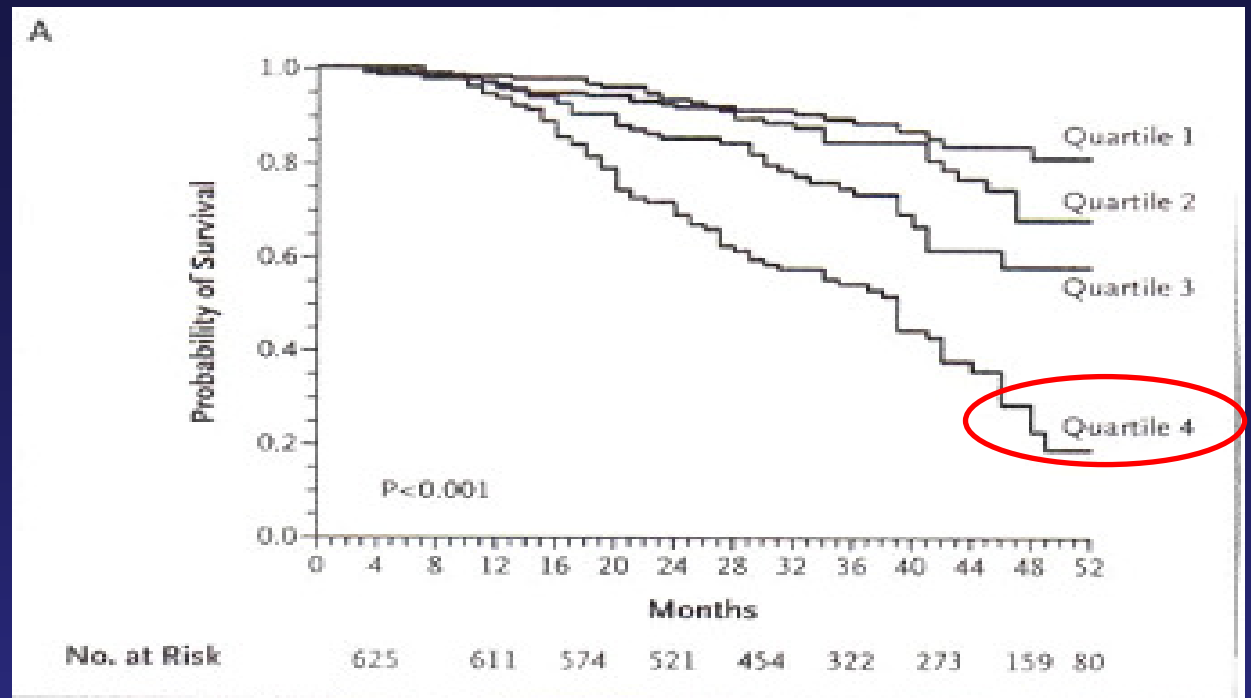
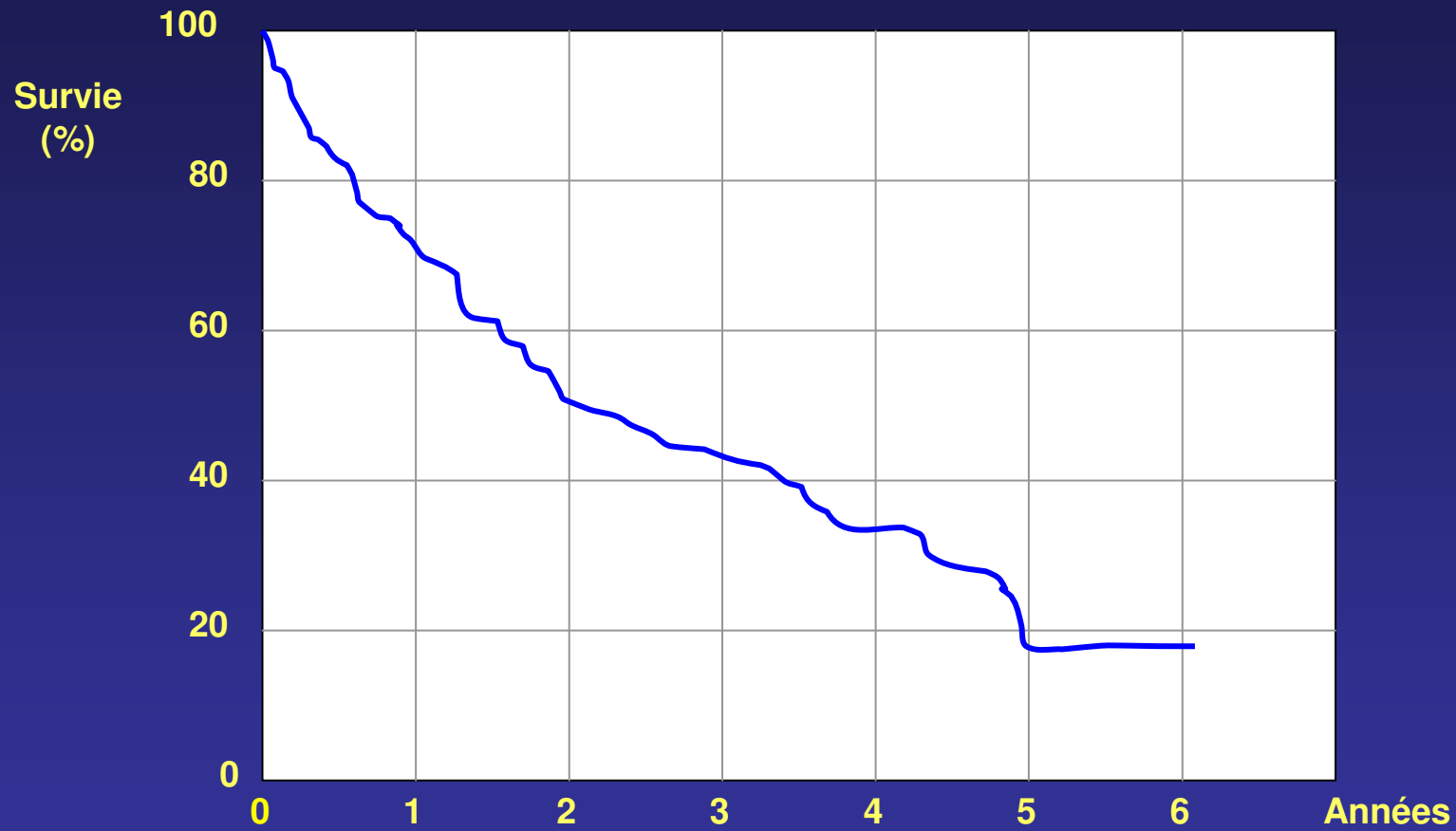


Table 2. Variables and Point Values Used for the Computation of the Body-Mass Index, Degree of Airflow Obstruction and Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE) Index.*

Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV ₁ (% of predicted)†	≥65	50–64	36–49	≤35
Distance walked in 6 min (m)	≥350	250–349	150–249	≤149
MMRC dyspnea scale‡	0–1	2	3	4
Body-mass index§	>21	≤21		

- VEMS(0 à 3);
- Test de marche 6 min (0 à 3);
- Échelle de dyspnée (0 à 3);
- IMC (0 ou 1)

2) Oxygénodépendance



Adapté de Dubois P, et al. Chest oct.2007

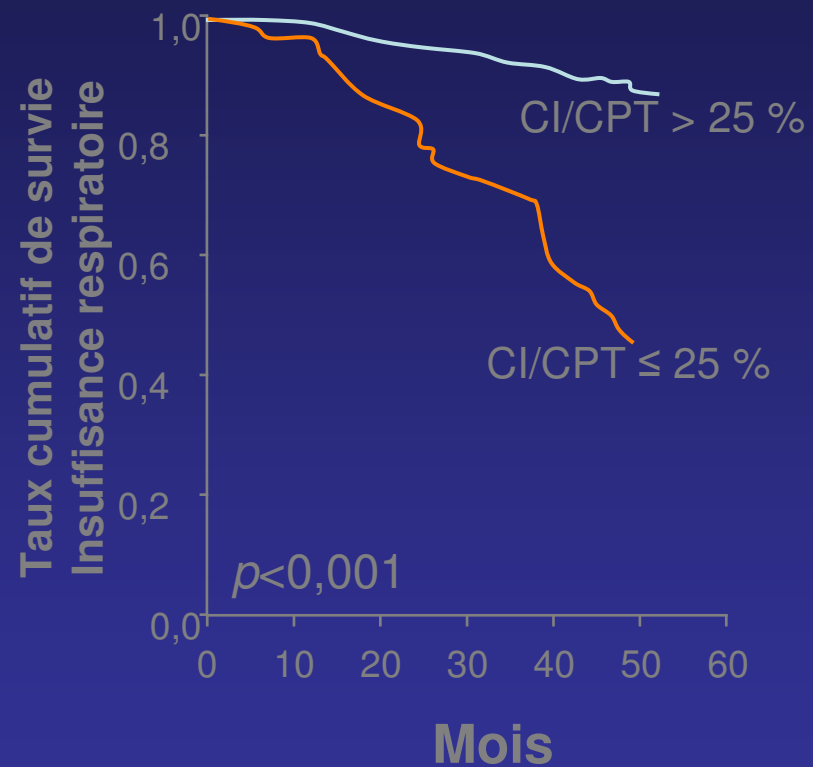
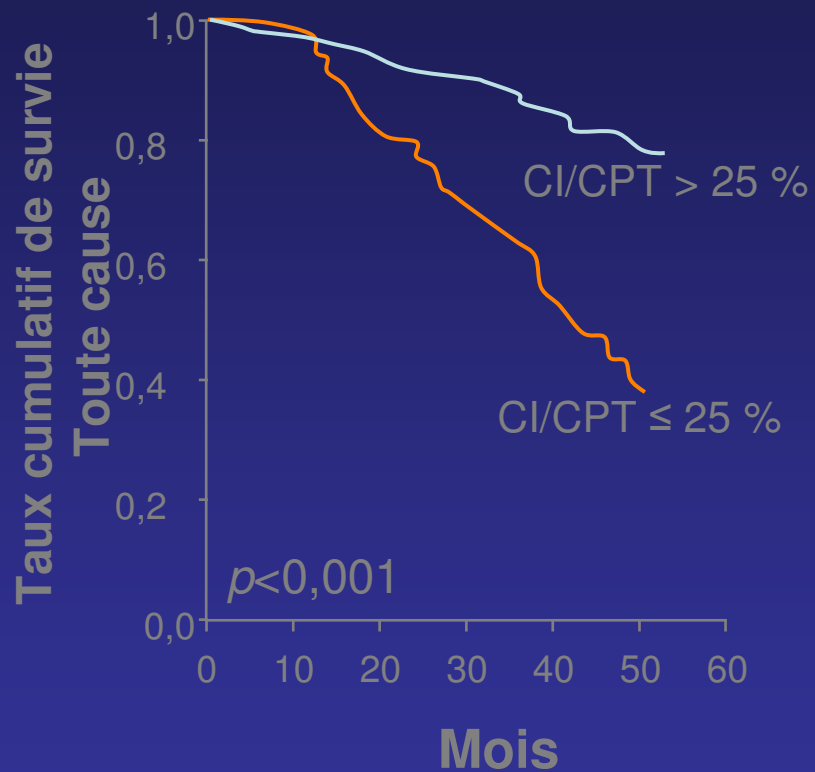
3) Hypercapnie

- $\uparrow PaCO_2 > 50 \text{ mmHG}$

*Étude (1) : risque de mortalité \uparrow
si emploi à long terme de corticostéroïdes
per os, âge avancé et
 $\uparrow PaCO_2 (> 50 \text{ mmHG?})$*

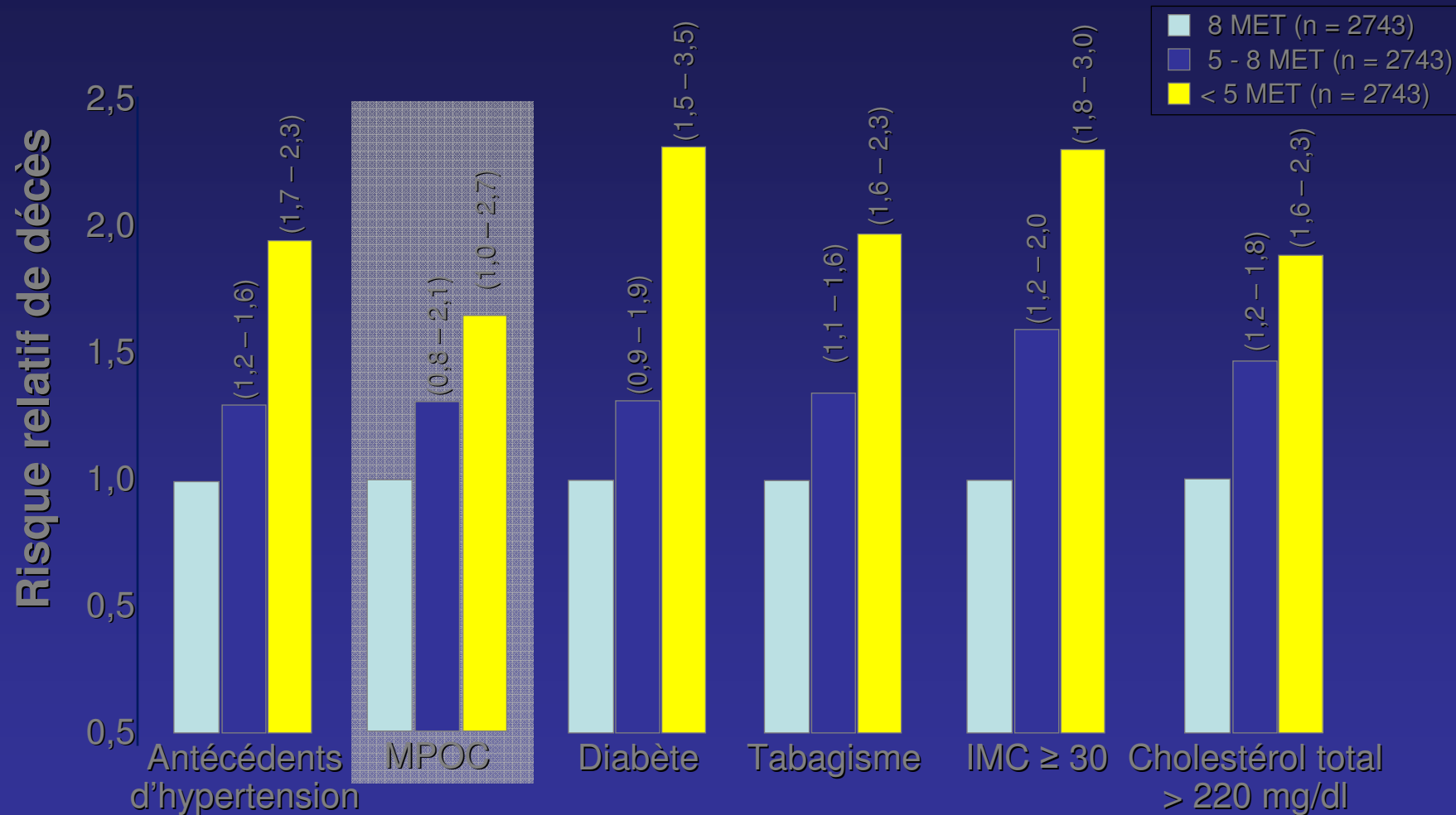
- (1) Groenewegen HK et al. Chest; 2003 124:459-67

4) Hyperinflation pulmonaire (critère optionnel)

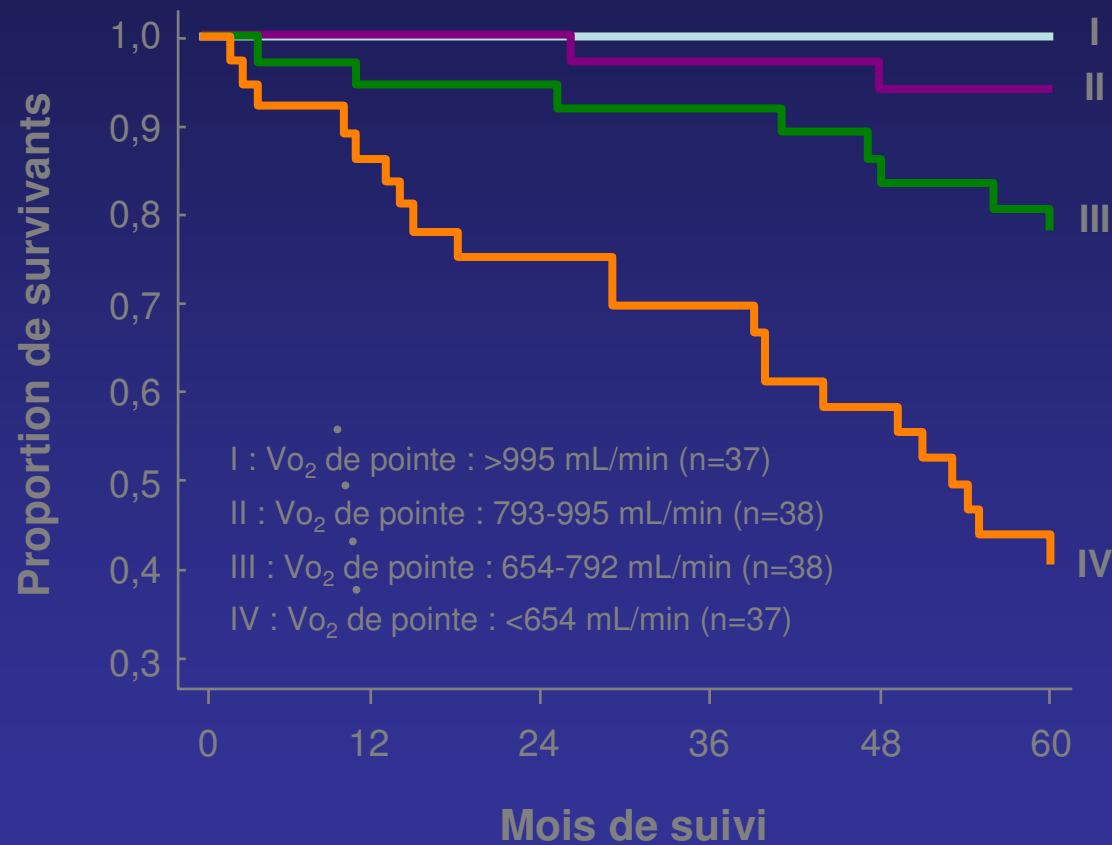


Casanova et al. *AJRCCM* 2005;171:591-597.

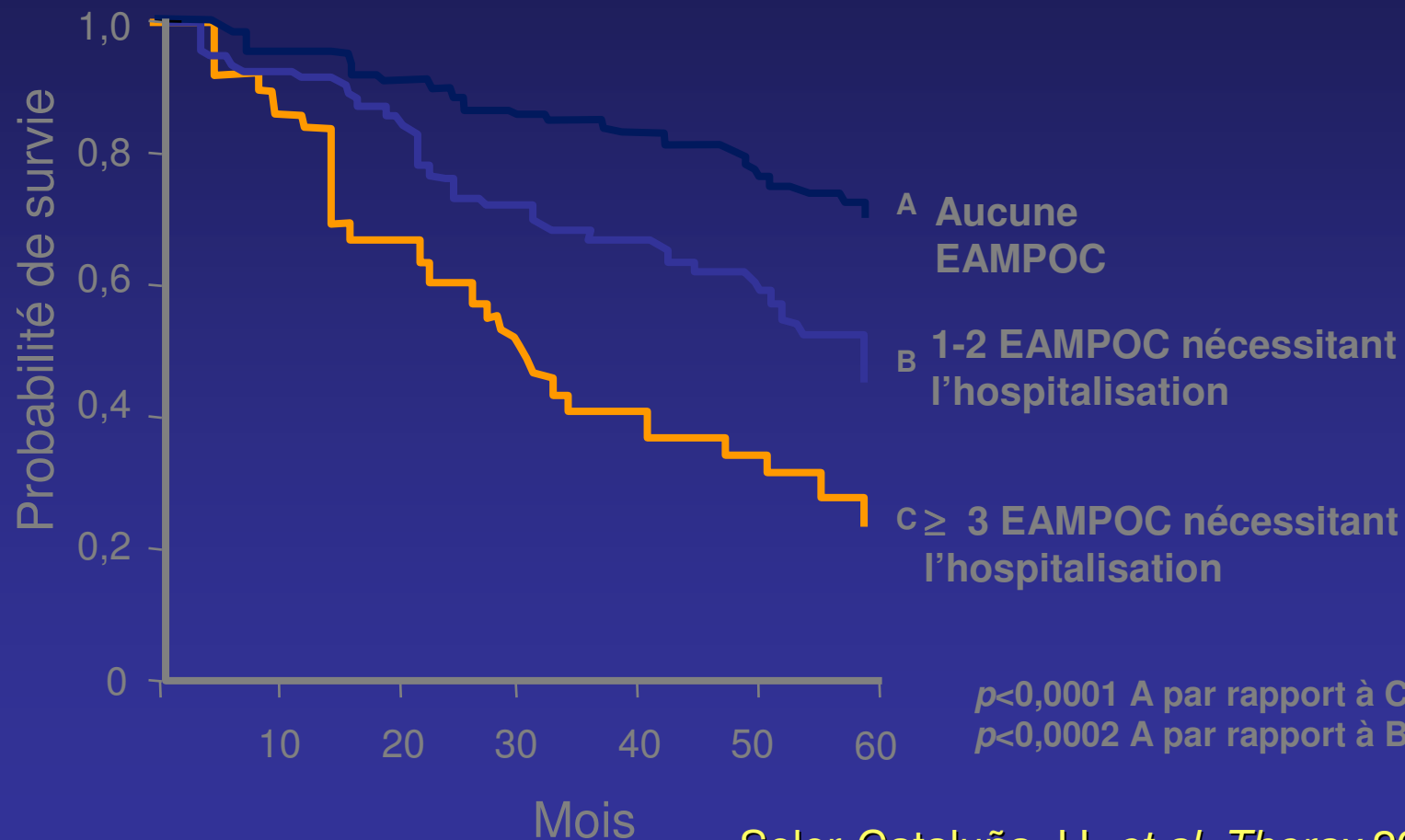
5) capacité à l'exercice et mortalité



5) Capacité à l'effort et survie



6) Exacerbations et mortalité



Soler-Cataluña JJ, et al. *Thorax* 2005;60:925-931.

En résumé

- 1) Index de BODE [4 éléments: score 7-10]
(VEMS, test de marche 6 min. , dyspnée ,
IMC)
- 2) Oxygénodépendance (SatO₂ ou G.A.)
- 3) Hypercapnie > 50 mmHg (G.A.)
- 4) Hyperinflation pulmonaire: CI/CPT ≤ 25%
(optionnel)
- 5) Inactivité ou difficulté à faire de l'activité
physique (faible et très faible)
- 6) Exacerbations répétées avec ou sans
hospitalisation (≥ 3/années)

Autres facteurs souhaitables (10)

- ↓ qualité de vie (SGRQ)
- Facteurs de co-morbidité
- ↑ l'âge
- Dépression et anxiété
- Ventilation non-effractive et effractive
- HTP
- ↓ diffusion
- Stéroïdes oraux
- Sexe ♀
- NB: s'assurer du traitement optimal

Notre vision de l'approche palliative de la MPOC

Objectifs des soins

Traitement de la maladie pour la MPOC :

- Traitement pharmacologique optimal (incluant oxygénothérapie si indiquée)
- Réadaptation pulmonaire avec programme d'exercice structuré et supervisé

Phase de fin de vie difficile à établir pour la MPOC

Soins palliatifs :
Traitement pour soulager la souffrance ou améliorer la qualité de vie en fin de vie

**Présentation/
Diagnostic**

Évolution vers un stade avancé et terminal ⇒ Soins de fin de vie

Décès/Deuil

Étape d'inclusion en soins palliatifs MPOC

- 1) Évaluation des 6 critères mesurables et objectivables
- 2) Évaluation des 10 autres critères
- 3) Obtenir l'acceptation du patient
- 4) Créer des liens entre le CHCD, le CLSC et le CHSLD (CSSS)
- 5) Complétion d'une fiche des niveaux de soins (utilisation du vidéo)
- 6) Plan d'interventions : équipe interdisciplinaire ou équipe de soins palliatifs
- 7) Outil lors d'hospitalisations = fiche de suivi interne
- 8) Outil lors du décès = fiche de suivi suite au décès
- 9) Questionnaire de satisfaction des proches suite au décès

Comment discuter des volontés de fin de vie ?

- outil développé « vidéo » :
- Élaboration d'un DVD « *Le support cardiorespiratoire, un choix éclairé* » (disponible au RQAM - 20 \$).
- Outil : Fiche de niveaux de soins (expression écrite des volontés de fin de vie du patient).
- Visionnement du DVD (15 minutes)

LE SUPPORT CARDIO-RESPIRATOIRE
UN CHOIX ÉCLAIRÉ



DVD
VIDEO

Les facteurs facilitant

- Budget du MSSS
- Appui de la direction (Agence, CSSS)
- Nomination d'une chargée de projet régional
- Création d'un comité pour l'implantation
- Volonté et motivation des professionnels face au projet
- Compensation financière aux CSSS
- Formation sur la MPOC en fin de vie (3 heures)
(plus de 300 participants)
« atelier de formation »
- Formation abrégée pour les médecins (1 h 30)

Les facteurs facilitant (suite)

- Approche décentralisée
- Distribution de DVD et de lecteurs de DVD portatifs pour les CLSC
- Soutien de la chargée de projet et du responsable médical
- Rencontres dans les CSSS (information, soutien)
- Présence d'Inhalothérapeutes dans les CLSC

Les problématiques rencontrées

1. Manque de temps des professionnels pour procéder à l'inscription de patient
2. Pénurie et mouvements de la main-d'œuvre (médecin, prof. et gestionnaires)
3. Restrictions budgétaires dans certains CSSS
4. Communication difficile entre CLSC et CH
5. Réticence des médecins traitants à l'introduction d'opiacés chez les MPOC
6. Pénurie de médecin à domicile pour assurer le suivi jusqu'au décès
7. Épuisement des familles malgré l'augmentation de soins et services offerts du CLSC

60 ans et moins

61 à 80 ans

81 ans et plus

Total

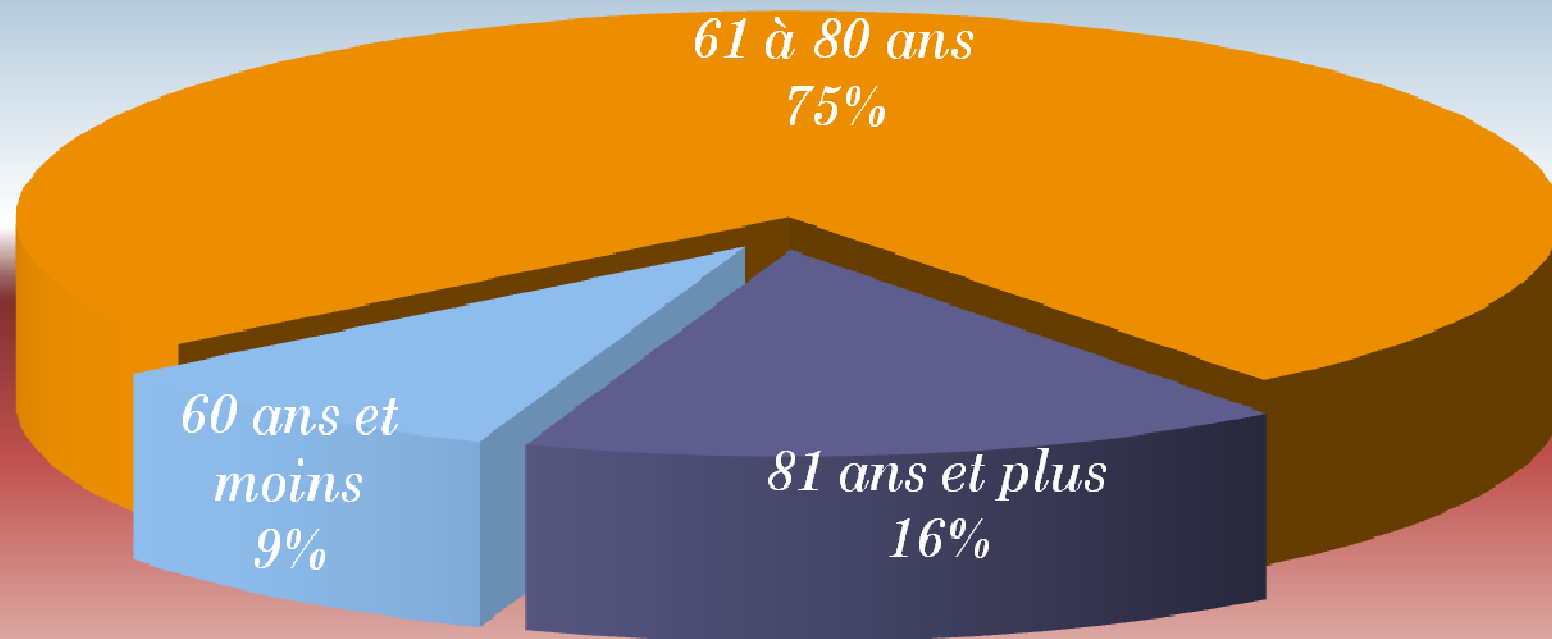
5

42

9

56

*Projet pilote - MPOC fin de vie
Nombre de patients inscrits par âge*



*Nombre
de décès*

Survie

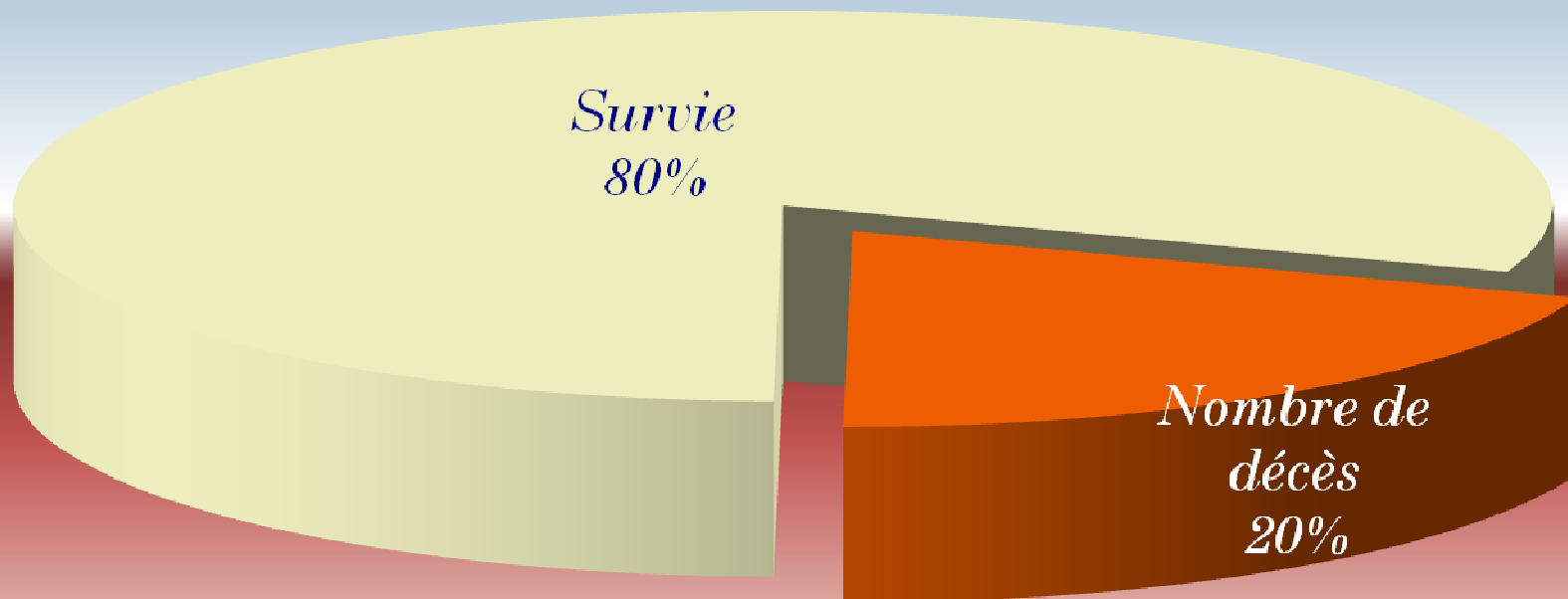
*Nombre
total*

11

45

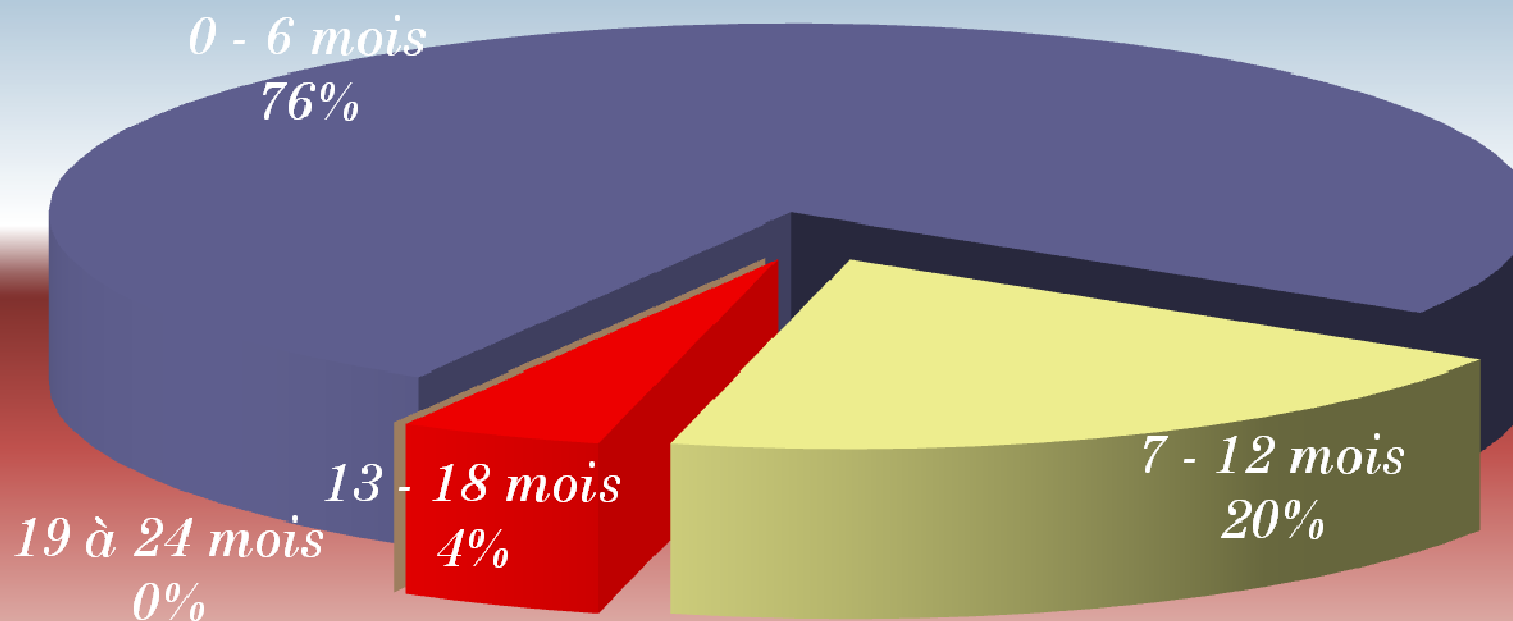
56

*Projet pilote - MPOC fin de vie
Nombre de patients décédés*



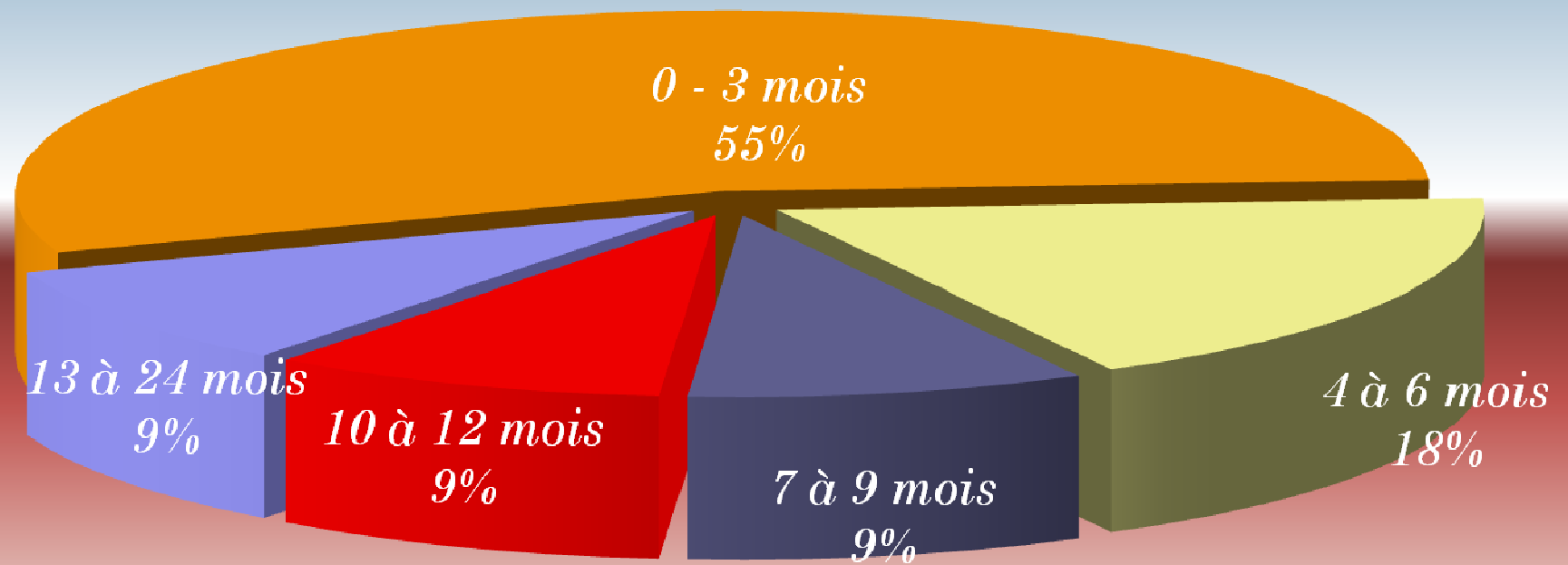
<i>0 - 6 mois</i>	<i>7 - 12 mois</i>	<i>13 - 18 mois</i>	<i>19 à 24 mois</i>	<i>Total</i>
<i>34</i>	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>45</i>

*Projet pilote - MPOC fin de vie
Temps moyen écoulé depuis l'inscription*



<i>0 - 3 mois</i>	<i>4 à 6 mois</i>	<i>7 à 9 mois</i>	<i>10 à 12 mois</i>	<i>13 à 24 mois</i>	<i>Total</i>
<i>6</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>11</i>

*Projet pilote - MPOC fin de vie
Durée moyenne de survie des personnes décédées*



Impacts anticipés (indicateurs)

- **Cibler la fin de vie en deçà de 18 mois**
- ↓ des visites à l'urgence, hospitalisations
- ↓ des actes invasifs durant les derniers mois de vie
- ↑ du nombre de patients ayant pu exprimer leurs volontés de fin de vie
- ↑ du nombre de patients avec MPOC ayant eu accès à des soins palliatifs
- ↑ de la satisfaction de la clientèle
- ↑ des décès à domicile ou dans des lits dédiés

Conclusion

- **Nous avons créé un programme et une approche thérapeutique spécifiques pour les personnes atteintes de MPOC en phase très avancée de leur maladie (palliative).**
- **Des données importantes suivront après avoir complété le projet de recherche**

Merci de votre attention

Questions ?
Commentaires...