



Politique de soins de fin de vie

1. Objectifs

- Assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leurs droits et de leur dignité;
- Déterminer les modalités générales d'accès aux soins de fin de vie;
- Définir les bases des rôles et responsabilités des divers intervenants impliqués dans l'administration des soins de fin de vie.

2. Contexte légal

Cette politique et les protocoles, procédures et directives associées doivent être conformes, entre autres:

- au Code Civil du Québec;
- à la *Loi concernant les soins de fin de vie* (2014, chapitre 2);
- à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2);
- à la *Loi médicale* (chapitre M-9);
- à la *Loi sur la pharmacie* (chapitre P-10);
- aux Codes de déontologie
- au Code des Professions.

3. Personnes visées

- Le personnel soignant de La maison Mathieu Froment-Savoie (MMFS);
- Les médecins exerçant leur profession à MMFS
- Les bénévoles aux soins

4. Définitions

Des définitions d'expressions utilisées dans ce document sont fournies à l'Annexe 1.

5. Orientations et principes directeurs

- Toute personne dont l'état le requiert a le droit de recevoir des soins palliatifs. Ces soins peuvent être offerts dans des installations du CISSS, dans les maisons de soins palliatifs ou au domicile de la personne.
- Toute personne dont l'état le requiert a le droit de recevoir des soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la loi;

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 1 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		

- Sauf disposition contraire à la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin;
- Dans la mesure prévue par le Code civil du Québec, le mineur âgé de plus de 14 ans et, la personne qui peut consentir aux soins d'un mineur âgé de moins de 14 ans ou d'un majeur inapte peuvent également, en tout temps, consentir ou refuser tout soin nécessaire au maintien en vie de la personne concernée;
- Le respect de la personne en fin de vie et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son endroit;
- La personne en fin de vie doit, en tout temps, être traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité et de son autonomie;
- L'AMM est incluse dans le continuum de soins tout en respectant la mission et ses critères d'admission de la MMFS.
- Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'évaluation ou à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles;
- Les membres de l'équipe de soins responsable d'une personne en fin de vie doivent établir et maintenir avec elle une communication ouverte et honnête.

6. Responsables de la mise en œuvre de la politique

Directrice générale (DG)

- Prévoir, dans le plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie.
- Tous les six mois pour une période de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie, et chaque année par la suite, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer :
 - le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
 - le nombre de sédations palliatives continues administrées;
 - le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées;
 - le nombre de transferts effectués au CISSS pour l'administration de l'aide médicale à mourir.

Directrice médicale

- Adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue avec la collaboration de la coordonnatrice des soins selon les recommandations du ministère.
- Évaluer la qualité des soins médicaux fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.
- Compléter le formulaire prescrit de demande de sédation palliative continue suite à la demande d'une personne en fin de vie et tenir un registre des sédations palliatives continues administrées dans à MMFS avec la collaboration de la coordonnatrice des soins.

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 2 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		

- Transmettre toutes demandes d'aide médicale à mourir au DSP du CISSS approprié.

Coordonnatrice des soins infirmiers

- Collaborer avec le directeur médical pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue.
- Établir et mettre en œuvre le Programme clinique de soins de fin de vie.
- Établir des directives ou procédures concernant les demandes l'aide médicale à mourir. (AMM)

Médecins exerçant leur profession dans la maison de soins palliatifs MMFS

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

Professionnels de la santé ou des services sociaux

Le professionnel de la santé ou des services sociaux qui reçoit des directives médicales anticipées conformes aux exigences prévues par la Loi doit les verser au dossier médical.

7. Programme, protocoles, procédures, ententes et délégation

Divers instruments sont requis pour la mise en œuvre de la politique, notamment :

- Programme clinique de soins de fin de vie;
- Procédure pour obtenir l'aide médicale à mourir et la sédation palliative
- Protocole clinique sur la sédation palliative continue;

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 3 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		

- Délégation de responsabilités du PDG au DSP (médecin qui refuse une demande d'aide médicale à mourir);

D'autres documents devront être modifiés pour s'assurer de la prise en compte des droits et besoins des personnes en fin de vie, entre autres :

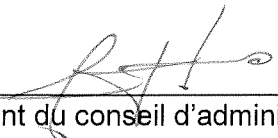
- Code d'éthique;
- Procédures de gestion de lits;

8. Autres dispositions

Cette politique entre en vigueur en même temps que la *Loi concernant les soins de fin de vie*, soit le 10 décembre 2015.

9. ADOPTION

La présente politique a été adoptée par les membres du conseil d'administration à la réunion du 5 octobre 2022.



 Président du conseil d'administration

 Secrétaire du conseil d'administration

 Directrice générale

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 4 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		

Annexe 1

Définitions

Aide médicale à mourir* (AMM)

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

Aptitude à consentir aux soins

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

Directives médicales anticipées (DMA)

Instructions données par une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même.

Pronostic réservé

Prévision liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité de lésions, selon lequel les chances de survie du patient à plus ou moins long terme sont compromises.

Refus de soin

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

Demande réitérée

À compléter...

Sédation palliative continue* (SPC)

Un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès. Celle-ci est habituellement réservée aux patients dont le pronostic se compte en heures ou en jours (un pronostic de moins de deux semaines est souvent cité dans la littérature)

Soins de fin de vie*

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

Soins palliatifs*

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

Médecin traitant

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 5 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		

Un médecin est une personne qui détient un permis d'exercice et qui est inscrite au tableau du CMQ. Ainsi, un étudiant, un résident en médecine ou un moniteur clinique ne peut effectuer ce geste, même en étant supervisé. Le médecin traitant peut être généraliste ou spécialiste. Il est celui qui accepte d'accompagner le patient tout au long du processus de la demande d'Aide médicale à mourir (AMM) ou de la sédation palliative continue (SPC). Il est aussi celui que l'utilisateur reconnaît comme le médecin le plus significatif pour la prise de décision à l'égard de l'AMM. Il est aussi celui qui, au premier plan, serait le médecin qui aurait la responsabilité d'administrer l'AMM ou la SPC, à moins d'une déclaration d'objection de conscience au DSP

* Définition tirée de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 3.

Titre : Politique de soins palliatifs, MMFS		No : 1	
Approuvé par :		Adoption : 2022-10-05	Page 6 sur 6
<input checked="" type="checkbox"/> Conseil d'administration	Date : 2022-10-05	Révision : 2022-09-29	
<input type="checkbox"/> Comité de direction	Date : 2022-10-05		