



## **POLITIQUE ET PROCÉDURES RELATIVES AUX SOINS DE FIN DE VIE**

**1<sup>ER</sup> AVRIL 2024**

### **Préambule**

La *Loi concernant les soins de fin de vie* (ci-après « la Loi ») a été sanctionnée le 10 juin 2014 par l'Assemblée nationale du Québec et elle est entrée en vigueur le 10 décembre 2015.

Elle propose une vision globale et intégrée des soins et des droits des personnes qui se retrouvent en fin de vie. Elle assure aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne.

La Loi prévoit des dispositions particulières pour les maisons de soins palliatifs en ce qui concerne l'offre de services de soins de fin de vie, ainsi que l'encadrement et l'organisation de ces soins. De plus, elle vise à préciser les normes juridiques, éthiques et cliniques communes devant guider la prestation de soins et services pour les personnes en fin de vie.

La Maison de la Sérénité est un organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après la « LSSSS ») et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de la LSSSS avec un établissement en vertu d'obtenir tout ou une partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui ont recours à ses services.

La Maison de la Sérénité a pour mission d'offrir gratuitement des soins palliatifs spécialisés à des personnes en fin de vie. La Maison de la Sérénité épouse la philosophie des soins palliatifs reconnaissant le droit à la dignité, à la vérité et au respect de chacun dans son unicité et son individualité.

Les soins palliatifs se veulent une façon humaine d'accompagner la vie, fondée sur les valeurs d'empathie, de dignité, de respect et de don de soi.

La Maison de la Sérénité est un lieu d'expertise, un lieu d'écoute et d'accompagnement où les personnes en fin de vie, ainsi que leurs familles reçoivent les soins et services nécessaires à leur condition, tout au long de leur séjour. Les soins visent à assurer le plus grand confort possible de la personne. Aucun traitement n'est administré pour prolonger la vie.

La Maison de la Sérénité s'est dotée d'une politique de soins de fin de vie afin de préciser et d'encadrer les soins et services offerts.

## **1. DÉFINITIONS**

### **Personnes en fin de vie**

Toute personne qui reçoit des soins et services de santé au sein de La Maison de la Sérénité.

### **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.

### **Maison de soins palliatifs**

Les maisons de soins palliatifs sont des organismes privés à but non lucratif, gérées par des conseils d'administration indépendant, 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 palliatifs et de fin de vie aux personnes concernées et à soutenir les proches jusque dans la phase du deuil.

### **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.

### **Refus de soin**

Fait, pour une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée ou hospitalisée.

### **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 la 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<sup>1</sup>, sans hâter ni retarder

---

<sup>1</sup> Tiré de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 3 alinéa 2.

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.

## **Soins de fin de vie**

Soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir.<sup>2</sup>

### **Sédation palliative continue (SPC)**

Soin qui 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.<sup>3</sup>

### **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 la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.<sup>4</sup>

### **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.

### **Tiers répondant autorisé**

Si la personne qui a consenti à la sédation palliative ou à l'aide médicale à mourir ne peut signer et dater le formulaire, car elle ne sait pas écrire ou parce que physiquement elle en est incapable, un tiers peut le faire en sa présence. Cependant, cette tierce personne ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, être mineure ou majeur inapte. Conformément à l'article 27 de la Loi et compte tenu de l'article 241.2 (4) du *Code criminel*, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

---

<sup>2</sup> Tiré de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 3 alinéa 3.

<sup>3</sup> Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Administration de la sédation palliative continue chez l'adulte en fin de vie, avril 2022.

<sup>4</sup> Tiré de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 3 alinéa 6.

## **Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)**

Groupe interdisciplinaire de soutien qui apporte un support aux équipes de soins qui en font la demande, dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir. L'équipe assure également le soutien aux décideurs du CISSS quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

### **Témoin**

Toute personne majeure qui ne participera pas directement aux soins de la personne ayant fait la demande d'aide médicale à mourir et qui ne prévoit pas recevoir un avantage, testamentaire ou autre, à la suite du décès du patient.

## **2.DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **2.1. OBJET DE LA POLITIQUE**

La Loi prévoit à son article 15 que « toute maison de soins palliatifs doit se doter d'un code d'éthique portant sur les droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie et adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. L'article 15 prévoit également que ces documents doivent être diffusés auprès du personnel de La Maison, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes dont l'état pourrait requérir des soins de fin de vie et des proches de ces personnes. La Loi prévoit également, à son article 19, que ces documents doivent tenir compte des orientations ministérielles.

La politique s'applique uniquement dans un contexte de soins de fin de vie où plusieurs options et approches de soins sont possibles selon la condition et les volontés des personnes. Elle vient situer la trajectoire de la clientèle permettant ainsi de mieux comprendre l'apport des soins palliatifs en contexte de fin de vie et des autres options des soins prévus par la loi.

### **2.2. FONDEMENTS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES**

La présente politique se base sur les fondements juridiques suivants :

- Les droits des usagers, tels qu'ils sont précisés à l'article 5 de la Loi, lequel mentionne que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire »
- Les lignes directrices guidant la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux, telles qu'elles sont stipulées à l'article 3 de la LSSSS, notamment celle précisée à l'alinéa 3 : « l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ».
- Le droit des usagers en lien avec l'accessibilité aux soins de fin de vie tel que précisé à l'article 4 de la Loi, lequel mentionne que « toute personne, dont l'état le requiert, a le droit

de recevoir des soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi. »

- Les maisons de soins palliatifs sont issues d'initiatives de la communauté et elles sont des personnes morales à but non lucratif gérées par des conseils d'administration élus par les membres et issus des personnes à qui les maisons offrent des services et de membres de la communauté qu'elles desservent. Elles sont indépendantes et autonomes et leur statut face à la LSSSS a été clarifié par les modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs mises en place en 2008.
- L'obligation des maisons de soins palliatifs, tel que précisé à l'article 13 de la Loi, est de déterminer « les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux. Toutefois, elles ne peuvent exclure l'aide médicale à mourir des soins qu'elles offrent. » L'alinéa 2 du même article précise « toute maison de soins palliatifs doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'elle offre. Elle ne peut refuser de recevoir une personne pour le seul motif que cette dernière a formulé une demande d'aide médicale à mourir.

Des fondements éthiques sont également soulevés dans le cadre de soins de fin de vie et la présente politique s'appuie sur les deux principes suivants :

- **Principe de bienfaisance**

Réfère au souci de l'autre, de ce qu'il est, dans le respect de ce qu'il considère bon pour lui ou pour elle. La définition de ce qui est « le plus avantageux » doit tenir compte de ce que désire la personne et non ce que croit l'équipe soignante être bon pour celui-ci.

- **Principe d'autonomie**

Renvoie à la liberté et à la décision singulière d'une personne face à un choix. Ce principe émet l'idée que chacun sait ce qui est bon pour lui-même. Être capable de reconnaître l'autonomie d'une personne, c'est lui permettre d'avoir accès à l'information qui lui permettra de définir son propre bien et ainsi, prendre la décision qu'il jugera le mieux pour elle.

### **2.3. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES**

Dans le cadre de l'organisation des soins de fin de vie, les maisons de soins palliatifs se doivent de respecter certaines orientations ministérielles. Particulièrement, elles doivent se doter d'une politique de soins de fin de vie ainsi qu'un code d'éthique.

Certaines orientations ont une portée plus générale, comme celles provenant de la Politique de soins palliatifs en fin de vie (2004) qui sont présentées sous forme de grands objectifs, soit :

- une équité dans l'accès aux services;
- une continuité de services entre les différents sites de prestation;
- une qualité de services offerts par des équipes interdisciplinaires;

D'autres orientations sont plus ciblées, permettant de mettre de l'avant des actions précises comme celles prévues au Cadre de référence sur le développement des compétences en matière de soins palliatifs et de fin de vie (2015), notamment de :

- favoriser le développement des compétences requises pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux personnes bénéficiant de soins palliatifs et de fin de vie;
- tenir compte des acquis de chacun des intervenants et des bénévoles;
- rendre les intervenants et les bénévoles aptes à agir selon une approche de pratique collaborative;
- modifier les attitudes ainsi que les perceptions du personnel afin de développer le savoir-être et de favoriser un réel changement de pratique.

## **2.4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS**

### Préambule

La Maison de la Sérénité épouse la philosophie des soins palliatifs et de fin de vie reconnaissant le droit à la dignité, à la vérité et au respect de chacun dans son unicité et son individualité. Les valeurs et les principes directeurs suivants guident la prestation de soins déjà implantée à La Maison de la Sérénité. Ils servent de guide à l'ensemble des médecins, membres du personnel et bénévoles qui œuvrent à la Maison. Ils sous-tendent un partenariat étroit avec le patient, sa famille et ses proches. Depuis son ouverture en 2009, ces valeurs sont basées, entre autres, sur les réflexions inspirées des principaux travaux réalisés au Québec et au Canada durant la dernière décennie. La Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004), le rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (2012), le modèle de soins palliatifs de l'Association canadienne des soins palliatifs (2013) et, plus récemment, l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie (2014), n'en sont que quelques exemples.

### Les valeurs

- La valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique;
- La très grande valeur de la vie;
- La nécessaire participation de la personne à la prise de décision, aidée en cela par la règle du consentement libre et éclairé;
- Le droit pour toute personne d'être informée selon sa volonté sur tout ce qui le concerne, y compris sur son état véritable, et que l'on respecte ses choix;
- Le devoir de confidentialité des intervenants qui empêche la divulgation de tout renseignement personnel à des tiers, à moins que la personne ne les y autorise;
- Le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, donnés dans le respect de ce qui confère du sens à l'existence de la personne, soit : ses valeurs, sa culture, ses croyances et ses pratiques religieuses ainsi que celles de ses proches.

### Principes directeurs :

- La participation de chaque personne à la prise de décision est indéniable;
- La maladie et le mourir sont des étapes de vie où le potentiel d'accomplissement de chacun doit être soutenu et valorisé;
- La compassion des intervenants est une attitude essentielle à la présence, à l'écoute et à l'action;
- Les personnes en fin de vie et leurs proches sont au cœur de nos préoccupations;

- La qualité de vie et le soulagement de tout symptôme de fin de vie sont les moteurs de nos interventions;
- La responsabilité des soins de qualité est partagée selon nos compétences respectives.

## **2.5. CONDITIONS D'ADMISSION DE TOUS LES PATIENTS À LA MAISON DE LA SÉRÉNITÉ**

La Maison de La Sérénité offre ses services gratuitement aux personnes adultes ayant un besoin de soins palliatifs. Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères suivants :

- Habiter à Laval ou avoir un proche significatif y habitant;
- Être âgé de 18 ans et plus;
- Ne pas résider en CHSLD;
- Avoir un pronostic de vie de moins de trois mois;
- Ne plus recevoir de traitement curatif;
- Comprendre l'état avancé de sa maladie;
- Accepter que tout suivi médical sera assuré par l'équipe des médecins de La Maison de la Sérénité uniquement;
- Connaître la mission de La Maison de La Sérénité;
- Accepter de venir terminer ses jours à La Maison de La Sérénité;
- Avoir un niveau d'intervention thérapeutique « D », c'est à dire que toutes les interventions de soins visent à assurer le confort du patient sans viser prolonger la vie;
- Un patient ayant été jugé admissible à l'aide médicale à mourir par un médecin évaluateur doit avoir tout au plus, la 2<sup>e</sup> évaluation médicale d'effectuée (avis #2). La première évaluation médicale (avis #1) se fera par un médecin de La Maison de la Sérénité;

## **2.6. PHILOSOPHIE DES SOINS PALLIATIFS**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs comme « une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leur famille 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 ».

- Le patient est vu comme un être à part entière, vivant jusqu'à la fin;
- Les croyances religieuses et les valeurs culturelles, personnelles et sociales du patient et de sa famille sont respectées;
- Les besoins affectifs du patient et de ses proches sont écoutés et l'implication d'un personnel attentif et chaleureux est favorisée;
- La grande valeur de la vie est valorisée et la mort en est considérée comme une étape normale;
- L'évolution naturelle et normale de la maladie est suivie et engagée;
- Le patient a droit à la vérité, à la dignité, à l'intimité et à la confidentialité;
- Le droit du patient de prendre des décisions éclairées est valorisé et il est encouragé à exprimer sa volonté quant au choix et à l'organisation de ses soins;

- La notion de qualité qui guide les interventions est celle définie par le patient lui-même;
- Respect, confort et dignité sont au cœur de l'engagement en soins palliatifs.

## **2.7. OBJECTIFS DES SOINS PALLIATIFS ET DES SOINS DE FIN DE VIE**

- Améliorer la qualité de vie du patient par le contrôle adéquat des différents symptômes reliés à sa maladie;
- Offrir au patient en fin de vie et à ses proches, une alternative de milieu de soins qui recrée autant que possible l'atmosphère familiale;
- Intégrer la famille et les proches qui le souhaitent, au processus de soins;
- Aider le patient à vivre dignement jusqu'à sa mort;
- Offrir aux proches un soutien respectueux et attentif :
- Le patient choisit qui sont ses proches;
- Les proches font partis de nos soins comme membre d'un même système. Les interventions sont adaptées au système familial dont le patient fait partie.
- Proposer soins et accompagnement grâce à la présence de professionnels de la santé et de bénévoles formés;
- Choisir de travailler en équipe interdisciplinaire pour favoriser l'expression et la satisfaction des multiples besoins du patient et de son entourage;
- Préserver le bien-être des membres de l'équipe;
- Sensibiliser et informer la population sur la philosophie des soins palliatifs et de fin de vie afin de contribuer à modifier le regard que notre société porte sur la fin de vie et la mort;
- Promouvoir auprès des différentes ressources du milieu, une approche plus compatissante de la mort ainsi que la prestation de soins palliatifs de qualité.
- Les soins sont prodigués en tenant compte de la personne, de ses valeurs personnelles, culturelles et religieuses, de ses croyances et des pratiques qui en découlent.

## **2.8. CHAMP D'APPLICATION**

La présente politique s'applique à l'ensemble du personnel œuvrant à La Maison de la Sérénité (gestionnaires, employés, médecins, bénévoles, étudiants et stagiaires) qui contribuent, directement ou indirectement, à l'organisation, la planification, la dispensation et l'amélioration des soins et services offerts à La Maison de la Sérénité.

## **3. RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

Plusieurs personnes et les instances organisationnelles de La Maison de la Sérénité ont un rôle et des responsabilités à l'égard des soins prodigués afin de s'assurer que les orientations ministérielles sont appliquées et qu'il y a un apport significatif dans l'atteinte de l'objectif d'offrir des soins et services de qualité et respectueux des droits et des choix individuels.

### **3.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRAUX DE LA MAISON DE LA SÉRÉNITÉ**

#### **3.1.1 INFORMATIONS AUX PERSONNES EN FIN DE VIE**

Il est essentiel que La Maison de la Sérénité rende disponibles aux personnes en fin de vie et à leurs proches tous les renseignements pertinents concernant l'offre des soins palliatifs et de fin de vie au sein de La Maison, ainsi que l'accès et la disponibilité de ces soins et services.

À cet égard, La Maison de la Sérénité s'engage à utiliser différentes stratégies de communication, notamment :

- Le guide d'accueil (explication du fonctionnement et des règlements de La Maison de la Sérénité.) disponible pour chaque personne et à ses proches lors de l'admission;
- La présente politique, le code d'éthique et le programme clinique des soins palliatifs sont disponibles sur le site internet de La Maison de la Sérénité;
- Des publications (dépliants informatifs) sont disponibles auprès des partenaires du Réseau de la santé et des services sociaux.

#### **3.1.2 OFFRE DE SERVICES**

La Maison de la Sérénité s'engage à offrir des soins palliatifs et de fin de vie spécialisés ainsi de l'accompagnement sur tous les plans aux personnes en fin de vie et à leurs proches. La Maison de la Sérénité accueille des adultes de 18 ans et plus, atteints d'un cancer ou d'une maladie chronique en phase terminale, qui habitent sur le territoire de Laval ou dont un proche significatif y habite.

Les personnes en fin de vie doivent être référées par un professionnel de la santé et présenter un pronostic de moins de 3 mois. Les personnes choisissent librement de venir vivre leurs derniers jours à La Maison de la Sérénité.

Les personnes sont informées que tous traitements disponibles en vue de guérir ou de modifier le cours de la maladie ne sont plus appropriés et seul le soulagement des symptômes est indiqué pour une qualité de vie optimale.

La Maison de la Sérénité adopte une approche interdisciplinaire favorisant la collaboration entre les intervenants, les personnes en fin de vie et leurs proches.

La Maison de la Sérénité offre les soins palliatifs et de fin de vie tels que définis et encadrés par la Loi sur les soins de fin de vie, incluant la sédation palliative continue lorsqu'indiquée par la condition de la personne en fin de vie. Les personnes admises à La Maison de la Sérénité peuvent, si elles le désirent durant leur séjour, recevoir l'aide médicale à mourir.

La Maison de La Sérénité offre des soins palliatifs et de fin de vie qui comprennent principalement :

- L'accompagnement du patient et ses proches;
- Le soulagement de la douleur et des autres symptômes;

- L'intervention et l'accompagnement en lien avec l'aspect psychologique, psychosocial et spirituel;
- Le système de soutien permettant au patient de vivre aussi activement que possible jusqu'à la fin;
- La sédation palliative lorsque le patient mourant souffre de symptômes difficiles à soulager;
- À la demande du patient, l'aide médicale à mourir est disponible.

### **3.1.3 PROGRAMME CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE**

La Maison de la Sérénité s'est dotée d'un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie, tel que le prévoit la Loi. Ce programme définit plus spécifiquement l'offre de services ainsi que les normes et standards de pratique qui servent à encadrer la prestation des soins. Par l'application de ce programme, La Maison de la Sérénité s'assure de la qualité des soins dispensés aux personnes en fin de vie et à leurs proches lors de leur séjour à La Maison de la Sérénité.

### **3.1.4 CODE D'ÉTHIQUE**

La Maison de la Sérénité a adopté un code d'éthique et de conduite afin de statuer sur son engagement à offrir des soins et des services de qualité dans le respect des droits des personnes et des valeurs de l'organisme.

Le code d'éthique et de conduite de La Maison de la Sérénité précise ce à quoi les personnes admises à La Maison de la Sérénité peuvent s'attendre, notamment :

- De recevoir des soins palliatifs et de fin de vie;
- De consentir aux soins ou de refuser un soin;
- De recevoir des soins dans le respect de leur dignité.

Le code d'éthique et de conduite est distribué à tous les employés, bénévoles et médecins de La Maison de la Sérénité. Il est disponible sur le site web et est mis à la disposition des personnes en fin de vie et de leurs proches dans le guide d'accueil.

### **3.1.5 ENTENTE AVEC LE CISSS DE LAVAL**

Depuis 2007, La Maison de la Sérénité a établi une entente avec le CISSS de Laval qui identifie et encadre les mécanismes de collaboration, coordination et communication entre eux.

## **3.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION**

À l'égard de la présente politique, le conseil d'administration de La Maison de la Sérénité a les responsabilités suivantes :

- Adopter la politique, ses modifications d'année en année et les critères d'admission;
- Prendre connaissance des rapports déposés par la Direction générale et assurer le suivi de la reddition des comptes.

### **3.2 DIRECTION GÉNÉRALE**

La direction générale de La Maison de la Sérénité a la responsabilité de s'assurer de l'application et le respect de la présente politique par les gestionnaires, employés, professionnels et bénévoles œuvrant à La Maison de la Sérénité.

La direction générale doit aussi soutenir la mise en place des travaux permettant d'actualiser l'offre de services de La Maison de la Sérénité.

Elle fait rapport à chaque réunion du conseil d'administration sur la direction, la gestion et la performance de l'organisme à la lumière des orientations stratégiques établies par le conseil d'administration.

### **3.3 DIRECTION MÉDICALE**

À l'égard de la présente politique, la direction médicale a les responsabilités suivantes :

- Adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue avec la collaboration de la coordonnatrice des soins infirmiers selon les recommandations du ministère;
- Évaluer la qualité des soins médicaux fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables;
- Compléter le formulaire prescrit de la demande de sédation palliative continue à la suite de la demande d'une personne en fin de vie et tenir un registre des sédations palliatives continues administrées à La Maison de la Sérénité avec la collaboration de la coordonnatrice des soins;
- Assurer la tenue d'une liste de garde médicale à jour conjointement avec les médecins travaillant à La Maison. Cette liste de garde prévoit un médecin disponible sur place ou appel 24h/24, tous les jours;
- S'assurer du déroulement de toute demande d'aide médicale à mourir et du suivi avec le GIS.

### **3.4 COORDONNATRICE DES SOINS INFIRMIERS**

La coordonnatrice des soins infirmiers a les responsabilités suivantes à l'égard de la présente politique :

- Assurer le suivi, l'évaluation et la mise à jour de la présente politique;
- Coordonner et soutenir les activités en lien avec l'actualisation de l'offre de services de La Maison de la Sérénité;
- S'assurer que les compétences du personnel soignant sont conformes avec les normes de pratique, et le cas échéant, identifier les besoins en développement de compétences;
- S'assurer que les valeurs sur lesquelles s'appuie la présente politique sont respectées;
- S'assurer de la continuité du partenariat et de la collaboration avec le CISSS de Laval ainsi que tous les partenaires référents.

## **4. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**

### **4.1. CONDITIONS**

L'article 24 de la Loi prévoit qu'« 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. » Il également précisé que « le professionnel compétent doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (

La sédation palliative continue peut être proposée au patient (ou à la personne responsable de son consentement substitué en cas d'inaptitude du patient) si le médecin juge que ce soin est indiqué et raisonnable.

La sédation palliative continue est prescrite, administrée et surveillée selon les normes de pratique établies par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en collaboration avec la Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMDSP). Le médecin prescripteur doit impérativement s'assurer que le patient réponde aux critères d'administration de la sédation palliative continue avant de la débiter.

Le médecin de garde s'assure quotidiennement du bon déroulement de la sédation palliative continue. Les proches sont rencontrés périodiquement pour leur expliquer l'évolution en cours et attendue de la condition du patient, comme il le ferait pour un patient qui ne la reçoit pas.

### **4.2. 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 médical de la personne, tel que prévu à l'article 24 de la Loi.

### **4.3. AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN ET TENUE DE DOSSIER**

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans La Maison de la Sérénité doit en informer le CMQ dans les 10 jours suivant son administration, tel que mentionné à l'article 34 de la Loi. Il devra utiliser le formulaire prévu à cet effet.

Les notes médicales et le formulaire de déclaration concernant la sédation palliative continue sont déposées au dossier médical du patient de La Maison de La Sérénité.

### **4.4. COMPTABILISATION DES CAS DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**

Les sédations palliatives continues doivent être comptabilisées à des fins statistiques et de révision de dossier. La coordination des soins infirmiers est responsable de tenir la mise à jour du décompte.

## 5. AIDE MÉDICALE À MOURIR

### 5.1. PRÉAMBULE

Malgré qu'il bénéficie de soins palliatifs de grande qualité à La Maison de La Sérénité, il arrive qu'un patient choisisse de vouloir terminer ses jours avant le processus naturel de sa maladie et ce, pour des raisons qui lui sont propres. L'aide médicale à mourir constitue alors un soin qui peut être administré à La Maison de La Sérénité. Ce soin consiste à administrer des médicaments à une personne en fin de vie, à sa demande. Ceci entraîne son décès dans les minutes qui suivent. Il s'agit d'un acte médical strictement encadré par la loi.

La mission de La Maison de La Sérénité est d'offrir gratuitement des services à la personne adulte en fin de vie de façon qu'elle puisse terminer ses jours paisiblement, soutenue par une équipe soignante et entourée de ses proches dans un environnement calme, chaleureux et accueillant.

La responsabilité d'administrer l'aide médicale à mourir sera faite par un des médecins qui pratique à La Maison de La Sérénité. Cela signifie que si l'évaluation # 1 d'une personne voulant être admise a été effectuée par un médecin n'exerçant pas à La Maison de La Sérénité, l'évaluation # 1 devra être refaite. Si le patient désire recevoir l'aide médicale à mourir par le médecin qui ne pratique pas à La Maison de La Sérénité, il ne pourra être admis.

### 5.2. CONDITIONS

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions d'admissibilité prévues à l'article 26 de *Loi concernant les soins de fin de vie*, soit :

1. elle est majeure et apte à consentir aux soins, sauf exception relativement à cette aptitude de la personne prévue au troisième alinéa de l'article 29;
2. elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie ([chapitre A-29](#));
3. elle est atteinte d'une maladie grave et incurable et sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
4. elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Selon la *Loi modifiant le Code criminel* et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), (L.C. 2016, ch. 3), la personne doit également remplir les critères ci-dessous pour recevoir l'aide médicale à mourir:

- a) elle est admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit (18) ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;

Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants:

- Elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- Sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;

e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

### 5.3. CONSENTEMENT

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.

La personne peut, en tout temps et par tout moyen, y compris verbalement, retirer sa demande ou demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.

Il doit être inscrit au 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, notamment 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. Il doit également être inscrite au dossier la décision de la personne de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration ainsi que les motifs s'y rattachant.

### 5.4. PROCÉDURE

La procédure concernant les demandes d'aide médicale à mourir de La Maison de La Sérénité est conforme et s'appuie sur la Loi, sur le guide de pratique du Collège des Médecins du Québec et sur le code criminel.

Il faut donc :

- Compléter le formulaire officiel « *Demande d'aide médicale à mourir* »
- Compléter le formulaire « *formulaire complémentaire à la demande d'aide médicale à mourir (AMM)* », demandé par le GIS du CISSS de Laval
- Compléter par logiciel information Saphir ou par écrit le formulaire « *Premier avis médecin prestataire selon les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir (AMM)* » (**AVIS 1**)

- Compléter par écrit le formulaire : « *Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir* » (**AVIS 2**)
- En cas de renonciation au consentement final, le médecin doit conclure une entente formelle avec la personne en fin de vie à l'aide du formulaire : « Aide médicale à mourir pour une personne en fin de vie consentement en cas de perte d'aptitude »  
Cet amendement permet qu'une personne en fin de vie qui a satisfait à toutes les conditions prévues pour recevoir l'AMM et qui devient inapte par la suite puisse recevoir l'AMM, pourvu qu'alors qu'elle était en fin de vie, qu'elle ait été déterminée admissible à l'AMM et avant qu'elle ne soit devenue inapte à consentir aux soins.
- Choisir le moment où l'AMM sera faite, en respectant les délais prescrits par la loi.

### Médecins évaluateurs

Le médecin qui reçoit la demande d'aide médicale à mourir est dans l'obligation de donner suite à cette demande. Il doit, dans tous les cas, aviser le GIS dans les plus brefs délais pour que le suivi de la demande soit assuré (qu'il accepte ou non d'agir comme médecin évaluateur). Le médecin qui reçoit la demande doit ensuite aviser le patient et le GIS de son rôle dans le processus d'aide médicale à mourir. Plusieurs options s'offrent à lui :

#### **1<sup>er</sup> médecin évaluateur :**

Le médecin qui procède à la première évaluation (AVIS 1) en avise le patient et le GIS de ses conclusions. C'est lui qui est alors responsable de d'administrer l'aide médicale à mourir. Ce médecin fait partie de l'équipe médicale des médecins de La Maison de La Sérénité.

#### **2<sup>e</sup> médecin évaluateur :**

Le médecin qui reçoit une demande peut ne pas vouloir administrer l'aide médicale à mourir mais participer à la seconde évaluation si la personne répond aux critères. Il doit tenter d'identifier un médecin qui agira comme premier médecin évaluateur. Par la suite, ce médecin doit aviser le patient et le GIS de sa disponibilité pour agir comme 2<sup>e</sup> médecin évaluateur. Il devra remplir le formulaire « *Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir* » et le déposer au dossier.

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

- Du caractère libre de la demande du patient, en vérifiant qu'elle ne résulte pas de pression extérieure.
- Du caractère éclairé de la demande du patient, en l'informant 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 le patient des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable, compte tenu de l'évolution de son état.
- De discuter de la demande avec les membres de l'équipe interdisciplinaire en contact avec le patient.
- Que le patient s'entretienne avec sa famille et/ou les personnes qu'elle souhaite contacter afin de les informer de sa décision.

## **5.5. ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

Le 1<sup>er</sup> médecin évaluateur convient avec le patient de la date et de l'heure de l'administration de l'aide médicale à mourir. À La Maison de La Sérénité, elle est administrée dans la chambre du patient.

Le médecin est responsable de se procurer la médication à la pharmacie de l'hôpital de La Cité de La Santé de Laval qu'il aura préalablement prescrite. Il est également responsable de rapporter la médication à la même pharmacie après l'administration.

Le médecin qui administre l'aide médicale à mourir est responsable avec l'aide de la coordonnatrice des soins de s'assurer que deux voies intraveineuses sont disponibles et perméables au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir. Des moyens raisonnables devront être pris pour arriver à cette fin.

La Maison offre le soin de l'aide médicale à mourir et met à disposition les soins infirmiers et psychosociaux nécessaires au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir.

## **5.6. AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN**

Le médecin qui administre l'aide médicale à mourir dans La Maison de la Sérénité doit, dans les dix (10) jours suivant son administration, en informer le CMQ et la Commission des soins de fin de vie.

## **5.7. 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 dictées par sa conscience.

### **a) Un médecin**

Tout médecin qui exerce sa profession à La Maison de la Sérénité et qui ne souhaite pas participer au processus relatif à 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 directeur médical de La Maison de La Sérénité et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur médical, avec l'aide du GIS, doivent 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.

### **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 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. Ce professionnel doit en aviser la coordonnatrice des soins qui s'assurera de la prise en charge du patient par un autre membre de l'équipe des soins infirmiers.

## **6. DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES**

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en effectuant des directives médicales anticipées au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre.

### **6.1 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 qui ne sont pas vécues à La Maison de La Sérénité sauf en ce qui a trait à la demande de non-réanimation.
- Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au Registre des directives médicales anticipées ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

### **6.2 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.

## **7. MODALITÉS DE DIFFUSION DE LA POLITIQUE**

Cette section vise à préciser les mécanismes de communication mis en place par La Maison de la Sérénité afin de démontrer son souci face à la transmission d'informations pertinentes.

L'information doit être transmise aux professionnels, aux employés et aux bénévoles de La Maison de la Sérénité, de même qu'aux personnes en fin de vie et à leurs proches dans un langage clair afin qu'ils puissent connaître leurs droits, leurs devoirs et les services offerts.

L'information doit être accessible. Une communication claire et efficace a un impact important. Les moyens de communication utilisés par la Direction générale peuvent être, au besoin, les suivants :

- Rencontres périodiques
- Recueil de politiques et procédures au poste des infirmiers
- Internet (incluant les médias sociaux)
- Personnes-ressources en cas de besoin

