

Politique

Soins de fin de vie

Direction des services professionnels et des affaires médicales
universitaires (DSPAMU)



PO_4200_020 Soins de fin de vie

Propriétaire : Direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires (DSPAMU)

En collaboration avec la Direction des soins infirmiers - Volet pratiques professionnelles (DSI-PP)

Destinataire(s) : Gestionnaires, médecin, Infirmier.ère praticien.ne spécialisé.e (IPS), professionnel.le.s de la santé et des services sociaux et employé.e.s

La présente version du document a été adoptée par le :

- Conseil d'administration (CA)
- Comité de direction (CODIR)
- Comité de coordination des directions cliniques et universitaires (CCCU)
- Comité des directions administratives (CDA)
- Comité de gestion de la direction propriétaire

Date d'adoption de la présente version :

(correspond à la date d'entrée en vigueur)

2024-09-25

Date de révision de la présente version :

(variable : 1, 2 ou 3 ans)

2027-09-25

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, humaniste 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.

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 pour guider ses soins. Elle est basée également sur le modèle de la politique 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).

L'adoption du projet de loi 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, permet aux Québécois et aux Québécoises d'avoir une plus grande liberté de choix en matière de fin de vie.

Au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV), les professionnel.le.s compétent.e.s désigné.e.s pour administrer une sédation palliative continue (SPC) ou une aide médicale à mourir (AMM) sont les médecins. Depuis le 7 décembre 2023, les infirmier.ère.s praticien.ne.s spécialisé.e.s (IPS) sont maintenant reconnus au sens de la loi comme des professionnel.le.s compétent.e.s pouvant

évaluer et administrer l'AMM et la SPC. De ce fait, les médecins/IPS sont les seuls à détenir la compétence légale leur permettant de prodiguer ces deux soins de fin de vie. Ainsi, une candidate infirmière praticienne spécialisée ne peut pas prodiguer ces soins, même sous supervision.

Aussi, des modifications législatives entrées en vigueur le 7 juin 2023 permettent dorénavant à tous les infirmier.ère.s, qu'ils soient infirmier.ère.s praticien.ne.s spécialisé.e.s (IPS) ou non, de constater le décès d'une personne et de dresser le constat de décès de façon autonome, lorsque les causes probables sont établies.

La présente politique est une révision de la PO-1000-006-V2 adoptée le 8 juin 2022 par le conseil d'administration. Elle porte le nouveau code PO-4200-020.

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 employé.e.s, les professionnel.le.s, 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. OBJECTIF(S)

Le présent document a pour objectifs de :

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

5. DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS

Dans la présente politique, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions ou termes suivants se définissent comme suit :

Consentement en cas de perte d'aptitude : Consentement donné par écrit par la personne jugée éligible à l'AMM et dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible (MNRP) pour recevoir l'AMM même si elle perdait son aptitude à consentir au soin avant son administration.

Le consentement se fait au moyen du formulaire prescrit par le ministère et en présence d'un.e professionnel.le compétent.e, dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'AMM. Il ne

peut pas être appliqué si la personne démontre physiquement ou verbalement un refus de recevoir le soin.

Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) : Sous la direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires, le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) est mandaté par le président-directeur général pour offrir un soutien clinique, technique, psychologique, social et éthique de proximité aux professionnel.le.s de la santé et des services sociaux impliqués à l'une ou l'autre des étapes d'une demande d'aide médicale à mourir ou de sédation palliative continue. Lorsque requis, l'un ou l'autre des professionnel.le.s de la santé et des services sociaux peut demander le soutien du GIS en s'adressant au coordonnateur.trice du GIS à la direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires du CCSMTL.

Infirmier.ère.s praticien.ne.s spécialisé.e.s (IPS) : Les IPS sont des infirmier.ère.s qui possèdent une expérience clinique auprès d'une clientèle visée par l'une des classes de spécialité et qui ont reçu une formation avancée de 2^e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant l'exercice de plusieurs activités à haut risque de préjudice.

Mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP) : Mort raisonnablement envisageable à court/moyen terme considérant le diagnostic et le portrait médical connu.

Mort naturelle non raisonnablement prévisible (MNnRP) : Mort qui n'est pas envisageable ou prévisible à court/moyen terme considérant le diagnostic et le portrait médical connu.

Objection de conscience : Droit permettant le refus d'un.e professionnel.le (médecin/IPS) d'administrer un soin cliniquement et juridiquement approprié, et ce, en raison de ses convictions personnelles, ses valeurs ou ses croyances. Dans le respect de l'utilisateur.ère et la reconnaissance de ses droits et libertés, l'objecteur doit s'abstenir de partager ses propres convictions.

Professionnel.le de la santé : Tout membre d'un ordre professionnel visé à l'annexe 1 du Code des professions. Cette personne est titulaire d'un permis délivré par ce dernier. Le candidat à l'exercice de la profession, autorisé à exercer les activités professionnelles réservées par l'ordre, est également inclus.

6. CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET NORMATIF

Le présent document prend appui sur :

- *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.

7. PRINCIPE(S) DIRECTEUR(S)

7.1. 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 sont respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et de ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

7.2. 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 de soins et 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.

8. ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

8.1. Soins de fin de vie

8.1.1. Directives médicales anticipées (DMA)

Les directives médicales anticipées sont un écrit par lequel une personne **majeure et apte à consentir clairement et librement** aux soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins dans des situations cliniques précises.

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. À la demande de l'auteur.e des directives médicales anticipées, celles-ci seront versées au registre des directives médicales anticipées. L'auteur.e des DMA peut les verser au registre, soit :

- En transmettant le formulaire dûment rempli à la RAMQ;
- En demandant à son notaire de transmettre l'acte notarié à la RAMQ.

Elles peuvent également être déposées au dossier de la personne par un.e professionnel.le de la santé.

Les directives médicales anticipées peuvent être révoquées en tout temps au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Le seul moyen de modifier ses DMA est de remplir un nouveau formulaire.

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne majeure et apte à consentir aux soins. Celles-ci ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnel.le.s de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Le processus établi par le ministre est suivi avec respect par les gestionnaires, les médecins, les professionnel.le.s et les employé.e.s impliqués.

8.1.2. Sédation palliative continue (SPC)

Selon la définition de la LCSFV, la sédation palliative continue consiste à soulager, chez une personne en fin de vie, un symptôme intolérable et réfractaire à tout autre traitement en la plongeant dans **un état de sédation profonde** qui va être **maintenu jusqu'à son décès**¹

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/IPS 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 ministre et est déposé au dossier de la personne (art. 24). Seule la SPC définie selon la LCSFV devrait faire l'objet de consentement écrit.

Que ce soit une sédation légère, intermittente, etc., il faut toujours discuter avec l'utilisateur ou ses proches, en cas d'inaptitude de ce dernier, des traitements offerts et s'assurer du consentement. Ce consentement verbal fait partie de la bonne pratique médicale dans le respect du principe d'**autonomie**. Il n'a donc pas à être signé sur le formulaire prescrit par le ministre, mais doit paraître dans les notes médicales.

Le médecin/IPS 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, dentistes et pharmaciens (CMDP), la directrice des soins infirmiers du CCSMTL, si l'administrateur.trice

¹ INESSS, avril 2022

du soin est un.e IPS, et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS), en utilisant le formulaire SM01927 *Déclaration de la sédation palliative continue* accessible sur l'extranet du CCSMTL.

Selon la Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, l'IPS pourra fournir la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement ou à domicile.

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 IPS, les professionnel.le.s et les employé.e.s impliqués.

8.1.3. Aide médicale à mourir (AMM)

L'aide médicale à mourir est un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un.e professionnel.le compétent.e à une personne, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

8.1.3.1. Critères

Une personne peut obtenir l'AMM si elle satisfait à toutes les conditions suivantes :

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

La personne souhaitant formuler une demande d'AMM, doit être informée de l'ensemble de l'offre de service de soins palliatifs offerts au CCSMTL. Si suite aux informations reçues, la personne maintient sa demande de recevoir l'AMM, elle doit le faire elle-même de manière libre et éclairée en signant le formulaire prescrit par le ministère. Ce formulaire doit être daté et signé par la personne en présence d'un.e professionnel.le de la santé ou des services sociaux et d'un témoin indépendant. Ce document est remis au médecin/IPS traitant dans les meilleurs délais et doit également être acheminé au GIS.

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. 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/IPS croit que la personne pourrait perdre son aptitude à consentir, 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/IPS soit :

- Administrer l'aide médicale à mourir au moment choisi;
- 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/IPS qui fournit l'aide médicale à mourir dans l'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 IPS, les professionnel.le.s et les employé.e.s 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.

8.1.3.2. Cas d'objection de conscience

En cas d'objection de conscience de la part d'un médecin/IPS exerçant dans l'une des installations de l'établissement :

- Selon la procédure PR-4200-012 *À l'intention d'un médecin/IPS souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à une demande d'aide médicale à mourir (AMM)*, le médecin/IPS peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir, mais s'assure de trouver un collègue qui accepte de traiter la demande, avec l'aide de son chef de service ou de département / gestionnaire de proximité et le chef des IPS;
- Selon la procédure PR-4200-022 *À l'intention d'un professionnel souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à une demande d'aide médicale à mourir (AMM)*, un.e professionnel.le 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.

Si le médecin à qui la demande d'AMM est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel.le.s et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il avise le plus tôt possible l'instance responsable du CIUSSS ou du CISSS où se situe la résidence de la personne qui a formulé la demande (le DSPAMU pour le CCSMTL). 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).

8.1.3.3. 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, IPS, professionnel.le.s et employé.e.s du CCSMTL impliqués dans l’offre de service de l’aide médicale à mourir et de la sédation palliative continue.
- Le coordonnateur ou la coordonnatrice du GIS est informé.e 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 et des affaires médicales universitaires (DSPAMU). Le document « Mandat et constitution du GIS » est disponible dans la section **Soins palliatifs et de fin de vie** sur l’extranet du CCSMTL: <https://www.extranetccsmtl.ca/index.php?id=21938&L=0>

8.2. Rôles et responsabilités

8.2.1. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l’île-de-Montréal

8.2.1.1. Information à la population et aux professionnel.le.s de la santé et des services sociaux

Le CCSMTL met à la disposition de sa population et des professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, l’information concernant l’accès aux soins de fin de vie sur son territoire, les soins qui y sont 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 Web du CCSMTL, dans la zone dédiée aux professionnels.

8.2.1.2. 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).

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.

Pour les personnes admissibles à l’AMM qui ne souhaitent pas recevoir leur soin à domicile et qui n’ont pas besoin de soins nécessitant un lit en centre hospitalier ou de plateau technique particulier, la procédure PR-2600-007 *Prêt d’une chambre de soins de fin de vie à un usager provenant de la communauté pour l’administration de l’aide médicale à mourir (AMM) en CHSLD* est à privilégier.

La procédure PR-4200-026 Attribution d’un lit à un usager provenant de milieux de soins hors hospitaliers pour l’administration de l’aide médicale à mourir (AMM) en milieu hospitalier doit être respectée.

8.2.1.3. 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 Web de l'établissement comme mentionné au point 8.2.1.1 (art. 18).

8.2.1.4. 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 extranet de l'établissement tel que mentionné au point 8.2.1.1. Ce code d'éthique est également diffusé auprès des employé.e.s, des professionnel.le.s et des médecins. Se référer à l'addendum du code d'éthique adopté par le CA en 2015.

https://www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/ProgrammesSoins/SoinsFinVie/02-Documents_institutionnels/AddendumCodeEthique.pdf

8.2.2. Président.e-directeur.trice général.e

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

8.2.3. Direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires

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 et des affaires médicales universitaires (DSPAMU) fait les démarches nécessaires pour trouver rapidement un médecin qui accepte la demande d'aide médicale à mourir tel que mentionné au point 8.1.3.2. Le directeur des services professionnels et des affaires médicales universitaires est en soutien aux chefs de département au besoin lorsqu'un médecin exerçant au CCSMTL émet une objection de conscience.

La DSPAMU est également responsable du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) comme mentionné au point 8.1.3.3

8.2.4. Direction des soins infirmiers

La direction des soins infirmiers est responsable de la qualité de l'acte des IPS.

8.2.5. 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 professionnel.le.s et aux intervenant.e.s sur les soins de fin de vie

en collaboration avec les directions cliniques et la direction des ressources humaines. Elles soutiennent également les intervenant.e.s dans l'exercice de leurs responsabilités professionnelles en regard de la loi sur les soins de fin de vie. Du soutien aux personnes et aux familles est également offert au besoin par le biais des intervenant.e.s en soins spirituels.

8.2.6. 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 personnes en soins palliatifs et de 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 personnes, le service du bénévolat travaille en collaboration avec la direction des services multidisciplinaires, les directions des programmes clientèle et les équipes de soins.

8.2.7. Médecin/IPS

Le médecin/IPS 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, la directrice des soins infirmiers et la Commission sur les soins de fin de vie dans les 10 jours suivant son administration (art. 34, 46). Le soutien administratif du GIS 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 et l'IPS avise son supérieur immédiat comme mentionné au point 8.1.3.2.

8.2.8. Pharmacien.ne

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

Le pharmacien ou la pharmacienne qui fait cas d'objection de conscience pour l'aide médicale à mourir avise le plus tôt possible son supérieur immédiat comme mentionné au point 8.1.3.2.

8.2.9. Infirmière/CEPI

L'infirmière ou la candidate à l'exercice assure les soins infirmiers requis à la personne et l'accompagne ainsi que ses proches tout au long de son parcours. Elle doit notamment évaluer le potentiel veineux, installer les voies d'accès périphériques, le temps venu, pour l'administration de la médication et assister le médecin/IPS lorsque celui-ci administre le soin. La CEPI doit exercer dans les milieux autorisés par l'OIIQ.

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 8.1.3.2.

8.2.10. Infirmière auxiliaire/CEPIA

Elle installe des voies d'accès périphériques à la demande de l'infirmière ou du médecin/IPS selon les sites déterminés par l'OIIAQ.

8.2.11. Professionnel.le.s

À l'instar du médecin et de l'infirmière, les autres professionnel.le.s accompagnent la personne et ses proches tout au long du parcours de fin de vie de la personne.

Le professionnel ou la professionnelle 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 8.1.3.2.

8.2.12. Conseils professionnels

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).

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).

Le CII est aussi responsable d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8 et exercées dans le centre).

9. REDDITION DE COMPTES

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 ou la présidente-directrice générale fait rapport au conseil d'administration du CCSMTL comme mentionné au point 8.2.2.

Le président-directeur général ou la présidente-directrice générale 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 Web de l'établissement, dans la zone dédiée aux professionnels comme mentionné au point 8.2.1.1.

10. RÉFÉRENCE(S)

- MSSS (2013). *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.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Définition des soins palliatifs. [En ligne] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
- 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^{er} avril 2024.
- 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
- Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.

11. DOCUMENT(S) ASSOCIÉ(S)

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

- Code d'éthique du CCSMTL
(www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/ProgrammesSoins/SoinsFinVie/02-Documents_institutionnels/AddendumCodeEthique.pdf)
- PR-4200-013 Procédure relative à la sédation palliative continue (2024)
- PR-4200-011 Procédure relative à l'aide médicale à mourir (2024)
- PR-4200-012 Procédure à l'intention d'un médecin/IPS souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à une demande d'aide médicale à mourir (2024)
- PR-4200-022 Procédure à l'intention d'un professionnel souhaitant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience relativement à d'aide médicale à mourir (2024)

- PR-4200-019. Directives médicales anticipées (DMA) (2024)
- PR-2600-007 Prêt d'une chambre de soins de fin de vie à un usager provenant de la communauté pour l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) en CHSLD (2024)
- PR-4200-026 Attribution d'un lit à un usager provenant de milieux de soins hors hospitaliers pour l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) en milieu hospitalier (2024)
- Programme clinique interprofessionnel des soins palliatifs et de soins de fin de vie (2015)
www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/ProgrammesSoins/SoinsFinVie/ProgrammeCliniqueInterSPFV/Preface/ProgrammeCliniqueInterprofessionnelSPFVComple.pdf
- Mandat et constitution du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)
Lieux d'exercice du CEPI : <https://www.oiiq.org/acceder-profession/parcours-etudiant/cepi/conditions-d-exercice-des-cepis#:~:text=Lieux%20d'exercice,sociaux%20pour%20les%20autochtones%20cris>
- Lieux d'exercice du CEPIA : <https://www.oiaq.org/files/content/etablisements-cepia-v01.pdf>

12. MODIFICATION(S) APPORTÉE(S) DEPUIS LA DERNIÈRE VERSION

Les modifications suivantes ont été apportées à la version précédente du document.

Section(s)	Modification(s)	Justification(s)
Code de la politique	Nouveau code de la politique PO-4200-020 en remplacement de l'ancien code PO-1000-006	La politique doit porter le code de la direction propriétaire (DSPAMU)
L'ensemble du document	Ajout de l'IPS comme professionnel.le compétent.e au même titre que le médecin et reformulation du texte.	Changement législatif
1	Ajout des informations en lien avec la mise à jour sur la Loi modifiant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives adoptées le 7 juin 2023	Changement législatif
6	Ajout de cette section	Précision nécessaire
8.2 Rôles et responsabilités	Réorganisation dans l'ordonnancement des titres d'emploi	Faciliter la lecture
8.2.4	Ajout de cette section	Depuis le 7 décembre 2023, les infirmier.ère.s praticien.ne.s spécialisé.e.s (IPS) sont maintenant reconnus au sens de la loi comme des professionnel.le.s compétent.e.s pouvant évaluer et administrer l'AMM et la SPC
10	Mise à jour des références	Mise à jour nécessaire
11	Mise à jour des documents associés	Mise à jour nécessaire
12	Mise à jour du processus d'élaboration	Mise à jour nécessaire

13. PROCESSUS D'ÉLABORATION

Auteurs/Auteurs
Chantal Coderre, coordonnatrice administrative du Groupe interdisciplinaire (GIS), SAPA Anne-Marie Denault, coordonnatrice clinico-administrative - Évolution de la pratique professionnelle transversale, direction de soins infirmiers - Pratiques Professionnelles, DSI-PP Ibtisseme Bouloudene, spécialiste en procédés administratifs, DSPAMU
Révisseur/Révisseur
Dr Daniel Murphy, directeur des services professionnels et des affaires médicales universitaires, DSPAMU Chantal Coderre, coordonnatrice administrative du Groupe interdisciplinaire (GIS), SAPA Any Brouillette, conseillère en éthique, DQÉPÉ Anne-Marie Denault, coordonnatrice clinico-administrative - Évolution de la pratique professionnelle transversale, direction de soins infirmiers - Pratiques Professionnelles, DSI-PP Geneviève Thibault, conseillère cadre en soins infirmiers volet infirmière praticienne spécialisée (IPS), DSI-PP
Personne(s) ou instance(s) consultée(s)
Julie Darveau, directrice des soins infirmiers, DSI Guylaine Dupuis, directrice adjointe des soins infirmiers – volet qualité et évaluation de la pratique, DSI-PP Cindy Gosselin, coordonnatrice clinico-administrative, pratiques professionnelles volet santé physique, DSI-PP Zina Benshila, directrice des services généraux et des partenariats urbains, DSGPU Martine Sénécal, directrice adjointe, SAPA-Hébergement Mélanie Vinette, conseillère cadre par intérim au développement des pratiques professionnelles, DSM-PP Nathalie De Serres, agente de planification, programme et recherche, DSM-PP Comité exécutif du CMDP

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

Québec 