

# Politique

## Soins de fin de vie

Direction des services professionnels



**POLITIQUE**

**PO-1000-006**

**Soins de fin de vie**

**Propriétaire :** Direction des services professionnels

**Adopté(e) par :** Conseil d'administration

**Destinataire(s) :** Gestionnaires, médecins, professionnels et employés

**Date d'entrée en vigueur de la présente version :**  
(même date que celle de l'adoption)

2022-06-08  
(AAAA/MM/JJ)

**Date de révision de la présente version :**  
(variable : 1, 2 ou 3 ans)

2025-06-08  
(AAAA/MM/JJ)

## 1. PRÉAMBULE

La mort a longtemps été considérée comme un échec médical, une erreur thérapeutique ou une négligence. Or, le développement de technologies modernes, de diagnostic de moins en moins invasif et agressif ; de thérapies de plus en plus efficaces, l'assainissement des habitudes de vie (alimentation, activité physique, etc.) et la longévité accrue des personnes ont fait prendre conscience du caractère inexorable de la mort. La mort est désormais considérée comme faisant partie de la vie, l'étape ultime de la vie.

Les soins palliatifs sont « 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 » (art 3, al 4). Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs par « une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs familles vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention, le soulagement de la souffrance et par l'entremise de l'identification précoce, l'évaluation adéquate et le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels ». Quant aux soins de fin de vie, ils sont définis par « des soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie incluant l'aide médicale à mourir » (art 3, al 3). Une revue de littérature rapporte qu'« il importe de mentionner que le concept de la fin de vie n'est pas clairement défini. Aucun élément objectif ne permet de prédire avec certitude le moment où la vie prendra fin. Cette incertitude pose un défi particulier quant à l'organisation des services ».

Ainsi, une approche personnalisée et holistique est à la base de tous les services octroyés dans un contexte de soins de fin de vie, en considérant les choix de la personne et de ses proches. Les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels doivent être considérés.

Cette politique fait suite à l'adoption par l'Assemblée nationale du Québec en juin 2014 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* et à sa mise en application en décembre 2015 (art 2). Celle-ci propose une vision globale et intégrée des soins palliatifs et de fin de vie et fait état des responsabilités du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) en matière de soins de fin de vie. Cette politique tient compte des normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ses soins. Elle est basée également sur la politique type proposée par le ministère.

La politique sur les soins de fin de vie touche trois volets particuliers, soit :

- Les directives médicales anticipées (DMA);
- La sédation palliative continue (SPC);
- L'aide médicale à mourir (AMM).

## 2. OBJET

La présente politique vise à encadrer la dispensation des soins de fin de vie des personnes et de leurs proches dans le respect de la loi et dans la dignité humaine au CCSMTL.

### **3. CHAMPS D'APPLICATION**

Cette politique concerne les employés, les professionnels, les médecins et les gestionnaires du CCSMTL impliqués dans la dispensation des soins de fin de vie aux personnes qui le requièrent de même qu'à leurs proches.

### **4. OBJECTIFS**

Les objectifs de la présente politique sont de :

- Assurer une prestation de soins palliatifs et de fin de vie conforme aux dispositions de la Loi aux usagers concernés;
- Préciser les rôles et les responsabilités des différentes instances du CCSMTL en lien avec les soins palliatifs et de fin de vie.

### **5. CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET NORMATIF**

- Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chapitre S-32.0001
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2
- Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), L.C. 2021 ch. 2
- Code civil du Québec, L.R.Q., C. C -1991, version à jour au 1er mars 2015
- Charte québécoise des droits et des libertés de la personne, chapitre C-12.

### **6. PRINCIPES DIRECTEURS**

#### **6.1. Valeurs**

Trois valeurs fondamentales guident 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. À cette fin, toute décision devra recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se prendre 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.

#### **6.2. Principes directeurs**

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs guidant les gestionnaires, les médecins, les professionnels et les employés 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 ».

## 7. ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

### 7.1. Soins de fin de vie

#### 7.1.1. Directives médicales anticipées (DMA)

Les directives médicales anticipées sont une disposition permettant à la personne majeure et apte d’exprimer sa volonté à l’avance quant aux soins qu’elle souhaite recevoir, advenant qu’elle devienne inapte pour y consentir. Ces directives ne peuvent toutefois pas inclure celle de l’aide médicale à mourir (art 51). La personne peut déterminer ses directives médicales anticipées par acte notarié ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises. Elles sont déposées au registre des DMA et transmises à la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ), elles peuvent être déposées au dossier médical par un professionnel de la santé (art 52).

Les directives médicales anticipées peuvent être révoquées en tout temps (art 54) au moyen du formulaire prescrit par le ministère. Elles ne peuvent être modifiées que par la rédaction de nouvelles directives.

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne apte à consentir aux soins (art 58). Celles-ci 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.

Le processus établi par le ministère est suivi avec respect par les gestionnaires, les médecins, les professionnels et les employés impliqués.

#### 7.1.2. Sédation palliative continue (SPC)

« La sédation palliative est un soin offert dans le cadre des soins palliatifs qui consiste 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 (art 3, al 5) ». « La sédation palliative continue est généralement proposée et administrée à une personne malade en phase terminale dont la mort est imminente, c’est-à-dire dont le pronostic de survie est très court, souvent établi à moins de deux semaines. ».

La personne en fin de vie ou la personne qui peut consentir aux soins pour son proche doit être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de la sédation palliative continue et de la durée prévisible de la sédation (art 24).

Le médecin doit s'assurer que le consentement de la personne en fin de vie ou de la personne qui peut consentir aux soins est exempt de toute pression extérieure (art 24).

Le consentement est écrit sur le formulaire prescrit par le ministère et est déposé au dossier de la personne (art 24).

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement ou à domicile doit en informer dans les 10 jours suivants son administration le conseil des médecins, pharmaciens et dentistes (CMDP) et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) sur le formulaire d'avis de sédation palliative continue provenant du ministère (art 34).

Le « Guide d'exercice : La sédation palliative en fin de vie » et la « Procédure relative à la sédation palliative continue » sont suivis avec respect par les gestionnaires, les médecins, les professionnels et les employés impliqués.

### **7.1.3. Aide médicale à mourir (AMM)**

« L'aide médicale à mourir est un acte médical consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant le décès (art 3, al 6) ».

#### **7.1.3.1. Critères**

La personne doit remplir l'ensemble des conditions pour recevoir l'aide médicale à mourir (art 26) :

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

L'offre de services en soins palliatifs devrait être présentée et comprise à toute personne avant la signature d'une telle demande. La personne en fin de vie doit de manière libre et éclairée formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministère. Ce formulaire doit être daté et signé par la personne en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux et d'un témoin indépendant qui le contresignent. Ce document est remis au médecin traitant dans les meilleurs délais (art 26). Les changements de la loi sur l'aide médicale à mourir de juin 2021 autorisent l'administration d'une AMM dans deux contextes soit lorsque la mort naturelle est raisonnablement prévisible (MNRP) avec un diagnostic terminal d'une maladie ou lorsque la mort naturelle est non raisonnablement prévisible (MNnRP), mais que la personne souffre d'un problème de santé grave et irréversible (voir définition dans le cadre

législatif). Ces changements de la loi n'obligent plus de délai de 10 jours lors d'une mort naturelle raisonnablement prévisible, mais ajoute un délai de 90 jours pour les demandes lorsque la mort naturelle est non raisonnablement prévisible.

Dans le cas d'une mort naturelle raisonnablement prévisible, si le médecin croit que la personne pourrait perdre son aptitude, il peut convenir au début du processus de lui faire signer un consentement en cas de perte d'aptitude qui offre deux (2) options au médecin soit :

1. Administrer l'aide médicale à mourir au moment choisi;
2. Administrer l'aide médicale à mourir au moment choisi ou à une date antérieure de la date convenue, et ce, même si la personne perd son aptitude à consentir au soin dans l'intervalle.

La personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou demander le report de l'administration de l'aide médicale à mourir (art 28). Cette information doit se retrouver dans le dossier de la personne (art 32).

Le médecin qui fournit l'aide médicale à mourir dans une des installations de l'établissement ou à domicile doit remplir le formulaire prévu à cet effet via le portail web SAFIR. Une fois le formulaire complété, le portail SAFIR transmettra les informations aux instances concernées (Santé Canada, Commission sur les soins de fin de vie et l'établissement).

Le « Guide d'exercice : Aide médicale à mourir » et la « Procédure relative à l'aide médicale à mourir » sont suivis avec respect par les gestionnaires, les médecins, les professionnels et les employés impliqués.

Le dépliant « Droits des personnes en fin de vie – Loi concernant les soins de fin de vie (2019) » est remis à la demande et selon le besoin.

#### **7.1.3.2. Cas d'objection de conscience**

En cas d'objection de conscience de la part du médecin exerçant dans une des installations de l'établissement, ce dernier doit s'assurer de l'éligibilité de la personne. Si celle-ci est éligible, il avise son chef de service ou son chef de département le plus tôt possible et complète le formulaire « Second avis médical ». Le chef de service ou le chef de département fait les démarches nécessaires pour identifier rapidement un médecin qui accepte la demande d'aide médicale à mourir (art 31). Dans le cas où il ne trouve pas de médecin, il avise la direction des services professionnels (DSP) qui doit en trouver un.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnels et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il avise le plus tôt possible la ou le DSP qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande. Le médecin lui transmet, le cas échéant, le formulaire qui lui a été remis et les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises (art 31).

La « Procédure à l'intention d'un médecin souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à une demande d'aide médicale à mourir » est suivie avec respect par la DSP, les gestionnaires et les médecins.

En ce qui a trait au professionnel autre que médecin, il peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir, mais s'assure de se faire remplacer pour la continuité des soins (art 50). Le professionnel avise le plus tôt possible son supérieur immédiat. Ce dernier fait les démarches nécessaires pour identifier rapidement un remplaçant de la même discipline.

La « Procédure à l'intention d'un professionnel autre que médecin souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à l'aide médicale à mourir » est suivie avec respect par les gestionnaires et les professionnels.

### **7.1.3.3. Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir**

Le CCSMTL met en place un Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS).

- Son mandat est d'offrir du soutien clinique, technique, psychosocial et éthique de proximité aux gestionnaires, médecins, professionnels et employés du CCSMTL impliqués dans l'offre de service de l'aide médicale à mourir et de la sédation palliative continue.
- Le coordonnateur du GIS est informé systématiquement dès qu'une demande d'aide médicale à mourir est soumise afin de planifier les mesures de soutien selon le cas échéant.
- Le GIS est sous la responsabilité de la direction des services professionnels (DSP). Le document « Mandat et constitution du GIS » est disponible comme référence sur l'intranet.

## **7.2. Rôles et responsabilités**

### **7.2.1. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal**

#### **7.2.1.1. Information à la population et aux professionnels de la santé et des services sociaux**

Le CCSMTL met à la disposition de sa population et aux professionnels de la santé et des services sociaux, l'information concernant l'accès aux soins de fin de vie sur son territoire, les soins qui sont y offerts et les droits des personnes en fin de vie.

À cet effet, le code d'éthique, la présente politique sur les soins de fin de vie, le programme clinique interprofessionnel de soins palliatifs et de soins de fin de vie ainsi que les rapports annuels sur les soins de fin de vie sont disponibles sur le site Internet du CCSMTL.

#### **7.2.1.2. Offre de service**

Le CCSMTL offre des soins palliatifs et de fin de vie à la personne qui les requiert tout en veillant à la continuité et à la complémentarité des soins et des services (art 7).

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts à la personne, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins.

Lorsqu'il est impossible de prodiguer des soins de fin de vie à domicile à la personne, le CCSMTL doit l'accueillir dans l'une de ses installations (art 11). La « Procédure d'attribution d'un lit à un patient provenant de la communauté pour l'administration de l'AMM en milieu hospitalier » doit être respectée.



Une chambre individuelle est mise à la disposition de la personne et de ses proches pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie (art 12). Une gestion de lits est réalisée dans ce sens.

#### **7.2.1.3. Programme clinique interprofessionnel de soins palliatifs et de soins de fin de vie du CCSMTL**

Le CCSMTL possède un programme clinique interprofessionnel de soins palliatifs et de soins de fin de vie.

Ce programme est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (art 9). Le programme est disponible sur le site Internet de l'établissement tel que mentionné au point 7.2.1.1 (art 18).

#### **7.2.1.4. Code d'éthique**

Le CCSMTL possède un code d'éthique d'établissement incluant les droits des personnes en fin de vie. Il est remis à toutes les personnes hébergées et à celles qui en font la demande (art 10). Le code d'éthique est disponible sur le site Internet de l'établissement tel que mentionné au point 7.2.1.1. Ce code d'éthique est également diffusé auprès des employés, des professionnels et des médecins.

#### **7.2.2. Président-directeur général**

Le président-directeur général est imputable de l'application de la politique sur les soins de fin de vie et, à cet égard, il fait rapport au conseil d'administration du CCSMTL sur l'application de la présente politique (art 8).

#### **7.2.3. Direction des services professionnels**

Dès la prise de connaissance d'un cas d'objection de conscience d'un médecin exerçant dans un cabinet privé (art 31), la direction des services professionnels (DSP) fait les démarches nécessaires pour trouver rapidement un médecin qui accepte la demande d'aide médicale à mourir tel que mentionné au point 7.1.3.2. Le directeur des services professionnels est en soutien aux chefs de département au besoin lorsqu'un médecin exerçant au CCSMTL émet une objection de conscience.

La DSP est également responsable du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) tel que mentionné au point 7.1.3.3

#### **7.2.4. Directions adjointes des services multidisciplinaires et des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles**

Les directions adjointes des services multidisciplinaires et des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles (DSM-PP et DSI-PP) collaborent à la mise en œuvre, au suivi et à la mise à jour de la présente politique.

En fonction de leur offre de services respective, la DSM-PP et la DSI-PP participent à l'élaboration des activités de formation destinées aux professionnels et intervenants sur les soins de fin de vie en collaboration avec les directions cliniques et la direction des ressources humaines. Elles soutiennent également les intervenants dans l'exercice de leurs responsabilités professionnelles en regard de la loi sur les soins de fin de vie. Du soutien aux usagers et aux familles est également offert au besoin par le biais des intervenants en soins spirituels.

#### **7.2.4.1. Médecin**

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir dans une des installations de l'établissement ou à domicile en informe le GIS, le CMDP et la Commission sur les soins de fin de vie dans les 10 jours suivant son administration (art 34, 46). Le secrétariat de la DSP-assure l'acheminement des copies de documents aux instances concernées.

Le médecin qui fait cas d'objection de conscience pour l'aide médicale à mourir avise le plus tôt possible son chef de service ou son chef de département tel que mentionné au point 7.1.3.2.

#### **7.2.4.2. Pharmacien**

Le pharmacien fournit la médication conformément aux ordonnances et protocoles en vigueur.

Le pharmacien qui fait cas d'objection de conscience pour l'aide médicale à mourir avise le plus tôt possible son supérieur immédiat tel que mentionné au point 7.1.3.2.

#### **7.2.5. Direction des services généraux et des partenariats urbains**

La direction adjointe des partenariats urbains, volet soutien à la communauté, offre des services de bénévolat auprès des usagers en soins palliatifs et fin de vie de même qu'à leur proche dans les installations de l'établissement.

Le service du bénévolat assure la promotion, le recrutement, la formation et la coordination des ressources bénévoles. Pour la dispensation des services auprès des usagers, le service du bénévolat travaille en collaboration avec la direction des services multidisciplinaires, les directions des programmes clientèle et les équipes de soins.

#### **7.2.6. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Le CMDP adopte, en collaboration avec le conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et le conseil multidisciplinaire (CM), des protocoles cliniques et des procédures concernant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir (art 33).

Le CMDP contrôle et apprécie la qualité des soins médicaux et pharmaceutiques fournis, notamment au regard des protocoles cliniques et des procédures applicables (art 34, art 214, al 1).

#### **7.2.7. Conseil des infirmières et des infirmiers**

Le CII travaille en collaboration avec le CMDP et le CM pour l'adoption des protocoles cliniques et des procédures concernant la sédation palliative continue et l'aide à médicale à mourir (art 33).

Le CII apprécie, de façon générale, la qualité des soins infirmiers posés, notamment au regard des protocoles cliniques et des procédures applicables (art 34, art 220, al 1).

##### **7.2.7.1. Infirmière**

L'infirmière assure les soins infirmiers requis à l'utilisateur et l'accompagne ainsi que ses proches tout au long de son parcours. Elle doit notamment ouvrir des voies d'accès pour l'administration de la médication.

L'infirmière qui fait cas d'objection de conscience pour l'aide médicale à mourir avise le plus tôt possible son supérieur immédiat tel que mentionné au point 7.1.3.2.

#### **7.2.8. Conseil multidisciplinaire**

Le CM travaille en collaboration avec le CMDP et le CII pour l'adoption des protocoles cliniques et les procédures concernant la sédation palliative continue et l'aide à médicale à mourir.

##### **7.2.8.1. Professionnels**

À l'instar du médecin et de l'infirmière, les autres professionnels accompagnent l'utilisateur et ses proches tout au long du parcours de fin de vie de l'utilisateur.

Le professionnel qui fait cas d'objection de conscience pour l'aide médicale à mourir avise le plus tôt possible son supérieur immédiat tel que mentionné au point 7.1.3.2.

## **8. REDDITION DE COMPTE**

L'émission d'un rapport sur l'application de la politique des soins de fin de vie au sein de l'établissement est une exigence légale. Le rapport sur l'application de la loi sur les soins de fin de vie inclut les activités qui se sont réalisées dans toutes les installations de l'établissement.

Le président-directeur général fait rapport au conseil d'administration du CCSMTL tel que mentionné au point 7.2.2.

Le président-directeur général transmet son rapport annuel à la Commission sur les soins de fin de vie au plus tard le 30 juin de chaque année (art 73).

L'établissement inclut un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion (art 8).

Le rapport est disponible sur le site Internet de l'établissement tel que mentionné au point 7.2.1.1.

## **9. RÉFÉRENCES**

- CCSMTL : installation CSSS Jeanne-Mance (2015). *Politique portant sur les soins de fin de vie*. Document en travail
- MSSS (2010). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. La direction de la communication du Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2014). *Projet de loi 52 : Loi concernant les soins de fin de vie*, S-32.0001. Assemblée nationale, éditeur officiel du Québec.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Définition des soins palliatifs. [En ligne] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>, page consultée le 15 septembre 2015.
- Shang, M., Jancarik, A. (2013). *Soins palliatifs et de fin de vie. Volet 1 : recension des écrits*. Direction de la planification, de la performance et de la connaissance, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- MSSS (2015). *Guide de gestion pour la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie à l'intention des établissements*. Document de travail.

- Gouvernement du Québec, *Code civil du Québec*, L.R.Q., C. C-1991, version à jour au 1<sup>er</sup> mars 2015.
- Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- Gouvernement du Québec, *Charte québécoise des droits et des libertés de la personne*, chapitre C- 12.
- MSSS (2015). *Politique type relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux*.
- Collège des médecins du Québec et Société québécoise des médecins de soins palliatifs (2015). *La sédation palliative en fin de vie : guide d'exercice*.
- Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2019). *L'aide médicale à mourir : guide d'exercice*.
- Gouvernement du Canada (2021) *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. L.C. 2021, ch. 2

## 10. DOCUMENTS ASSOCIÉS

La version courante de la présente politique est associée aux documents suivants :

- Code d'éthique du CCSMTL;
- PR 4200-013 Procédure relative à la sédation palliative continue (2021);
- PR 4200-011 Procédure relative à l'aide médicale à mourir (2022);
- Procédure à l'intention d'un médecin souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à une demande d'aide médicale à mourir (2021);
- PR-4200-022 Procédure à l'intention d'un professionnel autre que médecin souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à d'aide médicale à mourir (2020);
- PR-4200-019. Directives médicales anticipées (DMA) (2020);
- Procédure d'attribution d'un lit à un patient provenant de la communauté pour l'administration de l'AMM en milieu hospitalier (2022);
- Programme clinique interprofessionnel des soins palliatifs et de soins de fin de vie (2015);
- Mandat et constitution du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS).

## 11. MODIFICATIONS APPORTÉES DEPUIS LA DERNIÈRE VERSION

La politique sur les soins de fin de vie adoptée le 11 novembre 2015 (PDG-2015-01) a été révisée en 2018. Les modifications apportées dans cette version sont liées aux changements législatifs concernant l'aide médicale à mourir suite à la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) L.C. 2021, ch. 2

Section	Modification	Justification
Section 5	Ajout de la <i>Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)</i> . L.C. 2021, ch. 2.	Changement législatif
Section 7	Nouvelle numérotation.	
7.1.2	Précision apportée sur le délai (dans les 10 jours) à respecter par le médecin suivant l'administration de la sédation palliative continue pour informer le CMDP et le GIS.	
7.1.3.1	Retrait du critère « être en fin de vie ou présenter une condition pour laquelle la mort est raisonnablement prévisible ». Précision apportée suite au changement législatif en cas de mort raisonnablement prévisible et non raisonnablement prévisible Retrait du délai de 10 jours (entre la demande et l'AMM) lors d'une mort naturelle raisonnablement prévisible et ajout d'un délai de 90 jours pour les demandes lorsque la mort est non raisonnablement prévisible.	Changement législatif
7.1.3.3	Ajout au mandat du GIS pour le soutien clinique, technique, psychosocial et éthique pour la sédation palliative continue	
7.2.1.2	Remplacement de « Procédure d'attribution d'un lit en chambre individuelle pour un patient en fin de vie à son domicile, à l'urgence ou hospitalisé au Centre hospitalier Verdun » par la « Procédure d'attribution d'un lit à un patient provenant de la communauté pour l'administration de l'AMM en milieu hospitalier ».	La procédure a été révisée
7.2.4	Ajout du rôle et des responsabilités des directions adjointes des soins infirmiers et des services multidisciplinaires – pratiques professionnelles.	
7.2.5	Ajout du rôle et des responsabilités de la direction des services généraux et des partenariats urbains – Volet soutien à la communauté de la direction adjointe des partenariats urbains. Le point a été placé au 7.2.5 selon la logique de la disposition.	
Section 8	Le PDG transmet à la Commission sur les soins de fin de vie son rapport annuel au plus tard le 30 juin de chaque année.	Actualisé dans la loi art. 73
Section 9	Ajout de la référence : Gouvernement du Canada (2021) <i>Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)</i> . L.C. 2021, ch. 2.	Changement législatif
Section 10	Mise à jour des dates d'entrée en vigueur des politiques et procédures Remplacement de « Procédure d'attribution d'un lit en chambre individuelle pour un patient en fin de vie à son domicile, à l'urgence ou hospitalisé au Centre hospitalier Verdun » par la « Procédure d'attribution d'un lit à un patient provenant de la communauté pour l'administration de l'AMM en milieu hospitalier ».	

## 12. PROCESSUS D'ÉLABORATION

<b>Auteur</b>
Dre Julie Lajeunesse, directrice des services professionnels
<b>Réviseurs</b>
Carl Simard, coordonnateur responsable de CHSLD, direction SAPA Sylvie Décarie, conseillère cadre, direction des soins infirmiers Josiane Charland, conseillère cadre, direction des services multidisciplinaires Marc Bessette, directeur SAPA Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA
<b>Instances consultées</b>
Comité aviseur sur les soins palliatifs et de fin de vie Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Comité de coordination clinique et universitaire Groupe interdisciplinaire de soutien Table des chefs de département

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal**

**Québec** 