

NIVEAUX DE SOINS

Émetteur	Direction des services professionnels	
Direction responsable	Direction des services professionnels	
Destinataires	Médecins, chefs de départements médicaux, personnel soignant, gestionnaires des services cliniques et personnel administratif des services cliniques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS CMDP et DRMG	
Entrée en vigueur	2020-05-27	
Adopté par	Comité de direction	Date 2020-05-26
Signature	Original signé par Stéphane Tremblay, président-directeur général	

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Objectifs	2
3. Définition des termes.....	2
4. Champs d'application.....	3
5. Cadre normatif.....	3
6. Description des activités.....	3
7. Rôles et responsabilités.....	5
8. Ouvrages consultés.....	7
9. Personnes consultées/collaboratrices.....	7
10. Dispositions finales	8
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS.....	9
ANNEXE B - FORMULAIRE NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE DT9261 (MSSS).....	10

1. Mise en contexte

Les niveaux de soins visent la cohérence entre le projet de vie des personnes et les soins offerts. Ceci implique une participation des personnes à la prise de décision concernant leurs soins sans coercition ni jugement de valeur et avec la flexibilité nécessaire pour s'adapter à des perceptions, des objectifs et des états de santé évolutifs.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'engage à accompagner avec humanisme toutes les personnes pendant leur continuum de soins et ce en leur permettant de connaître, comprendre et décider du niveau de soins qu'elles souhaitent en toute connaissance de leur situation.

Les niveaux de soins sont un outil qui facilite la communication entre les personnes, leur représentant ou leurs proches, le médecin et le personnel soignant quant aux objectifs de soins en contexte de maladies graves et de fin de vie, afin que des soins qui sont médicalement appropriés puissent être adaptés le mieux possible aux volontés des personnes. Les soins offerts sont ainsi perçus comme les meilleurs car porteurs de sens pour la personne, son représentant ou ses proches, le médecin et le personnel soignant. À aucun

moment les personnes ne sont privées de leur droit à consentir aux soins qui leur sont proposés, et ce, quels que soient les choix qui sont faits.

Les pratiques et les outils de détermination des niveaux de soins varient d'une installation à l'autre : le CIUSSS de l'Estrie-CHUS vise l'application de pratiques et d'un formulaire harmonisés pour tous les services, départements, installations et missions de l'établissement.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (ci-après nommé l'INESSS) recommande l'adoption d'une directive en matière de niveaux de soins par tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec. L'une des composantes de cette directive, le formulaire harmonisé, soutient cette harmonisation par le recours à un seul outil qui permet de documenter les niveaux de soins et faciliter la transmission de l'information¹.

2. Objectifs

Les objectifs de la présente directive sont de :

- Favoriser le respect de la personne et la reconnaissance de ses droits.
- Offrir des soins et services POUR et AVEC l'utilisateur : assurer la participation des personnes, de leur représentant ou de leurs proches dans la détermination des objectifs de soins les concernant.
- Appliquer et harmoniser les pratiques reconnues en matière de détermination de niveaux de soins au sein de tous les services, départements, installations, missions de l'établissement.
- Accroître l'efficacité du transfert de l'information aux points de transition des soins autant entre le médecin et le personnel soignant d'un même département qu'entre les différents services, missions et installations;

3. Définition des termes

- **Directives médicales anticipées (DMA)** : Les directives médicales anticipées sont une forme d'expression des volontés de soins en prévision de l'incapacité à consentir à des soins qui découlent de la Loi concernant les soins de fin de vie. Plus précisément, les directives médicales anticipées consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait incapable à consentir à des soins dans des situations cliniques précises. Les directives médicales anticipées ont une valeur contraignante ; c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter (Gouvernement du Québec, 2019).
- **Maladie grave et de fin de vie** : Maladie affectant le pronostic vital ou fonctionnel.
- **Niveaux de soins** : Expression des valeurs et des volontés de la personne sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre elle ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques (INESSS, 2016). L'appellation niveaux de soins dans la présente directive est également assimilable à celle de *niveaux d'intervention médicale* (NIM) dont le Collège des médecins du Québec fait usage dans son guide sur les soins de longue durée.
- **Personnel soignant** : Ensemble des intervenants qui participent à la prestation des soins et services durant l'épisode de soin d'une personne.

¹ La présente directive est adaptée du *Gabarit d'une politique d'établissement en matière de niveaux de soins* dans *Les niveaux de soins – Normes et standards de qualité* (INESSS, 2016). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

4. Champs d'application

Cette directive s'adresse à l'ensemble des médecins, médecins résidents et personnel soignant de l'ensemble des missions au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Population visée : La directive vise sans restriction la population adulte ainsi que les enfants recevant des soins et services de toutes les missions au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Personnes visées : La directive vise toute personne dont le pronostic actuel laisse entrevoir une non-amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie. La détérioration de l'état de santé inclut, sans y être limitée, le risque d'un événement de santé aigu surajouté à un état de santé fragilisé notamment par la présence simultanée de plusieurs problèmes de santé, un risque de récurrence ou un risque inhérent aux interventions proposées.

5. Cadre normatif

1. Les niveaux de soins - Normes et standards de qualité (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016)
2. Directives médicales anticipées (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2019)
3. La pratique médicale en soins de longue durée – Guide d'exercice (Collège des médecins du Québec, 2015)
4. Loi n°2 – Loi concernant les soins de fin de vie (LRQ, c. S-32.0001)

6. Description des activités

6.1 Déterminer l'aptitude à la détermination d'un niveau de soins

Le médecin doit déterminer l'aptitude de la personne à consentir aux soins.

6.2 Vérifier l'existence de volontés antérieures

Lorsqu'il a été établi que la détermination d'un niveau de soins est pertinente, le médecin doit vérifier l'existence de volontés antérieures : ces volontés peuvent, notamment, prendre la forme d'un niveau de soins déterminé antérieurement, de directives médicales anticipées, d'un testament de fin de vie ou toute forme d'expression des volontés.

- Lorsqu'une personne apte à consentir aux soins a des directives médicales anticipées, celles-ci servent à poursuivre la discussion.
- Lorsqu'une personne apte à consentir aux soins n'a pas de directives médicales anticipées ou toute autre forme d'expression de ses volontés et qu'une démarche de détermination de niveaux de soins est entreprise, cette personne doit être informée de la possibilité de rédiger des directives médicales anticipées pour elle-même.
- Lorsqu'une personne inapte à consentir aux soins a des directives médicales anticipées valides et pertinentes à la situation actuelle, celles-ci ont une valeur contraignante sur le plan de soins c'est-à-dire qu'elles ont la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir et que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter.
- Lorsqu'une personne inapte à consentir aux soins n'a pas de directive médicale anticipée, le représentant de la personne participera à la détermination d'un niveau de soins sur la base de la connaissance des volontés exprimées antérieurement par la personne alors qu'elle était apte.

6.3 Discuter des niveaux de soins avec la personne ou ses proches

La discussion est un échange d'information entre la personne (ou son représentant) et le médecin. Ce dernier expose, dans un langage adapté, les éléments diagnostiques et pronostiques pertinents

ainsi que les options de soins médicalement appropriés avec leurs bénéfices et leurs risques (ces informations doivent être contextualisées et basées sur des données probantes lorsqu'elles existent).

Le médecin s'assure de la compréhension de la personne ou de son représentant de son état de santé actuel et de son pronostic.

Lorsqu'une personne est jugée apte à consentir aux soins, elle peut faire participer toute autre personne à la discussion.

6.4 Déterminer le niveau de soins à l'aide du formulaire harmonisé

La détermination du niveau de soins de même que la décision concernant la réanimation cardiorespiratoire sont sous la responsabilité du médecin, en partenariat avec la personne ou son représentant, et basées sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic d'une part, et des répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par la personne d'autre part.

La détermination d'un niveau de soins est faite en utilisant le formulaire harmonisé (voir annexe B). Les options sont exprimées en objectifs de soins (A à D sur le formulaire) et sont présentés en considérant les bénéfices, les inconvénients et les risques qui peuvent être anticipés vu l'état de santé actuel de la personne. Au besoin, des précisions concernant des procédures ou traitements particuliers sont discutées et documentées dans l'espace prévu à cette fin. La communication de ces informations complexes doit demeurer claire, concise, adaptée au contexte et est rendue disponible en temps opportun pour qu'un niveau de soins reflète bien les volontés et les valeurs de la personne au moment où il est déterminé.

Un niveau de soins peut ne pas être établi dès la première discussion si la situation clinique et le temps le permettent et si les personnes concernées ont besoin de temps pour comprendre l'information fournie et pour préparer leurs questions liées aux conséquences d'un choix. La détermination est une composante dynamique des niveaux de soins qui doit évoluer avec l'état clinique et avec les changements de perceptions et d'attentes du patient ou de son représentant. Les observations et évaluations du personnel soignant peuvent être mises à contribution pour que le niveau de soins demeure cohérent avec la situation actuelle de la personne.

6.5 Documenter le niveau de soins et le mettre à jour en utilisant le formulaire harmonisé

La documentation constitue la trace écrite de la discussion, de la détermination du niveau de soins et de la décision concernant la réanimation cardio-respiratoire.

La documentation du niveau de soins et son éventuelle mise à jour doivent être effectuées en utilisant le formulaire DT9261 (voir annexe B). Un niveau de soins doit être révisé à l'occasion de tout changement de l'état de santé ou à la demande de la personne ou de son représentant ou périodiquement lorsque la condition est stable. Des notes manuscrites datées peuvent être ajoutées dans l'espace prévu sur un formulaire de niveaux de soins antérieurement rempli si le niveau de soins n'a pas changé. La personne ou son représentant peuvent modifier ou révoquer un niveau de soins en tout temps.

Un niveau de soins est considéré valide s'il est consigné sur le formulaire DT9261, signé et daté par un médecin. L'utilisation du formulaire présume que les informations qui y figurent sont toujours en accord avec l'état de santé et les choix des personnes au moment où le formulaire a été rempli. Dans le doute ou en situation d'urgence, il faut vérifier avec la personne, son représentant ou un proche.

6.6 Appliquer le niveau de soins

Un niveau de soins n'est pas un substitut à un consentement libre et éclairé aux soins proposés : il sert à orienter l'offre de soins auxquels l'obtention d'un consentement de la personne ou de son représentant demeure une obligation soumise aux dispositions du Code Civil.

Un niveau de soins étant un outil d'aide à la décision et non une prescription pour des soins, toute détermination antérieure demeure utile pour la discussion notamment à l'occasion d'un changement de l'état de santé ou d'un changement de milieu de soins (ex : admission en hébergement). Il n'y a pas de durée de validité préétablie d'un niveau de soins qui peut demeurer pertinent ou non en fonction de la stabilité de l'état de santé et de la probabilité de survenue de complications.

6.6.1 Les niveaux de soins tels qu'identifiés et décrits au formulaire DT9261 :

- **Objectif A** : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires
 - Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert si l'intervention n'est pas disponible sur place.
- **Objectif B** : Prolonger la vie par des soins limités
 - Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés ou inacceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).
- **Objectif C** : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
 - Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie). Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple : en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).
- **Objectif D** : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie
 - Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété). Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie ; la maladie est laissée à son cours naturel. Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile). Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple : en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).

7. Rôles et responsabilités

7.1 Usager ou son représentant

- Discute avec l'équipe médicale de sa condition physique et mentale, des éléments diagnostiques et pronostiques pertinents, des options de soins proposés, de ses besoins et attentes.
- Exprime à l'équipe médicale ses objectifs de soins.

7.2 Médecin

- Détermine l'aptitude de la personne à la détermination d'un niveau de soins.
- Vérifie l'existence de volontés antérieures.
- Discute des niveaux de soins avec la personne, son représentant ou ses proches.
- Détermine le niveau de soins à l'aide du formulaire harmonisé.
- Documente le niveau de soins et le met à jour.
- Applique le niveau de soins déterminé.

7.3 Direction des services professionnels (DSP)

- Porte la présente directive et s'assure de la maintenir à jour.
- S'assure de la diffusion de la présente directive auprès des parties prenantes concernées.
- Mobilise les équipes médicales et soutient les changements découlant de la présente directive et s'assure de son application.
- Coordonne et surveille les activités professionnelles des médecins en lien avec la présente directive en collaboration avec le CMDP (art 203 LSSSS).
- S'assure de la disponibilité du formulaire de niveaux de soins.

7.4 Chefs de départements médicaux

- S'assurent de la diffusion et de l'application de la présente directive par les membres de leur département.
- Surveillent l'exercice de la médecine en lien avec la présente directive. (art 190 LSSSS)

7.5 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

- Contrôle et apprécie la qualité des actes médicaux posés en regard de l'application de la présente directive (LSSSS)

7.6 Département régional de médecine générale (DRMG)

- S'assure de la diffusion de la présente directive à ses membres.

7.7 Direction des soins infirmiers – Volet qualité

- S'assure de la connaissance et de l'application des pratiques en lien avec la présente directive par le personnel infirmier
- Surveille et contrôle la qualité des soins infirmiers en lien avec la présente directive. (art 206-207 LSSSS).

7.8 Direction des services multidisciplinaires – Volet qualité

- S'assure de la connaissance et de l'application des bonnes pratiques en lien avec la présente directive par les professionnels.

7.9 Gestionnaires des services cliniques

- S'assurent de la connaissance et de l'application de la présente directive au sein de leurs équipes.

7.10 Personnel soignant

- Contribuent à l'application de la présente directive, notamment par une participation aux discussions interdisciplinaires visant la détermination, le changement et le respect du niveau de soins.

7.11 Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

- Soutient l'application de la directive, notamment par des activités de développement des compétences du personnel clinique.

7.12 Personnel de soutien administratif

- S'assure de la disponibilité d'exemplaires du formulaire DT9261 partout où il peut être utilisé.
- Contribue à le rendre facilement repérable au dossier de l'utilisateur.
- Contribue à le rendre disponible dans les différents milieux de soins en tenant compte des règles de confidentialité et de partage d'informations aux points de transition en vigueur.

8. Ouvrages consultés

1. Les 4 visages du DSP (AQESSS, 2014)
2. Guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie : décider des objectifs de soins (Comité d'éthique du CSSS-IUGS, 2013)
3. Loi sur les services de santé et les services sociaux (MSSS)

9. Personnes consultées/collaboratrices

- Dre Gina Bravo, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement
- Dre Anne-Marie Boire-Lavigne, médecin, CHSLD St-Vincent, Membre du comité d'éthique clinique et organisationnelle
- Dre Thérèse Côté-Boileau, chef du département de pédiatrie
- Dr Jean-Daniel Baillargeon, chef du département de médecine spécialisée
- Dr Marc-André Leclair, médecin, Coordonnateur des soins intensifs
- Jean Delisle, directeur adjoint - Qualité et évolution de la pratique, DSM
- Nathalie Sheehan, directrice adjointe - Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle, DSI
- Jean-Guillaume Marquis, chef de service - Expérience Usagers, DQEPP
- Sophie Brisson, conseillère cadre en éthique clinique et organisationnelle, DQEPP
- Marie-Noëlle Charbonneau, conseillère cadre - Qualité et sécurité des soins et des services, DQEPP
- Pier St-Onge, coordonnateur - Qualité et évolution de la pratique, DSM
- Alain Thivierge, conseiller cadre clinique - Réadaptation, DSM
- Céline Jodar, conseillère cadre clinicienne - Soutien et encadrement clinique, DSI

10. Dispositions finales

10.1 Version antérieure

La présente directive remplace toute directive, règlement ou protocole en vigueur au sein des établissements fusionnés du CIUSSS de l'Énergie – CHUS concernant les niveaux de soins (ou codes d'intensité thérapeutique).

10.2 Prochaine révision

La présente directive doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création	D ^{re} Édith Grégoire, directrice adjointe – Soutien qualité (DSP) D ^{re} Suzanne Gosselin, directrice adjointe – Partenariat médical (DSP) et cogestionnaire médicale (DPSAPA) Geneviève Corriveau, courtière de connaissances (DCMU)	2020-05
Adoption	Comité de direction	2020-05-26
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période

Notes explicatives

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

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

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

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

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

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

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

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