



The Canadian Geriatrics Society

Promoting excellence in healthcare for older Canadians

Le 19 octobre 2017

D^r Frank Molnar, président de la Société canadienne de gériatrie; points d’allocution concernant l’élaboration d’un cadre sur les soins palliatifs au Canada.

Je vous remercie de me donner l’occasion de contribuer à cette initiative essentielle qui touche la vie de tous les Canadiens. À titre de spécialiste en médecine gériatrique, je soigne les aînés dans les dernières années de leur vie. Ma pratique, comme celle de tous les gériatres, est axée sur les années, les mois et les jours qui précèdent le moment où le patient ou son mandataire opte pour des soins palliatifs. Par conséquent, ces soins ne peuvent ni ne doivent être séparés des soins palliatifs – ils préparent et constituent la base de l’expérience en soins palliatifs. Les expériences précédant la participation des spécialistes en soins palliatifs doivent être intégrées dans le Cadre sur les soins palliatifs.

Je vais vous présenter le point de vue sur le terrain, celui des médecins de première ligne qui travaillent dans la communauté et à l’hôpital avec des patients qui atteignent la fin de leur vie.

Je parlerai des besoins en formation et en apprentissage ainsi que des mesures pour appuyer les fournisseurs de soins palliatifs prévues dans le projet de loi C-277. J’énumérerai les défis de même que les solutions possibles.

Défi n° 1 – Les patients et leurs proches ne sont pas prêts à discuter de la planification préalable des soins et des soins palliatifs.

Il n’est pas réaliste de séparer les soins palliatifs de la planification préalable des soins, puisque ces derniers préparent les premiers. Par conséquent, les améliorations à la planification préalable des soins doivent faire partie d’un Cadre sur les soins palliatifs.

Il existe d’excellentes ressources sur la planification préalable des soins qui sont fondées sur des données probantes (par exemple, la trousse « Parlons-en » – www.planificationprealable.ca).

Les patients et les fournisseurs de soins nous ont dit qu'ils ne savent pas COMMENT utiliser les ressources de planification préalable des soins. Ils ont peut-être lu la trousse « Parlons-en », mais ne savent pas comment entamer la discussion – ils ne savent pas vraiment quoi dire et comment le dire. Ils jugent également que le document n'est pas assez précis – aucun renseignement détaillé sur les maladies courantes comme la démence, l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire chronique pour leur permettre d'anticiper et d'aborder la trajectoire et les symptômes attendus. Voici une analogie : nous avons les outils (marteaux et clous) pour construire une maison, mais les outils ne construiront pas seuls la maison – il faut former des personnes sur leur utilisation. Il en est de même pour la planification préalable des soins.

Solutions possibles pour l'inclusion dans un Cadre sur les soins palliatifs.

1. Inclure une stratégie de formation concernant la FAÇON de tenir des discussions sur la planification préalable des soins (ces compétences se traduiront finalement en amélioration des compétences pour tenir des discussions sur la fin de vie).
2. Élaborer des modules propres aux maladies dans la trousse « Parlons-en » (www.planificationprealable.ca) pertinents pour les principales maladies chroniques entraînant le décès – la démence, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire chronique et le cancer, entre autres.

Défi n° 2 – Les médecins ne sont pas prêts à discuter de la planification préalable des soins et des soins palliatifs.

Les médecins sont mal formés sur les derniers stades de la maladie et ne savent pas toujours comment les reconnaître et y réagir. Il arrive donc que les docteurs, même les spécialistes, n'abordent pas avec leur patient la planification préalable des soins parce qu'ils ignorent que celui-ci a atteint les derniers stades de sa maladie. À l'hôpital, ils ne savent pas toujours que leur patient est en train de mourir. Ils attendent si longtemps qu'il ne lui reste plus que quelques jours à vivre et il est alors trop tard pour le préparer à mourir chez lui.

Solutions possibles pour l'inclusion dans un Cadre sur les soins palliatifs.

1. Inclure une stratégie de formation pour les fournisseurs de soins concernant ce qui suit :
 - a. les signes qu'un patient a atteint les derniers stades de la maladie (sur demande, la Société canadienne de gériatrie peut fournir à titre d'exemple un article sur le dernier stade de l'insuffisance cardiaque) pour aider les médecins à les reconnaître. Ainsi, de nouvelles discussions ou de plus amples discussions plus éclairées sur la planification préalable des soins pourront avoir lieu. Pour ce faire, il faudra :
 - i. instaurer des codes de facturation provinciaux pour la planification préalable des soins pour encourager les médecins à tenir cette discussion difficile;
 - ii. offrir des modules de formation en ligne et en classe pour former les médecins sur la MANIÈRE de discuter de la planification préalable des soins et faire

accréditer cette formation par le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Défi n° 3 – Formation inadéquate en soins palliatifs des fournisseurs de soins de santé qui soignent des patients mourants.

Dans les hôpitaux, la plupart des médecins et des infirmiers ne sont pas formés pour offrir des soins palliatifs; par conséquent, ils utilisent les mauvais médicaments et/ou utilisent des doses qui sont trop faibles par « *crainte d'accélérer la mort* », ce qui cause une souffrance inutile. Beaucoup d'hôpitaux n'offrent aucun service de soins palliatifs ou n'offrent pas ses services les week-ends.

Solutions possibles pour l'inclusion dans un Cadre sur les soins palliatifs.

À l'hôpital

1. Copier l'approche de réanimation cardiorespiratoire
 - a. Il y a une réanimation cardiorespiratoire de base et une réanimation cardiorespiratoire spécialisée (médicaments, intubation, entre autres). Pourrait-il y avoir des **soins palliatifs de base** pour les premiers jours ou les premières heures jusqu'à ce que l'équipe des soins palliatifs puisse venir pour offrir des soins palliatifs avancés?
 - b. Pourrait-on exiger que les médecins et infirmières autorisées qui soignent des patients mourants aient une formation de base en soins palliatifs?
 - i. Sinon, pourrait-il y avoir dans chaque service où l'on s'occupe de patients mourants un nombre prédéterminé (pour assurer une disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de membres du personnel possédant une formation de base en soins palliatifs?
 - c. Pourrait-on demander au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada d'intégrer les soins palliatifs de base à la formation de tous les spécialistes qui côtoient des patients mourants?
2. Copier les protocoles utilisés à l'hôpital (par exemple, les protocoles liés à la douleur ou à l'élimination intestinale)
 - a. Élaborer des **protocoles sur les soins palliatifs de base** – médicaments courants au début (pouvant être adaptés à la maladie) avec des doses appropriées pour compenser la connaissance insuffisante des médicaments à utiliser et la réticence à utiliser des doses plus élevées par crainte d'accélérer la mort.

En général

1. Élaborer des modules de formation en ligne et en classe pour former les praticiens diplômés sur la façon d'offrir des soins palliatifs de base.
 - b. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devront accréditer la **formation en soins palliatifs de base**.

Rien ne remplace les soins palliatifs avancés que les équipes spécialisées sont en mesure d'offrir. Leur contribution essentielle va bien au-delà des médicaments – elle se manifeste aussi par la compassion, les connaissances, la sagesse et l'expérience qui entrent en compte dans leurs interactions avec les patients et leurs proches lorsqu'elles les conseillent et les appuient. Les équipes de soins palliatifs fournissent également une aide et un soutien inestimables aux équipes médicales et chirurgicales confrontées au décès d'un patient (la souffrance n'épargne pas les fournisseurs de soins de santé). Les mesures évoquées plus haut visent à garantir la prestation de soins palliatifs de base en attendant l'arrivée des équipes de soins palliatifs et à doter celles-ci de partenaires capables dans l'optique d'accroître et d'améliorer leur impact positif.

Respectueusement soumis,

D^r Frank Molnar, président, Société canadienne de gériatrie

fmolnar@ottawahospital.on.ca