Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

PO-07-001	**Politique relative aux soins de fin de vie**	
Version no 1	**Entrée en vigueur : 10-12-2015**	**Révisée le :**
☑ **Politique organisationnelle** ☐ **Politique de gestion interne** ☐ **Politique spécifique**		
Champ d'application : Tous les intervenants, gestionnaires et usagers du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, les médecins en établissements, en cabinets privés et au sein des groupes de médecine familiale (GMF) et les responsables des maisons de soins palliatifs		
Document(s) associé(s) : Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2)		

1. PRÉAMBULE

La *Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2)*, ci-après nommée « la Loi », prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des médecins exerçant en établissements, en cabinets privés et au sein d'un groupe de médecine familiale (GMF), les responsables des maisons de soins palliatifs, des personnes en fin de vie et de leurs proches.

La présente politique établit les responsabilités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Maurice-et-du-Centre-du-Québec (ci-après désigné le CIUSSS MCQ) 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 respectant l'esprit fondamental de la Loi.

2. BUT DE LA POLITIQUE

L'adoption de cette politique par le CIUSSS MCQ a pour but d'encadrer l'application de la Loi et assurer aux usagers en fin de vie un plus grand respect de leur volonté et de leur dignité.

Elle vise également à offrir un accompagnement adapté à la situation des personnes en fin de vie, notamment pour prévenir et apaiser leurs souffrances. De plus, à l'image de la Loi, elle présente une vision globale des soins de fin de vie favorisant ainsi un réel continuum de soins répondant aux besoins propres de chaque usager en fin de vie.

La présente politique s'appuie sur les orientations ministérielles relatives aux soins de fin de vie qui prennent assise principalement dans :

- La *Loi concernant les soins de fin de vie* (2014);
- La Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004);

- Le plan quinquennal de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie – Pour une meilleure qualité de vie (diffusion à venir);

- Les documents maîtres de soutien :
  - ✓ Soins palliatifs et de fin de vie – Cadre de référence du développement des compétences (diffusion à venir);
  - ✓ Modalités ministérielles d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs (2008, mise à jour en 2012);
  - ✓ Identification de la norme de 1/10 000 de population pour le développement des lits dédiés en soins palliatifs (2011);
  - ✓ Normes ministérielles en matière de soins palliatifs pédiatriques (2006);
  - ✓ Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile (2003).

3. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

Conformément aux dispositions de la Loi, cette politique poursuit les objectifs suivants :

- Préciser les droits des usagers relatifs aux soins de fin de vie;

- Déterminer les règles applicables aux soins de fin de vie : la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir ainsi que les exigences qui doivent être respectées;

- Informer les usagers et les intervenants de l'établissement de l'existence du régime de directives médicales anticipées et mettre en place les dispositions nécessaires à son utilisation.

4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Trois valeurs fondamentales guident l'ensemble des services offerts en soins de fin de vie, soit :

- Le respect 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 être prise par la personne en manifestant son consentement libre et éclairé et se faire dans le respect de son autonomie. La personne est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état santé, des procédures à suivre 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 de l'usager, 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.

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, 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.

5. DÉFINITIONS

Aide médicale à mourir

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

Aptitude à consentir aux soins

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

Arrêt de traitement

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

CII

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

CM

Conseil multidisciplinaire institué au sein de l'établissement.

CMDP

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

Directives médicales anticipées

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Groupe interdisciplinaire de soutien

Sous la responsabilité du PDG ou de la personne désignée par celui-ci est composé de gestionnaires et de professionnels qui assurent le soutien aux équipes interdisciplinaires dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, aussi bien en établissement qu'hors établissement et le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Intervenant

Toute personne qui exerce ses fonctions dans l'établissement, ce qui inclut les employés, professionnels, médecins, dentistes, étudiants, stagiaires, bénévoles, ainsi que les personnes à contrat ayant les compétences appropriées pour appliquer les pratiques et conduites de son champ d'expertise.

Maisons de soins palliatifs

Organismes privés à but non lucratif, gérés par des conseils d'administration indépendants, qui font une large place à la contribution des bénévoles.

Elles sont titulaires d'un agrément délivré par le ministre, ce qui leur permet d'offrir des soins aux personnes en soins palliatifs et de fin de vie et à soutenir les proches jusque dans la phase du deuil. Leur statut face à la Loi a été clarifié par les Modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs mises en place en 2008.

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

Professionnels

Par professionnels est entendu : le médecin, l'infirmière, le pharmacien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le travailleur social ou le psychologue

Pronostic réservé

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

Refus de soin

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

Ressource non institutionnelle (RNI)

Milieu de vie substitut qui est rattaché au CIUSSS MCQ par un lien contractuel, qui reçoit une compensation financière réglementée par l'État et qui collabore avec le CIUSSS MCQ dans l'élaboration et l'application du plan d'intervention de la personne hébergée. La ressource intermédiaire (RI) et la ressource de type familial (RTF) sont toutes deux des ressources non institutionnelles.

Sédation palliative continue

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.

Soins de fin de vie

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

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 d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Tiers autorisé

Personne qui peut signer un formulaire en la présence de l'usager parce que celui-ci ne sait pas lire ou écrire ou est incapable physiquement. Il ne peut pas être un mineur, un majeur inapte ou faire partie de l'équipe de soins responsable de l'usager.

Usager

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement, en maison de soins palliatifs, en RNI ou à domicile.

6. CONTEXTE LÉGAL OU CONTRACTUEL

- *Loi concernant les soins de fin de vie*, LQ 2014, c. 2
- Politique *en soins palliatifs de fin de vie, 2004*

7. MODALITÉS

7.1 Sédation palliative continue

7.1.1 Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, l'usager en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour lui doit, entre autres, être informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre et éclairé du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures.

7.1.2 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 l'usager.

Si l'usager qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire, qu'il ne sait pas lire ou écrire ou qu'il en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de l'usager.

7.1.3 Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations de l'établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

Le formulaire d'avis d'une sédation palliative continue prescrit par le ministre doit être utilisé par le médecin à cet effet.

Un médecin exerçant sa profession uniquement dans un cabinet privé ou un GMF et qui fournit la sédation palliative continue à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les dix (10) jours de son administration, informer le Collège des médecins du Québec et lui transmettre, selon les conditions et modalités prescrites par le Collège, les renseignements qu'il détermine.

7.2 Aide médicale à mourir

7.2.1 Demande d'une aide médicale à mourir

Seul un usager majeur apte à consentir peut déposer une demande d'aide médicale à mourir. L'usager doit, de manière libre et éclairée, formuler pour lui-même la demande au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci, dans les meilleurs délais.

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas lire ou écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne.

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.

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, 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.

Doit être également inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration.

7.2.2 Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, l'usager 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.

7.2.3 Cas d'objection de conscience

L'objection de conscience est un acte personnel de refus d'accomplir certains actes allant à l'encontre d'impératifs religieux, moraux ou éthiques dictés par sa conscience.

a. Un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 de la Loi 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 de la Loi.

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 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.

Le médecin membre du CMDP du CIUSSS MCQ qui décide d'exercer son droit d'objection de conscience ainsi que le médecin travaillant dans un cabinet privé de professionnel qui réfère une demande d'aide médicale à mourir à l'établissement, sont appelés à suivre les procédures élaborées par le CIUSSS MCQ traitant d'un cas d'objection de conscience d'un médecin.

b. Autres professionnels de la santé

Tout professionnel peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles.

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément aux dispositions légales, aux dispositions de l'établissement, aux dispositions de son code de déontologie et à la volonté de la personne.

Une procédure de remplacement d'un professionnel qui refuse de participer à une aide médicale à mourir pour des raisons personnelles, élaborée par le CIUSSS MCQ, prévoit les modalités de fonctionnement dans pareil cas.

7.2.4 Critères évalués par le médecin

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

- Auprès de l'usager du caractère libre de sa demande, en vérifiant, entre autres, qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- Auprès de l'usager du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'information du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- Auprès de l'usager de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec lui 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 l'usager le souhaite;
- Que l'usager 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.

7.2.5 Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit l'AMM à titre de médecin <u>exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement</u> doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations de l'établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

Le formulaire prescrit par le ministre, *Avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'AMM,* doit être utilisé par le médecin à cet effet.

Un médecin exerçant sa profession uniquement dans un cabinet privé ou un GMF qui fournit l'aide médicale à mourir à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les dix (10) jours de son administration, informer le Collège des médecins du Québec et lui transmettre, selon les conditions et modalités prescrites par le Collège, les renseignements qu'il détermine.

Le médecin qui administre l'AMM à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser la Commission sur les soins de fin de vie et lui transmettre une copie du formulaire selon les modalités déterminées par règlement du gouvernement, les renseignements prévus par ce règlement.

7.2.6 Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir

En conformité avec la Loi, le CIUSSS MCQ a mis en place au sein de son organisation un Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.

Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe :

- 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 quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

7.3 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.

7.3.1 Conditions

- Les directives médicales anticipées (DMA) s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins.
- Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises et à des soins précis :

Situations cliniques visées :

Situation de fin de vie
- Condition médicale grave et incurable, en fin de vie.

Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
- État comateux jugé irréversible ou
- État végétatif permanent.

Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
- Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (par exemple démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Soins visés :
- Réanimation cardiorespiratoire
- Ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique
- Dialyse
- Alimentation et hydratation forcées
- Alimentation et hydratation artificielles

- Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

7.3.2 Consentement

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Elles ont préséance sur toutes les autres formes d'expression de volonté. 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.

Le CIUSSS MCQ s'est doté d'une procédure permettant l'offre de service DMA. En conformité avec la Loi, celle-ci inclut :

- Le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les personnes qui souhaitent émettre leurs directives médicales anticipées;
- Les modalités concernant le dépôt au dossier médical des directives médicales anticipées par les professionnels de la santé;
- Les conditions de validité et d'application des directives médicales anticipées;
- Les modalités d'accès aux directives médicales anticipées pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre, qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des directives médicales anticipées.

8. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CIUSSS MCQ, DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES INSTANCES

8.1 Information aux usagers

Le CIUSSS MCQ doit, après consultation des établissements et des maisons de soins palliatifs de son territoire, déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qu'il dispense.

Le CIUSSS MCQ doit informer 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. Il doit mettre à la disposition de la population son code d'éthique, la politique relative aux soins de fin de vie, le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie ainsi que le *Guide des droits des personnes en fin de vie.*

Ces documents sont accessibles sur le site Internet du CIUSSS MCQ.

8.2 Offre de service

Le CIUSSS MCQ offre les soins de fin de vie aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins selon les dispositions législatives. De plus, il veille à ce que ces soins 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.

À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers.

Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement 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 de les diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins.

Le CIUSSS MCQ a mis en place une procédure de transfert vers ses installations ou vers une maison de soins palliatifs pour une personne à qui il est dans l'impossibilité de prodiguer des soins de fin de vie à domicile.

Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper. L'établissement a prévu dans sa gestion des lits, la disponibilité d'une chambre pour l'usager selon les ressources disponibles au sein de ses installations.

8.3 Programme clinique de soins de fin de vie

Un programme clinique de soins de fin de vie a été élaboré par l'établissement. Ce programme prévoit également l'offre de service en soins de fin de vie à domicile.

Le Programme clinique de soins de fin de vie du CIUSSS MCQ répond aux critères suivants :

- Il présente les composantes essentielles d'un programme clinique de soins de fin de vie;
- Il est inclus dans le plan d'organisation de l'établissement;
- Il est accessible aux usagers sur le site Internet du CIUSSS MCQ.

8.4 Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par les établissements fusionnés en vertu de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, et conformément à l'article 233 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été amendé pour tenir compte des droits des personnes en fin de vie.

L'établissement doit remettre un code d'éthique à tout usager qu'il héberge et ceux qui en font la demande.

8.5 Entente avec les maisons de soins palliatifs

Les maisons de soins palliatifs du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec et le CIUSSS MCQ concluent une entente sur la nature des services fournis par l'établissement dans les locaux de la maison de soins palliatifs. Cette entente doit déterminer les mécanismes de surveillance mis en place pour assurer la qualité des soins fournis dans la maison de soins palliatifs.

Sur demande de l'établissement, la maison de soins palliatifs lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente. Les modalités de communication de ces renseignements sont prévues à l'entente.

Les modalités d'encadrement administratif des maisons en soins palliatifs prévoient la signature d'entente. Celle-ci précise :

- 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 et administratif offert par le CIUSSS MCQ.

8.6 Rôle du président-directeur général

Le président-directeur général du CIUSSS MCQ doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre de 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.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38, au plus tard le 30 juin de chaque année. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.

Pour les deux années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le président-directeur général doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois.

8.7 Rôle du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) doit, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés.

Le CMDP ou son comité compétent évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

8.8 Rôle du conseil des infirmières et infirmiers

Le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement doit travailler en collaboration avec le CMDP pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir.

9. BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale du Québec (2014). « Loi concernant les soins de fin de vie ».

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). « Politique-type – Politique relative aux soins palliatifs de soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux ».

10. SIGNATURES

ÉLABORATION :	Julie Michaud Agente de planification, programmation et de recherche Direction du soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) Chantal Bournival Directrice adjointe SAPA – Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien
COLLABORATION :	Marta Acevedo Coordonnatrice aux affaires juridiques Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
ANNULE ET REMPLACE :	S. O.
ADOPTÉ PAR :	original signé M. Richard Desrochers, président du conseil d'administration Date : 2015-12-01
RÉVISION (année) :	2017