

LA PRATIQUE MÉDICALE EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec



MAI 2007



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

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.

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

Table des matières

Introduction	5
1 La prise en charge de la personne hébergée	7
1.1 Admission	7
1.2 Évaluation médicale globale	7
1.2.1 Examen subjectif	7
1.2.2 Examen objectif	8
1.2.3 Évaluation fonctionnelle	9
1.2.4 Liste des problèmes	10
1.2.5 Plan d'intervention médicale	10
1.2.6 Examens complémentaires	10
1.3 Évaluation interdisciplinaire	11
1.4 Niveau d'intervention médicale	11
1.4.1 Un outil qui facilite la communication	12
1.4.2 Formulaire du NIM	13
1.5 Souhait d'être réanimé ou de ne pas être réanimé	13
2 Le suivi du patient	15
2.1 Suivi régulier	15
2.2 Épisode de soins aigus	16
2.3 Réévaluation synthèse périodique	16
3 D'autres particularités de la pratique médicale en soins de longue durée	17
3.1 Diète	17
3.2 Mesures préventives	17
3.3 Contentions et autres mesures de contrôle	17
3.4 Aptitude à consentir	18
3.5 Utilisation judicieuse des médicaments	20
3.6 Ordonnances collectives	21
3.7 Prise en charge de la douleur	21
3.8 Soins de fin de vie	22



4	La tenue des dossiers	23
4.1	Éléments de prise en charge et de suivi	23
4.1.1	Liste des diagnostics et des problèmes	23
4.1.2	Liste des médicaments	23
4.1.3	Note d'admission et observation médicale	23
4.1.4	Plan d'intervention médicale	23
4.1.5	Décision de réanimation ou de non-réanimation et niveau d'intervention médicale	24
4.1.6	Notes d'évolution	24
4.2	Autres éléments	24
4.2.1	Note de départ	24
4.2.2	Note de décès	24
4.2.3	Constat de décès et bulletin de décès	25
4.2.4	Feuille sommaire	25
5	Le maintien à domicile	26
	Conclusion	26
	Annexes	27
A	— Formulaire « Examen de Folstein sur l'état mental »	29
B	— Formulaire « Réanimation cardiorespiratoire — Niveau d'intervention médicale »	31
	Formulaire « Aptitude au consentement à la RCR et au NIM »	32
C	— Formulaire « Réévaluation médicale annuelle en soins de longue durée »	33
D	— Liste des problèmes	35
	Bibliographie	37

Introduction

En 1984, le Collège des médecins du Québec publiait le premier guide se rapportant à la pratique médicale en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Intitulé *Guide d'évaluation de la qualité des soins médicaux en centres d'accueil et en centres hospitaliers dispensant des soins de longue durée*, ce document et ses mises à jour de 1989 et de 1994 témoignent de l'évolution certaine de cette pratique médicale distinctive.

Dès 1984, une approche adaptée à une clientèle généralement âgée était proposée. L'évaluation de l'état fonctionnel complétait l'observation médicale habituelle, où l'accent était mis sur l'examen neurologique, l'examen vasculaire périphérique, l'examen des organes des sens et l'examen rectal. On proposait également, dans ce guide, un cadre de pratique dans lequel les outils nécessaires à une prise en charge adéquate des patients englobaient non seulement l'évaluation pluridisciplinaire et l'évaluation périodique, mais portaient aussi une attention particulière à la polymédication. Enfin, des recommandations étaient formulées concernant l'utilisation parcimonieuse des « moyens extraordinaires de traitement » et les soins de fin de vie.

Dans la dernière édition du guide parue en 1994, le Collège prônait l'utilisation d'une liste des diagnostics et des problèmes ainsi que d'une échelle des niveaux d'intervention médicale. De plus, il mettait l'accent sur la nécessité d'engager une discussion sur la décision de réanimation cardiorespiratoire.

L'analyse des résultats d'une étude effectuée en 2002 par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège¹, à l'aide d'indicateurs de performance en CHSLD montre que plusieurs des aspects préconisés dans ce guide des bonnes pratiques font maintenant partie intégrante de la pratique quotidienne des soins de longue durée dans la majorité des centres d'hébergement au Québec.

Cependant, plusieurs aspects de la pratique en soins de longue durée ont évolué sur plusieurs plans. D'une part, en 2007, la clientèle est de plus en plus âgée et présente généralement de multiples affections complexes. Les centres d'accueil hébergeant pendant de nombreuses années des personnes autonomes ont cédé la place à des centres d'hébergement de soins de longue durée recevant des personnes en perte d'autonomie importante et dont près de 30 % meurent chaque année. Les CHSLD se définissent de plus en plus comme des milieux de vie mais, étant donné les besoins de la clientèle, ils doivent continuer de maintenir leur mission de milieux de soins. Enfin, ces centres hébergent également des personnes plus jeunes qu'auparavant, mais lourdement handicapées et présentant des problèmes complexes.

D'autre part, la nécessité de la complémentarité et de l'interdisciplinarité en CHSLD est maintenant reconnue et intégrée dans le partage des responsabilités, au bénéfice des patients. Le corpus des connaissances sur les problématiques des personnes âgées hébergées dans ces centres a quant à lui beaucoup évolué ces derniers vingt ans, même si aucun ouvrage de référence médical spécifique sur ce type de soins n'est encore disponible.

1. Étude non publiée.



En tenant compte de l'analyse des résultats des indicateurs de performance en soins de longue durée obtenus en 2002 et des constats effectués lors des visites d'inspection professionnelle, le Collège a entrepris, en collaboration avec un groupe d'experts, la révision du guide d'exercice médical en soins de longue durée. Dans le document qu'il publie aujourd'hui, intitulé *La pratique médicale en soins de longue durée*, le Collège aborde de nouveau les notions déjà intégrées dans la pratique et insiste sur certains aspects qui doivent être améliorés.

Ces aspects comprennent notamment :

- l'évaluation de la perte d'autonomie ;
- l'évaluation fonctionnelle par le médecin ;
- l'évaluation de l'aptitude à donner un consentement éclairé ;
- le suivi longitudinal des grands syndromes gériatriques ;
- la participation du médecin à l'équipe interdisciplinaire ;
- la réévaluation périodique ;
- le contrôle de la douleur et des symptômes de fin de vie.

Enfin, le Collège souhaite sensibiliser de nouveau les médecins à l'approche particulière entourant le suivi des personnes âgées hébergées (aussi en maintien à domicile) ou atteintes de maladies débilitantes, et dont les objectifs de soins sont orientés vers le maintien de l'état fonctionnel et la qualité de la vie.

1 La prise en charge de la personne hébergée

1.1 Admission

À l'admission d'une personne dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le médecin responsable ou le médecin de garde doit s'assurer d'obtenir l'information requise pour la prise en charge de tous les problèmes urgents. Ces renseignements sont habituellement fournis dans les formulaires de préadmission, par la personne elle-même ou l'infirmière sur place ou encore par la famille. S'il n'y a pas de médecin sur place au moment de l'admission, il revient à l'infirmière responsable de communiquer immédiatement les problèmes urgents au médecin.

Une fois informé de l'arrivée du patient, le médecin doit prescrire les médicaments en cours. Généralement, il est préférable de ne pas modifier la liste de médicaments avant que l'évaluation globale soit terminée, à moins que des raisons suffisantes ne le justifient.

Une évaluation médicale sommaire de la personne admise doit être faite dans la première semaine de son arrivée, si l'observation médicale complète ne peut être amorcée dans ce délai. Certains problèmes doivent être dépistés au cours de la même période, tels la dysphagie, les risques de chute, les problèmes de positionnement, pour que des solutions soient mises en place le plus rapidement possible et prévenir les complications.

1.2 Évaluation médicale globale

Dans la majorité des cas, la personne sera hébergée de façon permanente dans le centre. Aussi, il est primordial que le médecin fasse une évaluation médicale complète de son état de santé. Il doit donc documenter son observation médicale au cours du premier mois suivant l'admission. L'observation médicale doit toujours comprendre l'examen subjectif, l'examen objectif et l'évaluation fonctionnelle.

1.2.1 Examen subjectif

Comme pour toute observation médicale (histoire de cas), l'examen subjectif doit porter sur les éléments suivants : la raison de l'admission, l'histoire des problèmes médicaux actuels (qui explique, entre autres, la perte d'autonomie), les antécédents personnels et familiaux pertinents, les habitudes de vie, les allergies, la mise à jour de l'immunisation et le bilan des diverses fonctions.

L'histoire de la maladie actuelle ne doit pas se limiter à l'énumération des diagnostics antérieurs, mais plutôt décrire l'évolution de la maladie ou de la condition qui a conduit le patient à son hébergement. Axée sur la perte d'autonomie, elle en décrit, notamment, la chronologie, les pertes fonctionnelles, les causes et les facteurs précipitants ainsi que tous les facteurs réversibles. C'est grâce à cette collecte d'informations et à son évaluation que le médecin sera en mesure de déterminer si la perte d'autonomie est liée aux problèmes cliniques déjà identifiés.



Le plus de renseignements possible doivent être obtenus à cette étape, de la personne elle-même ainsi que de sa famille ou de son entourage. L'information fournie par le personnel après quelques jours d'observation est également très utile.

C'est aussi à ce moment que le médecin peut identifier la ou les personnes significatives qui pourraient participer à la communication d'information et à la prise de décision.

Certains formulaires d'évaluation préalable à l'admission, tels la classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) et l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), généralement disponibles à l'arrivée du patient, serviront quant à eux à compléter les renseignements recueillis auprès du patient ou de ses proches. Le médecin doit donc les consulter et en tenir compte dans son évaluation.

Les dossiers antérieurs, particulièrement ceux liés à une hospitalisation récente, doivent également être obtenus et consultés, car ils permettent de connaître les investigations déjà réalisées et les diagnostics posés et, ainsi, de comparer cette information avec l'état clinique actuel.

C'est aussi à cette étape que le médecin révise la liste détaillée des médicaments consommés, et ce, à l'aide du dossier antérieur ou d'un profil pharmaceutique récent de la personne qui vient d'être hébergée. Un appel téléphonique au pharmacien d'officine peut être utile lorsque cette personne vient directement de son domicile.

À ce stade de l'évaluation, il est pertinent de dresser un tableau du contexte familial et psychosocial, afin de bien connaître la personne elle-même et non seulement sa maladie.

1.2.2 Examen objectif

L'examen physique doit être complet, adapté à la condition de la personne, et cibler ses principaux problèmes de santé. Ainsi, une attention toute particulière doit être portée à certains éléments de l'examen neurologique et de l'examen du système locomoteur (démarche, équilibre, mouvements anormaux, parésie, atrophie musculaire, spasticité, etc.).

L'examen physique doit aussi inclure la mesure du poids, qui servira de point de référence pour les examens ultérieurs et d'indice clinique dans l'évolution du patient. Le poids permet aussi de déterminer la valeur de la clairance de la créatinine, qui est souvent nécessaire à l'ajustement de la posologie de certains médicaments prescrits aux personnes âgées. L'intégrité de la peau doit aussi être vérifiée. Les examens rectal et vaginal sont faits, quant à eux, selon la pertinence clinique.

L'évaluation des fonctions cognitives est très importante, car de nombreuses personnes admises en CHSLD présentent des troubles cognitifs significatifs. Pour ce faire, on peut utiliser le formulaire « Examen de Folstein sur l'état mental » (AH-107 DT) (annexe A).

C'est aussi l'occasion de déceler tout problème psychiatrique, notamment la dépression — qui peut être masquée et souvent sous-estimée chez les personnes âgées. Sachant qu'un changement de milieu peut être pour elle une source

d'anxiété ou de dépression, ou encore d'exacerbation d'une affection existante, un examen mental est particulièrement nécessaire lorsque le patient est déjà sous médication psychoactive (antidépresseurs, neuroleptiques, etc.) à son admission.

Les résultats de ces examens doivent figurer au dossier parce qu'ils serviront de point de comparaison à une réévaluation éventuelle.

1.2.3 Évaluation fonctionnelle

Le médecin doit s'assurer que l'état fonctionnel de la personne admise en CHSLD est évalué adéquatement. Cette évaluation est capitale car, en plus de compléter les données relatives à l'observation médicale, elle permet de cerner les besoins particuliers du patient et de porter un jugement clinique global sur son état.

L'évaluation fonctionnelle porte généralement sur les éléments suivants :

- Les activités de la vie quotidienne (AVQ) : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, contrôler ses sphincters et utiliser les toilettes.
- Les activités de la vie domestique (AVD) : prendre des médicaments, préparer des repas, faire l'entretien ménager et la lessive, établir un budget, utiliser le téléphone, etc. (Il est encore plus pertinent d'évaluer les AVD dans une situation de maintien à domicile qu'en CHSLD.)
- La mobilité : marcher, utiliser les escaliers, installer sa prothèse ou son orthèse, se déplacer en fauteuil roulant, passer du lit au fauteuil roulant et vice versa.
- Les capacités de communication : voir, entendre, parler, lire et écrire.
- Les fonctions cognitives : mémoire, orientation, compréhension (se basant sur l'examen de Folstein, mentionné ci-dessus) et jugement.
- Le comportement : agressivité, violence, errance, fugue et autres manifestations.

Pour faire une évaluation détaillée, le médecin peut avoir recours à des outils précis, tel le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)², ou utiliser le formulaire « Évaluation médicale globale en soins de longue durée » (AH-405)³. Cependant, dans plusieurs centres, l'évaluation fonctionnelle détaillée est faite par un autre professionnel. Le médecin doit prendre cette évaluation en considération dans son évaluation globale. Il doit aussi la comparer avec le profil fonctionnel établi à l'aide de la CTMSP ou de l'OEMC avant l'admission, afin d'y déceler des changements possibles et d'établir des liens avec les diagnostics inscrits. Il peut ainsi déterminer si la personne est admise dans le bon milieu ou si elle ne devrait pas être réorientée vers une autre ressource.

2. Les composantes du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) sont produites par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Voir les coordonnées à la fin du document.

3. Les formulaires normalisés auxquels il est fait référence dans le guide peuvent être commandés à Groupe Datamark Systems. Voir les coordonnées à la fin du document.



1.2.4 Liste des problèmes

À la fin de l'évaluation globale, le médecin dresse la liste des problèmes médicaux actifs, y compris les diagnostics, en précisant le stade de la maladie, son étendue et les complications, ainsi que les limitations fonctionnelles associées à chacun des diagnostics. Les éléments de cette liste — qui doit être mise à jour régulièrement — sont ordonnés selon la gravité des affections ou des pertes fonctionnelles. Il s'agit ici d'identifier les principaux problèmes cliniques et non pas d'énumérer une succession de diagnostics plus ou moins pertinents à la condition actuelle du patient (annexe D).

1.2.5 Plan d'intervention médicale

Le plan d'intervention médicale énumère chaque problème médical actif et précise l'objectif de l'investigation ou du traitement envisagé. Il indique les correctifs à apporter pour les conditions médicales réversibles ainsi que le niveau approprié de surveillance ou l'orientation requise pour les principaux risques appréhendés.

Le médecin doit établir le plan d'intervention médicale, qui relève spécifiquement de lui à titre de médecin traitant, à la suite de l'évaluation globale. Il peut, entre autres :

- établir ou compléter un bilan paraclinique pertinent ;
- recourir à des consultations médicales ou à d'autres professionnels ;
- ajuster la médication.

Au moment de l'évaluation interdisciplinaire, à la lumière des réponses des consultants, selon les recommandations des participants, il peut modifier, s'il y a lieu, le plan d'intervention médicale.

À la lueur des problèmes actifs identifiés, le médecin pourrait aussi prévoir la fréquence des visites médicales.

1.2.6 Examens complémentaires

Le médecin traitant a le devoir de demander tout examen complémentaire qu'il juge utile pour établir ou préciser un diagnostic, apprécier une condition, ou encore élaborer ou modifier un traitement. La nature de ces examens dépend de la liste des problèmes médicaux actifs, du niveau d'intervention déterminé et du plan d'intervention individualisé. Les examens complémentaires de routine, que plusieurs personnes admises dans un CHSLD subissent de façon systématique, ne sont généralement pas justifiés. Afin d'éviter la répétition inutile d'examens, le médecin doit consulter les résultats des examens d'investigation les plus récents, si disponibles, pour ensuite prévoir une investigation paraclinique selon l'état de la personne concernée.

Le dépistage systématique ne devrait porter que sur les maladies fréquentes, dont les manifestations peuvent être « silencieuses » et qui peuvent être traitées. Comme il a été mentionné précédemment, des examens récents de la fonction rénale (créatinine) sont cependant nécessaires pour l'estimation de la clairance de

la créatinine, étant donné qu'elle est essentielle à l'ajustement de la posologie de plusieurs médicaments prescrits aux personnes âgées. De plus, il faut vérifier le taux d'albumine, qui permet à la fois d'évaluer sommairement l'état nutritionnel de ces personnes ainsi que d'ajuster la posologie de certains médicaments, telle la phénytoïne. Le niveau de la TSH doit enfin être vérifié si cela n'a pas été fait au cours de la dernière année.

Lorsque les patients doivent se déplacer à l'extérieur du centre pour subir certains examens, il faut bien en évaluer les avantages et les inconvénients et prévoir le type d'accompagnement requis.

En raison de sa complexité, l'évaluation médicale globale peut impliquer quelques rencontres avant d'être complétée. Cette évaluation devrait être réalisée le premier mois après l'admission.

1.3 Évaluation interdisciplinaire

Après une période d'observation suffisante permettant la collecte de toutes les données requises, chaque patient doit être évalué par une équipe interdisciplinaire dans les quatre à dix semaines suivant son admission. Au cours de cette période, les autres professionnels concernés (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) effectuent leur propre évaluation, s'il y a lieu. Par la mise en commun de ces évaluations, il sera possible d'établir un plan d'intervention interdisciplinaire adapté à l'état et aux besoins de chaque personne. Le médecin doit participer activement à l'élaboration de ce plan avec les autres professionnels. Une fois complété, celui-ci doit être présenté au patient ou à ses proches. Le résumé et les conclusions des discussions relatives à ce plan doivent être consignés au dossier, sur un formulaire prévu à cette fin, ou dans les notes d'évolution.

Idéalement, le plan d'intervention interdisciplinaire doit être réévalué périodiquement — tous les ans pour chaque patient —, afin qu'il puisse être modifié selon les changements observés ou l'évolution de l'état clinique de la personne. Un suivi anticipé peut s'imposer en cas d'instabilité de l'état du patient ou de changements majeurs survenus durant l'année.

1.4 Niveau d'intervention médicale

À l'aide des renseignements sur l'état de santé du patient, le médecin traitant doit déterminer avec le patient apte, ou avec son représentant légal ou ses proches s'il est jugé inapte, la nature de l'investigation et du traitement à envisager si surviennent de nouveaux symptômes, signes ou maladies. L'utilisation d'une échelle de niveau d'intervention médicale (NIM) peut aider le médecin à préciser l'intensité des soins requis pour chaque patient selon divers objectifs de traitement (annexe B).

Le patient jugé apte peut toujours consentir ou non aux soins qui lui sont proposés ; en cas d'inaptitude, son représentant légal ou ses proches peuvent accepter ou refuser les soins proposés.



Idéalement, la détermination du NIM est une décision partagée, c'est-à-dire que celui-ci doit toujours être établi après discussion avec les personnes concernées. En pratique, cette démarche peut engendrer des désaccords. Ainsi, il est possible que des patients et leurs proches considèrent que des traitements préconisés par le médecin relèvent de l'acharnement thérapeutique et que, d'autre part, le médecin peut considérer que les patients ou leurs proches demandent des traitements devenus futiles.

Cependant, la détermination du NIM n'est pas une démarche statique. À l'occasion d'une modification de l'état du patient, le médecin devrait en envisager la révision avec la personne appropriée.

1.4.1 Un outil qui facilite la communication

La détermination du NIM constitue une démarche importante et implique que divers éléments soient présents, entre autres :

- une connaissance approfondie, par le médecin, de l'état clinique du malade, y compris les données d'évaluation des autres professionnels ;
- l'établissement du pronostic clinique lié à l'état du patient ;
- la communication au patient apte, ou encore aux proches ou au représentant légal de celui qui est inapte, des renseignements pertinents sur les interventions possibles, leurs avantages et les risques ;
- les échanges avec le patient encore apte sur sa qualité de vie telle qu'il l'a évaluée lui-même ;
- les échanges, avec le représentant légal ou les proches du patient jugé inapte, visant à connaître les souhaits qu'il aurait exprimés antérieurement concernant les soins médicaux désirés, qu'ils aient été transmis verbalement ou consignés dans un document officiel tel un testament de fin de vie ou testament biologique ;
- les échanges concernant la détermination du NIM avec un tiers, en l'absence de directive anticipée, qui doivent tenir compte des valeurs et de la philosophie de vie du patient. Le tiers doit alors répondre à la question : *Qu'est-ce que le patient aurait souhaité dans ces circonstances ?*.

La décision sera toujours fondée sur le meilleur intérêt du patient.

Le NIM est un outil qui facilite la communication entre les patients, leurs proches et les intervenants. Il est particulièrement utile pour le médecin de garde appelé en consultation auprès d'un patient qu'il ne connaît pas. Comme le NIM doit être facilement accessible, il est recommandé de le consigner sur un formulaire spécifique et de le conserver en permanence dans le dossier, de préférence au début, ou sur la liste des diagnostics et des problèmes actifs. Le résumé des discussions ayant conduit à la détermination du NIM est inclus dans le formulaire spécifique ou dans les notes d'évolution. Il doit indiquer la date des discussions, nommer les personnes concernées et préciser leur statut (patient, mandataire, tuteur ou curateur, membre de la famille, proche) ainsi qu'être signé par le médecin. Il n'est pas obligatoire que le patient ou son représentant signe ce formulaire. Leur signature atteste cependant la validité des discussions et de la décision.

Le NIM devrait généralement être déterminé dès que le médecin traitant a une connaissance suffisante de l'état de santé du patient, habituellement moins d'un mois après son admission. Le NIM doit être réévalué après la première réunion interdisciplinaire, s'il y a lieu, puis périodiquement, notamment au moment d'une réévaluation synthèse globale du patient ou lorsqu'on observe tout changement clinique significatif de son état.

Enfin, une copie du NIM devrait accompagner le patient lors de son transfert dans un autre établissement, particulièrement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Bien qu'il n'ait pas de véritable valeur juridique, le testament de fin de vie, ou testament biologique, peut être d'une grande utilité dans la détermination du niveau de soins médicaux désirés.

1.4.2 Formulaire du NIM

L'analyse des résultats de l'étude des indicateurs de performance réalisée par le Collège en 2002 a montré que, dans une grande majorité, les CHSLD déterminent un NIM pour chaque personne admise. Les établissements ont souvent élaboré leur propre échelle à trois ou à quatre niveaux, en y incluant parfois des sous-catégories qui tiennent compte des caractéristiques de leur clientèle et de leurs ressources. Les échelles peuvent donc varier d'un établissement à un autre. Le Collège respecte cette diversité et n'entend pas imposer pour l'instant un modèle normalisé. Toutefois, le formulaire « Réanimation cardiorespiratoire — Niveau d'intervention médicale », joint à ce guide à titre d'exemple (annexe B), 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.

1.5 Souhait d'être réanimé ou de ne pas être réanimé

Il faut bien distinguer la décision concernant la réanimation et la non-réanimation de la décision concernant la détermination du NIM. Bien qu'elles puissent s'apparenter, ces deux décisions comportent des enjeux quelque peu différents. Ainsi, un patient pourrait choisir un niveau d'intervention maximale et refuser tout à la fois d'être réanimé si un arrêt cardiorespiratoire survenait. Par contre, un NIM visant surtout le confort peut exclure une tentative de réanimation si celle-ci implique le transfert possible de la personne vers les soins intensifs d'un centre hospitalier. La décision de procéder ou non à la réanimation doit donc être discutée de façon spécifique avec le patient, sa famille ou son représentant. Pour que toute confusion soit évitée, la décision relative au NIM et celle portant sur la réanimation ou la non-réanimation doivent être clairement inscrites sur des formulaires différents, ou sur un même formulaire comportant des sections bien définies.



Tout comme la détermination du NIM, le recours ou non à la réanimation doit idéalement être une décision partagée. Le médecin doit discuter avec le patient apte, ou avec le représentant ou les proches du patient jugé inapte, du pronostic potentiel d'une réanimation, des résultats possibles de la procédure et des souffrances pouvant être engendrées par ces manœuvres⁴.

Mais 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 ou des proches d'un patient inapte. 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 »⁵. Si le médecin considère que la réanimation est totalement inappropriée, et qu'il est impossible d'en arriver à une entente à ce sujet, le Collège est d'avis que le médecin peut indiquer son refus d'y participer tout en s'assurant que cette divergence n'entravera pas la qualité du suivi du patient. Le Collège juge également qu'il faut éviter les mesures administratives qui seraient défavorables aux échanges personnalisés absolument nécessaires dans ce type de décision.

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 conséquences⁶.

4. M. PROVOST, « La réanimation en CHSLD. Plus qu'une décision administrative », *Le Collège*, vol. 44, n° 3, automne 2004, p. 20-21 ; collegedesmedecins.qc.ca, section Le Collège, Répertoire des publications.

5. *Ibid.*

6. M. PROVOST, *op. cit.*

2 Le suivi du patient

2.1 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 manifestent durant son hébergement. Il doit s'appliquer d'abord à traiter les problèmes médicaux réversibles et à maintenir, si possible, le niveau fonctionnel actuel.

Après quelques semaines ou quelques mois d'observation, le médecin doit revoir et mettre à jour les diagnostics établis à l'admission et ajuster la médication prescrite, s'il y a lieu. Par exemple, le médecin devra réévaluer l'état de santé mentale ou le comportement d'une personne qui prenait un antidépresseur ou un neuroleptique au moment de son admission.

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 de grands syndromes gériatriques bien connus : la dénutrition, la dépression, l'incontinence, le delirium, la démence ou le syndrome d'immobilisation. Une perte de poids inexplicée, l'apparition de l'incontinence, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil et un comportement perturbateur soudain sont autant de situations cliniques qui doivent être évaluées promptement, surtout si la cause du problème est réversible. Le médecin devrait aussi s'assurer que le personnel clinique, qui côtoie assidûment la personne hébergée, connaît ces problèmes et l'en informe rapidement afin qu'il puisse apporter des correctifs, si possible.

Une fois identifiés, les symptômes doivent faire l'objet d'une évaluation précise. Un comportement agressif, par exemple, doit être bien documenté. Il faut cerner la nature du comportement d'agressivité, verbale ou physique, connaître son horaire particulier, les facteurs déclencheurs, etc., afin que l'analyse de cette information puisse conduire à des interventions appropriées. Aussi, le médecin doit procéder à un examen physique et demander les examens complémentaires pertinents qui lui permettront de trouver une cause médicale réversible. Il élaborera ensuite un plan d'intervention incluant la médication appropriée et toute autre intervention non pharmacologique jugée nécessaire.

Les changements qui surviennent dans l'état de la personne hébergée ainsi que toutes les mesures prises ou envisagées doivent être consignés au dossier dans les notes d'évolution, qui témoignent fidèlement de la démarche médicale. La fréquence de la rédaction de ces notes doit être subordonnée à l'état de la personne, et les inscriptions ne doivent pas servir uniquement à attester une visite médicale. Toutefois, lorsque le patient est dans un état clinique stable, le médecin procédera à des visites médicales à la fréquence établie lors de l'évaluation médicale globale et s'assurera de faire le point sur son état général. De fait, on peut s'interroger sur la pertinence d'effectuer un examen physique complet au cours de chaque visite, lorsqu'un patient est dans un état stable et qu'il ne présente pas de nouveaux symptômes ni de signes de changement.



2.2 Épisode de soins aigus

Lorsque survient un épisode de soins aigus, l'investigation ou le traitement effectué doit tenir compte du niveau d'intervention médicale (NIM) déterminé. Si cet épisode nécessite le transfert du patient vers un centre hospitalier, il faut communiquer avec le médecin traitant ou de garde afin de pouvoir l'autoriser, sauf dans les cas d'urgence. Le médecin de garde devrait faire une évaluation clinique avant d'autoriser un transfert ; plusieurs d'entre eux pourraient ainsi être évités.

Afin d'assurer une bonne communication avec le centre hospitalier qui recevra le patient, il faut transmettre, au moment de son transfert, une copie de la liste des problèmes et de la liste actualisée des médicaments ainsi que les renseignements sur son état infectieux (par exemple, porteur de bactéries multirésistantes aux antibiotiques, éclosion d'influenza A ou de gastro-enterite en cours). Il faut également joindre les notes cliniques indiquant la raison du transfert ainsi que l'information relative au NIM et au souhait d'être réanimé ou non. La dernière note médicale et les coordonnées du médecin traitant peuvent également être incluses. Le Collège recommande d'utiliser alors, si possible, le formulaire « Transfert d'urgence interétablissement » (AH-249)⁷. Une note d'évolution attestant la justification du transfert devrait être consignée au dossier par le médecin de garde ou le médecin traitant à partir de l'information recueillie.

Au retour d'un patient ayant été transféré dans un centre de soins généraux et spécialisés, les notes d'évolution devraient comprendre une synthèse de l'hospitalisation, une nouvelle évaluation et une mise à jour de l'état clinique (dans un court délai pour les problèmes cliniques graves), ainsi que l'ajustement de la médication, s'il y a lieu. Si l'état fonctionnel du patient s'est détérioré, il y a aussi lieu de procéder à une réévaluation médicale globale et à une nouvelle discussion en vue de modifier le NIM, le cas échéant.

2.3 Réévaluation synthèse périodique

Même si l'on suit régulièrement le patient, il est utile de faire une synthèse annuelle, afin de passer en revue les principaux problèmes médicaux qui se sont manifestés au cours de la dernière année et de réévaluer son état fonctionnel. C'est en quelque sorte le portrait évolutif du patient. Cette synthèse peut être réalisée par exemple, à l'occasion de la réunion multidisciplinaire annuelle, lorsque chaque professionnel fait succinctement le point sur l'évolution de l'état du patient dans les douze derniers mois. À partir d'un examen ciblé des affections actives et d'observations objectives (poids, mobilité, examen mental, etc.), on peut alors comparer ces données avec l'évaluation globale effectuée à l'admission ou les données obtenues à la dernière révision annuelle, et ainsi en suivre la progression. Ce type d'évaluation n'implique pas nécessairement une demande systématique d'examen complémentaires ; il s'agit d'une synthèse qui permet de prendre du recul par rapport à l'évolution du patient (à titre d'exemple, voir l'annexe C).

7. Les formulaires normalisés auxquels il est fait référence dans le guide peuvent être commandés à Groupe Datamark Systems. Voir les coordonnées à la fin du document.

3 D'autres particularités de la pratique médicale en soins de longue durée

3.1 Diète

Il est important de bien équilibrer l'alimentation des personnes hébergées en CHSLD. Sauf exception, on ne devrait pas imposer des diètes contraignantes aux personnes âgées, mais plutôt viser une alimentation normale et qui respecte leur qualité de vie. Il faut également s'assurer que les patients soient hydratés adéquatement tout en respectant les restrictions hydriques, s'il y a lieu.

Il faut également obtenir une évaluation spécialisée pour documenter les troubles de déglutition dès qu'un patient manifeste certains problèmes de salivation, d'étouffement à répétition ou de dysphagie, ou encore en présence d'infections pulmonaires récidivantes.

3.2 Mesures préventives

Les recommandations sur l'examen médical périodique s'appliquent aussi bien aux personnes hébergées qu'à la population en général. Ainsi, tout en tenant compte du niveau d'intervention médicale (NIM) déterminé, le médecin doit s'assurer que la personne hébergée reçoit les vaccins appropriés, notamment :

- le vaccin antigrippal, chaque année ;
- le vaccin pneumococcique.

Le médecin doit également se préoccuper de la santé buccodentaire de ces personnes et surveiller périodiquement leur acuité auditive et visuelle. La prescription de certains examens de dépistage (bilan lipidique, ostéodensitométrie, etc.) ainsi que de certains médicaments (acide acétylsalicylique, statines, alendronate, inhibiteurs de la cholinestérase, etc.) doit être évaluée en fonction de l'état clinique du patient, du NIM, de l'espérance de vie et des comorbidités.

3.3 Contentions et autres mesures de contrôle

Les mesures de contention et d'isolement doivent être réduites à leur strict nécessaire et, surtout, réservées aux cas d'urgence, tel que le préconise la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (art. 118.1). La contention doit demeurer une mesure exceptionnelle de dernier recours, et les autres mesures « alternatives » doivent être appliquées en premier lieu⁸.

8. L'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux a publié un document exhaustif sur le sujet intitulé : *Cadre de référence — Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, éd. rév., Montréal, Association des hôpitaux du Québec, mars 2004, 60 p. Les médecins sont invités à le consulter.



À la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (loi n° 90), une infirmière, un physiothérapeute ou un ergothérapeute peuvent décider de l'utilisation d'une mesure de contention, si l'activité est incluse dans leur champ d'exercice. L'utilisation d'une mesure de contention physique doit être consignée au dossier sur un formulaire prévu à cette fin ou sur la feuille d'ordonnances, selon les protocoles d'application en vigueur dans chaque milieu. Le médecin doit avoir procédé à l'évaluation appropriée qui justifie l'utilisation de la mesure de contention, et celle-ci sera consignée dans les notes d'évolution.

En ce qui a trait à la contention chimique, le médecin peut se référer à la position que publiait le Collège en 2004⁹ :

L'utilisation de médicaments psychoactifs pour traiter non seulement la cause d'une maladie, mais aussi pour en contrôler les symptômes ou comme élément inhérent à un plan de soins, ne devrait pas être considérée comme une contention chimique au sens strict de l'article 118.1 de la LSSSS.

Une médication psychoactive prescrite à des doses ou pour une durée injustifiées, dans un but punitif ou d'abus de pouvoir, ou utilisée comme mesure substitutive à un manque de personnel ou de surveillance, ou encore, comme moyen de contrôle social constituerait une contention chimique au sens de la LSSSS et devrait être considérée comme un manquement au devoir professionnel.

Dans les CHSLD, sauf en cas d'urgence, la décision d'utiliser la contention est généralement discutée en équipe interdisciplinaire, et le patient ou son représentant doit y consentir.

3.4 Aptitude à consentir

Pour être valide, le consentement aux soins doit être *libre, éclairé et donné par une personne considérée comme apte*. Les patients en soins de longue durée présentent souvent de nombreuses atteintes, en particulier des atteintes neurologiques, pouvant entraîner une altération de l'aptitude à consentir. Le médecin doit donc être en mesure d'établir l'aptitude des patients à consentir aux soins. L'évaluation de l'aptitude a pour but de préserver la plus grande autonomie possible chez les personnes hébergées et de différencier celles qui peuvent décider pour elles-mêmes de celles qui ne le peuvent plus. Dans ce dernier cas, les tâches décisionnelles reviendront à un tiers, que ce soit pour déterminer le NIM, pour décider de la réanimation ou pour prendre toute autre décision. Il est alors question de consentement substitué.

Selon les dispositions du *Code civil du Québec*, le consentement à des soins requis par l'état de santé d'un patient majeur jugé inapte peut être donné par son tuteur ou son curateur. Il peut également être donné par un mandataire dûment identifié à qui le patient, avant de devenir inapte, avait confié le soin de prendre les décisions à sa place le moment venu. À noter qu'un mandat en cas d'incapacité n'est légalement valide qu'une fois qu'il est homologué. Pour qu'il le soit, un médecin doit diagnostiquer l'incapacité, et un autre professionnel de la santé doit donner un avis convergent.

9. L'énoncé de position *Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle* est accessible dans le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), section Le Collège, Répertoire des publications.

En l'absence d'un représentant légal (mandataire, curateur ou tuteur), le consentement peut être donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'impossibilité de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (article 15).

L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins implique que le médecin peut déterminer si¹⁰ :

- la personne comprend la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ;
- la personne comprend la nature et le but du traitement ;
- la personne comprend les risques liés au traitement ;
- la personne comprend les risques qu'elle court en refusant le traitement ;
- la capacité de consentir de la personne est altérée par sa maladie.

Au cours des dernières décennies, la notion d'aptitude a évolué. L'aptitude se définit maintenant comme une capacité particulière d'une personne à exercer une tâche particulière de prise de décision en un temps donné et dans des conditions spécifiques¹¹.

À moins de conditions telles qu'un coma végétatif ou une démence de type Alzheimer sévère, **un diagnostic ne présume pas de l'inaptitude d'un malade**, qu'il s'agisse de démence, de maladie psychiatrique ou autres. Par ailleurs, un patient inapte à consentir aux soins ne peut être de ce fait considéré comme inapte à accomplir d'autres tâches telles que gérer ses finances, faire un testament, établir un mandat en cas d'inaptitude, etc. Chaque tâche doit être évaluée en fonction de critères précis et requiert un plan d'évaluation pertinent.

En outre, bien que certaines situations problématiques puissent le nécessiter, l'évaluation de l'aptitude dans le domaine des soins de longue durée ne requiert plus une expertise en psychiatrie. Le médecin exerçant dans un CHSLD peut, grâce à la maîtrise des connaissances requises, être en mesure d'évaluer l'aptitude du patient à assurer sa protection, y compris donner son consentement aux soins, ainsi qu'à exercer ses droits civils et son aptitude à administrer ses biens. L'atout principal du médecin en cette matière réside dans sa connaissance globale de la personne concernée. En effet, non seulement l'évaluation de l'aptitude comprend des questions portant sur la tâche, mais elle doit tenir compte des antécédents du patient, de ses valeurs et de sa philosophie de vie, ce qui permettra de juger de la cohérence de ses décisions lorsqu'il consent à un traitement ou le refuse.

Il ne faut pas confondre l'évaluation de l'aptitude et l'évaluation des fonctions mentales supérieures, bien que les deux soient liées dans une certaine mesure.

10. Critères présentés dans : R.J. DRAPER et D. DAWSON, « Competence to consent to treatment: a guide for the psychiatrist », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 35, n° 4, mai 1990, p. 285-289.

11. A.E. BUCHANAN et D.W. BROCK « The concept of competence », *Deciding for others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, New York, Cambridge University Press, 1990, p. 18-19.



Le constat d'inaptitude pris isolément ne suffit pas pour que l'ouverture d'un régime de protection soit recommandée. Comme l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude ou l'ouverture d'un régime de protection ont pour conséquence de priver la personne de la jouissance de ses droits civils, seule une raison impérative devrait entraîner de telles démarches. Une fois l'inaptitude établie, il faut aussi démontrer le besoin de protection de la personne majeure inapte.

Le Curateur public considère quant à lui qu'« il existe des situations où une personne inapte n'a aucun besoin de protection parce qu'elle est bien entourée par son conjoint ou un membre de sa famille, ou que ses biens sont administrés de façon efficace¹² ». Par conséquent, le médecin a la responsabilité d'évaluer l'aptitude du majeur à consentir aux soins et de déterminer le besoin de protection du majeur inapte. Lorsque la situation le requiert, le médecin doit procéder aux démarches nécessaires et remplir les documents (qui sont de son ressort) relatifs à la désignation d'un représentant légal.

3.5 Utilisation judicieuse des médicaments

Étant donné les nombreux problèmes médicaux des personnes admises dans un centre d'hébergement, il arrive souvent que le médecin ait à composer avec une liste comportant un nombre impressionnant de médicaments pris par un patient. Après l'évaluation, il est important qu'il fasse une révision complète de cette liste, des dosages, des fréquences d'administration et des interactions médicamenteuses. Les patients ont parfois reçu des ordonnances de médicaments de médecins de plusieurs spécialités différentes. Le médecin traitant du patient hébergé doit juger de la pertinence de chaque médicament en fonction des diagnostics posés, des problèmes de santé identifiés et des risques d'effets indésirables.

Les personnes âgées étant vulnérables aux médicaments, il est conseillé d'amorcer la prise de tout nouveau médicament par une petite dose et d'augmenter lentement la posologie, en consignait 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 valeur estimée de la clairance de la créatinine qui peut se calculer ainsi :

ÉVALUATION DE LA CLAIRANCE DE LA CRÉATININE

(Formule de Cockcroft et Gault modifiée)

Clairance (ml/min)

Homme : $\frac{1,2 (140 - \text{âge du patient en années}) (\text{poids en kg})}{(\text{créatinine sérique } \mu\text{mol/L})}$

Femme : multiplier par 0,85

Le médecin devrait réévaluer périodiquement les médicaments prescrits à partir d'un profil pharmaceutique détaillé, en se faisant conseiller, si nécessaire, par un pharmacien.

12 . CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, « Les mesures alternatives à l'ouverture d'un régime de protection », *Le Point — Informations*, vol. 2, n° 3, mars 2003, p.1. Et autres publications du Curateur public du Québec.

La prescription de médicaments au besoin (*prn*) devrait être surveillée, et restreinte surtout aux périodes d'ajustement des doses. Les ordonnances *prn* doivent être révisées en même temps que les autres ordonnances. Le médecin doit les prolonger, les interrompre ou les modifier selon les besoins. Il doit aussi s'interroger sur l'utilisation de certains médicaments ou, à tout le moins, leur porter une attention particulière en fonction des objectifs thérapeutiques et du NIM. Cela s'applique, notamment, aux hypocholestérolémiantes, aux antiplaquettaires et même aux biphosphonates prescrits aux patients présentant une mobilité réduite, ainsi qu'aux inhibiteurs de la cholinestérase. Les benzodiazépines doivent toujours être prescrites avec une certaine prudence. Il faut éviter, si possible, de prescrire tant les benzodiazépines à action prolongée que la prise concomitante de deux benzodiazépines. Enfin, le médecin doit aussi faire preuve de prudence lorsqu'il prescrit des neuroleptiques.

3.6 Ordonnances collectives

Pour certaines situations particulières, les médecins exerçant en CHSLD devraient établir des ordonnances collectives pour que le personnel infirmier puisse procéder à des examens ou à des traitements sans attendre l'ordonnance médicale individuelle. Une ordonnance collective pourrait être élaborée, par exemple, pour :

- le traitement de la constipation ;
- l'administration d'un médicament, tels un analgésique mineur et un antipyrétique ;
- le traitement des plaies de pression.

Certaines ordonnances devraient aussi être établies pour les patients qui reçoivent des soins de fin de vie (voir « Soins de fin de vie », à la page 22).

3.7 Prise en charge de la douleur

Les personnes âgées, souvent atteintes de maladies ostéo-articulaires et neurologiques dégénératives, présentent des problèmes de douleurs chroniques dus à l'immobilité et à la phase avancée de leur maladie ou à leur grand âge. Le médecin et tous les soignants doivent porter une attention particulière aux problèmes de douleur et à leur soulagement, afin d'améliorer la qualité de la vie de ces personnes. La douleur doit être évaluée de façon aussi complète que possible. Chez les personnes atteintes de certaines affections, dont l'aphasie, les troubles d'élocution graves et les troubles cognitifs, cette évaluation peut être difficile à réaliser et nécessite le plus souvent la collaboration du personnel soignant.

Pour mieux orienter la thérapie, il est important de cerner le type de douleur et d'en mesurer l'intensité, afin d'ajuster le traitement et de maintenir le soulagement. Lorsque les analgésiques mineurs et les traitements usuels ne suffisent plus, le médecin ne devrait pas hésiter à recourir aux opioïdes. L'administration combinée d'opioïdes à action prolongée et d'analgésiques à action brève pour les douleurs de pointe devrait permettre de maîtriser efficacement la douleur. L'utilisation d'une



coanalgésie est parfois essentielle. Comme pour tout médicament prescrit aux personnes âgées, il faut utiliser de petites doses, qui seront augmentées graduellement, et documenter la réponse aux traitements ainsi que les effets indésirables.

Les médecins de CHSLD qui ne maîtrisent pas tous les aspects du contrôle de la douleur chronique devraient s'assurer d'obtenir la formation requise.

3.8 Soins de fin de vie

Par la nature même de la clientèle des CHSLD, le médecin qui exerce dans ces lieux rencontre régulièrement des situations cliniques qui requièrent des soins de fin de vie. Les décisions d'intervention et de traitement devraient se prendre dans le respect du NIM déterminé antérieurement avec le patient ou ses proches.

La douleur doit être maîtrisée de façon efficace (voir section précédente). D'autres symptômes d'inconfort doivent aussi être traités : les sécrétions bronchiques, la détresse respiratoire, les crises d'agitation ou d'anxiété incontrôlée, la dysphagie sévère, le delirium, ou encore la détresse causée par une hémorragie massive. Les médecins devraient élaborer des protocoles ou utiliser ceux établis par des équipes médicales spécialisées en soins palliatifs, afin de favoriser des interventions efficaces et rapides des soignants sur place.

Il est aussi important de fournir au patient et à ses proches toute l'information requise sur son état et les mesures prises en vue de lui assurer un soulagement et une fin de vie dans la dignité.

Outre les soins médicaux requis pour assurer le contrôle des symptômes physiques, le contexte des soins de fin de vie implique une attention toute spéciale 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.

4 La tenue des dossiers

On ne saurait trop insister sur l'importance des dossiers médicaux, dont la tenue témoigne généralement de la qualité des soins donnés aux patients. En plus des dispositions prévues au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements relativement au contenu du dossier*, le médecin doit porter une attention particulière à divers éléments des dossiers des personnes admises en CHSLD.

4.1 Éléments de prise en charge et de suivi

Le dossier médical des personnes admises en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) doit comprendre les éléments décrits ci-dessous.

4.1.1 Liste des diagnostics et des problèmes

Une liste des diagnostics et des problèmes de santé doit se trouver au dossier. Elle doit être tenue à jour, de façon à refléter en tout temps une synthèse de l'état de santé de la personne concernée (voir l'annexe D).

4.1.2 Liste des médicaments

Le médecin doit établir et tenir à jour la liste des médicaments qu'il a prescrits, lorsque le profil pharmaceutique de la personne hébergée n'est pas disponible.

4.1.3 Note d'admission et observation médicale

Lorsqu'une personne est admise dans un CHSLD, le médecin doit s'assurer de faire une évaluation sommaire de son état de santé et de consigner cette information au dossier dans une note d'admission, s'il ne peut faire l'observation médicale complète dans les jours suivants.

Au cours du premier mois, il doit également procéder à la rédaction d'une observation médicale, qui fournit des renseignements détaillés sur l'état du patient. Ainsi, la perte d'autonomie doit être explicitée et non seulement notée, et l'évaluation fonctionnelle du patient doit être documentée. Si cette évaluation est faite par un autre professionnel, par exemple un ergothérapeute ou une infirmière, le médecin doit signaler qu'il en a pris connaissance et qu'il en tient compte dans son plan d'intervention. Les résultats de certaines mesures objectives de l'autonomie ou d'autres paramètres, comme l'examen de Folstein et le SMAF, devraient être consignés et interprétés, et servir de point de comparaison lorsqu'une réévaluation est requise à la suite de l'altération de l'état de la personne ou en vue de la prochaine évaluation synthèse périodique.

4.1.4 Plan d'intervention médicale

Le plan d'intervention médicale est élaboré par le médecin à la suite de l'évaluation globale initiale. Il est révisé, s'il y a lieu, après l'évaluation interdisciplinaire.



4.1.5 Décision de réanimation ou de non-réanimation et niveau d'intervention médicale

La décision de réanimation ou de non-réanimation doit être signée par le médecin, placée bien en évidence dans le dossier et consignée sur un formulaire, qui peut être aussi celui du NIM. Cette décision satisfait aux mêmes exigences que celles établies pour la détermination du NIM. Ces renseignements doivent accompagner toute personne malade qui est transportée vers un autre établissement, particulièrement un centre hospitalier. Ils doivent également être mis à jour au moment des réévaluations annuelles ou pour toute altération significative de l'état de santé du patient.

4.1.6 Notes d'évolution

Les notes d'évolution doivent rendre compte fidèlement des changements survenus dans l'état de santé du patient et préciser les raisons justifiant l'investigation requise ainsi que toute modification du traitement. La fréquence de ces notes doit être subordonnée à l'état de la personne concernée, et leur rédaction ne doit pas servir uniquement à attester une visite médicale. Une note doit être rédigée pour justifier le transfert d'un patient qui requiert des soins aigus, même si la décision du transfert a été prise par un autre médecin. Au retour du patient, une note doit aussi résumer l'épisode de soins aigus ainsi que les modifications apportées au plan de soins, à la médication et au NIM, s'il y a lieu.

4.2 Autres éléments

4.2.1 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 pour 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. Si le médecin a rédigé un sommaire du dossier, cet élément tient lieu de note de départ.

4.2.2 Note de décès

Une note de décès présente un résumé des événements importants survenus dans l'état de santé de la personne pendant son séjour et décrit brièvement la dernière maladie ayant causé sa mort.

4.2.3 Constat de décès et bulletin de décès

Seul le médecin est autorisé à constater les décès qui surviennent dans un CHSLD. Le constat de décès doit être consigné au dossier dans la dernière note d'évolution, ainsi que l'heure à laquelle il a été rédigé et l'heure présumée du décès. Si le médecin n'était 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 le moment de la mort et le constat de décès doit être raisonnable au regard de divers 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 le délai alloué 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.

Il ne faut pas confondre le bulletin de décès et le constat de décès, qui sont deux documents différents. Le bulletin de décès est le formulaire légal (SP-3)¹² devant être rempli par le médecin en établissement. Il comprend la date et l'heure présumée du décès et non la date et l'heure à laquelle le formulaire a été rempli, ni celle à laquelle le constat de décès a été rédigé.

De plus, le médecin doit inscrire dans ce bulletin comme cause immédiate de décès la maladie ou l'affection morbide ayant directement provoqué la mort. Il ne s'agit pas du mode de décès (arrêt cardiaque) mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

4.2.4 Feuille sommaire

Le formulaire « Feuille sommaire » (AH-109B)¹³ devrait être rempli dans un délai raisonnable, conformément à la politique établie dans chaque établissement.

12. Les composantes du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) sont produites par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Voir les coordonnées à la fin du document.

13. Les formulaires normalisés auxquels il est fait référence dans le guide peuvent être commandés à Groupe Datamark Systems. Voir les coordonnées à la fin du document.



5 Le maintien à domicile

Le Collège des médecins du Québec considère que la majorité des directives et des recommandations formulées dans ce guide s'appliquent aussi aux programmes de maintien à domicile — particulièrement pour les personnes âgées en perte d'autonomie —, tant sur le plan de la qualité de l'exercice qu'en ce qui a trait à la tenue des dossiers. Le médecin qui suit un patient âgé dans une ressource intermédiaire devrait aussi satisfaire aux exigences énoncées dans ce document, à tout le moins pour les patients qui présentent les situations les plus complexes.

Ainsi, l'évaluation globale initiale, y compris l'évaluation fonctionnelle, la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM), la décision de réanimation ou de non-réanimation, la surveillance des grands syndromes gériatriques, la réévaluation synthèse périodique ainsi que l'établissement de la liste des problèmes et de la liste des médicaments devraient faire partie intégrante de l'exercice en maintien à domicile, selon le type de clientèle.

Le médecin qui suit un patient en perte d'autonomie à domicile pendant une longue période est souvent la personne la mieux placée pour discuter de questions éthiques difficiles, entre autres la réanimation et le niveau de soins médicaux, avec le patient ou ses proches. Les décisions prises dans ce cadre peuvent faciliter l'orientation de l'hospitalisation ou l'hébergement éventuel du patient.

Conclusion

Le guide d'exercice *La pratique médicale en soins de longue durée* constitue le nouveau cadre de référence pour la pratique dans ce domaine. Il fournit des précisions relatives à certaines notions qui ont évolué depuis la publication de 1994 et comporte de nouvelles sections.

Sans être exhaustif, ce document constitue un bon résumé de la pratique médicale en soins de longue durée. Non seulement le médecin y trouvera-t-il une démarche clinique structurée, mais également les éléments essentiels d'une tenue des dossiers adéquate et qui reflète la qualité de sa pratique.

Les médecins exerçant dans un CHSLD doivent amorcer une réflexion sur leur façon d'aborder les patients hébergés dans ce type d'établissement. L'approche ponctuelle, orientée vers des soins curatifs, doit faire place à des soins visant le maintien des fonctions et la qualité de la vie.

Les médecins qui, quant à eux, connaîtraient moins des aspects tels que l'évaluation fonctionnelle, l'aptitude au consentement, la détermination du NIM, l'évaluation et la gestion de la douleur, ou encore, la prévention des grands syndromes gériatriques doivent envisager de parfaire leurs connaissances.

Annexes

A — Formulaire « Examen de Folstein sur l'état mental ».....	29
B — Formulaire « Réanimation cardiorespiratoire — Niveau d'intervention médicale ».....	31
C — Formulaire « Réévaluation médicale annuelle en soins de longue durée » ..	33
D — Liste des problèmes	35

*N.B. Les formulaires proposés le sont à titre d'exemple ou de modèles éventuels.
Ils sont pour la plupart adaptés à partir de formulaires déjà existants dans certains établissements.*



E) Langage (suite)

COTE
MAXIMALE COTE
DU SUJET

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :

« **FERMEZ VOS YEUX** »

1 ()

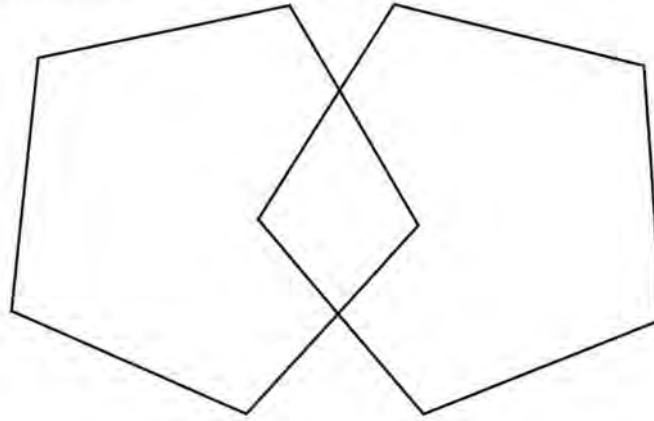
10- Demander au sujet d'écrire une phrase :

1 ()

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1 ()

COTE MAXIMALE : **30**

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :

Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

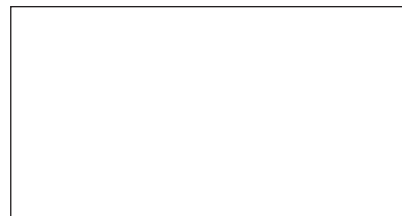
Nombre d'années de scolarité du sujet : _____ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant somnolent

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation _____

Date | _____ |
Année Mois Jour

Signature



RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)

- Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire requises
- Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire refusées

N.B. 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 dans l'attente des services d'urgence (911).

NIVEAU D'INTERVENTION MEDICALE (NIM)

- Niveau 1** 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** Correction de toute détérioration possiblement réversible. Utilisation des ressources de l'établissement selon la disponibilité. Transfert en centre hospitalier au besoin.
- Niveau 3** Correction des pathologies réversibles et contrôle des symptômes (fièvre, nausées, difficultés respiratoires...) par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort.
 - Ajustement des traitements dans le but de prévenir ou soulager la douleur et l'inconfort.
 - Pas de transfert en centre hospitalier sauf si on ne peut soulager la douleur ou d'autres symptômes avec les moyens disponibles sur place.
- Niveau 4** Soins palliatifs : interventions visant exclusivement le confort par le traitement de la douleur ou de tout autre symptôme sans chercher à préciser ou corriger la pathologie sous-jacente.

N.B. Les décisions concernant la RCR et le NIM peuvent être révisées en tout temps.



APTITUDE DU CONSENTEMENT À LA RCR ET AU NIM*

- Patient apte
- Patient inapte

Nom du représentant : _____

Lien avec le patient : _____

Personnes présentes à la rencontre et lien avec le patient

Commentaires

Contacts avec les représentants

- 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 _____

* Modèle proposé par D^r Jean Pelletier

**RÉÉVALUATION SYNTHÈSE PÉRIODIQUE (ANNUELLE)
EN SOINS DE LONGUE DURÉE***



Liste et évolution des problèmes actifs

Pathologies intercurrentes depuis le dernier examen

Complications depuis le dernier examen

OBSERVATION MÉDICALE – Éléments subjectifs et objectifs pertinents

POIDS

T. A.

CLAIRANCE DE LA CREATININE



Changement dans l'état mental

Folstein Antérieur _____ Actuel _____

Commentaires

Changement dans l'état fonctionnel

Antérieur _____ Actuel _____

Commentaires

Révision de la médication et inscription des changements s'il y a lieu_____

Examens complémentaires ou de dépistage_____

Statut vaccinal

Pneumocoque _____ Reçu (date) _____ Non reçu (raison) _____

Influenza _____ Reçu (date) _____ Non reçu (raison) _____

Nouveaux risques identifiés_____

Pronostic_____

Nouveau plan de traitement_____

Signature _____ **Date** _____

* Inspiré du formulaire de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Bibliographie

- APPELBAUM, P.S., et T. GRISSO. « Assessing patients' capacities to consent to treatment », *NEJM: The New England Journal of Medicine*, vol. 319, n° 25, 22 décembre 1988, p. 1635-1638.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence : utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, éd. rév., Montréal, Association des hôpitaux du Québec, mars 2004, 60 p.
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Déclaration conjointe sur la réanimation (mise à jour 1995) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 11, 1^{er} décembre 1995, p. 1652D-1652F.
- BÉLAND, G., et R. BERGERON. « Les niveaux de soins et l'ordonnance de ne pas réanimer », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 4, avril 2002, p. 105-111.
- BUCHANAN, A.E., et BROCK, D.W. « The concept of competence », *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, New York, Cambridge University Press, 1990, p. 18-19.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2004, 6 p. Énoncé de position. [En ligne] <http://www.collegedesmedecins.qc.ca>.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et autres. *Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec : ALDO-Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2006. [En ligne] <http://www.cmq.org/aldofrancais.aspx>
- CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. « Les mesures alternatives à l'ouverture d'un régime de protection », *Le Point — Informations*, vol. 2, n° 3, mars 2003, p. 1.
- DESROSIERS, J., et R. P. HÉBERT. « Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche », dans ARCAND-HÉBERT, *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition, Edisem, p. 140-152, 2007.
- DRAPER, R.J., et D. DAWSON. « Competence to consent to treatment: a guide for the psychiatrist », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 35, n° 4, mai 1990, p. 285-289.
- ETCHELLS, E., et autres. « Bioethics for clinicians : 3. Capacity », *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, vol. 155, n° 6, 15 septembre 1996, p. 657-661.
- FILION, J. « Les médicaments à visée préventive vers la fin de la vie », *Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie : actes des Échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement, Sherbrooke 2005*, Acton Vale, Edisem, 2005, p. 261-268.
- KOURI, R.P., et S. PHILIPS-NOOTENS. *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 2^e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2005, 738 p.
- LESAGE-JARJOURA, P., et S. PHILIPS-NOOTENS. *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 2^e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2001, 518 p.
- LO, B. « Assessing decision-making capacity », *Law, Medicine and Health Care*, vol. 18, n° 3, automne 1990, p. 193-201.
- NIXON, M. « Soins de longue durée : comment les médecins de famille peuvent-ils jouer un rôle efficace ? », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 40, juillet 1994, p. 1324.
- PATENAUDE, J.V., et S. ROBILLARD. « La directive de "ne pas réanimer" sans le consentement du patient ou de sa famille : aspects éthiques, médicaux et juridiques », *Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*, vol. 34, n° 1, février 2001, p. 27-33.
- Provost, M. « La réanimation en CHSLD : plus qu'une décision administrative », *Le Collège*, vol. 44, n° 3, automne 2004, p. 20-21.



Publication du
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
Courriel : info@cmq.org
collegedesmedecins.qc.ca

Coordination

Direction des affaires publiques
et des communications

Révision linguistique et correction d'épreuves

Françoise Turcotte

Graphisme

Bronx Communications

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Integria

Membres du groupe de travail

D^r Suzanne Gosselin
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

D^r Yvette Lajeunesse
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

D^r Jean Pelletier
CSSS Lucille-Teasdale

D^r Andrée Robillard
CSSS de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent

D^r Marcel Provost
Collège des médecins du Québec

Les formulaires normalisés existent sous diverses formes (recto-verso, tête-bêche, en liasse ou en continu), et la plupart sont disponibles en français et en anglais.

Prière de communiquer avec Groupe Datamark Systems pour commander les formulaires « Évaluation médicale globale en soins de longue durée » (AH-405); « Transfert d'urgence interétablissement » (AH-249); « Feuille sommaire » (AH-109B); « Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle » (SMAF).

Ils peuvent être obtenus à l'adresse ci-contre :

Groupe Datamark Systems

2800, avenue Francis-Hugues, Laval (Québec) H7L 3Y7
Téléphone : 450 663-9144 ou 1 888 360-0470
Télécopieur : 450 663-3877 ou 1 888 736-8155
Courriel : jbernard@datamark.ca

Ou consultez l'adresse électronique suivante :

msss.gouv.qc.ca.

Allez à gauche dans *Documentation*
Cliquez sur *Formulaires réseau*
Cliquez sur les formulaires suivants : *AH 405, AH 249 et AH 109 B*

DESROSIERS, J., et R. P. HÉBERT. « Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche », dans ARCAND-HÉBERT, *Précis pratique de gériatrie*, 3^e édition, Edisem, p. 140-152, 2007.

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

Dépôt légal : 2^e trimestre 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-920548-37-4 (Version imprimée)
ISBN 978-2-920548-38-1 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2007

