

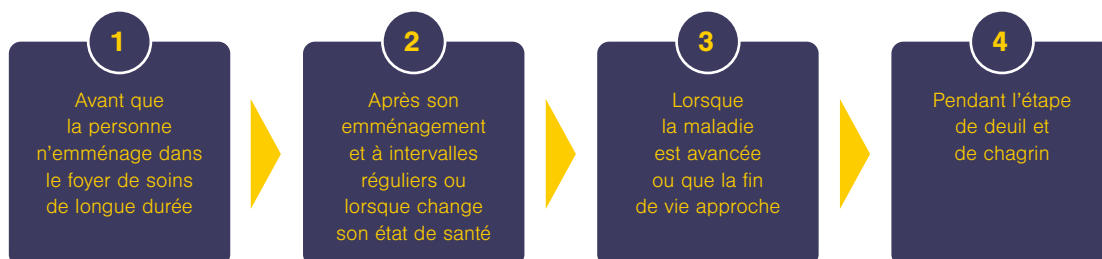


Intégrer la planification préalable des soins en contexte de soins de longue durée

Les résidents des foyers de soins de longue durée méritent des soins qui reflètent leurs valeurs et volontés. Mais pour cela, le personnel doit avoir des discussions essentielles avec les résidents et les familles sur leurs volontés et le type de soins qu'ils souhaitent recevoir.

Les discussions de planification préalable des soins améliorent la communication, évitent les malentendus, augmentent la satisfaction des résidents et des familles, évitent les transferts à l'hôpital inutiles et améliorent la qualité de vie. Voici un petit guide pour faire de ces discussions une partie intégrante des soins de longue durée.

Quand?



Comment?

1. Évaluer

- Évaluer les besoins du résident.
- Examiner les documents de planification préalable des soins (PPS) que la personne a déjà remplis.
- Confirmer le nom du mandataire de la personne et assurer que cette personne se sent prête à assumer son rôle.

2. Discuter

- Amorcer des conversations essentielles « d'écoute » avec la personne, la famille ou le mandataire au sujet des valeurs et des volontés de la personne.
- Considérer le fait que la culture des gens peut les empêcher de vouloir parler de leurs valeurs et préférences et de leur prise de décisions.
- Explorer des façons de surmonter les obstacles à la communication.
- Parler de l'approche palliative intégrée.
- Préparer le résidant, la famille et le mandataire à ce à quoi s'attendre avec la progression de la maladie.
- Adapter l'information selon ce que les personnes sont prêtes à savoir.
- Établir des relations : il n'est pas nécessaire d'avoir une relation pour effectuer la PPS – c'est la démarche de PPS qui permet d'établir une relation.

L'approche palliative intégrée, c'est chercher à combler l'ensemble des besoins – physiques, psychologiques et spirituels – de la personne et de la famille, et ce, non seulement en toute fin de vie mais à toutes les étapes de la fragilisation et de la trajectoire d'une maladie chronique. Cela renforce l'autonomie de la personne et lui permet de participer plus activement à ses propres soins, et donne à la personne et à la famille le sentiment d'avoir une meilleure maîtrise.

3. Consigner/planifier

- Consigner les valeurs et les préférences de la personne.
- Consigner ce qui est dit sur la modification des objectifs de soins.
- Assurer que tout le personnel a accès à cette information.

4. Répéter

Revenir régulièrement sur la planification préalable des soins : tous les six mois ou chaque fois que l'état de santé change. Si le changement est considérable :

- Discuter de façon proactive avec la personne, sa famille et son mandataire.
- Revoir ses valeurs et volontés.
- Fournir toute nouvelle information sur la santé et les options de soins, y compris les avantages et les risques.
- Si la personne doit décider d'un traitement, assurer qu'un médecin ou une infirmière puisse discuter avec la personne, la famille ou le mandataire des objectifs de soins et du consentement au traitement.
- Si la maladie progresse et que la fin de vie approche, organiser une rencontre avec la famille pour discuter de la santé du résidant, préparer les gens à la suite des choses et répondre aux questions.

Tout changement significatif dans l'état de santé d'une personne devrait commander une conversation essentielle sur ses volontés.

Qui?

Tous les membres de l'équipe de soins de longue durée ont un rôle à jouer.

Rôle des prestataires interprofessionnels dans la planification préalable des soins

| | TOUTE PERSONNE QUI PARTICIPE AUX SOINS AUX RÉSIDANTS | PRESTATAIRES INTERPROFESSIONNELS FORMÉS EN PLANIFICATION PRÉALABLE * | MÉDECIN OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE |
|--|--|--|-----------------------------------|
| Demander si un mandataire a été nommé | ✓ | ✓ | ✓ |
| Expliquer ce qu'est la planification préalable des soins | ✓ | ✓ | ✓ |
| Discuter de la compréhension de la maladie | | ✓ | ✓ |
| Clarifier la compréhension de la maladie | | | ✓ |
| Discuter des valeurs, convictions et volontés et de la définition d'une qualité de vie | | ✓ | ✓ |
| Déterminer la capacité (traitement ou plan de traitement) | | | ✓ |
| Discuter des valeurs et objectifs de vie avec le résidant ou son mandataire | | ✓ | ✓ |
| Discuter du plan de traitement et des options | | | ✓ |
| Obtenir le consentement à des traitements ou au plan | | | ✓ |

* e.g. travailleurs sociaux, éthiciens, personnel infirmier

Vous trouverez cette information et bien plus dans le document intitulé *Conversations essentielles : guide de planification préalable des soins en contexte de soins de longue durée*. Conçu pour les personnes qui participent à la planification et à la prestation de soins de longue durée, ce guide permet de comprendre et de mettre en œuvre des pratiques exemplaires en matière de planification préalable des soins et d'approche palliative en contexte de soins de longue durée.

Visitez la page planificationprealable.ca/sld pour en savoir davantage.

La production de ce document a été possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.