

N° : POL-CISSMO-DSPPEM-001	TITRE : POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE
PAGE : 1 DE 17	DIRECTION : Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
ÉMISE LE : 16 décembre 2015 ENTRÉE EN VIGUEUR : 16 décembre 2015	SECTEUR D'ACTIVITÉS : CISSS de la Montérégie-Ouest
RÉVISÉE LE : Révision antérieure :	DESTINATAIRES : Administrateurs et gestionnaires; professionnels de la santé, médecins et intervenants œuvrant auprès des usagers en soins palliatifs et en soins de fin de vie; usagers et bénévoles.

PRÉAMBULE

La politique qui suit définit les responsabilités à l'égard de la population desservie par le Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO) en matière de soins de fin de vie, et vise à préciser les normes juridiques et cliniques communes à tout le personnel, aux médecins et aux bénévoles, ainsi qu'à préciser les principes éthiques qui permettront de guider ces soins.

À l'intérieur du cadre établi, le jugement clinique développé au sein de la relation thérapeutique entre les équipes cliniques et les usagers déterminera les meilleurs soins cliniques à prodiguer dans ces circonstances particulières. Chaque personne en fin de vie et chaque unité familiale sont uniques. Une approche de soins de qualité dépendra souvent de l'habileté à tenir compte avec sensibilité et discernement des aspects singuliers au sein de la relation thérapeutique.

Au-delà des normes, promouvoir une approche engagée et humaine, qui démontre de la compassion et à l'intérieur de laquelle nous tenons compte des valeurs profondes de chacun nous apparaît nécessaire et essentielle, surtout dans ce contexte chargé émotionnellement.

Cliniciens et gestionnaires doivent reconnaître que la condition humaine est une réalité complexe, et qu'au sein de notre société riche de sa diversité, des dilemmes éthiques peuvent survenir, même en présence de normes valables et légitimes. L'application simpliste d'une norme au détriment d'une autre ne rend certainement pas justice au souci de répondre adéquatement aux besoins particuliers de chacun, notamment, dans le domaine des soins de fin de vie.

Avec cette politique, nous souhaitons que le CISSMO soit en mesure de soutenir les différents acteurs impliqués, et ce dans l'intérêt véritable des personnes en fin de vie, de leurs proches et de la communauté.

DATE : 16 décembre 2015	APPROUVÉ PAR : (Original signé) CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CISSMO
-----------------------------------	--

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 OBJET DE LA POLITIQUE

La *Loi concernant les soins de fin de vie*, effective au 10 décembre 2015, 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 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. (*Loi 2, art.8*)

1.2 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Il est de la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins palliatifs et des soins de fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Elles incluent également les nouvelles balises promulguées par la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Les valeurs et les principes directeurs qui suivent trouvent leur origine dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* et dans la *Politique de soins de fin de vie* du MSSS.

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 permettent notamment de :

- Assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des personnes.
- Consacrer l'importance des soins palliatifs (notamment des soins de fin de vie) et de prévoir leur organisation et leur encadrement.
- 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.

1.3 VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

VALEURS

Selon les orientations du MSSS, trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie :

- 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, suivant son consentement libre et éclairé, se fait dans le respect de son autonomie et 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.
- La participation des médecins, intervenants et bénévoles à offrir des services empreints de compassion et de respect en lien avec les valeurs qui confèrent un sens à l'existence de la personne et de ses proches, et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses.

PRINCIPES DIRECTEURS

De ces valeurs découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires, les médecins et les intervenants dans leurs actions :

- La personne présentant une maladie à pronostic réservé compte sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté.
- 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.
- L'accompagnement et le soutien de la personne dans sa communauté sont privilégiés jusqu'à la fin de sa vie, si tel est son souhait et que sa condition et son environnement le permettent.
- Le soutien accordé aux proches, aussi bien sur le plan physique que moral pendant l'évolution de la maladie, s'avère incontournable et constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

CHAPITRE 2 : DÉFINITIONS DES TERMES

Acronymes

AMM	Aide médicale à mourir
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSMO	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSFV	Commission sur les soins de fin de vie
DMA	Directives médicales anticipées
DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMEU	Direction de services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire
DSP	Directeur des services professionnels
DSPPEM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
MSP	Maison de soins palliatifs
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SPC	Sédation palliative continue

Aide médicale à mourir :

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.

Arrêt de traitement :

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

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, et les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Directives médicales anticipées :

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Établissement :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Intervenant :

Tout professionnel de la santé, ainsi que tout autre membre du personnel de l'établissement, stagiaire, bénévole, professeur, étudiant ou ressource externe et qui, en vertu d'un contrat de service, exerce sa profession ou sa fonction, au sein de l'établissement.

Maison de soins palliatifs :

Les maisons de soins palliatifs (MSP) sont des organismes privés à but non lucratif, gérés 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 de soutenir les proches jusque dans la phase du deuil.

Proches :

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.

Refus de soin :

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

Sédation palliative continue :

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. (*Loi 2, art.3*)

Soins de fin de vie :

Soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie, et aide médicale à mourir. (*Loi 2, art.3*)

Soins palliatifs : la définition des soins palliatifs qui est communément admise et adoptée par plusieurs autorités est celle préconisée par l'Organisation mondiale de la santé, soit : « *une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leurs familles vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention et le soulagement de la souffrance, et par l'entremise de l'identification précoce, de l'évaluation adéquate et du traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels* ».

Ce sont des 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. (*Loi 2, art.3*)

Usager :

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement, ou à domicile.

CHAPITRE 3 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS

3.1 ÉTABLISSEMENT

Offre de service

- Prévoir, au plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie incluant l'offre de services en soins de fin de vie à domicile, et transmettre ce dernier à la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV). (*Loi 2, art.9*)
- 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, peu importe la pathologie, et ce, dans tous les milieux de soins du territoire.
- 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 aux usagers. (*Loi 2, art.7*)
- Lorsqu'une personne en fin de vie requiert des soins palliatifs à domicile, mettre en place les services nécessaires pour son maintien à domicile.
- Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permettent pas de les lui fournir adéquatement, offrir de l'accueillir dans ses installations ou de la diriger vers un autre établissement ou vers une MSP qui est en mesure de répondre à ses besoins. (*Loi 2, art.11*)
- Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, lui offrir une chambre qu'elle est seule à occuper. (*Loi 2, art. 12*)
- Après consultation des points de services et des MSP de son territoire, déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qu'ils dispensent. (*Loi 2, art.17*)

Information à la population

- Informer la population de son territoire des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours. Ces renseignements doivent notamment être accessibles sur le site Internet du CISSS (*Loi 2, art.18*), dont :
 - ✓ le code d'éthique;
 - ✓ la politique relative aux soins de fin de vie;
 - ✓ le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie;
 - ✓ un lien virtuel avec le document « *Guide des droits des personnes en fin de vie* » déposé sur le site du MSSS.

3.2 DIRECTION GÉNÉRALE

- Faire adopter par le conseil d'administration un code d'éthique qui tient compte des droits des personnes en fin de vie. *(Loi 2, art. 10)*
- Assurer la transmission annuelle d'un rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique relative aux soins de fin de vie. *(Loi 2, art.8)*
- Publier le rapport sur le site Internet de l'établissement et le transmettre à la CSFV au plus tard le 30 juin de chaque année. *(Loi 2, art.8)*
- Pour les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le président-directeur général doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement un rapport tous les six mois, le transmettre le plus tôt possible à la CSFV, et le publier sur son site Internet. *(Loi 2, art.73)*

Ce rapport doit notamment indiquer le nombre :

- ✓ de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
 - ✓ de sédations palliatives continues (SPC) administrées;
 - ✓ de demandes d'aides médicales à mourir (AMM) formulées;
 - ✓ d'AMM administrées;
 - ✓ d'AMM qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été *(Loi 2, art.8)*;
 - ✓ le cas échéant, le nombre de SPC et d'AMM administrées à domicile ou dans les locaux des MSP par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement. *(Loi 2, art.8)*
- Établir une entente avec les MSP du territoire desservi par le CISSMO. 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'AMM;
 - ✓ les mécanismes de concertation;
 - ✓ le soutien clinique offert par le CISSMO;
 - ✓ le soutien administratif, le cas échéant.

3.3 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL (DSPPEM)

- Assurer l'application de la Politique relative aux soins de fin de vie du CISSMO.
- Assurer le respect des obligations médicales liées aux différents volets de la Loi 2.
- Assurer, en collaboration avec le CMDP, la qualité de l'acte médical et pharmaceutique au niveau de l'AMM et de la SPC.
- Collaborer, avec la DSIEU, la DPSAPA et la DSMEU, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation continue du programme de soins palliatifs du CISSMO.
- Mettre en place un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS).

3.4 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE (DSIEU)

- Surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés aux personnes en fin de vie.
- Élaborer et évaluer, en collaboration avec la DSP, et DSM et DPSAPA, le programme intégré de soins palliatifs du CISSMO.

3.5 DIRECTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DPSAPA)

- Assurer la gestion du programme de soins palliatifs et de fin de vie dans l'ensemble du CISSMO (hôpital, CHSLD, domicile) en conformité avec la politique.
- Collaborer, avec la DSIEU, la DSMEU et la DSP-001, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation continue du programme de soins palliatifs du CISSMO.

3.6 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE (DSMEU)

- Collaborer, avec la DSIEU, la DSP-001 et la DPSAPA, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation continue du programme de soins palliatifs du CISSMO.

3.7 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

- Évaluer la qualité des soins médicaux fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables, par le biais des mécanismes établis. (*Loi 2, art.34*)
- Recevoir, dans les 10 jours de son administration, l'avis du médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement lorsqu'il administre une SPC ou l'AMM. (*Loi 2, art.34*)
- Travailler en collaboration avec le CII pour l'adoption de protocoles cliniques et de formulaires applicables à la SPC et à l'AMM. (*Loi 2, art.33*)

3.8 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

- Travailler en collaboration avec le CMDP pour l'adoption de protocoles cliniques applicables à la SPC et à l'AMM. (*Loi 2, art.33*)
- Faire des recommandations sur les documents d'encadrement de la pratique infirmière élaborée en lien avec la loi concernant les soins de fin de vie;
- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers dispensés aux personnes en fin de vie.

3.9 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

- Travailler en collaboration avec le Conseil des infirmières et infirmiers et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans la mesure de ses responsabilités.

- Faire des recommandations sur les documents encadrant la pratique des professionnels et techniciens élaborés en lien avec la Loi concernant les soins de fin de vie.
- Apprécier la qualité de la pratique professionnelle et des soins dispensés aux personnes en fin de vie par les professionnels et techniciens.

CHAPITRE 4 : SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

4.1 CONDITIONS

Avant d'exprimer son consentement à la SPC, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit notamment 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 de la personne, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (*Loi 2, art.24*)

4.2 CONSENTEMENT ET FORMULAIRE

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. (*Loi 2, art.24*)

Si la personne qui consent à la SPC ne peut dater et signer le formulaire, 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, et ne peut être mineur ou majeur inapte. (*Loi 2, art.25*)

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (*Code civil, art.15*)

À noter que dans le cas d'un usager inapte n'ayant personne dans son entourage en mesure de donner un consentement substitué, le Curateur public du Québec pourrait être interpellé afin de donner son consentement substitué à la SPC.

4.3 PRESCRIPTION DE SÉDATION

Le médecin s'assure de produire une prescription claire et détaillée, en conformité et en respect des protocoles cliniques fournis par le Collège des médecins du Québec (CMQ), et approuvée par le CMDP du CISSMO. Quel que soit le milieu de soin, le médecin est responsable d'amorcer lui-même la sédation, en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est donc nécessaire pour commencer la sédation.

4.4 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le médecin qui fournit la SPC dans une des installations de l'établissement, dans les locaux d'une MSP ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration, s'il est membre du CMDP (*Loi 2, art.34*) ou en informer le CMQ s'il exerce en cabinet privé. (*Loi 2, art.36*) À cet effet, il utilise le formulaire de déclaration approuvé par le CMDP.

CHAPITRE 5 : AIDE MÉDICALE À MOURIR

5.1 DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'AMM au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne, en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci. *(Loi 2, art.26)*

Lorsque la personne qui demande l'AMM 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 faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. *(Loi 2, art.27)*

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM. Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'AMM. *(Loi 2, art.28)*

Que le médecin l'administre ou non, tout renseignement ou document en lien avec la demande d'AMM doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne, à savoir :

- le formulaire de demande d'AMM;
- les motifs de la décision du médecin;
- l'avis du médecin consulté, le cas échéant;
- la décision de la personne de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration. *(Loi 2, art.32)*

5.2 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.
- Être majeure et apte à consentir aux soins.
- Être en fin de vie.
- 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. *(Loi 2, art.26)*

De plus, l'AMM, ou tout autre soin de fin de vie, ne peut être refusé à une personne qui a préalablement refusé de recevoir un soin ou qui a retiré son consentement à un soin. *(Loi 2, art.6)*

5.3 CAS D'OBJECTION DE CONSCIENCE

MÉDECIN

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement et qui refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, trouver lui-même un autre médecin qui accepte la demande ou en aviser le directeur des services professionnels (DSP) du CISSMO.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé et qu'il ne fournit pas l'AMM, il doit, le plus tôt possible et selon la procédure établie, aviser le DSP de la demande formulée par la personne dont la résidence est située sur le territoire desservi par le CISSMO.

Dans les deux situations, le médecin doit transmettre à l'autre médecin ou au DSP, selon le cas, le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. Le DSP 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. (*Loi 2, art.31*)

AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles.

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à son code de déontologie et à la volonté de la personne, et ce, selon la procédure établie. (*Loi 2, art.50*) Au CISSMO, la procédure sera d'aviser le supérieur immédiat, qui entreprendra sans délai les démarches pour trouver un autre professionnel.

5.4 CRITÈRES ÉVALUÉS PAR LE MÉDECIN

Avant d'administrer l'AMM, le médecin doit s'assurer :

- du caractère libre de la demande de la personne, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- caractère éclairé de la demande de la personne, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
- de s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- de s'entretenir de la demande avec ses proches, si la personne le souhaite;
- que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;

- d'obtenir l'avis écrit d'un second médecin indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'AMM qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis, et confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26. (*Loi 2, art.29*)

5.5 GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN (GIS)

Deux objectifs globaux encadrent les fonctions de ce groupe :

- le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'AMM;
- le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Le GIS apporte donc un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé devant répondre à une demande d'AMM. Dans la mesure des ressources disponibles, le GIS s'assure également que les intervenants ou les équipes interdisciplinaires qui en expriment le besoin aient accès à du soutien et à de l'accompagnement, par exemple en prenant contact avec le gestionnaire sur la nécessité de prévoir un moment d'échange, ou en orientant la ou les personnes vers les différentes ressources disponibles.

Les travaux de ce groupe sont sous la coordination de la DSPPEM.

5.6 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le médecin qui fournit l'AMM dans une des installations de l'établissement, en hébergement, dans les locaux d'une MSP ou à domicile, doit en informer le CMDP et la CSFV dans les 10 jours suivant son administration, s'il est membre du CMDP (*Loi 2, art.34*) ou en informer le CMQ et la CSFV s'il exerce en cabinet privé. (*Loi 2, art.36*) À cet effet, il utilise le formulaire de déclaration approuvé par le CMDP.

CHAPITRE 6 : DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

6.1 ÉNONCÉ

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en rédigeant des directives médicales anticipées (DMA) 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. (*Loi 2, art. 51 à 64*)

6.2 CONDITIONS

- Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins.
- Le formulaire limite les DMA à des situations cliniques précises, soit une situation de fin de vie et une situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives.
- Les soins visés sont la réanimation cardiorespiratoire, la ventilation assistée, la dialyse, et l'alimentation et l'hydratation forcées ou artificielles.
- Les DMA peuvent être déposées au registre de la RAMQ ou au dossier médical par un professionnel de la santé.

6.3 CONSENTEMENT

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les directives médicales 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.

6.4 PROCÉDURE D'APPLICATION DES DMA

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;
- 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.

CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS FINALES

7.1 RESPONSABLE DE L'APPLICATION OU PERSONNE DÉSIGNÉE

La DSPPEM.

7.2 ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur sur approbation par le conseil d'administration de l'établissement.

7.3 ADOPTION ET MODIFICATION

L'adoption, l'amendement, l'abrogation ou la révision de la présente politique doit d'abord être soumis à la direction générale de l'établissement pour ensuite être présenté au conseil d'administration pour approbation.

7.4 DIFFUSION

La présente politique est diffusée sur le site Web et sur le site intranet de l'établissement.

7.5 RÉVISION

La présente politique doit faire l'objet d'une révision au moins tous les cinq ans suivant son entrée en vigueur ou lorsque des modifications législatives le requièrent.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Gouvernement du Québec et MSSS

- Loi concernant les soins de fin de vie (2014)
- Politique en soins palliatifs de fin de vie; MSSS (2004)
- Guides des droits des personnes en fin de vie; MSSS (*à venir*)

CISSMO

- Code d'éthique du CISSS de la Montérégie-Ouest
- Procédure « Administration d'une sédation palliative continue » (déc. 2015)
- Procédure « Traitement d'une demande d'aide médicale à mourir » (déc. 2015)
- Protocole infirmier « Interventions infirmières dans le traitement d'une demande d'aide médicale à mourir » (déc. 2015)
- Protocole infirmier « Surveillance clinique d'un usager sous sédation palliative (intermittente ou continue) » (*à venir*)
- Procédure d'application des directives médicales anticipées (*à venir*)
- Procédures de transferts et de gestion des lits en lien avec les soins de fin de vie (*à venir*)
- Programme intégré de soins palliatifs au CISSMO (*à venir*)
- Programme régional de la Montérégie de soins palliatifs en fin de vie, volets CHSLD, CH et SAD (*à venir, en collaboration avec les CISSS Montérégie-Centre et Montérégie-Est*)

RÉDIGÉ PAR : NATALIE RACINE, chargée de projet à la DSP

RÉVISÉ PAR : DRE LUCIE POITRAS, DSP

PERSONNES CONSULTÉES : Membres du comité de mise en œuvre de la Loi 2 sur les soins de fin de vie : Dre Karyne Amyot, Dre Chantal Anctil, Mélanie Caron, Maud Carrier, Suzanne Chèvrefils, Catherine Meloche, Louise Parent, Patricia Reid, Chantal Rochefort, Carole Roy; comité de coordination clinique du CISSMO; Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; Conseil des infirmières et infirmiers; services juridiques.

RÉFÉRENCES : Politique-type émise par le MSSS, Loi 2 concernant les soins de fin de vie, guides du Collège des médecins : « La sédation palliative en fin de vie » et « L'aide médicale à mourir », Politique de soins palliatifs de fin de vie du MSSS, Code civil du Québec.

HISTORIQUE DU DOCUMENT

DOCUMENT ORIGINAL OU RÉVISION AVEC MODIFICATION(S) MAJEURE(S)			RÉVISION SANS MODIF.MAJEURE	COMMENTAIRES
ADOPTÉ PAR	ÉMIS LE	DATE ENTRÉE EN VIGUEUR	RÉVISÉ LE	
Conseil d'administration du CISSMO	16 déc. 2015	16 déc. 2015		