

Politique

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Émise par : Direction des soins infirmiers, Direction du soutien à l'autonomie et aux personnes âgées et Direction des services professionnels et de la pertinence clinique

En vigueur depuis le 19 mai 2022

1. Objectifs

- Préciser les normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider les soins de fin de vie au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais;
- Identifier les priorités et objectifs qui doivent guider les décideurs et les intervenants dans leurs actions;
- Établir les responsabilités des différents acteurs et partenaires en matière de soins de fin de vie et des nombreux enjeux qui en découlent.

2. Contexte légal et réglementaire

Cette politique et les protocoles, les procédures et les directives associés sont conformes, entre autres :

- Au Code civil du Québec;
- À la Loi concernant les soins de fin de vie (*RLRQ, c. S-32.0001*);
- Au Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020;
- À la Loi sur les services de santé et les services sociaux (*RLRQ, c. S-4.2*);
- À la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) (*L.C. 2016, c. 3*);
- À la Loi médicale (*RLRQ, c. M-9*);
- À la Loi sur la pharmacie (*RLRQ, c. P-10*);
- Aux codes de déontologie;
- Au Code des professions (*RLRQ, c. C-26*).

La présente politique a pour but de répondre aux orientations ministérielles et d'assurer la poursuite de l'actualisation de la Politique de soins palliatifs de fin de vie (2004), particulièrement sous l'angle d'un accès accru aux différents types de ressources. Sont également visés le rehaussement des soins palliatifs à domicile et la continuité dans les trajectoires de soins. Une perspective d'inclusion des maladies autres que le cancer, d'une assurance de la qualité des services offerts et du développement des compétences des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux est aussi prévue.

La Loi concernant les soins de fin de vie prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et doit être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 1 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches. (2014, c.2, art. 8)

3. Orientations (gouvernementales, ministérielles, du CISSS)

Les orientations entourant les soins de fin de vie se définissent comme suit :

- L'accès aux soins est équitable pour tous et disponible partout au Québec;
- Les soins sont offerts selon un continuum fluide dans chacun des territoires et à tous les niveaux des organisations;
- La qualité des soins et services offerts est assurée par le biais d'équipes interdisciplinaires;
- Les intervenants doivent être sensibilisés au caractère inéluctable de la mort.

Ces orientations permettront notamment :

- D'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des personnes;
- De consacrer l'importance des soins de fin de vie (notamment des soins palliatifs) et de prévoir leur organisation et leur encadrement;
- De reconnaître la primauté des volontés relative aux soins exprimés clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

Valeurs et principes directeurs

Valeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie au Québec, soit :

- Le respect de la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, le respect de sa dignité, ainsi que la reconnaissance de la valeur de la vie et du caractère inéluctable de la mort;
- La participation de la personne à toute prise de décision la concernant; à cette fin, toute décision devra recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se faire dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, elle est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état véritable et du respect qui sera accordé à ses choix;
- Le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, qui soient respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

Principes directeurs

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants de l'établissement dans leurs actions :

- La personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté;

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 2 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- Les soins palliatifs et de fin de vie s’inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l’organisation et de la prestation des services, afin d’assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative;
- Le maintien et l’accompagnement des personnes jusqu’à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent et si leur condition le permet, doivent être privilégiés;
- Le soutien accordé aux proches, aussi bien sur le plan physique que moral pendant l’évolution de la maladie s’avère incontournable puisqu’il constitue un élément fondamental de l’approche préconisée.

4. Champ d’application

Cette politique s’applique à toutes les activités de soins palliatifs et de fin de vie, faites sur le territoire et dans les installations du CISSS de l’Outaouais;

- Dans les ressources ayant une entente contractuelle avec le CISSS de l’Outaouais, notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI et RTF);
- Dans les maisons de soins palliatifs;
- Au domicile d’un usager.

5. Personnes et organismes visés

- Le personnel, les sages-femmes, les bénévoles et les stagiaires du CISSS de l’Outaouais;
- Les médecins exerçant leur profession dans une installation du CISSS de l’Outaouais et de la communauté;
- Les pharmaciens dans une installation du CISSS de l’Outaouais et dans la communauté;
- Les responsables et les employés dans les ressources ayant une entente contractuelle avec le CISSS de l’Outaouais, notamment les ressources intermédiaires et les ressources de type familial;
- Les responsables, les employés et bénévoles dans les organismes communautaires lorsque des services à des usagers sont prévus dans une entente de services ou un plan d’intervention.

Les médecins hors établissement doivent se conformer aux activités d’évaluation de l’acte médical reconnues par le Collège des médecins du Québec(CMQ), incluant le CMDP du CISSS de l’Outaouais.

6. Définitions

Des définitions d’expressions utilisées dans ce document sont fournies à l’annexe 1.

7. Orientations et principes directeurs

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d’administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 3 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Le principal objectif de ce plan est d'assurer à la personne en soins palliatifs et de fin de vie, ainsi qu'à ses proches, des soins accessibles et de qualité à cette étape déterminante de leur vie, et ce, dans le respect des choix de la personne, notamment par la mise en place d'une organisation intégrée et hiérarchisée de services en SPFV.

Le Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020 comprend neuf priorités et cinquante mesures stratégiques qui mettent l'accent sur les éléments essentiels que sont : la mise en œuvre des dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie, l'accès à des soins appropriés, la continuité et la qualité des services, le maintien des personnes dans leur milieu de vie également soutenu par leur communauté et la performance qui servira de mesure de suivi et de paramètre pour évaluer le travail accompli.

Il vise également deux objectifs majeurs, soit :

- La mise en œuvre des modalités prévues dans la Loi concernant les soins de fin de vie;
- L'amélioration de l'offre de service en SPFV.

Afin d'atteindre ces objectifs, tout en respectant la mission du CISSS de l'Outaouais, huit de ces priorités devront être mises en place :

- Priorité 1 : Assurer le suivi dans l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie;
- Priorité 2 : Assurer la continuité des continuums de services offerts par les différents intervenants et partenaires aux SPFV;
- Priorité 3 : Faciliter le maintien dans son milieu de vie de la personne en SPFV;
- Priorité 4 : Reconnaître et soutenir les proches aidants
- Priorité 5 : Mise en place de la Loi concernant les soins palliatifs et de fin de vie;
- Priorité 6 : Assurer la qualité des services offerts à la personne et à ses proches;
- Priorité 7 : Informer les intervenants et sensibiliser la population;
- Priorité 8 : Évaluer l'atteinte des résultats.

Dans le but de répondre aux orientations ministérielles et d'assurer l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie, le CISSS de l'Outaouais a mis en place une structure de gouverne sur les SPFV ayant comme mandat de concevoir un plan d'action pour soutenir la mise en œuvre du Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020.

En collaboration avec le comité de gouverne, le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) devra soutenir la mise en place et le développement de soins palliatifs et de fin de vie au sein du CISSSO. Il aura entre autres les responsabilités suivantes :

- Soutenir les équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif des demandes d'AMM;
- Soutenir la direction de l'établissement quant à l'assurance de la qualité des soins et des services et de la disponibilité des ressources dans le cadre de l'AMM

8. Liste des autres documents requis pour la mise en œuvre de la politique

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 4 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- Guide de gestion pour la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie à l'intention des établissements, MSSS, 2015.
- L'aide médicale à mourir - Guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015.
- La sédation palliative en fin de vie - Guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, Société québécoise des médecins de soins palliatifs, 2015.
- L'évaluation de l'acte médical, Collège des médecins du Québec, 2013.
- Code criminel, Aide médicale à mourir, article 241 (C-46)
- Autres documents requis pour la mise en œuvre de la politique :
 - Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie.
 - Procédure pour obtenir l'aide médicale à mourir. (PO-039)
 - Protocole clinique sur la sédation palliative continue.
 - Protocole clinique sur l'aide médicale à mourir.
- Ententes avec les maisons de soins palliatifs.

9. Responsables de la mise en œuvre de la politique

Cette section présente les rôles et responsabilités des différentes directions et instances de l'établissement ainsi que des partenaires impliqués dans les soins de fin de vie.

Direction générale

- Faire adopter une politique par le conseil d'administration portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches. (2014, c.2, art. 8);
- Adopter un code d'éthique par un établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (*chapitre S-4.2*) et doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie;
- Offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont, ou qui lui ont été dispensés;
- Mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers. (2014, c.2, art. 7);
- Prévoir, sur le plan de l'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie incluant l'offre de service en soins de fin de vie à domicile et transmettre ce dernier à la Commission sur les soins de fin de vie. (2014, c.2, art. 9);
- Faire rapport, chaque année, au conseil d'administration sur l'application de la politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre d'aides médicales à mourir administrées, de même que le nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 5 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- été;
- Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement;
 - Publier le rapport sur le site Internet de l'établissement et le transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. (2014, c.2, art. 8);
 - Établir une entente avec chacune des maisons de soins palliatifs du territoire desservi par le CISSS de l'Outaouais. Cette entente doit préciser :
 - L'offre de service en matière de soins palliatifs de part et d'autre;
 - Les mécanismes d'accès de cette offre;
 - Les mécanismes de coordination, notamment pour l'aide médicale à mourir;
 - Les mécanismes de concertation;
 - Le soutien clinique offert par le CISSS de l'Outaouais;
 - Le soutien administratif, le cas échéant.
 - Effectuer les démarches appropriées en cas d'objection de conscience d'un médecin qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29. Le PDG, ou la personne qu'il a désignée doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29. (2014, c.2, art. 31);
 - Mettre en place, au sein de son organisation, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir.

Direction des services professionnels et de la pertinence clinique

- Mettre en œuvre la présente politique, en collaboration avec la DSI, DDR, DSMC et la DSAPA dans l'établissement en respectant les orientations du MSSS et les priorités et objectifs énoncés au chapitre III;
- Déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie dispensés par l'établissement et les maisons de soins palliatifs de son territoire. (2014, c.2, art. 17);
- Planifier, organiser et coordonner l'ensemble des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie, et ce, en collaboration avec le comité de gouverne AMM;
- Est responsable de la trajectoire de répondants médicaux et pharmaceutiques tel que la Loi l'exige;
- S'assurer de la mise en place et du respect des procédures en ce qui a trait aux activités d'opérations et aux normes stipulées par les ordres professionnels;
- Colliger, en collaboration avec le CMDP, les données statistiques requises aux fins du rapport annuel et pour la Commission des soins de fin de vie;

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 6 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- En collaboration avec la direction générale, s’assurer de produire le rapport annuel des activités relativement à l’application de la présente politique;
- Assurer du bon fonctionnement du comité de gouverne AMM.

Direction des soins infirmiers (DSI)

- Collaborer avec la DSPPC, DSMC, DDR et la DPSAP à l’organisation des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie;
- Être responsable de l’appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans le CISSS de l’Outaouais;
- Travailler en collaboration avec le CMDP pour l’adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l’aide médicale à mourir;
- Mettre en œuvre le Programme clinique de soins de fin de vie;
- Établir des directives ou procédures concernant notamment la gestion de lits et le remplacement d’un professionnel, autre que le médecin ou le pharmacien, qui refuse de participer à une aide médicale à mourir pour des convictions personnelles;
- Est responsable du soutien à la pratique des membres impliqués dans la dispensation des soins et services en regard de la présente politique;
- Effectuer les démarches appropriées en cas d’objection de conscience d’un professionnel de la santé qui refuse de participer à l’administration de l’aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles. Le supérieur immédiat de ce professionnel doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un autre professionnel qui accepte de participer à l’administration de l’AMM.

Direction programme du soutien à l’autonomie aux personnes âgées (DSAPA)

- Collaborer avec la DSPPC, DSMC, DDR et la DSI à l’organisation des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie;
- Effectuer les démarches appropriées en cas d’objection de conscience d’un professionnel de la santé qui refuse de participer à l’administration de l’AMM en raison de ses convictions personnelles. Le supérieur immédiat de ce professionnel doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un autre professionnel qui accepte de participer à l’administration de l’AMM;
- S’assurer de la disponibilité des ressources de services sociaux pour accompagner les usagers et leurs proches tout au long de l’épisode de soins de fin de vie.

Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR)

- Collaborer avec la DSPPC, DSMC, DSAPA et la DSI à l’organisation des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie;
- Effectuer les démarches appropriées en cas d’objection de conscience d’un professionnel de la santé qui refuse de participer à l’administration de l’AMM en raison de ses convictions personnelles. Le supérieur immédiat de ce professionnel doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un autre professionnel qui accepte de participer à l’administration de l’AMM;

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d’administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 7 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- S'assurer de la disponibilité des ressources de services sociaux pour accompagner les usagers et leurs proches tout au long de l'épisode de soins de fin de vie.

Direction des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC)

- S'assurer de la disponibilité des ressources de soins spirituels pour accompagner les usagers et leurs proches tout au long de l'épisode de soins de fin de vie;
- Collaborer avec la DSPPC, DSI, DDR et la DSAPA à l'organisation des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie;
- Est responsable du soutien à la pratique des membres du conseil multidisciplinaire impliqués dans la dispensation des soins et services en regard de la présente politique;
- Effectuer les démarches appropriées en cas d'objection de conscience d'un professionnel de la santé qui refuse de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles. Le supérieur immédiat de ce professionnel doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un autre professionnel qui accepte de participer à l'administration de l'AMM.

Directions cliniques

- Participer au GIS de façon ponctuelle pour faciliter la mise en place des pratiques relatives à l'AMM;
- Assurer que la présente procédure soit connue et appliquée au sein de leurs équipes respectives;
- Assurer le développement des compétences des intervenants et des médecins qui seront appelés à prendre part à une démarche d'AMM.

Direction de la qualité, de l'évaluation et la performance (DQEPE)

- S'assurer que le code d'éthique de l'établissement tient compte des droits des personnes en fin de vie (2014, c.2, art. 10).

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

- En collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers, adopter les protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir;
- S'assurer de la qualité des soins médicaux fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables par le biais des mécanismes établis. (2014, c.2, art. 34);
- Par l'entremise de son comité d'évaluation de l'acte, évaluer la qualité des soins fournis au regard des protocoles cliniques applicables;
- Adopter les protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue (SPC) et à l'aide médicale à mourir, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII). Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (2014, c.2, art. 33);
- Adopter le formulaire d'avis d'administration d'une SPC utilisé par le médecin prescripteur;
- Recevoir, dans les 10 jours de son administration, l'avis de déclaration du médecin

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 8 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

lorsqu'il administre une SPC ou l'AMM (2014, c.2, art. 34).

Maisons de soins palliatifs du territoire desservis par l'établissement

- Respecter l'entente de partenariat signée avec l'établissement;
- Communiquer, à la demande de l'établissement, tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente entre les parties et selon les modalités de communication prévues (2014, c.2, art. 14).

Médecins et pharmaciens exerçant leur profession dans une installation du CISSS de l'Outaouais

- Travailler en interdisciplinarité dans le soulagement et l'accompagnement des malades en soins palliatifs;
- Donner à la personne toute l'information nécessaire lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment quant aux possibilités thérapeutiques envisageables et réalistes, y incluant les soins palliatifs;
- S'assurer du caractère libre de la décision de demander la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir en vérifiant, entre autres, qu'il ne résulte pas de pressions extérieures;
- Dans le cas d'une sédation palliative continue, informer la personne en fin de vie ou la personne qui peut consentir aux soins du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation;
- Les résidents en médecine ne peuvent pas administrer l'AMM.

Conseil des infirmières et infirmiers

- Collaborer à l'adoption des protocoles cliniques de la SPC et de l'AMM avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés (2014, c.2, art. 33).

Le conseil multidisciplinaire (CM)

- Est responsable de donner son avis et de faire des recommandations au PDG ou au Conseil d'administration en regard de la qualité de la pratique.

Les professionnels de la santé ou des services sociaux

- Verser au dossier médical les directives médicales anticipées reçues conformément aux exigences prévues par la Loi.

Les stagiaires et candidats à l'exercice de la profession infirmière (CEPI)

- Le cas échéant, participer au processus de soins de fin de vie incluant les DMA, la SPC et l'AMM qu'en présence de leur superviseur.

10. Autres informations pertinentes (éléments de mise à jour de la Loi)

Cette politique est entrée en vigueur le même jour que la Loi concernant les soins de fin de vie, le 10 décembre 2015, et a été modifiée en fonction de l'article 241 du *Code criminel*, Aide

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 9 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

médicale à mourir initialement adopté le 17 juin 2016 puis modifié le 17 mars 2021 par l'adoption de la loi C7 – loi modifiant le *Code criminel* (aide médicale à mourir). La politique a été modifiée en fonction de la modification de la Loi concernant les soins de fin de vie, le 1^{er} décembre 2021. Voici un résumé des 3 différents volets de Loi :

1) Directives médicales anticipées (DMA)

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant des directives médicales anticipées au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre. (2014, c.2, arts 51-64)

Conditions

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Le formulaire limite les DMA à cinq (5) situations cliniques précises pour lesquelles la pertinence d'offrir certains soins est questionnée.

Situation de fin de vie

- Condition médicale grave et incurable, en fin de vie;
- Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives : état comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent;
- Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (ex. : démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Les DMA peuvent être déposées au registre de la RAMQ ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

Consentement

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les DMA ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Procédure concernant les directives médicales anticipées

Une procédure concernant les DMA est disponible dans l'établissement. Cette procédure comprend le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les personnes qui souhaitent émettre leurs DMA, les modalités concernant le dépôt des DMA au dossier médical par les professionnels de la santé, les conditions de validité et d'application des DMA ainsi que les modalités d'accès aux DMA pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des DMA.

2) Sédation palliative continue (SPC)

Conditions

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 10 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit, entre autres, être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit, en outre, s'assurer du caractère libre du consentement en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (2014, c.2, art. 24)

Consentement

Le consentement à la SPC doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne. (2014, c.2, art. 24)

Si la personne qui consent à la SPC ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être mineur ou majeur inapte. (2014, c.2, art. 25)

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la SPC dans une des installations de l'établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les dix jours qui suivent la fin de son administration par le biais du formulaire approuvé par le CMDP. (2014, c.2, art. 34)

Protocole clinique

Un protocole encadrant la SPC, intégré dans le programme clinique de soins de fin de vie, est en vigueur dans l'établissement et disponible sur le site intranet et Internet du CISSS de l'Outaouais.

3) AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

L'aide médicale à mourir est offerte dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, au domicile de l'utilisateur, et dans certains territoires, dans les Maisons de soins palliatifs.

Protocole clinique

Un protocole clinique encadrant l'AMM, intégré dans le programme clinique de soins de fin de vie, est en vigueur dans l'établissement et disponible sur le site intranet du CISSS de l'Outaouais. Cet outil a pour but d'harmoniser les interventions des intervenants qui ont à appliquer le protocole.

Ce dernier comporte l'ensemble des éléments suivants :

- La demande d'AMM et son traitement;
- Le processus décisionnel;

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :		<input type="checkbox"/> Révision :	Page 11 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19		
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

- Le consentement;
- L'objection de conscience du médecin et des professionnels;
- La gestion des médicaments;
- La procédure administration;
- La déclaration de l'acte;
- La documentation et la tenue de dossier de l'utilisateur;
- Le suivi et soutien post-AMM.

Groupe interdisciplinaire de soutien

L'établissement doit mettre en place au sein de son organisation un groupe interdisciplinaire de soutien pour l'AMM.

Procédure de transfert

Une procédure de transfert d'un usager en soins de fin de vie est en vigueur dans l'établissement. Cette dernière a pour but de permettre à l'utilisateur de recevoir des soins de fin de vie à l'endroit qu'il désire et qui lui convient. De plus, elle vient uniformiser le processus de transfert de ce dernier vers un endroit sécuritaire et approprié à sa condition clinique.

Demande d'AMM

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'AMM au moyen du formulaire prescrit par le ministre.

Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'AMM, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (*chapitre A-29*);
- Être majeure et apte à consentir aux soins;
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables.

Références

- Loi concernant les soins de fin de vie (*RLRQ, c. S-32.0001*) mise à jour 1^{er} octobre 2021.
- Guide de gestion pour la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie à l'intention des établissements, MSSS, 2015.
- L'aide médicale à mourir - Guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015.
- La sédation palliative en fin de vie - Guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, Société québécoise des médecins de soins palliatifs, 2015.
- L'évaluation de l'acte médical, Collège des médecins du Québec, 2013.
- Code criminel, Aide médicale à mourir, article 241 (C-46).

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 12 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Politique soumise par la Direction des soins infirmiers, la Direction du soutien à l'autonomie et aux personnes âgées et la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :		<input type="checkbox"/> Révision :	Page 13 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19		
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Annexe 1 – Définitions

Aide médicale à mourir* (AMM)

Un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Arrêt de traitement

Fait de cesser des soins ou traitements susceptibles de maintenir la vie.

CH

Centre hospitalier.

CHSLD

Centre d'hébergement de soins de longue durée.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers institué au sein de l'établissement.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué au sein de l'établissement.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le conseil multidisciplinaire d'instance légale représentant les professionnels au sein de l'établissement.

Directives médicales anticipées (DMA)

Instructions données par une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Ces directives ne peuvent pas inclure une demande d'aide médicale à mourir.

Équipe interdisciplinaire

Ensemble de professionnels de la santé issus de disciplines variées qui partagent leur expertise de façon démocratique, et qui établissent ensemble des plans d'intervention détaillés pour soigner leurs usagers.

Établissement

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 14 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais.

Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)

Regroupement de différents professionnels de la santé qui apportent un soutien clinique et administratif aux professionnels de la santé et des services sociaux devant répondre à une demande d'aide médicale à mourir.

Guichet d'accès en soutien à domicile (SAD)

Guichet de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), ci-après nommé « guichet SAD », qui constitue la porte d'entrée de toutes les demandes de services et de soins de santé primaires à domicile pour l'ensemble du territoire de Lanaudière.

Guichet soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

Guichet, ci-après nommé « guichet SPFV », qui constitue la porte d'entrée de toutes les demandes d'AMM de l'ensemble du territoire de l'Outaouais.

Installations

Lieux physiques où sont dispensés des soins de santé et de services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou plusieurs missions.

Intervenant

Tout médecin, pharmacien, résident en médecine ainsi que tout membre du personnel de l'établissement, stagiaire, bénévole, professeur, étudiant ou ressource externe qui exerce sa profession ou fonction, en vertu d'un contrat de service, au sein du CISSS de l'Outaouais.

Intervenant pivot(IP)

Intervenant (travailleur social, infirmière) qui assure la coordination des soins et des services à l'utilisateur nécessaires dans le cadre d'une AMM. Ci-après nommé « IP », cet intervenant est identifié selon la situation particulière de l'utilisateur et le lieu où sera administré l'AMM. Par exemple, un usager ayant déjà un intervenant pivot pourra poursuivre avec ce dernier pour la démarche d'AMM, que l'administration ait lieu à domicile ou en milieu hospitalier.

Maisons de soins palliatifs

Les Maisons de soins palliatifs sont des organismes privés à but non lucratif gérées par des conseils administratifs indépendants qui font une large place à la contribution des bénévoles.

Elles sont titulaires d'un agrément délivré par le ministre, ce qui leur permet d'offrir des soins aux personnes en soins palliatifs et de fin de vie et à soutenir les proches jusque dans la phase du deuil. Leur statut face à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) a été clarifié par les modalités d'encadrements administratifs des Maisons de soins palliatifs mises en place en 2008.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 15 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Niveau d'intervention médicale (NIM)

Les niveaux d'intervention médicale (NIM) - niveaux de soins sont un outil de communication entre le patient ou le substitut-décideur, le médecin et l'équipe soignante qui désignent les préférences du patient concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir. Ils sont souvent déterminés à l'occasion d'un épisode de soins pour les personnes ayant un état de santé susceptible de se dégrader de façon prévisible.

Médecin traitant

Médecin que l'utilisateur reconnaît comme le médecin le plus significatif pour la prise de décision à l'égard de l'AMM ou de la SPC. Le médecin traitant peut être généraliste ou spécialiste. Il est celui qui accepte d'accompagner l'utilisateur tout au long du processus de la demande d'AMM ou de la SPC. Il est aussi celui qui, au premier plan, administre l'AMM ou la SPC, à moins d'une déclaration d'objection de conscience au directeur des services professionnels du CISSS de l'Outaouais.

Médecin indépendant**

Ceci indique que le médecin traitant est indépendant de la personne qui demande l'aide médicale à mourir; il doit savoir ou croire qu'il n'est pas bénéficiaire de la succession testamentaire ou qu'il ne recevra aucun avantage matériel, notamment pécuniaire, suite à la mort de la personne qui demande d'AMM, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande.

Le médecin traitant et le médecin donnant le deuxième avis doivent être indépendants; ils doivent savoir ou croire qu'ils ne sont pas liés un à l'autre par une relation d'encadrement clinique telle que superviseur, mentorat ou conseiller, de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Mesure de sauvegarde

Ensemble des mesures à prendre en vue de l'administration de l'aide médicale à mourir tel que défini au Code criminel.

Objection de conscience

Acte personnel de refus d'accomplir certains actes allant à l'encontre de valeurs ou de croyances religieuses, morales ou éthiques dictées par sa conscience.

Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)-3

Plan d'intervention, ci-après nommé « PII », qui, dans le cadre d'une AMM, sert d'outil de planification, de concertation, de coordination et de communication. Il vise l'atteinte des objectifs communs à plusieurs intervenants/ disciplines et à l'utilisateur selon son projet de vie. Il est sous la responsabilité de l'IP-AMM.

Professionnel

Toute personne titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 16 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Procédure

La procédure est une série de tâches reliées entre elles et formant une séquence préalablement définie qu'il faut accomplir pour produire un résultat. Elle définit les méthodes qui devront être utilisées dans l'exécution des activités prévues et doivent être précises et ne laisser aucune place à l'interprétation. Elle précise davantage le comment et le quand. La procédure est toujours en lien avec un règlement ou une politique.

Proche

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif continu ou occasionnel, à titre de non professionnel, à une personne ayant une perte d'autonomie, est considérée comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable, liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité des lésions, selon laquelle les chances de survie de l'utilisateur à plus ou moins long terme sont compromises.

Protocole

Outil clinique élaboré dans le but d'assurer une intervention appropriée face à des situations cliniques spécifiques. Il précise la situation clinique visée, définit les conditions d'application, dont les limites à respecter, et fournit des instructions pour la prise de décision ou l'intervention.

Refus de soin

Fait, pour une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergé en centre hospitalier.

Registre des directives médicales anticipées (DMA)

Le registre des directives médicales anticipées est une base de données dans laquelle sont déposées les DMA qui ont été transmises au ministre. Le registre est accessible aux professionnels de la santé pour consultation. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) agit pour le ministre comme gestionnaire opérationnel.

Sédation palliative continue* (SPC)

Un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Services pré hospitaliers d'urgence

Ensemble des activités réalisées en matière de services ambulanciers ayant pour mandat premier que soit apportée, en tout temps, une réponse appropriée, efficiente et de qualité aux personnes faisant appel à des services.

Soins de fin de vie*

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 17 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		

Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et à l'aide médicale à mourir.

Soins palliatifs*

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Témoin indépendant**

Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

- a) elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- b) elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- c) elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;
- d) elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Tiers autorisé**

Le tiers désigné est la personne qui signe et date la demande d'AMM dans le cas où la personne est dans l'incapacité physique d'apposer sa signature et de dater le formulaire.

L'article 241.2 (4) du *Code criminel*; le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide à mourir.

Usager

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans une installation du CISSS de l'Outaouais, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile.

* Définitions tirées de la Loi concernant les soins de fin de vie, article 3 (Loi 2).

** Définitions tirées du Code criminel, Aide médicale à mourir, article 241 (LOI C-46).

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE		No : P-082	
Adopté par :			
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-05-19	<input type="checkbox"/> Révision :	Page 18 sur 18
<input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-05-03		