


Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est 	POLITIQUE	
	Code	POL-11SPSSS-023
	Destinataires	Gestionnaires, médecins, professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants œuvrant auprès de la clientèle
	Adoption	Version projet en cours d'adoption
	Entrée en vigueur	2020-09-28
	Responsable de l'application	Direction des services professionnels, programme santé physique/chirurgie Direction des soins infirmiers
	Approbation par	Sous réserve d'approbation par les comités manquants
TITRE : NIVEAUX DE SOINS ET DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE		

1. PRÉAMBULE

Suite à la demande de l'Association médicale du Québec d'avoir une échelle unique de niveaux de soins (NDS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a développé un formulaire de NDS et de réanimation cardiorespiratoire (RCR) (AH-744).

Le contenu et les fondements de la présente politique sont directement inspirés des documents publiés par l'INESSS dont l'objectif est de soutenir l'harmonisation de la pratique et des outils de NDS entre les installations et les départements cliniques au sein d'un même établissement et entre tous les établissements du Québec.

La politique repose sur un équilibre entre, d'une part, les valeurs, les volontés et les attentes des usagers et, d'autre part, le jugement clinique des médecins duquel résulte une offre de soins qui demeure appropriée à l'état clinique et qui est faite dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

Les NDS visent la cohérence entre le projet de vie des usagers et les soins mis en œuvre. Ceci implique une participation des usagers aux prises de décisions concernant leurs soins sans coercition ni jugement de valeur, et avec la flexibilité nécessaire pour s'adapter à des perceptions, des objectifs et des états de santé évolutifs.

Le formulaire AH-744 facilite la communication entre les soignants, les usagers (ou leur représentant) et leurs proches quant aux objectifs de soins en contexte de maladie grave et de fin de vie, afin que les soins qui sont médicalement appropriés puissent être adaptés le mieux possible aux volontés des personnes soignées. Les soins offerts sont ainsi perçus comme les meilleurs car ils sont porteurs de sens pour l'utilisateur (ou son représentant), ses proches et l'équipe soignante.

2. LISTE DES ACRONYMES

- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CII : Conseil des infirmières et infirmiers
- CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CM : Conseil multidisciplinaire
- CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- DMA : Directives médicales anticipées
- EIO : Évaluation, intervention et orientation
- GMF : Groupe de médecine de famille
- INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
- IPS : Infirmière praticienne spécialisée
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- NDS : Niveau de soins
- RCR : Réanimation cardiorespiratoire
- RI : Ressource intermédiaire
- RPA : Résidence privée pour aînés
- RTF : Ressource de type familiale
- SAD : Services à domicile
- TAP : Technicien ambulancier paramédic

3. OBJET

Cette politique vise à soutenir les médecins et professionnels de la santé et des services sociaux dans la mise en application des NDS au sein du territoire du CISSS de la Montérégie-Est afin que les soins donnés soient médicalement appropriés et cohérents avec les volontés et les projets de vie des usagers.

4. CHAMP D'APPLICATION

4.1. Population visée

La politique vise sans restriction tout usager (adulte ou pédiatrique) dont l'état de santé ou le pronostic laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie, et ce, sur l'ensemble du territoire du CISSS de la Montérégie-Est.

4.2. Intervenants visés

Cette politique s'adresse principalement aux médecins ainsi qu'aux gestionnaires, professionnels de la santé et des services sociaux et intervenants qui offrent des soins et des services à la clientèle du territoire du CISSS de la Montérégie-Est, et ce, peu importe le milieu, le secteur ou le département.

4.3. Milieux visés

Tous les milieux offrant des soins et services à la clientèle sont visés par les niveaux de soins :

- Centres hospitaliers
- Secteurs ambulatoires
- Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
- Ressources intermédiaires (RI)
- Résidences privées pour aînés (RPA)¹
- Ressources de type familial (RTF)
- Centres de jour et hôpitaux de jour
- CLSC et services de soutien à domicile (SAD)
- Unités et maisons de soins palliatifs
- Groupes de médecine de famille (GMF)
- Unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
- Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)
- Évaluation, intervention et orientation (EIO)

5. OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis par la présente politique sont les suivants :

- Favoriser la cohérence entre l'offre de soins, le projet de vie et les volontés de l'utilisateur;
- Améliorer la qualité de vie et le bien-être de l'utilisateur;
- Favoriser la continuité entourant le NDS;
- Accroître l'introduction précoce des soins palliatifs dans la trajectoire de soins lorsque requis;
- Préciser la population et les intervenants visés par les NDS;
- Préciser les étapes associées au processus de décision et d'application des NDS;
- Clarifier les rôles et les responsabilités des différents intervenants;
- Harmoniser les pratiques et la documentation des NDS.

6. DÉFINITIONS

- **Confort** : Terme utilisé au sens large pour englober le bien-être physique, psychologique et social. Les déterminants qui contribuent au confort varient selon les individus et leurs contextes de vie et de soins. Les interventions et les soins qui peuvent y contribuer sont par conséquent individualisés et peuvent inclure, par exemple, des traitements habituellement donnés à des fins curatives ou palliatives parce qu'ils représentent, dans un contexte donné, la meilleure option pour soulager l'inconfort.
- **Directives médicales anticipées (DMA)** : Écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte

¹ Bien que la pratique des NDS soit recommandée par le MSSS en RPA, il appartient à chacun de ces milieux de déterminer les modalités d'application.

ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins dans des situations cliniques précises (situation de fin de vie ou situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives). L'un des 5 soins visés par les DMA est la RCR.

- **Équipe soignante** : Ensemble des intervenants qui participent à la prestation des soins et services à l'utilisateur durant un épisode de soins.
- **Intervenant** : Tout intervenant non membre d'un ordre professionnel offrant des soins et services à l'utilisateur (ex. : préposés aux bénéficiaires, aides-soignants, bénévoles, techniciens).
- **Médecin** : Le médecin (généraliste ou spécialiste) est celui qui assume la coordination des soins médicaux d'un usager ou qui agit comme médecin principal pendant un épisode de soins. Le médecin le plus responsable (MPR) est le médecin investi de la responsabilité globale de gérer et de coordonner les soins et la prise en charge d'un usager à un moment précis. Il est le professionnel principalement responsable des soins, de rédiger et de préciser les ordonnances, de formuler un plan de soins, d'obtenir des consultations au besoin, de coordonner les soins et de gérer le processus de congé².
- **Niveaux de soins (NDS)** : Expression des valeurs et volontés de l'utilisateur sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre l'utilisateur ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriées et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Le terme NDS sans autre précision est inclusif de la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire (RCR). L'appellation NDS utilisée dans le présent ouvrage est assimilable à celle de « niveaux d'intervention médicale (NIM) ».
- **Proche** : Personne majeure qui accompagne l'utilisateur ou qui démontre pour l'utilisateur un intérêt particulier (conjoint, parents, membre de la famille ou ami intime), qui lui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel et qui ne reçoit pas de compensation pour fournir des soins personnels ou de santé à l'utilisateur.
- **Projet de vie** : Représentation mentale de la vie que l'utilisateur souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir.
- **Professionnels de la santé et des services sociaux** : Inclus les infirmières praticiennes spécialisées, infirmières cliniciennes, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleurs sociaux, psychologues, intervenants en soins spirituels, inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, nutritionnistes et orthophonistes.
- **Pronostic** : Jugement médical porté à un moment donné sur la prédiction de l'évolution d'un état de santé ou des chances de succès d'une intervention en se basant sur le bilan diagnostique, les connaissances scientifiques et l'expérience clinique.

² Inspiré de : Association canadienne de protection médicale (2012). Le médecin le plus responsable, un lien clinique vers la coordination des soins.

- **Réanimation cardiorespiratoire (RCR)** : Dans le contexte d'application des NDS, la RCR regroupe les interventions d'urgence utilisées en réponse à un arrêt cardiorespiratoire comprenant un arrêt circulatoire qui incluent, dans leur forme simple, le massage cardiaque, la défibrillation et la ventilation assistée et, dans leur forme avancée, un ensemble de moyens spécialisés (pharmacologiques, mécaniques, autres).
- **Représentant** : Personne habilitée à donner un consentement substitué pour un usager inapte à consentir aux soins ou pour un usager de moins de 14 ans. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, que le majeur soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut d'avoir un conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier³. Le terme « représentant » utilisé dans cet ouvrage est assimilable au terme « représentant légal ».
- **Usager** : Réfère aux personnes qui reçoivent des soins et services de santé sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Est et pour qui un NDS est pertinent, peu importe le contexte. Le terme « usager (ou son représentant) » signifie qu'il faut considérer d'abord l'usager apte à consentir aux soins ou, en cas d'inaptitude, son représentant.
- **Volontés** : Désirs de l'usager à la lumière de ses valeurs, ses croyances et de sa culture.

7. CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE OU NORMATIF

Cette politique s'inscrit en complémentarité de celle relative aux soins de fin de vie du CISSS de la Montérégie-Est (POL-11SPSSS-01) afin de soutenir l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie S-32.0001.

8. PRINCIPES DIRECTEURS

- **Accès à l'information** : Les choix de l'usager s'exercent en toute transparence avec le médecin et les professionnels de l'équipe interdisciplinaire à partir d'une information claire, compréhensible, juste et présentée en temps opportun.
- **Autodétermination** : Pouvoir décisionnel de l'usager et de ses proches aux prises de décision en matière de soins.
- **Approche de partenariat et de collaboration** : Usager reconnu comme un partenaire possédant un savoir expérientiel lui permettant d'exercer une plus grande influence sur sa santé et les décisions relatives aux soins et services dont notamment la décision entourant le NDS.

³ Code civil du Québec – Chapitre CCQ-1991 (article 15).

- **Cohérence** : Cohérence entre la trajectoire de soins et le projet de vie de l'utilisateur.
- **Consentement libre et éclairé** : Prise de décision de l'utilisateur (ou de son représentant) libre (sans pression) et éclairée (en fonction d'une information juste et claire).

9. ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

9.1. Présentation des niveaux de soins

L'appellation « niveaux de soins » comporte deux éléments :

- Le niveau de soins
 - Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires
 - Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités
 - Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
 - Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie
- La réanimation cardiorespiratoire
 - Tenter la RCR
 - Ne pas tenter la RCR

9.2. Aptitude de l'utilisateur à participer à la détermination d'un niveau de soins

Avant de déterminer le NDS, le médecin doit évaluer l'aptitude de l'utilisateur à consentir aux soins. La vérification de l'aptitude de l'utilisateur à participer à la discussion du NDS se fait de la même manière que pour l'aptitude à consentir aux soins.

9.2.1. Aptitude à consentir

Un usager apte à consentir aux soins a le droit de décider pour lui-même et, conséquemment, il doit participer à la discussion sur les NDS. Il peut également faire participer toute personne de son choix à la discussion. Le médecin doit s'assurer que l'utilisateur consent de manière libre et éclairée à la participation d'un tiers à la discussion ou à la transmission du contenu des discussions à une personne n'appartenant pas à l'équipe soignante. Le consentement de l'utilisateur (ou de son représentant) doit être consigné au dossier.

9.2.2. Inaptitude à consentir

En cas d'inaptitude à consentir, le médecin doit colliger au dossier toutes les informations relatives à son évaluation démontrant cette inaptitude. En pareil cas, la discussion et la détermination du NDS se fait avec un représentant qui agit dans le seul intérêt de l'utilisateur en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que ce dernier auraient pu manifester afin que les soins offerts soient le plus fidèles possible aux volontés qu'aurait exprimées l'utilisateur s'il avait été apte à le faire⁴. Malgré l'inaptitude, le médecin est responsable de

⁴ Pour plus de détails, référer au Code civil du Québec – Chapitre CCQ-1991 (article 12).

faire participer l'utilisateur aux prises de décision au maximum de ses capacités dans la mesure du possible. En l'absence d'un représentant, le curateur public peut consentir à un NDS en tenant compte des recommandations du médecin et de l'équipe soignante.

Bien que l'équipe interdisciplinaire et le représentant puissent s'entendre sur un NDS pour l'utilisateur considéré inapte à consentir au soin proposé, si l'utilisateur exprime un refus catégorique et répété, seul un jugement de la cour peut déterminer quel soin est approprié pour la situation actuelle de l'utilisateur.

En cas d'inaptitude, si l'utilisateur présente une condition clinique visée par les directives médicales anticipées (DMA) soit, une situation de fin de vie ou une atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, la recherche de DMA doit être entreprise et les DMA prévalent sur toutes autres volontés exprimées par le représentant.

9.3. Vérification de l'existence de volontés antérieures

Les NDS ne représentent pas le seul moyen pour exprimer les volontés d'un usager. D'autres modalités permettent de les faire connaître afin que les soins prodigués respectent les volontés et le projet de vie de celui-ci.

Lorsqu'il est établi qu'un usager peut bénéficier de la détermination d'un NDS, les médecins et professionnels de la santé et des services sociaux ont l'obligation de vérifier s'il existe des volontés antérieures (ex. : NDS déterminé antérieurement, DMA, testament de vie) dans le but de reprendre et de poursuivre la discussion.

Un usager apte, qui n'a pas de DMA, et pour qui une démarche de détermination de NDS est entreprise, doit être informé de la possibilité d'énoncer ses DMA et de la pertinence d'entreprendre des démarches à cet effet.

En cas d'aptitude :

- Le niveau de soins a toujours préséance sur les DMA.

En cas d'inaptitude :

- En présence d'une DMA valide et pertinente à la situation actuelle : La DMA a préséance sur le NDS et a une valeur contraignante dans la mesure où les circonstances sont jugées propices à leur exécution (fin de vie ou atteinte grave et irréversible des fonctions cognitives). Si les DMA ne sont pas applicables le NDS a préséance.
- En l'absence d'une DMA valide et pertinente à la situation actuelle : Le représentant de l'utilisateur doit participer à la détermination du NDS en agissant dans le seul intérêt de l'utilisateur et en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que ce dernier a pu manifester afin que les soins correspondent le plus possible aux volontés qu'il aurait exprimées s'il avait été apte à le faire.

9.4. Étapes associées à la pratique des niveaux de soins

9.4.1. Étape 1 : Discussion

9.4.1.1. Quoi

La discussion sur les NDS consiste en un échange d'information entre le médecin et l'utilisateur (ou son représentant) où, d'une part, le médecin expose dans un langage accessible à l'utilisateur les éléments diagnostiques et pronostiques ainsi que les options de soins médicalement appropriés avec leurs chances de succès et leurs risques et où, d'autre part, l'utilisateur (ou son représentant) exprime ses volontés et son projet de vie.

9.4.1.2. Qui

Le médecin ou le résident en médecine est responsable :

- D'identifier la clientèle pour qui un NDS est requis;
- De transmettre à l'utilisateur (ou son représentant) les informations utiles à la prise de décision (ex. : diagnostic, pronostic, options de soins, conséquences);
- De vérifier auprès de l'utilisateur la compréhension qu'il a de son état de santé;
- De préparer la discussion auprès de l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches;
- De remettre à l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches l'outil d'information destiné à la clientèle au besoin (référer à l'annexe 4);
- De solliciter les professionnels de l'équipe interdisciplinaire concernés afin de participer à la discussion;
- D'amorcer et animer la discussion sur les NDS auprès de l'utilisateur (ou son représentant)⁵ ainsi que de coordonner la communication et la recherche de l'opinion de chacune des parties concernées;
- De favoriser la compréhension de l'utilisateur (ou son représentant) concernant les éléments discutés;
- D'accompagner et soutenir l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches.

Les étudiants et stagiaires en médecine peuvent participer à la discussion sur le NDS.

Lorsqu'un usager est suivi par plusieurs médecins, sans médecin responsable, il importe d'identifier le médecin qui aura la responsabilité de discuter et de déterminer le NDS avec l'utilisateur (ou son

⁵ Le consentement de l'utilisateur apte est requis pour autoriser d'autres personnes (ex. : conjoint, proche, famille) à participer aux discussions sur les NDS ou à transmettre le contenu des discussions à une personne n'appartenant pas à l'équipe soignante.

représentant). Au besoin, il peut être utile de demander à l'utilisateur (ou à son représentant) qui il considère comme étant son médecin principal.

Le NDS ne devrait qu'exceptionnellement, en situation d'urgence, être déterminé sans discussion avec l'utilisateur (ou son représentant) lorsque la condition clinique de l'utilisateur ne permet pas de discuter et de déterminer le niveau de soins.

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont comme responsabilité :

- De collaborer à l'identification des utilisateurs pour lesquels un NDS est requis;
- De saisir et relayer les préoccupations de part et d'autre;
- De préparer la discussion auprès de l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches;
- De remettre à l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches l'outil d'information destiné à la clientèle au besoin (référer à l'annexe 4);
- De participer à la discussion avec l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches;
- De favoriser la compréhension de l'utilisateur (ou son représentant) concernant les éléments discutés;
- Accompagner et soutenir l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches.

9.4.1.3. Quand

Une discussion sur les NDS devrait être amorcée :

- Au début de la trajectoire de soins;
- De manière précoce lorsque l'utilisateur est encore apte à consentir aux soins, en amont de situations nécessitant des soins urgents.

Les moments ciblés pour déterminer et mettre à jour un NDS sont indiqués dans la section 9.5 « Validité et mise à jour d'un niveau de soins » de la présente politique.

9.4.2. Étape 2 : Détermination

- La détermination doit être le résultat de la discussion entre l'utilisateur (ou son représentant), le médecin et les professionnels concernés.
- La détermination concerne deux éléments soit le NDS et la décision concernant la RCR.
- La détermination est sous la responsabilité du médecin ou du résident en médecine. Le médecin détenant la responsabilité de déterminer le NDS

est celui impliqué dans les soins continus de l'utilisateur (que le médecin soit un généraliste ou un spécialiste).

- Les étudiants et stagiaires en médecine et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ne peuvent procéder à la détermination ou la révision d'un NDS. Ils peuvent toutefois collaborer au processus.
- Les NDS et la RCR se discutent ensemble. Toutefois, des décisions distinctes doivent être prises pour chacun des deux éléments et inscrites aux endroits appropriés sur le formulaire AH-744.
- Le NDS est dynamique et doit évoluer avec l'état clinique et avec les changements de perceptions et d'attentes de l'utilisateur (ou son représentant). Il peut donc être modifiable dans le temps.
- Les observations de l'équipe de soins doivent être mises à contribution afin que le NDS demeure cohérent avec la situation actuelle de l'utilisateur.
- L'utilisateur (ou son représentant) doit être informé de la possibilité de changer d'avis en tout temps sur un NDS ou la décision concernant la RCR que ce soit verbalement ou par écrit.

9.4.3. Étape 3 : Documentation

- Le médecin (ou le résident en médecine)⁶ est responsable de documenter au dossier :
 - les éléments relatifs à son évaluation médicale quant à l'aptitude de l'utilisateur à consentir;
 - l'amorce des discussions avec l'utilisateur (ou son représentant);
 - le NDS et la décision concernant la RCR sur le formulaire AH-744.
- Le médecin doit remplir le formulaire AH-744 (référer à l'annexe 1) :
 - Aptitude de l'utilisateur à discuter du NDS;
 - Volontés antérieures (ex. : NDS, DMA ou un testament de vie);
 - Niveaux de soins : Les options sont exprimées en objectifs de soins (A, B, C, D);
 - Pour les objectifs B et C, le médecin peut inclure dans la discussion la volonté de l'utilisateur au regard de l'intubation d'urgence et de l'assistance ventilatoire. L'omission d'indication signifie que ces interventions seront réalisées si elles sont pertinentes selon le contexte;
 - Réanimation cardiorespiratoire (RCR);
 - Notes explicatives :
 - Le nom des personnes qui ont participé à la discussion et leur lien avec l'utilisateur;

⁶ Le résident en médecine peut documenter le NDS et la décision concernant la RCR. Dans un tel cas, le formulaire sur le NDS doit être contresigné par le médecin responsable dans un délai de 24 heures.

- L'existence de conflits apparents ou de divergence d'opinions entre l'utilisateur (ou son représentant), les proches et l'équipe soignante;
 - La description du contexte et les mots utilisés par l'utilisateur (ou son représentant) pendant la discussion;
 - Les précisions utiles concernant l'acceptabilité et l'accord de l'utilisateur (ou son représentant) au regard des interventions ou technologies médicalement appropriées (ex. : hémodialyse, transfusion, soutien nutritionnel, assistance ventilatoire et défibrillation en contexte hospitalier);
 - Toute précision pour guider les soins en cas d'urgence, notamment pour les techniciens ambulanciers paramédics (TAP);
 - Des précisions en rapport avec les pathologies multiples d'un usager.
 - Signature du médecin et date (incluant ses coordonnées pour fins de vérification au besoin).
- Une fois le formulaire AH-744 complété et signé par le médecin, celui-ci doit faire signer le formulaire à l'utilisateur (ou son représentant) s'il est envisagé que le formulaire soit appliqué par les TAP. Il peut également demander à l'infirmière de faire signer l'utilisateur au terme de ses discussions avec l'utilisateur (ou son représentant).
 - Le formulaire AH-744 doit être classé au dossier de l'utilisateur de manière à ce que la version la plus récente soit placée sur le dessus afin d'être rapidement accessible. Pour la clientèle en RI, RPA, RTF, UTRF et EIO, il appartient à chacun des milieux de déterminer les modalités pour rendre accessible le formulaire à l'ensemble de l'équipe de soins, incluant les aides-soignants.

9.4.4. Étape 4 : Transmission

La transmission fait référence à un ensemble de moyens qui sont utilisés pour rendre le formulaire AH-744 disponible lorsqu'une décision médicale doit être prise.

- Le formulaire le plus récent doit être facilement accessible, notamment en cas d'urgence.
- Le formulaire le plus récent doit être transmis en temps opportun aux différents prestataires de soins internes et externes en contexte de transfert de l'utilisateur, temporaire ou permanent, vers un nouveau milieu de soins (intersites ou interétablissements), et ce, dans le respect des processus habituels.
 - Pour la clientèle hébergée ou hospitalisée, une copie du formulaire doit accompagner l'utilisateur à chacun de ses rendez-vous à l'extérieur du centre dans le respect des processus habituels.

- Pour la clientèle ambulatoire à domicile ou en prévision du congé de l'utilisateur suivant un séjour en milieu hospitalier :
 - Conserver la copie originale du formulaire au dossier de l'utilisateur;
 - Acheminer une copie du formulaire au médecin de famille et aux autres partenaires de soins significatifs dans le respect des processus habituels (avec le consentement de l'utilisateur ou son représentant, le cas échéant);
 - Remettre une copie du formulaire à l'utilisateur;
 - Aviser l'utilisateur (ou son représentant) que la copie du formulaire doit être signée par l'utilisateur (ou son représentant) pour que les TAP puissent en tenir compte dans leurs protocoles d'interventions. Une note spécifiant cet avis doit être inscrite au dossier de l'utilisateur;
 - Encourager l'utilisateur à conserver une copie du formulaire auprès de lui à un endroit facilement accessible.

9.4.5. Étape 5 : Application

Dans le cadre de l'application du NDS, les médecins et professionnels de la santé et des services sociaux établissent une offre de soins qui prévoit des interventions à la fois pertinentes et médicalement appropriées tout en demeurant fidèle au NDS.

- Tous les médecins et professionnels de la santé et des services sociaux doivent s'informer de l'existence du NDS pour tous les usagers auxquels ils offrent des soins et services afin de s'assurer que l'orientation des soins correspond aux objectifs actuels de soins.
- En situation d'urgence, dans la mesure du possible, les intervenants vérifient la présence d'un formulaire AH-744 et en tiennent compte en fonction de la situation clinique.
- En l'absence d'un formulaire AH-744 au dossier de l'utilisateur, le NDS présumé est celui de « Objectif A - Prolonger la vie par tous les soins nécessaires ».
- Le médecin consultant tient compte du NDS établi lorsqu'il émet des recommandations.
- L'infirmière doit communiquer le NDS au médecin de garde, le cas échéant.
- La décision concernant la RCR doit être interprétée comme une ordonnance par tous les médecins, professionnels et intervenants⁷ appelés à entreprendre une RCR chez un usager en arrêt cardiorespiratoire.
- Le formulaire AH-744 n'est pas un substitut au consentement des soins et, en ce sens, les usagers ne sont pas privés de leur droit à consentir ou

⁷ En RI, RPA, RTF et UTRF, les aides-soignants et préposés aux bénéficiaires doivent amorcer les manœuvres de réanimation conformément aux procédures en vigueur dans le milieu.

à refuser les soins qui leur sont proposés, sauf en situation d'urgence⁸. En cas d'urgence, si la personne ne peut participer activement à la prise de décision et que son représentant ne peut être joint, le NDS préalablement déterminé guidera les interventions des médecins et professionnels de la santé et des services sociaux.

- Toute directive verbale de l'utilisateur apte (ou son représentant), a préséance sur les directives inscrites sur le formulaire AH-744 même si elles sont différentes et doivent être prises en considération par l'équipe soignante au regard de l'offre de soins. Ainsi, l'utilisateur apte à consentir aux soins (ou son représentant) peut en tout temps révoquer ou réviser un NDS. En pareil cas, le médecin doit rapidement mettre à jour le NDS.
- Lors de l'admission d'un usager en CHSLD, le NDS doit être établi ou mis à jour par le médecin dans le mois suivant l'admission⁹. Au moment de l'admission, si l'utilisateur a un NDS récemment déterminé au cours d'un séjour en milieu hospitalier, l'infirmière valide auprès de l'utilisateur si le NDS est toujours valide temporairement, le temps que le médecin le mette à jour au cours du prochain mois :
 - Si oui : le NDS est reconduit temporairement le temps que le médecin mette à jour le NDS au cours du prochain mois.
 - Si non : l'infirmière informe le médecin afin que celui-ci mette à jour le NDS dans les meilleurs délais.
- Les TAP vérifient, dans la mesure du possible, l'existence d'une décision concernant la RCR et agissent en fonction de la situation selon le « Protocole québécois d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics ».

9.5. Validité et mise à jour d'un niveau de soins

9.5.1. Validité

Il n'existe pas de durée maximale préétablie pour déterminer la validité d'un NDS. La durée de la validité est guidée par la pertinence en fonction de la stabilité de l'état de santé et de la probabilité de survenue de complications.

Pour être valides et applicables, les conditions suivantes doivent être respectées :

- Le NDS doit être inscrit sur le formulaire prévu à cet effet (AH-744)¹⁰;
- L'utilisateur (ou son représentant) a participé volontairement et sans coercition à la discussion sur les NDS;
- Le formulaire AH-744 est clairement identifié au nom de l'utilisateur;
- Le formulaire AH-744 est daté et signé par un médecin;

⁸ Selon le Code civil du Québec (article 11), nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

⁹ Collège des médecins du Québec (2015). La pratique médicale en soins de longue durée.

¹⁰ Advenant le cas où l'on retrouverait au dossier une décision concernant la RCR prescrite sur un formulaire d'ordonnance médicale, le médecin doit en être avisé afin que la décision concernant la RCR soit prescrite sur le formulaire de NDS en vigueur.

- Le formulaire AH-744 utilisé doit être le dernier formulaire complété (version la plus récente);
- Dans le cadre d'une application par les services préhospitaliers d'urgence, le formulaire AH-744 doit être signé par l'utilisateur (ou son représentant);
- L'état de santé, les choix, les volontés et les préférences de l'utilisateur sont toujours actuels et cohérents avec le NDS établi. Dans le doute, valider avec l'utilisateur (ou son représentant);
- Toute directive verbale de la part de l'utilisateur (ou son représentant) a préséance sur les directives écrites sur le formulaire AH-744.

9.5.2. Révision et mise à jour

Le médecin est responsable de déterminer la pertinence de mettre à jour le NDS (de concert avec l'utilisateur ou son représentant).

Pour leur part, les médecins impliqués dans le suivi de l'utilisateur et les professionnels de la santé et des services sociaux doivent repérer tout changement dans les volontés ou dans la condition de santé des usagers rendant opportun la révision d'un NDS et en informer le médecin le cas échéant.

Un NDS doit être déterminé ou mis à jour aux moments et à la fréquence suivante :

- Au début d'une nouvelle admission / nouvel épisode de soins :
 - Milieu hospitalier : NDS doit être établi ou mis à jour lors de la demande d'admission par le médecin traitant assumant la prise en charge de l'utilisateur pour la clientèle dont la condition le requiert.
 - CHSLD : NDS doit être établi ou mis à jour par le médecin dans le mois suivant l'admission pour l'ensemble de la clientèle admise¹¹.
 - RI : NDS doit être établi ou mis à jour par le médecin dans les 2 mois suivants l'admission pour l'ensemble de la clientèle admise.
 - RPA et RTF : NDS doit être établi ou mis à jour par le médecin dans les meilleurs délais selon le jugement du médecin pour l'ensemble de la clientèle admise.
 - URFI, UTRF et EIO : NDS représente un préalable à l'admission. Conséquemment, le NDS aura déjà été établi au moment de la demande l'admission pour l'ensemble de la clientèle admise.
- Lors d'un changement de l'état de santé de l'utilisateur;
- À la demande de l'utilisateur (ou de son représentant);

¹¹ Collège des médecins du Québec (2015). La pratique médicale en soins de longue durée.

- Annuellement lorsque la condition de l'utilisateur est stable;
- Tout changement de prise en charge médicale représente un moment privilégié pour confirmer le NDS ou le mettre à jour s'il y a lieu.

Chez un usager pour qui un NDS a déjà été établi :

- Si le NDS et la décision concernant la RCR n'a pas changé :
 - Des notes manuscrites datées et signées par le médecin peuvent être ajoutées ponctuellement dans l'encadré prévu à cet effet sur le formulaire AH-744 antérieurement rempli, dans le but de témoigner de l'évolution de la condition de l'utilisateur.
- Si le NDS et la décision concernant la RCR a changé :
 - Un nouveau formulaire AH-744 doit être rempli;
 - Le nouveau formulaire AH-744 remplace le précédent;
 - Le formulaire AH-744 le plus récent doit être placé sur le dessus des autres formulaires AH-744 afin d'être facilement accessible.

9.6. Considérations importantes

9.6.1. Application du NDS en contexte de troubles de santé mentale

La présence d'un trouble de santé mentale peut compromettre la discussion sur les NDS en influençant la perception de l'utilisateur, en altérant sa capacité à consentir aux soins ou à les refuser et en influant sur sa qualité de vie.

Il est préférable d'entreprendre une telle discussion lorsque la condition de santé mentale est stabilisée en s'assurant que l'utilisateur soit apte à consentir aux soins proposés et, le cas échéant, prendre une décision éclairée à l'égard de son NDS.

Afin de favoriser une discussion dans le meilleur contexte possible, une approche concertée avec le médecin et l'équipe interdisciplinaire peut être utile.

9.6.2. Application du NDS par les services préhospitaliers d'urgence

L'application par les TAP des NDS et des décisions concernant la RCR se fait selon les directives énoncées dans le « Protocole québécois d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics ». Les TAP doivent s'informer de l'existence d'une ordonnance écrite de non-réanimation et si elle est signée par un médecin et l'utilisateur (ou son représentant). Le formulaire AH-744 prévoit qu'une copie signée par l'utilisateur (ou son représentant) puisse être apportée à domicile pour être rapidement accessible pour les TAP :

- En présence d'une ordonnance écrite de non-recours à la réanimation signée par l'utilisateur (ou son représentant) et le médecin (ex. : formulaire AH-744), l'ordonnance sera respectée et les manœuvres de réanimation ne seront pas initiées ou seront cessées.

- En l'absence d'une ordonnance écrite de non-recours à la réanimation, une demande verbale de non-initiation de la réanimation est respectée par le TAP au même titre qu'une ordonnance écrite. La demande verbale peut être émise dans l'ordre, par un mandataire, un tuteur, un curateur, un conjoint légal, un membre de la famille ou toute personne ayant un lien significatif avec l'utilisateur.

9.6.3. Application du NDS en contexte de don d'organes

La réalisation du don d'organes requiert des interventions invasives temporaires pour permettre le maintien de la fonction des organes jusqu'au don afin d'honorer les volontés de l'utilisateur (ou celles de ses proches). Ces interventions ne sont pas en contradiction avec le NDS, puisque ce n'est pas le maintien des fonctions vitales qui est en cause, mais bien le maintien de la fonction des organes en contexte de processus de don d'organes.

Si l'utilisateur a émis la volonté de faire don de ses organes après son décès, se référer aux processus habituels en vigueur.

9.6.4. Problèmes décisionnels et résolution des conflits

La pratique des NDS peut être sujette à des divergences d'opinions, des problèmes décisionnels ou encore des conflits de valeurs entre l'utilisateur (ou son représentant), les proches et l'équipe soignante.

Les problématiques de cet ordre trouvent le plus souvent une solution dans le dialogue et la prévention. Au besoin, les stratégies suivantes peuvent être appliquées :

- Solliciter l'expertise et les conseils de personnes-ressources :
 - Professionnels de la santé et des services sociaux (ex. : intervenant psychosocial, intervenant en soins spirituels, infirmière consultante en soins palliatifs);
 - Collègue médecin (pour un deuxième avis médical);
 - Chef de service ou de département;
 - Conseiller en éthique clinique;
 - Médiateur;
 - Avocat de la Direction des services juridiques;
 - Médecins de la Direction des services professionnels (DSP);
 - Conseillères de la Direction des soins infirmiers (DSI);
 - Conseillères de la Direction des services multidisciplinaires (DSM).
- Organiser une rencontre interdisciplinaire;
- Faire un essai thérapeutique afin d'aider à déterminer les avantages et inconvénients d'une intervention;
- Transférer l'utilisateur vers un autre médecin ou milieu (en dernier recours).

Au besoin, les médecins ou les professionnels du CISSS de la Montérégie-Est peuvent se référer à la procédure de l'établissement visant la gestion de

situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et de violence en milieu de travail (# PRO-03RH-001).

9.7. Soutien aux usagers et aux proches

La discussion quant aux niveaux de soins s'effectue souvent dans un contexte à forte charge émotionnelle. Il importe donc de ne pas sous-estimer l'importance de l'accompagnement et du dialogue avec les usagers et leurs proches en référant, au besoin, à des ressources professionnelles telles qu'un psychologue, un travailleur social, un intervenant en soins spirituels ou une infirmière consultante en soins palliatifs et ce, en fonction des besoins des usagers et des ressources disponibles.

9.8. Évaluation de la pratique des niveaux de soins

L'évaluation des pratiques associées aux NDS s'inscrit dans la planification des activités d'évaluation de l'établissement en coordination avec le CMDP et la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires. Afin de favoriser la consolidation et d'améliorer les pratiques cliniques, des évaluations sont réalisées dans le but de consolider les bonnes pratiques. Le choix des indicateurs et la fréquence des mesures seront ajustés en fonction de la progression de l'implantation de la pratique des NDS.

9.9. Rôles et responsabilités

9.9.1. Conseil d'administration

- Adopte la présente politique.

9.9.2. Président-directeur général

- Adopte la présente politique.
- S'assure de son application au sein de l'établissement.

9.9.3. Comité de direction

- Recommande la présente politique au conseil d'administration.
- S'assure de la diffusion de la politique au sein de l'établissement.
- S'assure de l'application de la politique au sein des directions cliniques l'établissement.
- Fait la promotion des NDS au sein de l'établissement.

9.9.4. Conseils professionnels (CMDP, CII, CM)

- Approuve la présente politique.
- S'assure que les médecins et professionnels de la santé et des services sociaux ont accès à une formation adéquate, au formulaire et aux outils associés aux NDS.
- Apporte son soutien aux activités de mise en œuvre de la politique.
- Veille à l'application de la politique par les médecins et professionnels concernés.
- Veille à l'évaluation de la pratique des NDS dans un but d'amélioration et de maintien de la qualité de la pratique.

9.9.5. Direction des services professionnels (DSP) et Direction des soins infirmiers (DSI)

- Élabore et révisé la politique.
- Coordonne le déploiement de la politique et des outils auprès des médecins et professionnels sous sa responsabilité.
- Coordonne la diffusion de la formation auprès des médecins et professionnels sous sa responsabilité.
- S'assure de l'application de la politique par les médecins et professionnels sous sa responsabilité.
- Coordonne le processus d'évaluation de la pratique des NDS dans un but d'amélioration continue de la qualité de la pratique.

9.9.6. Direction des services multidisciplinaires (DSM)

- Contribue à l'élaboration et la révision de la politique.
- Collabore au déploiement de la politique et des outils auprès des professionnels sous sa responsabilité.
- Collabore au déploiement de la formation auprès des professionnels sous sa responsabilité.
- S'assure de l'application de la politique par les professionnels sous sa responsabilité.
- Collabore au processus d'évaluation de la pratique des NDS dans un but d'amélioration continue de la qualité de la pratique.

9.9.7. Directeurs, gestionnaires et chefs de programmes, d'unités et départements cliniques

- Diffuse la politique et les outils associés à tous les médecins, professionnels et intervenants de son service.
- S'assure de l'application de la politique et des outils par les médecins, professionnels et intervenants de son service.
- S'assure de la participation des médecins, professionnels et intervenants de son service aux formations et activités de transfert des apprentissages.

- Soutien les médecins, professionnels et intervenants de son service dans l'application de la politique et des outils.
- Contribue au processus d'évaluation de la pratique des NDS dans un but d'amélioration continue de la qualité de la pratique.

9.9.8. Médecins

- Prend connaissance de la politique et des outils associés aux NDS.
- Participe aux formations et aux activités de transfert des apprentissages.
- Applique la politique de NDS et les outils associés aux NDS.
- Soutien ses pairs dans l'application de la politique de NDS.
- Favorise les échanges interdisciplinaires.
- Identifie les usagers pour lesquels un NDS doit être établi.
- Détermine le diagnostic, le pronostic et les options de soins.
- Vérifie l'aptitude de l'utilisateur à consentir à ses soins et à participer à la discussion/détermination du NDS.
- Vérifie l'existence du formulaire AH-744 pour les usages auxquels des soins sont offerts.
- Vérifie l'existence et la validité des volontés antérieures ou concomitantes (ex. : DMA, testament de vie) et les volontés entourant le projet de vie de l'utilisateur.
- En présence d'un formulaire de NDS déjà existant, s'assure que les indications y sont toujours valables ou le révise au besoin.
- Transmet à l'utilisateur (ou son représentant) les informations utiles à la prise de décision (ex. : diagnostic, pronostic, options de soins, conséquences) et s'assure de leur compréhension.
- Prépare la discussion auprès de l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches.
- Remet à l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches l'outil d'information destiné à la clientèle au besoin.
- Amorçe et dirige, auprès de l'utilisateur (ou son représentant), la discussion relativement au NDS¹².
- Détermine la pertinence de mettre à jour le NDS (de concert avec l'utilisateur ou son représentant).
- Détermine ou révise le NDS en partenariat avec l'utilisateur (ou son représentant)¹³.
- Consigne les informations de la discussion sur le formulaire AH-744.
- Signe le formulaire AH-744.
- Au terme de sa discussion avec l'utilisateur (ou son représentant) et après avoir rempli et signé le formulaire AH-744, fait signer l'utilisateur (ou son représentant) s'il est envisagé que le formulaire soit appliqué par les TAP. Il peut également demander à l'infirmière de faire signer l'utilisateur (ou son représentant).

¹² Le médecin résident peut amorcer la discussion sur le NDS. L'étudiant et le stagiaire en médecine peuvent prendre part à la discussion sur le NDS.

¹³ Le médecin résident peut déterminer le NDS. L'étudiant et le stagiaire en médecine ne peuvent pas faire la détermination ou la révision du NDS.

- Soutien l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches selon leurs besoins.
- Consulte un collègue en cas de conflit d'intérêt ou de valeur avec l'utilisateur ou ses proches.
- Offre des soins et services qui sont en adéquation avec le NDS établi.
- Assure la continuité des soins tout au long du parcours de soins, notamment en transmettant le formulaire et les informations appropriées aux différents partenaires de soins (ex. : médecin de famille, médecin de garde, professionnels de la santé et des services sociaux, nouveaux milieux de soins) avec le consentement de l'utilisateur (ou son représentant).
- Collabore aux processus d'évaluation de la pratique de NDS dans un but d'amélioration continue de la qualité de la pratique clinique.

9.9.9. Professionnels de la santé et des services sociaux

- Prend connaissance de la politique et des outils associés aux NDS.
- Participe aux formations et aux activités de transfert des apprentissages.
- Applique la politique de NDS et les outils associés aux NDS.
- Soutien ses pairs dans l'application de la politique de NDS.
- Favorise les échanges interdisciplinaires.
- Collabore à l'identification des usagers qui peuvent être visés par les NDS.
- En cas d'inaptitude, contribue à l'identification du représentant de l'utilisateur pour discuter du NDS¹⁴.
- Vérifie l'existence du formulaire AH-744 pour les usages auxquels des soins sont offerts.
- Vérifie l'existence et la validité des volontés antérieures ou concomitantes (ex. : DMA, testament de vie) et les volontés entourant le projet de vie de l'utilisateur.
- Avise le principal médecin responsable de toute demande d'information et toute situation clinique qui justifie une discussion quant au NDS.
- Communique au médecin le résultat de son évaluation professionnelle.
- S'assure que l'utilisateur (ou son représentant) et les personnes désignées ont reçu toute l'information utile, et vérifie leur compréhension du diagnostic, pronostic, options de soins proposées et leurs conséquences.
- Prépare la discussion auprès de l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches.
- Remet à l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches l'outil d'information destiné à la clientèle au besoin.
- Participe aux discussions avec l'utilisateur (ou son représentant) et les personnes désignées entourant le NDS au besoin.
- Fait signer le formulaire AH-744 à l'utilisateur (ou son représentant) s'il est envisagé que le formulaire soit appliqué par les TAP et ce, à la demande du médecin et une fois le formulaire rempli et signé par le médecin.

¹⁴ Les infirmières et infirmières auxiliaires ne sont pas responsables de cette activité, mais peuvent contribuer.

- Informe le médecin des besoins de l'utilisateur et de toute situation qui remet en question un niveau de soins, particulièrement en cas d'état de santé instable ou qui évolue rapidement.
- Informe le médecin concerné si le formulaire de NDS n'a pas été dûment rempli, le cas échéant.
- Communique au médecin de garde le NDS, le cas échéant (infirmière seulement).
- Soutien l'utilisateur (ou son représentant) et ses proches selon leurs besoins.
- Offre des soins et services qui sont en adéquation avec le NDS établi.
- Contribue à la continuité des soins tout au long du parcours de soins, notamment en transmettant le formulaire et les informations appropriés aux différents partenaires de soins (ex. : médecin de famille, médecin de garde, professionnels de la santé et des services sociaux, nouveaux milieux de soins) avec le consentement de l'utilisateur (ou son représentant).
- Collabore aux processus d'évaluation de la pratique de NDS dans un but d'amélioration continue de la qualité de la pratique clinique.

9.9.10. Personnel de soutien administratif (admission, archives, unités de soins)

- Rend le formulaire disponible au sein du milieu, service ou département.
- Classe / archive le formulaire à l'endroit approprié dans les dossiers en s'assurant que la version la plus récente du formulaire soit clairement et rapidement accessible.
- S'assure que le formulaire suit l'utilisateur dans son parcours de soins dans le respect des processus habituels.

9.9.11. Personnel de proximité (ex. : PAB, bénévoles, techniciens)

- Partage avec les professionnels de la santé et des services sociaux les besoins ou attentes signifiées par l'utilisateur (ou son représentant).
- Transmet les informations utiles pour que le NDS soit le plus conforme possible à la situation actuelle et demeure à jour.

9.9.12. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

- Favorise la mise en œuvre et la pérennisation de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et l'équipe soignante.
- Contribue et apporte son soutien au regard de la démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques entourant les NDS.
- Apporte un soutien dans la résolution des problématiques éthiques pouvant être vécues lors de la détermination et de l'application des NDS.

9.9.13. Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

- Contribue à l'élaboration des stratégies, des outils et des activités de communication pour appuyer la mise en œuvre de la politique.
- Contribue à l'élaboration et la diffusion de la formation au sein de l'établissement.
- Offre un service de conseils et de support au regard de la résolution des conflits.
- Offre un service de conseils et de support au regard des aspects juridiques.

10. RÉVISION

Cette politique est révisée tous les quatre ans ou plus souvent si des modifications législatives ou réglementaires le justifient.

11. RÉFÉRENCES

Association canadienne de protection médicale (2012). *Le médecin le plus responsable, un lien clinique vers la coordination des soins*. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2012/the-most-responsible-physician-a-key-link-in-the-coordination-of-care>

CHUQ (2018). *Politique et procédure relatives à la détermination des niveaux de soins*. Politique N° 810-03.

CISSS de la Montérégie-Ouest (2016). *Procédure clinique – Détermination des niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*.

CIUSSS de la Capitale nationale (2017). *Politique en matière de niveaux de soins et de réanimation cardiorespiratoire*.

Code civil du Québec, Chapitre CCQ-1991.

Collège des médecins du Québec (CMQ) (2017). *Qui peut inscrire le niveau d'intervention médicale au dossier de l'utilisateur*. Avis publié le 2011-06-01 (mise à jour le 18 avril 2017).

Collège des médecins du Québec (CMQ) (2015). *La pratique médicale en soins de longue durée*.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS (2016). *Les niveaux de soins : normes et standards de qualité*. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd, Québec.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS (2016). *Les niveaux de soins : cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide sur les normes et standards de qualité*.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS (2016). *Guide d'utilisation du formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire »*.

MSSS (2016). *Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire – Formulaire AH 744*.

MSSS (2017). *Protocole québécois d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics*. Chapitre MED.-LEG. 3 Directive de non-initiation de la réanimation, ISBN 978-2-550-79238-3.

MSSS (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*.

Ordre des infirmières et infirmier du Québec et Collège des médecins du Québec (2020). *Avis conjoint - Directive gouvernementale concernant les niveaux de soins* (publication du 8 avril 2020).


12. DOCUMENTS AFFÉRENTS

Aucun document afférent n'est associé à cette politique.

13. ANNEXES

- ANNEXE 1 : Formulaire de niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire
- ANNEXE 2 : Guide d'utilisation du formulaire harmonisé (INESSS)
- ANNEXE 3 : Aide-mémoire sur les niveaux de soins, DMA et autres (INESSS)
- ANNEXE 4 : Outil d'information destiné à la clientèle

FORMULAIRE DE NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RECTO)

<p>Santé et Services sociaux Québec</p>  <p style="text-align: center;">DT9261</p> <h3 style="text-align: center;">NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE</h3> <p style="text-align: center; font-size: small;">Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Nom de l'utilisateur</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Prénom</td> </tr> <tr> <td>N° de dossier</td> <td colspan="2">Date de naissance</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Année</td> <td>Mois Jour</td> </tr> <tr> <td>Sexe</td> <td colspan="2">N° d'assurance maladie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Nom de l'utilisateur			Prénom			N° de dossier	Date de naissance			Année	Mois Jour	Sexe	N° d'assurance maladie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nom de l'utilisateur																			
Prénom																			
N° de dossier	Date de naissance																		
	Année	Mois Jour																	
Sexe	N° d'assurance maladie																		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																			
<p>Nom de l'établissement</p>																			
<p>Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.</p>																			
<p>Aptitude à discuter des niveaux de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans Nom du tuteur, lien : _____</p>																			
<p>Volontés antérieures : <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre</p>																			
<p>Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; font-size: small;"> Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>																
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>																		
<p>Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Arrêt cardiaque (circulatoire)</p> <input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; font-size: small;"> <p>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</p> <input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement) </td> </tr> </table>		<p>Arrêt cardiaque (circulatoire)</p> <input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	<p>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</p> <input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)																
<p>Arrêt cardiaque (circulatoire)</p> <input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	<p>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</p> <input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)																		
<p>Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Discuté avec :</td> <td><input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant</td> <td>Nom</td> <td>Lien</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Coordonnées</p> <p>_____</p> <p>Rapporter les noms des participants ainsi que les mots utilisés pendant la discussion et toute information qui aide à préciser les volontés.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>		Discuté avec :	<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant	Nom	Lien			_____	_____										
Discuté avec :	<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant	Nom	Lien																
		_____	_____																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nom du médecin</td> <td>Signature</td> <td>Date (année, mois, jour)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Coordonnées</td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>		Nom du médecin	Signature	Date (année, mois, jour)	_____	_____	____/____/____	Coordonnées			_____								
Nom du médecin	Signature	Date (année, mois, jour)																	
_____	_____	____/____/____																	
Coordonnées																			

<p style="font-size: small;">Si une copie est remise à l'utilisateur ou à son représentant, elle est signée par eux pour que les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nom de l'utilisateur ou représentant</td> <td>Signature</td> <td>Date (année, mois, jour)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </table>		Nom de l'utilisateur ou représentant	Signature	Date (année, mois, jour)	_____	_____	____/____/____												
Nom de l'utilisateur ou représentant	Signature	Date (année, mois, jour)																	
_____	_____	____/____/____																	
<p>NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE</p>																			
<p>AH-744 DT9261 (2016-01)</p>																			
<p><input type="checkbox"/> Dossier de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Copie au médecin</p>																			

FORMULAIRE DE NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (VERSO)

Notes explicatives

- Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu (*sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence*).
- Ce formulaire doit être signé par un médecin.

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'utilisateur ou, en cas d'incapacité, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'utilisateur ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (<i>par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>). • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

¹ Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'utilisateur vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

² L'**assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'utilisateur inconscient.

³ L'**assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.

⁴ Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'utilisateur ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

INESSS - GUIDE D'UTILISATION DU FORMULAIRE HARMONISÉ (RECTO)



GUIDE D'UTILISATION DU FORMULAIRE HARMONISÉ « NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE »

Ce guide s'adresse aux professionnels qui remplissent le formulaire des « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire ». Le guide complet sur les normes et standards de qualité présente l'information sur chaque composante de la pratique des niveaux de soins.

Interprétation

- ▶ Un niveau de soins n'est pas un substitut au consentement du patient ou de son représentant aux soins proposés.
- ▶ Le **niveau de soins** doit être interprété, dans les *limites d'application du formulaire*, comme un outil d'aide à la décision pour que les soins soient proposés dans le meilleur intérêt du patient et soient cohérents dans le continuum de soins.
- ▶ La **directive concernant la réanimation cardiorespiratoire (RCR)** doit être interprétée, dans les *limites d'application du formulaire*, comme une ordonnance par tous les professionnels appelés à entreprendre une RCR chez un patient en arrêt cardiorespiratoire avec arrêt de la circulation.

Le formulaire s'applique si les conditions suivantes sont remplies :

- Un patient apte ou son représentant a participé volontairement et sans coercition à la discussion des niveaux de soins. Les représentants du patient mineur sont les parents ou le tuteur, et du patient majeur inapte, le mandataire, tuteur ou curateur; ou le conjoint (union civile ou union de fait); ou un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (article 15 du Code civil du Québec).
- Le formulaire est clairement identifié au nom du patient, est daté et signé par un médecin. Il faut s'assurer qu'il s'agit bien du dernier formulaire complété.
- L'utilisation d'un formulaire présume que l'état de santé et les choix des personnes au moment où le formulaire a été rempli sont toujours actuels. Dans le doute ou en situation d'urgence, il faut vérifier avec le patient ou avec un proche.
- Toute directive verbale de la part du patient ou, en cas d'inaptitude, de son représentant a préséance sur les directives écrites sur un formulaire de niveaux de soins/RCR, même si elles sont différentes.
- Si le patient est inapte et qu'une directive médicale anticipée valide existe, cette dernière a préséance au formulaire de niveaux de soins/RCR et a une valeur contraignante sur les décisions médicales dans la mesure où les circonstances sont jugées propices à leur exécution (fin de vie ou atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives).

INESSS - GUIDE D'UTILISATION DU FORMULAIRE HARMONISÉ (VERSO)

COMMENT remplir le formulaire :

- ▶ La vérification de l'aptitude du patient à participer à la discussion/détermination d'un niveau de soins se fait de la même manière que pour l'aptitude à consentir aux soins selon le guide du Collège des médecins du Québec. Indiquer dans l'encadré si l'aptitude est permanente ou temporaire.
- ▶ Les niveaux de soins et la RCR se discutent ensemble. Des décisions distinctes doivent être prises pour chacun des deux éléments et inscrites aux endroits appropriés sur le formulaire. Le médecin guide la discussion pour que les décisions soient cohérentes avec l'objectif de soins. Des explications dans l'encadré prévu pour les notes peuvent être utiles dans les cas où une décision sur la RCR ne serait pas en harmonie avec l'objectif de soins.
- ▶ En ce qui concerne les objectifs de soins (B) et (C), le médecin peut inclure dans la discussion l'intubation d'urgence et l'assistance ventilatoire du patient inconscient et indiquer sur le formulaire si ces interventions ne sont pas souhaitées. Celles-ci servent à guider les soins d'urgence, notamment dans le contexte préhospitalier. L'omission d'indication signifie que ces interventions seront réalisées si elles sont pertinentes, selon le contexte.
- ▶ Il est nécessaire d'inscrire dans l'encadré prévu pour les notes :
 - le nom des personnes qui ont participé à la discussion et leur lien avec le patient;
 - l'existence de conflit apparent ou d'une divergence d'opinion entre le patient ou son représentant, les proches/la famille, ou l'équipe soignante;
 - la description du contexte et les mots utilisés par le patient ou son représentant pendant la discussion. Les termes utilisés aident à mieux interpréter le contexte d'application d'un niveau de soins;
 - toute précision utile concernant l'acceptabilité du patient ou de son représentant des interventions ou technologies médicalement appropriées (p. ex., hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel [entéral ou parentéral], soins préventifs, etc.);
 - toute précision pour guider les soins en cas d'urgence, notamment pour les techniciens ambulanciers paramédics lors de demandes de services d'urgence hors établissement;
 - des précisions en rapport avec les pathologies multiples d'un patient (p. ex. traitement de la maladie cardiaque ischémique chez un patient atteint d'un cancer avancé).
- ▶ Des notes datées et signées dans l'encadré peuvent être ajoutées au besoin, par exemple à chaque fois que l'état de santé du patient change, ou tous les ans environ si sa condition est stable et que le niveau de soins et la décision de RCR n'a pas changé. Si le niveau de soins ou la décision de RCR a changé, un nouveau formulaire doit être complété.
- ▶ Le formulaire doit être signé et daté par un médecin qui inscrit ses coordonnées de contact aux fins de vérification, au besoin.
- ▶ Un niveau de soins ne devrait qu'exceptionnellement être déterminé sans discussion avec le patient ou son représentant.
- ▶ Le patient ou son représentant doit être informé de la possibilité de changer d'avis sur un niveau de soins ou une décision concernant la RCR, verbalement ou par écrit, en tout temps.
- ▶ S'assurer de transmettre l'information au personnel soignant et de positionner ce formulaire selon le règlement en vigueur dans l'établissement.
- ▶ Le formulaire au dossier doit accompagner le patient lors de tous transferts et être facilement repérable.
- ▶ Si une demande de services préhospitaliers d'urgence est possible, une copie du formulaire (ou une attestation) doit être remise au patient, son représentant, ou toute personne susceptible d'être présente au moment de l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) afin qu'elle soit rapidement disponible. La personne qui reçoit la copie doit la signer pour que les TAP puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire, le cas échéant.

Autres expressions des volontés

Un patient apte pour qui la détermination d'un niveau de soins est pertinente doit être informé des autres modalités d'expression des volontés et de la manière de procéder, le cas échéant, notamment :

- ▶ La rédaction de directives médicales anticipées (DMA). Pour plus d'informations, consulter : <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/directives-medicales-anticipees/>
- ▶ La déclaration de don d'organes et de don de tissus. Pour plus d'informations, consulter : <http://www.transplantquebec.ca/le-don-dorganes>

Pour vous aider à distinguer les différentes formes d'expression des volontés, consulter [l'aide-mémoire](#).

INESSS - AIDE-MEMOIRE SUR LES NIVEAUX DE SOINS, DMA ET AUTRES (RECTO)

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME



AIDE MÉMOIRE
Niveaux de soins,
DMA et autres

Par qui ?

Niveaux de soins (synonyme : niveaux d'intervention médicale)

L'expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques.

Avec qui ?

Décision ou ordonnance de non-réanimation

Document qui consigne la volonté d'une personne de ne pas faire l'objet d'une réanimation cardio-respiratoire ou d'autres interventions médicales d'urgence pratiquée par les premiers répondants ou d'autres professionnels de santé en cas d'arrêt de la circulation.

Quand ?

Directives médicales anticipées (DMA)

Document par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique, à l'avance, les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins. De tels souhaits ont une valeur contraignante lorsqu'ils s'appliquent à une situation précise. Les DMA couvrent certains soins dans les cas suivants : fin de vie ou atteinte grave et irréversible des fonctions cognitives.

Mandat en prévision de l'inaptitude à consentir aux soins

Document par lequel une personne désigne, alors qu'elle est apte et en prévision de son inaptitude, une autre personne pour assumer la protection de sa personne ou l'administration de ses biens.

Autres formes d'expression de volonté

Il existe d'autres formes d'expression de volonté comme un testament biologique, un testament de vie, une note informelle, une volonté exprimée verbalement ou par écrit par le patient et versée au dossier médical, etc.

Note : Ces formes d'expression de volonté peuvent coexister et être complémentaires.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec 

INESSS - AIDE-MEMOIRE SUR LES NIVEAUX DE SOINS, DMA ET AUTRES (VERSO)



L'objectif de la mise en place de ces documents est d'assurer **le respect des volontés** d'une personne au regard des soins **médicalement appropriés** qui lui sont donnés.

	Niveaux de soins	Décision ou ordonnance de non-réanimation	Directives médicales anticipées (DMA)	Mandat en prévision de l'incapacité	Autres formes d'expression de volontés
Il s'agit habituellement d'une initiative :	Médicale		Personnelle		Personnelle
Prise par qui :	Une personne apte ou son représentant		Une personne apte		Une personne apte
Prise avec qui :	<p style="text-align: center;">DÉCISION PARTAGÉE</p>		Deux témoins ou un notaire		Seul ou avec témoin
À prendre quand :	Lorsqu'une personne fait face à un état de santé susceptible de se dégrader significativement de façon prévisible		À tout moment		À tout moment
Existe-t-il un registre pour déposer le document ?	Non, il est déposé au dossier médical		Oui, le registre des DMA ou le dossier médical	Oui, le registre des mandats de protection	Non, devrait idéalement être signalé aux soignants

Il est important de noter que ces documents ne remplacent ni la discussion des volontés, ni le consentement aux soins

INESSS - OUTIL D'INFORMATION DESTINÉ À LA CLIENTÈLE (RECTO)



Niveaux de soins PRENEZ PART À LA DISCUSSION



OBJECTIFS DE SOINS, OBJECTIFS DE VIE

La discussion sur les niveaux de soins vise à faciliter la communication quand vient le temps de déterminer les soins et les traitements qu'une personne gravement malade souhaite recevoir, ou non.

Au terme de cet échange entre le médecin et le patient, **quatre options** peuvent être envisagées :

A Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires

L'équipe soignante effectue toutes les interventions médicalement appropriées, et peut transférer le patient si l'intervention ne peut être faite sur place.

B Prolonger la vie par des soins limités

Les interventions posées visent à corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie du patient.

C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie

Les soins prodigués visent d'abord à assurer le confort du patient en soulageant ses symptômes. Des interventions visant à corriger des problèmes de santé réversibles peuvent aussi être posées.

D Assurer le confort sans viser à prolonger la vie

Les soins prodigués visent essentiellement à assurer le confort du patient et à soulager ses symptômes.

Ce choix est inscrit sur un formulaire qui est conservé dans le dossier médical du patient.

L'équipe soignante établit alors un plan de soins qui prévoit des interventions à la fois pertinentes et médicalement appropriées tout en demeurant fidèle aux désirs et préférences exprimés par la personne malade.

La réanimation cardiorespiratoire

Au cours de la discussion sur les niveaux de soins, le médecin aborde également la question de la réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire (RCR).

Souhaitez-vous que l'on tente de vous réanimer en cas d'arrêt cardiorespiratoire?

Cette question est importante parce que dans une telle situation d'urgence, l'équipe médicale doit prendre des décisions rapidement sans pouvoir vous consulter.

Votre décision concernant la réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire est aussi notée sur le formulaire où est inscrit votre choix relativement aux niveaux de soins.

Vous pouvez avoir une copie de ce formulaire et la garder à portée de main à votre lieu de résidence. Les ambulanciers pourront en prendre connaissance en cas d'intervention d'urgence.

Vos décisions concernant les niveaux de soins et la réanimation cardiorespiratoire ne sont pas définitives. Vous pouvez, à tout moment, changer d'avis et modifier vos choix. Après discussion avec le médecin, un nouveau formulaire indiquant vos nouvelles volontés vient remplacer le précédent.

Cette démarche ne remplace pas le consentement aux soins. C'est pourquoi, sauf dans les situations exceptionnelles d'urgence, l'équipe soignante doit toujours avoir votre consentement avant de vous donner des soins.

Quelles que soient vos décisions, vous êtes toujours libre de consentir à des soins ou de les refuser.



POUR ENGAGER LA DISCUSSION :

- Si vous pensez qu'il est indiqué, pour vous-même ou pour un proche, de discuter des niveaux de soins, parlez-en au médecin traitant.
- À l'occasion d'une hospitalisation ou d'une situation critique, par exemple, demandez au personnel soignant si ce processus décisionnel est approprié.
- Si c'est le cas, le médecin vous expliquera quelles sont les perspectives d'amélioration de votre état de santé ainsi que les possibilités de traitement, leurs chances de succès, leurs inconvénients et leurs effets secondaires.
- Ces renseignements permettront au médecin de vous guider dans le choix des objectifs et du niveau de soins (A à D) qui vous conviennent le mieux.
- Le médecin remplit ensuite un formulaire où il note les décisions prises au cours de la discussion. Il inscrit également votre volonté de faire l'objet, ou non, d'une tentative de réanimation cardiorespiratoire (RCR), le cas échéant. Enfin, il signe ce formulaire et le met dans votre dossier médical afin que l'équipe soignante puisse agir en conséquence.
- Une copie du formulaire rempli peut aussi être apportée à votre lieu de résidence afin que cette information soit accessible aux ambulanciers. Ils pourront ainsi prendre une décision rapide et conforme à vos volontés.
- Tous les établissements de santé du Québec disposent d'un formulaire harmonisé *Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*.
- En plus des conseils de votre médecin, d'une infirmière ou d'un travailleur social, le comité des usagers de votre établissement de santé peut vous donner de l'information sur cette démarche.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec

Pour plus d'information
consultez inesss.qc.ca

Québec

INESSS - OUTIL D'INFORMATION DESTINÉ À LA CLIENTÈLE (VERSO)



VOUS AVEZ VOTRE MOT À DIRE

Lorsqu'une maladie grave touche un parent, un enfant, votre conjoint ou vous-même, tout l'entourage est ébranlé. Malgré ce contexte difficile, plusieurs décisions doivent être prises.

[Quels traitements vais-je recevoir?](#)

[Quelles seront les conséquences si je refuse une intervention?](#)

[Est-ce que je peux participer à ces décisions?](#)

Voilà quelques-unes des questions auxquelles vous êtes confronté lorsque votre état de santé, ou celui d'un proche, est menacé.

La discussion sur les niveaux de soins vise justement à faciliter la prise de décisions et à faire en sorte que les soins qui vous seront prodigués respectent à la fois vos besoins en matière de santé, vos valeurs et vos choix.

Si l'espérance et la qualité de vie d'un parent sont compromises par la maladie ou que votre propre état de santé nécessite des soins à long terme, n'hésitez pas à discuter de vos objectifs de soins avec votre médecin et les membres de votre famille.

Cette discussion est importante parce que **ces décisions vous appartiennent!**

DES SOINS CONFORMES À LA VOLONTÉ DE CHACUN

La discussion sur les niveaux de soins concerne toute personne, enfant ou adulte, atteinte d'une maladie grave qui laisse entrevoir une détérioration de son état de santé.

Que vous soyez un patient ou un proche d'une personne gravement malade, vous pouvez demander à l'équipe soignante d'amorcer cette discussion lors d'un épisode de soins, par exemple à l'occasion d'une hospitalisation. En cas d'incapacité, c'est le représentant du patient qui participera à cet échange.

Cette discussion permettra au médecin de vous donner des explications sur votre état de santé et sur les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à vous.

[Quels sont les effets et les bénéfices du traitement proposé?](#)

[Y a-t-il d'autres options possibles?](#)

Ce dialogue vise à vous aider à préciser vos objectifs de soins, et de vie. Au cours de la discussion, le médecin pourra vous guider dans le choix d'un niveau de soins qui correspond à vos besoins, à vos valeurs et perspectives personnelles.

Les décisions prises à cette occasion seront inscrites sur le formulaire *Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*, disponible dans tous les établissements de santé du Québec.

Lorsqu'il a été rempli et signé par le médecin, le formulaire est joint à votre dossier médical.

La discussion sur les niveaux de soins vise à **favoriser la prise de décisions éclairées, partagées et personnalisées.**



ÇA NE FAIT PAS MOURIR D'EN PARLER

Les fondements de la discussion sur les niveaux de soins reposent sur le principe de la participation du patient aux décisions qui le concernent. Ainsi, lorsque survient une maladie susceptible de limiter la durée et la qualité de votre vie, il est important de clarifier votre projet de vie.

[Quelles perspectives s'offrent à moi?](#)

[Quels sont les gains et les inconvénients des traitements qu'on me propose?](#)

[Dans quelles conditions vais-je poursuivre ma vie?](#)

Malgré l'avancement des connaissances et des technologies médicales, les résultats des interventions peuvent être variables. Lorsque les chances d'amélioration sont faibles et les séquelles importantes, il est tout à fait légitime de se demander si l'on souhaite, par exemple, commencer ou poursuivre un traitement.

Pour participer pleinement à ces décisions, n'hésitez pas à engager la discussion et à exprimer vos priorités pendant que vous en avez la capacité.

Ce processus décisionnel est grandement facilité si vous avez informé vos proches de vos volontés avant que votre état de santé ne se détériore ou que ne survienne une situation d'urgence.

Si vous y avez réfléchi au préalable et fait connaître vos désirs, l'équipe médicale pourra plus aisément appliquer un plan de soins qui correspondra à vos choix tout en étant acceptable pour vos proches. Votre représentant désigné en cas d'incapacité devrait également être bien au fait de vos volontés afin d'agir dans votre meilleur intérêt.

La discussion sur les niveaux de soins offre à tous ceux et celles qui sont touchés par une maladie grave une occasion de traverser cette douloureuse étape de la vie dans un climat plus harmonieux et respectueux.

POUR FAIRE CONNAÎTRE VOS VOLONTÉS

Les niveaux de soins ne sont pas le seul moyen à votre disposition pour exprimer vos volontés dans l'éventualité où la maladie viendrait compromettre votre qualité et votre espérance de vie. D'autres modalités vous permettent de faire connaître vos désirs afin que les soins prodigués respectent vos valeurs et vos objectifs de vie.

■ **Les directives médicales anticipées (DMA)**, tout comme le testament de fin de vie, sont des initiatives personnelles qui peuvent être entreprises à tout moment de votre vie. Elles ne requièrent pas la présence d'un médecin.

Pour plus d'information sur les directives médicales anticipées (DMA), consultez le [Portail santé mieux-être](#) du gouvernement du Québec.

Pour obtenir le formulaire sur les DMA, vous pouvez aussi communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec en composant le 1 800 561-9749.

■ **La discussion sur les niveaux de soins** s'impose lorsqu'une maladie grave laisse entrevoir une détérioration de votre état de santé. Elle se déroule habituellement à l'occasion d'un épisode de soins, et le choix du niveau de soins approprié est obligatoirement fait en présence d'un médecin.

Pour avoir de la documentation sur les niveaux de soins, visitez le site [INESSS.gc.ca](#). Vous pouvez aussi composer le 514 873-2563 ou le 418 643-1339.

Il est important de souligner que cette démarche **NE PEUT PAS** répondre à une demande d'aide médicale à mourir.

■ **L'aide médicale à mourir**, définie dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*, prévoit un processus et des critères distincts qui lui sont propres.

Pour plus de détails, consultez le [Portail santé mieux-être](#) du gouvernement du Québec ou communiquez avec la Commission sur les soins de fin de vie au 1 844 200-2059.

HISTORIQUE DU DOCUMENT

APPROBATION PAR	ADOPTION	EN VIGUEUR	DÉPÔT SUR L'INTRANET	COMMENTAIRES (facultatif)
	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	
	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	
	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	
	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	

ÉTAPES DE VALIDATION DE LA DERNIÈRE VERSION DU DOCUMENT

	NOM	DATE
RÉDACTION		Cliquez ici pour entrer une date.
COLLABORATION		Cliquez ici pour entrer une date.
RÉVISION LÉGALE		Cliquez ici pour entrer une date.
RÉVISION LINGUISTIQUE		Cliquez ici pour entrer une date.
MISE EN PAGE		Cliquez ici pour entrer une date.

PERSONNES OU INSTANCES CONSULTÉES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comité de gestion des programmes sociaux, santé et réadaptation
<input type="checkbox"/> Comité de gestion du programme de santé physique
<input type="checkbox"/> Comité de gestion du soutien, de l'administration et de la performance
<input type="checkbox"/> Comité de gestion des risques
<input type="checkbox"/> Comité de vigilance et de la qualité
<input type="checkbox"/> Comité des usagers
<input type="checkbox"/> Comité consultatif du personnel paraprofessionnel
<input type="checkbox"/> CII
<input type="checkbox"/> CM
<input type="checkbox"/> CMDP
<input type="checkbox"/> Direction enseignement universitaire et recherche
<input type="checkbox"/> Direction programmes DI/TSA/DP
<input type="checkbox"/> Direction programme jeunesse
<input type="checkbox"/> Direction programme SAPA
<input type="checkbox"/> Direction programmes santé mentale et dépendance | <input type="checkbox"/> Direction de la protection de la jeunesse
<input type="checkbox"/> Direction qualité, évaluation, performance et éthique
<input type="checkbox"/> Direction ressources financières
<input type="checkbox"/> Direction ressources humaines, communications et affaires juridiques
<input type="checkbox"/> Direction ressources informationnelles
<input type="checkbox"/> Direction services multidisciplinaires
<input type="checkbox"/> Direction services professionnels, programmes santé physique/chirurgie
<input type="checkbox"/> Direction services techniques et de la logistique
<input type="checkbox"/> Direction soins infirmiers, programmes santé physique/médecine
<input type="checkbox"/> PDG
<input type="checkbox"/> PDGA
<input type="checkbox"/> Ressources non institutionnelles
<input type="checkbox"/> Syndicat(s) :
<input type="checkbox"/> Autre(s) : |
|--|---|