

Contenu des discussions concernant la réanimation cardiopulmonaire avec les patients âgés

Drs MARIA-RITA FERRÉ IBÁÑEZ^a, ANCA-CRISTINA STERIE^{b,c}, Pr RALF J. JOX^b et Dr EVE RUBLI TRUCHARD^c

Rev Med Suisse 2019; 15: 2053-5

Le fait de discuter ouvertement avec leur médecin des décisions médicales concernant la prolongation de la vie, telle la réanimation cardiopulmonaire, permet aux patients d'être rassurés sur le fait que ces décisions seront en conformité avec leurs valeurs et leurs attentes; ceci favorise ainsi leur autonomie et leur responsabilité dans le projet de soins. Afin de soutenir une prise de décision informée et partagée, il est important de partager avec le patient les informations pertinentes par rapport à son pronostic vital (y compris les risques de subir un arrêt cardiaque, les risques associés à la procédure de réanimation, les chances de survie immédiate et à long terme, et l'impact de la procédure sur la qualité de vie), et d'encourager une discussion globale sur les objectifs des soins.

Content of discussions about cardiopulmonary resuscitation with elderly patients

Openly talking with caregivers and physicians about medical decisions to prolong life, such as cardiopulmonary resuscitation, offers patients the opportunity to ensure that these decisions will be in line with their values and expectations, and thereby promote their autonomy and responsibility in health care. In order to support informed and shared decision-making, it is important to share with the patient relevant information concerning their life-threatening condition (including risks of cardiac arrest, risks associated with the resuscitation procedure, immediate and long-term survival, and the impact of the procedure on quality of life), and encourage a holistic discussion of the goals of care.

INTRODUCTION

Plusieurs études confirment ce que de nombreux praticiens ont pressenti: une communication centrée sur le patient peut améliorer de façon significative la santé et le bien-être des patients, ayant un impact favorable sur l'adhésion des patients aux traitements et diminuant leur anxiété.¹

Discuter ouvertement des décisions médicales en anticipation d'un état d'urgence ou d'une perte de discernement

permet aux patients d'être rassurés sur le fait que ces décisions seront en conformité avec leurs valeurs et leurs préférences, et favorise ainsi leur autonomie et leur responsabilité dans le projet de soins. Pourtant, les directives anticipées sont encore peu connues et utilisées en Romandie.² En effet, les discussions qui concernent les traitements destinés à prolonger la vie, telle la réanimation, présentent des défis conversationnels particuliers,³ par exemple concernant la manière de lancer et mener ces discussions de façon éthique et humaine, de déterminer quelles informations donner aux patients, ou encore d'aborder la fin de vie.⁴ Ceci est d'autant plus important pour les patients âgés et/ou polymorbides pour qui les risques d'un arrêt cardiaque, mais aussi ceux associés à la procédure de réanimation, sont accrus. Ainsi, il est impératif de s'interroger quant aux critères d'une discussion adéquate sur la réanimation, thématique que nous proposons d'aborder dans une réflexion qui met l'accent sur les stratégies optimales pour initier et mener cette discussion.

Importance de discuter de la réanimation cardiopulmonaire

Discuter d'une réanimation potentielle peut se révéler une épreuve difficile. Pour les patients et leurs proches, cela revient à évoquer la finitude de vie et une potentielle mort subite. Les professionnels de la santé, médecins hospitaliers ou traitants, se trouvent confrontés au dilemme qui peut opposer le fait de préserver la vie de leurs patients à leur devoir de ne pas leur nuire en proposant des traitements qui peuvent s'accompagner de séquelles graves.⁵

De la perspective juridique, les médecins ne sont pas tenus de proposer des traitements qui relèveraient de la «futilité médicale». Néanmoins, même dans ces cas, il peut être recommandable sur le plan éthique de discuter de la réanimation (sans la proposer), d'informer le patient de ce qui serait hypothétiquement entrepris (ou pas) dans le futur et de le rassurer quant au fait que les décisions prises visent son bien-être. En effet, une démarche de prise de décision partagée nécessite que le médecin traitant et son patient soupèsent ensemble les avantages et les inconvénients des traitements futurs, dans un échange constant d'informations: le patient sur ses valeurs et ses craintes et le médecin sur l'indication médicale.⁶

Ces concepts une fois posés, il reste encore à déterminer comment discuter effectivement de la réanimation avec son patient, que ce soit en cabinet ou à l'hôpital.

^a Service de médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne, ^b Service de soins palliatifs et de support, CHUV, 1011 Lausanne, ^c Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne
maria-rita.ferre-ibanez@chuv.ch | anca-cristina.sterie@chuv.ch
ralf.jox@chuv.ch | eve.rubli@chuv.ch

DISCUTER DE LA RÉANIMATION

Comment entamer la discussion ?

Un choix essentiel se fait déjà dans la façon d'entamer la discussion. Trop souvent, l'avis du patient est traité à travers une question fermée (par exemple, «Est-ce que vous voulez qu'on vous réanime?»), qui n'encourage pas les élaborations.⁷ En revanche, une question ouverte qui incite les patients à partager leurs connaissances, réflexions et expériences concernant la réanimation et les discussions précédentes à ce sujet (**tableau 1**) serait préférable. Cette pratique permettrait au médecin de se rendre compte des connaissances préalables du patient et d'évaluer son besoin d'informations supplémentaires.^{4,8} Il peut également s'avérer utile d'investiguer la compréhension du patient de sa propre condition médicale, facteur influençant les décisions futures.⁹

Si le médecin dispose de suffisamment de temps, il serait judicieux qu'il entre en matière à travers une discussion plus globale concernant les objectifs de soins ou la qualité de vie (**tableau 1**), ce qui permettrait d'aborder en amont une décision sur les aspects qui sous-tendent les souhaits des patients.

L'état de santé et le pronostic vital du patient évoluant et changeant dans le temps, il faut respecter la liberté du patient de changer d'avis par rapport à une décision sur la réanimation prise par le passé.

Quelles informations partager ?

Se basant sur une exploration préliminaire des connaissances et décisions passées du patient, le médecin est tenu de faire un tri rigoureux dans la masse d'éléments informatifs qui peuvent se révéler pertinents. Les informations de base qui devraient être transmises concernent les situations dans lesquelles la réanimation serait nécessaire et sa procédure, les chances de survie et les risques de séquelles, le pronostic personnel, ainsi que les options, tels les soins de confort. Cependant, les études précédentes démontrent que les médecins donnent surtout des informations sur les étapes de

la procédure de réanimation; en revanche, les risques et les chances de survie sont rarement discutés, tout comme le pronostic ou l'indication médicale.^{4,8-12} De même, les médecins ont tendance à minimiser les risques d'un arrêt cardiaque (par exemple, «La question n'a rien à voir avec votre état de santé»), en véhiculant ainsi des informations fausses et rendant difficile le processus de prise de décision.^{7,10,13}

Pour discuter de la réanimation, l'utilisation d'un langage direct, concis et compréhensible s'impose. De nombreux médecins utilisent des termes trop imprécis, en évitant les références à la «mort», ou des mots trop techniques.^{8,10} Tout au long de la discussion, il faudrait aussi être conscient que le vocabulaire peut véhiculer des a priori sur la meilleure décision à prendre.^{8,12,14} Une des pratiques à déconseiller serait de présenter certaines décisions comme une norme pratique (par exemple, «Vous ne voulez pas qu'on s'acharne, n'est-ce pas?»), qui, même si elle va dans le sens d'une indication médicale, restreint l'autonomie des patients et leur opportunité de demander des précisions.

Opportunités d'élaboration

La littérature révèle que la durée des discussions sur la réanimation est constituée en majeure partie par le temps de parole du médecin.⁸ Idéalement, il est nécessaire que suffisamment de temps soit accordé au patient au cours de la discussion afin qu'il puisse élaborer les raisons de sa décision et son questionnement, pourtant ceci est rarement le cas.^{10,11} Lorsque le temps à disposition du médecin est trop court, il faudrait offrir la possibilité de reprendre la discussion ultérieurement.⁸

Afin de clarifier les souhaits des patients, il est important de déconstruire les réponses cryptiques tels «acharnement thérapeutique» ou encore l'utilisation de l'expression «être un légume» (**tableau 1**). Il est utile que les raisons pour lesquelles les patients choisissent ou refusent la réanimation soient documentées avec la décision prise, car cela peut apporter des informations utiles pour leur application.

TABLEAU 1 Moyens conversationnels pour entamer la discussion

Exemples recensés de moyens conversationnels afin d'entamer la discussion avec le patient et d'approfondir ses décisions.⁷⁻¹⁴

Objectifs	Moyens	Exemples de phrases
Entamer la discussion	• Sonder les connaissances et les décisions préalables	• Avez-vous déjà discuté auparavant de la réanimation avec vos proches ou un autre médecin?
	• Poser des questions ouvertes, avec le moins possible d'a priori, qui laissent au patient l'opportunité de donner des réponses élaborées	• C'est utile pour moi de comprendre ce que vous savez sur cette procédure. Pouvez-vous me dire en quelles circonstances vous en avez discuté et ce que vous avez retenu?
	• Commencer la discussion par une exploration des valeurs, des priorités, des peurs	• Avant de discuter des décisions médicales futures, j'aimerais d'abord savoir ce que veut dire pour vous le terme qualité de vie • Est-ce que quelque chose de particulier vous inquiète lorsque vous pensez à comment va progresser votre état de santé?
Opportunités d'élaboration	• Clarifier les souhaits des patients	• Quand vous parlez d'acharnement thérapeutique, qu'est-ce que cela veut dire pour vous?
	• Demander des explications quant à la raison de leur décision sans entrer en confrontation	• Votre décision semble prise. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu sur quoi elle se base?
	• Investiguer les possibles contradictions	• Auparavant vous m'avez dit que pour vous, la qualité de vie c'est de pouvoir rester autonome alors que maintenant le risque de rester en soins intensifs pour une durée très longue ne semble pas vous poser un problème

CONCLUSION

Afin que patient et médecin prennent une décision partagée et informée concernant la réanimation, il est important de discuter ouvertement des bénéfices et risques de la procédure, ainsi que de ce que signifie la qualité de vie pour le patient. D'une part, il revient ainsi aux médecins d'offrir des informations adéquates et compréhensibles sur la réanimation, y compris sur les alternatives possibles. D'autre part, il est également de leur responsabilité de baser la prise de décision sur une discussion concernant les priorités et les peurs des patients, notamment concernant la qualité de vie, en leur demandant d'expliquer leurs décisions. Cette discussion s'insère donc parfaitement dans un dialogue concernant la planification globale des soins et dans une documentation des directives anticipées ou faisant partie du projet de soins anticipé (*advance care planning*). La participation des proches à cette discussion est conseillée, étant donné leur futur rôle en tant que représentants thérapeutiques.

Dans un effort institutionnel visant à répondre à ces défis ainsi qu'à une demande effective des médecins, la Chaire de soins palliatifs gériatriques du CHUV met actuellement sur pied une formation concernant l'approche visant à discuter de la réanimation et des objectifs des soins avec les patients âgés. Cette formation s'inspire d'une étude concernant cette thématique et qui a été menée au Service de gériatrie du CHUV de 2017 à 2019.⁷

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Lors de la conversation sur la réanimation cardiopulmonaire, il est de la responsabilité du médecin de baser la prise de décision sur une discussion concernant les priorités, les peurs et la qualité de vie des patients

1 Street R, Makoul G, Arora N, Epstein R. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:295-301.

2 **Vilpert S, Borrat-Besson C, Maurer J, Borasio GD. Awareness, approval and completion of advance directives in older adults in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2018;148.

3 **Rubli Truchard E, Sterie AC, Jox RJ. Réanimation des personnes âgées : comment aborder les préférences en amont? *Rev Med Suisse* 2017;13:320-2.

4 *Shah K, Swinton M, You J. Barriers and facilitators for goals of care discussions between residents and hospitalized patients. *Postgrad Med J* 2017;93:127-32.

5 Académie Suisse des Sciences Médicales. Décisions de réanimation. 2008,2013. Disponible sur: www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html

6 de Asua D, Lee K, Koch P, Melo-Martin I, Bibler T. We don't need unilateral DNRs: taking informed non-dissent further. *J Med Ethics* 2019;45:314-7.

7 *Sterie AC, Rubli Truchard E, Jox RJ. «Si votre coeur venait à s'arrêter...»

Approches des médecins pour discuter de la réanimation cardio-pulmonaire avec les patients gériatriques hospitalisés». Bienne : Congrès national de soins palliatifs (présentation orale), 2018.

8 **Tulsky J, Chesney M, Lo B. How do medical residents discuss resuscitation with patients? *J Gen Intern Med* 1995;10:436-42.

9 Loertscher L, Beckman T, Cha S, Reed D. Code status discussions: agreement between internal medicine residents and hospitalized patients. *Teach Learn Med* 2010;22:251-6.

10 **Anderson W, Chase R, Pantilat S, Tulsky J, Auerbach A. Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2010;26:359-66.

11 *Andreassen P, Neergaard M, Brogaard T, Skorstengaard M, Jensen A. Talking about sensitive topics during the advance care planning discussion: a peek into the black box. *Palliat Support Care* 2015;13:1669-76.

12 Deep K, Griffith C, Wilson J. Communication and decision making about

life-sustaining treatment: examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patients. *J Gen Med* 2008;23:1877-82.

13 Belanger E, Rodriguez C, Groleau D, et al. Initiating decision-making conversations in palliative care: an ethnographic discourse analysis. *BMC Palliat Care* 2014;13:63.

14 Miller D, Coe R, Hyers T. Achieving consensus on withdrawing or withholding care for critically ill patients. *J Gen Intern Med* 1992;7:475-80.

* à lire

** à lire absolument