

Les niveaux de soins

Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide sur les
normes et standards de qualité

Janvier 2016

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Document rédigé par
Lucy Boothroyd et Michel Rossignol

Sous la direction de
Sylvie Bouchard

Le présent document a été adopté par le Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 13 novembre 2015.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs

Michel Rossignol, M. D.

Lucy Boothroyd, Ph. D.

Collaborateurs

André Jean, M. A.

Renée Latulippe, M. A.

Coordinatrice scientifique

Mélanie Tardif, Ph. D.

Direction scientifique

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

Recherche d'information scientifique

Mathieu Plamondon, bibliothécaire professionnel

Soutien documentaire

Micheline Paquin, technicienne en documentation

Édition

Responsable

Renée Latulippe, M. A.

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique (sauf les annexes)

Catherine Lavoie

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-75213-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2016

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les niveaux de soins : Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide sur les normes et standards de qualité. Document rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc : INESSS; 52p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs du document déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	i
INTRODUCTION.....	1
CADRE D'ÉLABORATION.....	2
1.1 Objectif du guide sur les normes et standards	2
1.2 Population cible	2
1.3 Utilisateurs cibles.....	2
1.4 Groupes de travail.....	2
2 PROCESSUS ET MÉTHODES D'ÉLABORATION DU GUIDE.....	5
2.1 Étapes clés du processus d'élaboration du guide.....	5
2.2 Processus d'analyse et de production des données probantes (rapport de la phase I).....	6
2.3 Processus d'élaboration du guide.....	7
2.4 Processus relatif à la diffusion et à l'implantation du guide.....	10
3 MISE EN ŒUVRE	12
3.1 Documents connexes.....	12
3.2 Activités de communication et de transfert des connaissances.....	12
3.3 Mise à jour du guide	12
4 INDÉPENDANCE ÉDITORIALE	13
4.1 Gestion des conflits d'intérêts	13
4.2 Financement du guide	13
ANNEXE A EXPERTS ET PARTENAIRES.....	14
ANNEXE B EXERCICES PREPARATOIRES DU COMITE CONSULTATIF.....	18
RÉFÉRENCES.....	51

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACMDP	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
AMQ	Association médicale du Québec
AQEC	Association québécoise en éthique clinique
BIPAP	<i>Bilevel positive airway pressure</i> (ventilation en pression positive à deux niveaux)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CPAP	<i>Continuous positive airway pressure</i> (ventilation en pression positive expiratoire constante)
CRÉ	Centre de recherche en éthique
CSPSSS	Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux
DMA	Directive médicale anticipée
DNACPR	<i>Do not attempt cardiopulmonary resuscitation</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
POLST	<i>Physician Orders for Life-Sustaining Treatment</i>
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
UFTO	<i>Universal Form of Treatment Options</i>

INTRODUCTION

Le niveau de soins est utilisé comme un outil de communication entre le patient ou le substitut-décideur, le médecin et l'équipe soignante chez les personnes dont le pronostic laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration à un niveau inacceptable selon eux de leur état de santé, de leur qualité de vie ou de leur autonomie. Il est souvent déterminé à l'occasion d'un épisode de soins. Le niveau de soins est l'expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, résultant 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. Il facilite le processus de consentement qui doit être obtenu avant toute intervention médicale; dans les situations d'urgence, quand il est impossible d'obtenir un consentement, il indique l'orientation générale des soins.

Alors que la détermination du niveau de soins est un acte médical, celle des directives médicales anticipées (DMA), telle que le précise la Loi concernant les soins de fin de vie, commence à l'initiative de la personne apte, sans qu'il n'y ait nécessairement un épisode de soins ni de contact avec le système de santé. Les débats publics qui se sont tenus avant et pendant la création de cette loi ont mis en exergue la dignité des patients comme valeur centrale. Ils placent le niveau de soins au cœur du dialogue entre les patients et les soignants en ce qui concerne la prise de décision partagée et personnalisée et le respect des volontés du patient à propos des soins médicalement appropriés.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a réalisé une première phase de travaux pour dresser un portrait de la situation québécoise, synthétiser les résultats des études sur l'efficacité et l'innocuité des niveaux de soins, et déterminer les attentes vis-à-vis de l'implantation de ces pratiques, de même que les obstacles et les facilitateurs. Globalement, les résultats de l'analyse indiquent que les pratiques relatives aux niveaux de soins sont efficaces pour faciliter la prise de décision et améliorer la cohérence entre les souhaits des patients et les soins donnés. Au Québec, des établissements ont mis en place des pratiques innovantes en mettant notamment l'accent sur la décision partagée entre un patient, ses proches et les soignants. En revanche, subsistent plusieurs besoins non satisfaits et un manque d'uniformité des pratiques, au Québec, qui peuvent générer des inégalités d'opportunité et des confusions entre les services. Cette analyse est à la base de l'élaboration d'un guide sur les normes et standards de qualité, qui a pour but de faciliter la mise en place de pratiques harmonisées des niveaux de soins à l'intention des établissements de santé et des cliniciens du Québec. Ce guide répond à une demande de l'Association médicale du Québec (AMQ) d'analyser les normes émanant des lignes directrices concernant les niveaux de soins et de proposer un formulaire harmonisé pour l'ensemble du Québec.

Les données scientifiques relatives à l'efficacité et à l'innocuité des niveaux de soins, les politiques et les recommandations de bonnes pratiques cliniques, au Québec et ailleurs, ainsi que les données contextuelles et expérientielles exprimées par plusieurs acteurs, dont des professionnels de la santé, des représentants d'ordres professionnels et des gestionnaires et des citoyens ont soutenu l'élaboration du présent guide. Les aspects sociaux et éthiques relatifs aux niveaux de soins sont aussi considérés. En outre, le présent document d'accompagnement fournit le résumé des méthodes utilisées pour l'élaboration du guide.

1 CADRE D'ÉLABORATION

1.1 Objectif du guide sur les normes et standards

Le guide a pour objectif principal de soutenir les établissements et les professionnels de la santé et des services sociaux dans l'adoption et la mise en application de politiques en matière de niveaux de soins qui répondent aux normes et aux standards proposés. Il est conçu pour promouvoir le bon usage des niveaux de soins afin qu'ils demeurent toujours un outil d'aide à la décision clinique partagée dans des contextes variés.

1.2 Population cible

La population visée par le guide est composée d'adultes ou d'enfants en contact avec le système de santé québécois et, de façon générale, ceux dont le pronostic actuel laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration durable de leur état de santé, de leur qualité de vie ou de leur autonomie.

1.3 Utilisateurs cibles

Le guide s'adresse aux gestionnaires d'établissements de santé, aux médecins omnipraticiens et spécialistes, aux infirmières, aux éthiciens cliniques, aux travailleurs sociaux, aux psychologues, aux gestionnaires de l'information de la santé, aux techniciens ambulanciers paramédicaux, ainsi qu'à tous les professionnels de la santé et des services sociaux en contact avec la population cible (par exemple, les nutritionnistes, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, psychiatres, etc.).

1.4 Groupes de travail

L'élaboration du guide a nécessité la constitution de trois groupes de travail : l'équipe de projet, le Comité consultatif et le Comité de suivi.

1.4.1 Équipe de projet

Le mandat de l'équipe de projet pendant la première phase était d'analyser et d'évaluer les données scientifiques et contextuelles quant aux pratiques relatives aux niveaux de soins. Cette analyse a été présentée sous la forme d'un rapport [INESSS, 2015]. L'équipe de projet était constituée de quatre professionnels scientifiques, d'une coordonnatrice scientifique et d'une directrice de l'INESSS. Deux de ces professionnels scientifiques étaient responsables de l'élaboration du guide, soutenus par la même coordinatrice et la même directrice. L'équipe a aussi bénéficié du soutien d'une spécialiste de l'information et d'une conseillère en communication.

1.4.2 Comité consultatif

Le mandat des membres du Comité consultatif était de :

- Contribuer à l'élaboration du guide en se basant sur l'expérience respective de ses membres ainsi que sur le texte préparé par l'équipe de projet;
- Collaborer avec l'INESSS pour répondre aux commentaires et aux questions des intervenants et gestionnaires du réseau de la santé après la consultation externe du guide.

La sélection des membres du Comité consultatif a été effectuée dans le respect, autant que possible, de la diversité des types de pratique clinique et professionnelle de même que de leur expérience respective, ainsi que de la diversité des régions sociosanitaires. Les participants sélectionnés par l'équipe de projet ont reçu une invitation à collaborer aux travaux à titre individuel en tant qu'experts et non à titre de représentants d'un groupe d'intérêts. Le Comité consultatif était constitué de trois médecins de famille, d'une pédiatre, d'un urgentologue, d'une infirmière, d'une juriste et d'une chercheuse du domaine de la planification anticipée des soins. L'annexe A présente la composition détaillée du Comité consultatif.

1.4.3 Comité de suivi

Les mandats du Comité de suivi étaient de :

- contribuer à l'orientation du guide; et de
- contribuer à l'implantation du guide.

À l'opposé des membres du Comité consultatif qui ont siégé à titre individuel, les membres du Comité de suivi ont participé aux activités à titre de représentants des groupes d'intérêts. Ainsi, les ordres, les fédérations et les associations ont été sollicités pour nommer leur représentant respectif. Ces personnes ont par la suite reçu une invitation de l'équipe de projet à participer aux travaux du Comité. L'annexe A fait état de la composition détaillée du Comité de suivi.

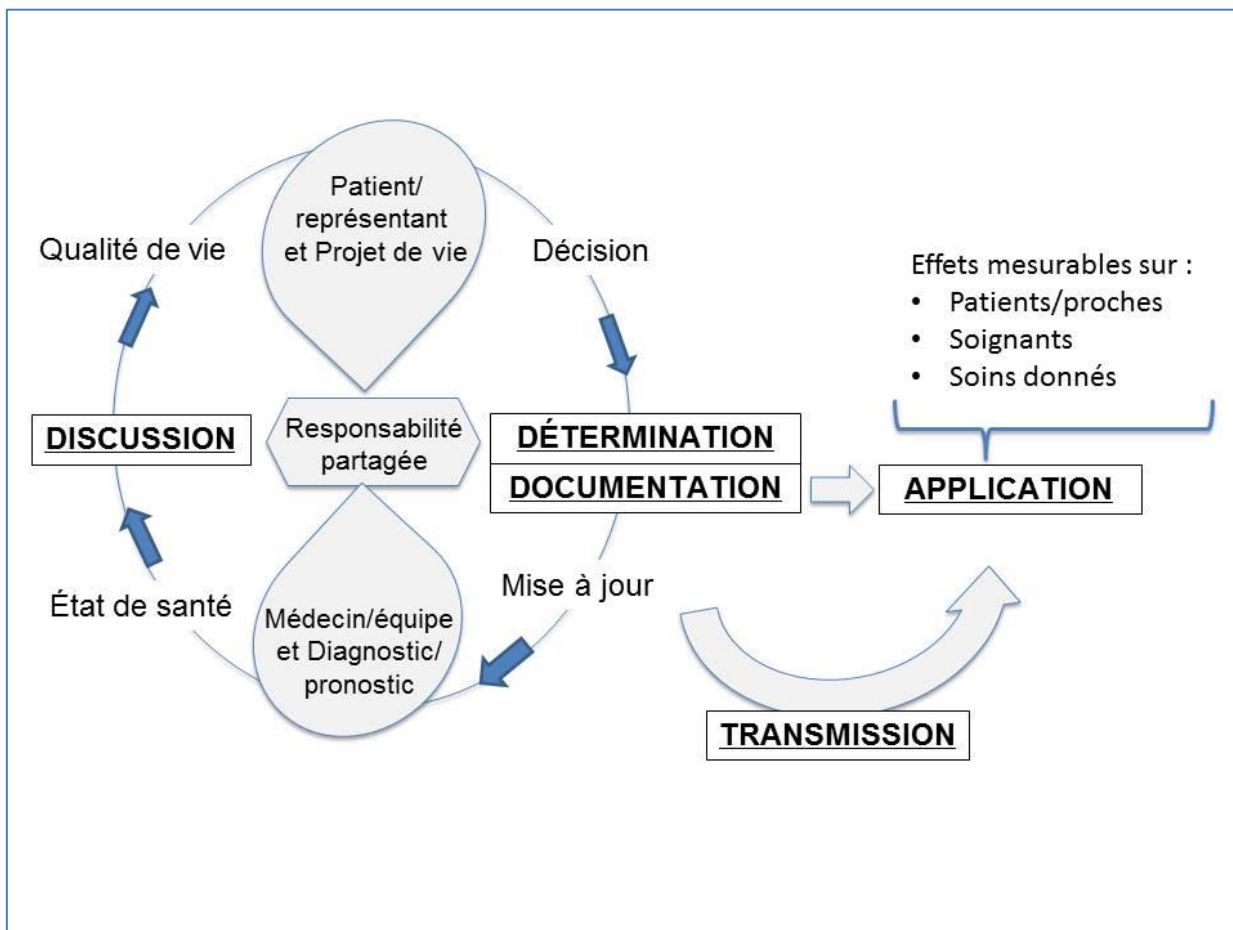
1.4.4 Modèle logique

Les chercheurs ont élaboré un modèle logique afin d'illustrer la pratique relative aux niveaux de soins et d'organiser l'information recueillie, l'analyse et la structure du guide. Ce modèle a permis de partitionner le classement et l'analyse des renseignements selon ces composantes et d'assurer une couverture complète du sujet à l'étude.

Selon le modèle, la pratique relative aux niveaux de soins se divise en cinq composantes dynamiques (voir la figure 1) :

- La discussion entre le médecin / l'équipe de soins et le patient ou son représentant;
- La détermination du niveau de soins;
- La documentation du niveau de soins au dossier médical;
- La transmission du niveau de soins documenté au moment de la prise de la décision par l'équipe soignante; et
- L'application du niveau de soins sous forme de la nature des soins dispensés.

Figure 1 Modèle logique des composantes de la pratique relative aux niveaux de soins

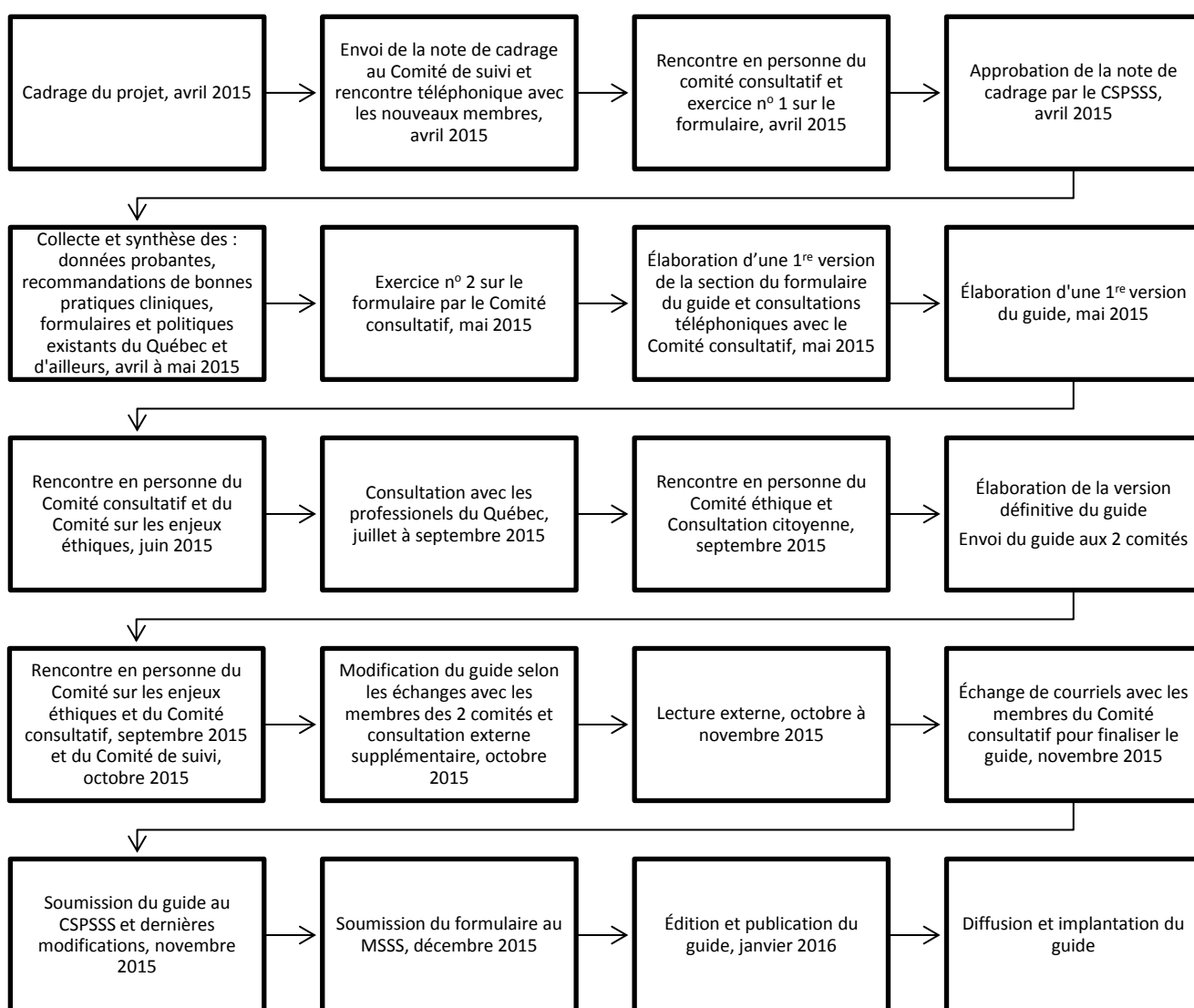


2 PROCESSUS ET MÉTHODES D'ÉLABORATION DU GUIDE

2.1 Étapes clés du processus d'élaboration du guide

La figure 2 présente un sommaire des étapes du processus ayant conduit à l'élaboration du guide. Les sections qui suivent décrivent les méthodes utilisées à chaque étape ainsi que la constitution et le mode de fonctionnement des groupes de travail et des comités.

Figure 2 Étapes d'élaboration du guide



2.2 Processus d'analyse et de production des données probantes (rapport de la phase I)

2.2.1 Questions d'évaluation

Question 1

Quelles sont les pratiques efficaces au regard des niveaux de soins?

Question 2

Quels sont les effets indésirables et les conséquences négatives associés aux niveaux de soins?

Question 3

Quels facteurs influent sur la mise en œuvre de la pratique relative aux niveaux de soins?

Question 4

Quelles sont les attentes à l'égard des différents acteurs engagés dans la pratique?

Question 5

Quels sont les enjeux juridiques et éthiques associés aux pratiques?

Question 6

Quels sont les différents types de pratique afférents aux niveaux de soins au Québec?

2.2.2 Rapport de la phase I

Les données présentées dans le rapport de la phase 1 [INESSS, 2015] ont servi d'appui aux délibérations relatives à l'élaboration du guide. Les données qui ont aidé à répondre aux questions d'évaluation présentées dans le rapport proviennent :

1. D'une revue systématique de la littérature scientifique sur l'efficacité et l'innocuité des niveaux de soins et sur les attentes, les obstacles et les facilitateurs de ces pratiques;
2. D'une revue narrative de la documentation éthique et juridique;
3. D'une consultation d'informateurs-clés professionnels dans des établissements de santé ciblés au Québec;
4. D'une consultation citoyenne à partir d'une plateforme Web;
5. Des consultations du Comité consultatif et du Comité de suivi;
6. D'une activité de forum interactif sur une plateforme Web avec les intervenants des milieux de pratique clinique.

2.2.3 Validation scientifique interne et externe du rapport de la phase I

La validation scientifique du rapport de la phase I produit par l'équipe de projet a été réalisée en cinq étapes distinctes, et chronologiquement :

1. Par les membres du Comité consultatif;

2. Par le forum interactif avec les intervenants des milieux de pratique clinique;
3. Par les membres du Comité de suivi;
4. Par trois lecteurs externes, au Comité consultatif et à l'INESSS;
5. Par les membres du Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS (CSPSS¹).

L'équipe de projet a analysé les commentaires recueillis tout au long de ce processus de validation, et les ajustements nécessaires ont été apportés au contenu du rapport.

2.3 Processus d'élaboration du guide

2.3.1 Structure du guide

Le guide précisera les conditions minimales associées à une pratique de qualité selon trois sections, énumérées dans le tableau ci-dessous, selon la partie, le contenu et les sources d'information.

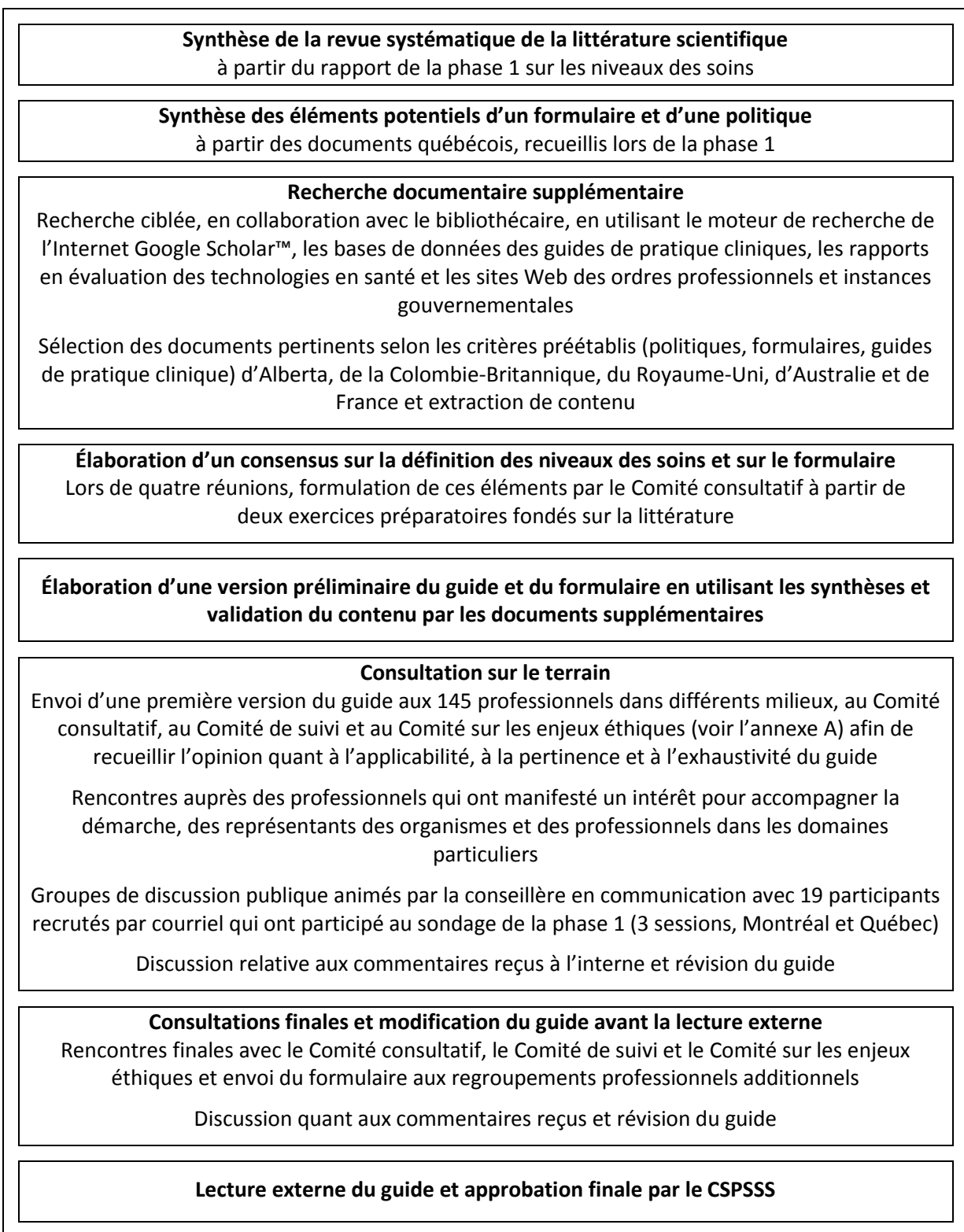
Tableau 1 Contenu du guide et les sources d'information

Section	Contenu	Sources d'information
1. Contexte	-Énoncé et origine du guide -Les niveaux de soins comme norme de pratique -Modèle logique et définitions -Résumé sur l'efficacité et les risques	-Rapport, phase 1
2a. Gabarit d'une politique d'établissement relative aux niveaux de soins	-Objectifs; populations visées -Contexte d'application; étapes du processus des niveaux de soins -Rôles et responsabilités -Évaluation de la pratique -Conflits et plaintes; confidentialité	-Documents du Québec recueillis lors de la phase 1 -Guides du Collège des médecins du Québec (CMQ) -Guides et politiques publiés (d'autres organismes et régions)
2b. Application du gabarit d'une politique	-Conditions d'application -Facilitateurs et obstacles -Autres éléments de mise en œuvre	-Consultations (Comité consultatif, Comité de suivi, Comité sur les enjeux éthiques, professionnels en externe) -Rapport, phase 1
3a. Prototype d'un formulaire portant sur les niveaux de soins	-Éléments et contenu essentiels d'un formulaire	-Formulaires du Québec recueillis lors de la phase 1 -Formulaires validés, d'ailleurs -Consultations
3b. Application du prototype du formulaire	-Guide d'utilisation et d'adaptation du prototype -Conditions d'application -Outils de formation	-Documents existants, au Québec, recueillis lors de la phase 1 + guides du CMQ -Guides et politiques publiés -Consultations

1. Le CSPSS est composé d'experts venant de plusieurs secteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Ce Comité assure la cohérence et la qualité des recommandations tirées des guides produits par l'INESSS. Il veille également à s'assurer de la transparence de la méthodologie utilisée ainsi que de l'intégration des différentes perspectives des parties prenantes engagées dans les projets.

2.3.2 Approches servant à l'élaboration du guide

La figure suivante résume les étapes d'élaboration du texte du guide, suivie par une présentation de détails supplémentaires.



2.3.2.1 Recherche de la littérature grise

Dans les travaux réalisés lors de la phase 1 du projet, plus d'une cinquantaine d'exemples de politiques et de formulaires portant sur les niveaux de soins en application dans les établissements du Québec ont été rassemblés. Cette littérature québécoise a été complétée par une recherche de la littérature grise internationale et une sélection ciblée des documents pertinents. Les auteurs ont effectué une première recherche de cette littérature lors de la phase I du projet, en mars 2014, et une mise à jour, en avril 2015.

Une recherche ciblée des guides, des documents relatifs aux normes et standards et aux politiques du Canada, du Royaume-Uni, d'Australie et de France a été menée en utilisant le moteur de recherche de l'Internet Google Scholar™, les bases de données des guides de pratiques cliniques, les rapports en évaluation des technologies en santé (*Centre for Reviews and Dissemination, Guidelines International Network*) et les sites Web du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Royaume-Uni), de la Haute Autorité de Santé (HAS, France) et des ordres professionnels et instances gouvernementales (Royal College of Physicians [Royaume-Uni], General Medical Council [Royaume-Uni], British Medical Association [Royaume-Uni], NHS Scotland, Royal College of Physicians and Surgeons of Ontario, Ontario Medical Association, National Health and Medical Research Council [Australie]). Les mots clés utilisés sont « end of life care », « decision-making » ou « communication », « advance care planning », « treatment limitation », et « do not resuscitate » ou « do not attempt resuscitation ». Les formulaires des niveaux de soins / de la Réanimation cardiorespiratoire (RCR) validés, le *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* (POLST) des États-Unis, l'*Universal Form of Treatment Options* (UFTO) et le formulaire *Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation* (DNACPR) du Royaume-Uni et leurs guides d'accompagnement ont été retenus. Deux formulaires canadiens des niveaux de soins (du Fraser Health, en Colombie-Britannique, et du Calgary Health Region) ont été aussi retenus. Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été consultés.

2.3.2.2 Rencontres des membres du Comité consultatif

Quatre rencontres des membres du Comité consultatif ont eu lieu entre les mois d'avril et de juin 2015. Une rencontre finale avec des membres du Comité consultatif s'est tenue en septembre 2015, après la consultation des professionnels sur le terrain. Les rencontres se sont déroulées soit en visioconférence dans deux villes (Montréal et Sherbrooke), soit par téléconférence. En octobre 2015, il y a eu des échanges de courriels avec les membres du Comité consultatif pour finaliser le guide.

Lors des rencontres qui ont eu lieu au printemps 2015, les membres du Comité consultatif ont été invités à se prononcer sur la section du guide portant sur le formulaire et son application, à l'aide de deux exercices préparatoires (voir l'annexe B). Après ces discussions, une version préliminaire du texte complet du guide a été soumise aux membres qui ont été invités à se prononcer sur cette version.

Au cours des délibérations avec le Comité consultatif, la formulation du texte a été établie par consensus. La notion de consensus n'était pas appliquée dans le sens d'unanimité; toutefois, aucun texte sur lequel une objection avait été formulée n'a été retenu. Comme la figure précédente en fait mention, une consultation des guides de pratiques cliniques et autres documents pertinents sélectionnés (voir la liste dans la section Références) ont permis de valider le contenu.

2.3.2.3 Consultation externe du guide et lecture externe

La consultation externe du guide avait pour objectif de recueillir l'opinion des utilisateurs ciblés quant à l'applicabilité du guide, sa pertinence et l'exhaustivité de son contenu. À l'été 2015, le guide avait été envoyé aux 145 professionnels de la santé avec un document d'accompagnement pour structurer la collecte des commentaires et des suggestions. De plus, il y a eu conférences téléphoniques ou des rencontres en personne auprès d'une trentaine de professionnels qui ont manifesté un intérêt pour accompagner la démarche et auprès des représentants d'autres organismes (parties prenantes). Des consultations « thématiques » ont aussi été réalisées en automne 2015 afin de vérifier l'applicabilité du guide et des outils à des clientèles ciblées, auprès des professionnels qui se penchaient sur les particularités propres à des spécialités ou à des milieux de pratique (la pédiatrie, la psychologie, la psychiatrie, le service des urgences, les services ambulanciers, les résidences privées, Transplant-Québec). Les membres du Comité exécutif de l'Association québécoise en clinique éthique ont aussi participé à la consultation (voir l'annexe A à la section « Comité sur les enjeux éthiques ») afin d'assurer une cohérence avec la pratique de l'éthique clinique en établissement. Le texte du guide a fait l'objet de discussions lors des dernières réunions du Comité consultatif et du Comité de suivi, en automne 2015.

En outre, l'INESSS a mené une consultation citoyenne en septembre 2015 avec l'objectif de déterminer quels éléments sur le formulaire des niveaux de soins sont plus ou moins compréhensibles pour les citoyens afin de guider les professionnels dans la discussion des préférences et leur documentation. Nous avons fait parvenir le guide aux représentants de sept organismes supplémentaires, en octobre 2015 (soins palliatifs, médecine d'urgence, soins intensifs) pour avoir leur rétroaction sur l'applicabilité du formulaire. Trois professionnels ont procédé à une lecture externe du guide, en octobre et en novembre 2015.

2.3.2.4 Approbation finale du guide

Selon le processus de production scientifique de l'INESSS, les membres du CSPSSS ont commenté le contenu et la forme du guide, en novembre 2015.

2.4 Processus relatif à la diffusion et à l'implantation du guide

Afin d'assurer une diffusion et une implantation adéquates du guide, l'INESSS a réalisé une première communication (par courriel ou par téléphone) avec les membres du Comité de suivi, en avril 2015, afin de :

- Recueillir les commentaires des membres quant à la note de cadrage;
- Discuter des éléments à prendre en considération pour l'élaboration du guide afin de faciliter sa mise en œuvre future.

Ensuite, les membres du Comité de suivi se sont réunis en visioconférence, en septembre 2015. Cette rencontre avait pour objectifs de :

- Recueillir les commentaires des membres sur la version définitive du guide dans le but de préciser les modalités du transfert de connaissances et de l'implantation;
- Préciser la contribution potentielle de chacun des organismes représentés quant aux activités de transfert de connaissances et à l'implantation du guide.

Au cours de la réunion des membres du Comité de suivi, l'équipe de projet dont faisait partie une conseillère en communication a recueilli les propositions.

Le présent projet a suivi l'adoption, en juin 2014, de la *Loi concernant les soins de fin de vie (LSFV)*. L'échéancier de réalisation du guide était synchronisé avec la mise en œuvre des modalités de la LSFV par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment le régime des directives médicales anticipées, en décembre 2015. L'INESSS était siège à titre d'observateur aux travaux de mise en œuvre par le Comité ministériel consacré, ce qui a assuré une meilleure efficacité d'action, de part et d'autre.

Le formulaire harmonisé a été présenté et accepté par le Comité de normalisation des formulaires du dossier de l'utilisateur du réseau de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lors de sa réunion du 1^{er} décembre 2015. La version officielle a été formatée selon les règles provinciales.

3 MISE EN ŒUVRE

3.1 Documents connexes

Dans le cadre du projet d'élaboration du guide sur les pratiques relatives aux niveaux de soins, l'INESSS a produit et rendu public les documents suivants :

- Les niveaux de soins – Normes et standards de qualité (*le guide*);
- Le formulaire harmonisé « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » et son guide d'utilisation (*extrait du guide dans un document distinct*);
- Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide (*le présent document*);
- Aide-mémoire : NIM, DMA et autres (*destinés aux professionnels*).

3.2 Activités de communication et de transfert des connaissances

La planification des approches de diffusion et d'implantation du guide a été réalisée tout au long du processus d'élaboration du guide. En effet, l'information recueillie portant sur les stratégies de diffusion du guide auprès des membres du Comité de suivi, des professionnels de la santé qui ont participé à la consultation externe du guide et des lecteurs externes a été transmise à la Direction des communications et du transfert de connaissances de l'INESSS.

3.3 Mise à jour du guide

La mise à jour du guide sera planifiée selon les modalités et les échéanciers que l'INESSS établira à cet égard.

4 INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

4.1 Gestion des conflits d'intérêts

Avant la tenue des rencontres des membres des Comités de suivi et consultatif, chaque membre a été invité à remplir le formulaire de déclaration des conflits d'intérêts potentiels et à signer le formulaire portant sur le respect de la confidentialité quant au contenu des documents de travail et des discussions. Les experts responsables de la lecture externe du rapport d'évaluation ont aussi été invités à remplir le formulaire de déclaration des conflits d'intérêts potentiels.

4.2 Financement du guide

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation du guide.

ANNEXE A

Experts et partenaires

L'INESSS tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé dans l'élaboration du guide, formulé des commentaires ou fourni de l'information clé (en ordre alphabétique) :

Lecteurs externes

Anne Bhéreur, médecin de famille, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et Hôpital du Sacré-Cœur

Carolyn Ells, professeure, McGill University Health Centre, Montréal

Marie-Jeanne Kergoat, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Comité de suivi

Pierre Blain, directeur général, Regroupement provincial des comités des usagers

Marie-Ève Bouthillier, présidente, Association québécoise en éthique clinique

Lise Chagnon, directrice générale, Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec

Denis Coulombe, M.D., Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

Suzanne Durand, M. Sc. inf., Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Lyse Gautier, T.S., Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Nathalie Girouard, Ph. D., psychologue, Ordre des psychologues du Québec

Régina Lavoie, ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale des services de santé et médecine universitaire, projet soins palliatifs et de fin de vie

Manon Poirier, M.D., Collège des médecins du Québec

Michel Sanscartier, Dt.P., Cert. Gér., M. Sc., Ordre professionnel des diététistes du Québec

Ruth Vander Stelt, M.D., Association médicale du Québec

Diane Verreault, PSP, M. Sc. inf., Corporation d'Urgences-santé, service de la qualité des soins et des normes professionnelles

Comité consultatif

Lucie Baillargeon, M.D., M. Sc., Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

Emmanuelle Bernheim, LL. D., Ph. D., Faculté de science politique et de droit, Département des sciences juridiques, Université du Québec à Montréal

Anne-Marie Boire-Lavigne, M.D., Ph. D., Département de médecine de famille, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Gina Bravo, Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

François de Champlain, M.D., Department of Emergency Medicine, McGill University Health Centre, Montreal General Hospital

Diane Guay, inf., Ph. D. (candidate), École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Antoine Payot, M.D., Ph. D., Département de pédiatrie, Université de Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

Comité sur les enjeux éthiques

Marie-Josée Bernardi, M^e, M. Sc., D.É.A, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides et Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Marie-Ève Bouthillier, Ph. D., Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et CISSS de Laval

Michel Lorange, Ph. D., Conseiller indépendant en éthique, mobilisation des personnes et gestion

Suzanne Plante, M. Sc., Ph. D. (candidate), Centre mère-enfant du CHU Sainte-Justine, Université de Montréal

Jocelyne Saint-Arnaud, Ph. D., Centre de recherche en éthique (CRÉ), Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

Consultation externe

Julie Asselin, infirmière, Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec

Rachelle Huard, infirmière, Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec

Emilie Vaillancourt, infirmière, Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec

Donald Aubin, M. D., CIUSS Saguenay–Lac-St-Jean

Louis Beaulieu, Transplant-Québec

Hugues Villeneuve, Transplant-Québec

Eugene Bereza, M. D., Centre universitaire de santé McGill

Manuel Borod, M. D., Centre universitaire de santé McGill

Mark Angle, M. D., Centre universitaire de santé McGill

Lori Seller, M. D., Centre universitaire de santé McGill

Marie Hirtle, M. D., Centre universitaire de santé McGill

Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels, CISSS Bas-Saint-Laurent

Doris Clerc, M. D., g rontopsychiatre, Département de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

 va-Marjorie Couture, CIUSS Saguenay–Lac-St-Jean

Mélanie D’Amours, M. D., CSSS Rimouski-Neigette

Edith Lamontagne, CSSS Rimouski-Neigette

Sandra d’Auteuil, Centre hospitalier de l’Université de Montréal

Alexandre Larocque, M. D., Centre hospitalier de l’Université de Montréal

Jeanne-Évelyne Turgeon, Centre hospitalier de l’Université de Montréal

Alberte Déry, présidente, Réseau de soins palliatifs du Québec

André Doiron, M. D., président du CA, Société québécoise de gériatrie

Josée Fillion, M. D., membre du CA, Société québécoise de gériatrie

François Dufresne, M. D., spécialiste en médecine d’urgence et président, Association des spécialistes en médecine d’urgence du Québec

Stéphanie Dupuis, inf. clinicienne, monitrice clinique, soins intensifs CHU de Québec-Hôtel-Dieu de Québec

Michel Duval, M. D., Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Yvette Fortier, CISSS des  les

Marjolaine Frenette, Programme de bioéthique,  cole de santé publique, Université de Montréal

Karine Igartua, M. D., Association des médecines psychiatres du Québec

Martine D rigger, directrice, Association des médecines psychiatres du Québec

Colette Lacha ne, M. D., directrice médicale nationale, Direction adjointe de services préhospitaliers d’urgence, MSSS

Carrol Laurin, M. D., CSSS des Sommets

Alexandre Chouinard, M. D., CSSS des Sommets

Stéphan Lavoie, président, Association des infirmières et infirmiers d’urgence du Québec

Annie Léger, M. D., CISSS Abitibi-Témiscamingue

Gérard D. Boulanger, CISSS Abitibi-Témiscamingue

Francine Duhaime, M. D., CISSS Abitibi-Témiscamingue

Monique Martin, M. D., CISSS Abitibi-Témiscamingue

Michèle Benoit, M. D., CISSS Abitibi-Témiscamingue

Sarah Scheidler, M. D., CISSS Abitibi-Témiscamingue

L’Abbé Pierre Major, CISSS Abitibi-Témiscamingue

Danièle Marchand, Regroupement québécois des résidences pour a n s

Carolynne Fortin, Regroupement québécois des résidences pour a n s

Yves Desjardins, Regroupement québécois des résidences pour aînés

Bernard Mathieu, M. D., président, Association des médecins d'urgence du Québec

Mathieu Moreau, M. D., intensiviste, Cité de la Santé, Laval

Jérôme Ouellet, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Barbara Harvey, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

François Piuze, M. D., Société québécoise des médecins en soins palliatifs

France Gauvin, M. D., Société québécoise des médecins en soins palliatifs

Louise La Fontaine, M. D., Société québécoise des médecins en soins palliatifs

Patrick Vinay, M. D., Société québécoise des médecins en soins palliatifs

Marie-Luce Quintal, M. D., **psychiatre, Québec**

Dave Ross, M. D., directeur médical régional, Services préhospitaliers d'urgence, Direction générale adjointe, CIUSSS de la Montérégie-Centre; directeur médical, Urgences-santé; chef du Département de médecine préhospitalière, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Lucie Roy, M. D., Haute-Yamaska

Paule Savignac, conseillère cadre en éthique, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal

Marie Simard, directrice adjointe des services préhospitaliers d'urgence, MSSS

Julia Sohi, M. D., omnipraticienne, Montréal

ANNEXE B

Exercices préparatoires du Comité consultatif

Voici les informations recueillies lors de deux exercices préparatoires auprès des membres du Comité consultatif, synthétisées et présentées ci-dessous.

Exercice préparatoire Réunion 15 avril 2015

*Guide sur les normes et standards
de qualité en matière de NIM : vers
un formulaire harmonisé*

**Synthèse (7 sur 7 membres du
Comité consultatif)**

27 avril 2015

Exercice préparatoire n° 1 « Vers un formulaire harmonisé de NIM »

Bloc 1 : Exercice sur les échelles comprenant :

- Les labels d'objectifs;
- Les labels des NIM;
- Les options de transfert et autres options des NIM;
- L'agencement des échelles d'objectifs de soins et des NIM;
- Les options de RCR.

Objectifs de l'exercice

Le premier exercice qui vous est proposé vise à dégager un consensus sur les labels d'objectifs de soins et des NIM qu'un formulaire harmonisé comporterait. Spécifiquement :

1. Quels sont les labels et les options à inclure dans un formulaire harmonisé?
2. Comment s'articulent sur un formulaire harmonisé les échelles d'objectifs de soins et des NIM?

Vous êtes invité à répondre aux questions en vous référant à votre propre pratique et expérience. L'exercice est préparatoire et se veut un moyen de maximiser notre temps de discussion en séance plénière, le 15 avril 2015, et de bénéficier au maximum de votre contribution.

Bloc 1 : Exercice sur les échelles

Les labels d'objectifs de soins / NIM

Proposition 1 :

4 niveaux d'objectifs de soins

A) Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires.

Incluant par exemple, le recours à l'intubation, aux soins intensifs, à des interventions invasives.

B) Prolonger la vie par des moyens proportionnés (*voir le commentaire*) à la situation de la personne;

Cela peut impliquer un inconfort raisonnable dans les circonstances en fonction des résultats attendus, comme la correction d'une détérioration possiblement réversible ou la préservation de la qualité de vie de la personne.

C) Assurer le confort de la personne en tout temps, tout en poursuivant une visée de prolongation de la vie uniquement avec des interventions qui ne causent pas d'inconfort.

Par exemple, le recours à des antibiotiques *per os* pour une pneumonie est envisagé; le transfert en CH est évité sauf pour des motifs de confort.

D) Assurer le confort optimum de la personne en tout temps, et ce, sans aucune visée de prolongation de la vie, soit en laissant la maladie suivre son cours pour que le décès survienne le plus rapidement, de façon naturelle.

Par exemple, les antibiotiques *per os* sont évités, sauf pour des motifs de confort comme une infection urinaire basse.

4 niveaux de NIM correspondants

- Soins visant la prolongation de la vie par tous moyens diagnostiques et thérapeutiques.
- Soins visant la prolongation de la vie et la préservation de la qualité de vie par des moyens proportionnés :

Correction de problèmes de santé possiblement réversibles par des moyens diagnostiques et thérapeutiques proportionnés à la situation de la personne;

OU

Refus de certaines procédures visant la prolongation de la vie jugées disproportionnées par la personne, par exemple, le recours à l'intubation, à certaines procédures invasives, etc.

- Soins de confort avec visée de prolongation de la vie :

Soulager la douleur et l'inconfort et corriger des problèmes de santé réversibles par des moyens ne causant pas d'inconfort; transfert en centre hospitalier uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort.

- Soins de confort sans visée de prolongation de la vie :

Prévenir et soulager la douleur et autre inconfort sans aucun traitement curatif;

Assurer exclusivement le confort du patient sans chercher à préciser ou à corriger la pathologie sous-jacente.

Proposition 2 :

Si on retient un formulaire avec 4 niveaux, je proposerais les objectifs et NIM correspondants suivants :

A. Objectif : prolonger la vie par tous les moyens.

NIM : correction des pathologies par tous les moyens possibles.

B. Objectif : prolonger la vie par des moyens limités.

NIM : correction des pathologies réversibles par des moyens limités (préciser les interventions exclues).

C. Objectif : assurer le soulagement et le bien-être en visant une prolongation de la vie dans certaines circonstances.

NIM : soins palliatifs avec possibilité de correction de pathologies réversibles.

D. Objectifs : assurer le soulagement et le bien-être sans tenter de prolonger la vie.

NIM : soins palliatifs terminaux

Pour les options A et B, accompagner d'une sous-question : « Est-ce que vous auriez le même objectif si vous aviez des incapacités fonctionnelles ou cognitives à la suite du traitement? »

Proposition 3 :

3 niveaux d'objectifs de soins :

A- Prolonger la vie par tous les moyens

B- Prolonger la vie par des moyens adaptés à la situation du patient

C- Assurer le confort

4 NIM :

- Niveau d'intervention maximal (correction de toute fonction altérée par tout moyen possible).
- Le niveau 2 devrait à mon sens être un niveau « à la carte » où certaines interventions comme la RCR peuvent être refusée mais que d'autres comme l'intubation endotrachéale ou une autre intervention invasive peuvent être souhaitées.
- Interventions optimales pour traiter toute condition réversible sans recours à des interventions invasives.
- Soins de confort excluant les interventions autres que pour le confort de l'utilisateur.

Proposition 4 : exemple tiré du contexte d'un projet de recherche :

Si j'ai des lésions cérébrales graves et irréversibles et qu'il m'arrive un problème de santé :

- Je souhaite uniquement qu'on me rende et me maintienne confortable même si ces soins peuvent accélérer mon décès. De plus, je refuse tout traitement visant à prolonger ma vie dans cet état.
- Je souhaite en priorité qu'on me rende et me maintienne confortable même si ces soins peuvent accélérer mon décès. Toutefois, j'accepte des traitements visant à prolonger ma vie si, et seulement si, ils ne nuisent pas à mon confort.
- Je souhaite des traitements visant à prolonger ma vie même s'ils nuisent à mon confort, sauf si mon médecin et mon représentant les jugent disproportionnés compte tenu de mon état.
- Je souhaite tout traitement visant à prolonger ma vie, en toutes circonstances, tout en sachant que mes lésions cérébrales sont graves et irréversibles.

De plus, j'énonce les restrictions ou spécifications suivantes :

- Je souhaite qu'on ne commence pas l'**alimentation par sonde** ou qu'on la cesse.

Autres (par exemple, pas de transfusion, pas de **réanimation cardiorespiratoire**) :

Commentaires et suggestions sur le nombre et le label des options pour les OBJECTIFS DE SOINS et les NIM dans un formulaire harmonisé.

Objectifs de soins

Les objectifs de soins sont moins utiles dans un contexte de pratique de la médecine d'urgence. Je comprends pourquoi ceux-ci sont utiles dans d'autres contextes. (Par contre) une échelle numérique des NIM standardisée est essentielle à la dispensation des soins dans le département de l'urgence.

J'évitais les formulations au « je » dans les objectifs de soins car les NIM sont aussi pertinent en contexte d'incapacité sans accès à des volontés antérieures.

La notion de proportionnalité est reconnue en éthique et réfère à l'ancien terme «d'évitement de l'acharnement thérapeutique»; je le préfère à «adapté» qui est plus imprécis à cet égard mais plus compréhensible pour le grand public.

L'option B est la plus difficile à interpréter (i.e. à traduire en interventions) et mériterait peut-être d'être précisée → 4 options plutôt que 3.

La notion du lieu privilégié de soins réfère davantage à la notion de transferts (n'aurait pas sa place dans les labels ici).

Question : ces labels sont-ils destinés aux médecins ou aux patients? La formulation des labels n'est pas claire, par exemple, par l'emploi de verbes comme « recevoir » et « dispenser ». S'ils sont destinés aux patients, encore une fois, ce qui m'apparaît fondamental est la simplicité et l'aspect concret du langage utilisé. Par exemple : qu'entend-on par soins « maximaux » ou « optimaux »? Des exemples permettraient de les rendre moins abstraits.

A priori, 3 niveaux : basé sur la durée de la vie; basé sur la qualité de vie et basé sur le confort uniquement.

Pourrait aussi être 2 : basé sur la durée de la vie; basé sur la qualité de la vie.

Pas toujours facile de naviguer entre durée et qualité de vie. Comment intégrer la question des soins considérés comme « futiles ». Dimensions de qualité de vie et de soins adaptés hautement subjectifs (tous les soins devraient être adaptés).

J'opterais pour 4 objectifs de soins (éviter la tendance centrale) et propose de discriminer davantage ou de nuancer le niveau B.

Je crois qu'il serait essentiel de prévoir la possibilité qu'une condition de santé aiguë puisse menacer la survie d'une personne tout en n'ayant aucun lien avec l'évolution de sa condition de santé dite « prévisible ».

Par exemple, une personne souffrant d'insuffisance respiratoire de stade 3 (sur 4) souffre d'un infarctus. Cette personne pourrait exprimer le souhait de bénéficier du niveau B en ce qui concerne les manœuvres d'intubation liées à a condition chronique, mais pourrait souhaiter recevoir les soins maximaux (A) pour le traitement de son infarctus...

En ce qui concerne le nombre de label (je prends pour acquis ici que ce terme signifie un énoncé), je crois qu'il soit souhaitable de limiter le nombre à 3-4 par objectif.

Dans le premier niveau (A), il serait prudent d'ajouter la notion « médicalement indiqué » dans cette section afin d'éviter les demandes potentiellement « futiles et démesurées » de certains patients ou familles. Tel que rédigé, les termes maximaux ou optimaux offrent peu de manœuvres à l'équipe médicale et risquent même, à mon avis, d'encourager l'utilisation de ressources par le simple fait qu'ils existent (impératif technologique).

Prévoyons-nous un espace précisant la signification individuelle de « qualité de vie »? Si non, peut être très subjectif.

La précision du lieu privilégié pour recevoir les soins de fin de vie est difficile à intégrer à ce stade-ci. De nombreux facteurs risquent d'influencer et de modifier les volontés des patients sur ce choix. Par exemple, en cas d'épuisement des proches aidants, un patient pourrait décider de mourir à l'hôpital pour ne pas alourdir le fardeau émotionnel de ses proches, mais il est difficile de le prévoir à l'avance. Pourrait-on créer une section spécifique?

NIM

La terminologie « interventions ou soins optimaux » est à proscrire : ce serait comme dire que les soins de confort ne correspondent pas à un soin optimal...; cette expression intègre un préjugé que la prolongation de la vie est optimale... car centrée sur la perspective du MD quant aux soins optimaux curatifs. Du point de vue de la personne malade, les soins curatifs « optimaux » ou « requis » sont ceux s'adaptant au mieux à ses besoins, etc.

Le terme « fonction » (correction de toute fonction altérée...) est étranger pour le public (fonction digestive, cardiaque, etc.).

La restriction de soins « par choix du patient » doit être intégrée dans la politique des NIM mais pas dans la formulation de l'échelle de niveau de soins.

La formulation « tel que déterminé par le médecin traitant et le patient ou son représentant » doit être intégrée dans la politique des NIM, mais pas dans la formulation de l'échelle de niveaux de soins.

La formulation des niveaux de soins en fonction du milieu de soins (disponibilité) manque d'universalité dans le contexte d'une seule échelle pour tous les milieux. Ce type de formulation porte à confusion avec les soins de confort avec des visées de prolongation de la vie; ce qui aide à distinguer entre les deux est si on accepte ou non que les interventions génèrent un inconfort raisonnable dans les circonstances en fonction des résultats attendus, comme la correction d'une détérioration possiblement réversible ou la préservation de la qualité de vie de la personne.

Le terme « palliatif » est à proscrire, ici. L'évolution des soins palliatifs nous invite à intégrer l'approche palliative tôt dans l'évolution des maladies chroniques eu égard au niveau de soins. C'est un défi de faire comprendre ces notions; donc pour éviter la confusion : retirer le terme « palliatif » des échelles de niveaux de soins.

De mon point de vue, les labels doivent être les plus simples possible et être formulés de manière à refléter la réalité des personnes concernées. En ce sens, il me semble important que les labels soient illustrés d'exemples de manière à ce que la personne soit en mesure de faire un choix éclairé. Quels sont les moyens qui permettraient de prolonger la vie? De quels moyens adaptés parle-t-on? Etc. La mention du lieu ou de toute autre précision et information permettant de se représenter concrètement comment sera mis en œuvre le NIM me paraît pertinente. Les formulations proposées, seules, pourraient être abstraites pour les patients.

Pour les NIM, éviter les labels numérotés qui donnent l'impression que certains soins sont meilleurs que d'autres.

Pourquoi séparer la RCR? Lui donne plus d'importance que les autres, alors que ce n'est pas une thérapie « miracle » ou hors catégorie. Lien avec Urgence Santé?

Centrer sur les objectifs plutôt que des interventions très spécifiques (éviter la liste d'épicerie).

Faire attention au vocabulaire (les soins proportionnés devraient être la norme, par exemple).

En général, en pédiatrie, on définit les NIM en fonction d'une situation présente à partir de laquelle il n'y aura pas (ou il y aura) une escalade de soins → personnalisation de chaque NIM en fonction de la situation et de la pathologie et basé sur des objectifs de soins.

Mettre l'accent sur la notion de transitoire vs permanent?

Il y aurait 4 options :

1. Intensité thérapeutique
2. Potentiel de réversibilité selon l'expertise médicale
3. Gestion des symptômes
4. ...

Le terme « proportionnel » est sujet à l'interprétation individuelle.

Options de transfert

Concernant les options de transfert, devraient-elles être intégrées aux options des NIM (comme sous-catégories par exemple) ou faire l'objet d'une décision distincte?

Commentaires et suggestions

Décision distincte pouvant s'adapter au contexte de soins accompagnant le NIM comme cela devrait aussi le cas pour la décision de RCR et possiblement l'intubation (et autres décisions contenues dans les DMA).

J'ajouterai une précision : le transfert en centre hospitalier peut être indiqué dans les soins de confort (niveaux 3 et 4) si c'est l'unique moyen d'assurer le confort de la personne. Par exemple, dans le cas d'une occlusion intestinale réfractaire avec inconfort ou d'une rétention urinaire avec incapacité de poser une sonde ou d'une fracture de hanche avec inconfort.

Je ne traiterais pas du transfert dans les NIM. La pertinence de traiter du transfert dépend de l'endroit où vit la personne et de la disponibilité ou non d'interventions. La décision de transférer ou non découle des objectifs de soins.

Par exemple, si la personne a « coché » l'option A à la page 4 et que sa condition requiert une intervention non disponible dans son milieu de vie, cela implique (nécessairement) un transfert. La liste des transferts fournie dans l'encadré fourni me semble inutilement spécifique.

OUI, situation très hétérogène au Québec. (Les options de transfert) permettent d'avoir des situations personnalisées, non seulement en fonction des personnes, mais aussi des offres de soins selon les secteurs.

Je suggère d'en faire une décision distincte :

Transfert Oui, si les soins requis ne sont pas disponibles sur place

Précisez : _____

Non

Suggestion : si on coche « Oui », précisez dans quel genre de circonstances.

L'option de transfert devrait être traitée dans une section séparée, à mon avis.

Est-ce exclusivement un transfert pour des soins? Devrait-on également prévoir un transfert pour des fins diagnostiques? Ex. : un *scan* ou une résonance magnétique?

Je propose de ne pas préciser (d'exemples) de raisons de transferts à l'urgence.

Encore une fois, il est difficile de ne pas distinguer un événement aigu d'une détérioration de la condition chronique. Un transfert pourrait être souhaitable pour la gestion d'un épisode de dyspnée chez une personne atteinte de démence, mais chez cette même personne, un épisode de confusion pourrait ne pas être approprié.

Les options de transfert devraient, selon moi, faire l'objet d'une décision distincte et être traitées dans un autre formulaire. Les options de transfert s'appliquent moins aux milieux hospitaliers qu'aux autres établissements dans le réseau (ex. : CHSLD) et, comme l'objectif est ici d'avoir un formulaire uniforme pour les NIM, il est préférable selon moi d'omettre cette information.

Autres options des NIM

Les autres options des NIM (formulées le plus souvent comme des restrictions dans les soins) sont souvent assorties d'interventions spécifiques pour lesquelles le patient ou son représentant fait un choix (oui/non) OU qui sont mentionnées à titre d'exemple pour aider à faire un choix de NIM. Nous avons reproduit ici les différentes possibilités rencontrées dans les formulaires recensés.

COTEZ les options suivantes selon leur importance à apparaître sur un formulaire harmonisé, soit pour faire un choix spécifique, soit pour citer en exemple pour aider à faire un choix de NIM.

Indispensable (Ind) = doit faire l'objet d'un choix distinct par le patient
 Optionnel (Op) = pourrait servir d'exemple pour illustrer une option de NIM
 Non pertinent (NP) = pourrait se retrouver dans les explications d'un guide

Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
				De manière générale, j'estime difficile pour le patient de décider d'inclure ou d'exclure à l'avance toutes les procédures diagnostiques (invasives ou non) puisque c'est souvent à la suite de ces résultats que le caractère évolutif et le potentiel de réversibilité d'une condition sera évalué.
Alimentation artificielle (gavage, parentérale) à court ou long terme	3	3		<p>Ind : Oui, impact sur l'autonomie et la qualité de vie → traduit bien des objectifs de vie.</p> <p>Ind : La notion temps (court terme ou long terme) doit être définie.</p> <p>Op : Distinguer court et long terme. Éviter l'emploi du « ou » dans l'élément.</p>
Antibiothérapie orale		4	2	<p>Op : En raison des risques, des effets modérés sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne.</p> <p>Op : Très dépendant du contexte immédiat et pas obligatoirement en lien avec des objectifs de soins (peut être palliatif ou curatif), nécessite de rester ambigu.</p> <p>Op : Il serait peut-être pertinent de distinguer le mode d'administration IV / PO pour l'antibiothérapie, l'anticoagulothérapie, de même que les analgésiques.</p> <p>NP : Utile pour tout niveau de soins; confusion.</p>

Antibiothérapie IV		5		Op : Utile en CH aigu seulement. Op : Comme ci-dessus. Op : Pourrait être utilisé comme exemple pour le traitement d'une condition réversible.
Anticoagulothérapie et surveillance sérique		3	3	Op : En raison des effets modérés sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne. NP!
Hémodialyse / hémofiltration	4	1	2	Ind : En raison des effets majeurs sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne, ces options de soins doivent être connues, leur avantages et inconvénients expliqués, et faire l'objet d'un choix explicite (et non déduit d'un autre consentement). Ind : Chronique? (le 1 étant aigu). Op : Spécifique à une condition médicale particulière. NP : Utile seulement dans de rare cas; à discuter spécifiquement.
Soluté IV	1	2	3	Op : En raison des effets modérés sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne. Op : Peut-être palliatif ou curatif, dépend aussi du pourquoi? NP : Utile pour tout niveau de soins; confusion; même une AMM! NP : « Seulement si » signifie TVO.
Prélèvements sanguins sériés ou sans spécification	1	1	3	Ind : J'utiliserais simplement « prélèvements sanguins ». En raison des effets minimes sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne. Jugement du MD en fonction du but des soins.
Surveillance du niveau sérique de médicament (ex. : Dilantin)		1	4	Op : Peut servir à maintenir de bons soins de confort sans être vu comme invasif. NP : Jugement du MD en fonction de la collaboration du patient, etc. (de l'épilepsie, s'est inconfortable).
Examens radiologiques (uniques ou sériés)	1	1	4	Op : En raison des risques, des effets modérés sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne. NP : Outre en fin de vie imminente, peut toujours être utile pour tout niveau de soins, selon le contexte et l'exigence associés (disponible sur place?). NP : Ce qui est sérié est questionnable pour tous. Unique : Idem, peut être utilisé pour ajuster des soins

				de confort ou progresser vers des NIM si aide à préciser un diagnostic.
Évaluation et traitement d'une insuffisance cardiaque	1	2	3	<p>Ind : Essentiel! Et ajouter insuffisance respiratoire. Devrait probablement être intégré dans la section portant sur le statut de réanimation (RCR). L'évaluation et le traitement devraient être discutés séparément. Le patient pourrait se prononcer sur les options de traitement, mais devrait minimalement s'attendre d'être évalué sans le demander.</p> <p>Op : Spécifique à une condition médicale particulière.</p> <p>Op : Comme ci-dessus.</p> <p>NP : Trop spécifique et dépend du contexte.</p>
Évaluation et traitement d'une anémie		3	4	<p>Op : Spécifique à une condition médicale particulière.</p> <p>Op : Ces deux énoncés sont à la fois d'instincts et interdépendants. La pertinence d'évaluer l'anémie m'apparaît intimement liée au souhait du patient de la traiter. Si le patient refuse d'être transfusé, quelle serait la plus-value de savoir qu'il aurait besoin d'une transfusion ! (séparer diagnostique et thérapeutique).</p> <p>De plus, le suivi de l'hémoglobine devrait être inclus dans la catégorie : prélèvements sanguin sériés.</p> <p>NP : En raison des effets minimes sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne.</p> <p>NP : Trop spécifique et dépend du contexte.</p>
Transfusion sanguine	3	4		<p>Ind : En raison des effets majeurs sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne, ces options de soins doivent être connues, leur avantages et inconvénients expliqués, et faire l'objet d'un choix explicite (et non déduit d'un autre consentement).</p> <p>Ind : Pour témoins de Jéhova.</p> <p>Ind : Difficile de se prononcer.</p> <p>Op : Témoins de Jéhova; autres situations; mais OK si pas là non plus.</p> <p>Op : À mon sens, ceci devrait être inclus dans le traitement des causes réversibles dans la majorité des cas.</p>
Soins nécessitant un suivi infirmier intensif	1	1	5	<p>Ind : En raison des effets majeurs sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne, ces options de soins doivent être connues, leur avantages et inconvénients expliqués, et faire l'objet d'un choix explicite (et non déduit d'un autre consentement).</p>

				<p>NP : La fin de vie nécessite un suivi infirmier intensif...</p> <p>NP : Plutôt vague! Je ne suis pas certaine de saisir la pertinence de cet énoncé. Dans toutes situations, les soins infirmiers doivent être intensifs.</p>
Thérapies physiques		1	5	<p>NP : En raison des effets minimes sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne.</p> <p>NP : Utile pour tout niveau de soins, sauf si fin de vie imminente ou absence de collaboration (la thérapie physique peut améliorer la qualité de vie).</p> <p>NP : Fait partie des soins de base.</p>
Dégager les voies aériennes, aspirer les sécrétions et O ₂		4	3	<p>Op : En raison des effets sur l'intégrité de la personne.</p> <p>Op : Spécifique à une condition médicale particulière.</p> <p>Op : Pour les procédures non invasives. Pourrait être inclus dans l'énoncé suivant.</p> <p>Op : L'aspiration des sécrétions devrait être mentionnée dans les soins de confort.</p> <p>NP : Il y a des indications formelles selon le niveau de soins. Même en fin de vie, l'O₂ peut être utilisé selon le contexte (avoir sa pertinence) : patient lucide qui le demande pour diminuer dyspnée, etc.</p> <p>NP : Devrait faire partie des soins de base offerts à tous.</p>
Soulager la douleur et/ou la dyspnée à l'aide d'analgésiques (opiacés) et d'anxiolytiques (Bz)			6	<p>NP : Y-a-t-il des situations où un refus de ces soins peut survenir?? Non utile.</p> <p>NP : Devrait toujours être fait, peu importe les objectifs de soins.</p> <p>NP : Au même titre que le soulagement de tous les symptômes, la gestion optimale de la douleur devrait être considérée comme des soins essentiels. Il m'apparaît difficile pour le patient de choisir quelle médication il souhaite recevoir.</p> <p>NP : Le soulagement de la douleur devrait faire partie de tous les NIM donc non pertinent. Pour le soulagement de la dyspnée, il y a d'autres façons que l'utilisation d'opiacés...</p>
Procéder à des traitements de physiothérapie et d'inhalothérapie de confort		1	4	<p>NP : Utile pour tout niveau de soins, sauf si fin de vie imminente ou absence de collaboration (la thérapie physique peut améliorer la qualité de vie).</p>
Traiter les convulsions à l'aide d'anticonvulsivants (IV, IR ou gastrostomie)		2	4	<p>Op : Peut être vu comme des soins de confort ou des soins de maintien de la vie → [ça] dépend des</p>

				<p>objectifs de soins selon la vision du patient.</p> <p>NP : En raison des effets minimes sur la qualité de vie et l'intégrité de la personne.</p> <p>NP : Toujours pertinent, peu importe le niveau de soins.</p> <p>NP : Il s'agit d'une condition en principe réversible qui ne nécessite pas une mention en soit.</p>
<p> limiter les soins entraînant une dépendance à la technologie (de façon générale) incluant intubation, hémodialyse, alimentation artificielle, etc.</p>				<p>Ces éléments sont traités individuellement ci-dessus.</p>

Autres commentaires :

Simplement réitérer le fait que l'utilisation du formulaire de NIM ne dispense pas de solliciter un consentement libre et éclairé au moment de dispenser les soins. Le fait d'intégrer ou non certains éléments n'a donc aucune incidence sur les démarches d'information et de consentement à faire ensuite et à chaque étape de la dispense des soins.

AGENCEMENT DES ÉCHELLES D'OBJECTIFS DE SOINS ET DES NIM

Comment s'articulent sur un formulaire harmonisé, la décision sur un objectif de soins et sur un NIM?

Élément	Cocher		Explication - précisions
	D'accord (Dac)	Pas d'accord (PD)	
Des discussions distinctes pour Objectifs de soins et NIM?	4	3	<p>Dac : L'objectif de soins est déterminé par le patient/son représentant à partir des infos sur sa condition que lui donne son médecin. Le MD traduit ce choix en NIM et valide sa « traduction » lors d'une rencontre subséquente.</p> <p>Dac : Discuter du NIM nécessite de tenir en compte les objectifs des soins, mais la discussion sur les objectifs des soins ne se traduit pas nécessairement en NIM (formulaire déposé au dossier, etc.).</p> <p>Dac : Essentiel : objectifs = discussion avec vision et prérogative du patient, NIM = traduction avec prérogative du MD.</p> <p>PD : À moins que les NIM puissent être déclinés de différentes façons pour le même objectif, les deux sont inextricablement liés. Les NIM permettent de plus de donner un aspect concret aux objectifs de soins.</p> <p>PD : Bien humblement, je croyais que le terme « objectif de soins » remplacerait les niveaux.</p>
Une discussion sur des objectifs de soins peut être amorcée en amont alors que l'état de santé n'exige pas de préciser un NIM?	7		<p>Dac : Les objectifs de soins peuvent être définis de façon large (par exemple, pas d'acharnement thérapeutique), en amont d'une situation. Ils doivent cependant être précisés au besoin, en fonction de la situation de santé réelle.</p> <p>Discuter des objectifs des soins peut se faire sans conduire à la formulation de NIM.</p> <p>Oui, ça pourrait même devenir une philosophie de soins d'aborder précocement les objectifs des soins afin de sensibiliser les patients et les MD à cette dynamique.</p> <p>Principe de « seeding », c.-à-d. quand le médecin envisage de discuter ultérieurement du NIM.</p> <p>À la demande du patient.</p>

			Puisque l'objectif de soins doit tenir compte de la qualité de vie telle que définie par la personne et être en accord avec les valeurs et les volontés de la personne... cette discussion doit être initiée tôt dans la trajectoire de maladie du patient.
La détermination d'un objectif de soins n'est pas suffisante à la détermination d'un NIM qui requiert une discussion et décision distincte avec patient/proches?	4	3	<p>Dac : En effet puisque le patient doit être en mesure de consentir de façon libre et éclairée à chacun des traitements proposés.</p> <p>± Dac : Ce n'est pas une décision distincte mais une formulation spécifique constituant un langage commun entre le patient, les proches et les soignants quant aux objectifs des soins qui seront mis en œuvre et qui peuvent différer selon les situations cliniques considérées.</p> <p>PD : Devrait l'être mais nécessite validation auprès du patient / représentant.</p> <p>PD : Je pense que l'on peut discuter des deux en même temps, surtout pour des situations cliniquement claires.</p> <p>PD : Puisque les objectifs de soins devraient, en principe, spécifier clairement aux intervenants de la santé les interventions diagnostiques et thérapeutiques qui y sont appropriées, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de tenir une discussion distincte à chaque épisode de soins.</p>
Le nombre d'options devrait être identique entre les Objectifs de soins et les NIM?	3	3	<p>Dac : « Cohérence » et « s'inscrire ensemble » : formuler l'objectif et le NIM ensemble comme un seul élément; ne pas le faire en 2 étapes distinctes.</p> <p>PD : Non, puisqu'un objectif peut se concrétiser en différentes mesures concrètes.</p> <p>PD : Ce critère m'apparaît peu important.</p> <p>PD : Je vois 3 objectifs de soins et 4 NIM.</p>
Il n'y aurait pas d'apparence d'incohérences entre un choix d'objectif de soins et de NIM?	3	2	<p>Dac : Nécessairement sinon non valide.</p> <p>Dac : Idéalement, il ne devrait pas y avoir d'incohérence pour le patient (même si le médecin n'est pas forcément d'accord).</p> <p>Dac : En effet!</p> <p>PD : Très subjectifs. Ex : une administration d'antibiotique pourrait être faite avec une vision purement palliative et vue par certains soignants comme purement curative.</p>

		<p>? : Il est important de regrouper les objectifs et les NIM sur le même formulaire dans le dossier.</p> <p>? : Il faut communiquer avec les membres de l'équipe pour assurer une cohérence.</p>
<p>La documentation de l'objectif de soins et du NIM devrait apparaître clairement sur un même formulaire?</p>	6	<p>Dac : Ce serait l'idéal pour que le patient voie comment les objectifs seront mis en œuvre concrètement.</p> <p>Dans un contexte où vous distinguez les deux...</p> <p>Or le NIM doit représenter les objectifs de soins prêts à être utilisés en situation pratique;</p> <p>Pour éviter la confusion, les échelles de niveaux de soins devront être formulées en fonction d'objectifs de soins (voir, par exemple, ma proposition (niveaux 1 à 4 qui sont explicités par une phrase concordante en termes de soins mis en œuvre).</p> <p>L'objectif de soins peut correspondre au titre du niveau et la phrase explicative suit l'énoncé.</p> <p>Ultimement OUI, mais peut-être pas initialement pour ne pas qu'ils soient utilisés de façon inversée (NIM pour décider d'objectifs).</p> <p>Surtout si ce formulaire doit être rédigé de manière à être compréhensible par les patients et utilisable par les professionnels de la santé.</p>

Commentaires :

Question naïve (provenant d'une non-clinicienne!) : pourquoi des objectifs de soins ET des NIM? Il me semble y avoir une certaine redondance et, un risque d'incohérence.

Je ne comprends pas l'évolution de la proposition actuelle versus le rapport produit antérieurement; nous en étions venu à la conclusion que NIM = objectifs de soins et là c'est différent. D'où cela vient-il?

Je suis plus ou moins d'accord avec les énoncés du tableau qui nous est présenté. La position retenue avait été de considérer les NIM comme une formulation d'objectifs de soins. J'ai tenté d'exposer la position dans mes commentaires.

À mon avis, pour éviter la confusion, les échelles de niveaux de soins devront être formulées en fonction d'objectifs de soins (voir ma proposition par exemple) qui sont à expliciter par une phrase concordante en termes de soins mis en œuvre. L'objectif (niveaux A à D) peut correspondre au titre du niveau et la phrase explicative suit (niveaux 1 à 4).

Importance pour le MD de traduire les objectifs en NIM et par la suite, d'expliquer au patient comment ses objectifs de soins ont été traduits et ce que ça signifie concrètement.

Pas sûr de comprendre l'élément « Le nombre d'options devrait être identique entre les objectifs de soins et les NIM. »

NIM : Laisser un espace pour que le médecin puisse donner des précisions (par opposition à seulement cocher un niveau).

Objectifs de soins et NIM devraient se suivre. Par exemple, un objectif 'Assurer le bien-être et le confort', avec un NIM 'Soins palliatifs'.

On pourrait ajouter comme précision : lieu du décès souhaité par le patient et les particularités culturelles.

Options de réanimation cardiorespiratoire (RCR)

COTEZ chaque option de RCR de la liste suivante selon son importance à apparaître sur un formulaire harmonisé.

Indispensable (Ind) = doit faire l'objet d'un choix distinct par le patient

Optionnel (Op) = pourrait servir d'exemple pour illustrer une option de NIM

Non pertinent (NP) = pourrait se retrouver dans les explications d'un guide

Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
				Tous les items pourraient être pertinents dans certains contextes spécialisés (mais non en routine).
RCR : • RCR de base seulement	1		3	Je suis définitivement contre l'utilisation de terme RCR de base ou avancée. Lorsque l'on pratique une RCR, par définition, on devrait amorcer un transfert dans un milieu de soins avancés.
• RCR avancée avec transfert si nécessaire	2		3	Les transferts ont été traités ailleurs. Je crois que nous devrions utiliser la nouvelle terminologie : tenter la RCR ou ne pas tenter la RCR (DNACPR).
Ventilation :	1			Je ferais la distinction entre intubation, ventilation non invasive (BIPAP, CPAP) et ventilation passive avec masque d'oxygène. Je ne crois pas utile d'inclure des notions de donations d'organe.
• Ventilation au masque seulement			2	
• Ventilation non invasive seulement (BiPAP, CPAP)		1	1	Déjà traité ailleurs... éviter la redondance
• Ventilation non invasive si déjà utilisée à domicile			2	Je ne mettrais pas la ventilation dans la RCR (en cas d'arrêt cardio-respiratoire). Ce qui est coché est pertinent pour la ventilation seulement et non la situation de RCR.
• Intubation : Oui/Non	1		1	
• Ventilation mécanique avec intubation endotrachéale	1		2	Tout ce qui suit est trop technique pour me prononcer.
• Intubation aux fins de don d'organe seulement	1	1	3	Ici, je choisirais que la rubrique soit la ventilation non-invasive et proposerais que la ventilation par masque, BiPAP ou CPAP, soient des exemples.
• Massage • Défibrillation/cardioversion	1	1	2	Ind : Bien qu'étroitement lié, je crois qu'il est utile de distinguer ces 2 notions.

				Op : se limiter au massage et à la défibrillation / cardioversion. Inclus dans la RCR.
• Utilisation d'inotropes ou vasoconstricteurs (amines)	2		2	Ici, l'enjeu semble graviter davantage autour du mode d'administration IV qu'à la molécule.
Ordonnance collective • Atropine • Amiodarone		1	3	Pourquoi ces deux médicaments en particulier? Il y a également l'épinéphrine, la vasopressine, etc.

Autres commentaires

Si ces options doivent faire l'objet d'une décision du patient... il faudra certainement modifier les termes. De plus, je doute que ce dernier soit en mesure de choisir quels médicaments il souhaite recevoir.

Évaluation de l'exercice

Modifications suggérées

INSCRIVEZ ici les améliorations que vous proposez, clarifications, ordonnancement des éléments, présentation, etc.

...

Commentaires généraux

INSCRIVEZ ici les éléments que vous souhaitez ajouter ou proposer pour discussion.

Très bon exercice en général.

Exercice préparatoire Réunion 25 mai 2015

*Guide sur les normes et
standards de qualité en
matière des NIM : vers un
formulaire harmonisé*

**Synthèse (4 répondants du
Comité consultatif)**

26 mai 2015

Exercice préparatoire n° 2 « Vers un formulaire harmonisé de NIM »

Objectif de l'exercice

Ce second exercice vise à identifier les composantes du bloc 2 qui sont essentielles pour un formulaire de NIM harmonisé.

Composantes du bloc 2 :

- Personnes impliquées et leur statut;
- Discussion;
- Signatures;
- Avertissements et notes explicatives;
- Éléments de format.

Les cotes des items correspondent à leur importance à apparaître sur un formulaire harmonisé :

- INDISPENSABLE (Ind): l'élément doit apparaître sur le formulaire parce que toujours pertinent.
- OPTIONNEL (Opt) : l'élément est utile, mais pourrait apparaître ailleurs (dans les instructions d'application qui accompagnent le formulaire, la politique des NIM, les outils de formation ou d'information, les notes au dossier, etc., à préciser).
- NON PERTINENT (NP) : l'élément n'ajoute rien et ne doit pas apparaître.
- Pas de cote donnée (PDC).

Aptitude du patient à consentir aux soins				
Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Aptitude du patient à consentir aux soins (oui/non)	3	1		<p>Ind : L'inaptitude d'une personne peut être permanente, temporaire ou fluctuante. Peut-être faudrait-il préciser?</p> <p>Opt : Question délicate, car l'inaptitude peut être partielle ou fluctuante dans le temps.</p>
Vérification de l'aptitude du patient (4 questions) ² : oui/non		1	3	<p>NP : Ajoute de la lourdeur. Pourrait être suggéré dans le guide.</p> <p>NP : Je me questionne sur la valeur de ces questions dans un contexte aigu.</p>
Patient sous curatelle publique (oui/non) avec date de demande de consentement à un NIM au Curateur public	3	1		<p>Ind : Pourrait être déplacé à la section suivante « Personnes impliquées dans la discussion ».</p> <p>Ind : Devrait également indiquer si la personne jugée inapte avait antérieurement exprimé ses volontés. De plus, si un proche a été contacté, a-t-il exprimé son accord ou non?</p> <p>Opt : Devrait être ajouté dans l'espace de commentaires quand c'est le cas.</p>
Statut légal de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> • Autonome • Curatelle privée • Curatelle publique • Mandat en prévision de l'inaptitude • Mandat homologué 	4			<p>Ind : Combiner à l'élément précédent? Combiner à l'élément 1 en inscrivant plutôt : « Si inapte : »? Ajouter DMA?</p> <p>Ind : M'apparaît complet.</p>
Autres suggestions :				<ul style="list-style-type: none"> • Les 3 éléments cotés « indispensables » pourraient être regroupés en un seul. • Devrait-on distinguer l'inaptitude et l'incapacité?

² 1. Comprend-il la nature de sa maladie pour laquelle un plan de soins est proposé? 2. Comprend-il la nature et le but du plan de soins proposé? 3. Saisit-il les risques et les avantages du plan de soins et les conséquences d'accepter ou de refuser? 4. Sa condition médicale nuit-elle à sa capacité de compréhension?

Personnes impliquées dans la discussion / détermination du NIM				
Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Le NIM a été déterminé sans discussion (curateur public)	3			<p>Ind : Retirer la parenthèse – curateur public.</p> <p>Ind : Ce n'est pas une situation usuelle mais quand c'est le cas, elle doit être inscrite sur le formulaire de NIM.</p> <p>Ind : Document daté et les raisons justifiant cette décision devraient être explicites.</p> <p>PDC : Si le NIM est censé être la traduction d'une discussion sur les objectifs de vie du patient, je ne suis pas certain de la manière d'intégrer un NIM sans discussion (peut-être faut-il alors l'appeler différemment dans cette situation précise).</p>
<p>Noms des personnes avec qui la discussion a eu lieu (cocher):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bénéficiaire (usager) • Conjoint(e) • Enfant ou petit-enfant (adulte) • Père/mère d'un mineur • Autre proche (spécifier) • Tuteur • Ami • Représentant légal autre 	4			<p>Ind : ajouter à la liste : <u>Curateur public ou privé</u> et mettre ami avant tuteur.</p> <p>Ind : remplacer tout (sauf le bénéficiaire) par <u>autre et préciser</u> (par ex., 2 enfants, Paul et Laurie).</p> <p>Ind : Important, car seront les personnes qui pourront être incluses dans des discussions subséquentes advenant d'une détérioration ou d'une inaptitude. Témoin aussi envers qui le patient témoigne le plus de confiance.</p> <p>Ind : N'aurait-il pas lieu de considérer aussi la situation des familles reconstituées? La date de la discussion ainsi que les coordonnées de ces personnes me semblent des informations importantes à consigner. J'ajouterais le <u>mandataire</u>.</p>
Espace pour explications si discussion avec autre que l'usager	2	1	1	<p>Ind : Absolument nécessaire à mon avis.</p> <p>Opt : Spécifier usager <u>apte</u>.</p>
Personnes, mandataire à joindre en cas d'inaptitude (nom, téléphone et lien avec l'usager)	2	?	1	<p>Opt (?) : Information importante mais doit-elle figurer sur le formulaire ou dans les renseignements généraux du dossier patient?</p> <p>NP : Suggéré en ajout plus haut.</p>

Types de contact avec la famille: <ul style="list-style-type: none"> • À contacter sur approbation du patient apte • À consulter si détérioration du patient • À informer si détérioration du patient • À contacter seulement si décès 	1	1		Ind : Remplacer par : Types de contact avec <u>cette (ces) personnes.</u>
	1	1		Ind : Remplacer par : À contacter <u>avec accord préalable</u> du patient apte.
	1		1	Ind : Remplacer par : À <u>contacter</u> si détérioration du patient.
			1	Opt : Selon le jugement du médecin. NP : L'option 'À consulter si détérioration du patient' laisse place à tout un processus de négociation. Difficilement applicable en cas de détérioration. Cette section est importante, mais n'appartient pas à cette rubrique (ces personnes semblent être celles à aviser et non celles impliquées dans la discussion / détermination du NIM). Pourrait toutefois être déplacée plus loin dans le document.
Autres suggestions :				
Médecin				
Nom du médecin qui a déterminé le NIM	4			Ind : Ajouter Nom <u>et coordonnées...</u>
Nom du médecin traitant si différent	3	1		Ind : Ajouter Nom <u>et coordonnées...</u>
Nom et lieu de pratique du médecin de famille si différent	2	1	1	Ind : Ajouter Nom <u>et coordonnées...</u> ; retirer le lieu de pratique.
Nom et tél. du médecin à contacter pour renseignements sur le NIM	2	1	1	
Personne à aviser en cas d'urgence : nom et tél.	1		3	NP : Info fournie à la section précédente « Personnes impliquées dans la discussion ». NP : C'est une information qui est importante mais je les mettrais dans les renseignements généraux du dossier patient.
Autres professionnels impliqués dans la discussion				
Nom et qualité des professionnels non-médecins ayant participé à la discussion		3	1	Opt : Inutile si l'item suivant est retenu. Opt : À inscrire dans l'espace où l'on résume la discussion (section suivante). NP : Je me permets ici d'émettre beaucoup de réserves à qualifier les membres de l'équipe de « non-médecin ». Définir une personne par ce qu'il n'est pas m'apparaît condescendant. Aucun médecin n'accepterait d'être qualifié de « non-pharmacien, non-psychologue, non-infirmière.... »).

Personnes ressources consultées (inscrire le nom et la date de consultation) : <ul style="list-style-type: none"> • Comité éthique clinique • MD • Inf. pivot, collègue, etc. • Psychologue • Travailleur social • Soins spirituels • Autres (spécifier) 	3	1		<p>Ind : Modifier <u>autre</u> MD, <u>intervenant</u> spirituel; retirer après Inf. pivot : collègue, etc.</p> <p>Ind : Pas sûr qu'il est nécessaire d'avoir le nom.</p> <p>Ind : Beaucoup plus approprié (que ci-dessus).</p> <p>Opt : Avec le résumé de la discussion (section suivante).</p>
Discuté avec l'équipe multidisciplinaire		4		<p>Opt : Redondant avec ce qu'il y a au-dessus.</p> <p>Opt : Avec le résumé de la discussion (section suivante).</p> <p>Opt : La section précédente précise déjà les personnes consultées.</p>
Autres suggestions :				L'une ou l'autre de ces 3 cases (ci-dessus). Pas certain qu'il est toujours nécessaire d'avoir tous les noms. Alourdit beaucoup le document.
Précisions sur la discussion / détermination du NIM				
Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Lieu, date et heure de la détermination du NIM	4			<p>Ind (2) : Retirer 'et heure' (heure optionnelle).</p> <p>Ind : Indispensable, avec une mention que si le NIM date de plus de [x temps], il est nécessaire de le réévaluer.</p> <p>Ind : Ces informations devraient apparaître à chaque modification.</p>
Type de décision sur le NIM: <ul style="list-style-type: none"> • Consensuelle • Désaccord (préciser) • Discussion entamée sans décision 	1 1 1	1 1		<p>Ind (deux premiers items) : Espace requis pour préciser les désaccords. Devrait figurer au dossier, mais pas au formulaire harmonisé.</p> <p>Opt : Si le NIM traduit les objectifs de vie du patient, il devrait uniquement refléter ceux-ci et non un éventuel accord ou désaccord entre le MD et son patient. Je conçois la problématique des « NIM unilatéraux » qui semblent fréquents dans les milieux. J'ai peur que le fait de permettre de mettre des NIM en désaccord favorise cette pratique.</p>

				PDC : Voir autre suggestions.
Indication d'un NIM « intérimaire » en attente de résolution de conflit	1	1	1	Opt : Oui, si le conflit est au sein de la famille du patient par exemple, mais encore une fois, si la discussion des objectifs de vie ne permet pas d'arriver à des NIM, je pense qu'il ne devrait juste pas y avoir de NIM. PD : M'apparaît intéressant comme option, mais difficilement applicable en cas d'urgence. PDC : voir les autres suggestions.
Espace pour : <ul style="list-style-type: none"> • Résumer la discussion • Citer les paroles du patient • Atmosphère, désaccord, déni, etc. 	3 1	1	1	Ind : Essentiel + + Ind : Les volontés du patient exprimées « dans ses propres mots » m'apparaissent indispensables. Opt : En principe, le NIM résume les discussions. NP : Regrouper les éléments (atmosphère, déni, etc.) avec ceux cités plus haut.
Espace pour préciser : <ul style="list-style-type: none"> • Situation clinique • Espérance de vie • Liste d'interventions spécifiques à faire/ne pas faire • Décisions qui ne sont pas discutées avec le patient/proche et les raisons 	1 1 1		1	Ind : Essentiel ++ NP : L'espérance de vie est difficilement prévisible. De plus, le NIM peut refléter davantage la qualité de vie plutôt que la quantité. NP : (Décisions qui ne sont pas discutées...) peut-être ajouter ce critère dans la section « type de décision ». PDC : Voir autres suggestions.
Consultation de documents de soutien (p. ex., DMA), ou leur non-disponibilité	3			Ind : Lister ces documents (ajouter mandat) et prévoir espace pour préciser s'ils ont été consultés. PDC : Voir autres suggestions.
Autres suggestions :				Je suggère de mettre plusieurs lignes de notes pour que le médecin résume la discussion et ajoute les éléments qui seront utiles pour appliquer le NIM (par ex., citer les paroles du patient, préciser si le NIM est intérimaire, etc.).

Les signatures pour la détermination d'un NIM				
Élément	Cocher			Explication – précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Date, heure et endroit où les signatures ont été faites (hôpital, centre)	4			Ind : Retirer 'heure'.

d'hébergement, domicile, bureau du médecin, etc.)				
Signature du médecin, sa relation avec le patient (soignant, traitant, MD famille), spécialité / discipline et numéro de pratique	4			Ind : Ajouter : du médecin <u>ayant déterminé le NIM</u> ,...; retirer spécialité/discipline.
Signature de l'usager ou son représentant (ou curateur), déclarant avoir : <ul style="list-style-type: none"> • reçu l'information et participé à la discussion à sa satisfaction; • été informé de la possibilité de changer d'avis verbalement ou par écrit en tout temps. 	1 1 1	1		Ind : Retirer (ou curateur); à la première puce, retirer 'reçu l'information'. Ind : Il faudrait préciser que l'information relative à la situation clinique, les choix thérapeutiques ainsi que leurs conséquences ont été clairement transmis et compris par l'usager ou son représentant. PDC : Je ne suis pas sûr de la nécessité d'avoir à demander une signature au patient ou à son représentant. À [l'établissement], nous avons opté pour ne pas l'avoir afin de ne pas mettre de pression ni de déresponsabilisation médicale face au processus. Avec une formulation : « il a été convenu avec son consentement d'orienter les traitements vers... ». La signature au bas de la page est celle du médecin. Il serait intéressant d'avoir des avis de <u>patients</u> à ce propos. La signature donne aux cliniciens une fausse assurance que le consentement est « légal », certains se réfugient vraiment derrière cette signature plutôt que sur la discussion qui y a mené. Le niveau de soins ne devrait pas être signé, mais plutôt discuté .
Signature d'un témoin	1		3	
Signature d'un représentant de l'établissement (p. ex., représentant des services à la clientèle)		1	3	
Signature d'un tiers si incapacité physique		2	1	Opt : Ajouter : incapacité physique <u>de l'usager apte</u> . NP : La signature sera alors celle de son représentant. PDC : Sans commentaire.
Autres suggestions :				

Mêmes items sur les signatures pour la décision concernant la RCR – **À compléter seulement si vos réponses et commentaires peuvent être différents qu'au tableau précédent**

- X Mes réponses et commentaires sont les mêmes qu’au tableau précédent (NIM)
- Oui si la décision relative à la RCR se retrouve au verso de celle relative au NIM (i.e. sur le même formulaire) alors cette section n’est pas utile.
 - Oui. (2)

Les signatures de la décision de RCR				
Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Seulement si différent que pour le NIM :				
Date, heure et endroit où les signatures ont été faites (hôpital, centre d’hébergement, domicile, bureau du médecin, etc.)	1			
Signature du médecin, sa relation avec le patient (soignant, traitant, MD famille), spécialité/discipline et numéro de pratique	1			
Signature de l’usager ou son représentant (ou curateur) déclarant avoir : <ul style="list-style-type: none"> • reçu l’information et participé à la discussion à sa satisfaction; • été informé de la possibilité de changer d’avis verbalement ou par écrit, en tout temps. 				PDC : Même commentaire que pour les NIM (ci-dessus).
Signature d’un témoin				
Signature d’un représentant de l’établissement (p. ex., représentant des services à la clientèle)				
Signature d’un tiers si incapacité physique				
Autres suggestions :				

Avertissements et notes explicatives				
Élément	Cocher			Explication - précisions
	Indispensable	Optionnel	Non pertinent	
Avertissement que le NIM n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu	3	1		Opt : Mettre dans le guide accompagnant le NIM.
Avertissement que le consentement sera obtenu directement du patient majeur si apte à consentir aux soins (et non pas du représentant ni via une DMA dans ce cas)		2	2	Opt : Mettre dans le guide accompagnant le NIM. NP : Les MD devraient savoir ça. NP : Semble s'appliquer au consentement et non au NIM.
Avertissement que le NIM est indicatif et non étanche – à être utilisé comme guide lors de situations d'urgence	1	2		Opt : Mettre dans le guide accompagnant le NIM. Opt : L'expression « non-étanche » est à clarifier. PDC : ?
Indication 'Ordonnance' sur le formulaire de RCR, mais non sur le NIM	1	2	1	NP : Je ne suis pas certaine de bien comprendre ce libellé. PDC : ?
NIM verbal par MD admis si suivi par un formulaire signé		1	1	NP : Manque de clarté. Devons-nous comprendre ici que le NIM verbal serait valide si signé par la suite? Dans ce cas, s'agit-il vraiment d'un NIM (aucune discussion)? PDC : Je ne comprends pas. PDC : Je ne comprends pas cette proposition.
Cocher : • NIM / RCR décision initiale • ou réévaluation		1	2	PDC : Pas de commentaire.
Existence de volontés écrites antérieures : • NIM antérieur (lieu et date) • Mandat (homologué) • Procuration légale • Testament de vie • DMA (nouveau)	2 1 1 1 1	1	1 1	Ind : Toutes indispensables selon moi. Existe-t-il un registre informatisé (DMA)? NP : À intégrer plutôt dans la section « Précisions sur la discussion ».
Copies des documents de soutien attachés au formulaire	3			PDC : Dangereux, car ces documents peuvent avoir été modifiés depuis.

(p. ex., DMA)				
Hôpital de provenance lors d'un transfert	2		2	NP : Cette information est peu utile sur le formulaire harmonisé. Toutefois, la provenance du patient demeure importante à consigner au dossier.
Autres avertissements / rappels				
Durée de validité (p. ex., 12 mois si pas d'indication que les préférences ont changé)	2		1	Ind : J'estime incontournable d'indiquer la durée de validité, mais j'ignore quelle durée est légalement acceptable. NP : Le critère est arbitraire. PDC : Les NIM ont-ils une durée prédéterminée?
Note sur l'importance du respect des décisions		1	2	Opt : Implicite. PDC : Pas de commentaire.
Décisions peuvent être révisées en tout temps	2	1	1	NP : Est-ce que « en tout temps » signifie « au besoin »? Non nécessaire si mention « informé de la possibilité de changer d'avis verbalement ou par écrit en tout temps » est retenue.
Réévaluer selon évolution clinique, demande du patient ou mandataire, après un transfert ou annuellement* * Dépendant du contexte : Centre d'hébergement : 60 jours après l'admission et chaque 12 mois; CH soins aigus : 24 h après admission et avant le séjour; Programme rénal : 90 jours après le début et chaque 12 mois; Soins ambulatoires, soins primaires, soins/aide à domicile : chaque 12 mois.	2	1 1		Opt : La première partie seulement jusqu'à ... après un transfert. Les autres détails devraient être suggérées et non pas imposés. Opt : Tous ces contextes alourdissent le texte. Je crois qu'ils sont importants, mais ignore où ils devraient apparaître. PDC : À adapter au contexte particulier de chaque type de milieu. Modifier : remplacer mandataire par <u>représentant</u> ; remplacer annuellement* par : ou <u>selon le contexte particulier du milieu (préciser)</u> ; retirer entièrement la note (*).
Le NIM doit être évalué par le médecin avant l'application de l'anesthésie afin de confirmer les préférences RCR pendant la période périopératoire		2	2	Opt : L'anesthésie et la RCR périopératoire devraient être vues différemment, car possiblement secondaires à l'anesthésie et avec pronostic différent que lorsque RCR sur étage ou en centre d'hébergement. Opt : Selon la situation du patient. NP : Trop spécifique. NP : Je ne crois pas que cette information doit paraître sur le NIM... il s'agit plutôt d'une modalité de vérification habituelle en période préopératoire (et non périopératoire).

Si curatelle publique le NIM doit être accepté par le Curateur public	2		2	NP : L'implication du curateur aura été indiquée à la section « Personnes impliquées dans la discussion ». NP : Implicite.
Applicable aux patients majeurs ou mineurs	2	1	1	Ind : Discutée avec les parents et indiquer <u>l'implication du mineur</u> dans la discussion. Opt : Il y a certainement lieu de distinguer la situation des mineurs en fonction de la loi.
Référence à la politique de l'établissement (date, n°)	1		3	NP : Si harmonisé, le formulaire ne devrait pas être différent entre les établissements.
Rappel d'inscrire le résumé de la discussion et les précisions sur les choix dans les notes évolutives (dossier clinique)		1	1	PDC : Il est préférable de l'inscrire directement sur le formulaire de NIM. Très difficile de retrouver les notes d'évolution dans le dossier papier.
Instructions pour indiquer l'annulation d'un formulaire		1	1	PDC : N'est-il pas préférable de détruire un formulaire « annulé »? PDC : Pas de commentaire.
Autres suggestions :				

Éléments de format

Éléments	D'accord (Dac)	Pas d'accord (PD)	Explications - Précisions
NIM et décision RCR sur des formulaires séparés		4	PD : Font partie de la même démarche, aussi, sensibilisation aux NIM par le formulaire de RCR plus couramment utilisé. PD : La tentative de réanimation est en soi une intervention. La décision de recourir ou non à la réanimation (RCR) devrait être évaluée parmi les interventions jugées proportionnelles à chaque situation. Question d'être conséquent, à mon avis. Si discuté et documenté de manière distincte, il est possible que le patient accepte la RCR, mais refuse l'intubation ou les amines... ce qui ne fait pas de sens, à mon avis.
Formulaire en triplicata (établissement, médecin de famille et usager)	2	2	
Formulaire NIM et RCR placés au début du dossier	4		

Liste des conditions médicales intégrée au formulaire	2	1	PDC : Je ne comprends pas.
Liste des allergies aux médicaments et aux aliments en haut du formulaire		4	NP : Pas rapport.
Autocollant sur carte RAMQ		4	
Autre identificateur coloré (p. ex., couleur du formulaire)	3	1	
Utilisation d'un protecteur en plastique coloré pour combiner tous les documents de la planification anticipée de soins (NIM, RCR, DMA)	2	2	PD : Les DMA se consultent dans le registre des DMA.
NIM initial et révision (jusqu'à un total de 4 NIM) sur le même formulaire	1	2	PD : Intéressant, mais risque d'être lourd et de porter à confusion. PDC : Il me semble important de préserver l'espace pour résumer la discussion. Si trop de réévaluations, est-ce possible?
Identification du patient : nom de famille, prénom, date de naissance, n° dossier	4		
Autres suggestions : Dossier informatisé et Dossier Santé Québec (DSQ). Acceptation du formulaire de RCR par Urgence Santé à travers tout le Québec.			Comment le NIM va-t-il s'intégrer dans les différents dossiers informatisés? Centralisation de l'information dans le dossier Santé Québec?

Évaluation de l'exercice

Modifications suggérées

...

Commentaires généraux

Bon exercice préparatoire.

RÉFÉRENCES

INESSS. Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins : portrait de la situation et revue de la littérature. Rapport rédigé par Lucy Boothroyd, Michel Rossignol, André Jean, Renée Latulippe et Annie Tessier. ETMIS 2015; x(x) : 1-x

Guides et autres documents de politiques et de recommandations consultés :

Association médicale canadienne (AMC). Énoncé de position de l'AMC concernant les interventions de sauvegarde et de maintien de la vie. Ottawa, ON : AMC 2013. Disponible à : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/PD14-01-f.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

British Medical Association (BMA). Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. London, R-U : BMA 2014. Disponible à : <https://www.resus.org.uk/dnacpr/decisions-relating-to-cpr/> (consulté le 8 juin 2015).

Centre for Healthcare Improvement. End-of-life care: Decision-making for withholding and withdrawing life-sustaining measures from adult patients, Part 1. Brisbane, Australie : Queensland Health [pas de date]. Disponible à : <http://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/gdl/qh-gdl-005-1-1.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MHN, Currow DC. Clinical practice guidelines for communication prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. MJA 2007; 186(12) : S77-108.

Collège des médecins du Québec (CMQ). La pratique médicale en soins de longue durée; guide d'exercice. Montréal, QC : CMQ 2015. Disponible à : <http://www.cmq.org/~media/Files/Guides/Guide-pratique-longue-duree-2015.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

College of Nurses of Ontario. Guiding decisions about end-of-life care. Toronto, ON : College of Nurses of Ontario 2009. Disponible à : http://www.cno.org/Global/docs/prac/43001_Resuscitation.pdf (consulté le 8 juin 2015).

College of Physicians and Surgeons of Ontario. Decision-making for the end of life. Toronto, ON : College of Physicians and Surgeons of Ontario 2006. Disponible à : <http://www.cpso.on.ca/cpso/media/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/end-of-life.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

General Medical Council (GMC). Treatment and care towards the end of life: Good practice in decision making. London, R-U : GMC 2010. Disponible à : http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/end_of_life_care.asp (consulté le 8 juin 2015).

Health Quality Ontario. End-of-life health care in Ontario: Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC) recommendation. Toronto, ON : OHTAC 2014. Disponible à :

<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/eds/ohtas/recommendation-eol-1411-en.pdf>
(consulté le 8 juin 2015).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). QS13 Quality standard for end of life care for adults. London, R-U : NICE 2013. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13> (consulté le 8 juin 2015).

NHS Improving Quality. Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness: A guide for health and social care staff. Leicester, R-U : National End of Life Care Programme, 2011. Disponible à : http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/ACP_Booklet_June_2011.pdf (consulté le 8 juin 2015).

NHS Improving Quality. DNACPR decisions: Who decides and how? Leicester, R-U : National End of Life Care Programme, 2012. Disponible à : http://www.cheshire-epaige.nhs.uk/ePaige%20Documents/dnacpr_web_resource_from%20NEOLCP.pdf (consulté le 8 juin 2015).

NHS Scotland. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation [DNACPR]: Integrated adult policy. Edinburgh, Écosse : The Scottish Government 2010. Disponible à : <http://www.gov.scot/resource/doc/312784/0098903.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

NSW Ministry of Health. Advance planning for quality care at end of life: Action plan 2013-2018. Sydney, Australie : NSW Government 2013. Disponible à : <http://www.health.nsw.gov.au/patients/acp/Publications/acp-plan-2013-2018.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

NSW Ministry of Health. End-of-life care and decision-making: Guidelines. Sydney, Australie : NSW Government 2005. Disponible à : http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf (consulté le 8 juin 2015).

Ontario Medical Association. Background paper: Guidelines for end of life treatment plans. Toronto, ON : Ontario Medical Association 2014. Disponible à : <https://www.oma.org/Resources/Documents/GuidelinesForEndOfLifeTreatmentPlans.pdf> (consulté le 8 juin 2015).

Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Toronto, ON : Registered Nurses' Association of Ontario 2011. Disponible à : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours> (consulté le 8 juin 2015).

Resuscitation Council. Recommended standards for recording Do not attempt resuscitation (DNAR) decisions. London, R-U : Resuscitation Council (UK) 2009. Disponible à : <https://www.resus.org.uk/dnacpr/do-not-attempt-cpr-model-forms/> (consulté le 8 juin 2015).

Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte : Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. Paris, France : Société de réanimation de langue française [pas de date]. Disponible à : <http://www.srlf.org/data/ModuleGestionDeContenu/application/816.pdf> (consulté le 8 juin 2015).