

<b>OBJET :</b>	POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE
<b>DESTINATAIRES :</b>	Les médecins Les professionnels de la santé impliqués dans les soins de fin de vie Les gestionnaires des directions cliniques Les usagers du CIUSSS Centre-Ouest-de-Montréal
<b>ÉMISE PAR :</b>	La Direction des services professionnels La Direction des soins infirmiers
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	
Références :	-Loi concernant les soins de fin de vie -Soins palliatifs et de fin de vie, Plan de développement 2015-2020, MSSS -L'aide médicale à mourir, Guide d'exercice, CMQ, 2015 -La sédation palliative en fin de vie, Guide d'exercice, CMQ, 2015 -Document de soutien pour les professionnels de la Santé - Directives médicales anticipées, MSSS, 2015

## 1- DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1.1 Objet

La *Loi concernant les soins de fin de vie* 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 personnes en fin de vie et de leurs proches. (art. 8)

### 1.2. Orientations Ministérielles

Le ministre détermine les orientations dont doit tenir compte le CIUSSS dans l'organisation des soins de fin de vie, y compris celles dont l'établissement doit tenir compte dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie. (art.19)

### 1. 3. Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et principes directeurs qui suivent trouvent leur origine dans la Loi concernant les soins de fin de vie et la Politique de soins de fin de vie. Ceux-ci ont également été retenus dans le Plan de développement 2015-2020 des soins palliatifs et de fin de vie du MSSS.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

### 1.3.1 Valeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie au Québec, soit :

- le respect de la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, le respect de sa dignité, ainsi que la reconnaissance de la valeur de la vie et du caractère inéluctable de la mort;
- la participation de la personne à toute prise de décision la concernant; à cette fin, toute décision devra recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se faire 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.

### 1.3.2 Principes directeurs

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants du CIUSSS dans leurs actions :

- la personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté;
- les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation 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.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

## 2- DÉFINITIONS

### 2.1 Usagers

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement ou à domicile.

### 2.2 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.

### 2.3 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.

### 2.4 Arrêt de traitement

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

### 2.5 Refus de soin

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

### 2.6 Pronostic réservé

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

### 2.7 Soins palliatifs

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

### 2.8 Soins de fin de vie

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

### 2.9 Sédation palliative continue

Un 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.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

## **2.10 Aide médicale à mourir**

Un 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.

## **2.11 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.

# **3- RÔLE ET RESPONSABILITÉ DU CIUSSS**

## **3.1 Information aux usagers**

Le CIUSSS rendra disponible sur son site Internet les informations suivantes :

- le Code d'éthique;
- la Politique relative aux soins de fin de vie;
- le Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie;

Le Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir sera remis à la personne ayant fait une demande d'aide médicale à mourir.

## **3.2 Offre de service**

Les soins palliatifs et de fin de vie doivent être offerts aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins selon les dispositions législatives.

Le transfert vers les différentes installations du CIUSSS des personnes dans l'impossibilité de recevoir des soins de vie à domicile se fera d'après la procédure de transfert élaborée.

Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un de nos établissements des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, le CIUSSS doit lui offrir de l'accueillir dans ses installations ou de les diriger vers un autre établissement . (art.11)

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

Le CIUSSS a mis 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. (art.7). Un groupe de travail intra CIUSSS a amorcé ses travaux et permettra l'obtention de cet objectif. (GIS : Groupe interdisciplinaire de soutien)

### 3.3 Programme clinique de soins de fin de vie

Les formes de Soins de fin de vie à être offerts dans toutes les installations du CIUSSS sont :

- Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie;
- L'aide médicale à mourir;
- L'accès à la sédation palliative continue;
- La distribution de l'information aux bénéficiaires et à leurs proches au sujet des Directives médicales anticipées et la mise en place de mécanismes autorisant l'accès par les équipes soignantes du CIUSSS à ces dernières.

### 3.4 Structure de gouvernance :

- Répondant du CIUSSS pour les soins de fin de vie : Direction des services professionnels;
- Co-gestionnaires du programme de soins de fin de vie : Directrice Associée, direction des soins infirmiers et Chef de la division des soins palliatifs;
- Le GIS relève de la Direction des services professionnels

### 3.5 Code d'éthique

Le code d'éthique du CIUSSS inclut les modalités de soins de fin de vie et sera disponible à tous les usagers qui en font la demande.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

### 3.6 Direction générale

#### 3.6.1 Rôle du président-directeur-général

Le président-directeur général du CIUSSS 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 par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans le CIUSSS.

Le rapport est publié sur le site Internet du CIUSSS et transmis à la Commission<sup>1</sup> 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. (art.8)

Pour les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le PDG du CIUSSS doit transmettre au conseil d'administration son rapport tous les six mois. Le CIUSSS le transmet, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie et le publie sur son site Internet. (art.73)

---

<sup>1</sup> Président de la Commission sur les soins de fin de vie  
 Secrétariat général de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux  
 2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
 Québec (Québec) G1V 4M3

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

### 3.6.2 Rôle du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés.

Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de suivi de la qualité des soins fournis.

Doit être informé par le médecin qui fournit la sédation palliative continue.

Doit aussi être informé par le médecin de l'administration d'aide médicale à mourir en utilisant les formulaires prescrits par le ministre dans les 10 jours suivant son administration. (*Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir Parties 1, 2 et 3 - DT9233*)

### 3.6.3 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. (art.33)

## 4- SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

### 4.1 Conditions

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.

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (art.24)

### 4.2 Consentement

Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre (*Formulaire de consentement à la sédation palliative continue – DT9231*) et être conservé dans le dossier de la personne. (art.24)

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

Si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être mineur ou majeur inapte. (art.25)

#### 4.3 Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations du CIUSSS ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration. (art.34)

## 5- AIDE MÉDICALE À MOURIR

### 5.1 Demande d'aide médicale à mourir

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne (Formulaire : *Demande d'aide médicale à mourir* – DT9232) .

Le formulaire doit être signé devant deux témoins indépendants (article 241.2(5) du Code criminel) qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir et devant 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. (art.26 de la Loi concernant les soins de fin de vie). Un témoin ne peut être qualifié d'indépendant s'il :

- sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé ou la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;
- fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

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

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016



Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.. De plus, le tiers autorisé ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra 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 (art.27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et article 241.2(4) du Code criminel).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

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

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. (art.32)

## 5.2 Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie;
- Être majeure et apte à consentir aux soins;
- Être en fin de vie;
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables. (art.26)

## 5.3 Cas d'objection de conscience

### 5.3.1 Un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans le CIUSSS et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur des services professionnels (DSP) et, le cas échéant lui transmettre le

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le DSP doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

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

### 5.3.2 Autre professionnel de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles. Il doit le plus tôt possible en aviser son supérieur immédiat.

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (art.50)

## 5.4 Critères évalués par les médecins

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

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

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

- d’obtenir l’avis d’un second médecin confirmant le respect des conditions prévus à l’article 26 (Formulaire : *Avis d’un second médecin sur les respects des conditions pour obtenir l’aide médicale à mourir* – DT9234). (art.29). Un délai minimum de 48 heures doit exister entre la première évaluation réalisée par le médecin qui accepte de traiter la demande et l’avis effectué par le second médecin consulté;
- Un délai de 10 jours francs (soit 10 jours complets, en excluant le jour où la demande a été faite) doit s’écouler entre le moment où est faite la demande d’aide médicale à mourir et l’administration de l’aide médicale à mourir. Il est possible toutefois de raccourcir ce délai si le médecin qui administrera l’aide médicale à mourir et le médecin ayant formulé le second avis jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente. Le délai dans ces circonstances est alors fixé par le médecin qui administrera l’aide médicale à mourir.
- Le médecin qui administre l’aide médicale à mourir et celui qui donne le second avis doivent être indépendants entre eux. Ils doivent aussi être indépendants par rapport à la personne qui demande l’aide médicale à mourir. Pour être considéré comme indépendant, aucun de ces médecins ne peut :
  - Conseiller l’autre dans le cadre d’une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
  - 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, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
  - Savoir ou croire qu’il est lié à l’autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

### 5.5 Groupe interdisciplinaire de soutien à l’aide médicale à mourir

L’établissement a mis en place au sein de son organisation un 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 qui le souhaitent quant à l’assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources

DATE D’APPROBATION	DATE D’ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

## 6- DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (DMA)

Il existe deux manières d'exprimer ses volontés dans le cadre des DMA.

- La personne remplit elle-même le formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins* prescrit par le ministre, préalablement commandé à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et le fait signer par deux témoins ;
- La personne demande à un notaire d'inscrire ses volontés dans un acte notarié dont le contenu reprend celui du formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins*

### 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.
- Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre 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.

### 6.3 Responsabilités du Médecin

Afin de respecter les volontés de la personne exprimées dans les DMA, un médecin doit :

- Vérifier auprès de la personne pour laquelle il constate un changement significatif de l'état de santé si les volontés exprimées dans les DMA qui ont été versées à son dossier médical correspondent toujours à ses volontés (article 56) ;

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

- Consulter le Registre des DMA lorsqu'il constate l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins ; si des DMA concernant cette personne s'y trouvent, il les dépose dans son dossier médical, et il s'y réfère si les soins précis prévus au formulaire sont indiqués ;
- S'enquérir auprès des proches d'une personne inapte à consentir aux soins si cette dernière a exprimé des DMA (qui pourraient ne pas avoir été déposées dans le dossier médical ou dans le Registre des DMA) ou si elle a révoqué des DMA qui sont toujours dans le dossier médical ou dans le Registre.

#### 6.4 Rôle des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé doivent être en mesure :

- D'informer la personne et de lui donner les explications relatives aux bienfaits, aux risques et aux conséquences d'un soin dans les situations cliniques ciblées et de s'assurer que ses explications sont bien comprises;
- De diriger la personne vers un professionnel de la santé détenant une expertise plus spécialisée lorsque cela est nécessaire; une condition médicale chronique peut nécessiter d'obtenir l'avis d'un spécialiste concernant un soin éventuel;
- De déposer les DMA de cette personne dans son dossier médical lorsqu'elles lui sont remises

#### 6.5 Les modalités concernant le dépôt au dossier médical

Afin de s'assurer que les professionnels de la santé pourront avoir accès à ses DMA, une personne peut :

- les déposer dans le Registre des directives médicales anticipées en retournant son formulaire dûment rempli, daté et signé à la RAMQ; si elle a procédé par acte notarié, le notaire transmettra l'acte à la RAMQ pour dépôt dans le Registre

ou

- les remettre à un professionnel de la santé, qui les déposera dans son dossier médical;

ou

- les remettre à un proche, qui les donnera au professionnel de la santé au moment de l'inaptitude

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

## 6.6 Les conditions d'applicabilité et de validité

### 6.6.1 Conditions d'applicabilité

Les DMA visent uniquement les situations cliniques suivantes :

Situation de fin de vie

- Condition médicale grave et incurable de 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)

Les soins visés pour chaque situation clinique sont :

- La réanimation cardiorespiratoire;
- La ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique;
- La dialyse rénale;
- L'alimentation forcée ou artificielle;
- L'hydratation forcée ou artificielle

Si un autre contexte de soin est visé, le consentement substitué est nécessaire pour tout soin requis, sauf en cas d'urgence.

### 6.6.2 Conditions de validité

Pour être valides, les DMA doivent :

- Être faites au moyen du formulaire prescrit par le ministre devant deux témoins ou par acte notarié par une personne majeure et apte à consentir aux soins au moment de la signature.
- Les DMA sont valides tant qu'elles ne sont pas modifiées ou révoquées.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016

- La loi concernant les soins de fin de vie précise qu'il existe une présomption selon laquelle la personne a reçu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée au moment de la signature de ses DMA

### 6.7 Modalités d'accès

Les professionnels de la santé peuvent accéder aux DMA soit par le Registre des directives médicales anticipées, soit par le dossier médical de la personne

- Avant de prodiguer un soin visé par le formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir aux soins* à une personne inapte à consentir à des soins qui se trouve dans l'une ou l'autre des situations cliniques visées par les DMA et pour qui les soins prévus dans le formulaire pourraient être indiqués, le médecin doit consulter le Registre des directives médicales anticipées pour vérifier s'il en existe et les suivre si c'est le cas. La consultation du registre est une exigence de la Loi concernant les soins de fin de vie lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins. Toutefois, lors de situations d'urgence, il pourrait arriver que les professionnels de la santé soient dans l'impossibilité de consulter le Registre avant de donner les premiers soins en temps utile
- Seules les DMA portées à la connaissance du professionnel de la santé sont applicables
- Par ailleurs, une personne pourrait avoir fait ses DMA sans les avoir déposées dans le Registre et sans les avoir fait déposer dans son dossier médical. Ainsi, elle pourrait les avoir sur elle au moment de son admission dans l'établissement, avoir un document donnant des indications pour obtenir ses DMA ou encore les avoir remises à une personne de confiance. Le professionnel de la santé peut s'enquérir de l'existence ou non des DMA, et s'il se fait remettre de telles directives, par la personne elle-même ou par un proche, il doit alors les déposer dans le dossier médical de cette personne.

DATE D'APPROBATION	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	NOUVELLE POLITIQUE	DATE DE LA DERNIÈRE MISE A JOUR
Le 22 janvier 2016	Le 22 janvier 2016	Non	Le 14 juillet 2016