

POLITIQUE

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

N° Politique : **POL-041**

N° Procédure découlant : **s.o.**

Responsable de l'application : Direction des services professionnels

Approuvée par : **Comité de direction**

Date d'approbation :
2017-10-24

Date de révision :
2021-10-24

Destinataires : Médecins, personnel infirmier, professionnels et intervenants des équipes interdisciplinaires du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, gestionnaires

1. CONTEXTE¹

Les niveaux de soins sont un outil qui facilite la communication et la prise de décision entre les soignants, les usagers et leurs proches quant aux objectifs de soins à privilégier en contexte de maladies, afin que des soins qui sont médicalement appropriés puissent être adaptés le mieux possible aux volontés des personnes soignées.

La pratique des niveaux de soins est un élément essentiel de la participation des usagers à la prise de décision clinique partagée et a une incidence directe sur la prise en charge clinique et la qualité des soins donnés. L'intégration des niveaux de soins dans les pratiques professionnelles en santé est maintenant considérée comme une nécessité d'ordre éthique et sociale.

En tant qu'établissement offrant des soins de santé, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) vise une plus grande harmonisation entre les soins donnés et les volontés exprimées par les usagers ou leur représentant. Dans un souci de cohérence et de promotion des pratiques exemplaires, le CIUSSS-EMTL adopte un formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » adapté aux recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de janvier 2016, dans tous ses lieux de prestation de soins.

¹ Le présent document a été élaboré en s'inspirant et en reproduisant des sections du document rédigé par l'INESSS :

Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. 2016. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc : INESSS; 47 p.

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique est d'application générale dans l'ensemble du CIUSSS-EMTL, quel que soit le lieu (y compris le domicile) et la nature des soins offerts en fonction des ressources disponibles. Elle s'adresse à tout le personnel médical, infirmier et professionnel et intervenants des équipes interdisciplinaires qui sont impliqués au niveau de la prestation des soins des personnes visées par cette politique.

Cette politique vise en priorité la personne, peu importe son âge et le lieu où elle reçoit des soins, dont la condition médicale laisse entrevoir à court ou à moyen terme, une absence d'amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie. La détérioration de l'état de santé inclut, sans y être limitée, le risque d'un événement de santé aigu surajouté à un état de santé fragilisé par la présence simultanée de plusieurs problèmes de santé, un risque de récurrence ou un risque inhérent aux interventions proposées. La démarche de la détermination d'un niveau de soins s'inscrit donc dans un contexte plus large que strictement celui des soins de fin de vie.

Les situations cliniques suivantes illustrent les personnes qui pourraient être visées :

- Personne ayant une espérance de vie limitée, un risque élevé de détérioration en raison de son état de santé aigu ou chronique ou d'un état de fragilité;
- Personne à risque de complications majeures lors d'une intervention invasive;
- Personne recevant des soins palliatifs ou des soins de fin de vie;
- Personne aux prises avec des troubles cognitifs, particulièrement à leur début, alors que la personne est encore apte;
- Personne suivie en oncologie et ayant un pronostic réservé;
- Personne qui a une probabilité élevée d'être hospitalisée ou admise à l'urgence au cours de l'année;
- Personne admise à l'urgence, en soins aigus ou aux soins intensifs;
- Toute personne qui en fait la demande.

3. OBJECTIFS

- Offrir un outil qui facilite la communication entre les soignants, les usagers ou leur représentant sur les objectifs de soins et de vie afin que les soins médicalement recommandés puissent être adaptés le mieux possible aux volontés des personnes soignées.
- Harmoniser le processus de détermination des niveaux de soins dans l'ensemble des installations du CIUSSS-EMTL et promouvoir leur adoption.
- Respecter en tout temps les droits et libertés reconnus par nos lois ainsi que les normes déontologiques et les standards de pratiques professionnels en ce qui a trait notamment à l'exercice du jugement clinique interdisciplinaire, à l'expression des volontés et au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne, de même qu'à la nécessité d'obtenir un consentement libre, éclairé et révoquant.

4. DÉFINITIONS²

4.1. Niveaux de soins

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.

Les niveaux de soins sont un outil de communication entre le patient ou son représentant, le médecin et l'équipe soignante, ils servent à orienter l'offre de service. Ils ne sont toutefois pas un substitut à un consentement libre et éclairé aux soins. À noter que les directives médicales anticipées (DMA), lorsque disponibles et lorsqu'elles spécifient des soins que la personne devenue inapte aurait refusés, ont préséance sur les niveaux d'intervention médicale qui auraient été discutés avec les représentants légaux.

L'appellation « niveaux de soins » est similaire à celle de « niveaux d'intervention médicale » (NIM) et inclut la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire (RCR).

4.2. Confort

Terme utilisé au sens large pour englober le bien-être physique, psychologique et social. Les déterminants qui participent au confort varient selon les individus et leurs contextes de vie et de soins. Les interventions, les soins et services qui peuvent y contribuer sont par conséquent individualisés et peuvent inclure, par exemple, des traitements habituellement donnés à des fins curatives parce qu'ils représentent, dans un contexte donné, la meilleure option pour soulager l'inconfort.

4.3. Réanimation cardiorespiratoire

Ensemble des interventions d'urgence tentées et déployées 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 et autres). La réanimation cardiorespiratoire, comme tout autre soin, est une intervention qui doit faire l'objet d'une évaluation à partir d'un jugement clinique étayé et qui ne doit être offerte que si elle s'avère appropriée dans les circonstances, et tentée seulement avec le consentement de la personne. L'exigence par la famille ou le représentant de tenter la réanimation cardiorespiratoire jugée inappropriée et disproportionnée, ou lorsqu'elle irait à l'encontre des volontés du patient, contrevient à l'obligation de ne tenir compte que du seul intérêt de la personne et constitue une atteinte grave à l'intégrité de la personne.

² Ces définitions sont issues du Guide de l'INESS : les niveaux de soins : normes et standards de qualité. 2016 (cf. référence)

4.4. Équipe soignante

Ensemble des intervenants qui participent à la prestation des soins et services au patient durant un épisode de soins.

4.5. Représentant

Personne habilitée à donner un consentement substitué pour un patient inapte à consentir aux soins ou pour un patient de moins de 14 ans. Le patient peut être représenté par un mandataire, un tuteur ou un 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 particulier.

La formulation « patient ou son représentant » utilisée dans le présent document signifie qu'il faut considérer d'abord le patient apte à consentir aux soins ou, en cas d'inaptitude, son représentant.

Le représentant ne doit agir que dans le seul intérêt du patient. « Si le représentant exprime un consentement il doit s'assurer que les soins seront **bénéfiques**, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont **opportuns** dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas **hors de proportion** avec le bienfait qu'on en espère (article 12 du C.c.Q) ». Il s'avère ainsi essentiel pour l'équipe soignante et le médecin traitant d'aider le représentant dans ce processus afin de ne pas offrir des soins inappropriés ou disproportionnés et de bien expliquer les risques à tous les niveaux, en lien avec les objectifs de vie du patient et ses valeurs. Le représentant ne peut donc dicter ni exiger des soins inappropriés ou qui ne sont pas dans le meilleur intérêt du patient.

Le représentant doit aussi tenir compte, dans la mesure du possible, des volontés du patient (art 12 C.c.Q).

5. ÉNONCÉ

5.1. Processus de détermination de niveaux de soins

Le processus associé à la détermination des niveaux de soins comporte 5 composantes :

1. La **discussion** est un échange d'informations entre le médecin qui 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, et le patient ou son représentant qui exprime des besoins et des attentes en rapport avec un projet de vie. La discussion inclut la vérification avec le patient ou son représentant, de la compréhension de son état de santé et une disponibilité pour répondre à ses interrogations.

L'infirmière peut travailler conjointement pour amorcer la discussion et y participer. De plus, en présence d'une équipe soignante élargie, une approche collaborative, complémentaire, devrait être encouragée entre les différents intervenants de l'équipe lesquels sont responsables de la cohérence et de la continuité des soins et services (Annexe 2).

2. La **détermination** du niveau de soins est sous la responsabilité du médecin et est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic exprimé en ce qui concerne la morbidité et la réversibilité, d'une part, et les répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par le patient d'autres part. La détermination contient deux éléments :
- Le niveau de soins;
 - La décision concernant la réanimation cardiorespiratoire

La détermination d'un niveau de soins est faite en utilisant le formulaire harmonisé niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire (Annexe 1). Les options sont exprimées en objectifs de soins :

- A)** Prolonger la vie par tous les soins nécessaires;
- B)** Prolonger la vie par des soins limités;
- C)** Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie;
- D)** Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie

Les professionnels peuvent consulter le verso du formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » pour aider à sa complétion ainsi que le guide proposé par l'INESSS (Annexe 4).

Les niveaux de soins sont discutés et déterminés en considérant les bénéfices, les inconvénients et les risques qui peuvent être anticipés vu l'état de santé actuel de la personne et ses objectifs de vie. Il peut s'avérer utile d'ailleurs d'encadrer la réflexion à partir de trois objectifs de soins : **guérir**, **stabiliser** et assurer le **confort**. Ainsi, par exemple, si la guérison n'est plus possible, certains soins devraient être cessés ou ne pas être offerts, ce qui permet de clarifier et de déterminer un niveau de soins et des objectifs de vie cohérents.

Un niveau de soins peut ne pas être établi dès la première discussion si les intervenants et le médecin n'ont pas toutes les informations permettant d'étayer le jugement clinique et si personnes concernées ont besoin de temps pour comprendre l'information fournie et pour préparer leurs questions liées aux conséquences d'un choix de traitement.

La détermination du niveau de soins constitue une composante dynamique des niveaux de soins qui doit évoluer avec l'état clinique et qui peut être influencé par les changements de perceptions et les attentes de l'utilisateur ou de son représentant. Comme le consentement aux soins, il s'agit d'un processus en continu.

La pratique d'établissement des niveaux de soins s'appuie sur les rôles partagés de l'équipe de soins et du médecin dans un contexte de

collaboration interdisciplinaire. Les observations de toute l'équipe de soins peuvent être mises à contribution pour que le niveau de soins demeure cohérent avec la situation actuelle et les volontés de l'usager. Il importe aussi de tenir compte de la collaboration et de la participation attendues de l'usager et de ses proches aux soins et services offerts afin d'assurer qu'ils sont appropriés et proportionnés à cet égard.

3. La **documentation** représente la trace écrite de la discussion et de la détermination d'un niveau de soins et de la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire. Le formulaire en annexe 1 doit être signé par le médecin, daté, versé au dossier de l'usager et facilement repérable.
4. La **transmission** fait référence à l'ensemble des moyens utilisés pour rendre rapidement disponible le formulaire lorsqu'une décision médicale doit être prise, notamment en cas d'urgence.
5. L'**application** se reporte à la prise en compte d'un niveau de soins dans l'offre de soins qui est faite au patient. Dans le cas d'une décision portant sur la réanimation cardiorespiratoire, l'application correspond au respect de cette décision en cas d'arrêt cardiorespiratoire.

5.2. Validité, délai de détermination 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. La présence du formulaire présume que les informations qui y figurent sont toujours en accord avec l'état de santé et, dans la mesure du possible, avec les choix de la personne au moment où le formulaire a été rempli. Dans le doute ou en situation d'urgence, il faut vérifier avec l'usager ou son représentant. Le représentant ne peut exiger des soins qui auraient été refusés par le patient. Il ne peut non plus exiger des soins qui « ne sont pas dans le meilleur intérêt » du patient. Finalement, le refus catégorique de l'inapte implique un recours au tribunal, malgré l'exigence ou le consentement du représentant. Si l'usager est inapte et que des DMA valides et applicables à la situation clinique existent, les DMA doivent être respectées dans les soins à donner (Annexe 3).

Un niveau de soins étant un outil d'aide à la décision et non une prescription pour des soins, il n'a pas de durée de validité préalable. Il doit être révisé à l'occasion de tout changement de l'état de santé, ou à la demande de la personne ou de son représentant, ou périodiquement lorsque la condition est stable. Si le niveau de soins ne change pas, suite à une réévaluation, des notes manuscrites peuvent être laissées dans l'espace prévu sur le formulaire. Si le niveau de soins change, le processus de discussion doit être repris à la lumière du jugement clinique interdisciplinaire et de la prise en compte des volontés de la personne ou de son représentant. Un nouveau formulaire doit alors être utilisé et dûment daté afin de révoquer le précédent.

Un niveau de soins n'est pas un substitut à un consentement éclairé aux soins. En tout temps, la personne apte à consentir aux soins ou son représentant en

tenant compte du meilleur intérêt de la personne, peut révoquer un niveau de soins et celui-ci devra être révisé.

La détermination du niveau de soins est à préciser avec diligence dans un contexte d'admission en centre hospitalier pour une condition aiguë. Le formulaire doit être d'emblée inclus au dossier lors d'une nouvelle admission. Le niveau d'intervention médicale peut être à réévaluer si la condition change ou devient instable, de même que lors de tous transferts inter-établissements. Des consignes quant au niveau d'intervention médicale et de soins devraient être disponibles pour tout usager nouvellement admis en CHSLD. Le niveau de soins pourra également être réévalué si un retour en centre hospitalier a lieu. Advenant plusieurs formulaires de niveaux de soins, la dernière version prévaut.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Discussion, détermination, documentation et transmission des niveaux de soins

6.1.1 Administration

6.1.1.1 Direction des services professionnels

- Direction des soins infirmiers
- Direction des services multidisciplinaires
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

Ces instances, dans le cadre de leurs rôles respectifs, ont la responsabilité de veiller à l'application de la politique par les médecins, les infirmières et tout le personnel soignant, ainsi qu'à son évaluation pour l'amélioration et le maintien de la qualité de la pratique clinique.

6.1.1.2 Chefs de départements cliniques

- Coordonnateurs médicaux
- Coordonnateurs clinico-administratifs
- Chefs d'unité, chefs de secteur et chefs de programme

Ces personnes, dans le cadre de leurs rôles respectifs, sont responsables de faire connaître la politique, le formulaire harmonisé de niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire et ses modalités d'application à tous les intervenants sous leur responsabilité.

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

- La DRHCAJ apporte son soutien aux activités de mise en œuvre et de maintien de la politique notamment en prévoyant les ressources nécessaires à la formation et à la formation continue.

6.1.1.4 Personnel de soutien clinico-administratif (triage, admission, archives, unités de soins). Ces personnes sont responsables de :

- Rendre le formulaire de niveau de soins (Annexe 1) disponible;
- Veiller à ce qu'il soit placé correctement dans les dossiers;
- Placer les DMA, lorsqu'elles existent, juste au-dessus du formulaire de niveaux de soins;
- Archiver les versions antérieures du formulaire de niveau de soins afin que le plus récent soit clairement et rapidement repérable;
- S'assurer que le formulaire suive le patient dans son parcours de soins et soit transmis avec son consentement, au médecin traitant, lorsque le niveau de soins a été déterminé par un autre médecin.

6.1.2 Personnel soignant

- Le médecin est responsable de la détermination du niveau de soins et de la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire. Il doit s'assurer que le processus respecte l'esprit de la présente politique.
- Ce rôle est soutenu par ceux de l'infirmière, de l'équipe soignante et de tout le personnel en proximité avec le patient. Les rôles des différents intervenants sont précisés au Tableau 1 (Annexe 2). Leurs rôles sont en interaction pour que la détermination ou la révision du niveau de soins et du statut quant à la réanimation cardiorespiratoire corresponde le mieux possible aux besoins et aux volontés de la personne ou son représentant qui doit faire part de ce que la personne aurait voulu pour elle-même et qui ne doit agir que dans le seul intérêt de celle-ci.
- Les médecins résidents peuvent participer à la discussion et à la détermination d'un niveau de soins. Dans un tel cas, le formulaire de niveaux de soins doit être contresigné par le médecin responsable dans un délai de 24 heures. Les étudiants et les stagiaires peuvent prendre part à la discussion. Ils ne doivent pas faire la détermination ou la révision d'un niveau de soins, mais doivent transmettre leurs observations à leur superviseur de stage ou au médecin responsable.

- La discussion quant aux niveaux de soins s'effectue souvent dans un contexte à forte charge émotionnelle. Il importe de ne pas sous-estimer l'importance de l'accompagnement des personnes et de ses proches dans ce processus en proposant au besoin, une ressource de soutien aux personnes (psychologue, travailleur social, intervenant en soins spirituels, conseiller en éthique clinique, etc.), selon les disponibilités et expertises de chacun.

6.2. Application des niveaux de soins

6.2.1 Personnel soignant

- Tout professionnel qui offre des soins doit vérifier l'existence d'un formulaire de niveaux de soins au dossier, particulièrement lorsqu'il ne connaît pas l'utilisateur.
- Avant un transfert (à l'urgence ou autre installation), il faut rechercher l'existence d'un formulaire de niveaux de soins et de réanimation cardiorespiratoire afin d'y vérifier les indications à cet égard.
- En présence d'une situation d'urgence et en l'absence d'un formulaire de niveau de soins et de réanimation cardiorespiratoire, une discussion sur les niveaux de soins devrait être engagée, lorsque cela est possible.

6.2.1.1 Médecin

En présence d'un formulaire de niveaux de soins, le médecin vérifie avec le patient ou son représentant, lorsque cela est possible, si les indications y sont toujours valables et les révisé, au besoin. Il propose une offre de soins en conséquence à laquelle le patient est libre de consentir ou refuser. La même discussion doit avoir lieu avec le représentant, si la personne est inapte, et les décisions prises par le représentant ne doivent l'être que dans le seul intérêt de la personne en tenant compte le plus possible de ses volontés.

- Tous les médecins consultants tiennent compte du niveau de soins et de réanimation cardiorespiratoire dans ses recommandations.

6.2.1.2 Infirmière ou infirmier

- L'infirmière ou l'infirmier assure la continuité des soins tout au long de l'épisode de soins notamment en informant le médecin traitant ou le médecin de garde (ou le résident) de l'existence et du contenu du formulaire de niveau de soins et de réanimation cardiorespiratoire.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction des services professionnels

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Directions et secteurs partenaires

- Direction du programme au soutien à l'autonomie de la personne âgée
- Direction santé mentale
- Direction jeunesse
- Direction de réadaptation physique et intellectuelle
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil des infirmières et des infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Direction des soins infirmiers
- Direction des services multidisciplinaires
- Direction de l'enseignement

7.3. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction des services professionnels

Responsable de la mise en application de la présente politique.


9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

10. ANNEXES

- Annexe 1 : Formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire »
- Annexe 2 : Tableau 1 « Illustration de l'interdisciplinarité dans la pratique des niveaux de soins »
- Annexe 3 : Aide-Mémoire - Niveaux de soins, DMA et autres
- Annexe 4 : Guide d'utilisation du formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire »

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec	N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
	Nom, Prénom :		
 EST10004	Nom de la mère :		
	Adresse :		
Téléphone :			
NAM :		Expiration :	
NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE			
<i>Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.</i>			
APTITUDE À DISCUTER DES NIVEAUX DE SOINS			
<input type="radio"/> Apte <input type="radio"/> Inapte : <input type="radio"/> Mandat homologué <input type="radio"/> 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			
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (RCR)			
Arrêt cardiaque (circulatoire) : (Ne s'applique pas aux objectifs C et D) <input type="radio"/> Tenter la RCR <input type="radio"/> Ne PAS tenter la RCR		Cocher si NON désiré : Pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso) <input type="radio"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="radio"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)	
<input type="radio"/> OBJECTIF A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires			NIVEAU 1
Soins maximaux : Correction de toute fonction altérée par tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés disponibles, incluant la réanimation cardiorespiratoire avec intubation et transfert aux soins intensifs.			
<input type="radio"/> OBJECTIF B : Prolonger la vie par des soins limités			NIVEAU 2
Correction de toute détérioration jugée réversible par des moyens proportionnés avec restriction pour certains traitements. <i>Préciser, le cas échéant, ce qui est souhaité :</i>			
Défibrillateur		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Intubation endo-trachéale		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Ventilation non-invasive (BiPAP, CPAP)		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Dialyse		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Alimentation entérale (Gavage)		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Transfusion → Compléter le formulaire de consentement spécifique		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> OBJECTIF C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie			NIVEAU 3
Correction des pathologies réversibles et contrôle des symptômes par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort : Pas de transfert à l'hôpital (ou aux soins intensifs si déjà hospitalisé), sauf si on ne peut soulager la douleur ou tout autre symptôme causant une détresse avec les moyens disponibles sur place. Par exemple : Prélèvement sanguin, solutés, antibiothérapie. <i>Préciser ce qui est accepté :</i> _____			
<input type="radio"/> OBJECTIF D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie			NIVEAU 4
Soins de confort : Interventions visant exclusivement le confort par le traitement de la douleur ou de tout autre symptôme inconfortant sans chercher à préciser ou corriger la pathologie sous-jacente.			
Discuté avec : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant Nom : _____ Lien : _____ Coordonnées : _____			
_____ Nom du médecin		_____ Signature	
_____ Coordonnées		_____ No de permis Date	

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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.

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.

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Tel que proposé par l'INESSS

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Tableau 1 Illustration de l'interdisciplinarité dans la pratique des niveaux de soins

MÉDECIN		Déterminer le diagnostic, le pronostic et les options de soins.		MÉDECIN	
		Vérification de l'aptitude à participer à la discussion/détermination d'un niveau de soins.			
		Diriger la discussion avec le patient ou son représentant.			
		Consigner 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.			
		Déterminer ou réviser le niveau de soins en partenariat avec le patient ou son représentant.			
		Consulter un collègue en cas de conflit d'intérêt ou de valeur avec le patient ou ses proches.			
		Signer le formulaire de niveaux de soins.			
MÉDECIN	INFIRMIÈRE / INFIRMIER	Travailler conjointement pour amorcer la discussion et y participer.		INFIRMIÈRE / INFIRMIER	
		S'assurer que le patient ou son représentant, et les personnes qu'il a désignées, aient reçu toute l'information utile, et vérifier leur compréhension du diagnostic, du pronostic, des options de soins proposées et de leurs conséquences (voir la section Ressources).			
		Favoriser les échanges interdisciplinaires afin de partager l'information sur l'évolution clinique des patients quant à un niveau de soins.			
		Informier 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.			
		Communiquer le niveau de soins au médecin de garde.			
	AUTRES SOIGNANTS	Vérifier l'existence et la validité de volontés antérieures ou concomitantes (niveau de soins, DMA, testament de vie ou autres).		AUTRES SOIGNANTS	
		Aviser le médecin de toute demande d'information ou situation clinique qui justifient une discussion quant à un niveau de soins.			
		Identifier le représentant pour discuter des niveaux de soins en cas d'inaptitude.			
		Offrir au besoin un soutien aux personnes (psychologue, travailleur social, intervenant spirituel, éthicien clinique, etc.), selon les disponibilités.			
		Signaler le besoin de révision d'un niveau de soins pour qu'il demeure actuel quant à l'état de santé et les volontés de la personne, et participer à la révision, au besoin.			
PERSONNEL DE PROXIMITÉ ¹⁰	Déterminer les personnes qui peuvent être visées par les niveaux de soins et diffuser l'information de base préparée à cet effet.		PERSONNEL DE PROXIMITÉ		
	Partager avec l'équipe soignante les besoins ou attentes établis au contact des patients.				
	Transmettre les informations utiles pour qu'un niveau de soins soit le plus conforme possible à la situation actuelle et demeure à jour.				

¹⁰ Inclut les personnes qui œuvrent à proximité des patients comme les préposés, les techniciens, les bénévoles, etc.





AIDE MÉMOIRE

Niveaux de soins, DMA et autres

Par qui ?

Avec qui ?

Quand ?

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.

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.

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'incapacité à consentir aux soins
Document par lequel une personne désigne, alors qu'elle est apte et en prévision de son incapacité, 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'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**

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



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'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](#).