

<p style="text-align: center;"> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale  </p>	POLITIQUE
	Code : PO-28
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Approuvée au comité de direction le : 5 décembre 2017
	Adoptée par le conseil d'administration le : 24 janvier 2018
Entrée en vigueur le : 25 janvier 2018	
TITRE : Politique en matière de niveaux de soins et de réanimation cardiorespiratoire	

1. Fondements

Le contenu et les fondements de la présente politique sont directement inspirés du guide publié par l'Institut national d'excellence santé et services sociaux (INESSS) « *Les niveaux de soins : normes et standards de qualité* »¹ dont l'objectif est de soutenir l'harmonisation de la pratique des niveaux de soins entre les installations et les départements cliniques au sein d'un même établissement et entre les établissements dans tout le Québec.

Pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, elle s'inscrit en complémentarité de celle concernant les soins de fin de vie entrée en vigueur le 23 novembre 2015 (PO-06)² afin de soutenir l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie.

Les principales assises juridiques et administratives de la présente politique sont :

- Code civil du Québec;
- Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, c. S-32.001);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2);
- Loi sur le Curateur public (RLRQ, c. C-81).

L'utilisation d'un formulaire harmonisé de niveaux de soins se veut un outil facilitant la discussion et la communication des résultats de cette discussion entre les intervenants de l'établissement, les usagers et leurs proches quant aux objectifs de soins. La démarche est particulièrement pertinente en contexte de maladies graves et de fin de vie, afin que des soins qui sont médicalement appropriés puissent être adaptés le mieux possible aux volontés des usagers. Les soins offerts sont ainsi perçus comme les meilleurs, car porteurs de sens pour l'utilisateur, les proches et l'équipe soignante et en cohérence avec le projet de vie de l'utilisateur. Les options de soins médicalement appropriées répondent ainsi à leurs besoins et à leur bien-être dans le respect de leurs valeurs.

Consultations	
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil des infirmières et infirmiers <input checked="" type="checkbox"/> Conseil multidisciplinaire <input checked="" type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens <input checked="" type="checkbox"/> Comité des usagers (CUCI)	<input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> Autres <input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction <input type="checkbox"/> Comité de coordination clinique

2. Principe

Le principe fondamental de cette politique est la reconnaissance de l'importance primordiale donnée à la participation des usagers et de leurs proches aux décisions concernant leurs soins et leurs services. Il se retrouve d'ailleurs dans les énoncés de mission, vision et valeurs du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

3. Objectifs

Le but de cette politique est d'encadrer et d'harmoniser les pratiques menant à la détermination des niveaux de soins dans les différentes installations du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Elle vise également une participation active des usagers (ou de leur représentant) et de leurs proches à la prise de décision concernant leurs soins sans jugement de valeur, et avec la flexibilité nécessaire pour s'adapter à des objectifs et des états de santé évolutifs.

4. Champ d'application

La présente politique s'adresse à tous les intervenants de l'établissement.

La détermination des niveaux de soins étant une responsabilité médicale, tous les médecins membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CIUSSS de la Capitale-Nationale sont concernés par la présente politique.

Les exemples suivants illustrent les usagers visés, sans s'y limiter :

- Admis en soins de longue durée;
- Ayant une espérance de vie limitée, un risque élevé de détérioration en raison d'un état de santé aigu ou chronique ou d'un état de fragilité;
- À risque de complications majeures lors d'une intervention chirurgicale, d'une endoscopie ou d'autres interventions invasives;
- Recevant des soins palliatifs ou des soins de fin de vie;
- Aux prises avec des troubles cognitifs avérés, particulièrement à leur début, alors que l'utilisateur est encore apte;
- Suivi en oncologie avec un pronostic réservé;
- Ayant une probabilité élevée d'être hospitalisés ou admis à l'urgence dans l'année;
- Admis à l'urgence, en soins aigus ou aux soins intensifs;
- Ayant formulé et enregistré une directive médicale anticipée (DMA);
- En faisant la demande.

Certaines situations ne sont pas propices à engager une discussion concernant les niveaux de soins, notamment :

- Usager pour lequel un diagnostic n'est pas précisé;
- Usager sous le choc d'un diagnostic posé ;
- Tout autre contexte jugé non favorable.

5. Définitions

Intervenants de l'établissement

Toutes les personnes offrant des soins et services aux usagers, incluant l'ensemble du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le personnel des agences de placement, les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les sages-femmes et toute personne œuvrant à titre de stagiaire et de bénévole.

Usager

Toute personne recevant des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale dans l'une ou l'autre des installations ou à domicile.

Proche

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non professionnel à une personne. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Représentant

Personne pouvant consentir de façon substituée conformément à l'ordre établi par le Code civil du Québec, soit : le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut du conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Niveaux de soins

Expression des valeurs et volontés de l'usager sous la forme d'objectifs de soins. Ils résultent d'une discussion entre l'usager ou son représentant et le médecin. L'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences orientent les soins et guident le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques. La détermination d'un niveau de soins est la formalisation du processus de discussion avec l'usager ou son représentant tout au long du continuum de soins.

Le terme « niveaux de soins » sans autre précision est inclusif de la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire (RCR).

L'appellation « niveaux de soins » utilisée dans le présent document est assimilable à celle de « niveaux d'intervention médicale » (NIM) dont le Collège des médecins du Québec fait usage dans son guide « La pratique médicale en soins de longue durée »³.

Aptitude à consentir

Capacité d'un usager à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'il le reçoive ou non. Ces critères sont non-cumulatifs et doivent faire l'objet d'une analyse globale. Cette aptitude est requise pour la démarche de détermination d'un niveau de soins et, en cas d'inaptitude, la démarche s'effectue avec le représentant.

Consentement libre

Donné, sans contrainte ni menace et sans que les facultés de l'usager soient altérées.

Consentement éclairé

Donné après que l'information pertinente ait été transmise sur ce qui est proposé de manière à connaître, dans la mesure du possible : le diagnostic; la nature du traitement; les interventions à effectuer; les bénéfices et les risques associés aux interventions; les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention et les autres possibilités de traitement.

Consentement substitué

Donné par un représentant lorsque l'usager est inapte à consentir.

Testament biologique ou testament de vie

Document qui permet à son auteur de laisser par écrit, ou autrement s'il le désire, des directives qui représentent de façon anticipée ses volontés advenant son incapacité à les exprimer.

L'article 12 du Code civil du Québec prévoit que celui qui consent à des soins pour autrui est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés exprimées par le testateur.

Directives médicales anticipées (DMA)

Instructions que donne une personne majeure apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle deviendrait inapte à consentir aux soins.

Les DMA sont faites par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prévu à cette fin. Elles peuvent être déposées au registre provincial prévu à cette fin.

Les DMA ont une valeur contraignante, c'est-à-dire qu'elles ont préséance sur le consentement substitué, le testament biologique, le mandat en cas d'inaptitude et les niveaux de soins ou tout autre document, et ce, eu égard à la date de la rédaction. Elles s'appliquent dans trois situations:

- Situation de fin de vie : condition médicale grave et incurable, en fin de vie;
- Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives: état comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent;
- Autres situations sévères et irréversibles des fonctions cognitives sans possibilité d'amélioration: par exemple une démence de type Alzheimer ou tout autre type de démence à un stade avancé.

Les DMA concernent cinq soins :

- Réanimation cardiorespiratoire;
- Ventilation assistée par un respirateur ou par toute autre assistance technique;
- Dialyse rénale;
- Alimentation forcée ou artificielle;
- Hydratation forcée ou artificielle.

6. Modalités

Les niveaux de soins servent à orienter l'offre de soins pour lesquels l'obtention d'un consentement de l'utilisateur ou de son représentant demeure une obligation soumise aux dispositions du Code civil du Québec. En cas d'urgence et dans l'impossibilité d'obtenir dans un délai opportun un consentement de l'utilisateur ou de son représentant, le médecin prendra les décisions cliniques appropriées. Il faut rappeler également qu'en tout temps, l'utilisateur apte à consentir aux soins ou son représentant peuvent révoquer ou réviser un niveau de soins. Lorsque le niveau de soins n'est pas déterminé, les mesures d'urgence habituelles s'appliquent.

6.1. Détermination de l'aptitude à participer à la détermination d'un niveau de soins

Avant de déterminer le niveau de soins, le médecin doit vérifier l'aptitude de l'utilisateur à y consentir. La seule présence d'un trouble cognitif, neurologique ou psychiatrique ne signifie pas que l'utilisateur est automatiquement inapte à consentir. En cas d'inaptitude, le médecin doit noter les résultats de son évaluation au dossier. L'utilisateur apte à consentir peut faire participer toute autre personne qu'il souhaite à la discussion et à la détermination de son niveau de soins.

Si l'utilisateur est inapte à consentir, la procédure se fait avec le représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, et en sa présence dans la mesure du possible. S'il s'avère qu'il y ait absence de représentant, une demande doit alors être adressée au Curateur public qui devra consentir à un niveau de soins sur recommandation du médecin et de l'équipe soignante.

- Le formulaire est disponible à l'adresse électronique suivante :
https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_niveau_soin.pdf

6.2. Vérification de l'existence de volontés antérieures

Lors de la détermination d'un niveau de soins, il est important de valider, au préalable, si l'utilisateur a déjà manifesté ses volontés sous la forme d'une DMA, d'un testament biologique ou dans le cadre d'un niveau de soins déterminé antérieurement. Pour l'utilisateur apte, cela permettra de reprendre ou poursuivre la discussion.

En cas d'inaptitude, une DMA valide et pertinente à la situation actuelle a une valeur prioritaire sur le niveau de soins. Elle doit être systématiquement recherchée et appliquée comme prévu à la Loi concernant les soins de fin de vie.

Cependant, un usager apte à consentir aux soins peut révoquer ou modifier ses DMA, conformément aux modalités prévues dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

Même devenu inapte à consentir aux soins, l'utilisateur peut refuser catégoriquement de recevoir des soins auxquels il a préalablement consenti dans des directives médicales anticipées. L'article 16 du Code civil du Québec, prescrivant l'autorisation du tribunal, s'applique alors.

Lorsqu'un usager inapte à consentir aux soins n'a pas de DMA valide, le représentant participera à la détermination d'un niveau de soins sur la base de la connaissance des souhaits de l'utilisateur alors qu'il était encore apte, afin que les soins correspondent le mieux possible aux souhaits qu'il aurait exprimés s'il était apte à les formuler.

Un usager apte à consentir aux soins qui n'a pas de DMA, et pour qui une démarche de détermination de niveau de soins est entreprise, doit être informé de l'existence de la DMA et de la pertinence d'entreprendre des démarches pour en établir une pour lui-même.

6.3. Cinq composantes de la pratique de détermination des niveaux de soins

La détermination des niveaux de soins est une démarche dynamique qui doit évoluer avec l'état clinique et avec les choix et attentes de l'utilisateur ou de son représentant. La pratique des niveaux de soins comporte cinq composantes : **la discussion, la détermination, la documentation, la transmission et l'application.**

6.3.1. Discussion

La discussion est un échange d'information entre l'utilisateur ou son représentant et le médecin. Ce dernier expose dans un langage accessible les éléments diagnostiques et pronostiques ainsi que les options de soins médicalement appropriés avec leurs chances de succès et leurs risques. L'utilisateur ou son représentant exprime ses besoins et ses attentes en rapport avec ses valeurs et son projet de vie.

Le personnel infirmier est particulièrement susceptible d'amorcer la discussion et d'y contribuer. Il en va de même pour tous les membres de l'équipe de soins qui peuvent être interpellés à différentes étapes du processus, afin de soutenir l'utilisateur et ses proches.

La discussion inclut la vérification, avec l'utilisateur ou son représentant, de sa compréhension de son état de santé, et une disponibilité pour répondre à ses interrogations. Au premier contact, les niveaux de soins doivent être abordés de façon rassurante grâce à l'adaptation de l'information aux besoins de l'utilisateur ou de son représentant. Dans certains cas, il peut être utile de vérifier la réceptivité d'un usager à discuter des niveaux de soins (ex. : souffrance psychologique, croyances et valeurs spirituelles et religieuses). Idéalement, la discussion portant sur les niveaux de soins est amorcée lorsque l'utilisateur est encore apte à consentir aux soins, en amont de situations nécessitant des soins urgents.

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

6.3.2. Détermination

La détermination du niveau de soins est sous la responsabilité du médecin. Elle est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic exprimé en matière de morbidité ou de mortalité et de réversibilité, d'une part, et des répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par l'utilisateur ou son répondant, d'autre part. La détermination contient deux éléments : le niveau de soins et la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire.

Dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, les observations de l'équipe de soins doivent être mises à contribution afin que le niveau de soins demeure cohérent avec la situation actuelle de l'utilisateur.

La détermination d'un niveau de soins est faite en utilisant le formulaire harmonisé. Les options sont exprimées en objectifs de soins qui sont compréhensibles et sont présentées en mettant en balance les bénéfiques, les inconvénients et les risques qui peuvent être anticipés vu l'état de santé actuel de l'utilisateur. Au besoin, des précisions concernant des procédures ou traitements particuliers sont ajoutées. Par exemple, les soins qui pourraient être jugés futiles, non pertinents ou n'ayant pas de probabilité d'être efficaces, devraient faire l'objet d'une mention explicite. La communication de ces informations complexes doit demeurer claire, concise, adaptée au contexte et fournie en temps opportun pour qu'un niveau de soins reflète bien les volontés et les valeurs de l'utilisateur ou son représentant au moment où il est déterminé.

Le niveau de soins et la décision concernant la RCR sont deux éléments distincts à déterminer. Les deux sont toutefois consignés dans le même formulaire. Les définitions sont disponibles sur le formulaire et dans le guide aux annexes 1 et 2.

Le Collège des médecins du Québec, dans l'avis du 1^{er} juin 2011, mis à jour le 18 avril 2017 « *Qui peut inscrire le niveau d'intervention médicale au dossier du patient?* »⁴ mentionne qu'exceptionnellement et en considérant que ce doit être une mesure temporaire, une infirmière qui a évalué la condition physique et mentale de l'utilisateur peut recevoir une ordonnance téléphonique en attendant l'évaluation du médecin.

Il y mentionne aussi que le résident en médecine peut inscrire le niveau d'intervention médicale (NIM) au dossier du patient dans le cadre de sa formation en utilisant le numéro d'identification qui lui a été attribué.

Pour les usagers en centre d'hébergement, le Collège des médecins du Québec (CMQ) mentionne dans son guide sur *La pratique médicale en soins de longue durée, 2015*³, qu'une note intégrant une évaluation médicale sommaire doit être inscrite au dossier par un médecin dans la première semaine d'admission et qu'au cours du premier mois, idéalement à la suite de l'évaluation médicale globale, le niveau de soins devrait être déterminé avec l'utilisateur ou son représentant. La vulnérabilité et la fragilité de la majorité des usagers admis en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) incitent à réaliser dès que possible la détermination du niveau de soins afin de leur assurer des soins cohérents et répondant à leur projet de vie et éventuellement éviter des transferts non souhaités ou inutiles vers un autre milieu de soins.

6.3.3. Documentation

La documentation constitue la trace écrite de la discussion et de la détermination d'un niveau de soins, grâce à l'utilisation du formulaire. Des notes concernant l'amorce des discussions avec l'utilisateur et son représentant doivent être inscrites au dossier afin d'assurer la continuité des soins entre les membres de l'équipe de soins.

6.3.4. Transmission

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

Le formulaire de niveaux de soins le plus récent doit être facilement accessible, notamment en cas d'urgence.

L'autorisation de l'utilisateur ou de son représentant est requise pour la transmission du formulaire à un autre établissement que le CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi qu'à son médecin de famille si ce n'est pas ce dernier qui l'a rempli. Toutefois, dans le cas du transfert de l'utilisateur d'une unité de soins à une autre ou à l'urgence, le consentement est alors implicite et ne requiert pas la signature de l'utilisateur. Le formulaire doit alors être joint au résumé de dossier.

Si une demande de soins préhospitaliers d'urgence est possible, une copie du formulaire signé par le médecin doit être remise à l'utilisateur, à son représentant ou à toute personne susceptible d'être présente à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics (TAP). L'utilisateur ou son représentant doivent signer le document afin que le TAP puisse s'en servir en conformité avec les protocoles d'intervention.

6.3.5. Application

L'application correspond au respect de cette décision concernant le niveau de soins. Dans tous les cas, le consentement aux soins de l'utilisateur ou de son représentant est recherché selon les modalités habituelles.

Les intervenants de l'établissement doivent donc s'informer de l'existence d'un niveau de soins pour tous les usagers auxquels ils dispensent des soins et services. Le niveau de soins a une valeur indicative et doit être interprété en fonction de la situation clinique.

Pour les usagers hébergés en résidences intermédiaires (RI) et de type familial (RTF), le CIUSSS de la Capitale-Nationale a la responsabilité de faire connaître à la ressource la volonté de l'utilisateur en matière de niveau de soins. Ainsi, lorsque cette volonté est connue de l'établissement, elle doit être spécifiée de même que les conséquences de cette volonté envisagées à l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance.

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

Un niveau de soins est qualifié de valide s'il est consigné sur le formulaire prévu à cette fin, signé et daté par un médecin. Les informations qui y figurent sont en accord avec l'état de santé et les choix de l'utilisateur ou de son représentant au moment où le formulaire a été rempli. Dans le doute ou en situation d'urgence, il faut vérifier avec l'utilisateur ou son représentant.

Un niveau de soins étant un outil d'aide à la décision, toute détermination antérieure demeure utile à la poursuite de la discussion. Comme le niveau de soins peut demeurer pertinent ou non en fonction de la stabilité de l'état de santé et de la probabilité de survenue de complications, il doit être révisé à l'occasion de toute modification de la condition clinique ainsi qu'à la demande de l'utilisateur ou de son représentant. Dans le cas où le niveau de soins a été modifié, un nouveau formulaire doit être rempli. Afin de s'assurer de la mise à jour périodique, une révision annuelle, attestée par une note datée et signée au dossier et sur le formulaire, est souhaitable pour tous les usagers.

6.5. Application en situation d'urgence

Avant un transfert (à l'urgence ou autres), il faut valider si un niveau de soins a été déterminé et, si c'est le cas, respecter les directives qui y sont inscrites et joindre le formulaire au dossier pour la continuité des soins. Cela inclut la recherche d'information concernant le transfert ou non vers un centre de soins aigus en situation de changement brusque de la condition de santé de l'utilisateur.

Le personnel de l'urgence en établissement vérifie, dans la mesure du possible, la présence d'une DMA ou d'un formulaire de niveaux de soins et en tient compte en fonction de la situation clinique. En l'absence d'indication et lorsque cela est possible, une discussion sur les niveaux de soins devrait être engagée.

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 en vigueur. Le respect par les TAP du niveau de soins et des décisions des usagers ou de leur représentant concernant la RCR se fait selon les directives spécifiques énoncées dans la section « Directives de non-initiation de la réanimation » du *Protocole québécois d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics* [MSSS, 2016]⁵.

6.6. Soutien aux usagers et aux proches

La discussion quant aux niveaux de soins s'effectue souvent dans un contexte à forte charge émotive. Il importe de ne pas sous-estimer l'importance de l'accompagnement et du dialogue avec les usagers et leurs proches dans ce processus en référant, au besoin, à des ressources telles que psychologue, travailleur social, intervenant spirituel, etc. Dans les situations plus complexes, il faut alors intensifier la collaboration interprofessionnelle.

6.7. Évaluation de la pratique des niveaux de soins

L'évaluation de la pratique des niveaux de soins s'inscrit dans la planification des activités d'évaluation de l'établissement, en coordination avec le CMDP et les directions des services professionnels, des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Les résultats de l'évaluation périodique sont utiles en rétroaction aux cliniciens pour encourager les bonnes pratiques et soutenir les changements.

7. Responsabilités

7.1. Le conseil d'administration

- Adopte la politique.

7.2. Le président-directeur général

- Approuve la politique.
- S'assure de son application.

7.3. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), avec la collaboration de la Direction des services professionnels

- Approuve la politique.
- Collabore à la diffusion de la politique et du formulaire et veille à son application auprès des médecins du territoire.
- S'assure du suivi et de l'évaluation de son application par le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique afin de maintenir la qualité de la pratique médicale.

7.4. Direction des soins infirmiers et direction des services multidisciplinaires

- Veillent à l'application de la politique par les professionnels et les intervenants de l'établissement sous leur responsabilité.
- S'assurent de l'évaluation de son application pour assurer le maintien de la qualité de la pratique clinique.
- S'assurent que les professionnels aient une formation adéquate sur le processus de détermination des niveaux de soins et l'utilisation du formulaire de niveaux de soins.

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

- Contribue avec les autres directions à l'évaluation requise du respect de la politique.
- Assure le suivi de la qualité des services offerts aux usagers par les ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF), en concordance avec les orientations du cadre de référence ministériel, du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial et des

ententes collectives et nationales convenues entre les associations représentatives et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

- Assure le suivi de la qualité des services offerts aux résidents dans les résidences privées pour aînés (RPA) par le respect du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.
- Assure le suivi de la qualité des services offerts aux personnes hébergées par les ressources d'hébergement en dépendance et du respect du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.
- Assure le suivi de la qualité des services offerts aux usagers par les ressources de type « autres » (article 108), en respect du contrat qui les lie à l'établissement.
- Assure le suivi des plans d'amélioration ministériels en CHSLD ainsi qu'en RI-RTF.

7.6. Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)

- Contribue à l'élaboration des stratégies, des outils et des activités de communication nécessaires à la bonne compréhension de tout ce qu'implique la mise en œuvre de cette politique tant auprès des intervenants du CIUSSS de la Capitale-Nationale que des usagers des services et de la population de son territoire.
- Contribue à la mise en œuvre de la politique en soutenant les activités de développement des compétences du personnel concernant le processus associé aux niveaux de soins.

7.7. Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

- Contribue à la mise en œuvre de la politique en soutenant les activités d'enseignement pluridisciplinaire et médical et la valorisation des connaissances, la formation réseau et le rayonnement ainsi que le développement des pratiques innovantes, de leur évaluation et le transfert de connaissances.

7.8. Direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI)

- Offre un service conseil et du support au point de vue juridique.
- Assure la représentation devant les tribunaux, lorsque requis.

7.9. Gestionnaires et chefs de programmes, d'unités et de départements cliniques

- Font connaître la politique et le formulaire harmonisé de niveaux de soins.
- Soutiennent les modalités d'application de la politique auprès de tous les intervenants de l'établissement sous leur responsabilité.
- Assurent la disponibilité d'exemplaires du formulaire partout où il peut être utile, y compris aux soins à domicile, aux cliniques externes, sur les unités, aux salles d'urgence, aux lieux d'enseignement, etc.
- Assurent le soutien clinique auprès des responsables des ressources d'hébergement (RI-RTF) et des RPA.

7.10. Personnel des unités de soins et des programmes cliniques

- Rend le formulaire harmonisé disponible.
- Veille à ce qu'il soit placé correctement dans les dossiers.
- Place la DMA lorsqu'elle existe, juste au-dessus du formulaire de niveaux de soins.
- S'assure que le formulaire harmonisé suive l'utilisateur dans son parcours de soins et soit transmis, avec son consentement, au médecin de famille lorsque le niveau de soins a été déterminé par un autre médecin.

7.11 Personnel du service des archives cliniques

- S'assure que le formulaire est bien classé au dossier lors du retour du dossier aux archives.
- Archive les versions antérieures du formulaire de niveaux de soins afin que le plus récent soit clairement et rapidement repérable.
- Assure le suivi du formulaire auprès des autres services des archives du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour information et classement d'une copie du formulaire au dossier de l'utilisateur, lorsque requis.
- S'assure que le formulaire harmonisé suit l'utilisateur dans son parcours de soins et soit transmis, avec son consentement, au médecin de famille lorsque le niveau de soins a été déterminé par un autre médecin.

7.12. Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique (BPUE)

Le BPUE intervient à la demande des cliniciens, des utilisateurs ou des proches pour aider à résoudre des problèmes éthiques en matière de soins et services, notamment en:

- Conseillant les cliniciens afin de réduire les risques d'incompréhension pour les utilisateurs, leurs proches et les cliniciens.
- Recevant les demandes d'assistance en cas de situation difficile ou conflictuelle concernant l'éthique.
- Offrant du soutien pour formuler leur demande si requis, tant aux cliniciens qu'aux utilisateurs.
- Référant, au besoin, au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en cas de conflits.

7.13. Rôles et responsabilités des intervenants de l'établissement

Cette section reprend des éléments du tableau de la page 15 du Guide de l'INESSS illustrant l'interdisciplinarité dans la pratique des niveaux de soins.

7.13.1 Médecins

- Déterminent le diagnostic, le pronostic et les options de soins.
- Vérifient l'aptitude à participer à la discussion/détermination d'un niveau de soins.
- Dirigent la discussion avec l'utilisateur ou son représentant.
- Consignent les informations de la discussion et, s'il y a lieu, celles en provenance de l'équipe soignante sur le formulaire de niveaux de soins.
- Déterminent ou révisent le niveau de soins en partenariat avec l'utilisateur ou son représentant.
- Consultent un collègue en cas de conflits d'intérêts ou de valeur avec l'utilisateur ou ses proches.
- Signent le formulaire de niveau de soins.

7.13.2 Infirmières/Infirmiers

- Travaillent conjointement pour amorcer la discussion et y participer.
- S'assurent que l'utilisateur ou son représentant et les personnes qu'il a désignées aient reçu toute l'information utile, vérifient leur compréhension du diagnostic, du pronostic, des options de soins proposées et de leurs conséquences.
- Favorisent les échanges interdisciplinaires afin de partager l'information sur l'évolution clinique des utilisateurs quant à un niveau de soins.
- Informent le médecin responsable de toute situation qui remet en question un niveau de soins, particulièrement en cas d'état de santé instable ou qui évolue rapidement.
- Communiquent le niveau de soins au médecin de garde.

7.13.3 Autres intervenants et professionnels de l'établissement

- Contribuent à la vérification de l'existence et de la validité de volontés antérieures ou concomitantes (niveau de soins, DMA, testament de vie ou autres).
- Avisent le médecin de toute demande d'information ou situation clinique qui justifie une discussion quant à un niveau de soins.
- Identifient le représentant pour discuter des niveaux de soins en cas d'inaptitude.
- Offrent au besoin un soutien aux usagers et à leurs proches (psychologue, travailleur social, intervenant spirituel, etc.), selon les disponibilités.
- Signalent le besoin de révision d'un niveau de soins pour qu'il demeure actuel quant à l'état de santé et les volontés de l'utilisateur, et participent à la révision, au besoin.
- Contribuent à l'identification des usagers qui peuvent être visés par les niveaux de soins et diffusent l'information de base préparée à cet effet.
- Partagent avec l'équipe soignante les besoins ou attentes établis au contact des usagers.
- Transmettent les informations utiles pour qu'un niveau de soins soit le plus conforme possible à la situation actuelle et demeure à jour.

8. Entrée en vigueur

La présente politique entre en vigueur à la suite de son adoption par le conseil d'administration le 24 janvier 2018.

9. Annexes

Annexe 1 : Formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » avec les notes explicatives au verso (MSSS).

Annexe 2 : Guide d'utilisation du formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (INESSS).

Annexe 3 : Aide-mémoire niveaux de soins DMA et autres (INESSS).

10. Références

1. INESSS. *Les niveaux de soins : Norme et standards de qualité*. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, 2016 : INESSS; 47 p.
2. Politique *portant sur les soins de fin de vie* du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Novembre 2015.
3. Collège des médecins du Québec. *La pratique médicale en soins de longue durée*. Guide d'exercice. Avril 2015.
4. Collège des médecins du Québec. *Qui peut inscrire le niveau d'intervention médicale au dossier du patient?* 2011-06-01 (mise à jour : 2017-04-18).
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec ; ISBN 978-2-550-75316-2.



DT9261

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins
qui sont médicalement appropriés.

Nom de l'établissement

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			

Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.

Aptitude à discuter des niveaux de soins		
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____ <input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans Nom du tuteur, lien : _____		
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		
Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
<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>	
Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
Arrêt cardiaque (circulatoire) <input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso) <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)	
Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers		
Discuté avec : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant	Nom	
Coordonnées	Lien	
Rapporter les noms des participants ainsi que les mots utilisés pendant la discussion et toute information qui aide à préciser les volontés.		
Nom du médecin	Signature	Date (année, mois, jour)
Coordonnées		

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.

Nom de l'utilisateur ou représentant	Signature	Date (année, mois, jour)

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'inaptitude, 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.

<p>Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires</p>	<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>
<p>Objectif B Prolonger la vie par des soins limités</p>	<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>
<p>Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie</p>	<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>
<p>Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie</p>	<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.

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

Ce guide s'adresse aux professionnels qui rempliront 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).

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'inaptitude 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](#).



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.



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'inaptitude	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>DÉCISION PARTAGÉE</p> <p>Un médecin</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

Liens utiles pour plus d'information :

sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/

www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/index.html

www.cmq.org