

**POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE
DU
CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE**

**Adopté par le conseil d'administration
le 29 juin 2016**

OBJET : Politique relative aux soins de fin de vie

Adopté par :

Conseil d'administration du CISSS de Lanaudière

Date : Le 29 juin 2016

Entrée en vigueur :

Document remplacé :

Politique relative aux soins de fin de vie – version du 15 décembre 2015

Direction émettrice :

Direction des services professionnels

Responsable de son application :

Directeur des services professionnels

Destinataires :

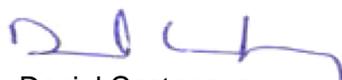
- Intervenants¹ du CISSS de Lanaudière
- Usagers
- Partenaires
- Administrateurs
- Médecins en cabinet privé

Lieu d'application :

CISSS de Lanaudière

Documents associés :

- Entente entre le CISSS de Lanaudière et la maison de soins palliatifs Adhémar-Dion
- Protocole clinique de sédation palliative continue
- Protocole clinique d'aide médicale à mourir
- Procédure concernant les directives médicales anticipées
- Procédure de transfert d'un usager en soins de fin de vie
- Plan de développement des soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020
- Gouverne des soins palliatifs et de fin de vie

Authentifié par :

Daniel Castonguay
Président-directeur général

Date : Le 27 juillet 2016

¹Tout 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.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	5
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
1.1 Objet de la politique.....	5
1.2 Orientations ministérielles.....	5
1.3 Valeurs et principes directeurs.....	6
CHAPITRE II – DÉFINITION DES TERMES.....	7
2.1. Aide médicale à mourir.....	7
2.2. Aptitude à consentir aux soins.....	7
2.3. Arrêt de traitement.....	7
2.4. Conseil des infirmières et infirmiers.....	7
2.5. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	7
2.6. Directives médicales anticipées.....	7
2.7. Établissement.....	7
2.8. Groupe interdisciplinaire de soutien.....	7
2.9. Intervenant.....	7
2.10. Maisons de soins palliatifs.....	7
2.11. Procédure.....	8
2.12. Proche.....	8
2.13. Pronostic réservé.....	8
2.14. Protocole.....	8
2.15. Refus de soin.....	8
2.16. Registre des DMA.....	8
2.17. Sédation palliative continue.....	8
2.18. Soins de fin de vie.....	8
2.19. Soins palliatifs.....	8
2.20. Usager.....	8
CHAPITRE III – PRIORITÉS ET OBJECTIFS.....	9
CHAPITRE IV – RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	10
3.1. Direction générale.....	10
3.2. Direction des services professionnels.....	11
3.2.1. Mise en œuvre de la Loi.....	11
3.2.2. Offre de service des soins palliatifs et de fin de vie.....	11
3.2.3. Aide médicale à mourir.....	11

3.2.4. Directives médicales anticipées	12
3.3. Direction des soins infirmiers	12
3.4. Direction programme du soutien à l'autonomie aux personnes âgées	12
3.5. Direction des services multidisciplinaires	13
3.6. Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques... 13	
3.7. Direction générale adjointe – Direction qualité, évaluation, performance et éthique.... 13	
3.8. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	13
3.9. Conseil des infirmières et infirmiers	13
3.10. Maisons de soins palliatifs du territoire desservi par l'établissement.....	14
CHAPITRE V – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	14
4.1. Conditions	14
4.2. Consentement	14
4.3. Avis de déclaration du médecin	14
4.4. Protocole clinique	14
CHAPITRE VI – AIDE MÉDICALE À MOURIR.....	14
L'aide médicale à mourir (AMM) est offerte dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'au domicile de l'utilisateur.....	14
5.1. Protocole clinique	14
5.2. Groupe interdisciplinaire de soutien.....	15
5.3. Procédure de transfert.....	15
CHAPITRE VI – DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES	15
6.1. Conditions	15
6.2. Consentement	16
6.3. Procédure concernant les directives médicales anticipées	16
CHAPITRE VII – LES DISPOSITIONS FINALES	16
7.1. Responsable de l'application ou personne désignée	16
7.2. Entrée en vigueur	16
7.3. Adoption et modification	16
7.4. Diffusion	16
7.5. Révision	16
RÉFÉRENCES	16

PRÉAMBULE

En juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001). Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. La Loi est entrée en vigueur le 10 décembre 2015.

La Loi prévoit un rehaussement de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) qui repose, notamment sur une organisation intégrée, efficace et la plus ajustée possible quant à l'accompagnement des personnes qui requièrent de tels soins. Les SPFV comprennent les soins palliatifs, y compris la sédation palliative continue, de même que l'aide médicale à mourir.

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.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Objet de la politique

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 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)

La présente politique a pour but :

- de 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 Lanaudière;
- de préciser les priorités et objectifs qui doivent guider les décideurs et les intervenants dans leurs actions;
- d'établir les responsabilités des différents acteurs et partenaires en matière de soins de fin de vie et des nombreux enjeux qui en découlent.

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 de fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Plus récemment, elles incluent aussi les nouvelles balises promulguées par la Loi concernant les soins de fin de vie.

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.

1.3 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;
- 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.

CHAPITRE II – DÉFINITION DES TERMES

2.1. Aide médicale à mourir

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 d'entraîner son décès pour soulager ses souffrances.

2.2. 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, et ce, sans qu'une condition médicale affecte sa capacité à prendre une décision éclairée.

2.3. Arrêt de traitement

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

2.4. Conseil des infirmières et infirmiers

Conseil des infirmières et infirmiers (CII) institué au sein de l'établissement.

2.5. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMD) institué au sein de l'établissement.

2.6. 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.

2.7. Établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière.

2.8. Groupe interdisciplinaire de soutien

Mandaté par le président-directeur général (PDG) de l'établissement et sous la responsabilité de la Direction des services professionnels, ce groupe poursuit deux objectifs : le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir et le soutien aux décideurs de l'établissement qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

2.9. 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 Lanaudière.

2.10. 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'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs mis en place en 2008.

2.11. 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 doit être précise 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.

2.12. 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.

2.13. Pronostic réservé

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

2.14. 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.

2.15. Refus de soin

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

2.16. Registre des DMA

Le registre des directives médicales anticipées (DMA) est une base de données dans laquelle sont déposées les DMA anticipées 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.

2.17. Sédation palliative continue

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.

2.18. Soins de fin de vie

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

2.19. 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.

2.20. Usager

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

CHAPITRE III – PRIORITÉS ET OBJECTIFS

La présente section énonce les priorités et objectifs du MSSS dans le *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*. Ce plan représente un engagement quant à la mise en place de solutions permettant d'améliorer la prestation des soins palliatifs au Québec.

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 soutenues 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 Lanaudière, huit priorités 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 Lanaudière 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*.

CHAPITRE IV – RÔLES ET RESPONSABILITÉS

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.

3.1. 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)

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)

Mettre en place, au sein de son organisation, un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir.

Prévoir, au 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)

Établir une entente avec chacune des maisons de soins palliatifs du territoire desservi par le CISSS de Lanaudière. 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 Lanaudière;
- le soutien administratif, le cas échéant.

Faire rapport, chaque année, au conseil d'administration sur l'application de la politique relative aux soins de fin de vie. (2014, c.2, art. 8)

Publier le rapport sur le site Internet de l'établissement et le transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie au plus tard le 30 juin de chaque année. (2014, c.2, art. 8)

Pour les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le président-directeur général (PDG) doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois et le transmettre, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie et le publier sur son site Internet. (2014, c.2, art. 73)

Ce rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, nombre de sédations palliatives continues administrées, nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, 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 été. (2014, c.2, art. 8)

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. (2014, c.2, art. 8)

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)

3.2. Direction des services professionnels

3.2.1. Mise en œuvre de la Loi

Mettre en œuvre la présente politique 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 MSSS et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques ainsi que les directions cliniques.

S'assurer que le code d'éthique de l'établissement est remis à tout usager qui reçoit des soins de fin de vie ou qui en fait la demande à l'établissement.

3.2.2. Offre de service des soins palliatifs et de fin de vie

Accueillir la personne en fin de vie dont la condition ou l'environnement ne permet pas de lui fournir adéquatement des soins palliatifs à domicile, dans les installations de l'établissement ou la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins. (2014, c.2, art. 11)

Offrir à une personne qui reçoit des soins de fin de vie, dans les quelques jours précédant son décès, une chambre qu'elle est seule à occuper. (2014, c.2, art. 12)

S'assurer de l'application de la procédure de transfert d'un usager vers une installation ou une maison de soins palliatifs pour lequel il est impossible de prodiguer des soins de fin de vie à domicile.

3.2.3. Aide médicale à mourir

Constituer une liste confidentielle composée de médecins acceptant d'administrer l'aide médicale à mourir à un usager qui en fait la demande officielle et dont le médecin a formulé une objection de conscience.

Constituer une liste confidentielle composée de médecins acceptant d'être consultés pour un deuxième avis dans le cadre d'une démarche d'aide médicale à mourir.

Rendre disponibles, dans les pharmacies des deux centres hospitaliers du CISSS de Lanaudière, les médicaments ou les substances nécessaires à l'aide médicale à mourir.

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'aide médicale à mourir.

Planifier, organiser et coordonner l'ensemble des activités relatives au groupe interdisciplinaire de soutien à la demande du président-directeur général.

3.2.4. Directives médicales anticipées

Nommer et superviser les gestionnaires responsables des demandes d'accès au registre des directives médicales anticipées (DMA) de la RAMQ.

Désigner des professionnels de la santé pour soutenir leurs collègues qui ne seraient pas en mesure de répondre aux personnes qui demandent de l'information ou qui désirent exprimer leurs volontés au moyen des DMA.

Définir les modalités de référence à des professionnels désignés pour soutenir leurs collègues pour les DMA.

Prévoir un soutien pour le médecin traitant et les professionnels de la santé qui doivent respecter les DMA de la personne dans des contextes difficiles, par exemple des divergences d'opinions entre professionnels ou situations de conflits familiaux.

3.3. Direction des soins infirmiers

Collaborer avec la Direction des services professionnels 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'aide médicale à mourir (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 que le code d'éthique de l'établissement est remis à tout usager qui reçoit des soins de fin de vie ou qui en fait la demande.

3.4. Direction programme du soutien à l'autonomie aux personnes âgées

Collaborer avec la Direction des services professionnels 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.

S'assurer que le code d'éthique de l'établissement est remis à tout usager qu'il héberge et ceux qui en font la demande.

3.5. Direction des services multidisciplinaires

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.

Effectuer la recherche initiale des directives médicales anticipées lorsqu'un patient se présente à l'urgence dans le registre provincial.

S'assurer que les documents soient classés et facilement repérables dans les dossiers médicaux.

Collaborer avec la Direction des services professionnels 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.

3.6. Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Informar 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. (2014, c.2, art. 18)

Ces renseignements doivent notamment être accessibles sur le site Internet de l'établissement dans les documents suivants : le code d'éthique, la présente politique, le programme clinique de soins de fin de vie ainsi que le guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir.

Collaborer avec la Direction des services professionnels à la planification et à l'organisation des activités relatives à la formation des intervenants sur les soins de fin de vie.

3.7. Direction générale adjointe – Direction qualité, évaluation, performance et éthique

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)

3.8. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

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.

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)

Recevoir, dans les dix jours de son administration, l'avis de déclaration du médecin lorsqu'il administre une SPC ou l'AMM. (2014, c.2, art. 34)

3.9. 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 (CMDP). Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (2014, c.2, art. 33)

3.10. Maisons de soins palliatifs du territoire desservi 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)

CHAPITRE V – SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

4.1. Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue (SPC), 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)

4.2. 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)

4.3. 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 suivant la fin de son administration par le biais du formulaire approuvé par le CMDP. (2014, c.2, art. 34)

4.4. 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 Lanaudière.

CHAPITRE VI – AIDE MÉDICALE À MOURIR

L'aide médicale à mourir (AMM) est offerte dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'au domicile de l'utilisateur.

5.1. 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 Lanaudière. 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;
- processus décisionnel;

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

5.2. Groupe interdisciplinaire de soutien

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

5.3. 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.

CHAPITRE VI – DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant 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. (2014, c.2, arts 51-64)

6.1. Conditions

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Le formulaire limite les DMA à trois (3) 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.
- État végétatif permanent.

Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives

- 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

CHAPITRE VII – LES DISPOSITIONS FINALES

7.1. Responsable de l'application ou personne désignée

La Direction des services professionnels.

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 ou la révision de la présente politique doit d'abord être soumis à la Direction générale de l'établissement pour ensuite être présentée au conseil d'administration pour approbation.

7.4. Diffusion

La présente politique est diffusée sur le site Internet et sur le site intranet du CISSS de Lanaudière.

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.

RÉFÉRENCES

Québec. *Loi concernant les soins de fin de vie : RLQR, chapitre S-32.0001* [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2014. En ligne.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*, Québec, 2015.