

TYPE DE DOCUMENT: Politique	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : DSI-PO-001
------------------------------------	--

CE DOCUMENT ANNULE LA VERSION QUI PORTAIT LE TITRE SUIVANT :

Non applicable.

CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :

Personnes qui requièrent des soins de fin de vie, leurs proches et les membres du personnel, y compris les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les partenaires de la communauté, les étudiants et les stagiaires impliqués de l'établissement.

CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :

Répertoire commun Site Internet Intranet Autre

NOMBRE DE PAGES	15 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Direction des soins infirmiers
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Agente administrative de la direction des soins infirmiers
INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)	Comité de direction 2015-12-10 Conseil d'administration 2015-12-09
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Comité de direction
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2015-12-10
DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMERO DE RESOLUTION DU C.A.	2015-12-10 CISSS-01.2015-12-175
REVISION	La révision s'effectue aux trois ans ou lorsque requis.

POLITIQUE

Politique relative aux soins de fin de vie (DSI-PO-001)

Direction des soins infirmiers

Décembre 2015

POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE

1. PRÉAMBULE

La politique relative aux soins de fin de vie présente les responsabilités de l'établissement en matière de soins de fin de vie et les nombreux enjeux qui en découlent. Ce document vise à préciser des normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins en regard des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Chaque personne ou chaque unité familiale est unique et une approche aux soins de qualité dépendra souvent de l'habileté à tenir compte avec sensibilité et discernement de ces aspects singuliers au sein de la relation thérapeutique. En plus des normes juridiques, éthiques et cliniques, une approche engagée, humaine, qui démontre de la compassion, est nécessaire surtout dans ce contexte chargé émotionnellement.

Les cliniciens et administrateurs doivent reconnaître que la condition humaine est une réalité complexe faite de tensions, de limites et d'ambiguïtés, et qu'au sein de notre société riche de diversité, des dilemmes éthiques peuvent survenir même entre les normes valables et légitimes. L'application simpliste d'une norme au détriment d'une autre ne rend certainement pas justice au souci de répondre adéquatement aux besoins particuliers de chacun, notamment dans le domaine des soins de fin de vie.

2. OBJECTIF

L'objectif est de faire connaître les responsabilités de l'établissement en matière de soins de fin de vie en regard des orientations du MSSS, des normes juridiques, éthiques et cliniques communes qui guident ces soins.

3. CADRE JURIDIQUE OU CADRE DE RÉFÉRENCE

Cette politique prend assise dans :

- *La Loi concernant les soins de fin de vie.*

Objet de la loi :

La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie, de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

De plus, la présente loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimés clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Valeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins 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 son consentement libre et éclairé 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 est respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tient 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 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, tant 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.

5. CHAMPS D'APPLICATION

Les acteurs visés par cette politique sont toutes les personnes qui requièrent des soins de fin de vie, leurs proches et les membres du personnel, y compris les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les partenaires de la communauté, les étudiants et les stagiaires de l'établissement impliqués dans les soins de fin de vie.

6. DÉFINITIONS

Usager

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement ou dans son milieu de vie.

Proches

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 considéré comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Maisons de soins palliatifs (MSP)

Organismes privés, à but non lucratif, gérés par des conseils administratifs indépendants, qui font une large place à la contribution des bénévoles. Ils sont titulaires d'un agrément délivré par le ministre, ce qui leur permet d'offrir des soins aux personnes en soins de fin de vie et de soutenir les proches jusqu'à la phase du deuil. Leur statut par rapport à la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été clarifié par les « Modalités d'encadrement administratif » des maisons de soins palliatifs et mis en place en 2008.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité d'une 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.

Arrêt de traitement

Cessation des soins ou des traitements susceptibles de maintenir la vie.

Refus de soin

Personne qui refuse de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée en centre hospitalier.

Pronostic réservé

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

Soins palliatifs

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 de leur offrir, ainsi qu'à leurs proches, le soutien nécessaire.

Soins de fin de vie (SFV)

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

Sédation palliative continue (SPC)

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.

Aide médicale à mourir (AMM)

Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Directives médicales anticipées (DMA)

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.

7. STRUCTURE FONCTIONNELLE (RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT)

Conseil d'administration

- Adopter la présente politique et assurer le suivi de son application.

Président-directeur général (PDG)

- Prévoir dans son plan d'organisation un programme clinique de soins de fin de vie. Le programme doit inclure notamment :
 - Les orientations de l'établissement relativement aux soins de fin de vie;
 - La clientèle visée;
 - L'organisation des soins et des services;
 - Les modalités de fonctionnement / mission;
 - L'actualisation de l'offre de service de chaque mission en fonction des attentes ministérielles;
 - L'implantation du programme et son évaluation.
- Transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie, le programme clinique (art. 9).
- Faire chaque année, le 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 demandes d'aide médicale à mourir administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont

pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été. 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.

- Inclure un résumé du rapport ci-haut mentionné, dans une section particulière du rapport annuel de gestion (art. 8).
- Rendre disponible sur le site internet de l'établissement et transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie, au plus tard le 30 juin de chaque année, le rapport sur les soins de fin de vie (art. 38).
- Transmettre son rapport tous les 6 mois au conseil d'administration de l'établissement pour les 2 ans suivant l'entrée en vigueur de la loi. L'établissement le transmet le plus tôt possible à la Commission sur les soins de fin de vie et le publie sur son site internet (art. 73).
- Déléguer à la Direction des soins infirmiers, l'élaboration, la planification, la coordination et la mise en œuvre du programme de soins de fin de vie.
- En l'absence du PDG, le président-directeur général adjoint (PDGA) assume les responsabilités dévolues au PDG.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

- Adopter, en collaboration avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement, des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir et assurer leur mise en œuvre. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés.
- Évaluer, ou son comité compétent, la qualité des soins (acte médical) fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables (art. 34).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

- Travailler en collaboration avec le CMDP pour l'adoption et la mise en œuvre des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir (art. 33).
- Évaluer, ou son comité compétent, la qualité des soins (infirmiers) fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

Conseil multidisciplinaire (CM)

- Travailler en collaboration avec le CMDP et le CII pour l'adoption et la mise en œuvre des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir.
- Évaluer, ou son comité compétent, la qualité des soins (services sociaux) fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

- Travailler en collaboration avec le CMDP et le CII pour l'adoption et la mise en œuvre des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir.

Département régional de médecine générale (DRMG)

- Travailler en collaboration avec le CMDP et le CII pour l'adoption et la mise en œuvre des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir.

Direction des soins infirmiers (DSI)

En collaboration avec les directions concernées :

- Assumer l'élaboration, la planification, la coordination et la mise en œuvre du programme de soins de fin de vie;
- S'assurer que le CISSS offre les soins de fin de vie et veille 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, et ce, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins selon les dispositions législatives;
- 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 aux personnes en fin de vie (art. 7);
- S'assurer que le CISSS se dote d'un code d'éthique qui tient compte des droits des personnes en fin de vie et qu'il soit distribué à ceux qu'il héberge dans ses installations ou à ceux qui en font la demande (art. 10);
- S'assurer que lorsqu'une personne en fin de vie requiert des soins palliatifs à domicile mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, l'établissement doit lui offrir de l'accueillir dans ses installations ou la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins (art. 11);
- Avoir une procédure de transfert vers ses installations ou vers une maison de soins palliatifs pour les personnes pour lesquelles il est impossible de prodiguer des soins de fin de vie à domicile;
- Prévoir une entente interne quant à la priorisation des personnes en fin de vie, en situation simultanée de besoins, entre les principaux départements concernés dans sa gestion des lits, pour assurer la disponibilité d'une chambre pour la personne;
- Offrir à la personne en fin de vie une chambre qu'elle est seule à occuper pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie (art. 12);
- S'assurer que le CISSS détermine, après consultation des établissements et des maisons de soins palliatifs de son territoire, les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qu'il dispense et rende accessibles ces informations sur le site internet du CISSS (art. 17);

- S'assurer que le CISSS informe 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. Ces informations doivent être notamment accessibles sur le site internet du CISSS (art.18);
- Conclure avec les maisons de soins palliatifs de la région, une entente sur la nature des services fournis par l'établissement dans les locaux de la maison. Celle-ci 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 (outils cliniques, expertise professionnelle);
 - Le soutien administratif, le cas échéant (prêt d'équipements, soins spécialisés non disponibles dans la MSP, etc.).

Cette entente doit déterminer les mécanismes de surveillance mis en place pour assurer la qualité des soins fournis dans la maison des soins palliatifs ainsi que les modalités de communication entre les parties. Sur demande de l'établissement, la maison de soins palliatifs lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente (art.14).

- Mettre en place un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir ayant comme objectif :
 - Le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir;
 - Le soutien aux décideurs de l'établissement qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.
- S'assurer du suivi et de la mise à jour de la présente politique.
- S'assurer de la mise en œuvre et effectuer le suivi de son application.
- Informer les gestionnaires de l'entrée en vigueur de la présente politique.

Direction des services professionnels (DSP)

- Informer les médecins et les pharmaciens de la région de l'entrée en vigueur de la présente politique.
- Assurer la mise en œuvre de la présente politique, plus particulièrement le respect des modalités médicales prévues dans l'application des soins de fin de vie et effectuer le suivi de son application.
- Assurer l'accès aux services médicaux et pharmaceutiques pour les soins de fin de vie au Bas-Saint-Laurent :
 - Accueillir les cas de refus de soins et appliquer la « Procédure de traitement d'un cas de refus de soins, en raison de ses convictions personnelles d'un médecin et d'un professionnel de la santé lors d'une demande d'aide médicale à mourir » qui réfère une demande d'aide médicale à mourir à l'établissement.

- Colliger, en collaboration avec le CMDP, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été, 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.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

- Rendre disponibles sur le site internet de l'établissement les informations requises dont les documents suivants :
 - Le code d'éthique;
 - La politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie;
 - Le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie.
- Soutenir les directions cliniques dans la planification et le déploiement des formations.
- Dresser les bilans des activités de formation reliées à la présente politique.

Autres directions

- Collaborer avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des services professionnels dans la mise en œuvre et le suivi de la présente politique.

Gestionnaires

- Diffuser la présente politique à l'intérieur de ses secteurs d'activité et s'assurer qu'elle soit comprise et respectée par les personnes concernées au sein de son service.

Acteurs visés

- Respecter la présente politique et informer son supérieur ou la Direction des soins infirmiers des difficultés d'application dont ils pourraient être témoins.

8. APPLICATION DES SOINS DE FIN DE VIE

La Loi concernant les soins de fin de vie assure à chaque membre de notre collectivité de pouvoir vivre l'ultime étape de sa vie dans un plus grand respect de sa volonté, de son autonomie décisionnelle et de sa dignité. La population peut maintenant bénéficier des soins de fin de vie, dont l'encadrement légal permet la prestation dans un environnement sécuritaire, de qualité et approprié à la condition de chacun.

Selon les soins de fin de vie visés et les éléments de la loi correspondants, des procédures et des formulaires spécifiques ont été établis afin de baliser les marches à suivre dans le cadre de leur application. Ces procédures et formulaires spécifiques sont parties prenantes de la présente politique et doivent ainsi être appliqués et respectés.

8.1 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 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 (articles 51 à 64).

Le document du MSSS, « Guide du citoyen pour la formulation de directives médicales anticipées » doit être utilisé.

Les conditions

Les directives médicales anticipées s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises. Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

Le consentement

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les directives médicales 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.

Pour ce volet, la « Procédure pour l'application des directives médicales anticipées » du CISSS s'applique.

Le « Guide du soignant pour l'application des directives médicales anticipées » du MSSS doit être utilisé en soutien.

8.2 Sédation palliative continue

Conditions d'application

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, 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. En outre, le médecin doit s'assurer du caractère libre du consentement en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures (art. 24).

Le consentement

Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne (art. 24).

Pour ce volet, la « Procédure de consentement à la sédation palliative continue » s'applique.

Si la personne, qui consent à la sédation palliative continue, ne peut dater et signer le formulaire, 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 (art. 25).

Pour cette situation la « Procédure pour l'identification d'une personne travaillant dans l'établissement qui peut agir comme tiers lors de la signature d'un consentement pour des soins de fin de vie » s'applique.

L'obligation du médecin

Le médecin, qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement, dans les locaux de la maison de soins palliatifs ou à domicile, doit en informer le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans les 10 jours suivants son administration (art. 34).

Pour ce soin, le « Protocole clinique de la sédation palliative continue » adopté par le CMDP et le « Formulaire de déclaration d'une sédation palliative continue au CMDP » doivent être utilisés.

8.3 L'aide médicale à mourir

Le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne. Il doit être signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui lui, le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à ce dernier (art. 26).

Lors d'une demande, le formulaire «Demande d'aide médicale à mourir » du MSSS doit être utilisé ainsi que le dépliant du MSSS « Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir » pour transmettre l'information à la personne qui demande le soin.

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir 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 à sa place et en sa présence. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte (art. 27).

Pour cette situation, la « Procédure pour l'identification d'une personne travaillant dans l'établissement qui peut agir comme tiers lors de la signature d'un consentement pour des soins de fin de vie » s'applique.

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir. Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir (art. 28).

Tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne que le médecin l'administre ou

non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté. La décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration doit être également inscrite au dossier de la personne (art. 32).

Les conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire 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 en fin de vie;
- 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 (art. 26).

Pour ce soin la « Procédure relative au cheminement clinico-administratif d'une demande d'aide médicale à mourir » s'applique.

Le document du MSSS « Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir au sein des établissements du Québec » doit être utilisé en soutien.

Les critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit s'assurer :

- Après de la personne, du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres, qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- Après de la personne, du caractère éclairé de sa demande, notamment l'information du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- De la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
- De s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- De s'entretenir de la demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- Que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- D'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 (art. 29).

Pour ce soin, le « Protocole clinique sur l'aide médicale à mourir » adopté par le CMDP et le « Formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'aide médicale à mourir du MSSS » doivent être utilisés par le médecin.

Les cas de refus de soins en raison de convictions personnelles

Pour un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 (si non-qualification de la personne, voir les critères ci-haut) doit, le plus tôt possible, en aviser le président-directeur général (PDG) ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. 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.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le PDG de l'instance locale qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande ou en aviser la personne qu'il a désignée (art. 31).

Dans cette situation, la « Procédure de traitement d'un cas de refus de soins, en raison de ses convictions personnelles d'un médecin et d'un professionnel de la santé lors d'une demande d'aide médicale à mourir » s'applique.

Pour les autres professionnels de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles. Le professionnel doit alors s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à son code de déontologie et à la volonté de la personne (article 50) et aviser son gestionnaire le plus tôt possible.

Dans cette situation, la « Procédure de traitement d'un cas de refus de soins, en raison de ses convictions personnelles d'un médecin et d'un professionnel de la santé lors d'une demande d'aide médicale à mourir » s'applique.

9. ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DES MODALITÉS D'APPLICATION

Toute difficulté d'application est analysée et résolue sous la responsabilité de la DSI avec la collaboration des directions cliniques concernées et ce, dans le respect des rôles et responsabilités dévolus aux professionnels visés par la présente politique.

En cas de difficulté d'application importante ou répétitive, il peut être demandé à un ou plusieurs professionnels visés par cette politique de rédiger un rapport concernant la difficulté vécue.

10. PROCESSUS D'ADOPTION, D'AMENDMENT, DE MODIFICATION OU DE RÉVISION ET DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Au fur et à mesure de son application, la politique et les procédures associées pourront être modifiées ou révisées, selon les avis des professionnels concernés, au besoin.

11. RÉFÉRENCES

- Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004).
- Les documents de maîtres de soutien :
 - Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile 2003;
 - Identification de la norme de 1/10 000 de population pour le développement des lits dédiés en soins palliatifs 2011;
 - Modalités ministérielles d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs 2012;
 - Normes ministérielles en matière de soins palliatifs pédiatriques 2006;
 - Soins palliatifs et de fin de vie – Cadre de référence du développement des compétences, 2015;
 - Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir, Document de travail, MSSS, octobre 2015.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec 