

LA PRATIQUE MÉDICALE EN SOINS DE LONGUE DURÉE



04/2015
GUIDE
D'EXERCICE



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

**Publication du Collège des médecins
du Québec**

Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Coordination

Service des communications

Graphisme

Francis Bernier

Révision linguistique

Odette Lord

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à condition
que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal : 2^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-9815140-1-1 (PDF)

© Collège des médecins du Québec,
avril 2015

Note : Dans cette publication, le masculin
est utilisé sans préjudice et seulement
pour faciliter la lecture.

— Membres du groupe de travail responsable de la mise à jour du guide d'exercice *La pratique médicale en soins de longue durée*

En août 2012, le comité exécutif du Collège des médecins du Québec a créé un groupe de travail composé des personnes suivantes :

DR ANNE-MARIE BOIRE-LAVIGNE,
médecin de famille, Sherbrooke

DR JEAN PELLETIER,
médecin de famille, Montréal

DR MANON POIRIER, médecin de
famille et inspecteur, Direction de
l'amélioration de l'exercice, Collège
des médecins du Québec

DR MARCEL PROVOST,
médecin de famille, Beloeil

— Table des matières

06/

Introduction

08/

1. Admission

08/

1.1 Note d'admission et prise en charge prioritaire

08/

1.2 Évaluation médicale globale

09/

1.2.1 Examen subjectif

09/

a) Raison d'admission

09/

b) Histoire de la maladie actuelle

09/

c) Allergies

10/

d) Habitudes de vie

10/

e) Antécédents personnels et familiaux pertinents

10/

f) Histoire psychosociale

10/

g) Histoire nutritionnelle

11/

h) Histoire médicamenteuse

11/

i) Revue des systèmes

13/

1.2.2 Examen objectif

14/

1.2.3 Évaluation fonctionnelle

14/

1.2.4 Examen médical périodique de la personne âgée

15/

1.2.5 Liste de problèmes

15/

1.2.6 Plan d'intervention médicale

16/

1.2.7 Examens complémentaires

17/

1.2.8 Proches aidants

17/

1.2.9 Évaluation interdisciplinaire

19/

2. Aptitude à consentir aux soins

21/

3. Niveau d'intervention médicale et décision de tenter ou non une réanimation cardiorespiratoire

21/

3.1 Niveau d'intervention médicale (NIM) : un outil facilitant la communication sur les objectifs des soins

22/

3.2 Niveau d'intervention médicale et consentement

23/

4. Suivi

23/

4.1 Suivi régulier

24/

4.2 Épisode de soins aigus

25/

4.3 Transfert en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

26/

4.4 Réévaluation-synthèse périodique

26/

4.5 Prise en charge de la douleur

27/

4.6 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

28/

4.7 Contention

29/

4.8 Une utilisation judicieuse des médicaments

31/

4.9 Diète

32/

5. Soins de fin de vie

— Table des matières

34/

6. Tenue de dossiers

35/

6.1 Lisibilité

35/

6.2 Date et signature

35/

6.3 Liste des diagnostics
et des problèmes

35/

6.4 Liste des médicaments

35/

6.5 Notes médicales

35/

6.5.1 Note d'admission

36/

6.5.2 Évaluation médicale
globale

36/

6.5.3 Notes d'évolution

36/

6.5.4 Note de décès

37/

6.6 Le plan d'intervention
médicale

37/

6.7 Formulaire concernant la
réanimation cardiovasculaire
et le niveau d'intervention
médicale

38/

6.8 Réévaluation-synthèse
annuelle

38/

6.9 Note de départ

38/

6.10 Feuille sommaire

38/

6.11 Constat de décès et
bulletin de décès

40/

**7. Le maintien à domicile
et les ressources non
institutionnelles (RNI)**

41/

**8. Évaluation de la qualité
de l'acte médical en CHSLD**

43/

Conclusion

44/

**Annexe I – Le niveau
d'intervention médicale
(NIM) : un outil facilitant
la communication sur
les objectifs des soins
en contexte de maladies
graves et de fin de vie**

58/

**Annexe II – Liste des
abréviations**

59/

**Annexe III – Exemple
de formulaire de niveau
d'intervention médicale
(NIM)**

62/

Références

INTRODUCTION

La pratique médicale en soins de longue durée a évolué dans les dernières années. Le temps où des bénéficiaires quasi autonomes vivaient en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) est révolu. De nos jours, les personnes qui y sont hébergées sont dépendantes pour les activités de la vie domestique (AVD) et ont habituellement besoin d'aide pour plusieurs des activités de la vie quotidienne (AVQ). De plus, elles présentent de multiples comorbidités, ont des besoins complexes et sont souvent avancées dans leur parcours de vie. En 2005-2006, 52,8 % des personnes admises en CHSLD avaient plus de 80 ans alors que ce pourcentage a augmenté à 59 % en 2011-2012. Quant aux patients âgés de moins de 65 ans, ils représentaient 14 % des admissions en 2005-2006 et 11,7 % en 2011-2012¹. Cette tendance devrait se maintenir dans les prochaines années. Le médecin qui travaille dans ces établissements est donc confronté à des patients d'âge et d'antécédents médicaux très variés, mais qui ont tous en commun une perte d'autonomie sévère

en lien avec des déficits physiques ou cognitifs. Les atteintes cognitives sont de plus en plus fréquentes et elles sont souvent accompagnées de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dont la prise en charge représente un défi quotidien pour les équipes de soins.

Bien qu'on ait mis l'accent sur l'importance du milieu de vie en CHSLD, ces établissements demeurent néanmoins des milieux de soins. La multitude de problèmes qui touchent cette clientèle nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire incluant, de façon non exclusive, le médecin, l'infirmière², l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le pharmacien, le nutritionniste et le travailleur social. Ce travail en collaboration interprofessionnelle assurera une prise en charge globale et optimale du patient. À cette équipe se joint maintenant le patient, ou son représentant en cas d'inaptitude, ce qui favorise la reconnaissance de l'approche patient partenaire.

¹ Gouvernement du Québec, statistiques du MSSS.

² L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) utilise généralement le terme « infirmière ». Cette désignation n'est nullement restrictive et elle englobe aussi les infirmiers. Cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des infirmiers du Québec. www.oiiq.org

La prise en charge médicale des patients en CHSLD implique des connaissances concernant de multiples pathologies. Heureusement, l'expertise médicale en soins de longue durée s'est développée dans la dernière décennie et le médecin peut maintenant s'appuyer sur des connaissances de plus en plus vastes au sujet du vieillissement et de ses impacts sur les pathologies aiguës et chroniques des patients. Ce guide abordera les grandes lignes de l'organisation de la pratique médicale en CHSLD, de l'admission du patient jusqu'à son congé, en incluant la tenue de dossiers. L'accent a été mis sur les éléments qui ont suscité le plus de recommandations lors des visites d'inspection professionnelle en CHSLD ainsi que sur des sujets comme le processus décisionnel et les soins de fin de vie, qui s'imposent par leur importance et leur actualité.

De plus, ce guide pourra servir de balise pour la prise en charge d'une clientèle ayant un profil gériatrique, qu'elle soit suivie à domicile ou hébergée dans un autre type d'établissements.

Ce document est une mise à jour du guide publié en 2007 et on prévoit déjà que certaines modifications devront y être apportées au cours des deux prochaines années. Plusieurs projets de loi, présentement à l'étude ou adoptés, pourraient modifier certains éléments de ce guide, advenant leur mise en vigueur (notamment les lois touchant les soins de fin de vie, les activités partageables, etc.). Nous tenterons d'effectuer régulièrement les mises à jour requises, mais le lecteur devra toujours porter une attention particulière à la date de rédaction du guide qu'il consulte.

NOTE AUX LECTEURS :

Lorsque la *Loi concernant les soins de fin de vie* (mieux connue sous le nom de projet de loi n°52) et la *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie* (mieux connue sous le nom de projet de loi n°41) entreront en vigueur, les intervenants qui utiliseront ce guide devront ajuster leur pratique en conséquence. Les éléments du guide qui seront touchés par ces lois seront modifiés dans un délai raisonnable au moment opportun. Date de rédaction du guide : décembre 2014.

Chapitre 1/ Admission

1.1 NOTE D'ADMISSION ET PRISE EN CHARGE PRIORITAIRE

Dès son arrivée dans un établissement de soins de longue durée, le patient est sous la responsabilité de l'équipe médicale. Si le médecin n'est pas sur place lors de l'admission, l'infirmière responsable doit communiquer avec lui pour l'informer de l'état du patient et de sa médication. Cette dernière doit inclure les médicaments en vente libre pris par le patient. Le médecin décidera ensuite de la conduite à tenir, mais il doit s'assurer que les problèmes médicaux urgents sont pris en charge et que la médication du patient est prescrite. Il doit donc, avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, dépister, évaluer et traiter les problèmes médicaux prioritaires en portant une attention particulière à certains aspects fréquents en soins de longue durée, notamment la dysphagie, le risque de chutes, les plaies, le délirium, les problèmes de positionnement et les douleurs. Ces éléments doivent être pris en charge rapidement après l'admission pour limiter leur impact sur la morbidité et la qualité de vie du patient.

Dans la première semaine, une note d'admission intégrant une évaluation médicale sommaire doit être inscrite au dossier par le médecin, sauf si l'évaluation médicale globale a déjà été complétée. Dans cette même période, un bilan comparatif des médicaments (BCM) doit être réalisé par le pharmacien, le médecin ou tout autre professionnel de l'équipe qui possède les compétences nécessaires.

1.2 ÉVALUATION MÉDICALE GLOBALE

Le médecin doit effectuer une évaluation médicale globale durant le premier mois de l'hébergement. Cette évaluation complète permettra au médecin de vérifier, entre autres, si toutes les étiologies de la perte d'autonomie ayant justifié l'hébergement ont été identifiées, particulièrement celles qui pourraient être réversibles. Elle mettra l'accent sur les grands syndromes gériatriques et sur la recherche des pathologies en cascade, c'est-à-dire des déficiences d'organe ou de fonction qui en entraînent une autre dans un mécanisme de causalité circulaire, par exemple :

- › prothèse dentaire mal ajustée → difficulté d'alimentation → dénutrition → augmentation de la sensibilité aux infections et aux plaies;

- › prescription d'un médicament avec des effets secondaires anticholinergiques
 - rétention urinaire → suspicion d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)
 - investigation ou prescription à cet effet.

Le médecin doit s'assurer de procéder à l'évaluation dans un environnement approprié (calme et bien éclairé) et d'obtenir au besoin l'aide d'un proche (avec l'accord du patient) ou d'un membre de l'équipe. L'évaluation d'une personne âgée en perte d'autonomie demande plus de temps que celle d'un adulte en raison de sa complexité, des présentations atypiques des maladies et de l'état psychologique, cognitif et physique du patient âgé. Une évaluation en plusieurs étapes ou en plusieurs rencontres peut être nécessaire. L'évaluation comprendra les points énumérés ci-dessous et privilégiera une approche gériatrique.

1.2.1 EXAMEN SUBJECTIF

Lors de cet examen, le médecin doit obtenir le plus d'informations possible en provenance du patient, de l'équipe multidisciplinaire qui l'a côtoyé depuis son admission et, s'il est inapte, de son représentant. Si le patient apte y consent, le médecin peut également communiquer avec ses proches. Le médecin doit également prendre en compte les informations mentionnées dans les formulaires d'évaluation remplis lors de la demande d'hébergement en soins de longue durée. Comme pour toute anamnèse, l'examen subjectif en soins de longue durée doit comprendre :

a. RAISON D'ADMISSION

Il s'agit de décrire, en quelques mots, la ou les raisons qui ont motivé l'hébergement.

b. HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

Elle doit refléter le parcours biopsychosocial qui a conduit à la perte d'autonomie et à l'hébergement du patient. Elle ne doit pas se limiter à l'énumération des maladies du patient ou à la description de l'épisode de soins aigus ayant précédé la relocalisation. L'histoire doit faire le point sur l'état actuel du patient, qui diffère souvent de son état lors de la fin des soins actifs en milieu hospitalier. Si le patient exprime une plainte plus importante que les autres, celle-ci devra être caractérisée (siège, qualité, quantité ou gravité, durée et fréquence, circonstance de survenue, facteurs accentuant et atténuant les symptômes) et les symptômes positifs et négatifs pertinents à cette plainte devront être recherchés.

c. ALLERGIES

Le médecin doit noter les allergies médicamenteuses ou autres en précisant le type de réaction associée. Il devra s'assurer que cette information est facilement accessible au dossier.

d. HABITUDES DE VIE

Le médecin doit s'informer de la consommation de tabac, de drogues et d'alcool des patients, surtout si le patient est admis directement du domicile.

e. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX PERTINENTS

Les antécédents personnels du patient ainsi que les antécédents familiaux pertinents doivent figurer au dossier. Les dossiers antérieurs, particulièrement ceux qui sont liés à une hospitalisation récente, doivent être obtenus et consultés, car ils permettent de connaître les investigations déjà réalisées, les diagnostics posés et l'état clinique antérieur du patient.

f. HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Cette étape vise à mieux comprendre le patient en identifiant certains aspects de son histoire de vie et de son environnement psychosocial tels que sa famille, son réseau social actuel, son travail antérieur, ses loisirs, certains faits marquants de son histoire de vie (décès d'un enfant, etc.) ainsi que son appartenance socioculturelle et religieuse (ces éléments peuvent influencer les attitudes, croyances et désirs de la personne). L'évaluation psychosociale réalisée avant l'hébergement est une source utile d'informations. L'exploration des préoccupations et des attentes du patient face à l'hébergement s'intègre à cette étape.

Si la personne est inapte à consentir aux soins, le médecin doit vérifier l'existence d'un régime de protection (tutelle ou curatelle, privée ou publique) ou d'un mandat homologué en cas d'incapacité. En l'absence de ces documents, il est responsable d'identifier la ou les personnes significatives qui pourront participer à la communication de l'information et à la prise de décision. Il doit également s'informer du contenu de directives préalables, écrites ou verbales, émises par le patient et qui pourront le guider lors des prises de décisions. Toutes ces vérifications se font habituellement avec l'aide du personnel infirmier et du travailleur social.

g. HISTOIRE NUTRITIONNELLE

Les semaines et les mois précédant l'arrivée en soins de longue durée sont habituellement marqués par la maladie et le déclin fonctionnel des patients, ce qui entraîne souvent des perturbations dans leur alimentation. La dénutrition est donc fréquente lors de l'admission, ce qui peut entraîner une augmentation de la mortalité et de la morbidité en favorisant l'apparition de plaies de pression, d'infection, d'une grabatisation, d'une asthénie et d'une perte d'autonomie fonctionnelle. Le médecin doit apporter sa contribution à l'évaluation de l'état nutritionnel et aux interventions visant à l'optimiser.

Il est important de bien équilibrer l'alimentation des personnes hébergées en CHSLD. Sauf exception, on ne devrait pas leur imposer de diètes contraignantes, mais plutôt améliorer leur qualité de vie au moyen de l'alimentation. Le patient devrait avoir la possibilité de choisir son type de diète même

si celui-ci ne correspond pas aux recommandations professionnelles en la matière. Par exemple, un patient diabétique pourra décider de consommer des sucreries et un patient dysphagique pourra décider de ne pas respecter sa diète adaptée. Le plus important est que le patient soit informé des risques (étouffement, pneumonie d'aspiration, etc.) et des conséquences de ses choix. Il doit pouvoir prendre une décision éclairée. On doit porter une attention particulière au contexte culturel et religieux qui pourrait influencer l'apport alimentaire de certains patients en CHSLD.

Un problème de dysphagie peut avoir un impact significatif sur l'état nutritionnel du patient. La dysphagie devrait être recherchée dès qu'un patient manifeste certains problèmes de déglutition, de salivation, d'étouffement à répétition, d'infections pulmonaires répétitives ou de toux (particulièrement à l'alimentation).

h. HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Il est important de réviser la présence d'effets secondaires de la médication et de vérifier si le patient a, par le passé, dû cesser la prise de certains médicaments pour cause d'intolérance ou d'inefficacité. Cette portion de l'évaluation peut également être effectuée lors du bilan comparatif des médicaments.

i. REVUE DES SYSTÈMES

La revue des systèmes est parfois difficile à faire en CHSLD, mais elle est souvent la meilleure source d'informations pour aider le médecin à bien connaître l'état d'un patient qui présente plusieurs pathologies et de multiples problèmes. Lors du questionnaire, le médecin devra porter une attention particulière aux symptômes des grands syndromes gériatriques. En plus des symptômes usuels, il est pertinent d'explorer les éléments suivants :

Neurologie :	Les histoires de chute, les troubles de mobilité ou d'équilibre, les troubles du mouvement et les troubles cognitifs.
--------------	---

Oto-rhino-laryngologie (ORL) :	Les problèmes bucco-gingivaux, l'audition et le port d'appareil auditif.
--------------------------------	--

Ophtalmologie :	La vision du patient et le port des lunettes.
-----------------	---

Gastroentérologie :	La dysphagie, la constipation et les problèmes d'incontinence fécale.
---------------------	---

Urologie :	Les problèmes d'incontinence urinaire, de rétention urinaire et de prostatisme.
Locomoteur :	Les douleurs en lien avec l'appareil musculosquelettique.
Endocrinologie :	Tous les symptômes reliés au problème de la thyroïde (fréquents chez la personne âgée).
Psychiatrie :	L'admission en soins de longue durée peut être une source importante d'anxiété pour les patients. Cela s'ajoute à l'insécurité vécue dans les mois précédant l'admission en raison de l'évolution de leurs maladies chroniques, de la progression de leur perte d'autonomie, de l'abandon de leur domicile et de leur cheminement souvent tumultueux entre le domicile et le CHSLD. Pour plusieurs patients, le CHSLD sera leur dernière demeure et ils en sont conscients. En raison de tous ces éléments, les troubles d'adaptation et les dépressions sont fréquents durant cette étape de la vie. Le questionnaire psychiatrique doit être le plus complet possible et le médecin doit être vigilant, car la présentation clinique de la dépression chez les personnes âgées est souvent atypique.

Lors de la revue des systèmes, il est important de rechercher la présence de douleurs, car elles peuvent exacerber ou même être responsables des troubles de comportement, du retrait social et des troubles d'adaptation. La douleur est fréquemment sous-diagnostiquée en soins de longue durée. Une étude³ américaine a démontré qu'environ 25 % des patients en Nursing Home étaient souffrants et que le quart de ceux-ci ne recevait aucun traitement analgésique. La douleur non traitée favorise notamment la dépression, la perte de poids, le délirium, le déclin fonctionnel et les plaies cutanées.

3 Gillick, M.R. et M. Yurkofsky (2012). « Medical care of the nursing home patient in the United States », *Up to Date*, Wolters Kluwer Health.

1.2.2 EXAMEN OBJECTIF

Lors de l'évaluation médicale globale, le médecin doit effectuer un examen physique complet et pertinent, incluant notamment :

- › Le poids et son évolution.
- › L'état buccodentaire.
- › L'appréciation de l'acuité auditive et visuelle du patient. La vérification de la présence de bouchons de cérumen et de l'utilisation de prothèses auditives ou visuelles. La correction des troubles auditifs et visuels optimise la qualité de vie des patients et leurs capacités d'interactions sociales tout en ayant un impact positif sur la dépression et les troubles cognitifs.
- › Les examens neurologique, locomoteur et vasculaire sont nécessaires, incluant la recherche de l'hypotension orthostatique si pertinente (en cas de chute, par exemple).
- › L'intégrité cutanée : vérification de la présence ou non de plaies au siège, aux talons et aux autres points de pression.
- › Les signes suggérant que le patient est victime de violence physique doivent être remarqués.
- › L'examen cognitif : il peut se faire notamment à l'aide de tests tels que le Folstein⁴ ou le MoCA⁵. Si les atteintes cognitives sont trop sévères pour effectuer les tests, le médecin doit questionner le personnel pour connaître le fonctionnement et l'orientation du patient sur l'unité. Des problèmes de jugement, de fonctions exécutives ou d'apraxie peuvent nuire à l'autonomie fonctionnelle et augmenter le risque de chute. À l'admission des patients, il est important d'effectuer une évaluation cognitive de base pour statuer sur le stade de la démence existante ou pour mettre en évidence des problèmes cognitifs insoupçonnés. Si des troubles cognitifs sont découverts, ils doivent être évalués, diagnostiqués et traités lorsque requis. Pour bien apprécier l'état cognitif d'un patient à son arrivée au centre, il est important de le comparer à son état de base, c'est-à-dire à celui qui était présent en communauté avant le placement ou l'hospitalisation en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). La possibilité d'un délirium ne doit pas être oubliée, puisqu'une étude américaine a démontré qu'un patient sur sept admis en Nursing Home présente des signes de délirium⁶. Puisque le délirium est un facteur qui augmente la mortalité, il est important d'en soupçonner la présence et de le prendre en charge rapidement, d'autant plus qu'il peut être réversible. Pour aider à le dépister, on peut utiliser, entre autres, le CAM⁷ (Confusion Assessment Method) qui a une sensibilité de 94 % et une spécificité de 90 % à 95 %.

4 Disponible au <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234?OpenDocument>

5 Disponible au <http://www.mocatest.org/>

6 Gillick, M.R. et M. Yurkofsky (2012). « Medical care of the nursing home patient in the United States », *Up to Date*, Wolters Kluwer Health.

7 Voir la prise de position sur le délirium de la Société québécoise de gériatrie au <http://www.sqgeriatrie.org/>

- › L'examen mental : Son importance prend toute sa signification lorsqu'on sait qu'une étude américaine⁸ a démontré que 33 % des patients souffraient de dépression à l'admission en Nursing Home et que 22 % en développeront une dans la première année.

L'examen mental doit comprendre les éléments suivants :

- › L'apparence et le comportement.
 - › L'affect et l'humeur (dépressif, exalté, labile, anxieux, triste, etc.).
 - › Le contenu de la pensée (obsession, phobie, agressivité, délire, idées suicidaires, etc.).
 - › Les perceptions (illusions, hallucinations, etc.).
 - › L'appréciation du risque suicidaire, au besoin.
- › Les examens rectal et vaginal sont effectués selon la pertinence clinique.

1.2.3 ÉVALUATION FONCTIONNELLE

Il est important de statuer sur l'autonomie fonctionnelle du patient lors de son admission, surtout aux AVQ, puisque la majorité des patients admis en soins de longue durée sont déjà totalement dépendants sur le plan des AVD. Les points à étudier sont : l'autonomie en ce qui concerne l'alimentation, les soins d'hygiène, l'habillement, les déplacements et les transferts ainsi que la capacité à se rendre aux toilettes ou à gérer les problèmes d'incontinence. Il ne faut pas oublier d'évaluer la capacité du patient à communiquer, ce qui permettra à l'équipe multidisciplinaire d'ajuster les méthodes de communication.

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle peut être réalisée par un autre professionnel de l'équipe multidisciplinaire. Le médecin doit alors signaler qu'il en a pris connaissance. Il doit tenir compte des informations ainsi obtenues dans son plan d'intervention.

1.2.4 EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

L'examen médical périodique de la personne âgée a fait l'objet de plusieurs écrits scientifiques. Les médecins peuvent se référer, entre autres, à la prise de position de la Société québécoise de gériatrie concernant l'examen médical de la personne âgée (publiée en 2013⁹). Les recommandations concernant ce type d'examen doivent être adaptées à la condition médicale du patient tout en

⁸ Hoover, D.R., et collab. (2010). « Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA », *International Psychogeriatrics*, vol. 22, n° 7, nov., p. 1161-1171.

⁹ www.sqgeriatrie.org

respectant son autonomie décisionnelle, sa capacité à collaborer et son niveau d'intervention. Avant d'initier un traitement à visée préventive, il faut mettre dans la balance l'espérance de vie du patient et le temps minimal requis pour que cette intervention ait l'impact recherché. Ce type d'intervention ne doit pas nuire au patient ni lui imposer un fardeau excessif. La pertinence des mesures préventives initiées devra être réévaluée périodiquement.

Le médecin doit s'assurer que la personne hébergée reçoit les vaccins appropriés, notamment les vaccins antigrippaux et le vaccin contre le pneumocoque. La vaccination peut également être mise à jour selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ¹⁰). La prescription de certains examens de dépistage (bilan lipidique, ostéodensitométrie, etc.) ainsi que de certains médicaments (acide acétylsalicylique, statines, biphosphonates) doit être évaluée en fonction de l'état clinique du patient, du niveau d'intervention médicale, de l'espérance de vie et des comorbidités.

1.2.5 LISTE DE PROBLÈMES

La liste de problèmes doit être établie par le médecin à la fin de son évaluation. Elle comprend non seulement les diagnostics du patient, mais aussi les problèmes en cours d'investigation. Le médecin doit être le plus précis possible dans la rédaction de cette liste et inclure :

- › Le stade de la maladie, le cas échéant.
- › Les complications et l'atteinte des organes cibles en lien avec le diagnostic.
- › Les résultats d'examens complémentaires pertinents. Par exemple : un diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique doit être accompagné du résultat de la fraction d'éjection ventriculaire, si disponible.

Les éléments de cette liste doivent être actualisés au fur et à mesure de l'évolution des problèmes. Il est parfois nécessaire de refaire cette liste pour mettre en valeur les pathologies actives et pour classer les problèmes résolus dans les antécédents.

1.2.6 PLAN D'INTERVENTION MÉDICALE

Le médecin doit établir un plan d'intervention médicale pour chaque problème médical actif. Il y précise les investigations et les traitements nécessaires en lien avec le niveau d'intervention médicale et les souhaits du patient.

10 http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf

Ce plan peut comprendre, entre autres, le cas échéant :

- › Un bilan paraclinique.
- › Des consultations avec un autre médecin ou avec d'autres professionnels de la santé.
- › Les ajustements nécessaires à la médication. C'est le moment de rechercher les interactions médicamenteuses cliniquement significatives et d'ajuster les médicaments en conséquence. Le médecin doit également prévoir les impacts de ses interventions. Par exemple : lors d'une prescription de narcotiques, il ne devrait pas oublier de prévenir la constipation qui peut en résulter.

Ce plan évoluera en fonction des résultats obtenus et de l'état du patient. Il doit refléter la démarche clinique gériatrique du praticien. Ce dernier doit donc tenir compte des aspects particuliers de la clientèle gériatrique. Par exemple : il ne devrait jamais attribuer d'emblée au vieillissement de son patient des diagnostics de dépression, de troubles de mémoire, de chute ou d'incontinence. Même si ces pathologies surviennent surtout à un âge avancé, elles doivent faire l'objet d'un diagnostic différentiel et, le cas échéant, être investiguées et traitées.

Si, en raison du niveau d'intervention et de l'état du patient, il a été décidé de ne pas intervenir concernant un problème donné, le médecin doit relater au dossier les points importants de la discussion qu'il a eue avec le patient, ou son représentant, à ce sujet.

1.2.7 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens complémentaires permettent au médecin d'établir ou de préciser un diagnostic et d'ajuster un traitement. La demande et la fréquence des examens complémentaires doivent être individualisées pour chaque patient. Il n'est pas indiqué d'effectuer un bilan d'investigation uniforme pour tous. La demande doit être adaptée au niveau d'intervention médicale du patient ainsi qu'à sa capacité à subir l'examen et à se déplacer sur les lieux du test. Le médecin soupèse donc, avec le patient ou son représentant, les avantages et les inconvénients liés au test.

Certains examens s'imposent presque d'emblée en CHSLD, tels que la créatinine sérique (pour calculer la clairance de la créatinine) et les protéines et l'albumine sériques (pour évaluer l'état nutritionnel du patient et ajuster la posologie de certains médicaments tels que la phénytoïne.) L'initiation d'un médicament ou l'ajustement d'une posologie sont donc des moments opportuns pour vérifier ces examens.

Le dépistage systématique ne devrait porter que sur les maladies fréquentes dont les manifestations peuvent être silencieuses et qui peuvent, selon l'état du patient et son niveau d'intervention, nécessiter un traitement. Par exemple : il est suggéré de vérifier le niveau de la TSH si cela n'a pas été fait durant la dernière année.

1.2.8 PROCHES AIDANTS

On doit encourager les proches aidants à poursuivre leur implication auprès du bénéficiaire après son admission en CHSLD. Ce sont eux qui connaissent le mieux le patient et le cheminement qui l'a amené en établissement. Pour eux aussi, ce parcours a pu être difficile et semé d'embûches. Lors de l'admission, ils sont souvent inquiets ou épuisés. Le médecin doit vérifier leur réaction et leurs attentes concernant l'hébergement. Celles-ci sont souvent modulées par certaines croyances que les aidants ont sur la vieillesse, la maladie, la perte d'autonomie et l'admission de l'être cher en soins de longue durée. La majorité des proches aidants passeront par plusieurs émotions, dont l'anxiété, la tristesse, la culpabilité, la colère et l'agressivité. L'équipe de soins doit être à l'écoute de ces sentiments et diriger, au besoin, les proches aidants vers des ressources professionnelles d'aide et de soutien. Le médecin, en collaboration avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, rencontrera les proches aidants et les considérera comme des partenaires de soins, dans le but d'optimiser la qualité de vie des résidents. Lorsqu'un patient est apte, cette démarche ne pourra avoir lieu que si elle respecte les souhaits du bénéficiaire quant au degré d'implication de ses proches dans son plan de soins.

1.2.9 ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE

Tout comme le médecin, les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire font une évaluation du patient à la suite de son admission. Cette équipe peut comprendre, selon les établissements et les besoins des patients, les représentants de différents secteurs : soins infirmiers, médecine, physiothérapie, ergothérapie, nutrition, services sociaux, psychologie, etc. La première réunion interdisciplinaire devrait se dérouler de quatre à dix semaines après l'admission du patient et annuellement par la suite. En partageant leurs évaluations, les professionnels mettent en place un plan d'intervention multidisciplinaire personnalisé et adapté aux besoins spécifiques de chaque patient. Dans plusieurs milieux, le patient ou son représentant assiste à cet échange; sinon, le plan d'intervention qui en résulte doit leur être présenté. Le médecin doit s'impliquer dans l'élaboration de ce plan et être présent à la réunion. S'il est impossible au médecin d'être présent, il doit fournir au préalable les informations médicales pertinentes à l'équipe multidisciplinaire. Une note au dossier

doit préciser que le médecin a pris connaissance du résumé et des conclusions de la réunion et qu'il a adapté son plan de traitement en conséquence, lorsque requis.

Si des changements majeurs surviennent dans l'état du patient, une réunion interdisciplinaire doit parfois être tenue plus rapidement que prévu.

Chapitre 2/ Aptitude à consentir aux soins

Avant d'obtenir un consentement aux soins ou de discuter des niveaux d'intervention médicale (incluant la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire), le médecin doit vérifier l'aptitude du patient à consentir aux soins. Il ne faut pas confondre l'aptitude à consentir aux soins avec l'aptitude à gérer ses biens ou sa personne. Ainsi, même un patient représenté par un mandataire, un tuteur ou un curateur devra être évalué en vue d'obtenir un consentement aux soins. Il est possible que les patients, ainsi représentés, puissent dans certaines situations avoir la capacité de comprendre, d'apprécier et de raisonner les informations reçues pour finalement exprimer un choix valide. De plus, la seule présence d'un trouble cognitif, neurologique ou psychiatrique ne signifie pas que le patient est automatiquement inapte à consentir. Par exemple, on ne peut présumer de l'aptitude ou de l'inaptitude d'un patient sur la base d'un résultat au test de Folstein.

L'utilisation des critères de la Nouvelle-Écosse¹¹ peut guider le médecin dans son évaluation de l'aptitude à consentir aux soins :

- › Le bénéficiaire comprend-il la nature de ses maladies?
- › Comprend-il la nature du traitement proposé?
- › Comprend-il les risques et les avantages du traitement proposé?
- › Comprend-il les conséquences de ne pas se soumettre à ces traitements?
- › Sa capacité à décider est-elle limitée par un impact de sa maladie sur son état mental?

Pour s'assurer de l'aptitude du patient, le médecin ne doit pas seulement tenir compte du caractère raisonnable de sa décision. Il doit plutôt s'attarder au processus de raisonnement démontré par le patient avant d'émettre un choix : Le patient a-t-il bien compris les enjeux? A-t-il su apprécier l'impact des différents éléments? A-t-il analysé tous ces éléments ou toutes ces informations en se basant sur ses convictions personnelles? A-t-il démontré une constance dans son choix?

¹¹ *Hospitals Act*, R.S.N.S. 1989, c. 208, art. 52(2).

Ce choix sera valide pour l'épisode de soins en cours, mais le patient peut le modifier à tout moment, en justifiant sa décision.

Les médecins pourront éventuellement consulter un guide préparé par le Collège des médecins du Québec concernant l'évaluation médicale de l'inaptitude. Ce document sera disponible dans les prochains mois (www.cmq.org).

Chapitre 3/ Niveau d'intervention médicale et décision de tenter ou non une réanimation cardiorespiratoire

On doit trouver au dossier de tous les patients hébergés en CHSLD un niveau d'intervention médicale et la décision d'effectuer ou non des manœuvres de réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire. Vous trouverez en annexe un document complémentaire à ce sujet. Comme la décision concernant la réanimation est effective dès qu'une situation d'arrêt cardiorespiratoire se produit, elle doit être l'objet d'un consentement spécifique et être colligée au dossier de manière spécifique. Il faut se rappeler qu'un refus de soin de la part du patient est un droit, qui doit toujours être respecté, alors qu'il n'en va pas nécessairement de même pour une demande de soin.

3.1 NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM) : UN OUTIL FACILITANT LA COMMUNICATION SUR LES OBJECTIFS DES SOINS

Le NIM constitue une forme de planification préalable des soins. Il sert à orienter les soins, autant de manière immédiate qu'en prévision de détériorations futures de l'état de santé de la personne malade. Celles-ci sont fréquentes chez les personnes souffrant de maladies chroniques ou chez la clientèle gériatrique.

La force du NIM repose sur le fait que les décisions sont le fruit d'une communication formelle entre le patient (ou son représentant en cas d'inaptitude) et le médecin. Ces décisions découlent en effet des discussions menées entre le médecin et le patient ou son représentant. Le médecin, après avoir effectué une évaluation globale du patient, doit discuter avec ce dernier de son état de santé et explorer ses souhaits afin d'en arriver à une décision consensuelle. Le choix du niveau d'intervention et la décision de tenter ou non une réanimation doivent être réévalués périodiquement, surtout s'il y a une modification importante dans l'état de santé habituel du patient. En cas de problème aigu, le NIM doit être revalidé avec le patient et, selon les souhaits de ce dernier, il peut être maintenu ou modifié. Le patient peut en tout temps réviser ses choix.

L'inscription du NIM au dossier par le médecin (souvent sur un formulaire institutionnel nommé « échelle de niveau de soins ») permet en outre de baliser les actions des autres professionnels de la santé qui auraient à intervenir, lors d'une urgence, par exemple. Les décisions doivent être transcrites au dossier en précisant les personnes qui ont participé à la discussion et le moment de la rencontre. Une brève description de la discussion doit également être consignée au dossier. Voir un exemple de formulaire (annexe III).

3.2 NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE ET CONSENTEMENT

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Code civil du Québec, art. 11

Il est important de se rappeler qu'un NIM n'équivaut pas à un consentement aux soins. Il sert d'outil facilitant la communication pour discuter du plan d'intervention lors de la survenue d'un épisode de soins aigus ou lors de la réévaluation annuelle. Un consentement devra donc être obtenu lors de chaque épisode de soins aigus. En cas d'urgence et dans l'impossibilité d'obtenir le consentement d'un patient apte ou de son représentant en cas d'inaptitude, le NIM guide le médecin dans les décisions à prendre concernant les investigations et les traitements. Il reste que le **consentement du patient** ou un **consentement substitué** devra être obtenu aussitôt que possible.

Chapitre 4/ Suivi

4.1 SUIVI RÉGULIER

À la suite de l'évaluation médicale globale, le médecin doit assurer le suivi des affections chroniques du patient et prendre en charge tous les nouveaux problèmes médicaux qui se manifesteront durant l'hébergement. Il doit s'appliquer d'abord à traiter les problèmes médicaux réversibles, puis, si possible, il vise à optimiser le niveau fonctionnel des patients, tout en favorisant une approche gériatrique. Au besoin, le médecin en CHSLD peut demander l'avis d'autres médecins ainsi que celui d'autres professionnels de la santé. Lorsqu'il est disponible, un gériatre s'avère un consultant privilégié auprès des CHSLD pour faire des consultations téléphoniques ou pour se rendre sur les lieux selon certaines modalités.

En plus des problèmes observés, le médecin doit être attentif aux manifestations signalées par le personnel infirmier et les proches du malade. Des symptômes parfois bénins en apparence peuvent être précurseurs des grands syndromes gériatriques : **la dénutrition, la dépression, l'incontinence, le délirium, la démence, les chutes ou le syndrome d'immobilisation**. L'apparition d'incontinence, d'un ralentissement psychomoteur, de troubles du sommeil ou d'un comportement perturbateur sont autant de situations cliniques qui doivent être évaluées promptement, surtout si la cause du problème est réversible. Au besoin, le médecin transmet au personnel des unités les connaissances nécessaires pour reconnaître ces symptômes et lui en signaler la présence. Les problèmes ainsi identifiés doivent faire l'objet d'une évaluation clinique et, si justifié, d'une évaluation paraclinique pour permettre de préciser le diagnostic et d'élaborer le plan d'intervention pertinent (pharmacologique et non pharmacologique).

La fréquence des visites de suivi doit être subordonnée à l'état du patient et à celui de ses pathologies aiguës et chroniques.

Le poids du patient doit être surveillé périodiquement, car toute perte non intentionnelle ou non expliquée mérite l'attention du médecin. Celui-ci devra en rechercher les causes en insistant surtout sur les étiologies réversibles sans oublier les pathologies buccodentaires. Quand des problèmes de

poids surviennent, une collaboration étroite avec le nutritionniste, lorsque disponible, s'impose.

4.2 ÉPISODE DE SOINS AIGUS

Lors d'un épisode de soins aigus, le médecin présent dans l'établissement effectuera une évaluation et proposera au patient, ou à son représentant en cas d'incapacité, un plan d'investigation et un traitement qui est en accord avec le niveau d'intervention médicale. Le patient ou son représentant devront participer activement à l'élaboration de ce plan, objet de consentement. Si le médecin (traitant ou de garde) est à l'extérieur de l'établissement, il doit discuter avec l'infirmière de la meilleure option possible pour le patient : déplacement du médecin au CHSLD pour évaluer le patient, initiation d'un plan de traitement au moyen d'une ordonnance téléphonique avec réévaluation sur place par le médecin dans un délai approprié à la situation ou transfert immédiat en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Le consentement du patient ou, s'il est inapte, de son représentant doit être obtenu en tout temps, sauf en cas d'urgence s'il est impossible de l'obtenir à temps. Idéalement, le médecin doit évaluer le patient avant d'autoriser un transfert, sauf si les délais pour ce faire retardent indûment la procédure (par exemple : lors d'une détresse respiratoire chez un patient qui désire les soins maximaux). Cette évaluation permet au médecin et au patient de mieux apprécier la situation et ils pourront, au besoin, réviser le niveau d'intervention et l'adapter aux circonstances.

Lorsqu'un médecin envisage un transfert en CHSGS, il doit soupeser les avantages et les inconvénients de cette décision, puisqu'un tel déplacement peut être source d'inconfort physique et psychologique pour la clientèle gériatrique. Pour s'assurer que le transfert en soins aigus est indiqué, il est parfois avantageux pour le médecin en CHSLD de discuter avec un médecin consultant en CHSGS avant de lui envoyer un patient. Il est possible, selon les situations et le niveau d'intervention médicale (NIM) du patient, qu'un traitement conservateur au CHSLD assurant le confort du patient soit la meilleure solution pour certaines pathologies (fracture, infarctus, pneumonie, etc.).

Une note d'évolution justifiant le transfert doit être consignée au dossier par le médecin ayant autorisé le transfert. Cette inscription peut se faire au moment du transfert ou lors de la prochaine visite du médecin au centre.

Si le patient reste au CHSLD, il pourrait être nécessaire, selon son état, qu'il soit revu rapidement par un médecin, soit dans les heures qui suivent, soit le

lendemain. D'ailleurs, tous les patients qui auront un plan de traitement initié par téléphone, sauf pour des problèmes mineurs, doivent être évalués dans un délai approprié à la situation clinique, ce qui implique parfois une visite médicale en dehors de l'horaire régulier des visites. De plus, un mécanisme de communication entre les médecins de garde ou entre le médecin de garde et le médecin traitant devra être mis en place pour favoriser les échanges d'information. Cela permettra d'identifier les patients qui nécessiteront une évaluation ou une réévaluation par un médecin, et ce, peu importe le jour de la semaine.

4.3 TRANSFERT EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

Selon le niveau d'intervention souhaité, le médecin peut décider, lors d'une dégradation de l'état de santé du patient, de transférer celui-ci en CHSGS. Puisque la grande majorité des patients hébergés en soins de longue durée ne pourront fournir les informations nécessaires à la nouvelle équipe traitante, le médecin doit s'assurer que les données pertinentes à la continuité des soins soient fournies à la nouvelle équipe, notamment :

- › La liste de problèmes.
- › La liste de médicaments.
- › Un résumé de la situation qui justifie le transfert, en spécifiant les évaluations et les interventions déjà faites.
- › Les coordonnées des personnes à joindre en cas d'urgence et celles du médecin traitant au besoin.
- › Le formulaire relatant le niveau d'intervention souhaité.
- › Les renseignements sur l'état infectieux du patient (porteur de bactéries multirésistantes aux antibiotiques, éclosion d'influenza ou de gastroentérite, etc.).

Au retour d'un patient transféré dans un CHSGS, les notes d'évolution doivent comprendre une synthèse de l'hospitalisation et une nouvelle évaluation clinique dans un délai approprié à la condition clinique du patient. Un bilan comparatif des médicaments doit être fait et des ajustements seront apportés à la médication si nécessaire. Si l'état fonctionnel du patient s'est détérioré, il y a lieu de procéder à une réévaluation médicale complète et à une nouvelle discussion en vue de modifier le niveau d'intervention médicale, le cas échéant.

4.4 RÉÉVALUATION-SYNTHÈSE PÉRIODIQUE

Cette réévaluation-synthèse doit se faire annuellement ou plus fréquemment au besoin. Elle peut faire partie de l'évaluation d'évènement aigu ou être en soi la cause de la consultation. Cette réévaluation permet de faire le point sur l'état global du patient, incluant l'évolution des pathologies chroniques, l'évaluation de son état fonctionnel et le dépistage des grands syndromes gériatriques. Cette synthèse peut être réalisée en prévision de la réunion multidisciplinaire annuelle, ce qui enrichira la participation du médecin lors de la rencontre. C'est le moment idéal pour comparer certaines données objectives avec les résultats précédents pour suivre la progression du patient (par exemple : poids, mobilité, examen neurologique, test de Folstein, etc.). Cette révision est également l'occasion de revoir les composantes de l'évaluation médicale périodique pertinentes pour le patient et de réévaluer la fréquence des monitorings qui lui ont été prescrits (signes vitaux, glucomètre, oxymétrie, bilan sanguin à intervalle régulier) pour s'assurer que ceux-ci sont toujours proportionnels à l'état du patient et à son niveau d'intervention. Une révision de la médication doit aussi être effectuée.

4.5 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Selon la littérature, de 50 % à 80 % des patients hébergés en soins prolongés souffrent de douleurs chroniques¹². Les douleurs peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie, l'autonomie fonctionnelle, le sommeil, le comportement et l'affect. Les douleurs sont en lien, notamment, avec des pathologies de l'appareil locomoteur, des atteintes neurologiques dégénératives, des néoplasies, des plaies de pression et des maladies vasculaires périphériques. Elles peuvent également dépendre de l'immobilité et des contractures du patient.

La douleur étant généralement sous-estimée en CHSLD, le médecin doit donc être vigilant pour dépister celle-ci, surtout chez les patients qui ont des troubles de communication ou des troubles cognitifs, car cette clientèle a de la difficulté à exprimer ses inconforts. Parfois, les douleurs pourront se manifester sous forme de troubles de comportement.

Le médecin doit, à l'aide du questionnaire et de ses observations cliniques, caractériser la douleur. L'intensité de celle-ci peut être évaluée à l'aide d'une échelle de la douleur. Certaines de ces échelles (Doloplus¹³ et PACSLAC¹⁴) sont adaptées pour la clientèle non communicante. À la suite de son

¹² Hollenack, K.A., et collab. (2007). « The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 4): pain management », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, mars, p. e77-e85.

¹³ <http://www.doloplus.com>

¹⁴ <http://www.pacslac.org>

investigation clinique, le médecin pourra, s'il le juge pertinent, demander des examens complémentaires qui lui permettront de préciser le diagnostic, ce qui facilitera la prescription des analgésiques et des coanalgésiques les plus susceptibles d'apporter un soulagement. Le médecin pourra utiliser les lignes directrices sur le traitement de la douleur en les adaptant à la clientèle gériatrique au besoin. Lorsqu'il prescrit des analgésiques, le médecin doit commencer par de faibles doses qui seront augmentées progressivement au besoin. De plus, il devra être proactif concernant la recherche et la prise en charge des effets secondaires. La prescription de narcotiques doit s'accompagner fréquemment d'une prescription de laxatif et celle d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) doit être précédée par une évaluation des facteurs de risque gastro-intestinal, rénal et cardiovasculaire.

Finalement, le médecin ne devra pas oublier l'impact psychosocial de la douleur chronique. Comme bien des problèmes gériatriques, la prise en charge de la douleur chronique se doit d'être multidisciplinaire.

4.6 SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont très fréquents en CHSLD et ils se manifestent sous différentes formes : errance, cri, agressivité, hyperactivité, etc. Avant d'attribuer l'apparition ou l'aggravation des SCPD à la progression de la maladie de base, le médecin doit examiner le patient et éliminer les causes potentiellement réversibles de troubles du comportement telles qu'un fécalome, une rétention urinaire, une douleur, un effet secondaire d'un médicament, un problème infectieux ou métabolique, une dépression, un trouble anxieux, etc. Le délirium doit également faire partie du diagnostic différentiel d'une variation de comportement, lorsque pertinent, et il est important d'en rechercher l'étiologie. Les comportements dérangeants doivent être bien documentés et caractérisés : la nature du comportement, la fréquence, la durée, les facteurs déclenchants et les interventions efficaces ou inefficaces devront être colligés et analysés. Ces informations permettront au médecin de prescrire les interventions les plus appropriées, qu'elles soient de nature non pharmacologique (alimentation du patient, le conduire aux toilettes, modifier l'environnement, activité récréative, etc.) ou pharmacologique. En effet, certains SCPD ont un impact majeur sur le patient et son environnement, justifiant ainsi l'utilisation d'une approche pharmacologique. Le médecin ne devrait pas oublier de vérifier les effets secondaires de la médication et de tenter un sevrage de celle-ci après quelques mois d'utilisation.

La prise en charge des SCPD doit inclure également une rencontre avec les proches aidants du patient pour leur apporter du soutien et mettre en contexte le comportement inhabituel de leur proche. Le médecin peut aussi être appelé à rencontrer certains soignants pour leur expliquer le tableau clinique et clarifier les objectifs de prise en charge.

L'apparition de comportements perturbateurs chez des patients qui ne sont pas connus pour une démence doit également déclencher une démarche clinique similaire.

4.7 CONTENTION

L'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) encadre l'utilisation de ces mesures exceptionnelles.

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

Donc, pour encadrer l'utilisation des contentions et des autres mesures, chaque établissement doit élaborer un protocole d'application des contentions et autres mesures. Le médecin peut s'y référer au besoin. Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (connue sous le nom de projet de loi n° 90), d'autres professionnels peuvent maintenant décider de l'utilisation d'une mesure de contention en établissement, si l'activité

est incluse dans leur champ d'exercice (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, psychoéducateur, psychologue, travailleur social). En pratique, l'utilisation des mesures de contention est souvent une décision de l'équipe multidisciplinaire, sauf en cas d'urgence. Le médecin doit s'impliquer dans le processus en procédant à l'évaluation médicale appropriée, c'est-à-dire en recherchant la cause du problème ayant justifié la mesure de contention et en s'assurant que l'utilisation de la mesure est justifiée. Il doit consigner au dossier tous les éléments qui justifient ses décisions sur le sujet.

Le médecin et l'équipe multidisciplinaire qui prescrivent des contentions doivent être conscients des risques associés à celles-ci ainsi que du fait qu'elles peuvent engendrer un faux sentiment de sécurité autant pour les soignants que pour les proches du patient. Il est bien démontré que les contentions sont à la source de plusieurs complications : déshydratation, risque accru d'infections, incontinence urinaire et fécale, plaies de pression, isolement, baisse de l'estime de soi, augmentation de l'agitation, détérioration consécutive à l'immobilisation, diminution de l'autonomie fonctionnelle, décès par strangulation, etc. L'utilisation des contentions doit donc être exceptionnelle et constituer une solution de dernier recours. En tout temps, des mesures autres que les contentions devront être privilégiées. Sauf en cas d'urgence, l'utilisation des contentions doit être approuvée par le patient ou par son représentant s'il est inapte. La poursuite de l'utilisation des contentions doit être réévaluée périodiquement et l'équipe multidisciplinaire doit rechercher régulièrement d'autres solutions possibles. En tout temps, il faut s'assurer que la dignité du patient ainsi que sa qualité de vie sont priorisées.

4.8 UNE UTILISATION JUDICIEUSE DES MÉDICAMENTS

La clientèle âgée présente habituellement de multiples pathologies et le médecin a régulièrement une longue liste de médicaments à gérer. Il doit réviser périodiquement cette liste pour en vérifier les posologies, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses et les interactions médicaments-maladies. Il doit faire les ajustements nécessaires en tenant compte des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge. Les cibles thérapeutiques pour la clientèle « fragile » en gériatrie diffèrent souvent de celles qui sont suggérées pour une population adulte standard, c'est le cas notamment pour le diabète et l'hypertension artérielle. Le médecin doit également juger de la pertinence de chaque médicament en fonction des problèmes de santé identifiés et du niveau d'intervention médicale du patient. Ainsi, ce ne sont pas tous les patients âgés diabétiques qui nécessitent une médication pour réduire leur glycémie. En collaboration avec le personnel infirmier et le pharmacien, il doit adapter la forme

pharmaceutique (liquide, comprimé écrasable ou non, etc.) du médicament qu'il prescrit aux capacités et aux préférences du patient (dysphagie, tube de gavage, etc.). Lorsqu'il prescrit une médication au besoin (PRN), le médecin doit en préciser les circonstances d'utilisation, notamment : l'indication et la fréquence d'utilisation ainsi que l'intervalle minimal entre les doses si pertinent.

En raison de leurs effets secondaires chez la clientèle gériatrique, les benzodiazépines doivent toujours être prescrites avec une certaine prudence. On doit éviter de prescrire des benzodiazépines à action prolongée ainsi que la prise concomitante de deux benzodiazépines. Lorsqu'il prescrit des neuroleptiques, le médecin doit demeurer vigilant et être proactif dans la recherche des effets secondaires.

Comme les personnes âgées sont sensibles aux effets des médicaments, il est conseillé d'amorcer la prise de tout nouveau médicament par une petite dose et d'augmenter lentement la posologie en consignant systématiquement la réponse clinique et les réactions indésirables dans les notes d'évolution. Le médecin doit s'assurer que la posologie prescrite tient compte de la fonction rénale du patient lorsque pertinent. La valeur estimée de la clairance de la créatinine peut se calculer à l'aide de la formule de Cockcroft & Gault modifiée :

$$\text{Clairance (ml/min)} = \frac{1,23 (140 - \text{l'âge du patient en années}) (\text{poids en kg})}{(\text{créatinine sérique } \mu\text{mol/L})}$$

Pour les femmes : multiplier le résultat par 0,85

Les débits de filtration glomérulaire calculés par les laboratoires ne sont pas toujours fiables pour la clientèle de 75 ans et plus et ils ne sont pas toujours optimaux pour ajuster les posologies des médicaments. Au besoin, une discussion avec le biochimiste du laboratoire permet au médecin de vérifier la fiabilité des résultats reçus. En cas de doute, la formule de Cockcroft & Gault modifiée est utilisée.

Comme il en a été question auparavant, un bilan comparatif des médicaments (BCM) devra être fait à l'admission et au retour du patient après un transfert en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Étant donné la complexité croissante de la prescription médicamenteuse, la révision des médicaments devrait être effectuée en collaboration avec les pharmaciens du centre. Cette révision permet de vérifier la pertinence de poursuivre l'utilisation de certains médicaments, de cesser la médication PRN non utilisée, d'ajuster certaines posologies selon l'évolution de la condition du patient et de demander les examens de laboratoire pertinents au suivi de certaines molécules.

Pour certaines situations particulières, les médecins d'un CHSLD peuvent mettre en place des ordonnances collectives. Ces ordonnances permettront au personnel infirmier de procéder à des traitements ou à des examens sans attendre l'ordonnance médicale individuelle. L'ordonnance collective pourrait être rédigée, par exemple pour : le traitement de la constipation, l'administration d'un médicament tel qu'un analgésique mineur ou un antipyrétique, le traitement des plaies de pression, le traitement des mycoses cutanées banales, etc. Certaines ordonnances peuvent aussi être établies pour les patients qui reçoivent des soins de fin de vie.

4.9 DIÈTE

Le médecin doit vérifier le statut nutritionnel du patient en surveillant son poids et, au besoin, il pourra effectuer un bilan nutritionnel comprenant notamment le dosage des protéines et de l'albumine sériques. La pertinence d'une diète restrictive doit être réévaluée en fonction de l'évolution et des souhaits du patient ainsi que de son niveau d'intervention médicale (NIM).

Chapitre 5/ Soins de fin de vie

Le CHSLD est le dernier lieu de résidence pour la grande majorité de la clientèle qui y est hébergée. Le médecin sera donc régulièrement en présence d'épisodes de fin de vie pour lesquels il devra offrir aux patients, en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, des soins de confort et un accompagnement de qualité. Les souhaits des patients et leurs croyances, religieuses ou culturelles, aideront à définir les soins à recevoir.

Les soins de confort comprennent toutes les interventions nécessaires pour assurer au patient une fin de vie empreinte de dignité et de respect. Lorsqu'arrive l'étape des soins de confort, le médecin doit réviser la liste des prescriptions et cesser ce qui est devenu inutile (p. ex : signes vitaux, glucomètre, certains médicaments, etc.). Les traitements à visée curative cèdent place à ceux à visée palliative. Cette transition peut être facilitée par l'utilisation de certains outils d'information¹⁵ qui facilitent la communication avec les patients et ses proches. Outre les traitements médicaux requis pour assurer le contrôle des symptômes, le contexte des soins de fin de vie implique une attention toute particulière à la souffrance et à l'expression des émotions. Le réconfort de la personne tient souvent davantage à une présence médicale plus assidue qu'à la multiplication de gestes techniques devenus inutiles. Dans ce contexte, et si pertinent, une rencontre formelle pourrait également être proposée aux proches du patient.

Les soins palliatifs, d'abord développés auprès d'une clientèle atteinte de cancer en phase terminale, sont maintenant disponibles et appliqués dans une grande variété de situations de fin de vie, peu importe la pathologie de base, notamment dans les cas de démence, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'insuffisance cardiaque, de maladie de Parkinson, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'insuffisance rénale, etc. Le médecin devra prendre en charge les inconforts du patient, notamment, la douleur, la dyspnée, les sécrétions bronchiques perturbantes, la nausée et le délirium sans oublier les conditions psychologiques telles que l'anxiété et la peur. Des protocoles de détresse (d'étiologie respiratoire ou hémorragique) devraient être prescrits à l'avance et versés au dossier. Les explications de

¹⁵ Par exemple, le guide du Dr Marcel Arcand de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke intitulé *Les soins de confort en fin de vie dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives du cerveau – Un guide pour les proches*.

l'équipe traitante au patient et à son entourage concernant les soins reçus permettront de démystifier certaines croyances concernant les soins de confort. Durant cette période, les proches aidants auront besoin davantage de soutien et d'information sur la condition médicale du patient.

Le médecin en CHSLD ne devrait pas hésiter à consulter un confrère en soins palliatifs afin d'optimiser ses interventions. La lecture des guides sur les soins de fin de vie qui seront publiés dans les prochains mois par le Collège des médecins du Québec est également recommandée.

Chapitre 6/ Tenue de dossiers

Une tenue de dossiers de qualité est primordiale en soins de longue durée pour garantir une prise en charge optimale des multiples pathologies des patients et pour favoriser le partage d'informations avec les intervenants de l'équipe multidisciplinaire. De plus, le soin que le médecin prend à tenir son dossier reflète souvent la qualité de sa démarche clinique et des soins qu'il donne. Un dossier bien tenu est également un élément de protection juridique, car il témoigne des soins reçus par le patient.

Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROA), article 55¹⁶, décrit le contenu minimal du dossier d'un usager. Le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* du Collège des médecins du Québec encadre également la tenue de dossiers¹⁷. Tout en respectant ces éléments, le médecin doit porter une attention particulière aux points mentionnés dans les prochaines pages.

16 Voici l'article 55 du ROA : Le dossier tenu par un centre d'accueil comprend notamment :

- 1° une formule d'identification des pièces au dossier;
- 1.1° une feuille sommaire;
- 2° l'évaluation médicale du bénéficiaire;
- 3° l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire;
- 4° les rapports d'examen diagnostiques;
- 5° la demande de services;
- 6° les ordonnances;
- 6.1° l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments;
- 7° le plan d'intervention et les rapports de révision périodique;
- 8° les notes d'évolution rédigées par les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les membres du personnel clinique;
- 9° le rapport sur la nécessité de la cure fermée et le rapport sur la capacité d'une personne d'administrer ses biens, faits en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental* (chapitre P-41), ainsi que les rapports de révision;
- 10° les demandes et les rapports de consultation;
- 11° le document attestant l'obtention du consentement d'un bénéficiaire pour des soins ou des services dispensés par le centre d'accueil;
- 12° (paragraphe remplacé);
- 13° les demandes de transfert;
- 14° un rapport sur tout accident subi par un bénéficiaire dans l'établissement;
- 15° un rapport sur les mesures de contention ou d'isolement à l'égard du bénéficiaire;
- 16° le document attestant le consentement du bénéficiaire à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant;
- 17° les documents photographiques, les clichés radiologiques, les tracés d'électrocardiographie ou d'électro-encéphalographie ainsi que les autres pièces ayant servi à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement;
- 18° l'avis de congé et la mention du départ du bénéficiaire;
- 19° une copie de la déclaration de décès.

17 <http://www.cmq.org/public/profil/commun/-/media/Files/ReglementsFR/reglem-2012-dossiers-lieux-cessation-exercice-r28.pdf?111416>

6.1 LISIBILITÉ

Pour optimiser la communication et éviter les erreurs de lecture, le médecin doit utiliser une calligraphie lisible par tous et éviter les signes et les abréviations qui peuvent engendrer de la confusion. Pour connaître la liste de ces abréviations, consulter www.ismp-canada.org/fr/dossiers/AbreviationsDangereux-2006ISMPC.pdf (ISMP Canada 2006).

6.2 DATE ET SIGNATURE

Le médecin doit dater et signer (ou parapher) toutes les inscriptions qu'il verse au dossier. Dans les situations d'urgence, il est souhaitable d'inscrire également l'heure des interventions.

6.3 LISTE DES DIAGNOSTICS ET DES PROBLÈMES

On doit retrouver une liste de diagnostics et de problèmes dans le dossier de tous les patients. Elle doit être actualisée régulièrement pour refléter en tout temps une synthèse de l'état de santé de la personne concernée.

6.4 LISTE DES MÉDICAMENTS

En tout temps, on doit trouver au dossier une liste actualisée des médicaments du patient. Il peut s'agir du profil pharmaceutique fourni par le pharmacien ou d'une liste établie par le médecin ou l'infirmière.

6.5 NOTES MÉDICALES

6.5.1 NOTE D'ADMISSION

Lorsqu'une personne est admise en CHSLD, le médecin doit s'assurer de faire l'évaluation sommaire de son état de santé dans la première semaine de son séjour et de consigner cette information au dossier dans une note d'admission. Cette évaluation concerne les éléments subjectifs et objectifs permettant au médecin de détecter les problèmes qui doivent être pris en charge rapidement. La note d'admission n'est pas nécessaire si le médecin effectue l'évaluation médicale globale dans la première semaine.

6.5.2 ÉVALUATION MÉDICALE GLOBALE

Au cours du premier mois, le médecin doit compléter une évaluation médicale globale telle que décrite précédemment. L'utilisation du formulaire AH-405 intitulé «Évaluation médicale globale en soins de longue durée» peut faciliter la rédaction de cet examen et servir d'aide-mémoire au médecin.

Les résultats de certaines mesures objectives de l'autonomie ou d'autres paramètres comme l'examen de Folstein, le MoCA et le GDS (Geriatric Depression Scale)¹⁸ peuvent être consignés et servir de point de comparaison lorsqu'une réévaluation est requise à la suite d'une modification de l'état de la personne ou en vue de la prochaine réévaluation-synthèse périodique.

6.5.3 NOTES D'ÉVOLUTION

Une note d'évolution doit être versée au dossier à chaque évaluation du patient par le médecin. Un résumé des discussions que le médecin a eues avec d'autres professionnels de la santé au sujet du patient doit également être colligé au dossier.

Les changements qui surviennent dans l'état de la personne hébergée ainsi que les justifications concernant les variations au plan de traitement doivent être consignés dans les notes d'évolution. Ces dernières doivent être un témoin fidèle de la démarche clinique du médecin.

Une note justificative doit être versée au dossier du patient lors d'un transfert en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Une note mentionnant les diagnostics et les événements majeurs survenus lors du séjour en milieu hospitalier doit également être inscrite au retour du patient. Cette dernière note doit également comprendre l'évaluation de l'état actuel du patient.

6.5.4 NOTE DE DÉCÈS

Une note de décès résume les événements majeurs survenus dans l'état de santé de la personne hébergée en s'attardant davantage sur l'épisode de soins qui précède le décès. Cette note peut être inscrite au verso de la feuille sommaire.

¹⁸ Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) (2006a). *Lignes directrices nationales : évaluation et prise en charge de la dépression*, Toronto, CCSMPA, 67 p.

6.6 LE PLAN D'INTERVENTION MÉDICALE

Le plan d'intervention médicale, communément appelé « conduite à tenir », est élaboré par le médecin à la suite de chacune des évaluations médicales qu'il effectue. Il comprend la description des examens complémentaires demandés, les prescriptions, la demande de consultation et toutes autres actions découlant de l'évaluation médicale.

La demande des examens complémentaires doit être descriptive, la simple inscription « labo » ou « bilan » ne saurait être suffisante. La description des examens complémentaires peut figurer sur la feuille de prescription, mais il est également possible pour le médecin de garder une copie du formulaire de laboratoire où les examens demandés ont été cochés. Les ordonnances médicamenteuses doivent être inscrites en mentionnant le nom du médicament, la posologie et la durée de la prescription à moins que des ententes particulières n'aient été prises avec la pharmacie de l'établissement. Toutes les prescriptions doivent être justifiées par des informations versées au dossier.

6.7 FORMULAIRE CONCERNANT LA RÉANIMATION CARDIOVASCULAIRE ET LE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE

Un formulaire précisant les décisions prises lors des discussions avec le patient, ou avec son représentant en cas d'incapacité, sur les sujets mentionnés précédemment doit être mis en évidence dans le dossier. Une copie du formulaire doit accompagner le patient à chacun de ses rendez-vous à l'extérieur du CHSLD ou lors de son transfert en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ce formulaire doit être actualisé annuellement par le médecin ou plus rapidement s'il y a une modification significative de l'état de santé du patient. Le patient ou son représentant en cas d'incapacité peuvent en tout temps demander que le choix du niveau d'intervention médicale ou de la décision quant à la réanimation soit modifié.

Au cours de la prochaine année, le Collège des médecins du Québec prendra position sur la meilleure façon d'inscrire au dossier une décision en lien avec la réanimation cardiorespiratoire.

6.8 RÉÉVALUATION-SYNTHESE ANNUELLE

La réévaluation-synthèse annuelle peut être inscrite dans les notes d'évolution ou sur un formulaire dédié à cette fin. Il est important d'y inclure des informations cliniques subjectives, c'est-à-dire en provenance du patient ou de l'équipe de soins.

6.9 NOTE DE DÉPART

Une note de départ doit être rédigée par le médecin au moment du transfert définitif d'un patient vers un autre établissement ou lors de son retour à domicile. Cette note doit comprendre la description de l'état de la personne concernée à sa sortie du CHSLD, le sommaire des événements notables survenus durant l'hébergement, les recommandations qui lui sont faites, les ressources professionnelles à consulter, s'il y a lieu, et les ordonnances médicamenteuses. Cette note de départ peut être inscrite au verso de la feuille sommaire. Si le médecin a rédigé un résumé de l'hospitalisation (résumé de dossier), cet élément tient lieu de note de départ.

6.10 FEUILLE SOMMAIRE

Le formulaire « Feuille sommaire » (AH-109B) devrait être rempli dans un délai raisonnable conformément à la politique établie dans chaque établissement. Chaque diagnostic inscrit doit être le plus précis possible et être accompagné d'information objective, si possible, telle que : le stade d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie de Parkinson, la fraction d'éjection en cas d'insuffisance cardiaque, etc. Lors de la rédaction de cette feuille, le médecin doit éviter l'utilisation d'abréviations.

6.11 CONSTAT DE DÉCÈS ET BULLETIN DE DÉCÈS

Le médecin doit écrire une note de décès à la suite de la réalisation d'un constat de décès. Cette note doit préciser l'heure présumée du décès et les éléments de l'examen médical qui ont permis de le confirmer. Si le médecin n'est pas présent au moment du décès, il doit se référer aux notes du personnel infirmier et inscrire l'heure à laquelle l'arrêt des paramètres vitaux a été constaté. Le délai entre ce moment et le constat de décès doit être raisonnable au regard de différents facteurs : un décès prévu ou subit, la réaction des proches, la présence d'une ou de plusieurs personnes dans la

même chambre, la disponibilité d'une chambre d'isolement ou d'une morgue, etc. Chaque établissement doit établir, après consultation avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, une politique déterminant les délais alloués pour constater un décès, particulièrement en ce qui a trait à ceux qui surviennent en dehors des périodes habituelles de présence médicale dans l'établissement. La Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès impose aux médecins l'obligation de signaler le décès au coroner dans certaines circonstances. Le médecin peut trouver des renseignements supplémentaires en lisant le chapitre II intitulé « avis au coroner » de la loi. De plus, il y a un aide-mémoire décrivant ces circonstances au verso de l'une des feuilles du formulaire SP-3.

À la suite d'un constat de décès, le médecin doit remplir le bulletin de décès (SP-3). Il y inscrit la date et l'heure présumée du décès et non la date et l'heure à laquelle le formulaire a été rempli ou celle à laquelle le décès a été constaté. La cause immédiate du décès doit être inscrite. Il ne s'agit pas du mode de décès (arrêt cardiaque, arrêt respiratoire), mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

NOTE AUX LECTEURS :

Depuis mars 2015, les infirmières peuvent s'impliquer davantage lors du constat d'un décès. Voir *Modalités transitoires en matière de constat de décès : un partenariat infirmière/médecin* dans le site Web du Collège (www.cmq.org – section Activités partageables / Infirmières).

Chapitre 7/ Le maintien à domicile et les ressources non institutionnelles (RNI)

Peu importe l'environnement où le médecin exerce, la prise en charge et le suivi d'une clientèle gériatrique en perte d'autonomie devraient s'inspirer des recommandations et directives de ce guide. Certaines adaptations seront nécessaires : ainsi, lorsque le patient est à domicile, l'évaluation multidisciplinaire devrait porter également sur les AVD. Celles-ci comprennent, entre autres, la capacité du patient à prendre ses médicaments, préparer ses repas, faire l'entretien ménager et la lessive, établir un budget, utiliser le téléphone, etc.

Chapitre 8/ Évaluation de la qualité de l'acte médical en CHSLD

En CHSLD, les médecins doivent s'impliquer dans l'évaluation de la qualité de l'acte médical. Ce processus comprend la réalisation d'études de dossiers qui permettront aux médecins de mettre en évidence certaines pratiques médicales à améliorer. Elles peuvent se réaliser, entre autres, à l'aide de critères implicites ou explicites. Pour un aperçu plus détaillé du processus d'évaluation, les médecins peuvent consulter le guide sur l'évaluation de l'acte médical disponible sur le site Web du CMQ sous l'onglet « publications ».

La réalisation de ces études se fait généralement en collaboration avec une archiviste (si disponible dans l'établissement). Le choix des sujets d'étude doit refléter la pratique médicale de l'établissement et vise habituellement des éléments de qualité ou de tenue de dossiers pour lesquels un problème est soupçonné. Puisque l'évaluation de l'acte médical vise l'amélioration de la pratique, l'étude d'un domaine où le groupe médical est performant est peu pertinente.

Tous les dossiers qui comportent une histoire de décès inattendu doivent être étudiés par les médecins, alors que de 15 % à 20 % des dossiers où le décès était attendu doivent l'être. L'étude des dossiers de décès porte principalement sur les derniers épisodes de soins, incluant la qualité des soins de confort administrés s'il y a lieu.

Des études portant sur la prise en charge et le traitement de certaines pathologies doivent également être effectuées. Idéalement, les études par critères explicites ne doivent comporter que quelques critères et le choix des dossiers doit inclure les patients de tous les médecins œuvrant en CHSLD de façon équitable. Voici quelques exemples de sujets qui peuvent être traités. En tenue de dossiers : respect du délai accordé pour la note d'admission et/ou de l'évaluation médicale globale, inscription d'une histoire de la maladie actuelle, de l'examen physique, d'un diagnostic et d'un plan de traitement dans les notes d'évolution, vérification que les notes sont datées et signées, etc. En qualité de l'acte médical : la vaccination (anti-influenza, anti-

pneumocoque), l'évaluation de l'étiologie des chutes (s'assurer qu'un problème d'hypotension orthostatique a été éliminé et qu'un examen neurologique a été fait), le suivi des laboratoires en lien avec certains médicaments (INR, TSH, bilan hépatique), la prise en charge et le traitement des infections urinaires, la réalisation de l'examen de l'état mental aux moments opportuns, etc.

Idéalement, un minimum de deux études de qualité de l'acte doit être fait chaque année.

CONCLUSION

Ce guide fait le point sur certains éléments de la pratique médicale en soins de longue durée : tenue de dossiers, éléments de qualité de l'acte, questions éthiques, organisation de la pratique, etc. Le médecin doit construire et bonifier sa pratique médicale autour de ces bases. L'objectif de travail est de viser une prise en charge globale du patient tout en l'adaptant à l'état clinique de ce dernier et à sa philosophie de vie. La collaboration avec les membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'avec le patient (ou son représentant en cas d'inaptitude) doit être au cœur du travail quotidien du médecin.

— Annexe

ANNEXE I – LE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM) : UN OUTIL FACILITANT LA COMMUNICATION SUR LES OBJECTIFS DES SOINS EN CONTEXTE DE MALADIES GRAVES ET DE FIN DE VIE

Adaptation d'un chapitre publié par la Dre Anne-Marie Boire-Lavigne dans le *Guide médical en soins en longue durée* disponible sur www.mdsld.ca, janvier 2014 (www.mdsld.ca).

Le niveau d'intervention médicale constitue une forme de planification préalable des soins. Il sert à orienter les soins autant de manière immédiate qu'en prévision de détériorations futures de l'état de santé de la personne souffrant de maladies graves ou en fin de vie. Il repose sur une communication formelle entre le patient, ou son représentant, et le médecin et sur l'inscription du NIM au dossier par le médecin (souvent sur un formulaire institutionnel nommé « Échelle de niveau de soins »), puis sur son utilisation par les professionnels de la santé pour obtenir le consentement aux soins ou baliser les décisions des professionnels lors d'une urgence. Il contribue à la continuité des soins en uniformisant la communication des objectifs généraux des soins et de certaines décisions de soins spécifiques (telle la tentative ou non de réanimation cardiorespiratoire [RCR]) entre les soignants. Ainsi, les soignants s'y référeront lors d'une détérioration de l'état de santé du patient. Le niveau d'intervention médicale aidera alors le médecin traitant ou de garde à discuter avec la personne malade (ou son représentant) des interventions appropriées à mettre en œuvre, en validant l'orientation des soins préalablement discutée et en obtenant le consentement aux soins requis.

Toutefois, s'il y a urgence et que la personne ne peut participer activement aux décisions et que son représentant ne peut être joint, le niveau de soins préalablement déterminé guidera les interventions des professionnels de la santé, par exemple : ne pas effectuer de transfert interhospitalier si la condition du patient peut être soulagée dans le milieu de vie du patient tel que souhaité par ce dernier, etc. Ce type de planification préalable favorise la concordance entre les soins reçus et ceux que la personne souhaite recevoir. Il contribue à la qualité des soins en favorisant le respect des personnes malades, de leur dignité et de leurs volontés en contexte de maladie grave et de fin de vie.

Le niveau d'intervention médicale se distingue des directives anticipées, comme le mandat en cas d'incapacité ou le testament biologique. Ces directives sont à l'initiative de la personne malade lorsqu'elle est apte. Les directives peuvent être rédigées sans qu'aucune discussion ait eu lieu entre cette dernière et le médecin. Elles sont habituellement évoquées lorsque le

— Annexe

patient est devenu inapte à consentir. Pour assurer leur mise en œuvre, le patient ou ses proches devront transmettre le document en question ou son contenu à un professionnel de la santé en temps opportun. Ce contenu devra alors être discuté avec le médecin et ce dernier inscrira les conclusions de la discussion au dossier de la personne malade sur un formulaire de NIM et éventuellement sous forme d'ordonnance. Notons que lorsque la personne malade est inapte à consentir, la détermination d'un niveau d'intervention médicale devrait toujours être réalisée à la lumière des directives anticipées existantes : mandat, testament de vie, volontés antérieures exprimées verbalement ou niveau d'intervention médicale déterminé alors que la personne était apte, etc.

FORMULAIRE DE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE

Le formulaire d'échelle de niveaux d'intervention médicale facilite et uniformise l'inscription par le médecin de ces décisions. Des prescriptions médicales effectives en situation d'urgence y sont souvent incluses spécifiquement, comme une ordonnance de ne pas tenter la RCR. Ce document est signé par le médecin et déposé en début de dossier pour être facilement accessible. Une majorité d'institutions de soins au Québec se sont dotées d'échelles de niveau d'intervention médicale, tant dans les milieux de soins de courte durée que de longue durée. Les formulaires d'échelle de niveaux de soins sont élaborés par les institutions de soins de santé et proposent le choix de 3 à 5 niveaux, évitant la dichotomie entre la prestation de soins curatifs maximaux et la prestation de soins axés uniquement sur le maintien du confort. Les échelles peuvent donc varier d'un établissement à l'autre. Pour l'instant, cette diversité est respectée, mais certaines discussions sont en cours pour vérifier les impacts de ce modèle. Le formulaire « Réanimation cardiorespiratoire – Niveau d'intervention médicale », joint à ce guide à titre d'exemple (annexe III), comprend à la fois l'échelle de NIM, la décision de réanimation ou de non-réanimation et divers renseignements très utiles concernant la prise de décision du médecin.

— Annexe

QUAND AMORCER LA DÉTERMINATION D'UN NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE?

Le médecin traitant est responsable de prendre l'initiative de cette discussion ainsi que de coordonner la communication et la recherche de l'opinion de chacune des parties concernées. L'aptitude à consentir aux soins devrait avoir été formellement évaluée avant le premier contact avec le représentant du patient jugé inapte. Il peut être prudent, le jour même de l'admission en soins de longue durée, de ne pas avoir une discussion approfondie sur le niveau d'intervention médicale et de se limiter à un recueil d'information. L'exigence de l'admission, la crainte du malade d'être abandonné, la culpabilité du répondant par rapport à l'hébergement et le lien de confiance qui n'est pas encore construit affectent la disponibilité et la réflexion. Toutefois, une discussion approfondie sur le niveau d'intervention médicale devrait avoir lieu au cours du premier mois suivant l'admission en soins de longue durée, idéalement à la suite de l'évaluation médicale globale du patient. Transmettre les résultats de cette évaluation (informations diagnostiques et pronostiques pertinentes) éclaire la personne malade ou son représentant lors de la prise de décision du niveau d'intervention médicale. De plus, cette évaluation permet de déterminer l'aptitude de la personne à y consentir.

Lors d'un premier contact, en personne ou au téléphone, on peut se limiter à certaines interventions particulières visant à recueillir des décisions de soins antérieures concernant les objectifs de soins ainsi que certaines décisions de soins spécifiques comme la réanimation cardiorespiratoire (RCR). Si la personne ou son représentant n'ont jamais réfléchi à ces questions, les évoquer amorce alors la réflexion et normalise leur éventuelle discussion comme une pratique qui s'intègre à l'admission de la personne en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (SLD).

— Annexe

Interventions en regard du niveau d'intervention médicale, lors d'un premier contact en SLD

- › Annoncer qu'à la suite de l'évaluation globale de la personne, une discussion sur l'orientation des soins à privilégier advenant une détérioration de l'état de santé aura lieu.
- › Explorer si la personne a déjà réfléchi ou discuté de ce sujet dans le passé avec un professionnel de la santé ou un proche. Un document en provenance d'un autre établissement de santé peut servir de point de départ à une discussion sur le sujet. Il faut porter une attention particulière à la description des niveaux d'intervention, qui peuvent varier d'un établissement à l'autre.
- › Vérifier si la personne malade a fait un mandat en cas d'incapacité ou un testament biologique. Si tel est le cas, explorer ces contenus, les valider et procéder à une première formulation du niveau d'intervention médicale à inscrire au dossier du patient, qui sera confirmée à la suite de l'évaluation globale.
- › Si c'est le premier contact avec le représentant d'un patient inapte, planifier une rencontre avec celui-ci, idéalement en personne, pour discuter du niveau d'intervention médicale, une fois l'évaluation globale complétée.

QUI PARTICIPE À LA DÉTERMINATION D'UN NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE?

LE MÉDECIN

Puisque le médecin est responsable d'obtenir un consentement libre et éclairé aux soins qu'il propose, c'est lui qui doit procéder à cette prise de décision avec le patient ou son représentant. Le médecin doit transmettre les informations diagnostiques et pronostiques nécessaires à la prise de décision ainsi que les choix possibles et leurs conséquences et s'assurer de leur compréhension. La détermination du niveau d'intervention médicale par le médecin se réalise en partenariat avec la personne malade ou son représentant.

— Annexe

LE PATIENT

Si le patient est apte à décider des objectifs des soins, la détermination du niveau d'intervention médicale se fera avec lui.

Il faut alors moduler la participation de ses proches en fonction des volontés du patient et de ses besoins. De plus, le médecin doit s'assurer que la personne malade consent de manière libre et éclairée à la participation de tiers à la discussion. La présence d'un proche de confiance peut être utile afin de s'assurer que la compréhension et la rétention sont maximales. Ce proche pourra rappeler à la personne certaines informations et la soutenir dans sa réflexion pendant et après la rencontre. Associer les proches permet, pendant la rencontre, la communication des volontés de la personne malade aux siens.

Si la personne malade est inapte à consentir aux soins, le médecin est responsable de faire participer cette dernière au maximum de ses capacités, en prenant en compte ses expressions verbales spontanées ou en explorant spécifiquement le sujet avec elle : Comment vit-elle sa maladie? Comment vit-elle l'hébergement? Pense-t-elle parfois à la mort? Si oui, à quoi pense-t-elle? Si elle devenait plus malade, qu'est-ce qui est le plus important pour elle : être « confortable » ou voir sa vie prolongée le plus longtemps possible?

LE REPRÉSENTANT

Si le patient est inapte à consentir à la détermination d'un niveau d'intervention médicale, le médecin est responsable de déterminer qui, dans l'entourage du malade, sera son représentant. Au Québec, l'article 15 du *Code civil du Québec* encadre cette détermination :

1. Le représentant est prioritairement le représentant reconnu légalement, soit le mandataire, le curateur ou le tuteur.
2. En l'absence d'un tel représentant reconnu légalement, ce sera le conjoint de la personne, par mariage religieux ou par union civile, ou encore le conjoint de fait.
3. En l'absence de conjoint, le représentant sera un proche parent (père, mère, enfant, frère ou sœur) ou une personne témoignant d'un intérêt pour la personne malade.

— Annexe

Les proches vivent fréquemment un lourd sentiment de responsabilité en participant à une décision de soins pour une personne gravement malade ou en fin de vie. Certains estiment que ces décisions ont été parmi les plus graves ou difficiles de leur vie. Ces sentiments peuvent être accentués si la personne malade n'a donné aucune indication préalable. L'angoisse de « ne pas prendre la bonne décision » ou se sentir responsable « de la vie et de la mort » de l'être aimé peut surgir. Le médecin aura donc à soutenir le représentant pour diminuer cette expérience de lourde responsabilité.

À cette fin, il est utile d'offrir au représentant de le rencontrer avec d'autres membres de la famille et de faire participer activement ces derniers si le représentant le souhaite. De plus, le médecin soutient le représentant en lui expliquant clairement son rôle dans la prise de décision et les normes du consentement substitué. Ce rôle est de parler au nom de la personne inapte et de consentir aux soins requis par l'état de santé de cette dernière. Le représentant et les autres participants doivent prendre les décisions, guidés par trois normes balisant le consentement substitué aux soins : le respect des volontés de la personne malade, l'intérêt premier de la personne malade et le jugement substitué :

› LES VOLONTÉS DE LA PERSONNE MALADE

Les participants aux décisions doivent chercher à savoir si la personne a exprimé antérieurement des volontés sous forme de souhaits verbaux ou écrits ou si elle a donné d'autres indications concernant les soins; ces volontés balisent et guident la prise de décisions.

› L'INTÉRÊT PREMIER DE LA PERSONNE MALADE

Les participants aux décisions recherchent l'intérêt premier de la personne malade. Ils prennent en compte l'ensemble de sa condition médicale et l'évolution attendue à court et à moyen terme. Le médecin est responsable de les informer adéquatement à cet égard et d'émettre au besoin une recommandation médicale.

› LE JUGEMENT SUBSTITUÉ

Si des volontés sont inexistantes, le représentant tente d'interpréter ce que la personne aurait voulu dans les circonstances, à la lumière de ses attitudes, de ses valeurs et de ce qu'elle exprime actuellement même si elle est inapte. Dans ces circonstances, le représentant exerce un jugement substitué.

— Annexe

AUTRES SOIGNANTS

La participation de l'équipe de soins, particulièrement d'infirmières responsables du patient, est pertinente surtout dans un contexte de révision du niveau d'intervention médicale en cours d'hébergement et de divergences sur les soins appropriés à mettre en œuvre. L'équipe participe au développement d'une compréhension commune du vécu du patient et des proches et offre du soutien à la personne malade et à ses proches.

DÉTERMINER UN NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE AVEC LA PERSONNE MALADE OU SON REPRÉSENTANT

La détermination d'un niveau d'intervention médicale repose sur une prise de décision de soins qui a fait l'objet de discussion et de négociation, mais qui est toujours centrée sur la personne malade. Le médecin offre les soins qu'il juge les plus appropriés à la condition du patient. Le cas échéant, il fait la promotion d'une philosophie de soins adaptée aux situations de fin de vie. Le médecin y mobilise des stratégies efficaces de communication médecin-patient adaptées à ce contexte :

- › introduire avec délicatesse la discussion du niveau d'intervention médicale, son but et valider l'accord d'avoir cette discussion;
- › explorer d'abord la perspective de la personne face à la maladie grave : sa compréhension des diagnostics et du pronostic, son vécu généré par la maladie et son évolution, sa perception de sa qualité de vie, de ses souhaits concernant la fin de la vie, etc.;
- › de plus, en cas d'inaptitude, explorer la perspective du représentant et les volontés sur les soins exprimées antérieurement par la personne malade (directives préalables, etc.);
- › compléter le besoin d'informations diagnostiques et pronostiques; vérifier la compréhension des termes médicaux ou les expliquer en utilisant un vocabulaire courant;
- › respecter les stratégies d'annonce de mauvaises nouvelles, si pertinent;
- › rappeler au représentant son rôle et les critères du consentement substitué;
- › discuter du niveau d'intervention médicale à partir de la perspective de la personne malade et de son représentant (si inaptitude) en visant la détermination d'objectifs de soins prioritaires pouvant inclure certains choix spécifiques de soins utiles en urgence (RCR, intubation, prise d'antibiotiques, etc.) en évoquant leurs conséquences (bénéfices et inconvénients);

— Annexe

Voici une liste non exhaustive d'objectifs de soins accompagnés d'exemples de mises en situation et de plan thérapeutique les illustrant :

- a. prolonger la vie par tous les moyens pour maintenir les fonctions vitales, par exemple : pour une situation menaçant le pronostic vital, toutes les interventions nécessaires sont envisagées dont le recours aux soins intensifs;
- b. intervenir par tous les moyens si le pronostic de rétablir un état de santé jugé de qualité par la personne est probable; par exemple : pour une situation comme un coma diabétique ou un œdème pulmonaire sur une arythmie réversible, toutes les interventions nécessaires sont envisagées dont le recours aux soins intensifs;
- c. intervenir par des moyens proportionnés pour prolonger la vie ou pour rétablir un état de santé jugé de qualité par la personne; les interventions jugées proportionnées ou non sont déterminées par la discussion de mises en situations discriminantes liées à la maladie de base ou fréquentes pour l'âge, illustrées d'un plan thérapeutique particulier; par exemple : pour une personne, les interventions jugées proportionnées en cas de pneumonie peuvent inclure les intraveineuses, le transfert interhospitalier, le soutien mécanique à la respiration non invasif (CPAP), mais exclure l'intubation. Pour une autre, l'exclusion peut s'étendre au CPAP;
- d. assurer le confort de la personne en priorité; les interventions à visée curative qui produisent de l'inconfort sont évitées; par exemple : pour une pneumonie, des antibiotiques per os sont envisagés ainsi que de l'O₂; le transfert hospitalier ne l'est pas; une médication pour soulager l'inconfort est prévue. Le transfert est envisagé uniquement pour des motifs de confort comme dans le cas d'une fracture de hanche;
- e. assurer le confort exclusivement, sans aucune visée de prolongation de la vie, en assurant une évolution de la maladie jusqu'au décès sans entrave; par exemple : pour une pneumonie, les antibiotiques sont évités et les soins se limitent au soulagement de l'inconfort; pour un diabète, l'arrêt de l'insuline est envisagé.

- face à des émotions ou malaises, refléter le vécu perçu et le soutenir au besoin;

— Annexe

- › au besoin, émettre une recommandation médicale;
- › résumer et valider verbalement les décisions prises; exposer leur caractère dynamique (elles peuvent être révisées en tout temps) et dire comment ces décisions seront colligées au dossier et utilisées lors d'une détérioration de l'état de santé.

La population admise en soins de longue durée au Québec a un pronostic de survie réservé. La majorité des personnes qui la composent ont des atteintes importantes de leur qualité de vie. Par contre, certains malades voient celle-ci préservée et privilégient des objectifs de soins axés sur la prolongation de la vie. Donc, la population admise en soins de longue durée n'est pas homogène et requiert toujours une approche individualisée de prise de décisions de soins. Toutefois, lorsqu'une situation de fin de vie est appréhendée, il est de la responsabilité du médecin de promouvoir une approche de soins adaptée à cette phase de la vie.

LA DÉCISION SPÉCIFIQUE DE TENTER OU NON UNE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

La décision de tenter ou non une réanimation repose sur une prise de décision partagée, où le patient ou son représentant donnent un consentement libre et éclairé aux soins qui leur sont proposés. Étant donné que cette décision de soins est effective dès qu'une situation d'arrêt cardiorespiratoire se produit, elle doit être l'objet d'un consentement distinctif et être colligée au dossier de manière spécifique. Par contre, cette décision de soins devrait être prise en tenant compte de l'orientation générale des soins se dégageant de la discussion du niveau d'intervention médicale. Par exemple, si l'objectif principal des soins est le maintien du confort, il est approprié de valider avec la personne l'exclusion du plan thérapeutique de la tentative de RCR en cas d'arrêt cardiorespiratoire. Dans les autres cas, la tentative de RCR devra faire l'objet d'une discussion spécifique avec la personne malade ou son représentant pour déterminer si elle est souhaitée ou jugée disproportionnée, en offrant des informations pronostiques valides.

En effet, le taux de succès de cette intervention est largement surestimé chez les malades ou leurs proches. De plus, lorsque la réanimation ne peut apporter les bénéfices escomptés, le médecin évite de présenter celle-ci comme une alternative appropriée et explique sa recommandation médicale. On estime que les taux de succès d'une tentative de RCR en milieu de soins de longue

— Annexe

durée sont de 0 à 5 %¹⁹. Cela est dû à la combinaison de trois facteurs : l'état de santé précaire de la plupart des personnes qui y vivent; le délai fréquent entre l'arrêt cardiaque et l'exécution d'une tentative de RCR; l'accès limité à un défibrillateur. Limiter la tentative de réanimation aux situations où l'arrêt cardiorespiratoire se produit devant un témoin améliore nettement le taux de réussite de la RCR.

Ce type de décision, impliquant des traitements vitaux, illustre bien que la conduite à suivre n'est pas évidente lorsque des désaccords surviennent. Si le médecin juge qu'une réanimation serait raisonnable, il ne peut prendre cette décision sans le consentement d'un patient apte, ou le consentement du représentant légal d'un patient inapte (ou des proches s'il n'y a pas de représentant légal). Lorsque ces personnes sont dans l'impossibilité de donner leur consentement, que leur refus ne semble pas être dans le meilleur intérêt du patient selon les renseignements connus ou que le patient inapte oppose un refus catégorique, le médecin peut avoir recours au tribunal pour faire autoriser les soins requis par l'état de santé du patient. Le recours au tribunal peut également être justifié lorsqu'il y a dissension entre les professionnels concernés et les proches d'un patient inapte, ou entre les professionnels eux-mêmes en ce qui a trait à la meilleure décision à prendre, dans le respect de l'intérêt ou des volontés du malade.

« Si le médecin juge la réanimation déraisonnable, il faut compter sur la qualité de la communication pour qu'il puisse exprimer clairement son opinion et trouver un terrain d'entente avec le patient apte, ou le représentant légal ou les proches du patient inapte. À cet égard, une discussion franche, bien que parfois difficile et déchirante sur le plan humain, devrait avoir lieu le plus tôt possible dans toute situation où la vie du malade peut être en danger »²⁰. En cas de désaccord persistant, une procédure de résolution de divergences et conflits peut être explorée. Il faut éviter les mesures administratives qui seraient défavorables à l'obtention d'un consentement ou d'un refus libre et éclairé person-

- 19 Applebaum, G.E., J.E. King et T.E. Finucane (1990). « The outcome of CPR initiated in nursing homes », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 38, n° 3, mars, p. 197-200. Awoke, S., C.P. Mouton et M. Parrott (1992). « Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 40, n° 6, juin, p. 593-595. Benkendorf, R., et collab. (1997). « Outcomes of cardiac arrest in the nursing home: destiny or futility? », *Prehospital Emergency Care*, vol. 1, n° 2, avril-juin, p. 68-72. Ghosn, H.F., et collab. (1995). « Older nursing home residents have a cardiac arrest survival rate similar to that of older persons living in the community », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 5, mai, p. 520-527. Gordon, M. et M. Cheung (1993). « Poor outcome of on-site CPR in a multi-level geriatric facility: three and a half years experience at the Baycrest Centre for Geriatric Care », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 2, février, p. 63-66. Longstreth, W.T. Jr., et collab. (1990). « Does age affect outcomes of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 16, 24-31 oct., p. 2109-2110. Murphy, D.J., et collab. (1989). « Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 111, n° 3, 1^{er} août, p. 199-205. Shah, M.N., R.J. Fairbanks et E.B. Lerner (2007). « Cardiac arrests in skilled nursing facilities: continuing room for improvement? », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, mars, p. e27-e31. Tresch, D.D., et collab. (1993). « Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in nursing homes: can we predict who will benefit? », *American Journal of Medicine*, vol. 95, n° 2, août, p. 123-130. Wuerz, R.C., et collab. (1995). « Effect of age on prehospital cardiac resuscitation outcome », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 4, juill., p. 389-391.
- 20 Provost, M. (2004). « La réanimation en CHSLD – Plus qu'une décision administrative », *Le Collège*, vol. 44, n° 3, automne, p. 20-21.

— Annexe

nalisé quant à ce soin. S'il est impossible d'arriver à une entente entre le médecin et le patient, ou son représentant, le médecin peut indiquer son refus de poursuivre la relation thérapeutique, mais il doit s'assurer que cette divergence n'entravera pas la qualité du suivi médical du patient en transférant ce dernier à un confrère. Si le nouveau médecin traitant et le patient ou son représentant optent pour procéder à une réanimation cardiorespiratoire au besoin, le premier médecin traitant devra respecter ce choix si l'arrêt cardiorespiratoire survient alors qu'il est le médecin de garde ou le seul disponible au CHSLD.

Tous les CHSLD devraient s'assurer d'avoir les ressources nécessaires pour pratiquer les techniques de base en réanimation cardiorespiratoire, de façon à offrir au patient le choix d'être réanimé ou non. Toutefois, les procédures avancées de réanimation ne sont pas appliquées dans la majorité des centres. Les patients et leurs proches doivent être informés de cette réalité et de ses conséquences.²¹

INSCRIPTION AU DOSSIER MÉDICAL DU NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE

La détermination d'un niveau d'intervention médicale n'est utile que si cette décision est accessible et qu'elle est consultée par les soignants lors d'une détérioration ultérieure de l'état de santé. Cette décision sera généralement colligée au dossier du patient à l'aide de l'échelle de niveaux de soins utilisée dans le milieu. L'inscription du niveau d'intervention médicale est une adaptation des volontés de la personne en fonction de l'échelle de niveau d'intervention médicale existante dans le milieu de soins et non l'inverse.

Étant donné la diversité des formulaires de niveaux d'intervention médicale au Québec et leur utilisation en contexte interétablissements (transfert et consultation), la description des objectifs de soins poursuivis par la personne, illustrés par des situations cliniques discriminantes discutées (par exemple : pneumonie sévère, accident vasculaire cérébral massif, fracture de hanche, arrêt cardiovasculaire) et le plateau technique souhaité constituent la façon la plus performante d'inscrire un niveau d'intervention médicale. Identifier le niveau d'intervention médicale uniquement sous la forme d'une lettre ou d'un chiffre sans aucune autre information est sous-optimal.

21 Provost, M. (2004). « La réanimation en CHSLD – Plus qu'une décision administrative », *Le Collège*, vol. 44, n° 3, automne, p. 20-21.

— Annexe

D'autres informations devraient également apparaître sur le formulaire de niveau d'intervention médicale ou la note accompagnatrice :

- › La ou les personnes ayant participé aux décisions (patient, etc.).
- › Si le patient est jugé apte ou inapte; s'il a été jugé inapte à consentir au choix d'un NIM, les résultats de l'évaluation de l'inaptitude du patient à ce sujet doivent être consignés dans une note au dossier et résumés brièvement sur le formulaire de NIM.
- › L'identification du représentant le cas échéant et son statut (mandataire, curateur, conjoint, proche, etc.).
- › Un résumé des informations diagnostiques et pronostiques qui ont fait l'objet de discussion.
- › La date de la discussion et la signature du médecin; il n'est pas obligatoire que le patient ou son représentant signe le formulaire.

Les échelles de niveaux de soins, peu importe leur formulation, ont leurs limites pour véhiculer les nuances de volontés de certaines personnes. Le médecin doit traduire le plus clairement possible les volontés de la personne à l'aide de l'échelle et de notes complémentaires afin que tout nouveau professionnel interprète adéquatement l'orientation des soins souhaitée et les décisions de soins spécifiques utiles en cas d'urgence.

INSCRIPTION AU DOSSIER MÉDICAL DE LA DÉCISION DE TENTER OU DE NE PAS TENTER LA RCR

Pour éviter toute ambiguïté et erreur d'interprétation, il est recommandé de préciser le statut de réanimation cardiorespiratoire distinctement du niveau d'intervention médicale, peu importe le type d'échelle de niveau d'intervention médicale employée. L'utilisation de deux formulaires différents est une possibilité. L'intégration de la décision de tenter ou non la RCR dans une section particulière du formulaire de niveau d'intervention médicale en est une autre. On peut inscrire également cette décision sur les feuilles d'ordonnance. Au cours des prochaines années, le Collège des médecins du Québec statuera sur la meilleure façon d'inscrire au dossier les décisions concernant les réanimations cardiorespiratoires.

RÉVISION ET MISE EN APPLICATION DES DÉCISIONS

Une décision sur le niveau d'intervention médicale possède un caractère dynamique et évolutif, qui peut être révisé en tout temps. L'avis de la

— Annexe

personne concernant le niveau d'intervention médicale peut se modifier au fil de l'évolution de son état de santé et des événements. L'évolution de ces décisions est généralement un passage, par étapes, de soins visant en priorité la prolongation de la vie à des soins proportionnés à la situation, à ceux ne visant éventuellement que le confort. Ce passage se réalise en soutenant et en respectant le cheminement singulier de la personne dans la dernière étape de sa vie. En tout temps, la personne malade peut exprimer au médecin une modification de ses décisions. Elle peut aussi la transmettre à un membre de l'équipe de soins qui devra s'assurer que l'information est communiquée au médecin. Le niveau d'intervention médicale devra alors être révisé par le médecin dans un délai approprié. De plus, à l'initiative du médecin ou de l'équipe de soins, le niveau d'intervention médicale doit être révisé périodiquement (à la suite de l'évaluation annuelle, par exemple) ou lors d'un changement significatif de l'état de santé de la personne.

Lors d'un problème aigu, l'obtention d'un consentement aux soins pour le plan thérapeutique est effectuée par le médecin à l'aide du niveau d'intervention médicale préalablement déterminé. Le niveau est alors validé ou révisé avec la personne malade ou son représentant en cas d'inaptitude. Toutefois, s'il y a urgence et que la personne ne peut participer activement aux décisions et que son représentant ne peut être rejoint, le niveau de soins préalablement déterminé guidera les interventions des professionnels de la santé. Enfin, une copie du niveau d'intervention médicale devrait accompagner la personne malade lors de son transfert temporaire ou permanent dans un autre établissement de soins de santé.

DIVERGENCES ET DÉSACCORDS CONCERNANT LE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE OU LA DÉCISION DE TENTER OU NON UNE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

La détermination d'un niveau d'intervention médicale et la décision de tenter ou non une réanimation requièrent la participation de plusieurs personnes. Cela peut entraîner des divergences sur la compréhension du problème, sur les objectifs des soins ou les moyens de les atteindre. Ces situations sont normales et fréquentes. Par contre, elles peuvent conduire à des situations exigeantes et conflictuelles. Dans de telles circonstances, il est recommandé que le médecin, soutenu par l'équipe de soins, procède à une tentative de résolution des désaccords et conflits en mettant en place des stratégies de conciliation avec la personne malade ou son représentant en cas d'inaptitude. À cet égard, l'établissement d'une communication et d'un lien de confiance optimaux est crucial.

— Annexe

Au besoin, la participation de consultants peut soutenir la résolution des divergences : un autre médecin, un intervenant psychosocial, un intervenant spirituel ou un intervenant en éthique clinique. Ce travail de conciliation peut être complété au besoin en faisant participer une tierce partie médiatrice (par exemple : le comité d'éthique clinique, le chef de service ou de département, le directeur des services professionnels). Advenant un échec de ces stratégies, une tentative de transfert de prise en charge intra-établissement ou interétablissements peut être envisagée, en se donnant un laps de temps raisonnable pour y parvenir. Le recours aux tribunaux est à envisager en dernier lieu. Entre-temps, le patient doit continuer de recevoir les soins médicaux nécessaires.

— Annexe

ANNEXE II - LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CAM	Confusion Assessment Method
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
GDS	Geriatric Depression Scale
HBP	Hypertrophie bénigne de la prostate
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INR	International Normalized Ratio
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM	Niveau d'intervention médicale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PRN	Au besoin
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RNI	Ressource non institutionnelle
ROA	<i>Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements</i>
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SLD	Soins de longue durée
TSH	Thyroïd Stimulating Hormone

— Annexe

ANNEXE III - EXEMPLE DE FORMULAIRE DE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM)

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) devrait publier en 2016 un document encadrant les NIM au Québec. En attendant cette publication, les médecins qui désirent développer un formulaire sur le sujet peuvent s'inspirer de l'exemple illustré dans les pages suivantes.

FORMULAIRE : RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE - NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE

Identification
du patient

RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)

- ☐ Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) acceptées
- ☐ Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire refusées

Note : Les installations du CSSS _____ ne disposent pas des équipements nécessaires à la RCR avancée. Dans le cas où cette intervention serait souhaitée, des mesures de réanimation de base seront entreprises en attendant l'arrivée des services d'urgence (911).

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM)

- | | |
|----------|---|
| Niveau 1 | ☐ Soins visant la correction d'un état de santé altéré par tout moyen disponible. Investigation et traitement appropriés et transfert en centre hospitalier à cette fin si indiqué. |
| Niveau 2 | ☐ Soins visant en priorité la correction de toute détérioration réversible. Utilisation des ressources de l'établissement selon la disponibilité.

Transfert en centre hospitalier au besoin. |
| Niveau 3 | ☐ Soins visant en priorité le confort. Correction des pathologies réversibles et contrôle des symptômes (fièvre, nausée, difficultés respiratoires) par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort.

☐ Ajustement des traitements dans le but de prévenir ou de soulager la douleur ou l'inconfort.

☐ Pas de transfert en centre hospitalier, sauf si on ne peut soulager la douleur ou autres symptômes avec les moyens disponibles sur place. |
| Niveau 4 | ☐ Soins palliatifs : interventions visant <u>exclusivement</u> le confort par le traitement de la douleur ou de tout autre inconfort, sans chercher à préciser ou à corriger la pathologie sous-jacente. Il n'y a pas de traitement visant à prolonger la vie (par exemple : traitement d'une pneumonie). |

Note : Les décisions concernant la RCR et le NIM peuvent être révisées en tout temps.

APTITUDE CONCERNANT LE CONSENTEMENT À LA RCR ET AU NIM

- ☐ Patient apte
- ☐ Patient inapte, résumé des justifications :

Nom du représentant _____

Lien avec le patient _____

DÉCISIONS CONCERNANT LE NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE ET LA RCR

Personnes présentes à la rencontre et lien avec le patient :

Résumé de la discussion :

- a. Résident apte à prendre toute décision. La famille peut être contactée avec l'approbation du résident.
- b. Représentant désire être informé de toute détérioration de l'état du résident.
- c. Représentant désire être contacté seulement si un changement majeur survient dans l'état du résident.

Signature du médecin _____ Date _____

Signature du patient ou de son représentant (facultatif) _____ Date _____

RÉVISION*

Date _____ Niveau _____ Signature _____

Date _____ Niveau _____ Signature _____

Date _____ Niveau _____ Signature _____

* S'il y a un changement dans le NIM désiré, un autre formulaire doit être rempli.

— Références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2012). *Cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins*, Québec, ASSS de la Capitale-Nationale, 40 p. et annexes.

APPLEBAUM, G.E., J.E. KING ET T.E. FINUCANE (1990). « The outcome of CPR initiated in nursing homes », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 38, n° 3, mars, p. 197-200.

ARCAND, M. (2005). *Les soins de confort en fin de vie dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives du cerveau – Un guide pour les proches*, Sherbrooke, CSSS-IUGS, 28 p.

ARCAND, M. ET R. HÉBERT (2007). *Précis pratique de gériatrie*, 3^e éd., Acton Vale (Qc)/Paris, Edisem/Maloine, 1296 p.

AWOKE, S., C.P. MOUTON ET M. PARROTT (1992). « Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 40, n° 6, juin, p. 593-595.

BACHIR, A. (2012). « Examen médical périodique en soins de longue durée », *Gériatrie au bureau et en milieu hospitalier : la 3^e dimension*, Colloque du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) – Faculté de médecine de l'UdM, 25-26 octobre.

BENKENDORF, R., ET COLLAB. (1997). « Outcomes of cardiac arrest in the nursing home: destiny or futility? », *Prehospital Emergency Care*, vol. 1, n° 2, avril-juin, p. 68-72.

BOLLAND, M.J., ET COLLAB. (2014). « Vitamin D supplementation and falls: a trial sequential meta-analysis », *The Lancet-Diabetes & Endocrinology*, vol. 2, n° 7, juill., p. 573-580. [En ligne : www.thelancet.com/diabetes-endocrinology], 24 avril.

BRUNEAU, M.-A. (2013). « L'ABC des SCPD », *Clinicien plus*, vol. 28, n° 2, mars, p. 55-58.

CHAMPOUX, N., ET COLLAB. (2014). « Guide médical en soins de longue durée », Montréal, Institut universitaire de gériatrie. [En ligne : www.mdslid.ca]

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES (CCSMPA) (2006a). *Lignes directrices nationales : évaluation et prise en charge de la dépression*, Toronto, CCSMPA, 67 p.

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES (CCSMPA) (2006b). *Lignes directrices nationales : évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*, Toronto, CCSMPA, 56 p.

— Références

CODE CIVIL DU QUÉBEC, c. C-12, à jour au 1^{er} octobre 2013.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2013). *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*, Montréal, CMQ, 54 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2007). *La pratique médicale en soins de longue durée*, Montréal, CMQ, 37 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2005a). *Les ordonnances faites par un médecin*, Montréal, CMQ, 36 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2005b). *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, Montréal, CMQ, 40 p.

LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (2002). [En ligne : www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/index.html] (Consulté le 24 juillet 2014)

DOLOPLUS (S.D.). *Échelle Doloplus*. [En ligne : www.doloplus.com]

ELLIS, G. ET P. LANGHORNE (2005). « Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients », *British Medical Bulletin*, vol. 71, 31 janvier, p. 45-59. [En ligne : bmb.oxfordjournals.org/content/71/1/45.full] (Consulté le 15 janvier 2013)

ELSAWY, B. ET K.E. HIGGINS (2011). « The geriatric assessment », *American Family Physician*, vol. 83, n° 1, 1^{er} janvier, p. 48-56. [En ligne : www.aafp.org/afp/2011/0101/p48.html] (Consulté le 15 janvier 2013)

GENEAU, D. (2005). « Évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée », *Objectif Prévention*, vol. 28, n° 4, p. 1-2.

GHUSN, H.F., ET COLLAB. (1995). « Older nursing home residents have a cardiac arrest survival rate similar to that of older persons living in the community », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 5, mai, p. 520-527.

GIANELLI, S.-V., ET COLLAB. (2013). « Estimation de la fonction rénale chez la personne âgée : comparaison des méthodes et implications cliniques », *NPG-Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, vol. 13, n° 75, juin, p. 166-171.

GILLICK, M.R. ET M. YURKOFKY (2012). « Medical care of the nursing home patient in the United States », *Up to Date*, Wolters Kluwer Health. [En ligne : www.uptodate.com/contents/medical-care-of-the-nursing-home-patient-in-the-united-states] (Consulté le 15 janvier 2013)

— Références

GORDON, M. ET M. CHEUNG (1993). « Poor outcome of on-site CPR in a multi-level geriatric facility: three and a half years experience at the Baycrest Centre for Geriatric Care », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 2, février, p. 63-66.

HEFLIN, M.T. (2012). « Geriatric health maintenance », *Up to Date*, Wolters Kluwer Health.

HEPPENSTALL, C.P., ET COLLAB. (2011). « Factors related to care home admission in the year following hospitalisation in frail older adults », *Age and Ageing*, vol. 40, n° 4, juill., p. 513-516.

HOLLENACK, K.A., ET COLLAB. (2007). « The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 4): pain management », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, mars, p. e77-e85.

HOOVER, D.R., ET COLLAB. (2010). « Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA », *International Psychogeriatrics*, vol. 22, n° 7, nov., p. 1161-1171.

HOSPITALS ACT, R.S.N.S. 1989, c. 208, art. 52(2).

ISMP CANADA (2006). *Ne pas utiliser : Abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux*, Toronto, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. [En ligne : www.ismp-canada.org/fr/dossiers/AbreviationsDangereux-2006ISMPC.pdf]

JOUANNY, P. (s.d.). *Autonomie, dépendance, handicap et sujet âgé*, Cours donné au CHU d'Amiens.

JOUANNY, P. (s.d.). *Le concept de fragilité*, Cours donné au CHU d'Amiens.

JOUANNY, P. (s.d.). *Les grands concepts en gériatrie*, Cours donné au CHU d'Amiens.

KHELIFA, A. (2004a). « La gériatrie pratique – Les spécificités de la médecine gériatrique ». [En ligne : <http://geriatrie.webs.com/mdecinegeriatrique.htm>] (Consulté le 5 mars 2014)

KHELIFA, A. (2004b). « La gériatrie pratique – L'approche sémiologique en gériatrie ». [En ligne : <http://geriatrie.webs.com/smiologiegeriatrique.htm>] (Consulté le 15 janvier 2013)

KHELIFA, A. (2004c). « La gériatrie pratique – Les syndromes gériatriques ». [En ligne : geriatrie.webs.com/syndromesgeriatriques.htm] (Consulté le 15 janvier 2013)

— Références

KOOPANS, R.T., ET COLLAB. (2010). « Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care », *International Psychogeriatrics*, vol. 22, n° 7, nov., p. 1054-1062.

LLEONART, S. (s.d.). *Évaluation gériatrique standardisée : De l'évaluation à la réalisation du plan d'aide*, CHU d'Angers. [En format PPT], 74 p.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, c. S-4.2, à jour au 1^{er} août 2014.

LONGSTRETH, W.T. JR., ET COLLAB. (1990). « Does age affect outcomes of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 16, 24-31 oct., p. 2109-2110.

LUK, J.K., K.H. OR ET J. WOO (2000). « Using the comprehensive geriatric assessment technique to assess elderly patients », *Hong Kong Medical Journal*, vol. 6, n° 1, mars, p. 93-98.

MÉTHOD, D. (2013). « Non-réanimation : la décision appartient au patient, non au médecin, rappellent des juristes », *ProfessionSanté*, 25 janvier. [En ligne : www.professionsante.ca/medecins/actualites/non-reanimation-la-decision-au-...] (Consulté le 29 janvier 2013)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014a). *Examen de Folstein sur l'état mental*, Québec, MSSS, 2 p. [En ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd-85256b1e00641a29/916d2fbac-5d9512485256ec10063b234?OpenDocument>]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014b). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, MSSS, 154 p. [En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (s.d.). « Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., chapitre S-5, r.3.01, Annexe X) », Québec, MSSS, Espace informationnel. [En ligne : [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=GP7ZMs3ctes=\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_5/S5R5.htm\]](http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=GP7ZMs3ctes=[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_5/S5R5.htm)]

MURPHY, D.J., ET COLLAB. (1989). « Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 111, n° 3, 1^{er} août, p. 199-205.

— Références

NASREDDINE, Z. (2003). *The Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), Montréal, MoCA. [En ligne : www.mocatest.org] (Consulté le 4 août 2014)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2014). OIIQ. [En ligne : www.oiiq.org]

PRÉSENT, E. ET J.-B. TRUDEAU (2012). « Rappel concernant la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement en établissement », *Le Collège*, vol. 52, n° 4, automne, p. 20-21.

PROVOST, M. (2004). « La réanimation en CHSLD – Plus qu'une décision administrative », *Le Collège*, vol. 44, n° 3, automne, p. 20-21.

RAHMAN, A.N. ET R.A APPLEBAUM (2009). « The nursing home minimum data set assessment instructions: manifest functions and unintended consequences-past, present and future », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 6, p. 727-735.

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN, L.R.Q., c. M-9, r. 20.3. [En ligne : www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/Reglements.aspx]

SHAH, M.N., R.J. FAIRBANKS ET E.B. LERNER (2007). « Cardiac arrests in skilled nursing facilities: continuing room for improvement? », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, mars, p. e27-e31.

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE (SQG) (2014). *Prise de position sur la prise en charge du délirium*, 12 p. [En ligne : www.sqgeriatrie.org/SQG/fichiers/position-delirium.pdf]

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE (SQG) (2013). *L'examen médical périodique (EMP) de la personne âgée: Prise de position de la SQG*, 30 p. [En ligne : www.sqgeriatrie.org/SQG/fichiers/Position-EMP.pdf]

THÉRIAULT S., Y. GIGUÈRE ET P. DOUVILLE (2014). « Les analyses de laboratoire et leur interprétation 4. Créatininémie élevée mirage ou réalité? », *le Médecin du Québec*, org, décembre 2014. [En ligne : <http://lemedecinduquebec.org/archives/2014/12/4-creatininemie-elevee-mirage-ou-realite/>]

TRESCH, D.D., ET COLLAB. (1993). « Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in nursing homes: can we predict who will benefit? », *American Journal of Medicine*, vol. 95, n° 2, août, p. 123-130.

UNIVERSITÉ LAVAL (2012). *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*, Québec, Université Laval – Faculté de médecine. [En ligne : www.pacslac.org/index.php?id=990]

— Références

WARD, K.T. ET D.B. REUBEN (2012).

« Comprehensive geriatric assessment », *Up to Date*, Wolters Kluwer Health, 3 octobre, 18 p. [En ligne : <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>] (Consulté le 15 janvier 2013)

WESTBROOK, J.I., ET COLLAB. (2011).

« Comprehensive medical assessments for monitoring and improving the health of residents in aged care facilities: existing comprehensive medical assessments coverage and trial of a new service model », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 30, n° 1, mars, p. 5-10.

WUERZ, R.C., ET COLLAB. (1995).

« Effect of age on prehospital cardiac resuscitation outcome », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, n° 4, juill., p. 389-391.

ZWEIG, S.C., ET COLLAB. (2011). « The

physician's role in patient's nursing home care: "She's a very courageous and lovely woman and I enjoy caring for her." », *Journal of the American Medical Association*, vol. 306, n° 13, 5 octobre, p. 1468-1478.