A faint, light blue ECG (heart rate) line is visible in the background, running horizontally across the page. It features several distinct peaks and troughs, typical of a cardiac rhythm tracing.

VENTILATION MÉCANIQUE À LONG TERME

Trousse d'outils destinée aux fournisseurs de soins
aux malades adultes en phase critique

Services ontariens des soins aux malades en phase critique | Novembre 2013

Conçu par Services ontariens des soins aux malades en phase critique (SOSMPC)

La Trousse d'outils destinée aux fournisseurs de soins aux malades adultes en phase critique est une initiative menée de concert par SOSMPC, dirigée par le docteur Bernard Lawless [Responsable provincial, Soins intensifs et traumatisme], et un groupe d'experts du domaine de la ventilation prolongée. SOSMPC a mis sur pied le comité de planification de la ventilation prolongée pour cerner les enjeux et les priorités en la matière dans la province. Du matériel pédagogique et de formation a été compilé et organisé afin de constituer la présente trousse s'adressant aux fournisseurs de soins actifs.

Comment utiliser le document

Les fournisseurs de soins actifs ont accès à de nombreuses ressources. Les outils que contient le présent document ont été suggérés par les centres d'excellence de la province pour le sevrage de la ventilation prolongée et pour la ventilation à long terme; la trousse n'est pas exhaustive. Les outils sont recommandés, mais SOSMPC ne prescrit toutefois pas de façons de les utiliser dans la pratique. Veuillez noter que les termes « assistance ventilatoire prolongée » (AVP) et « ventilation mécanique à long terme » (VMLT) sont utilisés indifféremment dans le document.

Pour obtenir de l'information sur la présente trousse d'outils, veuillez contacter :

Services ontariens des soins aux malades en phase critique

Téléphone : 416-340-4800 poste 5577

Courriel : ccsadmin@uhn.ca

Site Web : www.criticalcareontario.ca

SOSMPC est subventionné par le gouvernement de l'Ontario

Remerciements

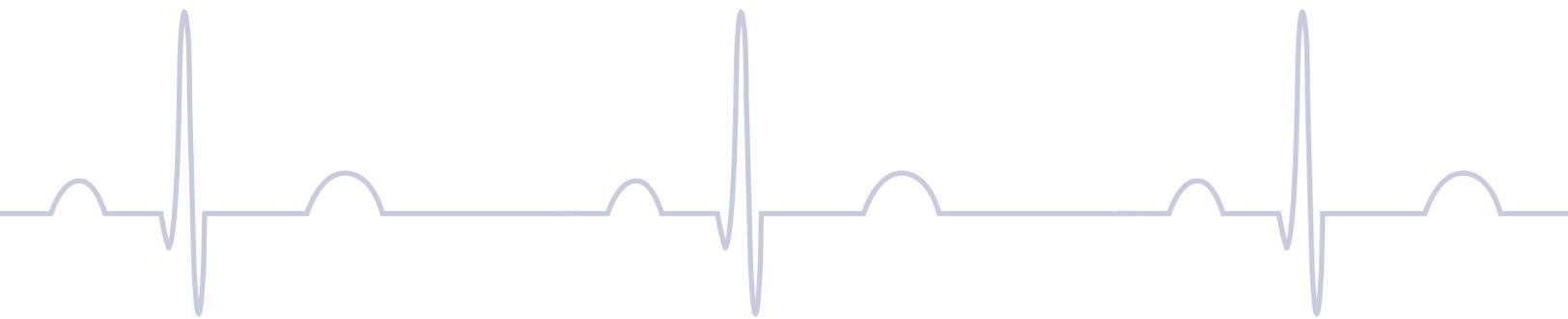
Nous remercions les organisations suivantes pour le soutien offert et les conseils prodigués au cours de la conception du présent outil :

Toronto East General Hospital
[Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée]
West Park Healthcare Centre
[Centre d'excellence pour la ventilation à long terme]
L'Hôpital d'Ottawa
Kingston General Hospital
Parkwood Hospital
Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto
Criticall Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Veuillez consulter l'Annexe A pour la liste des membres du comité.

Avertissement : Le contenu de la trousse d'outils peut changer au fil du temps. Les cliniciens devraient faire preuve de discernement dans le cadre de chaque rencontre avec leurs patients. Les centres d'excellence pour le sevrage de la ventilation prolongée et pour la VLT [Toronto East General Hospital et West Park Healthcare Centre] ainsi que Services ontariens des soins aux malades en phase critique recommandent fortement l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

La présente trousse d'outils sera mise à jour périodiquement, au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles.



CCSO Critical Care Services Ontario
www.criticalcareontario.ca

SOMMAIRE

Ventilation mécanique à long terme : Trousse d'outils destinée aux fournisseurs de soins aux malades adultes en phase critique

Services ontariens des soins aux malades en phase critique | Novembre 2013

SECTION 1 Introduction	7
1.1 Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario	8
1.2 Besoins particuliers des patients sous ventilation mécanique	10
1.3 Analyse des données : patients sous ventilation mécanique dans les USI de l'Ontario	11
1.4 Présentation de la trousse d'outils	14
SECTION 2 Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT	19
2.1 Facteurs associés à la ventilation assistée	23
2.2 Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme	24
2.3 Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI	29
2.4 Bilan des prédictions du modèle ProVent	30
SECTION 3 Optimiser le sevrage des patients nécessitant la VMLT	33
3.1 Protocoles de sevrage	37
3.2 Tableau de sevrage	40
SECTION 4 Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical	43
4.1 Protocole de mobilisation	46
4.2 Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique	48
4.3 Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement	49
4.4 Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques	51
SECTION 5 Conclusion	55
SECTION 6 Bibliographie	58
SECTION 7 Annexes	61
A) Composition du comité de planification de la VLT	62
B) Questionnaire pour la famille et registre des rencontres	63
C) Cheminement des patients sous VLT	70
D) Rôle de la trachéostomie	73
E) Harmonisation avec d'autres initiatives de SOSMPC	74



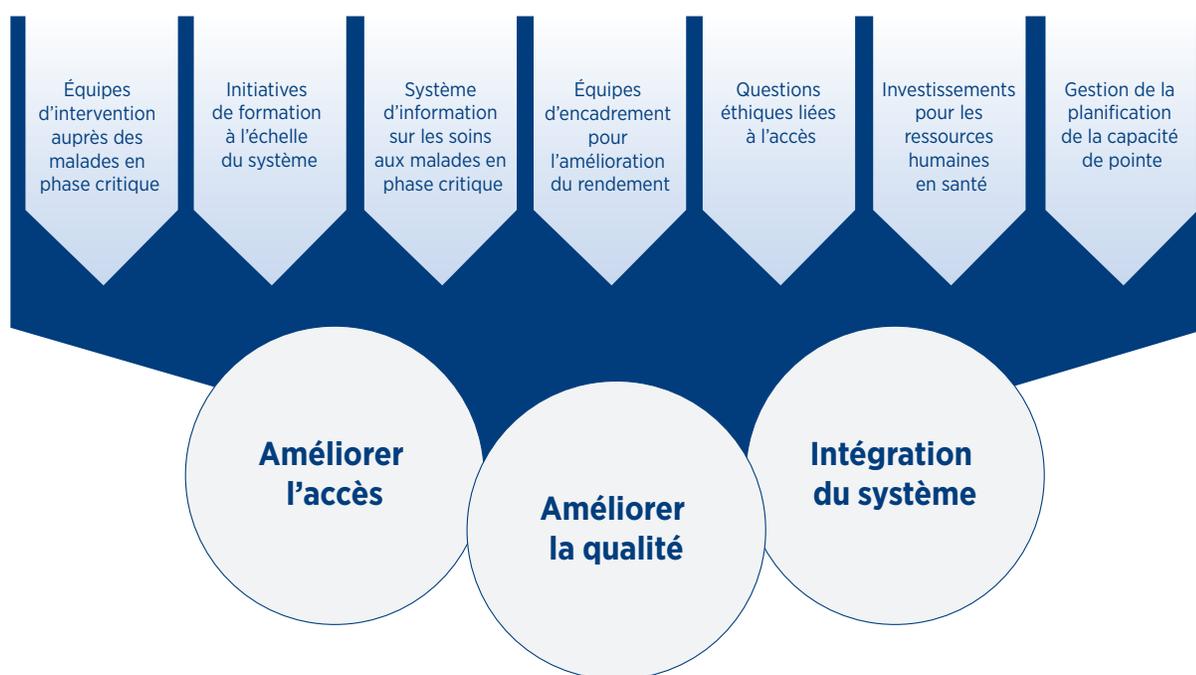
1

Introduction

1.1 Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario

Après la lutte que l'Ontario a menée contre le SRAS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a réuni un groupe de dirigeants du système afin d'effectuer une analyse complète des services de soins aux malades en phase critique de la province. Cette démarche a abouti à la publication, en mars 2005, du rapport final du Comité directeur ontarien des soins aux malades en phase critique (que l'on peut consulter à : www.criticalcareontario.ca), lequel présentait un canevas pour la transformation des services ontariens des soins aux malades en phase critique. En janvier 2006, le MSSLD annonçait la Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario, programme en sept volets visant à améliorer l'accès aux soins, la qualité et l'intégration du système (**voir la Figure 1**). Après la mise en œuvre réussie des initiatives de la stratégie, on a continué à améliorer la coordination des services à l'échelle du système et à élargir la gamme pour englober d'autres sphères du programme, qui nécessitent l'accès à des soins aux malades en phase critique, y compris la neurochirurgie, les traumatismes et les brûlures, les soins pédiatriques aux malades en phase critique et la ventilation chronique. C'est ainsi que le Secrétariat des soins aux malades en phase critique est devenu Services ontariens des soins aux malades en phase critique pour mener à bien ce mandat élargi.

Figure 1. Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario



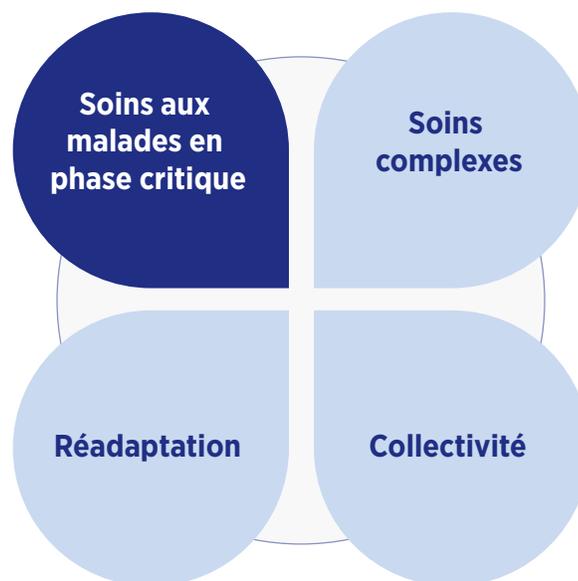
Au cours de son étude, le Comité directeur ontarien des soins aux malades en phase critique a constaté que de nombreux lits dans les unités des soins intensifs (USI) étaient occupés par des patients sous ventilation assistée qui étaient par ailleurs stables sur le plan médical. Ces patients doivent avoir accès à des services de réadaptation et de soutien dans la collectivité et non pas à des soins aux malades en phase critique. Malheureusement, il semble ne pas y avoir d'installations appropriées pour ces patients sous assistance ventilatoire prolongée (AVP) à l'extérieur des USI.

Après avoir approuvé le rapport final du Comité directeur ontarien des soins aux malades en phase critique, le MSSLD a créé un groupe ontarien d'experts-conseils en soins aux malades en phase critique pour superviser tous les aspects de la stratégie. Le groupe d'experts-conseils a mis sur pied un groupe de travail sur la stratégie en matière de ventilation chronique afin de se pencher sur les enjeux relatifs à la ventilation à long terme dans la province. La priorité immédiate était de cerner les stratégies efficaces pour faciliter le transfert des patients sous assistance ventilatoire, stables sur le plan médical, hors des USI vers des établissements de soins plus appropriés.

Services ontariens des soins aux malades en phase critique s'engage toujours à soutenir les patients sous AVP en Ontario et à améliorer l'accès aux soins.

En août 2012, Services ontariens des soins aux malades en phase critique a formé le comité de planification de la ventilation à long terme avec l'intention première d'élaborer une stratégie en matière de ventilation prolongée. Le comité a examiné les enjeux dans le continuum de soins aux patients sous AVP en tenant compte des divers secteurs avec lesquels ces patients peuvent avoir des liens. Le comité avait convenu de se concentrer tout d'abord sur le secteur des soins actifs et de concevoir la présente trousse de ressources et de pratiques pour guider les fournisseurs de soins aux malades en phase critique de l'Ontario lorsqu'ils soignent les patients sous ventilation mécanique.

Le continuum de soins pour les patients sous AVP est illustré ci-dessous :



Les patients sous assistance ventilatoire prolongée dans les USI sont soit (a) stables sur le plan médical et en attente d'un transfert vers un autre établissement de soins (hors de l'USI), soit (b) non stables sur le plan médical et nécessitent des soins aux malades en phase critique.

En définitive, l'idée est qu'il n'y ait aucun patient sous assistance ventilatoire, qui soit **stable**, dans les USI en Ontario – seulement ceux qui nécessitent des soins aux malades en phase critique. Des soins de qualité doivent toutefois toujours être offerts à tous les patients se trouvant dans les USI.

1.2 Besoins particuliers des patients sous ventilation mécanique

Il existe trois principales catégories de diagnostic des patients qui deviennent dépendants d'un ventilateur:

1. Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)
2. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
3. Insuffisance respiratoire non obstructive, qui comprend les affections suivantes :
 - a) Maladies neuromusculaires (MNM) dégénératives
 - b) Déformations de la cage thoracique (p. ex., cypho-scoliose)
 - c) Traumatisme médullaire dans la partie supérieure de la colonne vertébrale

Les patients sous AVP peuvent nécessiter une ventilation invasive ou non invasive. Certains patients auront besoin d'une ventilation obligatoire ou facultative. Pour le patient sous AVP qui est stable sur le plan médical, l'unité des soins aux malades en phase critique n'est pas l'environnement approprié.

1.3 Analyse des données : patients sous ventilation mécanique dans les USI de l'Ontario

Objectif : Les données ont été tirées du Système d'information sur les soins aux malades en phase critiques (SISMPC) afin d'orienter la conception de la trousse d'outils.

Délai fixé : 1er janvier 2009 – 31 décembre 2012

Population : patients dans les USI de niveau 3 (adultes seulement)

Tableau 1. Faits essentiels

Ce tableau présente le nombre de patients sous ventilation mécanique pendant le délai fixé et le nombre total de jours-patient sous ventilation mécanique.

Délai fixé	Nombre de patients Âge : 18-64	Nombre de patients Âge : 64+	Nombre total de patients	Nombre total de jours- patient sous ventilation mécanique	Rapport : Nombre moyen de jours sous ventilation assistée par patient
≥1 jour	51,108	73,565	124,673	568,165	4.56
≥21 jours	1,363	2,707	4,070	141,288	34.71
≥3 mois	22	59	81	11,692	144.3
≥6 mois	5	13	18	4,646	258.1
≥1 an	1	1	2	1,134	567

Remarque : Dans le SISMPC, si un patient est sous assistance ventilatoire pendant <1 jour, le système comptera 1 jour.

- Comme l'indique le tableau ci-dessus, **124 673 patients** ont été ventilés mécaniquement durant le délai fixé. Parmi ceux-ci, **4 070 patients** ont été ventilés mécaniquement pendant 21 jours ou plus.
- **≥21 jours est le point où les patients sont considérés comme étant sous « ventilation mécanique à long terme ».** Les patients dans cette catégorie peuvent être (a) stables sur le plan médical et en attente d'un transfert vers un autre établissement de soins (hors de l'USI), ou (b) non stables sur le plan médical et nécessiter des soins aux malades en phase critique.

Tableau 2. Durée de la ventilation mécanique

Ce tableau présente une comparaison entre les patients qui nécessitent une ventilation mécanique à court terme et ceux qui nécessitent une ventilation à long terme dans les USI de l'Ontario.

Délai fixé	Nombre de patients Âge : 18-64	Nombre de patients Âge : 64+	Nombre total de patients	Nombre total de jours- patient sous ventilation mécanique	Rapport : Nombre moyen de jours sous ventilation assistée par patient
<21 jours	49,745	70,858	120,603	426,877	3.5
Ventilation mécanique à long terme					
≥21 jours	1,363	2,707	4,070	141,288	34.7
≥3 mois	22	59	81	11,692	144.3
≥6 mois	5	13	18	4,646	258.1

- Les patients sous assistance ventilatoire pendant <21 jours sont généralement restés dans les USI **5,75 journées** (durée moyenne du séjour).
- Les patients sous assistance ventilatoire pendant ≥21 jours (patients sous AVP) ont nécessité un total de **141 288 journées de ventilation**.
- Pendant la période de temps, **81 patients** ont été sous assistance ventilatoire pendant ≥3 mois et nécessité **11 692 jours-patient sous ventilation mécanique**. Si ces 81 patients avaient pu être traités comme des patients sous assistance ventilatoire à court terme et transférés dans une autre unité de soins (à l'extérieur de l'USI), où on leur aurait fourni de l'assistance ventilatoire d'appoint, on aurait pu admettre un minimum de **1 952 patients** de plus dans les unités des soins intensifs.

Remarque

Nombre de patients admis =

(Nombre total de jours-patient sous ventilation mécanique pour les patients sous assistance ventilatoire durant ≥3 mois) / (Durée moyenne du séjour des patients qui étaient sous ventilation mécanique durant <21 jours)

= 11 692/5,75 = 2 033

Patients admis de plus = 2 033 - 81 = 1 952

- Pendant la période de temps, **18 patients** ont été sous assistance ventilatoire pendant ≥ 6 mois et nécessité **4 646 jours-patient sous ventilation mécanique**. Si ces 18 patients avaient pu être traités comme des patients sous assistance ventilatoire à court terme et transférés dans une autre unité de soins (à l'extérieur de l'USI), où on leur aurait fourni de l'assistance ventilatoire d'appoint, on aurait pu admettre un minimum de **790 patients** de plus dans les unités des soins intensifs.

Remarque

Nombre de patients admis =

(Nombre total de jours-patient sous ventilation mécanique pour les patients sous assistance ventilatoire durant ≥ 6 mois) /

(Durée moyenne du séjour des patients qui étaient sous ventilation mécanique durant < 21 jours)

= $4\,646 / 5,75 = 808$

Patients admis de plus = $808 - 18 = 790$

1.4 Présentation de la trousse d'outils

Objectif

Les soins aux patients sous assistance ventilatoire sont un élément fondamental de la pratique clinique dans les USI. La présente trousse d'outils résume les ressources et les pratiques conçues par les centres d'excellence provinciaux en matière de sevrage de la ventilation prolongée et de ventilation à long terme et par d'autres établissements en sevrage et ventilation à long terme. En outre, la trousse fournit des exemples d'outils et de stratégies gagnants pour guider les fournisseurs de soins aux malades en phase critique de l'Ontario qui soignent les patients sous ventilation mécanique.

Public cible

Cette trousse est destinée à l'usage des fournisseurs de soins de santé de première ligne, aux gestionnaires des unités et aux directeurs des soins infirmiers, administratifs et médicaux qui participent directement ou indirectement aux soins aux patients dans un environnement de soins intensifs.

Structure de la trousse d'outils

Le diagramme ci-dessous présente la structure de la trousse et les sujets qui seront abordés dans chaque section.

Sujets traités dans la trousse d'outils

Section 2 Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT	Section 3 Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT	Section 4 Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical
Évaluation des patients prédisposés	Protocole de sevrage	Protocole de mobilisation « Dé-médicalisation » Transfert dans une autre unité de soins

Messages clés de la trousse d'outils

Section 2 : Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT

- Le dépistage précoce des patients aptes au sevrage peut constituer un mécanisme important pour prévenir la ventilation mécanique à long terme.

Section 3 : Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT

- Il faudrait concevoir un plan de soins individualisé axé sur le patient, lequel porterait sur les éléments propres à un programme de sevrage probant.

Section 4 : Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical

- La mobilisation et la « dé-médicalisation » des patients sous VMLT peuvent augmenter la probabilité d'un sevrage réussi et les chances de rétablissement fonctionnel, ce qui permettrait d'écourter leur séjour dans un hôpital de soins actifs et de les transférer dans un établissement plus approprié.

Définitions

Les tableaux ci-dessous présentent les principales définitions qui seront utilisées dans la trousse.

Veillez noter qu'il existe dans la recherche et les études une variété de définitions pour ces termes. Nous nous en tiendrons aux définitions suivantes dans la trousse d'outils.

1. Types de ventilation mécanique

Terme	Définition	Source
Ventilation invasive	Toute forme d'assistance ventilatoire et (ou) de ventilation mécanique invasive	Guide stratégique du Système d'information sur les soins aux malades en phase critique [version 2.0]
Ventilation non invasive	Toute forme d'assistance ventilatoire et (ou) de ventilation mécanique non invasive, p. ex., BiPAP et CPAP	Guide stratégique du Système d'information sur les soins aux malades en phase critique [version 2.0]

2. Intervalles clés pour la ventilation mécanique

Terme	Définition	Source
Patient prédisposé dans l'USI	Patients sous assistance ventilatoire dans l'USI qui pourraient éventuellement nécessiter la ventilation mécanique à long terme.	Comité consultatif de SOSMPC
Ventilation mécanique à long terme	Ventilation durant >21 jours	Tableau de bord équilibré

Veillez prendre note que dans la documentation, les termes « ventilation chronique » ou « ventilation prolongée » peuvent être utilisés pour parler de ventilation mécanique à long terme.

3. Processus associés à la ventilation mécanique

Terme	Définition	Source
Sevrage	On parle de sevrage lorsque le patient est libéré de la ventilation mécanique et qu'il y a reprise durable de la ventilation spontanée. (Cela peut comprendre la transition de la ventilation mécanique invasive à des modes de ventilation mécanique non invasive.)	McConville, J.F., Kress, J.P. « Weaning patients from the ventilator », N Engl J Med, vol. 367, 2012, p. 2233-2239.
Mobilisation	On entend par mobilisation une gamme d'exercices de mobilité, passifs et actifs, les transferts, la marche et la mobilité dans le lit. Les bénéfices de la mobilisation précoce des patients sous ventilation mécanique ont fait l'objet de nombreuses publications.	Schweickert, W.D., Kress, J.P. « Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients in the ICU », Chest, vol. 140, no 6 (2011), p. 1612-1617.

Abréviations

Le tableau ci-dessous présente les principales abréviations qui seront utilisées dans la trousse d'outils.

Abréviations
MS – Mandataire spécial
MSSLG – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
PAAF – Programme des appareils et accessoires fonctionnels
PAV – Parc d'appareils de ventilation
PWC – Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
SOSMPC – Services ontariens des soins aux malades en phase critique
USI – Unité des soins intensifs
VI – Ventilation invasive
VLT – Ventilation à long terme
VMLT – Ventilation mécanique à long terme
VNI – Ventilation non invasive



Dépistage précoce des
patients prédisposés à la VMLT

2. Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT

Objectif de la section

Évaluer rapidement et avec rigueur les patients dans les USI qui sont prédisposés à la ventilation mécanique à long terme.

Outils inclus dans la présente section

- 2.1) Facteurs associés à la ventilation assistée
- 2.2) Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme
- 2.3) Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI
- 2.4) Bilan des prédictions du modèle ProVent

Sujets traités dans la trousse d'outils

Section 2 Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT	Section 3 Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT	Section 4 Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical
<div data-bbox="186 825 423 884" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">Évaluation des patients prédisposés</div>	<div data-bbox="472 825 709 884" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">Protocole de sevrage</div>	<div data-bbox="755 825 992 884" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">Protocole de mobilisation</div> <div data-bbox="755 898 992 957" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">« Dé-médicalisation »</div> <div data-bbox="755 972 992 1031" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">Transfert dans une autre unité de soins</div>

Le dépistage précoce, dans les USI, des patients qui sont prédisposés à la VMLT constitue une étape essentielle afin de mettre à profit toutes les possibilités qui sont offertes d'éviter le recours à la ventilation prolongée. Les outils présentés dans cette section ont pour intention d'aider les fournisseurs de soins aux malades en phase critique à atteindre cet objectif.

Les « patients prédisposés » sont ceux qui ne nécessitent pas encore la VMLT. Voici quelques affections qui présentent des risques pour les patients :

- « Troubles chroniques associés à l'insuffisance respiratoire récurrente, y compris la maladie du parenchyme pulmonaire, la plus courante étant la BPCO, la restriction thoracique (cypho-scoliose) et l'insuffisance ventilatoire non obstructive due à des maladies neuromusculaires dégénératives.
- Échec répété du sevrage après une insuffisance respiratoire aiguë liée à une maladie grave. L'échec peut être imputable à une faiblesse neuromusculaire acquise et à une maladie pulmonaire aiguë et (ou) au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SRAS) chez les patients qui n'ont pas d'antécédents de maladie respiratoire, ou conjugué avec une morbidité antérieure.
- Ventilation spontanée absente ou gravement déficiente, comme dans le cas du syndrome d'hypoventilation chez les obèses et de l'hypoventilation consécutive au ralentissement du débit ventilatoire central et à des lésions dans la partie supérieure de la moelle épinière ».

Source : <http://www.stmichaelshospital.com/crich/sru/sru-ventilation>

Aperçu des outils d'évaluation

2.1) Facteurs associés à la ventilation assistée

Nom de l'outil	Facteurs associés à la ventilation assistée (page 20)
Objectif de l'outil	Identifier les facteurs qui sont potentiellement réversibles ou médicalement optimisés et qui peuvent mener à la ventilation assistée.
Utilisation prévue	Il est important de cerner l'étiologie de la ventilation assistée pour développer des stratégies visant à libérer les patients de la ventilation mécanique. Il est évident que de nombreux facteurs influent sur la ventilation assistée, c'est pourquoi les professionnels des soins aux malades en phase critique peuvent utiliser cet outil pour identifier les facteurs potentiellement réversibles.
Source	MacIntyre NR, Epstein SK, Carson S, et coll. « Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: report of a NAMDRC consensus conference », Chest, vol. 128, 2005, p. 3937-3954.

2.2) Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme

Nom de l'outil	Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme (page 21)
Objectif de l'outil	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le dépistage et l'évaluation précoces des patients prédisposés • Optimiser les chances de réussite du sevrage • Confirmer la nécessité d'une ventilation à long terme à l'extérieur de l'USI
Utilisation prévue	L'équipe interprofessionnelle de l'USI peut utiliser cet outil comme liste de contrôle hebdomadaire afin de faciliter une prise de décision visant des soins de haute qualité axés sur le patient et d'améliorer le dépistage précoce; pour favoriser la réussite du sevrage; et pour évaluer la nécessité de la ventilation à long terme à l'extérieur de l'USI.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée [Toronto East General Hospital]

2.3) Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI

Nom de l'outil	Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI (page 26)
Objectif de l'outil	Identifier les patients qui risquent de demeurer à long terme dans l'USI et se préparer de façon appropriée à leur fournir des soins et à gérer leur traitement.
Utilisation prévue	Cet outil peut servir à évaluer les patients et à déterminer les mesures à prendre ou les consultations qui sont appropriées pour ceux qui sont stables sur le plan médical et dont le séjour réel ou anticipé à l'USI est >/21 jours ou pour les patients qui pourraient nécessiter une trachéostomie.
Source	London Health Sciences Centre

2.4) Bilan des prédictions du modèle ProVent

Nom de l'outil	Bilan des prédictions du modèle ProVent (page 27)
Objectif de l'outil	Identifier les patients nécessitant une ventilation mécanique prolongée et qui présentent un risque élevé de décéder au cours des 12 prochains mois.
Utilisation prévue	Cet outil peut être utilisé le jour 21 de la ventilation mécanique. Combiné au jugement clinique, ce modèle peut améliorer l'aptitude des cliniciens à évaluer les résultats probables du traitement et à adapter les soins afin d'atteindre des objectifs axés sur le patient.
Source	Carson SS, Kahn JM, Hough CL, Seeley EJ, White DB, Douglas IS, Cox CE, Caldwell E, Bangdiwala SI, Garrett JM, Rubenfeld GD; ProVent Investigators. « A multicenter mortality prediction model for patients receiving prolonged mechanical ventilation », Crit Care Med, vol. 40, no 4 (avril 2012), p. 1171-6.

2.1) Facteurs associés à la ventilation assistée



Nom de l'outil	Facteurs associés à la ventilation assistée
Objectif de l'outil	Identifier les facteurs qui sont potentiellement réversibles ou médicalement optimisés et qui peuvent mener à la ventilation assistée.
Utilisation prévue	Il est important de cerner l'étiologie de la ventilation assistée pour développer des stratégies visant à libérer les patients de la ventilation mécanique. Il est évident que de nombreux facteurs influent sur la ventilation assistée, c'est pourquoi les professionnels des soins aux malades en phase critique peuvent utiliser cet outil pour identifier les facteurs potentiellement réversibles.
Source	MacIntyre NR, Epstein SK, Carson S, et coll. « Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: report of a NAMDRG consensus conference », Chest, vol. 128, 2005, p. 3937-3954.

Identifier les facteurs réversibles à l'aide du tableau ci-dessous.

Facteurs systémiques
Maladies chroniques comorbides (p. ex., malignité, BPCO, immunosuppression) Gravité de la maladie Insuffisance organique non pulmonaire Déficit nutritionnel
Facteurs mécaniques
Travail respiratoire accru Capacité réduite des muscles respiratoires Polyneuropathie liée à une maladie grave Myopathie stéroïdienne Myopathie liée à l'inactivité Nerf phrénique isolé/lésion diaphragmatique (p. ex., après intervention chirurgicale) Déséquilibre entre le travail respiratoire accru et la capacité des muscles respiratoires Obstruction des voies aériennes supérieures (p. ex., sténose de la trachée) empêchant le retrait de la canule
Facteurs iatrogéniques
Défaut de reconnaître le potentiel de retrait Réglage inadéquat du ventilateur entraînant un débit trop fort/inconfort Travail respiratoire imposé par des sondes de trachéostomie Erreurs médicales
Complications de soins à long terme à l'hôpital
Aspiration récurrente Infection (p. ex., pneumonie, septicémie) Ulcères liés au stress Thrombose veineuse profonde Autres problèmes médicaux survenant dans l'unité fournissant des soins en VMP
Facteurs psychologiques
Sédation Délire Dépression Anxiété Manque de sommeil
Facteurs liés aux processus de soins
Absence de protocoles de sevrage (et de sédation) Personnel infirmier inadéquat Expérience insuffisante du médecin

2.2) Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme



Nom de l'outil	Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme
Objectif de l'outil	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le dépistage et l'évaluation précoces des patients prédisposés • Optimiser les chances de réussite du sevrage • Confirmer la nécessité d'une ventilation à long terme à l'extérieur de l'USI
Utilisation prévue	L'équipe interprofessionnelle de l'USI peut utiliser cet outil comme liste de contrôle hebdomadaire afin de faciliter une prise de décision visant des soins de haute qualité axés sur le patient et d'améliorer le dépistage précoce; pour favoriser la réussite du sevrage; et pour évaluer la nécessité de la ventilation à long terme à l'extérieur de l'USI.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée [Toronto East General Hospital]

La liste de contrôle de la page suivante couvre les sujets qui sont abordés plus loin dans d'autres sections de la trousse d'outils (c.-à-d., protocoles de sevrage et de transition). Pour ce qui est de l'évaluation, reportez-vous à la section 1 seulement.

Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme – 2013 Patient _____

Jour 1 Ventilation (jj/mm/aa) □□/□□/□□ Semaine 2 3 4 5 6 7 8 9 10__ À remplir toutes les semaines par l'équipe interprofessionnelle de l'USI

1. Confirmation de la ventilation mécanique prolongée (VMP)

	Oui	Non
Le patient est-il stable sur le plan médical, mise à part l'assistance ventilatoire? (Dans la négative, arrêtez-vous ici)MC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs réversibles identifiés par l'équipe? (Voir page suivante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de VMP confirmé? (Dans la négative, arrêtez-vous ici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le pronostic et les traitements possibles ont été communiqués au patient/à la famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si le pronostic et les objectifs sont imprécis, on a consulté les soins palliatifs pour obtenir de l'aide (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Optimiser les chances de réussite du sevrage

	Oui	Non
Transfert des soins vers un centre, une unité ou une équipe interprofessionnels spécialisés? (si faisable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction bulbaire intacte confirmée chez les patients atteints d'une maladie neuromusculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, a-t-on envisagé l'extubation pour une ventilation continue non invasive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Tableau individualisé de planification des soins pour le sevrage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la communication avec le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la mobilisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la nutrition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la sédation minimale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'état psychologique (anxiété, délire, dépression, sommeil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continuité du plan de sevrage assurée		
d'un jour à l'autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la semaine à la fin de semaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de semaine en semaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de la semaine précédente, sur une base quotidienne		
Progrès notés sur un tableau de sevrage auquel toute l'équipe a accès?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les progrès réalisés par rapport aux cibles de la veille en matière de sevrage ont été évalués chaque matin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient mobilisé progressivement, mouvements passifs à actifs, y compris une ambulation quotidienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raison documentée pour chaque échec de sevrage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseil d'expert obtenu du centre pour le sevrage de la ventilation prolongée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Confirmer le besoin de ventilation mécanique à long terme (VMLT)

	Oui	Non
Multiples échecs de sevrage en dépit des soins optimisés et des conseils d'experts?(Dans la négative, allez à la section précédente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le pronostic et les traitements possibles ont été communiqués au patient/à la famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si le pronostic et les objectifs sont imprécis, on a consulté les soins palliatifs pour obtenir de l'aide (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cas échéant, transition vers les soins palliatifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de VMLT à l'extérieur de l'USI confirmé? (Voir la définition à la page suivante) (Dans la négative, arrêtez-vous ici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocoles de transition vers les soins en VMLT mis en œuvre pour

la ventilation non invasive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la VMLT invasive dans la collectivité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la VMLT invasive en établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le transfert des soins vers un centre, une unité ou une équipe spécialisés en VMLT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on obtenu des conseils d'experts pour la VMLT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme – 2013 Patient _____
 Jour 1 Ventilation (jj/mm/aa) □□/□□/□□ Semaine 2 3 4 5 6 7 8 9 10__ À remplir toutes les semaines par l'équipe interprofessionnelle de l'USI

Des soins actifs à la ventilation prolongée

Critères clés*

- (1) Patient stable sur le plan physiologique
- (2) Tentatives de sevrage infructueuses et répétées
- (3) Tenir compte des désirs du patient

Autres aspects à prendre en considération*

- Caractéristiques du patient (maladie sous-jacente, comorbidité et état cognitif)
- Diagnostic et pronostics
- Qualité de vie anticipée
- Prise en compte de la motivation du patient et de la famille
- Mise en œuvre d'un plan de sevrage de la ventilation

De la ventilation prolongée à la ventilation à long terme

Critères clés*

- (1) Patient stable sur le plan physiologique
- (2) Mise en œuvre d'un plan de transition
- (3) Examiner la possibilité d'interrompre les soins
- (4) Acceptation et motivation du patient fondées sur un choix éclairé

Autres aspects à prendre en considération *

- Reconnaître que la nécessité de la ventilation mécanique (invasive ou non invasive) est indéterminée
- Redéfinir les objectifs des soins
- Aptitude de l'équipe à fournir les soins, y compris les ressources adaptées et un placement de transition
- Pronostic pour le patient, diagnostic et qualité de vie
- Soins que nécessite le patient qui pourraient être gérés dans la collectivité ou par un centre de soins de longue durée
- Motivation de la famille

*tiré d'un sondage Delphi canadien 2013

Facteurs associés à la ventilation assistée

(Identifier les facteurs réversibles d'après la liste ci-dessous)

Facteurs systémiques

- Maladies chroniques comorbides (p. ex., malignité, BPCO, immunosuppression)
- Gravité de la maladie
- Insuffisance organique non pulmonaire
- Déficit nutritionnel

Facteurs mécaniques

- Travail respiratoire accru
- Capacité réduite des muscles respiratoires
 - Polyneuropathie liée à une maladie grave
 - Myopathie stéroïdienne
 - Myopathie liée à l'inactivité
 - Nerf phrénique isolé/lésion diaphragmatique (p. ex., après intervention chirurgicale)
- Déséquilibre entre le travail respiratoire accru et la capacité des muscles respiratoires
- Obstruction des voies aériennes supérieures (p. ex., sténose de la trachée) empêchant le retrait de la canule

Facteurs iatrogéniques

- Défaut de reconnaître le potentiel de retrait
- Réglage inadéquat du ventilateur entraînant un débit trop fort/inconfort
- Travail respiratoire imposé par des sondes de trachéostomie
- Erreurs médicales

Complications de soins à long terme à l'hôpital

- Aspiration récurrente
- Infection (p. ex., pneumonie, septicémie)
- Ulcères liés au stress
- Thrombose veineuse profonde
- Autres problèmes médicaux survenant dans l'unité fournissant des soins en VMP

Facteurs psychologiques

- Sédation
- Délire
- Dépression
- Anxiété
- Manque de sommeil

Facteurs liés aux processus de soins

- Absence de protocoles de sevrage et de sédation
- Personnel infirmier inadapté
- Expérience insuffisante du médecin

Référence : MacIntyre NR, Epstein SK, Carson S, et coll. « Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: report of a NAMDRC consensus conference », *Chest*, vol. 128, 2005, p. 3937-3954.

De l'extubation à la ventilation continue non invasive

Bach JR, Goncalves MR, Hamdani I MD, Joao Carlos Winck JC. « Extubation of Patients with Neuromuscular Weakness: A New Management Paradigm », *Chest*, vol. 137, no 5 (2010), p. 1033-103.

Conseils d'experts

Toronto East General Hospital - Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée

416-469-6580 x6841, pwc@tegh.on.ca
 Site Web : www.tegh.on.ca

West Park Healthcare Centre – Centre d'excellence pour la ventilation à long terme

416-243-3600 x2063, donna.renzetti@westpark.org
 Site Web : www.westpark.org

Le Centre de réadaptation - CANVent Respiratory Rehabilitation Services

613-737-8899 x75318, dmckim@ottawahospital.on.ca
 Site Web : www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/ClinicalServices/DeptPgrmCS

London Health Sciences Centre (EICU)

519-685-8500 #35799, cathy.mawdsley@lhsc.on.ca
 Site Web : http://www.lhsc.on.ca/Patients_Families_Visitors/ICU/Bay_6.htm

Synthèse – Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme

La liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme a été conçue par l'équipe du Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée du Toronto East General Hospital afin de faciliter une prise de décision visant des soins de haute qualité axés sur le patient.

La liste de contrôle vise à :

- faciliter le dépistage précoce des patients prédisposés à la ventilation mécanique prolongée;
- optimiser le sevrage afin de réduire le besoin de ventilation mécanique à long terme;
- et à améliorer les résultats pour les patients ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie, le cas échéant.

La liste de contrôle a été conçue de manière à être remplie toutes les semaines par l'équipe interprofessionnelle de l'USI, et ce, afin de normaliser et mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de soins.

La liste de contrôle comprend trois parties séquentielles :

1. Confirmer la ventilation mécanique prolongée
2. Optimiser les chances de réussite du sevrage
3. Confirmer la nécessité d'une ventilation mécanique à long terme

REMARQUE : Si le patient est en phase critique ou aux soins palliatifs, la priorité devrait être accordée à ces soins et l'équipe ne devrait pas utiliser cette liste de contrôle.

Étape 1 : Confirmer la ventilation mécanique prolongée

- Avant le jour 21 du séjour à l'USI (souvent pendant la deuxième semaine d'un séjour à l'USI), les cliniciens chevronnés devraient évaluer le patient pour savoir s'il est prédisposé à la ventilation mécanique prolongée. Cette évaluation vient souvent de pair avec la décision d'effectuer une trachéostomie. Dans le cadre de cette démarche préventive de sevrage normalisé en phase critique (**voir l'Annexe E relative à la prévention de la PVA/ICC**), les facteurs potentiellement réversibles menant à la ventilation assistée devraient être évalués et gérés¹ (**voir l'outil 2.1**). Cette liste devrait servir de guide et non pas se substituer à l'expertise et au jugement du clinicien. Le dépistage en matière de ventilation prolongée peut aussi se faire à l'aide d'une autre liste de contrôle (**voir l'outil 2.3**).
- Si le patient est fortement prédisposé à la ventilation mécanique prolongée selon un jugement clinique s'appuyant sur une échelle de pronostic validée² (**voir l'outil 2.4**), cette évaluation devrait être portée au dossier médical et communiquée au patient ou au mandataire spécial.
- Comme la survie à long terme et la diminution de la qualité de vie sont souvent des aspects très réels pour ces patients, il est important d'informer le patient ou le mandataire spécial de ces résultats à long terme potentiels. Toute discussion sur les objectifs des soins à long terme devrait être consignée au dossier.

1 MacIntyre NR, Epstein SK, Carson S, et coll. « Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: report of a NAMDRG consensus conference », *Chest*, vol. 128, 2005, p. 3937-3954.

2 Carson, S. S., J. M. Kahn, et coll. « A multicenter mortality prediction model for patients receiving prolonged mechanical ventilation », *Critical Care Medicine*, vol. 40, no 4 (2012), p. 1171-1176. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395423/>

- Dans le cadre de la conversation continue avec le patient ou le mandataire spécial, il est utile de noter les objectifs du patient en matière de soins ainsi que la possibilité que le traitement actuel permette de les atteindre. Si le pronostic ou les objectifs sont imprécis, il peut être utile de consulter l'unité des soins palliatifs pour aider à prendre une décision, à contrôler les symptômes ainsi que pour faciliter la communication.

Étape 2 : Optimiser les chances de réussite du sevrage

Pour de l'information sur le sevrage, veuillez consulter la Section 3 : Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT.

Étape 3 : Confirmer la nécessité d'une ventilation à long terme

- Avant que l'équipe de soin et le patient confirment la nécessité d'une ventilation à long terme à l'extérieur de l'USI, il est essentiel que la stabilité des maladies comorbides soit établie et qu'il y ait confirmation de l'échec de multiples tentatives de sevrage avec des soins optimisés. Si des doutes persistent quant à ces dernières, on peut consulter le Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée du Toronto East General Hospital.
- Comme le pronostic peut être sombre en ce qui concerne la survie et qu'il peut y avoir un effet négatif sur la qualité de vie, il est important d'informer le patient et la famille de ces résultats potentiels. Dans le cadre de la conversation continue avec le patient, il est aussi important de noter les objectifs du patient en matière de soins ainsi que la possibilité que le traitement actuel permette de les atteindre. Si le pronostic ou les objectifs sont imprécis, il peut être utile de consulter l'unité des soins palliatifs pour aider à prendre une décision, à contrôler les symptômes et pour faciliter la communication.
- Si le patient (ou le mandataire) opte pour la ventilation à long terme et que le patient est stable sur le plan médical (ne nécessite pas de soins actifs continus dans l'USI), il devrait être transféré le plus tôt possible dans un endroit à l'extérieur de l'USI qui est en mesure de fournir des soins continus. Il faudrait contacter des experts locaux ou provinciaux pour faciliter ce transfert aussitôt qu'il y a confirmation.
- Confirmer la présence ou l'absence de ventilation non invasive avant l'admission aux soins aux malades en phase critique. Les tentatives de sevrage complet seront inappropriées si la ventilation nocturne était nécessaire avant l'admission.
- Les protocoles de transition pour faciliter le transfert vers des installations de soins non actifs ou la collectivité devraient être mis en œuvre dans l'USI avant le transfert.

2.3) Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI



Nom de l'outil	Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI
Objectif de l'outil	Identifier les patients qui risquent de demeurer à long terme dans l'USI et se préparer de façon appropriée à leur fournir des soins et à gérer leur traitement.
Utilisation prévue	Cet outil peut servir à évaluer les patients et à déterminer les mesures à prendre ou les consultations qui sont appropriées pour ceux qui sont stables sur le plan médical et dont le séjour réel ou anticipé à l'USI est >/= 21 jours ou pour les patients qui pourraient nécessiter une trachéostomie.
Source	London Health Sciences Centre

Outil de dépistage relatif au séjour à long terme dans les USI

Date du dépistage : _____ (JJ/MM/AAAA)		Date d'admission à l'USI : _____ (JJ/MM/AAAA)	
Date d'admission à l'hôpital : _____ (JJ/MM/AAAA)		Âge : _____	
Section A : A-t-on reconnu un ou plusieurs des prédicteurs suivants?		Prédicteurs reconnus	
<input type="checkbox"/> Séjour actuel à l'USI >/= 21 jours <input type="checkbox"/> Séjour prévu à l'USI >/= 21 jours <input type="checkbox"/> Trachéostomie prévue à l'USI dans les 7 prochains jours		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Section B : Identification d'au moins UNE des catégories de maladies suivantes?		Morbidité reconnue	
Avant l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire/de la moelle épinière <input type="checkbox"/> Soins respiratoires avant l'admission à l'hôpital <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive (p. ex., BiPAP) <input type="checkbox"/> Ventilation invasive <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Trachéostomie Hospitalisation actuelle <input type="checkbox"/> Neuromyopathie liée à une maladie grave (très probable ou confirmée) <input type="checkbox"/> Traumatisme médullaire <input type="checkbox"/> Infusion d'un bloqueur neuromusculaire > 2 jours <input type="checkbox"/> Faiblesse/paralysie phrénique/diaphragmatique (très probable ou confirmée)		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Section C : Identification de TROIS des catégories de maladies suivantes?		Morbidité reconnue	
<input type="checkbox"/> Déclin cognitif chronique <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Aspirations récurrentes <input type="checkbox"/> Plaies complexes/plaies abdominales ouvertes <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive <input type="checkbox"/> Obésité morbide <input type="checkbox"/> TCRR/dialyse <input type="checkbox"/> BPCO /emphysème <input type="checkbox"/> Échec d'une extubation <input type="checkbox"/> Blessure grave au cerveau (p. ex., hémorragie sous-arachnoïdienne, AVC, encéphalopathie, etc.)		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Commentaires/observations :			
Section D : Détermination du statut de malade en phase critique chronique		Action	
<input type="checkbox"/> « Oui » à la section A ou B		<input type="checkbox"/> Consultation exigée	<input type="checkbox"/> Aviser l'infirmière clinicienne spécialiste de l'USI
<input type="checkbox"/> « Oui » à la section C seulement		Réévaluer dans 7 jours, le Date : _____ (JJ/MM/AAAA)	

2.4) Bilan des prédictions du modèle ProVent



Nom de l'outil	Bilan des prédictions du modèle ProVent
Objectif de l'outil	Identifier les patients nécessitant une ventilation mécanique prolongée et qui risquent de décéder au cours des 12 prochains mois.
Utilisation prévue	Cet outil peut être utilisé le jour 21 de la ventilation mécanique. Combiné au jugement clinique, ce modèle peut améliorer l'aptitude des cliniciens à évaluer les résultats probables du traitement et à adapter les soins afin d'atteindre des objectifs axés sur le patient.
Source	Carson SS, Kahn JM, Hough CL, Seeley EJ, White DB, Douglas IS, Cox CE, Caldwell E, Bangdiwala SI, Garrett JM, Rubinfeld GD; ProVent Investigators. « A multicenter mortality prediction model for patients receiving prolonged mechanical ventilation », Crit Care Med, vol. 40, no 4 (avril 2012) p. 1171-6.

Score au jour 21 dans le modèle de prédiction de mortalité de ProVent

Utilisez le tableau ci-dessous pour attribuer des points aux patients le jour 21 de la ventilation mécanique. Par exemple, un patient de plus de 65 ans (2 points) suivant un traitement vasopresseur (1 point) et dialysé par hémodialyse (1 point) obtiendra un score total de 4 points dans le modèle ProVent.

Les scores peuvent varier de 0 à 5.

Variable nominale	Points	Jour 21 de la ventilation mécanique
Âge ≥ 65 ans	2	
Âge : 50 à 65 ans	1	
Plaquettes = 150 x 10 ⁹ /L	1	
Vasopresseurs	1	
Hémodialyse	1	
	Total	

Lorsque vous avez obtenu le score, utilisez le tableau ci-dessous pour déterminer la mortalité après un an selon les indicateurs ProVent.

Score ProVent	Nombre de patients	Pourcentage de mortalité observé (intervalle de confiance à 95 %)
0	72	20 (10-29)
1	60	36 (24-48)
2	78	56 (45-68)
3	36	81 (67 -94)
4 ou 5	14	100 (77-100)

*Remarque : les valeurs présentées sous la vedette « Nombre de patients » sont à titre d'exemple seulement.

Message clé – Section 2

Le dépistage précoce des patients en vue du sevrage peut être un mécanisme important pour prévenir la ventilation mécanique à long terme.



Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT

3. Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT

Objectif de la section

Optimiser le sevrage pour les patients qui nécessitent la ventilation mécanique à long terme dans les établissements de soins actifs.

Outils inclus dans la section

- 3.1) Protocoles de sevrage
- 3.2) Tableau de sevrage

Sujets traités dans la trousse d'outils

Section 2 Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT	Section 3 Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT	Section 4 Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;">Évaluation des patients prédisposés</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;">Protocole de sevrage</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;">Protocole de mobilisation</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;">« Dé-médicalisation »</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;">Transfert dans une autre unité de soins</div>

Optimiser les chances de réussite du sevrage

- Il est plus probable de réussir le sevrage si on optimise le traitement de toute maladie comorbide ou si on contrôle les facteurs influant sur le besoin d'une ventilation prolongée.
- Bien que les données soient imprécises, il est raisonnable de transférer les soins du patient dans un autre établissement où la priorité est accordée à la réussite du sevrage et à la réadaptation. Selon les circonstances, cela pourrait signifier un transfert vers : (1) un centre de sevrage spécialisé interprofessionnel situé à l'extérieur de l'établissement d'origine; (2) une équipe spécialisée dans la même USI; ou (3) une unité dans le même établissement.
- Le site Web du Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (www.tegh.on.ca) offre du matériel utile pour les soins cliniques et la recherche clinique, y compris un formulaire de pré évaluation pour l'aiguillage, les critères d'admission, un formulaire de demande d'admission et une liste de contrôle pour assurer la sécurité pendant le transfert. Comme l'engagement des familles influe souvent positivement sur les résultats chez ces patients, vous y trouverez également un questionnaire pour la famille à l'admission et un registre où consigner les notes des rencontres (remerciement à l'équipe de l'USI du London Health Sciences Centre) (**voir l'Annexe B**).

- En ce qui concerne les patients avec une maladie neuromusculaire et une fonction bulbaire intacte, on peut envisager une autre stratégie de sevrage consistant à effectuer l'extubation pour passer à la ventilation non invasive continue.³ Le programme CANVent à l'Université d'Ottawa avec cette approche.
- Il faudrait mettre au point un plan de soins individualisé axé sur le patient et rigoureusement documenté, lequel comprendrait les éléments propres à un programme de sevrage probant, y compris non seulement des stratégies de sevrage mais également la communication, la mobilisation, la nutrition, la sédation minimale et la gestion de l'état psychologique des patients (c.-à-d., anxiété, délire, dépression, sommeil). Selon de nouvelles données, le sevrage du masque de trachéostomie au contraire du sevrage de l'aide respiratoire peut écourter la ventilation dans ce sous-groupe de patients.⁴ Vous trouverez des exemples de protocoles de sevrage et de mobilisation du Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée dans les sections 3 et 4 (voir les outils 3.1 et 4.1).
- La trousse d'outils pour la prévention de la pneumonie par ventilation assistée et des infections par cathéter central (PVA/ICC) offre un résumé des interventions axées sur la sécurité des patients qui devraient se poursuivre dans ce groupe de patients (voir l'Annexe E pour de plus amples renseignements).
- Conformément aux recommandations relatives à une liste de contrôle quotidienne pour les USI, le fait de fixer chaque jour des objectifs et de noter les progrès en matière de sevrage pour mettre cette information à la disposition de l'équipe interprofessionnelle assure la continuité de l'approche et permet de cerner rapidement tout changement dans l'état du patient. On peut, pour ce faire, utiliser un tableau blanc, une représentation graphique du sevrage (voir l'outil 3.2) ou un dossier de santé électronique équivalent. En évaluant tôt, chaque matin, les progrès réalisés par rapport aux cibles de la veille en matière de sevrage et de mobilisation, on optimisera aussi le sevrage.
- Le fait de documenter les raisons de l'échec des tentatives de sevrage permettra d'identifier les facteurs réversibles, de prévenir la répétition des stratégies infructueuses et de mieux déterminer les pronostics. Aucune donnée n'indique quel nombre de tentatives infructueuses avec soins optimisés prédit l'impossibilité du sevrage, bien qu'un nombre croissant d'échecs donne à penser qu'il pourrait être irréalisable.
- Pour toute question concernant l'optimisation du sevrage ou la facilitation du transfert vers un centre spécialisé, vous pouvez obtenir un conseil d'expert du Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (416-469-6580 poste 6841, téléc. : 416-469-6611, courriel : pwc@tegh.on.ca, website: www.tegh.on.ca)
- L'objectif du protocole de mobilisation (voir l'outil 4.1) est de mobiliser en toute sécurité et au maximum de leur capacité les patients nécessitant la ventilation, et ce, afin d'augmenter la probabilité d'un sevrage réussi et d'un rétablissement fonctionnel, permettant ainsi de réduire leur séjour dans un hôpital de soins actifs.

³ Bach JR, Goncalves MR, Hamdani I MD, Joao Carlos Winck JC. « Extubation of patients with neuromuscular weakness: a new management paradigm », *Chest*, vol. 137, no 5 (2010), p. 1033-9.

⁴ Jubran A, Grant BJB, Duffner LA, Collins EG, Lanuza DM, Hoffman LA, Tobin MJ. « Effect of Pressure Support vs Breathing Through a Tracheostomy Collar on Weaning Duration in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: A Randomized Trial », *JAMA*, vol. 309, no 7 (2013). doi:10.1001/jama.2013.159

Aperçu des outils de sevrage

3.1) Protocoles de sevrage

Nom de l'outil	Protocoles de sevrage (page 33)
Objectif de l'outil	Présenter de façon détaillée une séquence d'étapes et de stratégies visant à diminuer la durée de la ventilation mécanique pour les patients.
Utilisation prévue	Ces protocoles ont pour but de fournir aux cliniciens des conseils sur les étapes à suivre dans le processus d'interrompre la ventilation mécanique et de donner au patient une chance de montrer qu'il peut respirer sans aide.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

3.2) Tableau de sevrage

Nom de l'outil	Tableau de sevrage (page 36)
Objectif de l'outil	Dresser un tableau des progrès du patient durant le sevrage.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser le tableau pour enregistrer de l'information sur l'évaluation quotidienne de l'état de préparation du patient en vue de diminuer la durée de la ventilation mécanique.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

3.1) Protocoles de sevrage



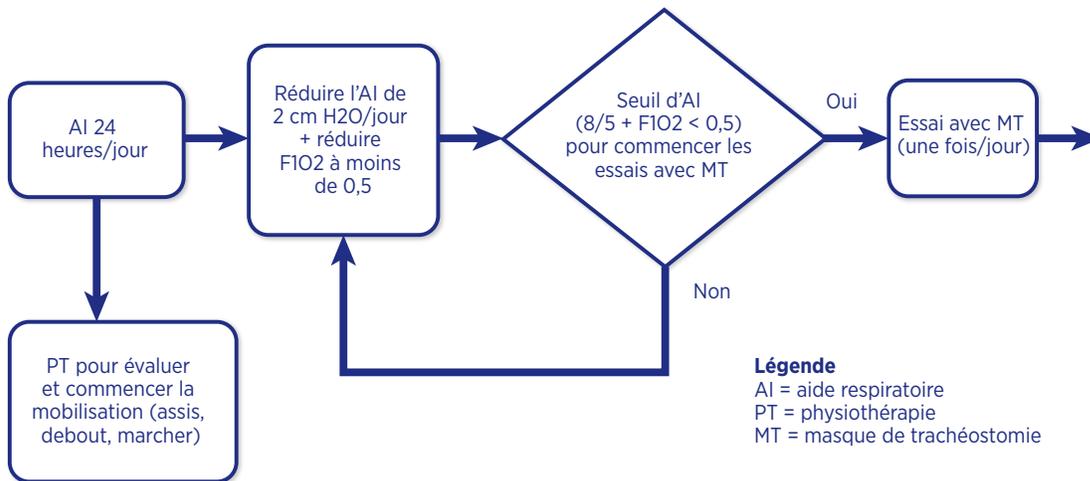
Nom de l'outil	Protocoles de sevrage
Objectif de l'outil	Présenter de façon détaillée une séquence d'étapes et de stratégies visant à diminuer la durée de la ventilation mécanique pour les patients.
Utilisation prévue	Ces protocoles ont pour but de fournir aux cliniciens des conseils sur les étapes à suivre dans le processus d'interrompre la ventilation mécanique et de donner au patient une chance de montrer qu'il peut respirer sans aide.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

Veillez consulter l'Annexe D – Rôle de la trachéostomie

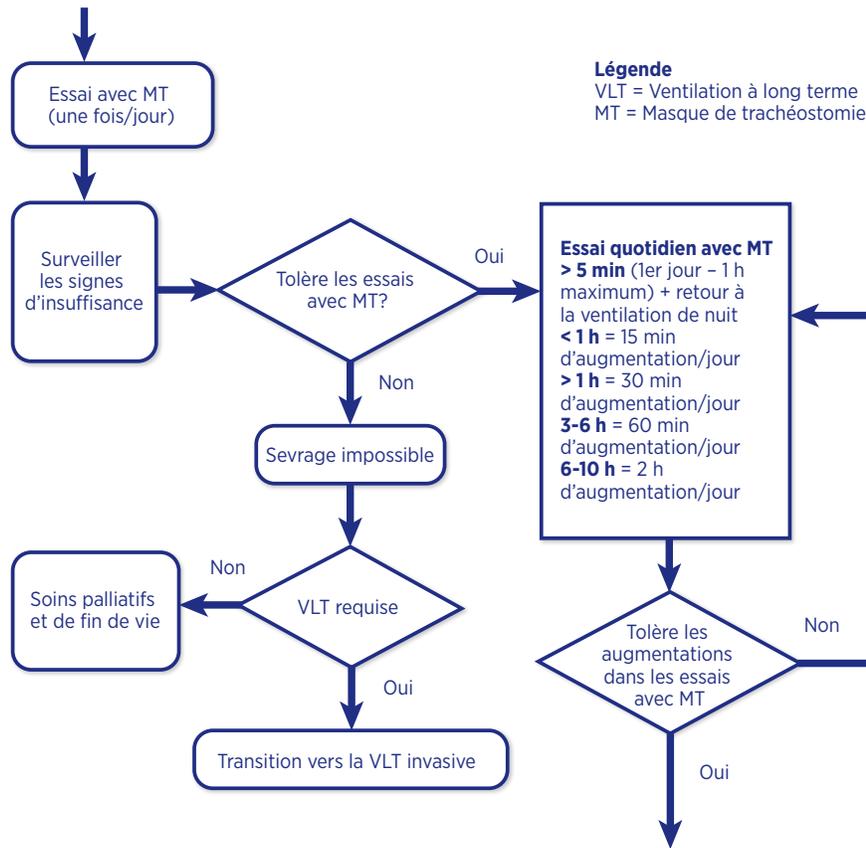
Protocole de sevrage (par l'intermédiaire d'un masque de trachéostomie)



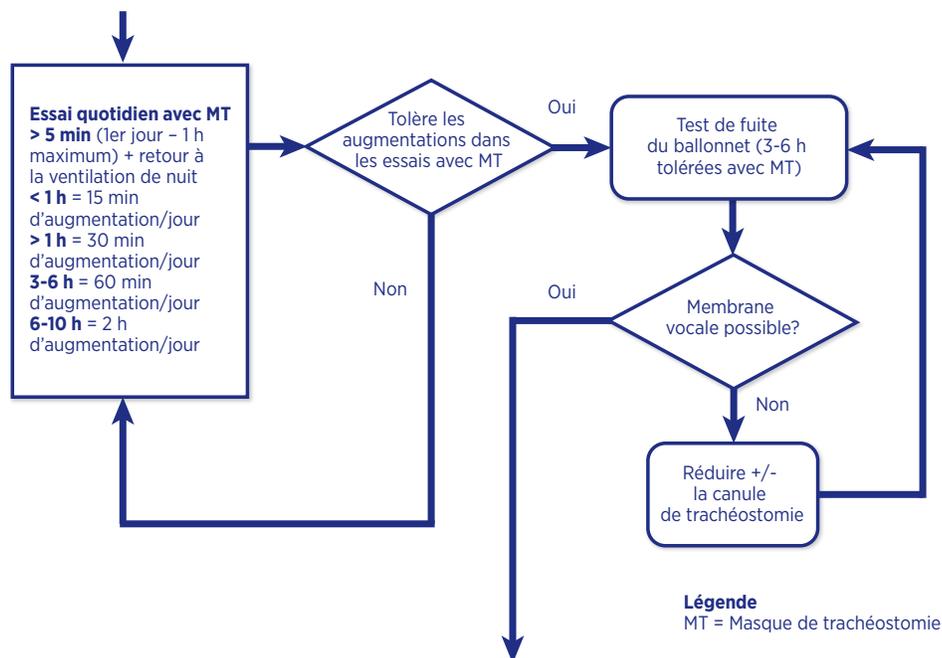
Étape 1 : Réduire l'aide respiratoire



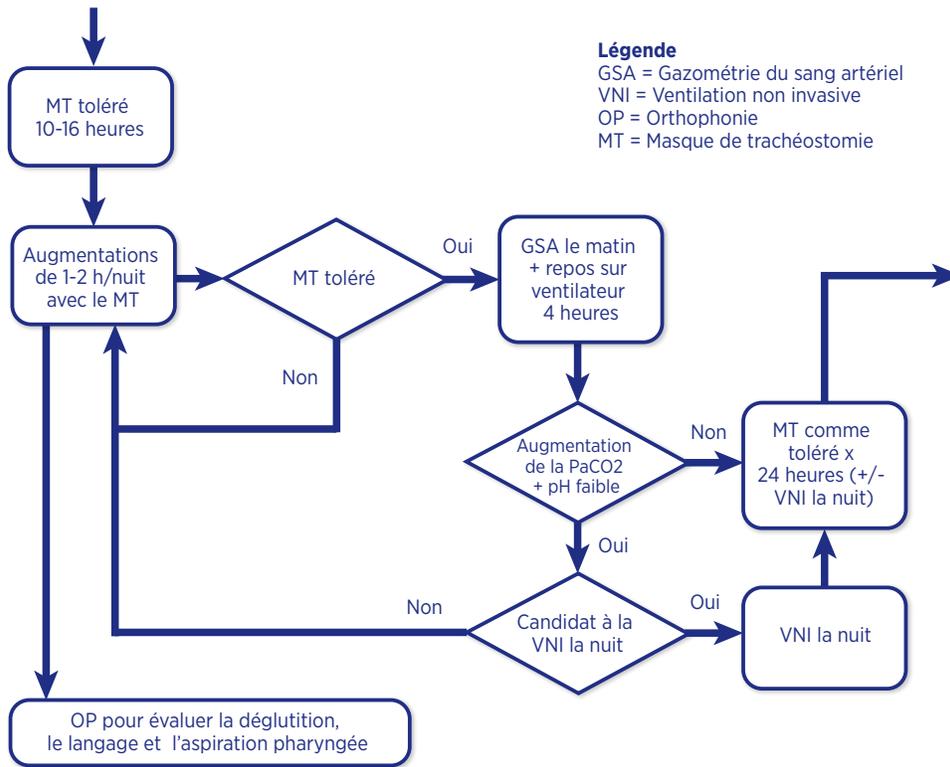
Étape 2 : Essais avec masque de trachéostomie



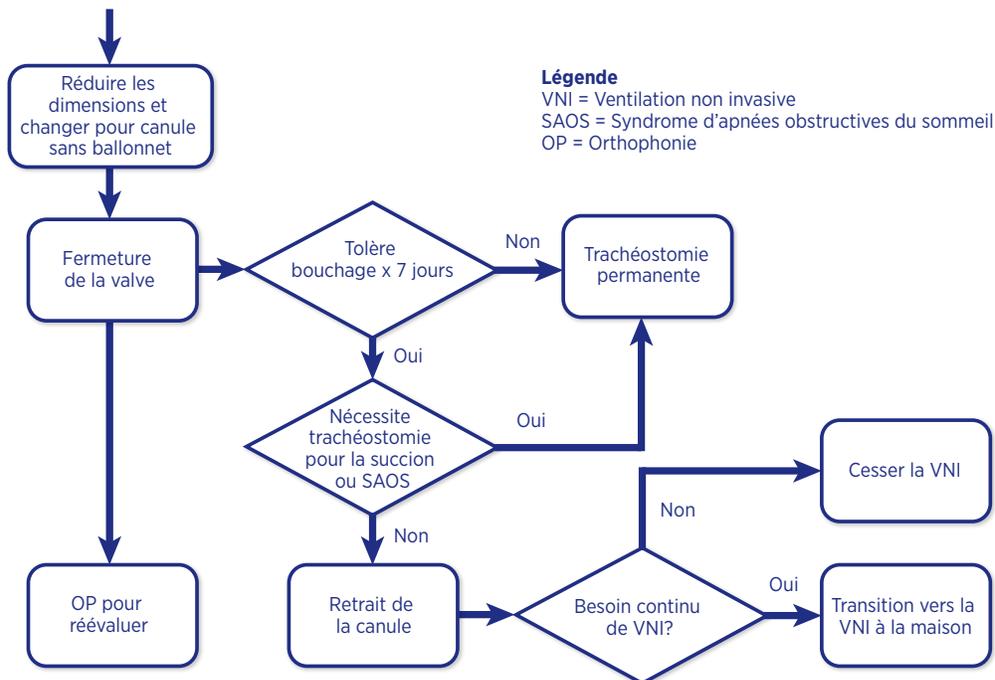
Étape 3 : Évaluation avec membrane vocale



Étape 4 : Sevrage nocturne



Étape 5 : Retrait de la canule



3.2) Tableau de sevrage



Nom de l'outil	Tableau de sevrage
Objectif de l'outil	Dresser un tableau des progrès du patient durant le sevrage.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser le tableau pour enregistrer de l'information sur l'évaluation quotidienne de l'état de préparation du patient en vue de diminuer la durée de la ventilation mécanique.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

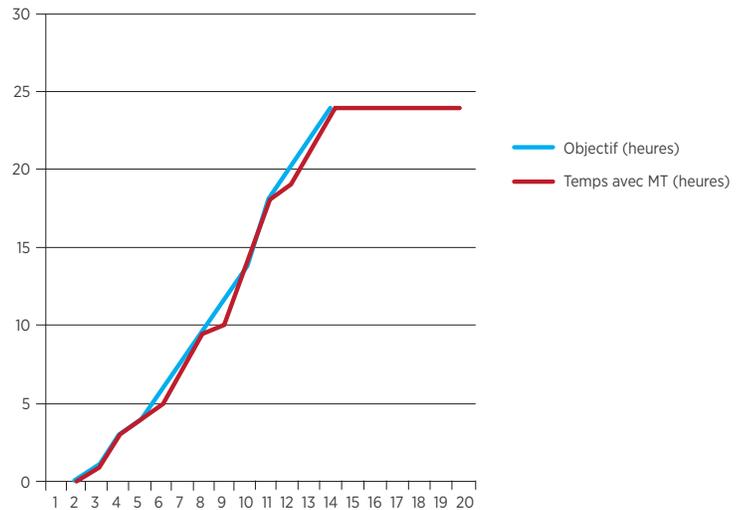
Jour	Objectif (heures)	Temps avec MT (heures)	Observations
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Exemple de tableau de sevrage et de graphique linéaire tracés pour un patient sous VLT

Tableau de sevrage du PWC

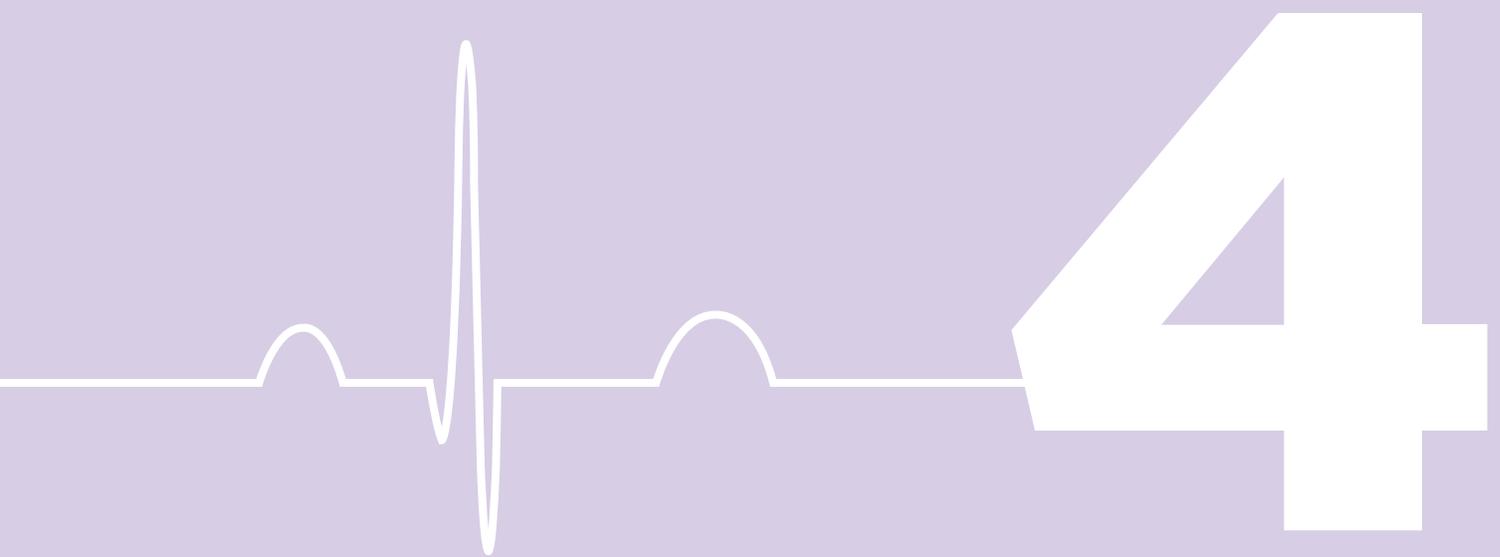
Exemple de tableau de sevrage et de graphique linéaire tracés pour des patients types du PWC.

Jour	Objectif (heures)	Temps avec MT (heures)	Observations
1	0	0	
2	1	1	
3	3	3	
4	4	4	
5	6	5	
6	8	7.5	
7	10	9.5	
8	12	10	
9	14	14	
10	18	18	
11	20	19	
12	22	21.5	
13	24	24	
14	24	24	
15	24	24	
16	24	24	
17	24	24	
18	24	24	
19	24	24	Sevrage après 7 jours



Message clé – Section 3

Il faudrait mettre au point un plan de soins individualisé axé sur le patient, lequel comprendrait les éléments propres à un programme de sevrage probant.



Soins de soutien pour les
patients sous VMLT et stables
sur le plan médical

4. Soins de soutien pour les patients sous VMLT et stables sur le plan médical

Objectif de la section

Mettre en œuvre les meilleures pratiques dans les soins aux patients sous VMLT et envisager le transfert vers un autre établissement de soins.

Outils inclus dans la section

- 4.1) Protocole de mobilisation
- 4.2) Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique
- 4.3) Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement
- 4.4) Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques

Sujets traités dans la trousse d'outils

Section 2 Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT	Section 3 Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT	Section 4 Soins de soutien aux patients sous VMLT et stables sur le plan médical
<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto;">Évaluation des patients prédisposés</div>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto;">Protocole de sevrage</div>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto; background-color: #e6f2ff;">Protocole de mobilisation</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto; background-color: #e6f2ff;">« Dé-médicalisation »</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: auto; background-color: #e6f2ff;">Transfert dans une autre unité de soins</div>

Transition

Pour la plupart des patients sous VMLT, l'USI ne devrait pas être l'événement cible dans leur continuum de soins. Il existe de nombreux exemples de patients dont le transfert a été réussi et qui bénéficient d'une meilleure qualité de vie dans d'autres établissements de soins. Il est important que le patient et la famille s'engagent dans un dialogue pour ce qui est d'examiner les prochaines étapes éventuelles.

Un patient sous assistance ventilatoire qui est stable sur le plan médical peut être transféré avec succès de l'USI à son domicile, à un logement supervisé ou dans un centre de soins de longue durée. À cette étape dans les soins du patient, il faut s'assurer que ce dernier et les personnes soignantes se sentent à l'aise avec ce départ de l'USI et qu'il y a des services de réadaptation appropriés qui acceptent ces patients. Pour qu'une transition réussisse, il faut une planification rigoureuse ainsi que des patients et des familles qui ont été bien informés.

Aperçu des outils axés sur les soins de soutien

4.1) Protocole de mobilisation

Nom de l'outil	Protocole de mobilisation (page 42)
Objectif de l'outil	L'objectif du protocole de mobilisation est de mobiliser en toute sécurité et au maximum de leur capacité les patients nécessitant la ventilation, et ce, afin d'augmenter la probabilité d'un sevrage réussi et d'un rétablissement fonctionnel, permettant ainsi de réduire leur séjour dans un hôpital de soins actifs.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser ce protocole pour cerner les aspects à considérer avant la mobilisation; et pour décrire une voie pour la mobilisation d'un patient sous assistance ventilatoire.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

4.2) Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique

Nom de l'outil	Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique (page 44)
Objectif de l'outil	L'objectif de cet outil est d'offrir des conseils sur la diminution du monitoring hémodynamique invasif et continu, tout en rappelant aux équipes des USI d'entreprendre la « dé-médicalisation » du patient lorsqu'il est stable sur le plan médical.
Utilisation prévue	Les lignes directrices devraient être suivies lorsque le patient est considéré comme stable sur le plan médical. L'applicabilité des lignes directrices doit être réévaluée lorsqu'il y a des changements dans l'état de santé du patient.
Source	Centre d'excellence pour la VLT du West Park Healthcare Centre

4.3) Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement

Nom de l'outil	Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement (page 45)
Objectif de l'outil	Des modifications au plan de traitement, comme faciliter la parole, augmenter la tolérance à la position assise, demander une ordonnance pour fauteuil roulant et mettre en place des routines peuvent favoriser l'autonomie et mettre l'accent sur la réadaptation. Dans la mesure du possible, la participation de la famille devrait être soutenue et encouragée de manière active. Ces éléments, lorsque combinés, peuvent servir à motiver autant le patient que la famille en ce qui concerne la planification des sorties.
Utilisation prévue	Cet outil offre des conseils aux équipes des USI qui préparent les patients à faire la transition vers d'autres établissements.
Source	Centre d'excellence pour la VLT du West Park Healthcare Centre

4.4) Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques

Nom de l'outil	Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques (page 46)
Objectif de l'outil	Aider l'équipe de l'USI à prendre en compte tous les aspects relatifs aux soins des patients sous assistance ventilatoire.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser cet outil pour s'assurer qu'ils prennent en compte tous les aspects relatifs aux soins des patients sous VLT, ainsi que la transition du patient vers un autre établissement de soins.
Source	London Health Sciences Centre

4.1) Protocole de mobilisation



Nom de l'outil	Protocole de mobilisation
Objectif de l'outil	L'objectif du protocole de mobilisation est de mobiliser en toute sécurité et au maximum de leur capacité les patients nécessitant la ventilation, et ce, afin d'augmenter la probabilité d'un sevrage réussi et d'un rétablissement fonctionnel, permettant ainsi de réduire leur séjour dans un hôpital de soins actifs.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser ce protocole pour cerner les aspects à considérer avant la mobilisation; et pour décrire une voie pour la mobilisation d'un patient sous assistance ventilatoire.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

Facteurs à considérer avant de mettre en œuvre un programme ou un protocole de mobilisation

(évaluation quotidienne)

Il faut consulter un médecin avant d'entreprendre la mobilisation en présence d'une ou plusieurs des affections suivantes :

1. Défaillance du SNC
 - Amorphe; pas de réaction à la voix ni à la stimulation physique
 - Sédation profonde; pas de réaction à la voix, mais mouvement ou ouverture des yeux lorsqu'il y a stimulation physique
 - Retire la sonde ou le cathéter, ou tire dessus; agressivité
 - Combatif, violent; danger pour le personnel
2. Mauvaise oxygénation
 - SaO₂ < 88 %
 - FIO₂ > 0,6 et pression positive en fin d'expiration > 10 cm H₂O
3. Tachypnée
 - Fréquence respiratoire > 40 par minute
4. Acidémie
 - Plus récent pH dans le sang artériel < 7,25
5. Hypotension
 - Tension artérielle moyenne < 55 mmHg [TAM = diastolique + 1/3(systolique-diastolique)]
6. Hypertension
 - Tension artérielle moyenne > 140 mm Hg [TAM = diastolique + 1/3(systolique-diastolique)]
7. Nouvelle maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire) avec durée de l'anti coagulation inférieure à 36 heures (s'applique à la réadaptation du membre affecté et à l'ambulation).

Facteurs clés pour maximiser la mobilisation du patient sous assistance ventilatoire

Remarque : Veuillez noter que les patients nécessitent un soutien respiratoire supplémentaire durant la mobilisation.

	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Éducation	Importance du positionnement, du programme d'exercices et de la mobilité précoce	Importance de l'augmentation graduelle du temps assis hors du lit	Importance de la mobilisation progressive	Planification du congé, formation offerte à la famille sur la mobilité, programme d'exercices à domicile
Positionnement	Prévenir les plaies de pression	Comme à l'étape 1	Sans objet	Sans objet
Entraînement à la mobilité au lit	Se tourner d'un côté à l'autre Montée du bassin Position couchée à position assise Laisser pendre les jambes	Comme à l'étape 1	Retrait graduel de l'aide Promouvoir l'autonomie	Promouvoir l'autonomie ou formation offerte à la famille sur une sélection d'enjeux, selon les besoins
Entraînement au transfert	Position couchée à position assise Assis-debout Avec aide	Utiliser un marcheur pour le transfert Lit-chaise Lit-chaise d'aisance	Retrait graduel de l'aide durant les transferts avec le personnel et (ou) aide de la famille	Promouvoir l'autonomie ou formation offerte à la famille, si indiqué
Programme de marche	Debout avec marcheur Activités de préparation à la marche	Début de la rééducation à la marche avec marcheur et aide	Augmentation graduelle de la distance et de l'endurance, retrait graduel de l'accessoire fonctionnel, le cas échéant	Retrait graduel de l'accessoire fonctionnel, le cas échéant Entraînement à la mobilité en fauteuil roulant si toujours incapable de marcher
Exercices	Mouvements passifs Mouvements actifs assistés Mouvements actifs Exercices de résistance Exercices de respiration	Comme à l'étape 1	Comme à l'étape 1	Entraînement en escalier si nécessaire Exercices de renforcement et d'endurance au besoin

4.2) Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique



Nom de l'outil	Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique (page 44)
Objectif de l'outil	L'objectif de cet outil est d'offrir des conseils sur la diminution du monitoring hémodynamique invasif et continu, tout en rappelant aux équipes des USI d'entreprendre la « dé-médicalisation » du patient lorsqu'il est stable sur le plan médical.
Utilisation prévue	Les lignes directrices devraient être suivies lorsque le patient est considéré comme stable sur le plan médical. L'applicabilité des lignes directrices doit être réévaluée lorsqu'il y a des changements dans l'état de santé du patient.
Source	Centre d'excellence pour la VLT du West Park Healthcare Centre

- Retirer les cathéters intra-artériels, la sonde nasogastrique et les autres cathéters/sondes invasifs. Si le patient ne peut avoir d'absorption orale, changer la sonde NG pour une sonde gastrique ou sonde J
- Fermer ou retirer les CCIP (le cas échéant)
- Diminuer la fréquence des analyses sanguines
- Diminuer la pression positive en fin d'expiration à son niveau le plus bas
- Diminuer l'oxygène à son niveau le plus bas
- Essayer d'éviter d'utiliser le monitoring continu, y compris l'oxymétrie pulsée lorsque les gazométries du sang artériel et l'oxymétrie ont établi les besoins en oxygène. Utiliser des évaluations périodiques non invasives de SpO₂ et CO₂ (techniques comme le monitoring du CO₂ de fin d'expiration ou transcutané)
- Si le sevrage constitue une option, consulter le **Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée du Toronto East General Hospital** car toute période sans ventilateur augmente la sécurité du patient s'il y a déconnection accidentelle du ventilateur; cela améliore aussi le sentiment d'autonomie du patient et diminue l'anxiété des personnes soignantes.

4.3) Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement



Nom de l'outil	Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement (page 45)
Objectif de l'outil	Des modifications au plan de traitement, comme faciliter la parole, augmenter la tolérance à la position assise, demander une ordonnance pour fauteuil roulant et mettre en place des routines peuvent favoriser l'autonomie et mettre l'accent sur la réadaptation. Dans la mesure du possible, la participation de la famille devrait être soutenue et encouragée de manière active. Ces éléments, lorsque combinés, peuvent servir à motiver autant le patient que la famille en ce qui concerne la planification des sorties.
Utilisation prévue	Cet outil offre des conseils aux équipes des USI qui préparent les patients à faire la transition vers d'autres établissements.
Source	Centre d'excellence pour la VLT du West Park Healthcare Centre

Si nécessaire, envisager les interventions suivantes :

- Diminuer la taille de la canule de trachéostomie pour faciliter la parole et le sevrage
- Consulter l'orthophoniste pour les interventions suivantes :
- Dégonflage du ballonnet et parole, envisager de changer pour une canule de trachéostomie sans ballonnet ou serrée sur l'arbre pour faciliter la parole et le sevrage
- Évaluation de la déglutition
- Faire passer le patient à un ventilateur pour soins chroniques; contacter le Parc d'appareils de ventilation au 1-800-633-8977 pour discuter des modèles de ventilateur offerts.
- Transférer le patient dans une zone plus tranquille, comme une unité de soins courants
- Encourager l'utilisation d'une sonnette d'appel; y apporter des modifications au besoin
- Permettre au patient de gérer ses propres soins
- Faire asseoir le patient dans une chaise tous les jours et de plus en plus longtemps
- Permettre au patient de porter ses propres vêtements au lieu des chemises d'hôpital
- Établir une routine pour l'élimination (intestins/vessie), un plan de soins et une routine de jour/nuit
- Consulter le physiothérapeute en ce qui concerne l'amplitude des mouvements et l'ambulation
- Envisager de sortir le patient de l'USI pendant de courtes périodes de temps avec le personnel et (ou) la famille
- Faire appel à un ergothérapeute pour demander une ordonnance pour fauteuil roulant (si nécessaire)
- Remplir les formulaires PAAF/PAV pour activer la livraison de l'équipement financé par le Ministère (lorsque le plan de congé est près)
- Voir le lien ci-dessous pour trouver les formulaires : http://www.health.gov.on.ca/en/public/forms/adp_fm.aspx
- Examiner les protections privées et la capacité d'obtenir l'aide d'un soignant privé
- Encourager la famille et les personnes soignantes à regarder les modules d'apprentissage en ligne (www.ltvcoe.com). Il faut signaler que ces modules sont du matériel pédagogique et ne remplacent pas la formation fournie par des professionnels de la santé.

- Donner de l'information à la famille et aux personnes soignantes sur la ventilation manuelle au masque et au ballon, la succion et le diagnostic de panne. Favoriser le plus possible la participation du patient, demander aux personnes soignantes de faire la démonstration de ces compétences avec le soutien du professionnel de la santé (http://www.ltvcoe.com/training_oelib_home.html)
- Fournir au patient une copie par écrit des réglages préconisés pour le ventilateur, y compris pour l'alarme et l'oxygène inspiré (FiO₂). Consulter le site Web du Parc d'appareils de ventilation (<http://www.ontvep.ca>) pour des « modèles » de réglage de ventilateur
- Remettre au patient un plan de soutien sur papier comprenant une liste des numéros de téléphone et noms des personnes ressources en cas d'urgence.

4.4) Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques



Nom de l'outil	Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques
Objectif de l'outil	Aider l'équipe de l'USI à prendre en compte tous les aspects relatifs aux soins des patients sous assistance ventilatoire.
Utilisation prévue	Les cliniciens peuvent utiliser cet outil pour s'assurer qu'ils prennent en compte tous les aspects relatifs aux soins des patients sous VLT, ainsi que la transition du patient vers un autre établissement de soins.
Source	London Health Sciences Centre

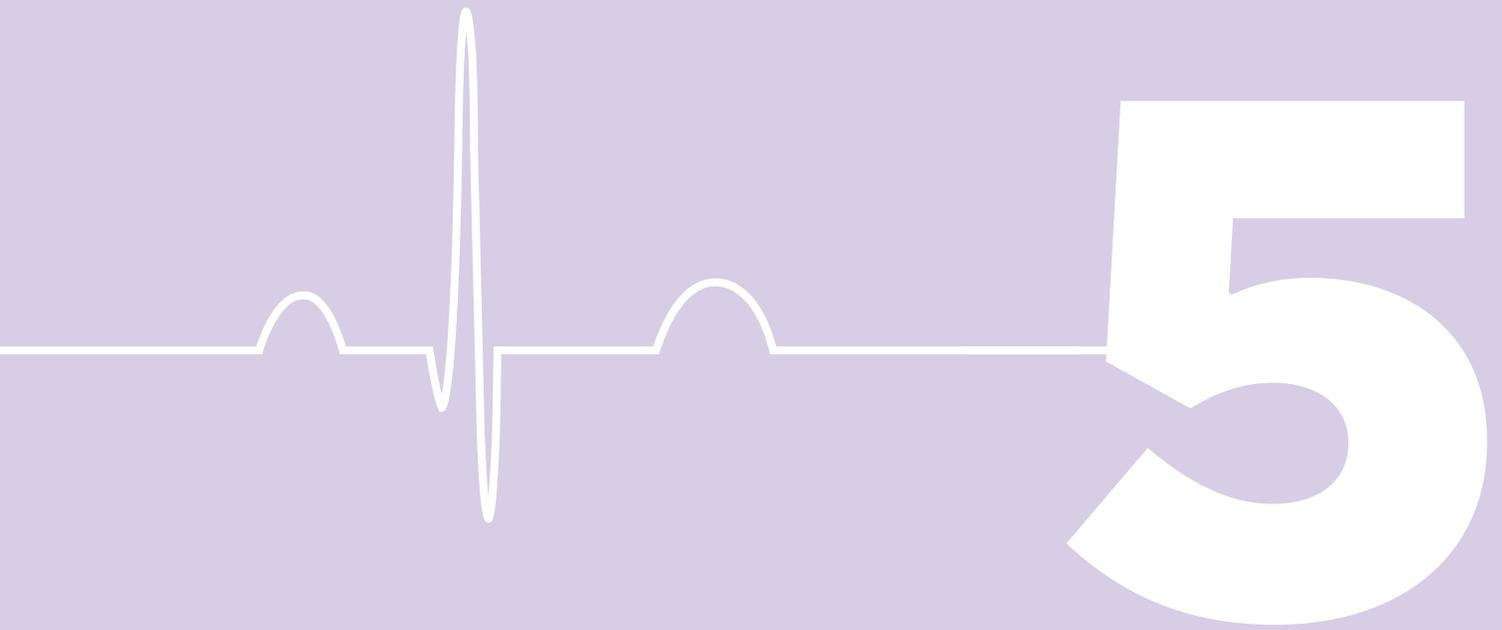
Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques				
Indiquer la date de mise en œuvre de la liste de contrôle : Date (JJ/MM/AAAA) : _____				
Avons-nous pris en main...	Objectif	Objectif atteint		Ajouter des détails
		Oui	JJ/MM/AAAA	
Les désirs du patient/MS relativement à la VMLT/au niveau des soins?	Les désirs du patient/de la famille ont été examinés et notés dans le registre des rencontres avec la famille, le plan de réanimation/fin de vie de l'USI	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> Objectifs des soins notés, revus régulièrement ou lorsqu'il y a des changements physiologiques Remettre le dépliant sur les ICC à la famille Consulter la pochette à fiches comprenant les directives de fin de vie/préalables
Un plan de soins respiratoires acceptable qui est revu chaque semaine?	Plan de soins respiratoires à court terme sur papier et affiché à côté du lit du patient	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> Démarche du sevrage résumée et notée, p. ex., défaillances dans les modes, mauvaise longueur de la sonde du MT, etc. Progrès dans le sevrage notés sur la feuille de soins Objectifs du plan de sevrage et indicateurs d'échec conçus par l'équipe Évaluer la fonction thyroïdienne
	Acceptation/responsabilité du personnel relativement au plan de soins respiratoires affiché	<input type="checkbox"/>		
	Acceptation du plan affiché par le patient/la famille	<input type="checkbox"/>		

L'évaluation des symptômes, p. ex., sommeil, délire, anxiété et douleur?	Mode de vie du patient avant l'hospitalisation décrit clairement, p. ex., habitudes de sommeil, etc.	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • La famille remplit le formulaire sur le mode de vie • Le pharmacien examine les médicaments • ICDS <i>vé</i>ifié aux 12 h; si > 4, mettre en œuvre le protocole de délire • Noter les antécédents de sommeil et faire le suivi des habitudes de sommeil/médica-ments • Veiller à ce que les auxiliaires sensoriels soient à côté du lit (p. ex., lunettes, appareils auditifs, etc.)
	ICDSC < 4 Dort 6 heures/nuit	<input type="checkbox"/>		
Le soutien et l'éducation pour la famille/le patient?	Besoins affectifs cernés	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • La famille remplit le formulaire sur le mode de vie • Accès à du matériel pédagogique (p. ex., sites Web, dépliants, etc.) • Plan de soins communiqué à la famille
	Besoins d'apprentissage cernés	<input type="checkbox"/>		
	Rencontres régulières avec la famille au calendrier	<input type="checkbox"/>		
Un plan de mobilité et de physiothérapie?	Rôles quotidiens de la physiothérapie pour PT, IA et thérapeute respiratoire autorisé/ventilation documentés et affichés	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'état fonctionnel du patient avant l'admission • Noter l'état actuel de la mobilité • Mobiliser en suivant le protocole • Plan de mobilité affiché dans la chambre pour le patient, la famille et l'équipe
	Réponse du patient (c.-à-d., progrès) au plan notée et affichée	<input type="checkbox"/>		
	Participation du patient/ de la famille aux AVQ?	<input type="checkbox"/>		
Les besoins nutritionnels?	Alimentation entérale maximisée et tolérée	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Noter l'état nutritionnel du patient avant son admission, p. ex., ingestion, poids, habitudes en matière d'élimination des fèces, etc. • Analyses en laboratoire : pré-albumine, profil du fer et de la vitamine B, zinc, protoporphyrine
	Préalbumine > ___?	<input type="checkbox"/>		

La déglutition et la communication?	Consultation et évaluation de l'OP effectuées	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Établir des méthodes de communication cohérentes, afficher les stratégies dans la chambre du patient; consulter un OP au besoin • Consulter l'OP en suivant l'algorithme du sevrage, p. ex., sonde du MT avec membrane vocale tolérée X 2 heures
	Mise au point d'une méthode de communication avec le patient claire et cohérente	<input type="checkbox"/>		
Autre	p. ex., soins de la peau, des plaies			
Professionnels de la santé remplissant la liste de contrôle : _____ Nom/Titre : _____				

Message clé – Section 4

La mobilisation et la « dé-médicalisation » des patients sous VMLT peuvent augmenter la probabilité d'un sevrage réussi et les chances de rétablissement fonctionnel, ce qui permettrait de réduire leur séjour dans un hôpital de soins actifs et de les transférer dans un établissement plus approprié.



Conclusion

5. Conclusion

Selon les données démographiques, le nombre de patients prédisposés à la VMLT ou qui en ont besoin, devrait augmenter, ce qui pèserait sur les ressources existantes qui sont déjà limitées. Les ressources disponibles doivent être utilisées de manière appropriée et stratégique pour que ces patients vulnérables puissent en profiter le plus.

Les ressources offertes dans cette trousse d'outils peuvent aider les fournisseurs de soins aux malades en phase critique à mettre en œuvre les pratiques exemplaires pour les patients sous ventilation mécanique dans trois domaines :

- Identification précoce des patients prédisposés à la VMLT
- Optimisation du sevrage pour les patients nécessitant la VMLT
- Soins de soutien pour les patients sous VMLT et stables sur le plan médical

Services ontariens des soins aux malades en phase critique continuera à soutenir les fournisseurs de soins aux malades en phase critique pour les aider à soigner ces patients. Comme la trousse d'outils cible le secteur des soins actifs, il serait aussi nécessaire de se pencher sur les autres secteurs dans le continuum de soins. SOSMPC continuera à travailler avec ses partenaires pour optimiser les soins aux patients sous VMLT.



Bibliographie

6. Bibliographie

Section 2 : Dépistage précoce des patients prédisposés à la VMLT

Outils inclus dans la section

2.1) Facteurs associés à la ventilation assistée

MacIntyre NR, Epstein SK, Carson S, et coll. « Management of patients requiring prolonged mechanical ventilation: report of a NAMDRC consensus conference », *Chest*, vol. 128, 2005, p. 3937–3954.

2.2) Liste de contrôle des USI pour la ventilation mécanique prolongée/à long terme

Fourni par : Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
[Toronto East General Hospital]

2.3) Outil de dépistage des séjours à long terme dans les USI

Fourni par : London Health Sciences Centre

2.4) Bilan des prédictions du modèle ProVent

Carson, S. S., J. M. Kahn, et coll. « A multicenter mortality prediction model for patients receiving prolonged mechanical ventilation », *Critical Care Medicine*, vol. 40, no 4 (2012), p. 1171-1176. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395423/>

Autres ressources contenues dans la section :

Rose, L., et coll. *Understanding Prolonged and Long-Term Mechanical Ventilation in Canada*, 2012. Tiré de : <http://www.stmichaelshospital.com/crich/sru/sru-ventilation/>

Section 3 : Optimiser le sevrage pour les patients nécessitant la VMLT

Outils inclus dans la section

3.1) Protocoles de sevrage

Fourni par : Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
[Toronto East General Hospital]

3.2) Tableau de sevrage

Fourni par : Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
[Toronto East General Hospital]

Autres ressources contenues dans la section :

Bach JR, Gonçalves MR, Hamdani I, et coll. « Extubation of Patients with Neuromuscular Weakness: A New Management Paradigm », *Chest*, vol. 137, no 5 (2010), p. 1033–103.

Jubran A, Grant BJB, Duffner LA, Collins EG, Lanuza DM, Hoffman LA, Tobin MJ. « Effect of Pressure Support vs Breathing Through a Tracheostomy Collar on Weaning Duration in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: A Randomized Trial », *JAMA*, vol. 309, no 7 (2013). doi:10.1001/jama.2013.159

Section 4 : Soins de soutien pour les patients sous VMLT et stables sur le plan médical

Outils inclus dans la section

4.1) Protocole de mobilisation

Fourni par : Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
[Toronto East General Hospital]

4.2) Lignes directrices pour diminuer le monitoring hémodynamique

Fourni par : Centre d'excellence pour la VLT [West Park Healthcare Centre]

4.3) Lignes directrices pour réorienter le plan de traitement

Fourni par : Centre d'excellence pour la VLT [West Park Healthcare Centre]

4.4) Liste de contrôle pour les interventions auprès des patients sous VLT/malades en phase critique chroniques

Fourni par : London Health Sciences Centre

Annexe B : Questionnaire pour la famille et registre des rencontres

Fourni par : Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée
[Toronto East General Hospital]

Annexe C : Cheminement des patients sous VLT

Source : Long-Term Ventilation Service Inventory Program. Final Summary Report: July 31st, 2008.

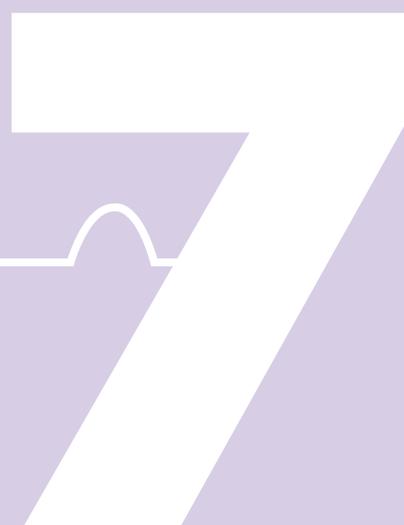
Annexe D : Rôle de la trachéostomie

Bickenbach, J, M Fries, et coll. « Impact of early vs. late tracheostomy on weaning: a retrospective analysis », *Minerva Anestesiologica*, vol. 77, no 12 (2011), p. 1176-83.

Combes A, Luyt CE, Nieszkowska A, Trouillet JL, Gibert C, Chastre J. « Is tracheostomy associated with better outcomes for patients requiring long-term mechanical ventilation? », *Critical Care Medicine*, vol. 35, 2007, p. 802–7.

Griffiths J, Barber VS, Morgan L, Young JD. « Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation », *BMJ*, vol. 330, 2005, p. 1243–7.

Young D, Harrison DA, Cuthbertson BH, Rowan K, et coll. « Effect of Early vs Late Tracheostomy Placement on Survival in Patients Receiving Mechanical Ventilation: The TracMan Randomized Trial », *JAMA*, vol. 309, no 20 (2013), p. 2121-2129.



Annexes

7. Annexes

Annexe A : Composition du comité de planification de la VLT

Membres du comité de planification de la VLT
<p>Dr. Ian Fraser Toronto East General Hospital [Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée]</p>
<p>Donna Renzetti West Park Healthcare Centre [Centre d'excellence pour la ventilation à long terme]</p>
<p>Dr. Douglas McKim L'Hôpital d'Ottawa</p>
<p>Regina Pizzuti Kingston General Hospital</p>
<p>Lisa Malbrecht Parkwood Hospital</p>
<p>Sally McMackin Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto</p>
<p>Rachel Solomon Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto</p>
<p>Donna Thomson Criticall Ontario</p>
<p>Maureen Williams Ministère de la Santé et des Soins de longue durée</p>
<p>Dr. Louise Rose Université de Toronto</p>

Annexe B : Questionnaire pour la famille et registre des rencontres

Nom de la ressource	Questionnaire pour la famille et registre des rencontres
Objectif de la ressource	Offrir des soins de soutien aux patients en ayant une bonne connaissance de leurs besoins.
Utilisation prévue	Ce formulaire est utilisé pour noter les besoins du patient après son admission au Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée.
Source	Centre d'excellence provincial pour le sevrage de la ventilation prolongée (Toronto East General Hospital)

Questionnaire pour la famille du PWC

Veillez nous aider à évaluer les besoins du membre de votre famille en donnant des réponses les plus complètes possible aux questions suivantes. N'hésitez pas à solliciter notre aide si vous éprouvez quelque difficulté que ce soit à y répondre.

Respect des valeurs, croyances et intérêts du patient **Information provenant de :** _____

Veillez décrire le patient (situation familiale/sociale, intérêts personnels, état de santé antérieur) :

A-t-il fait face à des situations stressantes par le passé?

Qu'est ce qui constitue la plus grande crainte/inquiétude/peur du patient?

Quels sont ses espoirs/rêves/désirs?

Initiales _____ **Date** _____

Communication, éducation et information **Information provenant de :** _____

Qu'est-ce que les médecins vous ont dit?

Quelle est la compréhension que le patient a/avait de son état de santé :

Quelle en est votre compréhension?

Avez-vous besoin de plus d'information? Que pouvons-nous faire pour qu'il vous soit plus facile de comprendre ce qui se passe?

Avez-vous des inquiétudes immédiates? Précisez :

Initiales _____ **Date** _____

Promotion du confort physique **Information provenant de :** _____

Quelles sont les croyances religieuses et culturelles qui sont importantes pour le patient/la famille?

Comment pouvons-nous vous accommoder en ce qui concerne les pratiques religieuses ou culturelles?

Y a-t-il des objets que vous pouvez apporter à l'hôpital pour réconforter le patient?

Quels sont vos sentiments/inquiétudes par rapport à l'état de santé du patient :

Que pouvons-nous faire pour que votre expérience soit moins stressante?

Initiales _____ **Date** _____

Engagement de la famille et des amis **Information provenant de :** _____

Sur qui le patient compte-t-il pour obtenir du soutien / ces personnes sont-elles disponibles?

Avez-vous quelqu'un pour vous offrir du soutien?

Est-ce que tous les membres de la famille comprennent ce qui se passe?

Est-ce que vous et le reste de la famille vous entendez sur la façon dont les choses se passent?

Y a-t-il d'autres événements stressants dans votre vie?

Famille informée à la fin de la semaine 1 Oui Non

Objectifs des soins examinés Oui Non

Quels sont les objectifs des soins?

Initiales _____ **Date** _____

Accès aux soins **Information provenant de :** _____

Avez-vous rencontré les membres de votre équipe de soins de santé? Oui Non

Avez-vous des questions relativement à leurs rôles?

Est-ce qu'un porte-parole a été choisi? Oui Non Qui est-ce? _____

Qui vous donne de l'information?

Y a-t-il des problèmes avec les voies de communication? Oui Non (description)

Initiales _____ **Date** _____

Rencontres mensuelles organisées :

	Date	Heure
Rencontre 1		
Rencontre 2		
Rencontre 3		

Registre des rencontres avec la famille du PWC

Date de la rencontre avec la famille : _____

Personnes présentes :	Toutes ces personnes ont été présentées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Patient	MS/procuration : _____
Membres de la famille :	MS présent/procuration : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médecin du PWC :	Médecin consultant :
IA :	Infirmière en PIA :
TS	Physiothérapeute :
Aumônier :	

Objectif de la rencontre

<input type="checkbox"/> À l'admission	<input type="checkbox"/> Prévues au calendrier : <input type="checkbox"/> 4 semaines <input type="checkbox"/> 8 semaines <input type="checkbox"/> 12 semaines
<input type="checkbox"/> Demandée par la famille <input type="checkbox"/> Philosophie (orientation) des soins <input type="checkbox"/> Autre (description)	<input type="checkbox"/> Mise à jour relative au changement de l'état de santé <input type="checkbox"/> Fin de vie

Préoccupations/questions du patient et de la famille

Qu'est-ce qui vous préoccupe aujourd'hui? Avez-vous des questions précises à poser aux médecins?

Description par le médecin de l'état physique du patient et du pronostic

Préoccupations/questions du patient et de la famille

Réponses de la famille :

Annexe C : Cheminement des patients sous VMLT

Nom de la ressource	Cheminement des patients sous VMLT
Objectif de la ressource	Présenter le cheminement d'un patient prédisposé à la ventilation à long terme dans le continuum de soins.
Utilisation prévue	Pour référence seulement
Source	Long-Term Ventilation Service Inventory Program, Final Summary Report, July 31, 2008

1. Catégories des services

Remarque : chaque catégorie est liée à l'organigramme dans les pages suivantes.

Patients prédisposés

1. Counseling et gestion de la maladie pour les patients prédisposés et les familles/personnes soignantes

Service des urgences

2. Identification des patients prédisposés à la ventilation à long terme et aiguillage pertinent

Soins aux malades en phase critique

3. Formation des fournisseurs de soins de première ligne du patient et des spécialistes (p. ex., neurologues)
4. Capacité de l'USI
5. Identification précoce et gestion des patients dans les USI prédisposés à la ventilation à long terme
6. Identification précoce et gestion des patients dans les USI qui ne peuvent pas être sevrés et qui peuvent avoir accès à un lit pour la VLT
7. Identification précoce et gestion des patients dans les USI qui peuvent avoir accès à des soins et des services communautaires

Sevrage

8. Services de sevrage

Réadaptation et formation pour l'assistance ventilatoire à domicile

9. Préparation pour le congé et le retour à la maison pour les individus et les familles/personnes soignantes (p. ex., réadaptation et formation pour l'assistance ventilatoire à domicile)

Soins de longue durée en établissement

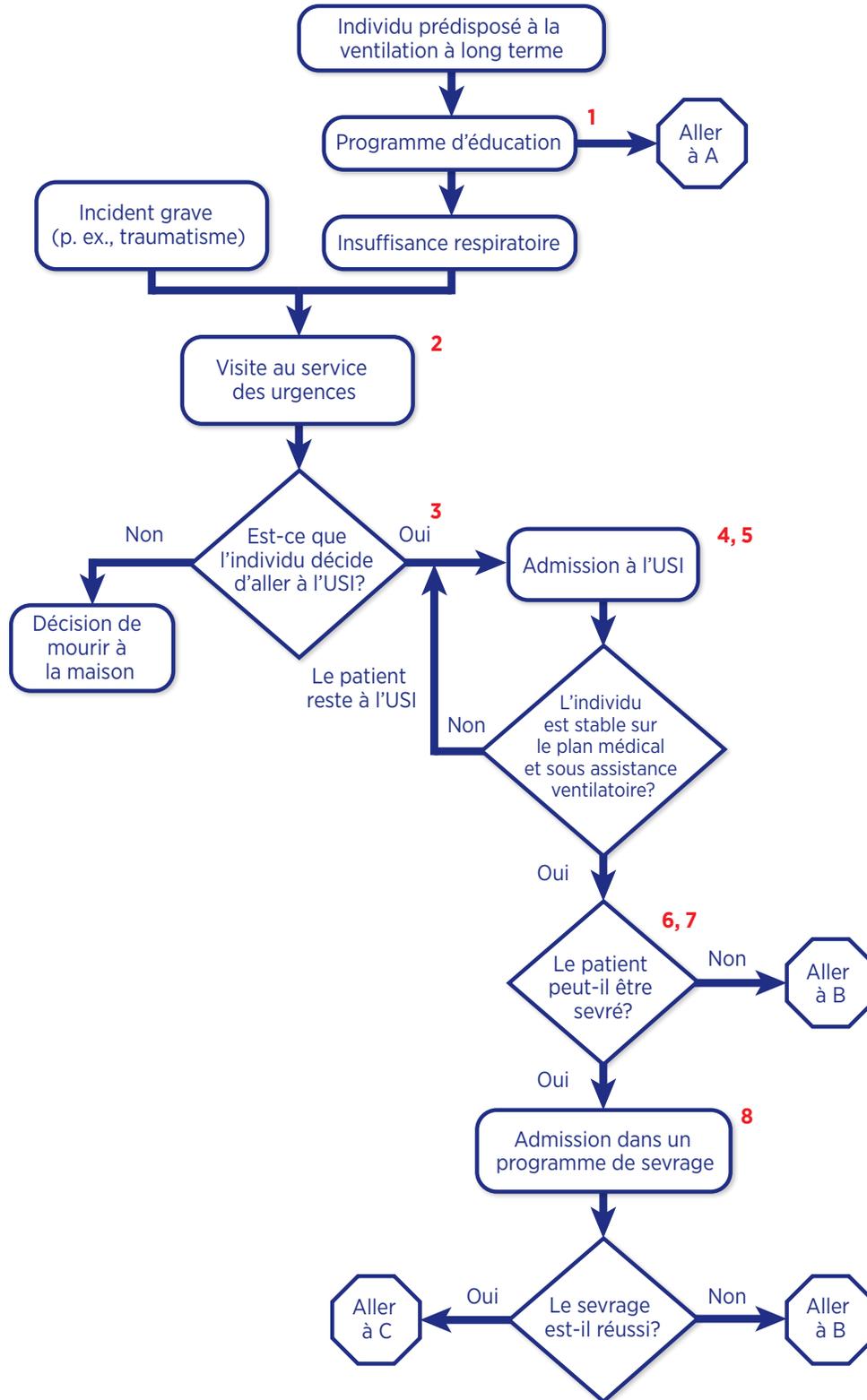
10. Soins et services de VLT en milieu hospitalier

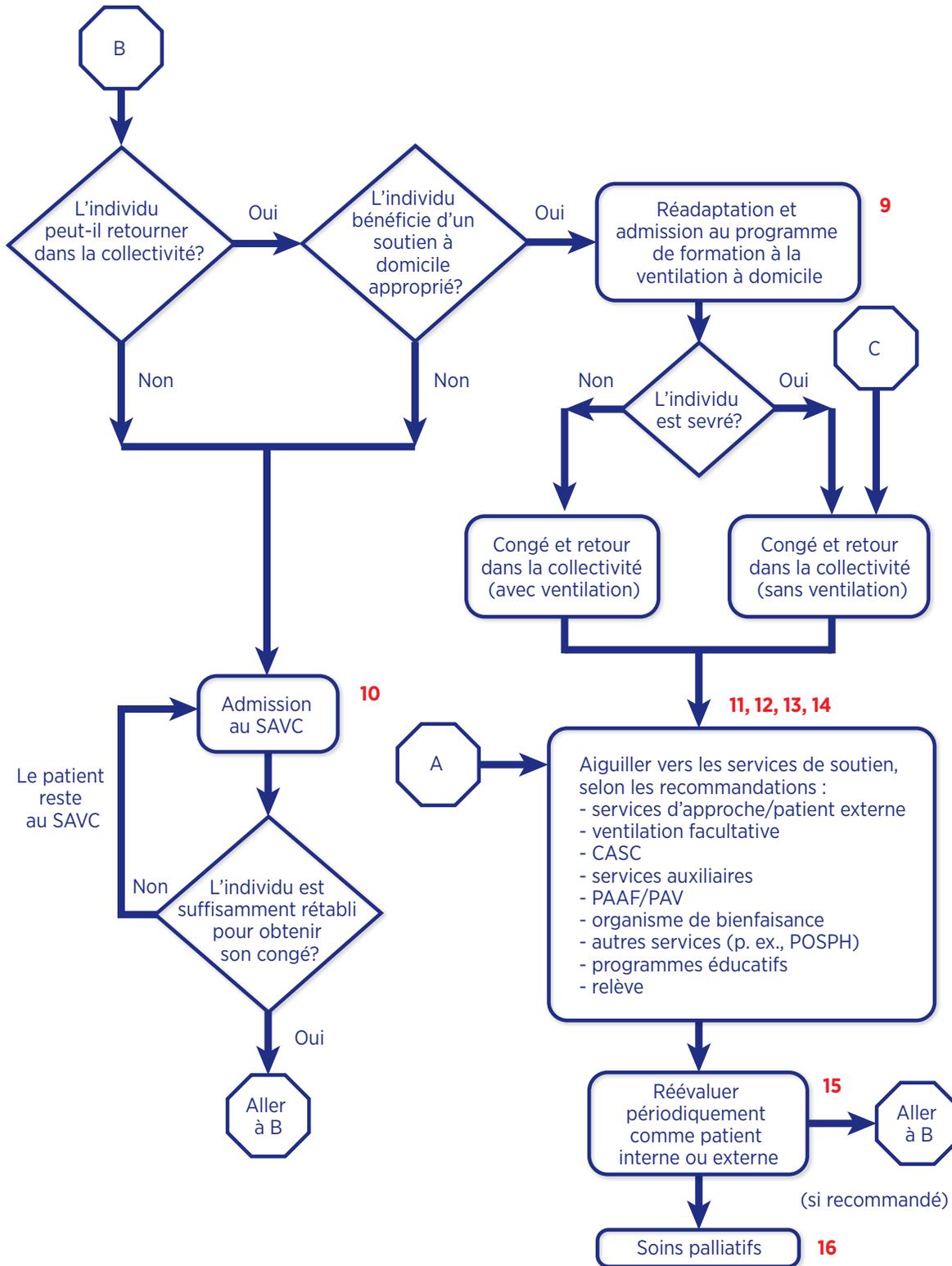
Soins et services dans la collectivité

11. Soins dans la collectivité (p. ex., soins infirmiers, thérapie respiratoire) dans un établissement (p. ex., maison de soins de longue durée, maison de soins infirmiers, résidence privée, logement avec services de soutien)
12. Services dans la collectivité (p. ex., aide à la vie quotidienne, services auxiliaires, appareils respiratoires et entretien)
13. Patient externe ou services d'extension (p. ex., réévaluations)
14. Soins de répit
15. Réévaluation (patient interne ou externe)

Soins et services dans la collectivité

16. Soins palliatifs et de fin de vie





CASC = Centre d'accès aux soins communautaires
 PAV = Parc d'appareils de ventilation
 SAVC = Service d'assistance ventilatoire chronique
 La « collectivité » comprend les maisons de soins à long terme, les logements avec services de soutien et les résidences privées.

PAAF = Programme des appareils et accessoires fonctionnels
 POSPH = Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
 USI = Unité des soins intensifs

Annexe D : Rôle de la trachéostomie

Nom de la ressource	Rôle de la trachéostomie
Objectif de la ressource	Offrir de l'information de base sur le rôle de la trachéostomie dans l'USI.
Utilisation prévue	Pour référence seulement
Source	<ul style="list-style-type: none"> • Bickenbach, J, M Fries, et coll. « Impact of early vs. late tracheostomy on weaning: a retrospective analysis », <i>Minerva Anestesiologica</i>, vol. 77, no 12 (2011), p. 1176-83. • Brook, A. D., et coll. « Early versus late tracheostomy in patients who require prolonged mechanical ventilation », <i>American Journal of Critical Care</i>, vol. 9, no 5 (2000), p. 352-59. • Griffiths J, Barber VS, Morgan L, Young JD. « Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation », <i>BMJ</i>, vol. 330, 2005, p. 1243-7 • Young D, Harrison DA, Cuthbertson BH, Rowan K, et coll. « Effect of Early vs Late Tracheostomy Placement on Survival in Patients Receiving Mechanical Ventilation: The TracMan Randomized Trial », <i>JAMA</i>, vol. 309, no 20 (2013), p. 2121-2129.

Les avantages et les désavantages de la trachéostomie sont bien documentés dans la recherche en médecine des soins intensifs. En voici quelques-uns :

Avantages de la trachéostomie	Désavantages de la trachéostomie
<ul style="list-style-type: none"> • « Diminution de l'ulcération du larynx et de la résistance respiratoire »; • « [La trachéostomie] améliore la capacité [du patient] à communiquer »; • « [La trachéostomie] facilite les soins infirmiers » 	<ul style="list-style-type: none"> • « Les complications résultant de l'intervention [trachéostomie] comprennent les infections stomales, les hémorragies stomales, le pneumomédiastin, le pneumothorax et, occasionnellement, la mort. »

Source: Griffiths et coll., 2005

Le choix du moment pour effectuer une trachéostomie peut ou non avoir un effet sur les patients sous ventilation mécanique. Selon certaines sources dans la documentation, il est avantageux d'effectuer une trachéostomie précoce (et non tardive), alors que d'autres sources estiment que le choix du moment n'a pas d'effet sur les patients. Voici des exemples de différents points de vue relatifs au choix du moment pour une trachéostomie :

Le moment choisi pour la trachéostomie
<ul style="list-style-type: none"> • « Une trachéostomie effectuée moins de 4 jours après le début de la ventilation mécanique entraîne moins de cas de PVA comparativement à la trachéostomie tardive (après 10 jours) » (Bickenbach et coll., 2011). • « La trachéostomie précoce est associée à des séjours plus courts et à des coûts moins élevés pour l'hôpital que la trachéostomie tardive chez les patients dans les unités des soins intensifs » (Brook et coll., 2000). • « La trachéostomie tardive était associée à un plus grand nombre de journées sous assistance ventilatoire et à un niveau de service plus élevé dans les USI » (Bickenbach et coll., 2011). • « La trachéostomie précoce n'a aucun effet sur la mortalité chez les patients sous ventilation mécanique » (Young et coll., 2013).

Les cliniciens devraient évaluer les avantages et désavantages potentiels de la trachéostomie au cas par cas.

Annexe E : Harmonisation avec d'autres initiatives de SOSMPC

Nom de la ressource	Harmonisation avec d'autres initiatives de SOSMPC
Objectif de la ressource	Outre la trousse d'outils pour VMLT, les fournisseurs de soins aux malades en phase critique pourraient vouloir examiner les ressources décrites dans la présente section (qui sont aussi produites par SOSMPC).
Utilisation prévue	Pour référence seulement
Source	SOSMPC

Tableau de bord équilibré

Le tableau de bord des USI, distribué dans les hôpitaux en août 2012, est conçu pour orienter les dirigeants des unités de soins intensifs et du système de santé de l'Ontario dans le cadre de leurs initiatives d'amélioration de la qualité et du rendement. Il comprend des indicateurs et des outils pour aider les unités de soins intensifs à fixer et atteindre des objectifs qui respectent la Stratégie des soins aux malades en phase critique et la Loi sur l'excellence des soins pour tous (LEST).

On a aussi formé des groupes de pairs dans les unités de soins intensifs et élaboré des rapports sur les indicateurs des tableaux de bord. Les nouveaux tableaux de bord, créés par SOSMPC en collaboration avec les responsables des soins aux malades en phase critique des RLISS et CritiCall Ontario, sont conçus pour favoriser l'apprentissage et l'amélioration à l'échelle du système en fournissant aux intervenants en soins aux malades en phase critique de l'information pour :

- Évaluer le rendement de leurs unités de soins intensifs en les comparant à des unités semblables
- Cibler les occasions d'apprendre d'autres unités de soins intensifs
- Déterminer des orientations stratégiques pour améliorer la qualité des soins aux malades en phase critique
- Fixer des objectifs de rendement pour les unités de soins intensifs

Tous les hôpitaux recevront un rapport sur les tableaux de bord des USI, lequel résumera les données de chaque unité de soins intensifs selon les groupes de pairs et les tendances annuelles propres à chacune.

Pour obtenir de l'information sur le tableau de bord des USI, veuillez contacter Services ontariens des soins aux malades en phase critique par :

Téléphone : 416-340-4800 poste 5577

Courriel : ccsadmin@uhn.ca

Trousse de prévention des PVA/ICC

Distribuée dans les hôpitaux en mai 2012, la trousse de prévention des PVA/ICC aide les hôpitaux à réduire les incidences de pneumonie par ventilation assistée (PVA) et d'infections par cathéter central (ICC). La diminution des taux de PVA et d'ICC fait partie de l'initiative des indicateurs de sécurité des patients du MSSLD. La trousse d'outils comprend les pratiques exemplaires pour la surveillance et la prévention de ces

infections; elle présente aussi des exemples locaux d'outils et de stratégies efficaces qui peuvent aider les hôpitaux dans le cadre de leurs initiatives d'amélioration de la qualité.

Pour obtenir de l'information sur la trousse de prévention des PVA/ICC, veuillez contacter Services ontariens des soins aux malades en phase critique par :

Téléphone : 416-340-4800 poste 5577

Courriel : ccsadmin@uhn.ca

Trousse d'outils sur l'accès et le consentement en matière de soins aux malades en phase critique

La Trousse d'outils sur l'accès et le consentement en matière de soins aux malades en phase critique décrit le processus de consentement qui éclaire et oriente le processus de décision des fournisseurs de soins de santé, des patients et des familles. Elle vise à favoriser la conception de plans de traitement appropriés proposés par les cliniciens et acceptés par les patients ou les mandataires spéciaux. En résumé, elle fait en sorte que le patient reçoit le bon traitement dans le lit approprié (pour lui fournir les soins nécessaires) au bon moment.

Selon les principes canadiens de la « société juste », les décisions doivent respecter l'autonomie individuelle de même que la diversité culturelle, ethnique et religieuse. À cette fin, la trousse entend :

- clarifier les obligations légales et éthiques ancrées dans le processus de consentement;
- aborder les défis cliniques complexes qui se présentent dans les soins aux malades en phase critique;
- et, offrir des outils pour améliorer la communication en fin de vie entre les fournisseurs de soins de santé, les patients, les mandataires spéciaux et les membres de la famille en utilisant un langage cohérent.

La trousse d'outils a été élaborée par SOSMPC, en collaboration avec un groupe de spécialistes dans les domaines des soins aux malades en phase critique et de l'éthique, qui a éclairé la conception du document et l'intégration des outils considérés comme des pratiques exemplaires pour aborder les enjeux de consentement et de prise de décision.

Pour obtenir de l'information sur cette trousse d'outils, veuillez contacter Services ontariens des soins aux malades en phase critique par :

Téléphone : 416-340-4800 poste 5577

Courriel : ccsadmin@uhn.ca

