

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 29 août 2023

Discussions d'objectifs de soins: prêts à sauter plus loin?

Dr Thomas Fassier, Gériatrie

Cette présentation s'insère dans le contexte d'une mise à jour de la documentation sur le plan de soins et les directives anticipées aux HUG.

L'orateur honore son mentor et premier auteur de l'[article du jour](#), J. Randall Curtis, qui est décédé prématurément à Seattle cette année.

Ces discussions sont un bénéfice pour les patients et leur famille. Le Dr Curtis démontre que les pauses et silences au sein des conversations de fin de vie aux soins intensifs ont un impact sur la qualité du deuil et la quantité de stress sur les familles.

Elles permettent également de diminuer l'intensité de soins en fin de vie.

L'étude [Jumpstart](#) mettait en place une intervention bi-directionnelle, qui questionne le patient avant d'envoyer un message sur mesure au médecin, avec une accroche et des points à aborder.

Dans le contexte communautaire (n=500) comme hospitalier (n=2000), ils ont noté une augmentation nette de la documentation de ces discussions, ainsi que de la satisfaction des patients relatifs aux discussions d'objectifs de soins.

L'étude du jour est pragmatique. Elle randomise 2500 patients de 3 niveaux hospitaliers entre les soins classiques et une intervention à travers "Jumpstart".

La question: Une intervention spécifique qui stimule la communication médecin-patient sur les objectifs de soins de façon électronique favorise-t-elle la documentation de ces discussions?

La discussion d'objectifs de soins est définie comme une discussion qui s'intéresse aux préférences du patient en termes de but de traitement, et non pas seulement au statut de réanimation.

Inclusion: >55 ans, pathologie chronique ou > 80 ans

Exclusion: documentation d'objectifs de soin (12% de la présélection), causes psychiatriques

Le guide utilise une intelligence artificielle pour extraire les informations sur les discussions autour des objectifs de soins. Ces éléments sont ensuite arbitrés par un humain et envoyés par e-mail et sms. →

Jumpstart Guide: a UW Medicine program

Your patient may benefit from a goals of care talk

We have chosen your patient based on a diagnosis of ≥ 1 chronic illnesses. Please treat the patient health information on this guide as confidential—okay to share with team.

Your patient: John Doe, MRN: H1234567

Code status	Full code	mm/dd/yyyy
Advance directive	Yes	mm/dd/yyyy
Durable power of attorney for health care	No	
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment	No	

1. Give yourself 5-10 min. The conversation does not have to be long.
2. Introduce the talk as a routine part of care. Some patients are reluctant—do not start with death or CPR.
"I want to know what's important to you so that we provide the best care to fit your goals. Is that okay?"
3. Pick the best topics for your patient. You do not have to do them all.

Topics	Words to try
Understanding	"What have other doctors told you about how serious your illness is and what to expect?"
Acceptable status	"What abilities are so important to you that you can't imagine living without them?"
Values	"If you were to get sicker, what would be most important to you?"
4. Document a short note. A brief summary and a quote (a few of the patient's words) are enough. Your colleagues will appreciate it.

Résultats

L'âge médian est de 70 ans, avec 40% de femmes, 30% de minorités ethniques, un haut taux de co-morbidités, 10% de démences.

Seuls 5-10% avaient des directives anticipées et 7% un plan médical de traitement en urgence.

L'issue primaire montre une différence significative et modeste, avec 30% de documentation en soins de base et 34% dans le groupe intervention.

Il n'y a aucun changement dans les issues secondaires: admissions aux soins intensifs ou palliatifs, décès, re-hospitalisation.

L'analyse de sous-groupe montre que l'augmentation est plus grande lorsque le patient fait partie d'une minorité ethnique, avec 25 vs 35% de documentation.

Interprétation des auteurs

Les essais précédents de Jumpstart montraient des différences bien plus élevées (31% vs 74% en communautaire, 8% vs 21% en hospitalier). La petite différence les laisse donc dubitatifs.

Est-ce lié à l'intervention qui ne concerne que le médecin? A l'utilisation d'une IA pour automatiser les sujets à aborder? La population a-t-elle changé en 10 ans?

Peut-être est-ce le modèle pragmatique, plus facile à implémenter, mais qui manque peut-être de nuances?

L'absence d'effet sur les issues secondaires les surprend également. De par le modèle pragmatique, il n'y a pas d'informations sur l'instant dans le parcours médical où la discussion a eu lieu, ni sur l'accessibilité de l'information pour l'intensiviste...

Discussion de l'orateur

ProSA = projet de soins anticipés, IMU = Instruction médicale d'urgence

L'orateur est déçu des chiffres retrouvés en préselection (i.e. 12% de documentation en début d'étude).

Aux HUG, le taux d'IMU documenté dans les 24h de l'admission est de 33-39%. Il n'y a cependant pas de données sur la discussion en elle-même (texte libre).

A retenir

- Un rappel électronique avec un guide peut augmenter la documentation des objectifs de soins
- Il reste à préciser le lien entre cette documentation et la prise de décision et la trajectoire de soins
- Une étude qualitative de la documentation serait un point intéressant.
- La stimulation et la formation à ces discussions spécifiques est nécessaire.

Si vous avez l'intranet, des cours en ligne, des tutoriaux, des ateliers et une aide au feedback pour les internes sont disponibles sur la page ProSa.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch