

Planifier pour l'avenir

Dans le présent numéro de la *RCMIG*, Quinn et coll. discutent des mérites des médecins qui prennent le temps de se concentrer sur *les objectifs globaux du plan de soins* chez les patients atteints de démence avancée et qu'ils voient pour un problème aigu. Plutôt que de traiter immédiatement la nouvelle maladie, Quinn et coll. suggèrent que le plan de soins clinique soit envisagé dans le contexte des objectifs et attentes globaux spécifiques à la personne atteinte de démence avancée. Évidemment, à moins que ces derniers ne soient clairement énoncés par avance, c'est un problème de savoir en quoi ils consistent pour un patient qui est en état avancé de déclin cognitif. Dans une telle situation, les fournisseurs de soins de santé doivent souvent s'en remettre à la famille du patient pour avoir des indications, mais celle-ci n'en a pas toujours vraiment.

En Ontario, un document produit par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée intitulé *Formulaire de confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer* fournit des instructions claires en ce qui a trait à la réanimation cardio-respiratoire (RCR1). Lorsque complété à l'égard d'une personne qui vit dans un établissement de soins de longue durée, cette information offre d'excellentes orientations pour les premiers répondants et les fournisseurs de soins de santé en ce qui a trait à la réanimation. Toutefois, ce formulaire n'aborde pas les différents types de soins médicaux qui peuvent être prodigués à part la RCR. D'autres interventions, comme l'administration intraveineuse de liquides, d'antibiotiques, ainsi que les différentes possibilités d'alimentation ne sont pas abordées. Ce sont des exemples de traitements qu'un patient peut souhaiter obtenir ou pas. Manifestement, il est nécessaire de disposer d'un document plus détaillé qui soit largement offert par les ministères de la santé et complété ou mis à jour annuellement par les patients dans les établissements de soins de longue durée (ou par leur mandataire).

Lorsque l'état d'un patient d'un établissement de soins de longue durée se dégrade, le personnel infirmier est souvent mal à l'aise de prendre certaines décisions cruciales. Par conséquent, le patient est inévitablement transféré dans un établissement de soins actifs pour évaluation et un éventuel traitement. Mais si le patient a déjà établi des directives claires, détaillées et normalisées, cela contribue à aider les médecins dans leur travail, comme Quinn et coll. l'expliquent dans leur article. Pour cette raison, il devrait être clair que des directives préalables sont un outil essentiel pour s'assurer que les soins prodigués à un patient respectent les souhaits de ce dernier. Toutefois, tous les patients n'ont pas de directives préalables avec eux au moment de leur transfert du foyer de soins infirmiers à la salle d'urgence de l'hôpital, malgré le fait que depuis plus de quinze ans un essai clinique ait démontré les avantages d'obtenir des directives préalables dans les foyers de soins². Peut-être faudrait-il que la rédaction de directives préalables détaillées fasse partie des indicateurs de qualité (IQ) au sein des établissements de soins de longue durée? En effet, dans un milieu de soin de santé où les budgets sont liés à des IQ, rien n'attire plus l'attention d'un administrateur de soins de santé qu'un IQ et ses répercussions. La mise en place généralisée de directives préalables détaillées en matière de soins de santé fournirait une orientation aux médecins qui traitent un patient atteint de démence avancée et qu'ils voient pour la première fois. Ainsi, la prise de décisions cliniques qui reflètent les valeurs du patient pourrait devenir la norme en matière de soins.

References

1. ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Formulaire de confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer*. Publication de l'Ontario numéro 4519-45 (07/10).
2. MOLLOY, D.W., G.G. GUYATT, R. RUSO et coll. « Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes. A randomized controlled trial ». *JAMA* 2000, 283(11), p. 1437-44. doi:10.1001/jama.283.11.1437

Mitch Levine

