

Points importants

- La documentation est l'outil de choix à notre portée présentement pour analyser la capacité du patient à comprendre les risques d'un refus de service.
- Le rapport complémentaire permet la rédaction littéraire plus détaillée du contexte de l'intervention.
- Un patient orienté peut ne pas avoir la capacité de comprendre correctement les risques associés au refus.

Est-ce que mon patient est apte à signer un refus de service ?

Les refus de services (transport, soins, etc...) surviennent régulièrement dans le cadre de notre travail. Un facteur important est cependant négligé lors de la signature dudit refus, soit la capacité de décision du patient dans ces types de refus. Est-ce que tous les patients ont la capacité de comprendre les risques possibles associés ? Sont-ils aptes à comprendre ce qu'ils signent ? La charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c, C-12) détermine le droit à tout individu de consentir ou de refuser des soins, ce qui dans notre contexte, inclut le fait d'être transporté dans un centre de soins.

Contexte présent

Lors de la rédaction de la documentation reliée au refus de services, trois questionnements sont posés :

- Que le patient communique sa compréhension de la situation;
- Que le patient communique son appréciation des risques;
- Qu'il communique sa capacité de se prendre en charge.

Comment évaluer ces trois importantes informations pour être certains que le refus a été effectué dans les règles de l'art et que le patient comprend bien la situation ? Le patient peut mentionner qu'il comprend les risques, mais cela nous prouve-t-il sa capacité de compréhension ? Bien souvent, afin de valider la capacité (ou l'aptitude) des patients, nous avons l'impression qu'en vérifiant seulement si le patient est orienté dans trois sphères, que le travail a été effectué. Ces trois sphères sont bien utiles, mais malheureusement, si utilisées rapidement et mal documentées, cela ne nous assure en rien que le patient a la capacité de bien comprendre la situation. Est-ce qu'une personne avec un trouble cognitif affectant son jugement pourrait connaître la date du jour, l'année ainsi que la situation du moment ? Malheureusement et « dangereusement », on peut dire que oui.

Plusieurs facteurs doivent être compris par les patients incluant, entre autres, ce que les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) veulent effectuer (traitement, mobilisation, transport), la responsabilité des TAP envers eux, l'importance des soins/traitements offerts, les risques reliés au refus (ex. : détérioration, décès).

Solution

Actuellement, le seul outil permettant de prouver la capacité de décision du patient se fait par une documentation bien étoffée. L'utilisation du rapport complémentaire d'intervention devient donc, dans ce type de cas, un bon outil pour documenter que le refus a bien été évalué de façon à protéger le patient et nous protéger contre d'éventuelles problématiques reliées à une morbidité ou une mortalité accrue suite à ce refus. Dans ce contexte, l'association de l'enregistrement permettant d'objectiver que tout a été fait correctement est un outil de documentation essentiel.

Les informations importantes à décrire sont les suivantes :

- Que le patient n'est pas ou ne semble pas intoxiqué par l'alcool ou les drogues de façon à pouvoir influencer son jugement;
- Le contexte ou le pourquoi du refus;
- Une description de l'apparence générale du patient;
- La présence ou non d'instabilité suivant l'appréciation clinique;
- La confirmation que celui-ci peut se prendre en charge;
- Que le patient comprend et est capable de répéter par ses propres mots les risques associés au refus que nous lui avons expliqués et indiqués sur le formulaire (ex. : risque de détérioration, voire de mortalité);
- Que le patient est orienté dans les trois sphères (temps, lieu, situation);
- Que le patient ne présente aucune indication de transport contre son gré dans le cadre de la Loi P-38;
- Que le patient comprend bien qu'en tout temps, il peut contacter à nouveau le 9-1-1 dans les prochaines minutes/heures s'il le désire (cas de refus de transport);
- Avoir décrit les alternatives présentées au patient afin d'éviter le refus;
- Identifier le témoin ayant signé le refus et son lien avec celui-ci.

Quelques autres questions peuvent être posées afin de valider l'aptitude du patient. Les questions doivent cependant tenir compte du contexte socio-culturel (âge, ethnie, déficit mental, etc). Vous pouvez par exemple demander :

- a) Quelle est votre adresse ?
- b) Êtes-vous déjà allé à l'hôpital ?
- c) Comprenez-vous pourquoi nous sommes ici ?
- d) Comprenez-vous ce que nous voulons faire ?

Ces informations et toutes autres pouvant avoir de l'importance dans une telle situation à risque se doivent d'être consignées aux formulaires d'intervention préhospitalière. L'enregistrement qui doit toujours être effectué est, nous le répétons, votre meilleur outil de protection au cas où l'écrit ne justifie pas bien tout ce qui a été fait pour permettre au patient de comprendre le risque associé au refus.

Refus absolu en lien avec l'orientation

Le « refus absolu » en lien avec l'orientation du patient est une situation d'exception où le patient refuse catégoriquement d'être transporté dans l'hôpital désigné par les SPU et demande plutôt d'être transporté, pour quelle raison que ce soit mais sans critères spécifiques d'orientation ou d'appartenance francs, dans un autre hôpital.

Lorsque la personne est apte à consentir et accepte d'être transportée par ambulance, mais refuse cependant d'être dirigée vers l'hôpital désigné par les SPU, les TAP peuvent procéder, exceptionnellement, vers un autre hôpital lorsque toutes les conditions suivantes sont objectivées :

- a) Il doit s'agir d'une situation clinique demandant un transport immédiat ou urgent selon les protocoles cliniques applicables. Comme décrit dans ces protocoles « Tout signe ou symptôme que le technicien ambulancier paramédic juge comme mettant en doute la stabilité du patient doit amener celui-ci à agir comme si le patient était instable ou potentiellement instable »;
- b) La conséquence du refus absolu exprimée et documentée est de laisser le patient là où il se trouve et de quitter sans lui avec les risques cliniques associés;
- c) L'hôpital spécifique exigé par le patient doit être situé sur le territoire de la Montérégie incluant les hôpitaux de Granby et Cowansville, de l'île de Montréal, ainsi que l'hôpital de Drummondville et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS);

- d) Le risque associé au refus absolu de se rendre à l'hôpital désigné (incluant par exemple ceux faisant partie d'un corridor de traumatologie ou d'angioplastie), malgré les recommandations des TAP, est clairement exprimé par le patient. Cette capacité de comprendre doit être documentée¹ et signée par le patient et doit avoir été enregistrée sur le MDSA;

Lorsque toutes les conditions ne peuvent être rencontrées, les TAP expliquent au patient qu'il ne peut être transporté vers l'hôpital où il désire se rendre.

À partir du moment où toutes ces conditions sont rencontrées, les TAP doivent communiquer avec le Centre de communication santé (CCS) pour l'informer de la situation en mentionnant que le patient refuse l'hôpital normalement établi, et que sans le transport vers l'établissement identifié par le patient et respectant les indications, celui-ci refuserait d'être transporté vers un hôpital.

Nous vous rappelons que cette situation en est une d'exception et doit être le dernier recours suivant le maximum d'efforts déployé par les techniciens ambulanciers paramédics pour tenter d'orienter le patient à l'hôpital du secteur ou l'hôpital désigné pour la situation clinique (ex. : IAMEST, AVC aigu).

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce communiqué,



Dave Ross, M.D.

¹ Documentation détaillée sur le RIP s'effectuant après l'intervention puisque transport immédiat ou urgent est nécessaire.