



soins palliatifs :

# repères dans une société en changement

 **AQSP**  
Association québécoise  
de soins palliatifs

35<sup>e</sup> congrès  
annuel

6, 7 et 8  
mai 2026

Hôtel Delta Sherbrooke  
et Centre de congrès

## **Parler des objectifs de soins, un privilège à s'accorder**

Andréanne Lacharité, *Coordonnatrice à la permanence clinique SAPA, CISSS Chaudière-Appalaches*

Sabrina Labrecque-Pegoraro, *APPR en mobilisation et transfert des connaissances, CIUSSS de l'Estrie-CHUS*

# Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

*Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur, nous déclarons que nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.*

## AFFILIATION

- **Andréanne Lacharité**

*Infirmière clinicienne*

*Coordonnatrice à la permanence clinique du CISSSCA, Membre de l'OIIQ*

- **Sabrina Labrecque-Pegoraro**

*Agente de planification, de programmation et de recherche*

*Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Direction de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS*



# Utilisation de l'intelligence artificielle

- Nous déclarons ne pas avoir utilisé l'intelligence artificielle.

# Objectifs

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Promouvoir les bénéfices d'une discussion sur les objectifs de soins en amont.
- Reconnaître et soutenir le besoin du patient ou de son proche de réviser ou de préciser certains éléments face aux soins qu'il aimerait recevoir ou non.
- Contribuer à désamorcer les situations conflictuelles.



## Léger retour dans le temps

- Démarche par l'INESSS
- 4 niveaux vers 3 objectifs
- Projet pilote CIUSSS de l'Estrie - CHUS



## Grands constats & recommandations issus du projet pilote

- [Pour consulter le rapport](#)
- [Pour consulter la synthèse](#)

**1. OBJECTIFS DE SOINS**

Selon l'objectif de soins, détailler les interventions mentionnées lors de la discussion : *dialyse, hydratation, alimentation forcée ou artificielle, transfusion sanguine, etc.* **Les soins proposés doivent être, à la fois, cliniquement indiqués et cohérents avec le projet de vie de la personne.**

**Objectif P – PROLONGATION de la vie par tous les soins nécessaires**  
Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées.

**Objectif E – ÉQUILIBRE des soins entre la prolongation de la vie et le confort**  
Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées. Ils visent notamment à corriger ou à limiter la détérioration de l'état de santé de la personne et à assurer son confort physique, psychique et spirituel. Les interventions peuvent entraîner un inconfort jugé acceptable par l'utilisateur ou son représentant, le cas échéant.  
**Intubation d'urgence :**  Oui  Non Documenter si d'autres soins sont jugés inacceptables compte tenu du faible potentiel de récupération et/ou des effets indésirables.

**Objectif C – CONFORT de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie**  
Cet objectif vise d'abord le confort par tous les soins nécessaires et non la prolongation de la vie. Les soins proposés visent exclusivement la gestion des symptômes dans le but de maintenir le confort physique, psychique et spirituel. Une intervention habituellement donnée à des fins curatives peut être proposée, mais uniquement parce qu'elle représente la meilleure option pour soulager l'inconfort.

**2. DÉCISION RELATIVE À LA RCR**

Tenter la RCR  Ne PAS tenter la RCR (Ordonnance de non-réanimation)  
Documenter si la RCR n'est pas cliniquement indiquée ou si l'utilisateur refuse une tentative de RCR ou certaines manœuvres (p. ex. compressions thoraciques) :

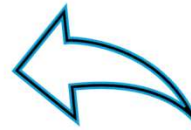
**3. TRANSFERT HOSPITALIER**

Le transfert de l'utilisateur vers un centre hospitalier vise à lui offrir un soin cliniquement indiqué et cohérent avec son objectif de soins, mais qui ne peut pas être donné dans son milieu de vie ou de soins. Au terme de la discussion, l'utilisateur ou son représentant accepte ou refuse un éventuel transfert.

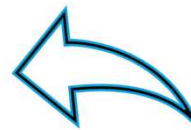
Accepte  Refuse Documenter : \_\_\_\_\_

**4. SIGNATURE**

Medecin resident	Nom (lettres majuscules)	N° de permis	Signature	Date(jjjjjj/rrrr/ff)
Professionnel autorisé*, précisez :	Nom (lettres majuscules)	N° de permis / prescripteur	Signature	Date(jjjjjj/rrrr/ff)
Coordonnées				



Vocabulaire accessible



Absence de signature par l'utilisateur ou son proche

\* Médecin, infirmier(e) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS) et candidat(e) IPS.

## 7. DISCUSSION

### A. Noter, le cas échéant :

- l'état de santé, les valeurs, les préférences, les craintes de l'utilisateur et le contexte clinique
- les informations pertinentes partagées par l'équipe soignante
- les informations relatives aux volontés antérieures ou concomitantes, aux dons d'organes, aux soins palliatifs et de fin de vie
- si la discussion a été difficile ou conflictuelle

### B. Noter toute information pertinente transmise par des proches et pouvant aider à préciser les volontés de l'utilisateur.

Nom, prénom, lien avec l'utilisateur	Informations

Remettre une copie à l'utilisateur ou à son représentant

## 8. RÉVISION

La discussion doit être reprise sur une base régulière et doit être révisée dans les situations suivantes :

- lors d'une nouvelle admission ou si pertinent lors d'un congé
- lors d'un changement significatif de l'état de santé de l'utilisateur
- lors d'un changement de milieu de vie ou de soins
- à la demande de l'utilisateur ou, le cas échéant, de son représentant
- si l'équipe soignante signale la nécessité d'une révision
- et au moins une fois par année pour les personnes résidant en CHSLD ou en maison des aînés.

**⚠ S'il y a un changement relatif à l'objectif de soins, à la RCR ou au transfert hospitalier, remplir un nouveau formulaire**  
Sinon, fournir les informations ci-dessous :

Date (aaaa/mm/jj)	Nom / Situation professionnelle	N° de permis / prescripteur	Signature	Information
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			

\* Mandataire, tuteur. Si la personne est mineure : titulaire de l'autorité parentale (père, mère, tuteur)

\*\* Représentant légal ou, à défaut d'une telle représentation : conjoint(e) (marié(e), union civile ou union de fait); proche parent; personne qui témoigne de l'intérêt

4.6.17430




Multidisciplinarité



Évolutif et  
autoportant

## Bénéfices pour les professionnels

- Moins de décisions précipitées
- Responsabilité partagée
- Moins d'acharnement thérapeutique



## Bénéfices pour les patients et leurs proches

- Des gens de confiance pour discuter
- Moins de culpabilité
- Meilleure préparation aux prochaines étapes

*Et si le projet  
de vie de la  
personne  
parlait de  
lui-même?*





*Un changement qui  
remet l'humain  
au centre*

---

# Contribuer à désamorcer les situations conflictuelles: de la tension au dialogue



*« Soins palliatifs et de fin de vie, un parcours empreint de compassion »*

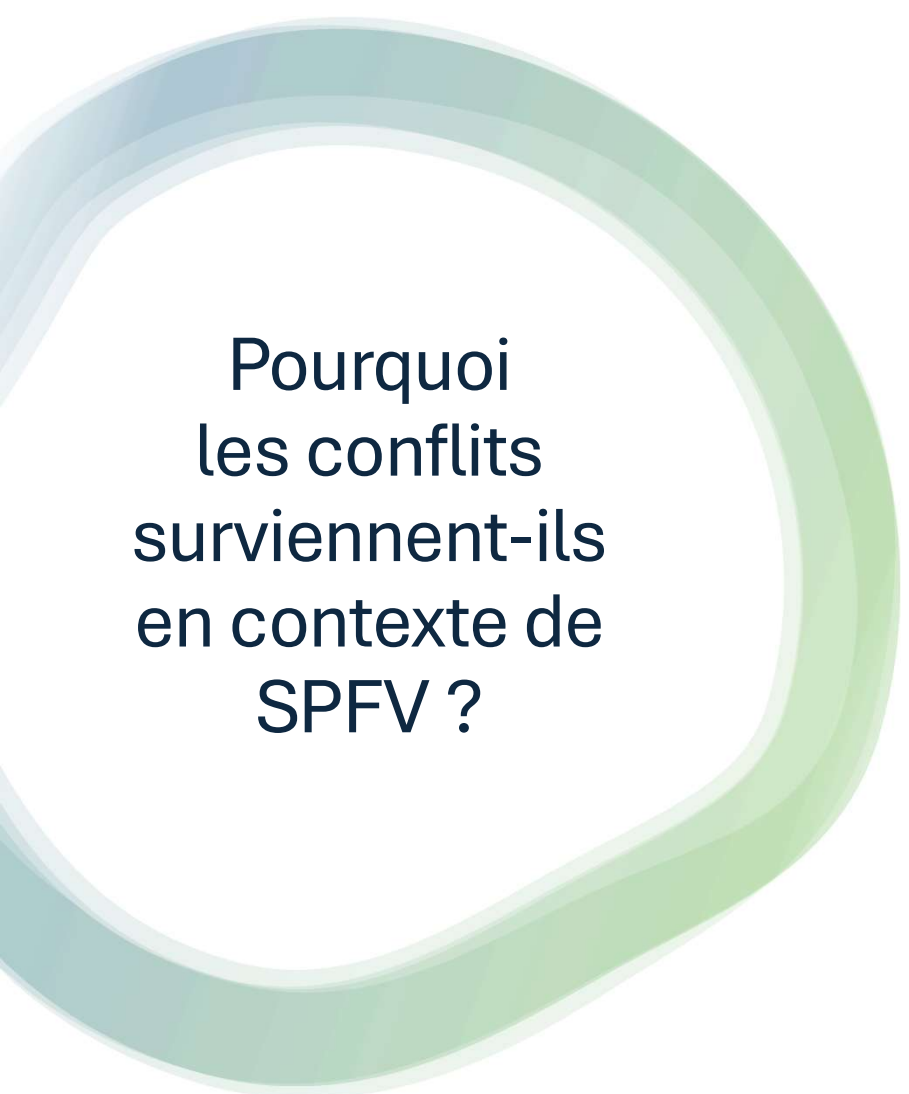
## **Dans cette présentation :**

- Pourquoi les conflits surviennent-ils en contexte de SPFV ?
- Agir en amont - la prévention par le dialogue
- Désamorcer - les stratégies de résolution

Université   
de Montréal

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie - Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke

Québec 



Pourquoi  
les conflits  
surviennent-ils  
en contexte de  
SPFV ?

### Deux grandes formes

- Les conflits liés aux « aspects cliniques »
- Les conflits « relationnels »

### Une des causes les plus fréquentes

- **La communication insuffisante ou tardive**

## Les personnes consultées ont dit :

Il faudrait que les **soins palliatifs soient vraiment plus tôt dans la trajectoire** parce que si on arrive à la fin de triangle du curatif, puis que c'est là que toute la place des soins palliatifs arrive, c'est comme un **choc pour le patient.**

Infirmière, conseillère en soins spécialisés

**C'est comme si chaque professionnel a juste partagé pendant deux minutes une partie de la réalité.** Et des fois, je pense que c'est ça le début du manque de communication.

Médecin de famille

Il y a plus de monde qui ont **peur du mot palliatif** que de monde qui ont peur des araignées.

Usagère-partenaire

**Il y a une dimension de temporalité qui est vraiment essentielle.** Les proches peuvent avoir besoin de temps pour préparer le deuil qui s'en vient pour cheminer dans la perte. Les soignants ne sont pas au même endroit. Parfois juste ça, ça crée des problèmes.

Conseillère en éthique

Si on veut réduire le nombre de conflits, c'est un processus longitudinal sur une vie. **Des discussions multiples, à de multiples reprises. [...] Ça ne devrait pas être la première fois qu'on parle de niveau de soins à 85 ans avec une démence avancée.**

Médecin en CHSLD


**La majorité des conflits, c'est que les niveaux de soins sont présentés comme un menu déroulant :**

Qu'est-ce que tu veux dans le menu ? [...] Quand je recadre la discussion sur les objectifs de vie, tout le monde finit par rapidement s'entendre.

Médecin en soins intensifs

Quand on est dans des situations où l'impuissance, la souffrance est trop grande, c'est les injonctions de la tête qui reviennent. **La plupart des gens n'ont pas atterri dans leur cœur; ils sont habitués d'atterrir dans leur raison.**

Intervenant en soins spirituels



## Agir en amont - la prévention par le dialogue

### La planification anticipée des soins

- Processus de réflexion et de communication
- Transforme les décisions difficiles en un espace de dialogue balisé

### Les réunions familiales

- Rencontres structurées
- Espace où chacun peut être entendu

### L'approche palliative intégrée

- Introduction précoce de « principes palliatifs »
- Instaure le dialogue sur les valeurs et les objectifs de soins plus tôt dans la trajectoire



## Désamorcer - les stratégies de résolution

### Les attitudes au du dialogue

- La communication empathique
- La prise de décision partagée
- L'écoute active
- La reconnaissance de l'autonomie
- La transparence

# Mot de la fin

Les discussions entourant les objectifs de soins sont des moments susceptibles de générer des tensions, mais aussi propices à un dialogue structurant !

## Le nouveau formulaire sur les objectifs de soins

- Un outil structuré pour formaliser notamment les préférences
- Un cadre commun pour les équipes et une trace des préférences

*Si le dialogue est le cœur de la prévention des conflits, le nouveau formulaire sur les objectifs de soins en est la colonne vertébrale !*

## Sortir des murs des établissements

Les FADOQ organisent des séances d'information pour leurs membres. **Des démystifications dans le milieu communautaire, avec tes amis, tes collègues, lors d'activités sociales... C'est dans d'autres milieux et par d'autres voix que l'information peut passer.**

Médecin de famille

Je verrais ça comme un **projet de société**. Que le Québec fasse des campagnes - parlez de votre fin de vie à vos proches, réfléchissez, mettez-le par écrit. On a fait beaucoup ça avec les dons d'organes. Ce serait quelque chose qu'on pourrait faire **pour vraiment sensibiliser toute la société**.

Médecin en CHSLD