

Soins intensifs

Les cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne de soins intensifs

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires

L'Association canadienne des infirmiers et infirmières en soins intensifs

Dernière mise à jour : juillet 2019



1 **Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes.**

Les patients et leurs familles apprécient souvent que l'on évite les mesures de maintien des fonctions vitales invasives ou excessives dans un contexte de fin de vie. Or, de nombreux patients mourants reçoivent des traitements intensifs de maintien des fonctions vitales en partie parce que les médecins négligent de s'informer des préférences de leurs patients et de formuler des recommandations.

2 **Ne prolongez pas la ventilation mécanique en utilisant les sédatifs et le repos au lit de façon excessive.**

Le maintien de l'immobilité ou d'une mobilité minimale chez les patients sévèrement malades durant leurs soins peut entraîner une perte musculaire et un déconditionnement. L'utilisation excessive ou prolongée de sédatifs est associée à une détérioration de leur devenir, y compris une augmentation du delirium, une utilisation excessive de l'imagerie diagnostique en présence de coma, un nombre accru de trachéostomies, une prolongation de la ventilation mécanique et des durées de séjour aux soins intensifs (SI).

3 **Ne maintenez pas la ventilation mécanique sans évaluer quotidiennement la capacité du patient à respirer spontanément.**

La vérification de la capacité du patient à respirer sans ventilation mécanique par des essais de respiration spontanée permet aux médecins de reconnaître plus rapidement les patients qui peuvent être libérés de la ventilation mécanique.

4 **Ne demandez pas de radiographies thoraciques de routine chez les patients sévèrement malades, à moins de chercher une réponse à une question clinique précise.**

Les radiographies thoraciques (rayons X des poumons) ne sont pas indiquées d'emblée chez les patients sévèrement malades, sauf en cas d'interventions spécifiques (par exemple, tube endotrachéal, sonde naso – ou oro-gastrique, cathéter veineux central, cathéter artériel pulmonaire ou autre intervention nécessitant une vérification après insertion) ou afin d'obtenir des renseignements sur une question spécifique en lien avec une modification de l'état clinique du patient, et si ces renseignements vont probablement mener à une décision précise en lien avec le diagnostic ou le traitement.

5 **N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients de SI hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).**

L'administration non nécessaire de culots globulaires cause plus de dommage que de bien et gaspille des ressources limitées qui devraient être réservées à des patients chez qui elles sont clairement indiquées. Les transfusions de culots globulaires administrées à un seuil d'Hb supérieur à 70 g/L n'améliorent pas la survie des patients de SI et sont associées à une augmentation du nombre de complications et à des coûts plus élevés. Cela a fait l'objet d'études approfondies, et une stratégie transfusionnelle restrictive mène à une mortalité similaire ou moindre comparativement à des seuils d'Hb plus élevés, en plus de potentiellement réduire d'autres complications, comme l'AVC et les infections.

Comment la liste a été établie

La liste de recommandations Choisir avec soin concernant les soins intensifs a été dressée par un groupe de travail collaboratif formé de la Société canadienne des soins intensifs (SCSI), de l'Association canadienne des infirmiers et infirmières en soins intensifs (Canadian Association of Critical Care Nurses), de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires et des représentants pharmaciens, diététistes et physiothérapeutes. La liste initiale de recommandations a été dressée par le groupe de travail, avec l'appui de groupes Google de la SCSI. Une méthode Delphi modifiée a été utilisée pour extraire 10 éléments de la liste initiale. Une méthode Delphi modifiée a ensuite été utilisée pour générer les domaines d'intérêt en vue de la classification des éléments et de leur sélection pour en arriver une liste définitive de 5 éléments. Les membres de toutes les sociétés participantes ont été interrogés lors du Congrès canadien en soins intensifs de 2016 et durant les deux semaines suivantes. Les éléments de la liste ont été modifiés après l'examen des résultats du sondage et des commentaires formulés par l'équipe de direction de la campagne Choisir avec soin.

Sources

- 1 Canadian Critical Care Society Ethics Committee, Bandrauk N, Downar J, Paunovic B. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper. *Can J Anaesth.* 2018 Jan;65(1):105-122. [PMID: 29150778](#).
Downar, J.; You, J.J.; Bagshaw, S.M.; et coll. Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners*. *Crit Care Med.* Février 2015; vol. 43, no 2 : p. 270-281. [PMID : 25377017](#).
Myburgh, J.; Abillama, F.; Chiumello, D.; et coll. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* Août 2016; vol. 34 : p. 125-130. [PMID : 27288625](#).
- 2 Burry, L.; Rose, L.; McCullagh, I.J.; et coll. Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. *Base de données des révisions systématiques Cochrane.* Le 9 juillet 2014; no 7 : CD009176. [PMID : 25005604](#).
Devlin JW, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018 Sep;46(9):1532-1548. [PMID: 30113371](#).
Schweickert, W.D.; Pohlman, M.C.; Pohlman, A.S.; et coll. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *The Lancet.* Le 30 mai 2009; vol. 373, no 9678 : p. 1874-1882. [PMID : 19446324](#).
- 3 Girard, T.D.; Kress, J.P.; Fuchs, B.D., et coll. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomized controlled trial. *The Lancet.* Le 12 janvier 2008; vol. 371, no 9607 : p. 126-134. [PMID : 18191684](#).
Girard TD et al. An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. *Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests.* *Am J Respir Crit Care Med.* 2017 Jan 1;195(1):120-133. [PMID: 27762595](#).
- 4 Ganapathy, A.; Adhikari, N.K.; Spiegelman, J.; et coll. Routine chest X-rays in intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* Le 12 décembre 2012; vol. 16, no 2 : p. R68. [PMID : 22541022](#).
L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Les analyses sanguines de routine chez le patient en soins intensifs : efficacité clinique, rentabilité et lignes directrices.](#) August 16, 2013.
Kotecha N et al. Reducing Unnecessary Laboratory Testing in the Medical ICU. *Am J Med.* 2017 Jun;130(6):648-651. [PMID: 28285068](#).
- 5 Carson, J.L.; Guyatt, G.; Heddle, N.M.; et coll. Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. *JAMA.* Le 15 novembre 2016; vol. 316, no 19 : p. 2025-2035. [PMID : 27732721](#).

À propos de la Société canadienne des soins intensifs

La Société canadienne des soins intensifs (SCSI) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCSI est la société nationale qui représente les médecins intensivistes œuvrant auprès des populations adultes et pédiatriques au Canada. La pratique de la médecine de soins intensifs au Canada est multidisciplinaire et les membres de la SCSI détiennent une spécialité de base en anesthésie, médecine, pédiatrie, médecine d'urgence ou chirurgie et en certaines spécialités chirurgicales telles que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

À propos de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs (Canadian Association of Critical Care Nurses, CACCN) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La CACCN est une association professionnelle bénévole d'infirmières et d'infirmiers en soins intensifs. La CACCN milite pour l'excellence des soins infirmiers dans le contexte des soins intensifs au Canada. L'objectif de ses membres est de promouvoir des soins de qualité axés sur les patients et les familles canadiens aux prises avec une maladie ou un traumatisme menaçant le pronostic vital.

À propos de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCTR est l'association professionnelle nationale des inhalothérapeutes. Fondée en 1964 sous le nom Canadian Society of Inhalation Therapy Technicians, la SCTR se consacre à l'excellence en soins cardiorespiratoires.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.