

POLITIQUE SUR LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE FIN DE VIE

ÉMISE LE: 2016

RÉVISÉE LE: 2020

La politique sur les soins palliatifs et de fin de vie de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (MSPVS)

PRÉAMBULE

En juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie ou Loi 2 (RLRQ, chapitre S-32.0001). Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne. La Loi assure à la personne malade qu'elle soit traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La présente politique a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie admises à la MSPVS des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout patient ait accès à des soins palliatifs de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

La Loi concernant les soins de fin de vie prévoit que la MSPVS doit adopter une politique et un programme de soins palliatifs et de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée au personnel de l'établissement, aux professionnels de la santé, ou des services sociaux, qui y exercent leur profession, et aux personnes malades en fin de vie de même qu'à leurs proches (article 8).

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique est destinée aux personnes suivantes de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges :

- Patients et leurs proches;
- Les gestionnaires;
- Tous les intervenants et bénévoles impliqués dans les soins de fin de vie.

Ceux-ci contribuent directement ou indirectement, à l'organisation, la planification, la dispensation et l'amélioration des soins et services connexes.

3. DÉFINITIONS

Patient

Toute personne admise ou inscrite à la MSPVS et qui reçoit des services cliniques.

Proche aidant

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre de non professionnel, à une personne admise, ou inscrite, à la MSPVS, est considéré comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité d'une personne malade 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.

Refus de soins

Possibilité, pour une personne malade de refuser de recevoir un soin, un traitement ou une intervention ou d'être hébergée en établissement public.

Directives médicales anticipées

Instructions que peut donner une personne apte à consentir aux soins visant 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 (AMM) ou de sédation palliative continue.

Pronostic réservé

Estimation liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité de lésions, selon laquelle les possibilités de survie de la personne malade sont compromises à plus ou moins long terme.

Fin de vie

Processus plus ou moins long, ponctué de fluctuations de son état, au cours duquel la personne malade tente, plus ou moins aisément, de faire face à la mort. Les personnes en fin de vie ont un état de santé qui décline et sont considérées comme étant en phase terminale ou susceptibles de décéder dans un avenir prévisible et rapproché.

Soins de fin de vie

Selon les dispositions de la loi, les soins de fin de vie incluent les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir.

Soins palliatifs

Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie à 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 de même qu'à leurs proches le soutien nécessaire.

Sédation palliative continue

Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistants en l'administration de médicaments, ou de substances, à une personne en fin de vie, dans le but de soulager des souffrances réfractaires en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Aide médicale à mourir

Action 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 et entraîner son décès.

Arrêt de traitement

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

4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Selon les orientations du MSSS, trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie. La MSPVS les faits siens.

- Le respect de la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, le respect de sa dignité, ainsi que la reconnaissance de la valeur de la vie et du caractère inéluctable de la mort;
- La participation de la personne à toute prise de décision la concernant; à cette fin, toute décision devra recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se prendre dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, elle est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état véritable et du respect qui sera accordé à ses choix;
- Le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, qui soient respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches;

Principes directeurs

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les intervenants et les gestionnaires de la MSPVS :

- La personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté;
- Les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services, afin d'assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative;
- Le maintien et l'accompagnement des personnes jusqu'à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent et si leur condition le permet, doivent être privilégiés;
- Le soutien accordé aux proches, aussi bien sur le plan physique que moral pendant l'évolution de la maladie, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée;

5. ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

5.1 Définition des soins palliatifs

La MSPVS adhère pleinement à la définition des soins palliatifs proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les patients et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant la personne malade et les proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs. Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne retardent ni ne retardent la mort, atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux personnes malades de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort.

5.2 Mission et objectifs cliniques qui s'en découlent

5.2.1 La mission

- La mission de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges est d'accueillir et offrir des soins de fin de vie à des patients en phase terminale d'un cancer ou d'autre maladie et à soutenir leurs proches jusqu'à la phase de deuil.

5.2.2 Objectifs découlant de la mission

- Permettre aux patients de vivre, entourés de leurs proches, leur dernier moment de vie, dans la quiétude d'un environnement paisible qui se rapproche le plus possible à un milieu de vie pourvu de soins professionnels de qualité où la dimension humaine sera la préoccupation centrale du personnel et des bénévoles;
- Recréer une ambiance accueillante et apaisante propice à soulager la douleur, améliorer la qualité de vie et accompagner vers le décès;
- Prodiger des soins palliatifs pour aider les patients et leurs proches à faire face aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la maladie, ainsi qu'aux attentes, besoins, espoirs et craintes qui y sont associés;

- Stabiliser la condition du patient, entre autres, ajuster la médication afin de soulager les symptômes et la douleur;
- Permettre au patient de se préparer à sa fin de vie et d'affronter l'étape de la mort;
- Donner le support requis aux proches avant et après le décès du patient;

5.3 Les soins et les services offerts

La Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges accueille jusqu'à douze personnes requérant des soins palliatifs de fin de vie, résidant dans le territoire de Vaudreuil-Soulanges, du Suroit et ses environs (ou ayant un proche qui y habite) desservis par le CISSS Montérégie-Ouest.

La Maison assure des soins de services adaptés à la personne, dispensée par une équipe de professionnels, de bénévoles et de personnel de soutien qui travaillent en collaboration pour favoriser l'expression et la satisfaction des besoins multiples des patients et de leur proche, dans le respect de leur intimité et de leur autonomie.

L'équipe clinique de la Maison est composée de professionnels du milieu de la santé et des bénévoles, chapeauté par des gestionnaires et appuyé par des équipes de soutien.

5.4. Les Normes de Pratique

5.4.1 Qualité de vie

Les soins visent à favoriser la qualité de vie. Les intervenants, par le soulagement des symptômes et l'accompagnement, répondent aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du patient.

- La douleur et les autres symptômes sont soulagés de façon optimale;
- Le soulagement des symptômes est recherché en minimisant les effets secondaires des différents traitements;
- L'environnement physique favorise le confort du patient;
- L'accompagnement et le soutien répondent aux besoins psychologiques du patient de façon optimale;
- Le soutien et l'assistance répondent aux besoins sociaux du patient de façon optimale;
- L'accompagnement et les services répondent aux besoins spirituels du patient de façon optimale;
- Le patient reçoit une aide et un soutien approprié aux besoins manifestés à l'approche de la mort;
- Les soins sont prodigués en tenant compte des niveaux de développement de la personne, de ses valeurs personnelles, culturelles et religieuses, de ses croyances et des pratiques qui en découlent;
- Les services essentiels sont accessibles au patient et à ses proches en tout temps;

- Les attentes et les besoins du patient et de ses proches sont identifiés;

5.4.2 Éthique

- Les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance et de justice, ainsi que les règles de vérité, de confidentialité et de proportionnalité qui en découlent, gouvernent l'organisation et la pratique des soins;
- Les codes de déontologie et les codes d'éthique régissent la pratique des différents intervenants;

5.4.3 Droit de choisir

Les décisions sont prises par le patient. Ses proches ou les intervenants impliqués collaborent à la prise de décision selon le niveau de participation que le patient veut leur accorder. Nous respectons son droit de choisir ses soins et traitements, son milieu de soins et l'information qu'il veut partager. Toutefois, son droit de choisir peut être réduit à cause des limites des proches et du système de soins.

- Le patient reçoit toute l'information nécessaire à la prise de décision libre et éclairée;
- Le patient et ses proches reçoivent l'information sur les soins palliatifs et les différentes ressources disponibles;
- Le patient prend les décisions sur ce qui le concerne;
- Le patient régit l'information divulguée à des tiers;
- Les proches participent aux décisions selon la volonté du patient.
- En cas d'inaptitude à consentir, les règles de droit sur le consentement substitué s'appliquent.

5.4.4 Entité de soins

Le patient et ses proches sont l'objet des soins. Le patient est au premier plan et il définit lui-même qui sont ses proches.

- Les soins sont centrés sur le patient;
- Le patient choisit qui sont ses proches;
- Les proches sont objets de nos soins comme membres d'un même système. Les interventions sont adaptées au système familial dont le patient fait partie.

5.4.5 Soutien aux proches

Le soutien aux proches fait partie intégrante des soins palliatifs et se poursuit pendant la période du deuil, afin de les aider à préserver leur équilibre et de faciliter l'intégration des pertes.

- Un soutien est offert aux proches tout au long de la maladie, incluant sa phase terminale et la période de deuil;
- Les intervenants vérifient auprès du patient qui sont ses proches;
- L'accompagnement et le soutien répondent aux besoins psychologiques des proches de façon optimale;
- Le soutien et l'assistance répondent aux besoins sociaux des proches de façon optimale;
- L'accompagnement et les services répondent aux besoins spirituels des proches de façon optimale;
- Les intervenants orientent les proches vers d'autres ressources pour les besoins visés par les soins palliatifs ou qui dépassent leur compétence;

5.4.6 Interdisciplinarité

Pour répondre aux multiples besoins du patient et de ses proches, les soins sont prodigués par les intervenants appropriés, dans une approche interdisciplinaire faites d'interrelation et de concertation.

Une formation initiale et continue des intervenants leur assure l'acquisition de connaissances et d'habiletés nécessaires à des soins palliatifs de qualité ainsi qu'une philosophie commune d'interventions.

- L'équipe interdisciplinaire est formée des intervenants nécessaires pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux-familiaux et spirituels;
- La philosophie des soins palliatifs guide les intervenants dans la poursuite du bien-être du patient;
- Chaque intervenant agit en complémentarité dans son champ de compétence.
- La concertation et la mise en commun des informations objectives et subjectives concernant le patient et ses proches sont essentielles à l'établissement d'un plan de soins individualisé;
- Les intervenants ne partagent que les informations nécessaires à d'autres membres de l'équipe pour une meilleure intervention ou une meilleure prise de décision;

5.4.7 Continuité des soins et des services

En respectant les choix du patient, une continuité de soins et de services doit être assurée au patient et à ses proches tout au long de la maladie. La concertation, la complémentarité et la transmission des informations sont des éléments essentiels à la continuité entre les différents milieux de soins et les différents intervenants.

- La continuité des soins et des services est assurée tout au long de la maladie et de la période de deuil;
- La continuité est assurée entre les différents milieux et les différents intervenants;
- La duplication des services et des interventions est évitée par la concertation et la transmission d'informations;

5.4.8 Collaboration de la communauté

La volonté et la collaboration de la communauté, de ses bénévoles et des proches des patients, par leur participation aux soins, leur soutien et leur apport financier, sont des conditions essentielles pour répondre aux besoins de soins palliatifs d'une collectivité.

- La communauté collabore aux soins palliatifs par la participation aux soins des patients, des proches et des bénévoles;
- La communauté collabore aux soins palliatifs par des initiatives d'organisations communautaires diverses;
- La communauté collabore aux soins palliatifs par un apport financier complémentaire aux autres subventions;

5.4.9 Qualité des soins et services

Les soins dispensés à nos patients répondent aux normes de qualité établies par les ordres professionnels et par l'Association québécoise de soins palliatifs. Ces normes concernent les soins et les ressources nécessaires.

Des mécanismes sont mis en place pour évaluer la qualité des soins et services.

- La qualité des soins est définie selon les normes de pratique de l'Association québécoise de soins palliatifs, des ordres professionnels et des organismes d'agrément;
- L'évaluation des soins et services est faite de façon régulière, selon les normes établies;
- La satisfaction des patients et des proches par rapport aux soins et services est évaluée et fait partie des critères de qualité;

5.4.10 Enseignement

L'enseignement est essentiel à la dispensation des soins palliatifs de qualité. Un enseignement approprié est fourni aux patients, aux proches, aux intervenants ainsi qu'au public.

- La formation initiale des intervenants comprend les notions de base des soins palliatifs propres à leur discipline ou à leur fonction;
- Une formation continue est offerte aux intervenants pour parfaire les connaissances et les habiletés nécessaires à des soins de qualité;
- Les patients et les proches reçoivent un enseignement adapté à leurs besoins;
- Des activités d'information et du matériel pédagogique sont disponibles au public pour le sensibiliser aux questions relatives aux soins palliatifs;

5.4.11 Soutien professionnel

On fournit aux intervenants les ressources humaines, physiques et organisationnelles nécessaires à un travail de qualité. Des moyens sont mis en place pour offrir aux intervenants les soutiens psychologique et spirituel nécessaires à leur équilibre émotionnel.

- Les ressources nécessaires à un travail de qualité sont disponibles;
- Des activités de soutien professionnel sont offertes aux intervenants;

5.4.12 Recherche

La recherche en soins palliatifs est essentielle, afin d'améliorer la qualité des soins et d'assurer l'évolution scientifique de cette discipline.

- Les données probantes de la recherche sont diffusées et utilisées dans la dispensation des soins de qualité;
- Les intervenants en soins palliatifs contribuent à l'évolution scientifique de la discipline en collaborant à des projets de recherche;

5.5 Informations aux patients et à leurs proches

Afin de mettre à la disposition des patients et de leurs proches toute l'information pertinente et relative aux soins de fin de vie, la MSPVS rend disponibles les documents suivants sur son site internet :

- Politique et programme sur les soins palliatifs et de fin de vie ;
- Procédures de demande d'admission ;
- Code d'éthique ;

6. ENTENTE AVEC LE CISSS-MONTÉRÉGIE-OUEST

Une entente a été établie avec le CISSS-MO permettant d'identifier les mécanismes de collaboration et de communication.

7. LES PARTENARIATS ET LE RAYONNEMENT

Les partenariats sont nécessaires au développement d'un véritable réseau de soins, d'enseignement et de recherche en soins palliatifs. Pour ce faire, la MSPVS maintient des liens de collaboration avec les établissements publics de santé et de services sociaux, les organismes communautaires, les autres maisons de soins palliatifs, l'Université Mc Gill et la communauté.

8. LE FINANCEMENT ET LA FONDATION

La MSPVS est un organisme communautaire sans but lucratif. Les subventions reçues annuellement atteignent approximativement 40 % de l'ensemble des coûts d'opération. La principale subvention provient du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS).

La mission et les objectifs de la MSPVS ne peuvent se réaliser sans le bénévolat et la philanthropie. C'est la raison d'être de la Fondation de la MSPVS qui recueille les dons, remet les reçus pour fins d'impôt, organise des activités-bénéfice et des campagnes de financement au profit de la Maison.

Par le volet des relations publiques qui entourent ses activités de financement, la Fondation contribue à la mission de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges, notamment dans son volet de sensibilisation du public et des décideurs. La pérennité de l'œuvre dépend donc de la générosité de tous :

- Les proches : par le don in memoriam;
- Les corporations : par les commandites aux activités et les dons majeurs;
- Les particuliers : par le bénévolat, la participation aux activités de financement et les dons sous toutes formes ;

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS D'APPLICATION DE LA POLITIQUE

Rôle de la direction générale

La direction générale s'assure que le code d'éthique de la MSPVS tient compte des droits des personnes malades en fin de vie et qu'il est respecté. À cet effet, elle le fait connaître à tous les intervenants impliqués dans la MSPVS et doit le remettre à toute personne qui en fait la demande. La direction générale prend les moyens à sa disposition pour

informer la population du territoire desservi par elle, 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 est également de sa responsabilité d'informer les professionnels de la santé œuvrant au sein de la Maison des modalités de la Loi. De plus, elle doit s'assurer de la formation continue des professionnels de la santé qui doivent appliquer La Loi en déployant le Cadre de référence sur le développement des compétences – Soins palliatifs et de fin de vie du Ministère.

La direction générale a les responsabilités d'assurer le suivi, l'évaluation et la mise à jour de la présente politique.

10. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

La MSPVS s'est dotée d'un protocole pour la SPC qui est conforme aux articles de La Loi.

- **Conditions**

Avant d'exprimer son consentement à la SPC, la personne malade 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.

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

- **Consentement**

Le consentement à la SPC doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le Ministre et être conservé dans le dossier de la personne malade. Si la personne qui consent à la SPC 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 en présence de cette dernière. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable du malade, ne peut être un mineur ni un majeur inapte.

- **Avis de déclaration du médecin**

Le médecin membre du CMDP de la MSPVS qui administre la SPC doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration en utilisant le formulaire élaboré à cette fin.

11. AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Processus de demande

Une personne admise à la MSPVS peut exprimer, de façon libre et éclairée, une demande d'aide médicale à mourir à l'équipe traitante. Cette requête sera accueillie, partagée avec le médecin traitant et évaluée en équipe interdisciplinaire.

Toutes les démarches nécessaires seront faites pour assurer l'accompagnement, soulager la personne malade et répondre à ses besoins. S'il arrive qu'elle demeure non soulagée et désireuse de formuler une demande d'aide médicale à mourir, sa requête sera accueillie et prise en compte. Afin de soutenir la personne désirant formuler une demande d'AMM, le Ministère a produit le dépliant "Aide médicale à mourir".

Formulaire à compléter

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir est disponible au bureau de la direction des soins.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne, à titre de témoin de la signature de la personne malade, et qui, s'il n'est pas son médecin traitant, le remet à celui-ci.

Lorsque la personne qui demande l'AMM 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 en sa présence. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ni un majeur inapte.

Révocation ou report de la demande d'aide médicale à mourir

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM. Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander de reporter l'administration de l'AMM.

Dossier du patient

Tous les renseignements ou documents en lien avec la demande d'AMM doivent être inscrits ou versés au dossier du patient, que le médecin l'administre ou non, dont une copie du formulaire de demande d'AMM, les motifs de la décision du premier médecin évaluateur et, le cas échéant, l'avis du deuxième médecin consulté. Doit être également inscrite au dossier de la personne, sa décision de retirer sa demande d'AMM.

Conditions d'admissibilité

Conformément à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie, seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'AMM :

1. elle est assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie;
2. elle est majeure et apte à consentir aux soins;
3. elle est en fin de vie;
4. elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
5. sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
6. elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Trajectoire pour une demande d'aide médicale à mourir

La Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges n'offre pas d'aide médicale à mourir. Le directeur médical, la direction générale ainsi que la direction des soins de la MSPVS seront informés de toutes demandes en ce sens.

Le médecin traitant reçoit la demande et la valide suite à une brève évaluation qui doit contenir ce qui suit :

- Être d'avis que la personne malade satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26 en s'assurant du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- S'assurer du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- S'assurer de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable, compte tenu de l'évolution de son état;
- S'entretenir avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, de sa demande;
- S'entretenir avec ses proches, si elle le souhaite, de sa demande ;
- S'assurer que la personne malade a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter ;

Le médecin traitant fera la démarche au DSP auprès des établissements publics receveurs potentiels, en tenant compte des choix du patient.

Le DSP du milieu receveur désigne un médecin volontaire pour faire la première évaluation.

Le médecin traitant et l'équipe traitante partagent avec le médecin désigné, l'information clinique nécessaire à une évaluation complète et de qualité.

Le transfert convenu se fait dans les conditions les plus respectueuses possibles pour le patient et ses proches et dans un délai acceptable (moins de 7 jours).

Le choix définitif du milieu receveur est fait par les autorités de cet établissement en fonction des médecins disponibles et des ressources en place.

L'équipe traitante de la MSPVS accompagne cette personne malade et volontaire à l'aide médicale à mourir jusqu'à son transfert. L'équipe continue l'accompagnement et les soins palliatifs requis si la personne refuse le transfert et l'AMM.

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

Un seul groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'AMM est mis en place dans la région du CISSS-MO. Deux objectifs encadrent les fonctions du GIS :

- Le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'AMM;
- Le soutien aux décideurs des établissements qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

12. DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (DMA)

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés au moyen des directives médicales anticipées (DMA) 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 (articles 51 à 62).

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Elles énoncent des DMA pour des situations cliniques précises.

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les articles 68 et 61 de la Loi témoignent de leur valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès, ont l'obligation de les respecter dans les situations indiquées.

Formulaire à remplir

Il est possible de se procurer ce formulaire par téléphone, auprès de la Régie de

l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Registre et dossier du patient

À la demande de la personne, les DMA peuvent être déposées au registre créé à cet effet par la RAMQ. Il sera ensuite possible pour le médecin de consulter ce registre.

Si les DMA sont remises à un professionnel de la santé, ce dernier doit les verser au dossier du patient et en informer le médecin traitant.

Fonctionnement et modalités d'accès au registre

Sous réserve de certaines modifications qui pourraient être apportées lors de l'adoption du règlement du registre des DMA. Un gestionnaire des autorisations d'accès, nommé par la direction générale, puis autorisé par le ministre, a pour fonction de donner les autorisations nécessaires afin qu'une personne puisse avoir accès au registre des DMA.

Avant d'attribuer de telles autorisations, le gestionnaire des autorisations d'accès doit s'assurer que la personne qui fait une demande a besoin d'un tel accès dans le cadre des fonctions qu'elle assume et vérifier son identité.

Les personnes suivantes peuvent demander des autorisations d'accès au registre.

- Intervenants exerçant leur profession dans la MSPVS (médecin et infirmière)

Pour effectuer une recherche, la personne autorisée doit connaître :

- Le nom de la personne concernée ;
- Sa date de naissance;
- Son sexe;
- Son numéro d'assurance-maladie ;

Lorsque des DMA ont été inscrites au registre, la personne autorisée les ayant consultées, les dépose au dossier de la personne concernée.

Révocation des directives médicales anticipées

Les DMA peuvent être révoquées à tout moment par leur auteur au moyen du formulaire prescrit par le Ministère. Ce formulaire est également disponible auprès de la RAMQ.

Par ailleurs, en cas d'urgence, lorsqu'une personne apte exprime verbalement des volontés différentes de celles qui se retrouvent dans ses DMA, cela entraîne la

révocation de ces dernières.

L'auteur des DMA peut également les faire retirer du registre sans les révoquer. Il doit alors utiliser le formulaire de retrait des DMA, disponible auprès de la RAMQ. La RAMQ retourne alors les DMA originales à leur auteur.

13. MÉCANISMES DE RÉVISION

La présente politique doit faire l'objet d'une révision tous les quatre ans ou lorsque des modifications le requièrent. Toute révision entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

14. APPROBATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

RÉFÉRENCES

- Loi concernant les soins de fin de vie. (RLRQ, chapitre S-32.001) ;
- Politique en soins palliatifs de fin de vie, Santé et Services sociaux, Québec ;
- Politique relative aux soins de fin de vie du CISSS-Montérégie- Ouest, 2015 ;
- Soins palliatifs et de fin de vie, Plan de développement 2015-2020, Santé et Services sociaux, Québec ;
- Code d'éthique de la MSPVS ;

TABLE DES MATIÈRES

Préambule

1. Dispositions générales

2. Champ d'application

3. Définitions

4. Valeurs et principes directeurs

5. Énoncé de la politique

5.1 Définitions des soins palliatifs

5.2 Mission et objectifs cliniques

5.3 Les services offerts

5.4 Informations aux patients et à leurs proches

6. Entente avec le CISSS-Montérégie-Ouest

7. Les partenariats et le rayonnement

8. Le financement et La Fondation

9. Rôles et responsabilités

10. Sédatation palliative continue (SPC)

11. Aide médicale à mourir

12. Directives médicales anticipées

13. Mécanisme de révision

14. Approbation et entrée en vigueur

15. Références

