


PROCÉDURE

Directives médicales anticipées	
Élaborée par : Direction des services professionnels	
Approuvée par : Le comité de direction le 27 septembre 2016	
Authentifié par :  Daniel Castonguay Président-directeur général	8 novembre 2016
Personnes concernées :	
<ul style="list-style-type: none">Intervenant¹ du CISSS de Lanaudière	

1. Préambule

Le droit de consentir ou de refuser des soins est un droit reconnu au Québec. La *Loi concernant les soins de fin de vie* (L.R.Q., c. S-32.0001) intègre une nouvelle manière pour la personne majeure et apte à exprimer ses volontés en matière de soins, dans le cas où elle deviendrait inapte: les directives médicales anticipées (DMA). À cet effet, une procédure encadrant les particularités relatives aux DMA pour les professionnels de la santé de la région de Lanaudière est présentée dans ce document.

2. Buts

Cette procédure s'adresse aux médecins et aux professionnels de la santé et vise à faciliter la compréhension du régime des DMA prévu dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*. De plus, cette procédure vise à les guider dans le processus de prise de décision quant aux soins et traitements les plus appropriés pour une personne devenue inapte à consentir aux soins, qui aurait exprimé des volontés en matière de soins de fin de vie.

3. Objectifs

- Clarifier les exigences légales concernant les directives médicales anticipées.
- Établir les modalités d'accès au Registre national des directives médicales anticipées.

4. Définitions

4.1. Testament de vie/Testament biologique/Directives de fin de vie²

Document dans lequel une personne apte exprime ses volontés relativement aux soins en prévision de son inaptitude. Contrairement aux DMA ou au mandat en prévision de l'inaptitude, et bien que certains formulaires soient disponibles en ligne, la forme du testament de fin de vie n'est pas prescrite par la Loi.

¹ 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 Lanaudière.

² INESSS. *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins, portrait de la situation et revue de la littérature*, juin 2015, page : xv.

Le testament de fin de vie facilite les échanges entre les représentants légaux, la famille ou les proches et les professionnels de la santé, ainsi que la prise de décision au moment de donner un consentement ou un refus de soins substitué [Code civil du Québec, chapitre C-1991, art. 12, 15].

4.2. Formulaire de niveau d'intervention médicale

Les niveaux d'intervention médicale (NIM) sont un outil de communication entre le patient ou le substitut-décideur, le médecin et l'équipe soignante. 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. Les NIM désignent les préférences du patient concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir.³

Ce document utilisé à l'initiative du professionnel de la santé doit être complété avec la personne ou avec le seul représentant de cette personne en cas d'inaptitude à consentir aux soins qui peut, le cas échéant, transmettre les informations relatives à des volontés de soins déjà exprimées par la personne.

4.3. Mandat en prévision de l'inaptitude à consentir aux soins⁴

Contrat par lequel une personne (le « mandant ») désigne, alors qu'elle est légalement apte et en prévision de son inaptitude, une autre personne (le « mandataire ») pour assurer la protection de sa personne ou l'administration de ses biens. Le contenu du mandat en prévision de l'inaptitude est à l'entière discrétion du mandant qui détermine lui-même l'étendue des pouvoirs du mandataire. Le mandat peut être fait devant notaire ou devant deux témoins et il doit être homologué par un tribunal pour prendre effet [Code civil du Québec, 1991, c. 64, art. 2130, 2131, 2166 ; Curateur public du Québec, 2011; disponible à : http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/mon_mandat.html, consulté le 19 décembre 2014].

4.4. Directives médicales anticipées

Les directives médicales anticipées (DMA) consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux spécifiques qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à ces soins dans des situations cliniques précises (*Loi concernant les soins de fin de vie*, 2014, c. 2, art. 51).

Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins, les volontés relatives aux soins exprimées dans des directives médicales anticipées ont, à l'égard des professionnels de la santé, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins (*ANQ, 2013, art. 52*).

4.5. Registre des directives médicales anticipées

Le Registre des DMA est une base de données dans laquelle sont déposés les formulaires dûment remplis par les citoyens, ainsi que les actes notariés rédigés par les notaires qui ont été transmis à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui est l'organisme responsable de la gestion et de l'opération de ce registre. Il n'est pas obligatoire de déposer le formulaire de DMA ou l'acte notarié au Registre; il peut être remis au médecin ou à un professionnel de la santé pour dépôt au dossier médical.

³ INESSS. *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins, portrait de la situation et revue de la littérature*, juin 2015, page : i.

⁴ *Ibid.*, p. xiv.

4.6. Inaptitude à consentir à des soins⁵

Les questions pour évaluer la capacité à consentir sont les suivantes :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
- La personne saisit-elle les risques du traitement si elle le subit?
- La personne comprend-elle les risques de ne pas recevoir le traitement?
- La capacité de comprendre de la personne est-elle compromise par sa maladie? (*Pinel c AG*, [1994] RJQ 2523 (CA)).

L'aptitude à consentir aux soins fluctue dans le temps et doit toujours être présumée; elle doit faire l'objet d'une évaluation chaque fois que des soins sont proposés [*Code civil du Québec*, chapitre C-1991, art. 4; *Institut Philippe-Pinel de Montréal c Blais*, 1991 RJQ 1969 (CS); Curateur public du Québec, 2011; disponible à : <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>, consulté le 21 décembre 2014].

L'autorisation du tribunal peut être nécessaire en cas de refus de soins injustifié du représentant du majeur inapte à consentir aux soins ou en cas de refus catégorique du majeur inapte. Le tribunal est tenu de prendre l'avis de la personne inapte à consentir aux soins et de respecter son refus, à moins que les soins ne soient requis par son état de santé [*Code civil du Québec*, chapitre C-1991, art. 16, 23].

4.7. Consentement substitué⁶

Consentement qui peut être donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur lorsque l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins est constatée. En l'absence d'une telle représentation, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour la personne inapte un intérêt particulier. La personne qui consent à des soins pour une autre doit le faire en tenant compte, dans la mesure du possible, de ses volontés exprimées alors qu'elle était apte (que ce soit dans un mandat en prévision de l'inaptitude, des directives de fin de vie, un testament de fin de vie ou de toutes autres façons) et même inapte [*Code civil du Québec*, chapitre C-1991, art. 12, 15].

4.8. Coma irréversible

État d'une personne inconsciente de façon permanente, alitée, sans aucune possibilité de reprendre conscience.

4.9. État végétatif persistant

État d'inconscience similaire au coma permanent. La personne qui est dans cet état conserve cependant quelques réflexes, comme la capacité d'ouvrir et de fermer les yeux, la réaction à la douleur, etc.

4.10. Démence grave (de toutes origines)

Affaiblissement irréversible de l'ensemble des fonctions intellectuelles, ce qui peut comprendre par exemple : la diminution de la mémoire, du jugement et du raisonnement. La personne peut

⁵ INESSS. *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins, portrait de la situation et revue de la littérature*, juin 2015, pages : xiii-xiv.

⁶ *Ibid.*, p. xiii.

être incapable de reconnaître sa famille et ses proches, être incapable d'effectuer des activités de la vie quotidienne, peut tenir des propos incohérents, n'a aucune maîtrise de la vessie et des intestins, a besoin d'une aide constante.

4.11. Réanimation cardiorespiratoire

Intervention médicale visant à redémarrer la fonction cardiaque et la respiration d'une personne, lorsque son cœur s'est arrêté et que ses poumons ont cessé de fonctionner. La réanimation cardio-respiratoire comprend notamment le recours au bouche-à-bouche, aux compressions thoraciques, à la défibrillation ou à un respirateur (ou ventilateur).

4.12. Ventilation assistée par un respirateur

Utilisation d'un appareil pouvant supporter la respiration d'une personne devenue incapable de respirer d'elle-même.

4.13. Dialyse

Intervention médicale permettant de nettoyer le sang, lorsque les reins ne peuvent plus le faire.

4.14. Alimentation et hydratation artificielles

Alimentation et hydratation d'une personne qui ne peut plus ni se nourrir ni boire, à l'aide d'un tube introduit dans l'estomac ou encore par un cathéter installé dans une veine.

4.15. Alimentation et hydratation forcées

Alimentation et hydratation d'une personne contre son gré. Son refus est exprimé par des paroles ou des gestes.

5. Contexte légal ou contractuel

Les directives médicales anticipées auxquelles réfère la *Loi concernant les soins de fin de vie* correspondent à une réalité juridique qui est propre au Québec. En effet, les DMA sont différentes des autres formes d'expression des volontés, en ce sens qu'elles ont pour effet de prolonger l'autonomie de la personne ayant rempli le formulaire prescrit, alors qu'elle était apte, au-delà de son inaptitude, à consentir aux soins. Les volontés exprimées par 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. Ils n'ont pas à demander à une autre personne de consentir aux soins. En cas de conflit entre ces volontés et celles exprimées dans les directives médicales anticipées, ces dernières prévalent.

La *Loi concernant les soins de fin de vie* n'oblige pas la personne à émettre des DMA. Il est de la responsabilité de la personne de décider si elle formalise ses volontés de cette manière. Les DMA doivent refléter les propres choix de la personne et non ceux de ses proches ou des soignants. L'auteur des DMA est présumé avoir obtenu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision libre et éclairée au moment de leur signature.

6. Modalités

6.1. Champ d'application

Les DMA sont applicables uniquement en cas **d'inaptitude à consentir aux soins**, et ce, dans les **situations cliniques** suivantes :

- a) Situation de fin de vie :
 - condition médicale grave et incurable, en fin de vie.
- b) Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives :

- état comateux jugé irréversible;
 - état végétatif permanent.
- c) Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives :
- atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration, par exemple la démence de type Alzheimer ou tout autre type de démence à un stade avancé.

Les DMA sont l'expression des volontés de la personne pour les cinq soins suivants uniquement :

- réanimation cardiorespiratoire;
- ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique;
- dialyse;
- alimentation forcée ou artificielle;
- hydratation forcée ou artificielle.

La personne qui complète ses DMA doit se prononcer sur son consentement à recevoir ou non chacun des cinq soins visés, s'ils surviennent dans une ou l'autre des trois situations cliniques. Cependant, l'aide médicale à mourir ou la sédation palliative continue ne peut être consentie par une DMA.

6.2. Validité des directives médicales anticipées

Pour être valides, les DMA doivent être faites au moyen du formulaire prescrit par le ministre *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins*, devant deux témoins, **ou par** acte notarié. La personne qui fait ses DMA doit être majeure et apte à consentir aux soins au moment de la signature. Les DMA sont valides tant qu'elles ne sont pas modifiées ou révoquées. La *Loi concernant les soins de fin de vie* précise qu'il existe une présomption selon laquelle la personne a reçu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée au moment de la signature de ses DMA. À cet effet, une brochure *Directives médicales anticipées* est disponible afin d'orienter et d'informer l'utilisateur.

DMA devant témoins

Lorsque les DMA sont rédigées devant témoins, le formulaire de directives médicales anticipées est rempli par la personne elle-même. La personne déclare alors, en présence de deux témoins, qu'il s'agit de ses directives médicales anticipées, mais sans être tenue d'en divulguer le contenu. Elle date et signe le formulaire ou, si elle l'a déjà signé, elle reconnaît sa signature. À noter que pour être valide, le formulaire de DMA ne doit contenir aucune rature.

Si la personne ne peut remplir le formulaire en raison d'une incapacité physique, il peut l'être par un tiers suivant ses instructions. Ce dernier date et signe ce formulaire en sa présence. Un majeur inapte ou un mineur ne peut agir comme tiers ou comme témoin.

L'utilisateur peut demander son formulaire de directives médicales anticipées auprès de la RAMQ en ligne www.ramq.gouv.qc.ca ou par téléphone au 1 800 561-9749.

DMA devant notaire

Les DMA peuvent être réalisées en demandant à un notaire d'inscrire ses volontés dans un acte notarié dont le contenu reprend celui du formulaire prescrit par le ministre. Le notaire s'assure, au moment de la signature, de l'aptitude de la personne. Lorsque les DMA sont faites

devant notaire, à la demande de son client, le notaire acheminera l'acte notarié à la RAMQ pour qu'il soit déposé dans le Registre des directives médicales anticipées.

6.3. Modification des directives médicales anticipées

Lorsqu'une personne est apte à consentir à ses soins, le seul moyen de modifier ses directives médicales anticipées est de remplir à nouveau le formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins* ou de consulter un notaire. Ces nouvelles directives remplacent celles formulées antérieurement.

6.4. Révocation des directives médicales anticipées

Les DMA peuvent être révoquées à tout moment par leur auteur au moyen du formulaire prescrit par le ministre, soit le formulaire *Révocation des directives médicales anticipées*. Ce formulaire révoquera toutes les directives médicales anticipées prévues par son auteur et sera pris en compte à partir du moment où le médecin ou tout autre professionnel de la santé peut y avoir accès.

En cas d'urgence, lorsqu'une personne apte à consentir à ses soins exprime verbalement des volontés différentes de celles qui se retrouvent dans ses directives médicales anticipées ou dans un acte notarié, ces dernières seront automatiquement révoquées. À la suite de cette révocation verbale, l'intervenant demande à la personne de compléter le formulaire de révocation en se le procurant à la RAMQ.

6.5. Accès aux directives médicales anticipées

Les médecins et les autres professionnels de la santé désignés peuvent accéder aux DMA :

- par le registre des DMA à la RAMQ;
- par le dossier médical de la personne;
- ou auprès d'un proche qui serait informé du lieu où les DMA auraient été déposées.

En situation d'urgence et en l'absence de la connaissance des DMA, l'équipe soignante doit donner les soins requis à l'utilisateur. Seules les DMA portées à la connaissance du médecin seront applicables.

La consultation du registre est une exigence de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins. Toutefois, lors de situations d'urgence, il pourrait arriver que les professionnels de la santé soient dans l'impossibilité de consulter le registre avant de donner les premiers soins en temps utile.

6.6. Registre des directives médicales anticipées

Ce registre sera accessible aux professionnels de la santé, dès l'adoption du *Règlement sur les modalités d'accès au registre des directives médicales anticipées* et son fonctionnement. Le ministre a confié à la RAMQ la gestion opérationnelle du registre des DMA (*Loi concernant les soins de fin de vie*, (L.R.Q., c. S-32.0001, art. 64).

Le registre des DMA est une base de données dans laquelle sont versées les DMA qui ont été transmises à la RAMQ.

L'accès au registre se fait par le biais du numéro d'assurance maladie ; c'est l'image du formulaire daté et signé ou de l'acte notarié qui sera disponible à l'écran pour impression et dépôt au dossier de l'utilisateur.

Les personnes autorisées à accéder au registre des DMA, selon l'article 6 du Règlement⁷, sont les suivantes :

- un médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement de santé et de services sociaux ou dans un cabinet privé de professionnel;
- une infirmière ou un infirmier qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement de santé et de services sociaux, dans une maison de soins palliatifs ou dans un cabinet privé de professionnel;
- le titulaire d'une carte de stage, délivrée par le secrétaire du Collège des médecins du Québec, qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement de santé et de services sociaux ou dans un cabinet privé de professionnel;
- le titulaire d'une autorisation délivrée par le Collège des médecins du Québec (article 42.4 du *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26) qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement de santé et de services sociaux ou dans un cabinet privé de professionnel;
- une personne qui rend des services de soutien technique à un médecin;
- une personne à l'emploi du gestionnaire opérationnel auquel le ministre a confié la gestion opérationnelle du registre, le cas échéant.

Les accès aux personnes autorisées à consulter le registre sont donnés par les gestionnaires d'accès nommés par le président directeur-général du CISSS de Lanaudière.

Pour les professionnels possédant déjà un nom d'utilisateur et un mot de passe pour accéder au portail de la RAMQ, ces derniers continuent d'utiliser ces mêmes données d'accès pour accéder au registre, et ce, après avoir obtenu l'autorisation d'accès du gestionnaire responsable.

7. Rôles et responsabilités

7.1. Gestionnaire des autorisations d'accès au Registre des DMA

Le gestionnaire des autorisations d'accès a pour fonction de donner les autorisations d'accès aux personnes autorisées à accéder au registre des DMA (section 6.6), selon article 6 du règlement. Avant d'autoriser un accès à un professionnel, le gestionnaire des autorisations d'accès doit s'assurer auprès du gestionnaire que le professionnel a réellement besoin d'un tel accès dans le cadre des fonctions qu'il assume tel qu'écrit dans la présente procédure. De plus, le gestionnaire des autorisations d'accès doit vérifier l'identité du professionnel à partir de sa carte d'employé, avant de lui délivrer ses accès.

Pour les médecins, le gestionnaire des autorisations d'accès doit vérifier l'identité du médecin à partir de son numéro de permis de pratique ainsi que son nom d'utilisateur des services en ligne de la RAMQ avant de lui délivrer ses accès.

Les modalités d'inscription des utilisateurs en provenance du CISSS de Lanaudière au registre des DMA de la RAMQ, seront élaborées et disponibles sur l'intranet du CISSS dans la section dédiée aux outils des soins palliatifs et de fin de vie.

7.2. Médecin

- Répondre aux questions des personnes qui désirent obtenir de l'information générale concernant les DMA, ou à celles qui ont choisi de faire leurs DMA.

⁷ Gazette officielle du Québec, 11 novembre 2015, 147^e année, no 45, article 6.

- Dans le cas où un usager désire des informations plus précises, donner les explications relativement aux bienfaits, aux risques et aux conséquences d'un soin dans les situations cliniques ciblées.
- Avant de prodiguer un soin à une personne inapte à consentir à des soins (qui se trouve dans l'une ou l'autre des situations cliniques visées par les DMA, et pour qui les soins spécifiques prévus au formulaire seraient indiqués), le médecin doit consulter le registre des DMA pour vérifier s'il en existe et les suivre si tel est le cas. S'il n'y a pas de DMA au registre, le médecin doit consulter le dossier médical de l'usager, afin de vérifier la présence de DMA. S'il n'y a pas de DMA au dossier, il doit consulter les proches de l'usager pour vérifier l'existence de DMA et s'assurer que celles-ci sont la dernière version.
- Le médecin qui prend connaissance de l'existence des DMA doit s'assurer qu'il s'agit de la dernière version et doit verser une copie au dossier médical de l'usager et remettre le document original des DMA à l'usager ou à ses proches.

7.3. Professionnel de la santé autre que le médecin traitant

- Répondre dans la mesure de ses connaissances aux questions des personnes qui désirent obtenir de l'information générale concernant les DMA ou à celles qui ont choisi de faire leurs DMA.
- Inviter les usagers à déposer leurs DMA au Registre de la RAMQ.
- Déposer au dossier médical de l'usager une copie du document original des DMA datée et signée, qui lui est remis par l'usager et valider préalablement si elles sont toujours conformes à sa volonté.
- Informer le médecin traitant de l'existence des DMA par une liaison à celui-ci et lui faire parvenir une copie du document.
- Le professionnel de la santé peut, à la demande du médecin et s'il détient une autorisation d'accès, consulter le Registre des DMA, afin de valider la présence ou non de DMA.

8. Archives

Le formulaire de directives médicales anticipées sera classé au début du dossier papier de l'usager dans la section de droite et dans le dossier numérisé Chartmaxx.

9. Modalité de soutien aux professionnels de la santé

Voici les critères de validation de la présence de DMA pour l'urgence, l'unité de courte durée, le soutien à domicile et le CHSLD.

9.1. Urgence

Lors de l'évaluation de l'usager, le médecin vérifiera si la condition médicale de l'usager correspond à une des situations cliniques visées par les DMA. Dans l'affirmative, le médecin demandera à l'agent administratif de l'accueil de vérifier s'il y a présence de DMA pour cet usager.

Lors de l'arrivée de l'usager à l'urgence en ambulance, le paramédic, lors de l'ouverture de l'épisode de soins, demandera à l'agent administratif de faire la vérification nécessaire pour les DMA. L'agent administratif informera le médecin de la condition de l'usager.

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;
- état végétatif permanent.

Autre situation sévère et irréversible des fonctions cognitives :

- atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives sans possibilité d'amélioration, par exemple une démence de type Alzheimer ou tout autre type de démence à un stade avancé.

P1 et P2

Situation clinique où l'usager peut être inconscient, donc établir la même procédure, soit le médecin demande à l'agent administratif de valider s'il y a présence de DMA.

Polytrauma

Situation clinique où l'usager peut être inconscient, donc établir la même procédure, soit le médecin demande à l'agent administratif de valider s'il y a présence de DMA.

État de santé qui se détériore

Situation clinique où l'état de santé de l'usager se détériore, donc établir la même procédure, soit le médecin demande à l'agent administratif de valider s'il y a présence de DMA.

9.2. Unité de courte durée

Lors de l'arrivée d'un usager dans les unités de courte durée, si l'état de santé de ce dernier correspond à une situation clinique citée au point 9.1, le médecin valide ou demande au à l'agent administratif de valider s'il y a présence de DMA.

9.3. Soutien à domicile (ou en milieu de vie)

Lors de sa visite à domicile, l'infirmière vérifiera si la condition médicale de l'usager correspond à une des situations cliniques visées par les DMA et pour laquelle un niveau de soins est requis. Dans l'affirmative, elle vérifiera s'il y a présence de DMA pour cet usager par l'entremise de l'ASI et le transmettra au médecin traitant.

9.4. CHSLD

Lors de l'arrivée d'un usager en milieu de vie, le médecin valide au registre des DMA, auprès de l'usager ou de ses proches, par l'entremise du formulaire d'admission, s'il y a présence de DMA et s'il y a lieu l'inclut au dossier.

Une validation est aussi recommandée lors de la révision du plan d'intervention.

10. Soutien aux professionnels

- Pour toute question relative aux soins palliatifs et de fin de vie, veuillez les adresser à :
soinsdefindevie.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca
- Portail santé mieux-être du MSSS (information *Loi concernant les soins de fin de vie*)
<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>
- Intranet du MSSS – Soins palliatifs et de fin de vie
<http://intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?soins-palliatifs-fin-de-vie>

- Politique du CISSS de Lanaudière relative aux soins de fin de vie
<http://www.santelanaudiere.qc.ca/ASSS/Pages/sfv.aspx>

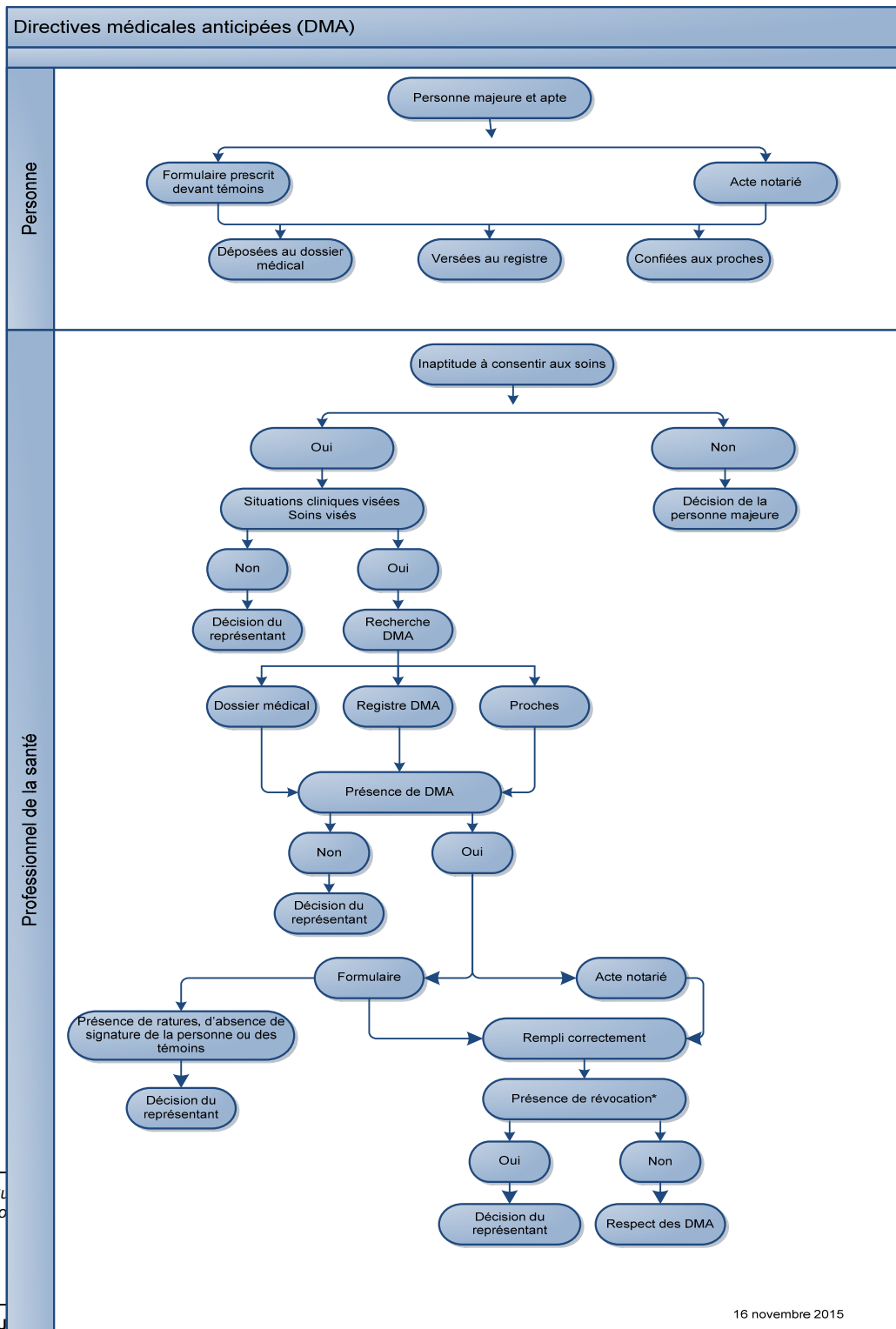
11. ANNEXE 1

Annexe 1 : Algorithme décisionnel

12. Références

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de soutien pour la mise en place de la procédure concernant les directives médicales anticipées à l'intention des établissements et des maisons de soins palliatifs*, novembre 2015, 13 pages.
- Gazette officielle du Québec, 11 novembre 2015, 147^e année, n^o 45, page 4273.
- Gouvernement du Québec (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q., chapitre S-32.0001. Récupéré de
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm

Annexe 1 – Algorithme décisionnel⁸



⁸ MSSS. Guide des maisons

ements et