

## **POLITIQUE D'ADMISSION ET DE SÉJOUR**

**TABLE DES MATIERES**

**1 - OBJET DE LA POLITIQUE.....2**

**2 – PRINCIPES .....2**

**3 – CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN .....2**

**3.1 ADMISSION À LA MAISON .....3**

        3.1.1 Analyse du dossier par le comité d’admission en cas de situations complexes.....4

        3.1.2 Gestion de la liste d’attente par les infirmières de liaison.....4

        3.1.3 Lit de répit à la Maison .....4

        3.1.4 Considérations particulières en lien avec la Loi concernant-les soins de fin de vie.....5

        3.1.5 Gestion des séjours des personnes dont la condition clinique s'est stabilisée ou améliorée...6

**3.2 LE CENTRE DE JOUR BONENFANT-DIONNE .....6**

        3.2.1 Gestion des inscriptions qui se prolongent.....7

**3.3 LE SERVICE DE RÉPIT À DOMICILE..... 7**

**3.4 CRITÈRES D’EXCLUSION À TOUS LES SERVICES DE LA MMS ..... 8**

**4 – RÉVISION DE LA POLITIQUE D’ADMISSION .....8**

**ANNEXE 1 Essence, rythme et esprit des soins dans une maison de soins palliatifs et de fin de vie .... 9**

**ANNEXE 2 Niveaux et détermination des objectifs de soins..... 10**

Maison Michel-Sarrazin		Conseil d’administration	
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3

## 1 - OBJET DE LA POLITIQUE

La présente politique, adoptée et révisée par le conseil d'administration, définit les principes, les critères d'admissibilité et les modalités d'admission à la Maison Michel-Sarrazin qui comprend l'étage des chambres, ci nommé dans le présent document La Maison, le Centre de jour Bonenfant-Dionne et le Service de répit à domicile.

La présente politique est révisée aux deux ans par le comité de la politique d'admission. Toute situation exceptionnelle non prévue à la présente politique doit être soumise à la direction générale pour décision.

## 2 – CONTEXTE

La Maison Michel-Sarrazin est une œuvre sans but lucratif, dont la triple mission est d'offrir des soins palliatifs et des soins de fin de vie, de l'enseignement, de la formation et de la recherche. Son affiliation avec l'Université-Laval en fait le partenaire principal de *l'Institut de soins palliatifs et de fin de vie Michel-Sarrazin – U. Laval*.

Dans le cadre de cette politique, afin de bien identifier les différentes composantes de l'œuvre, les appellations suivantes sont utilisées :

- La Maison Michel-Sarrazin* est l'entité qui englobe l'ensemble des services ;
- La Maison* correspond à l'étage où sont prodiguées les soins de fin de vie ;
- Le Centre de jour Bonenfant-Dionne* est le lieu qui reçoit des personnes en phase palliative de la maladie;
- Le Service de répit*, correspond aux services offerts aux personnes proches aidantes qui accompagnent à domicile des personnes en fin de vie.

Soucieuse de la communauté qu'elle dessert, la Maison Michel-Sarrazin désire maintenir le haut niveau de qualité de ses pratiques cliniques, scientifiques, pédagogiques et de gestion afin de continuer à offrir des soins et des services de pointe et d'assurer la promotion des innovations.

## 3 –CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À LA MAISON MICHEL-SARRAZIN

- La personne malade est atteinte d'une maladie oncologique avancée et connaît la nature de sa maladie ;
- Cette personne désire, ou a déjà manifesté, le désir de bénéficier des services de la Maison Michel-Sarrazin ;
- Elle est en mesure de consentir à la demande. Si la demande est formulée par un tiers, la personne malade doit être au courant de cette démarche et y consentir. En cas d'incapacité à consentir à la demande ou à l'admission, un consentement substitué est obtenu en respect de ses volontés ;
- Cette personne est majeure. Selon les circonstances, une dérogation est possible après évaluation ;
- Cette personne, ou ses proches, réside dans la grande région de la Capitale-Nationale ce qui inclut la rive sud de Québec. Cependant des demandes en provenance de l'extérieur peuvent être considérées dans la mesure où la condition clinique permet le déplacement de la personne et que son réseau de soutien est dans la région. Dans un tel cas, la rencontre d'évaluation se fait de façon virtuelle et toujours en lien avec l'équipe soignante ;

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27
	Manuel de gestion      Partie I      Chapitre 3

- Lorsqu'une personne malade bénéficie des soins et des services de la Maison Michel-Sarrazin, tous ses proches, quels que soient leur âge ou leur lieu de résidence, ont accès aux services multidisciplinaires de soutien et d'accompagnement.

### 3.1 ADMISSION À LA MAISON

La personne malade pour qui une demande est faite, est en phase terminale de cancer. Sa condition clinique laisse entrevoir que son espérance de vie est estimée à moins de trois (3) mois ce qui permet l'ouverture de son dossier. Elle comprend que tous les traitements qui lui seront offerts viseront à assurer son confort en respect de l'évolution de la maladie en mettant l'accent sur la qualité de vie et l'atténuation des souffrances.

La personne malade elle-même, toute personne significative de son entourage ou de son équipe soignante, peuvent formuler une demande d'admission.

La Maison Michel-Sarrazin s'engage à ce que les demandes reçues soient traitées majoritairement à l'intérieur de 48 heures ouvrables. À l'intérieur de ce délai, un premier contact doit être effectué auprès des référents afin de les aviser que la demande a bien été reçue et de convenir avec eux du moment où il sera pertinent de contacter la personne malade et ses proches afin de fixer la date de la première rencontre. Lors de cette rencontre, l'infirmière de liaison évalue la condition de la personne et répond à ses préoccupations. Elle l'éclaire entre autres sur les spécificités relatives aux soins et services dispensés en maison de soins palliatifs (en s'inspirant de l'*annexe 1*). Cette évaluation implique également des échanges quant au niveau et à la détermination des objectifs de soins (*niveau de soins D- annexe 2*).

Certaines circonstances peuvent être prises en compte dans le traitement spécifique d'une demande, comme par exemple, en cas d'un pronostic inférieur à 7 jours ou une situation de crise. L'infirmière de liaison évalue alors avec la personne et ses proches la pertinence d'ouvrir un dossier, tout en leur proposant un accompagnement adapté en fonction des besoins exprimés ou en leur suggérant le Service de répit, le cas échéant.

Toute demande est reçue, analysée et déterminée par les infirmières de liaison comme étant admissible ou non, conformément aux critères définis par la Maison Michel-Sarrazin.

Si le pronostic est supérieur à deux (2) mois, des réévaluations périodiques permettent de suivre l'évolution de la condition clinique et du pronostic. Ainsi, lorsque le pronostic devient estimé à moins de deux (2) mois, la personne est alors reconnue comme étant admissible. Lorsque la personne devient admissible, elle est inscrite sur la liste d'attente, jusqu'à ce qu'un lit soit disponible.

Une personne qui a été admise et qui quitte la Maison en raison d'une amélioration de sa condition clinique et de son pronostic, est assurée d'une réadmission prioritaire à toute autre admission.

Maison Michel-Sarrazin		Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I	Chapitre 3

### 3.1.1 Analyse du dossier par le comité d'admission en cas de situations complexes

Ce comité est obligatoirement composé de la directrice des soins infirmiers ou de sa représentante, d'une infirmière de liaison et d'un médecin et si requis, du chef du service multidisciplinaire ou de son représentant.

Pour être considérée en situation complexe, une personne doit présenter une condition ou des enjeux bio-psycho-sociaux qui peuvent compromettre l'équilibre nécessaire à une évolution sécuritaire de sa situation et de celle de ses proches.

Un comité d'admission peut également être tenu lorsqu'une situation nécessite une analyse particulière comme par exemple, lorsqu'une personne qui était admissible présente dorénavant une condition clinique et un pronostic qui s'améliorent au point qu'elle ne répond plus aux critères d'admissibilité. Il sera alors statué de son retrait de la liste d'attente, et selon sa condition clinique ou son pronostic, du maintien ou non de l'ouverture de son dossier. Si le dossier est fermé, la personne malade sera invitée à reformuler une nouvelle demande d'admission. Si elle est alors admissible, elle sera inscrite sur la liste d'attente en date de cette deuxième demande.

Un comité est aussi tenu en réponse à une demande d'accès au lit de répit de La Maison, demande reçue par les infirmières de liaison tel que précisé à la section *Lit de répit à la Maison*.

### 3.1.2 Gestion de la liste d'attente par les infirmières de liaison

Lorsque des personnes malades sont inscrites sur la liste d'attente puisque des lits ne sont pas disponibles, le critère de la date de la demande est alors considéré en tenant compte de la condition clinique des personnes inscrites.

Les infirmières de liaison peuvent inverser le rang d'admission entre les personnes sur la liste d'attente, si l'état général de l'une d'entre elles se détériore.

En tout temps, une personne malade admissible qui présente une situation urgente pourrait être priorisée sur la base de sa condition clinique plutôt que de ne tenir compte que de la chronologie de sa demande.

Une personne malade à qui l'on offre un lit mais qui ne se sent pas prête à être admise à ce moment quel que soit son motif, demeure sur la liste d'attente mais il est convenu avec elle qu'elle doit nous aviser lorsqu'elle sera prête à ce qu'on lui offre un lit. D'ici là, tout lit disponible sera offert aux autres personnes sur la liste.

### 3.1.3 Lit de répit à la Maison

Ce lit est accessible aux personnes malades atteintes d'une maladie oncologique qui font appel aux services de la Maison Michel-Sarrazin. Dans l'optique des parcours intégrés de soins palliatifs, des personnes malades avec un pronostic de plus de 3 mois pourraient être admises dans ce lit pour répit et réponse à leurs besoins bio-psycho-sociaux. Cette situation peut se présenter par exemple lorsque le maintien à domicile peut être compromis en raison de l'état instable de la personne malade.

Maison Michel-Sarrazin		Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I	Chapitre 3

Les critères d'admission pour ce lit :

- La personne provient de son domicile et elle y retournera et sera reprise en charge par son équipe de soins (incluant un médecin ou une IPS) puisque cette offre de service est temporaire et que son caractère est transitoire ;
- Aucune admission dans ce lit ne se fait en urgence ;
- La référence provient d'un des membres d'une équipe interdisciplinaire et elle est adressée aux infirmières de liaison qui tiennent ensuite un comité d'admission ;
- La prise en charge par la Maison Michel-Sarrazin ne nécessite aucun plateau technique spécialisé pour un meilleur contrôle des symptômes ;
- Le séjour ne pourra pas excéder 3 semaines consécutives et l'équipe de soutien à domicile aura été préalablement avisée qu'elle reprendra ensuite la responsabilité de cette personne ;
- Les objectifs de soins de la personne malade sont en cohérence avec la mission et les ressources de la Maison qui stipulent entre autres qu'aucune réanimation cardio-respiratoire n'est pratiquée.

### 3.1.4 Considérations particulières en lien avec la Loi concernant-les soins de fin de vie

- La Maison Michel-Sarrazin est une maison de soins palliatifs et de fin de vie qui inclut dans sa prestation de soins la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.
- Tel que précisé dans la Loi, une personne ou un tiers peuvent demander une sédation palliative continue. Cependant, ce soin a des indications médicales précises et des balises claires qui devront être discutées avec le médecin traitant afin qu'il évalue la pertinence de cette demande. Il est entendu que le médecin lui-même peut proposer ce soin à la personne malade.
- De même, tel que précisé dans la Loi, une personne peut avoir formulé une demande d'aide médicale à mourir avant son admission à la Maison. Elle peut également la formuler au cours de son séjour.
- La personne est jugée admissible à la Maison d'abord en fonction de sa réponse aux critères d'admissibilité, qu'elle ait fait ou non une demande d'AMM. La personne est alors placée sur la liste d'attente au même titre que les autres personnes admissibles et son rang sur la liste est déterminé selon les critères énoncés antérieurement à la section 3.1.
- Dans ce même esprit, il est entendu que lorsqu'un professionnel administre une AMM à la Maison, la prestation de ce soin est faite en concertation avec tous les membres de l'équipe interdisciplinaire dans la visée holistique et humaniste des soins de fin de vie. La direction des services professionnels, la direction des soins infirmiers et les services multidisciplinaires encadrent cette pratique.

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3

### 3.1.5 Gestion des séjours des personnes dont la condition clinique s'est stabilisée ou améliorée

Il arrive des situations où la condition clinique d'une personne admise à la Maison se stabilise et s'améliore. Cette personne est dans une période de stabilité ou d'amélioration qui perdure depuis quelques semaines. Il est alors demandé de façon concertée par la direction des soins infirmiers, le médecin traitant et l'intervenant psycho-social d'évaluer la pertinence d'une réévaluation.

Il convient alors de procéder à une évaluation multidisciplinaire documentée qui tienne compte d'éléments temporels, cliniques et psycho-sociaux. Si cela est jugé nécessaire, des consultations externes et des examens complémentaires sont faits afin que l'équipe évalue la pertinence de l'offre de services de notre milieu par rapport à la condition de la personne.

Si, au terme de l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire, la démarche justifie qu'une relocalisation soit envisagée, la question est discutée ouvertement avec la personne malade et ses proches pour l'informer que ce processus sera mis en œuvre. L'équipe offre l'accompagnement nécessaire pour aider la personne malade et ses proches à faire la réflexion suscitée par ce processus.

Dans ces circonstances, la direction générale doit rapidement être avisée du processus de réévaluation et de relocalisation éventuelle, compte tenu des considérations d'équité et des démarches de relocalisation à entreprendre avec le Centre intégré de santé et de services sociaux concerné.

La personne malade pour qui l'on prévoit un départ de la Maison sera accompagnée afin que soient mis en place l'ensemble des soins et services en concertation avec les partenaires du réseau de la santé. Au départ de la Maison la personne est confiée aux ressources du réseau qui prennent le relais.

### 3.2 LE CENTRE DE JOUR BONENFANT-DIONNE

Une personne malade ou toute personne significative de son entourage, peut formuler une demande d'inscription. La personne peut aussi être référée par un professionnel du CLSC ou d'un centre hospitalier, par un médecin de famille ou par les infirmières de liaison de la Maison Michel-Sarrazin. Si la demande est formulée par un tiers, la personne malade doit être au courant de cette démarche et y consentir.

La demande d'inscription est reçue et évaluée par la directrice du Centre Bonenfant-Dionne ou l'infirmière clinicienne. Lors de la première visite une évaluation des besoins est débutée et les services sont présentés.

Lorsque requis, un plan d'intervention interdisciplinaire est établi à la suite de l'évaluation de la situation et des besoins.

La personne malade est en phase palliative d'un cancer pour lequel des traitements à visée non curative peuvent être encore envisagés afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie.

- La personne provient de son domicile et est apte à réaliser certaines activités de la vie quotidienne.
- La personne doit pouvoir se déplacer ou être aidée afin de fréquenter le Centre de jour.

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3

- La personne est idéalement suivie par un médecin traitant et reçoit les services de soutien à domicile d'un CLSC. Si tel n'est pas le cas, et si requis, le personnel du Centre de jour Bonenfant-Dionne établira les contacts pour l'ouverture d'un dossier au service de soutien à domicile du CLSC.
- Les proches significatifs d'une personne qui fréquente le Centre de jour Bonenfant-Dionne peuvent bénéficier de certains services pré déterminés qui y sont offerts lorsqu'ils accompagnent la personne malade lors de sa journée au Centre de jour.
- Lorsque la condition d'une personne qui fréquente le Centre de jour peut la rendre admissible à la Maison, son dossier peut être acheminé au Service de la liaison pour une admission éventuelle, si tel est son souhait.

### 3.2.1 Gestion des inscriptions qui se prolongent

Il arrive des situations où la condition clinique d'une personne inscrite au Centre Bonenfant-Dionne se stabilise, s'améliore et prolonge sa période de fréquentation. Dans cette situation, il est pertinent de réévaluer, de concert avec l'invité, la pertinence de sa présence en réponse à ses besoins actuels, mais aussi de valider l'appariement et la cohérence entre les services offerts et ses besoins.

Advenant la fin de la fréquentation du Centre de jour par un invité, il revient à l'équipe du Centre d'assurer un arrimage avec les services à domicile si cela est requis.

La personne malade qui cesse de fréquenter le Centre Bonenfant-Dionne en raison de l'évolution favorable de sa condition clinique reçoit l'assurance qu'elle pourra s'y réinscrire lorsque sa condition le requerra à nouveau.

### 3.3 LE SERVICE DE RÉPIT À DOMICILE<sup>1</sup>

- Le service de répit à domicile vise à offrir un service complémentaire de soutien à domicile pour les personnes proches aidantes qui accompagnent une personne en fin de vie qui souhaite vivre le plus longtemps possible à domicile, ou même d'y décéder si les conditions le permettent.
- Ce service cible tout particulièrement la période où l'intensité des soins requis au maintien de la personne malade à domicile augmente, c'est-à-dire au cours des 8 dernières semaines de vie.
- Des critères spécifiques sont à respecter pour y avoir accès :
  - La personne en fin de vie est adulte et doit être atteinte d'une maladie oncologique ;
  - La personne doit être soutenue par l'équipe de soins palliatifs d'un CLSC ;
  - Présence d'un médecin;
  - Le service est offert aux résidents de la grande région de la Capitale Nationale ce qui inclut la portion rapprochée de la rive-sud de Québec ;

Aussi, si tel est le souhait de la personne malade, elle pourra faire une demande pour une admission éventuelle à la Maison.

<sup>1</sup> Au moment de la mise à jour de la présente politique, le service de répit qui a débuté le 17 avril 2023 est un projet entériné par le MSSS pour un financement non récurrent d'une durée de 2 ans avec une possibilité d'extension d'une année supplémentaire. En conséquence, seule une description sommaire du service est ici présentée.

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3



### 3.4 CRITÈRES D'EXCLUSION À TOUS LES SERVICES DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN

- La personne n'est pas atteinte d'une maladie d'origine oncologique ;
- La personne malade est mineure. Selon les circonstances, une dérogation est possible après évaluation ;
- La personne est inapte et il y a absence d'un consentement substitué ou de l'avis d'un représentant légal ;
- La personne est porteuse d'une maladie infectieuse qui ne peut être prévenue par les mesures de prévention applicables au sein de la Maison ou qui requiert un isolement avec antichambre ou ventilation spéciale;
- La personne présente des troubles sévères de comportement, qui peuvent représenter un danger pour elle-même ou pour autrui.

### 4 – RÉVISION DE LA POLITIQUE D'ADMISSION

Le comité d'admission élargi, responsable de la mise à jour de la politique d'admission et de séjour, est chargé d'évaluer les problèmes d'application de la présente politique et d'apporter les mesures d'amélioration opérationnelles requises.

Le comité est également responsable de la révision de la politique d'admission et de séjour aux deux (2) ans, mais il peut se réunir aussi souvent que l'exige son mandat.

- Le comité d'admission élargi est composé des directeurs ou chefs suivants :
  - La directrice générale ;
  - La directrice générale adjointe ;
  - Le chef du service médical ;
  - Le chef du CMDP ;
  - La directrice des soins infirmiers ;
  - La directrice du Centre Bonenfant-Dionne ;
  - Le chef du Service multidisciplinaire ;
  - La cheffe des Services de la liaison et de répit à domicile.

Toute recommandation d'amendement de la présente Politique est soumise au conseil d'administration, pour approbation.

Maison Michel-Sarrazin		Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I	Chapitre 3

---

## ANNEXE 1

### ESSENCE, RYTHME ET ESPRIT DES SOINS DANS UNE MAISON DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

**Document réservé à l'usage exclusif des membres du personnel et des bénévoles de la Maison Michel-Sarrazin<sup>2</sup>. Toute diffusion externe doit être autorisée.**

Une maison de soins palliatifs et de fin de vie se définit d'abord par sa philosophie, ses valeurs et son approche au regard des soins palliatifs et des soins de fin de vie.

À la Maison Michel-Sarrazin (MMS), la personne malade est au cœur de la mission qui consiste essentiellement dans l'accompagnement<sup>3</sup> et le soulagement de la souffrance des personnes malades dans toutes les dimensions que peuvent prendre leurs besoins et leurs choix. Ceci sous-tend le respect de leur capacité à prendre les décisions qui les concernent (autodétermination).

Les proches des personnes malades sont aussi au centre des préoccupations. Ensemble, les personnes malades et leurs proches constituent une dyade indissociable à laquelle toutes les interventions prodiguées<sup>4</sup> doivent s'ajuster. Il en va du respect de notre engagement envers les personnes qui choisissent de nous accorder leur confiance.

La singularité de cette approche prend appui sur la richesse que constitue *Le prendre soin*. Ce dernier doit reposer sur l'humanisme requis dans l'agir de toute personne qui accompagne la souffrance d'autrui. Il importe donc que les intervenants adhèrent et considèrent comme inconditionnel le respect accordé à la personne malgré les défis que représente l'expression de la souffrance. Cette dernière peut se décliner de multiples façons, parfois confrontantes, parfois troublantes.

Il s'agit donc d'une mission fort exigeante en raison de l'omniprésence de la finalité de la vie, des pertes qui y sont associées et des deuils réels et anticipés.

Le *Prendre soin* suppose aussi que les intervenants peuvent travailler dans un environnement favorable à l'expression des sentiments et des doutes. Ceci implique que les valeurs qui sont vécues auprès des personnes malades et de leurs proches se traduisent également dans les rapports des intervenants entre eux.

---

<sup>2</sup> Ce document pourra éventuellement être à la base de la production d'un feuillet informatif abrégé et simplifié à l'intention des personnes malades et de leurs proches.

<sup>3</sup> **L'accompagnement** comprend autant les soins médicaux, infirmiers et pharmacologiques, que la présence des proches et les soins offerts par les bénévoles. Il se fait en équipe dans un environnement et un temps qui favorisent la proximité entre la personne malade, le personnel et les proches.

<sup>4</sup> **Intervenants en maison de soins palliatifs** : nous référons ici à toutes les personnes, membres du personnel et bénévoles qui constituent la grande équipe de toute maison de soins palliatifs, ce qui assure une complémentarité dans la réponse aux besoins.

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27
	Manuel de gestion      Partie I      Chapitre 3

### **L'essence des soins**

- La personne malade est au centre des soins ;
- Des soins personnalisés qui répondent aux besoins, aux désirs et aux préférences de la personne malade;
- La considération qu'un être humain continue de se développer quotidiennement même en traversant la souffrance et qu'en conséquence ses besoins se modulent (philosophie de *l'Humaindevenant*)<sup>5</sup>. ;
- L'importance du lien entre la personne malade, ses proches et les membres de l'équipe soignante.

### **Le rythme des soins**

- S'ajuster au rythme de la personne selon ses besoins et l'expression de ses décisions ;
- Prendre le temps. « ... s'asseoir pour écouter... » ;
- Prendre conscience que le temps est précieux;
- Respecter des rituels notamment à l'arrivée de la personne par un accueil signifiant et lors du décès, dans un souci d'accueil, de mémoire et de dignité.

### **L'esprit des soins et leur espace**

- L'importance de la beauté dans l'approche, dans l'agir, dans la posture comme dans les lieux intérieurs et extérieurs ;
- Un espace accueillant et sécurisant, à mesure humaine, habité d'un esprit d'altruiste ;
- Une intimité préservée, une pudeur respectée ;
- Un élan communautaire qui se traduit par la présence de bénévoles.

### **Une équipe soignante bienveillante**

- La recherche d'une solidarité d'équipe par des échanges riches et respectueux ;
- Une gouvernance qui reconnaît le rôle essentiel de chacun dans lequel se déclinent tous les aspects de son unicité et ce, au bénéfice de la personne malade et de ses proches ;
- Des soins globaux et holistiques prodigués par des soignants compétents qui y mettent le meilleur d'eux-mêmes en respect des meilleures pratiques ;
- Une responsabilité partagée entre les soignants dans la transmission des savoirs ;
- Une réponse rapide et juste aux demandes grâce à une organisation optimale du travail.



---

<sup>5</sup> Parse, R. (2003). *L'humain en devenir : Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Traduit par F. Major. Québec : Presses de l'Université Laval.

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27
	Manuel de gestion      Partie I      Chapitre 3

ANNEXE 2

Niveaux et détermination des objectifs de soins

  <p>DT9261</p>		Nom de l'utilisateur Prénom N° de dossier Date de naissance Année    Mois    Jour Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° d'assurance maladie			
<p><b>NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE</b>                  Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.</p>		Nom de l'établissement			
<p>Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.</p>					
<p><b>Aptitude à discuter des niveaux de soins</b></p> <p><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 : _____</p>					
<p>Volontés antérieures :    <input type="checkbox"/> Aucune disponible    <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur    <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée    <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre</p>					
<p><b>Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b></p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires  <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités  <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie  <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie                 </td> <td>                 Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers.                  Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.             </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.
<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. Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.				
<p><b>Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b></p> <table border="1"> <tr> <td> <p><b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b></p> <input type="checkbox"/> Tentier la RCR  <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR                 </td> <td>                 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)             </td> </tr> </table>				<p><b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b></p> <input type="checkbox"/> Tentier 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)
<p><b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b></p> <input type="checkbox"/> Tentier 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)				
<p><b>Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers</b></p> <p>Discuté avec :    <input type="checkbox"/> Usager    <input type="checkbox"/> Représentant    Nom _____    Lien _____</p> <p>Coordonnées _____</p> <p>Rapporter les noms des participants ainsi que les mots utilisés pendant la discussion et toute information qui aide à préciser les volontés.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
Nom du médecin Coordonnées		Signature Date (année, mois, jour)			
<p>Si une copie est remise à l'utilisateur ou à son représentant, elle est signée par eux pour que les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire.</p>					
Nom de l'utilisateur ou représentant		Signature Date (année, mois, jour)			
AH-744 DT9261 (2016-01)		<p align="center"><b>NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE</b></p> <input type="checkbox"/> Dossier de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Copie au médecin			

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27
Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3

**Notes explicatives**

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

**Description des niveaux de soins**

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

<p><b>Objectif A</b> Prolonger la vie par tous les soins nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert<sup>1</sup> si l'intervention n'est pas disponible sur place.</li> <li>• Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs.</li> </ul> <p>► <b>En préhospitalier</b>, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire<sup>2</sup> et l'assistance respiratoire<sup>3</sup> sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
<p><b>Objectif B</b> Prolonger la vie par des soins limités</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés<sup>4</sup> ou inacceptables<sup>4</sup> 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>).</li> </ul> <p>► <b>En préhospitalier</b>, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire<sup>2</sup> et l'assistance respiratoire<sup>3</sup> sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
<p><b>Objectif C</b> Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes.</li> <li>• 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>).</li> <li>• 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>).</li> </ul> <p>► <b>En préhospitalier</b>, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire<sup>3</sup> est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire<sup>2</sup> sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
<p><b>Objectif D</b> Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>).</li> <li>• Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel.</li> <li>• 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>).</li> <li>• 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>).</li> </ul> <p>► <b>En préhospitalier</b>, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de saibutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire<sup>3</sup> (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire<sup>2</sup> 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.

<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> L'assistance ventilatoire se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Cxylator) chez l'utilisateur inconscient.  
<sup>3</sup> L'assistance respiratoire se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.  
<sup>4</sup> 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.

AH-744 DT0261 (2016-01)

**NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

Maison Michel-Sarrazin	Conseil d'administration		
Adoption : 2005/10/17	Révision : 2023/09/27	Manuel de gestion	Partie I Chapitre 3