

Émission : 12-10-2020

Mise à jour : 18-01-2021

Directive ministérielle DGAUMIP-014

Catégorie(s) : ✓ Soins palliatifs et de fin de vie

Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie

Remplace la directive
du 2020-10-05 (non
codifiée)

| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Expéditeur : | Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Destinataires : | Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none">– Directeurs des services professionnels (DSP);– Directrices des soins infirmiers (DSI);– Directeurs SAPA;– Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Établissements privés conventionnés et non conventionnés (CHSLD). Chefs des départements régionaux de médecine générale (DRMG). |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Directive | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objet : | Cette directive vise à transmettre une mise à jour significative en regard d'une personne ayant la COVID-19 confirmée, en investigation ou symptomatique nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Les modifications sont surlignées en jaune . |
| Mesures à implanter : | ✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles quant à la mise en place d'un accès optimal à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité à ces personnes en fin de vie. |

| Coordonnées des secteurs et des personnes ressources | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Direction ou service ressource : | Direction nationale des soins et services infirmiers |
| Documents annexés : | Aucun |

Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux visitez le :

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGAUMIP-014

Directive

En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec, nous vous transmettons une nouvelle mise à jour des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie.

NIVEAU DE SOINS

Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. Nous vous rappelons que le formulaire doit être signé par le médecin.

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide en centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), maison de soins palliatifs (MSP) et site non traditionnel de soins (SNT). Ainsi, les SPFV à domicile seront privilégiés; si impossible, une réorientation vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

Cependant les cas admis dans les unités de SPFV qui développent la COVID-19 pendant leur séjour ne sont pas réorientés et demeurent dans l'unité de SPFV en zone chaude.

Les mêmes directives de visites s'appliquent pour tous les milieux (centres hospitaliers (CH), milieux de vie et de réadaptation, maisons de soins palliatifs (MSP)), y compris pour les personnes en SPFV admises à l'extérieur d'une unité de SPFV. Toutefois, les visites sont restreintes à l'intérieur d'unités où séjournent des patients immunosupprimés, et ce, pour protéger cette clientèle particulièrement vulnérable. Dans ces cas, des mesures individualisées devront être appliquées.

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES AYANT LA COVID 19 CONFIRMÉE, EN INVESTIGATION OU SYMPTOMATIQUES NÉCESSITANT DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE.

En raison de l'augmentation des cas déclarés à la COVID-19 et des impacts sur le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le contexte des personnes ayant la COVID 19 confirmée, en investigation ou symptomatique vivant dans les lieux suivants nous préoccupe particulièrement quant à l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) :

- le domicile avec des services de soutien à domicile (SAD);
- une résidence privée pour aînés (RPA);
- une ressource intermédiaire (RI);
- une ressource de type familial (RTF);
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

C'est pourquoi il est demandé de vous assurer de la mise en place d'un accès optimal à des SPFV de qualité pour ces personnes. Pour ce faire, le modèle établi par votre établissement facilitant l'accès à des SPFV de qualité pour celles-ci doit être en cohérence avec les principes suivants :

- Repérer les clientèles vulnérables et documenter leurs volontés;

- Favoriser la fin de vie dans le milieu de vie de la personne selon ses désirs dans la mesure où les conditions d'accès à des soins de fin de vie sont favorables;
- Éviter les transitions;
- Identifier un lieu favorable à des soins de fin de vie permettant l'accès aux expertises tant médicales, pharmaceutiques, qu'infirmières (jour- soir et nuit 7/7);
- Identifier un accès à des équipes ayant une expertise reconnue, mentionné précédemment en SPFV;
- Identifier un accès sur place à l'équipement et à la médication nécessaires;
- Identifier une trajectoire optimale si l'accès à une sédation palliative en continu est nécessaire et ne peut s'offrir dans le lieu établi par l'établissement.

Considérant que le ou les lieux identifiés offrant l'accès au SPFV peuvent se retrouver dans diverses installations¹, il est demandé à tous les établissements d'identifier dans le document *GESTRED Suivi des zones tampons (no 45801)* lors de la saisie bihebdomadaire le ou les lieux dans votre établissement répondant aux principes ci-dessus. Ceci permettra de connaître dans quels lieux des SPFV sont prodigués en cohérence avec cette directive.

SPÉCIFIQUEMENT POUR LA GRANDE RÉGION DE MONTRÉAL (514-450)

Il est demandé **d'identifier des lits en centre hospitalier pour la clientèle COVID-19 en soins palliatifs et de fin de vie**. Cette mesure doit-être ajoutée et être en cohérence avec le **Plan de fluidité COVID-19 – Vague 2 Montréalais** déposé.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration pour offrir, dès maintenant, un accès équitable à des SPFV de qualité à ces clientèles COVID 19 confirmées vivant à domicile, RPA, RI, RTF ou en CHSLD.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PROCHES AIDANTES ET VISITEURS

Tout au long de son parcours dans les différents milieux de vie ou de soins, la personne en fin de vie peut avoir la présence de personnes proches aidants afin de lui apporter un soutien significatif.

Les **personnes proches aidantes** sont définies comme suit :

Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, dans un cadre informel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins et des services.

Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les personnes proches aidantes.

Les **visites** sont permises pour les personnes en SPFV dans tous les milieux et sont définies comme suit :

Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé¹.

Les directives suivantes sont à appliquer :

- De façon générale, autoriser conjoint et enfants sans restriction quant au nombre de personnes, ou jusqu'à 2 personnes significatives à la fois pour toute personne en soins palliatifs. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continu **ou une aide médicale à mourir**.
 - Un seul proche aidant peut accompagner la personne en centre de jour;

¹ La présence des bénévoles issus d'organismes spécialisés dans l'accompagnement de SPFV ou la présence d'un intervenant en soins spirituel est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes dans tous les milieux, et ce, même si la personne est suspectée ou atteinte de la COVID-19. Un accompagnement nécessaire pour s'assurer de l'application rigoureuse des mesures PCI et du port adéquat des EPI devra être effectué.

- Les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter les personnes en SPFV. Ils doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite;
 - Tout matériel provenant de l'extérieur doit être présenté au personnel de l'établissement dès l'arrivée, afin de pouvoir être désinfecté avant de rentrer dans la chambre.
- Cependant, les proches aidants des personnes en SPFV hospitalisées dans les unités d'oncologie où séjourneront des patients immunosupprimés sont soumis à un triage et mesure de précautions additionnelles, et ce, afin de protéger cette clientèle particulièrement vulnérable.
 - Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer que les visiteurs ne présentent aucun facteur de risque de transmission tels que la présence de symptômes d'infection respiratoire, d'un retour de voyage hors Canada ou ayant reçu des consignes d'isolement de la santé publique. Les personnes symptomatiques doivent reporter leur visite. Tenir un registre des visiteurs.

Le port d'équipement de protection individuelle (EPI) est obligatoire; les recommandations de la santé publique relatives aux EPI sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante :

[Directives concernant la prévention et le contrôle des infections - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et l'utilisation des différentes technologies de communication afin de maintenir le contact entre l'utilisateur et ses proches.

DIRECTIVES POUR MSP

- Identifier un intervenant du Centre intégré de santé et services sociaux/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) pour le contact avec les MSP. Les MSP sont considérées comme un service prioritaire et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.
- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes.
- Ce service prioritaire implique :
 - Une accessibilité aux EPI;
 - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des personnes ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à suction.
- Priorité d'admission en MSP :
 1. Admission des cas du domicile, de RPA et de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
 2. Admission des cas des centres hospitaliers selon le Plan provincial de contingence COVID-19. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.
- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
 - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'utilisateur provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'utilisateur en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance d'un centre hospitalier (CH) répondant aux critères d'admission.

- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
 - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID-19 selon les directives de la santé publique reliées aux CHSLD :
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/>
 - Appliquer les mesures de protection de la santé publique des CHSLD: [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés \(inspq.qc.ca\)](#)
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'utilisateur pendant l'attente du résultat;
 - Si résultat positif de COVID-19 :
 - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'utilisateur.

DIRECTIVES POUR LES UNITÉS DES SOINS PALLIATIFS EN CHSLD

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
 - Faire le dépistage de la COVID-19 selon les directives de la Santé publique reliées aux CHSLD
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002853/>
[Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\) - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
 - Appliquer les mesures de prévention et contrôle des infections pour les CHSLD: [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés \(inspq.qc.ca\)](#)
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'utilisateur pendant l'attente du résultat;
 - Si résultat positif de COVID-19 :
 - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'utilisateur si le CHSLD est en mesure de poursuivre les soins nécessaires. Sinon, prévoir un plan pour répondre aux besoins du résident dans les meilleurs délais.
- La présence des bénévoles issus d'organismes spécialisés dans l'accompagnement de SPFV ainsi que la présence de conseillers spirituels est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites;
- Si détérioration de l'utilisateur (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes de soins à domicile (SAD) – accès difficile à une équipe de SPFV et épuisement des proches aidants– transférer vers les lits de SPFV du territoire :
 - si résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'utilisateur vers une aire de confinement zone chaude [donnant accès à des SPFV](#);
 - si résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA - RI - RTF

- Si détérioration de la personne connue en SPFV :
 - Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS;
 - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
 - si résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'utilisateur vers une aire de confinement zone chaude [donnant accès à des SPFV](#);

- si résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

- Assurez-vous de suivre les consignes suivantes :
 - Un patient en SPFV ayant un résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation : transférer dans une zone chaude du CH (centre désigné) ou appliquer le confinement de zone tiède à la chambre dans l'attente du résultat.
 - Un patient en SPFV ayant un résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique : l'utilisateur demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.
- Dans le cas où des unités d'hospitalisation accueillent des clientèles mixtes, des consignes plus restrictives pourraient s'appliquer pour assurer la protection de patients immunosupprimés.

DIRECTIVES POUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) ET LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

L'AMM et la SPC faisant partie du même continuum de soins que les SPFV, les mêmes directives s'appliquent.

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la Santé publique suivante : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>.

Annexe – Niveau d'interventions médicales (NIM) aussi appelé niveau de soins

Notes explicatives

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

| Description des niveaux de soins | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'utilisateur ou, en cas d'incapacité, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'utilisateur ni de son lieu de soins habituel. | |
| 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</i> : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert). <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</i> : 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 (<i>par exemple</i>, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <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</i> : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.). • 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</i> : 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 (<i>par exemple</i>, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <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.