CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

Nº 3.54

POLITIQUE	**DÉPARTEMENT** : Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires
POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	**Version nº** 2
Destinataire : Tous les employés, médecins, dentistes, étudiants, chercheurs, stagiaires, bénévoles, main-d'œuvre indépendante ou à contrat œuvrant au CRSSS de la Baie-James	
Responsable de l'application : Direction générale	
Signature : LU ET APPROUVÉ PAR — Présidente-directrice générale	14 mars 2017 — Date

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Au-delà de l'obligation légale découlant de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie visant à encadrer et rehausser l'offre de service en soins de fin de vie au Québec, le CRSSS de la Baie-James a le souci d'assurer à ses usagers en soins palliatifs et de fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et qui répondent à l'ensemble des besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des personnes soignées et de leurs proches. Cette politique sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie du CRSSS de la Baie-James, tient compte des orientations ministérielles et précise les normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins.

Cette politique vise à :

- Encadrer les soins de fin de vie de façon à ce que tout usager ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.
- Définir le rôle et les responsabilités des intervenants et des instances impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins de fin de vie.
- Encadrer la sédation palliative continue.
- Encadrer l'aide médicale à mourir.
- Encadrer les directives médicales anticipées.

Cette politique sous-tend l'adhésion du CRSSS de la Baie-James aux principes généraux suivants :

a) Continuité des soins : De mettre en place les ressources afin d'assurer le passage d'une approche curative à une approche palliative. Assurer une approche intégrée en soins palliatifs avec des services concertés et coordonnés, peu importe le lieu d'intervention. Orienter l'usager au besoin vers les ressources appropriées.

b) Accessibilité : Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins selon les dispositions législatives.

c) Interdisciplinarité : L'approche palliative implique la mise en commun, par les intervenants, de l'ensemble des connaissances relatives à l'état de santé physique et psychologique de l'usager, afin de maximiser les soins visant l'amélioration de la qualité de la vie sous toutes ses formes.

d) Service adapté : D'informer l'usager et ses proches tout au long de l'évolution de la maladie, sur l'ensemble des services disponibles et de lui fournir un accompagnement, à l'aide d'une équipe interdisciplinaire, qui correspond à ses besoins dans le respect de ses valeurs, croyances et pratiques.

e) Amélioration continue des soins : De dispenser des soins en accord avec les normes professionnelles de conduite et de pratique reconnues s'appuyant sur les plus récentes données concernant la recherche, les lignes directrices fondées sur des données probantes et les pratiques exemplaires. Évaluer systématiquement la satisfaction de l'usager et de ses proches.

f) Gestion efficace et partage des responsabilités : Viser une gestion efficiente, la gestion doit favoriser le choix, sur le terrain, des meilleures solutions possible. Gérer dans le but de privilégier la flexibilité quant au choix des moyens et le rapprochement des décisions de l'action. L'atteinte de ces objectifs repose sur un partage clair des responsabilités entre le ministère, le CRSSS de la Baie-James et les centres de santé.

2. CADRE JURIDIQUE

La présente politique découle de la loi concernant les soins de fin de vie (2014). Elle résulte également des assises juridiques, des normes et pratiques de gestion, des codes de bonnes pratiques, de cadres de gestion et des règlements comme stipulés dans :

Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q, c. C -12);

Code civil du Québec, L.Q., 1991 c. 64;

Code criminel (L.R.C., 1985, ch. C-46);

Code de déontologie des médecins;

Code d'éthique et de déontologie du CRSSS de la Baie-James : *Des valeurs et des principes éthiques et déontologiques*

Codes de déontologie des ordres professionnels concernés;

Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26);

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (L.R.Q., chapitre P-9.0001);

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) (L.C. 2016, chap. 3)

Loi de la pharmacie du Québec;

Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9);

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2005, chapitre 32);

Loi portant sur le partage des informations cliniques;

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c.A-2.1);

Loi sur les archives (L.R.Q., c.A-21.1);

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2);

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chap. S-5);

Normes d'Agrément Canada et pratiques organisationnelles requises;

Règlement sur l'émission et l'exécution des ordonnances du CRSSS de la Baie-James;

Règlements de régie interne du CMDP du CRSSS de la Baie-James;

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (S-5, r. 3.01);

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin;

Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins;

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin;

Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société;

Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec;

Règlement sur les autorisations d'accès et la durée d'utilisation des renseignements contenus dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique (chapitre P-9.0001, r.1);

De plus, la présente politique est en lien, entre autres, avec les documents internes suivants :

- 3.08-Politique de sécurité de l'information;
- 3.16-Politique confidentialité et gestion des dossiers des usagers
- 3.22-Politique en regard des mesures disciplinaires;
- 3.35-Politique relative aux stages dans l'établissement;
- 3.41-Politique de gestion des risques.
- 4.04-Directive sur la double identification;
- 5.02-Procédure - confidentialité et gestion des dossiers des usagers

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette politique s'applique à tous les employés, médecins, dentistes, étudiants, chercheurs, stagiaires, bénévoles, main-d'œuvre indépendante ou à contrat œuvrant au CRSSS de la Baie-James qui sont impliquées, sur les plans cliniques ou administratifs, dans les soins palliatifs et de fin de vie.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Les définitions peuvent être utilisées pour éviter une ambiguïté ou éviter des répétitions dans le corps du texte où l'on doit se servir à multiples reprises d'une longue expression qui viendrait alourdir inutilement le texte.

1- Soins palliatifs

La définition des soins palliatifs qui est communément admise et adoptée par plusieurs autorités est celle préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit «une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leurs familles 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».

2- 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.

3- 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.

4- 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.

5- 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.

6- Soins de fin de vie

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

7- Maison de soins palliatifs

Les maisons de soins palliatifs sont des organismes privés à but non lucratif, gérés par des conseils administratifs indépendants, qui font une large place à la contribution des bénévoles.

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

8- 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.

9- 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.

10- Directives médicales anticipées

Écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à des soins dans des situations cliniques précises. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

5. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants de l'établissement dans leurs actions trouvent leur origine dans la loi concernant les soins de fin de vie et la politique ministérielle en soins palliatifs de fin de vie.

- 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 et dans leur milieu de vie, 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.

6. STRUCTURE FONCTIONNELLE

6.1 Responsabilités des différents intervenants :

Le conseil d'administration :

- Adopter la présente politique;
- Soutenir les mécanismes qui permettent son application;
- Soutenir les comités consultatifs et les règles que ces derniers appliquent selon les principes directeurs énoncés;

La direction générale :

- 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.

- Inclure un résumé du rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.

- Publier sur le site Internet de l'établissement et transmettre le rapport sur l'application de cette politique à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année;

- Transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois, et ce, pour les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi. Le rapport doit par la suite être transmis le plus tôt possible à la Commission sur les soins de fin de vie et publier sur son site Internet.

- Assurer la mise en place au sein de son organisation d'un Groupe Interdisciplinaire de Soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.

- Prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, ce plan doit également prévoir l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.

- Modifier le code d'éthique adopté par l'établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour tenir compte des droits des personnes en fin de vie.

La direction des services professionnels et des services multidisciplinaires :

- Orienter l'ensemble des travaux sur les modalités de la loi dans le but de s'y conformer.

- Rédiger un programme clinique et le transmettre à la Commission des soins de fin de vie.

- Participer à l'élaboration et la rédaction des protocoles cliniques de sédation palliative continue et de l'aide médicale à mourir.

- Informer et supporter l'établissement via le répondant en soins palliatifs.

- Collaborer à offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

- Collaborer à accueillir dans les installations ou de la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins toute personne en fin de vie bénéficiant de soins palliatifs à domicile, mais dont la condition ou son environnement ne permet pas de lui fournir des soins adéquats.

- Collaborer dans la gestion des lits afin de prioriser l'octroi d'une chambre à un usager qui reçoit des soins de fin de vie qu'il occupe seul pour la période précédant de quelques jours le décès en respectant la norme ministérielle de 1 lit réservé/ 10 000 de population.

La direction des soins infirmiers:

- Participer à la rédaction des protocoles cliniques de sédation palliative continue et d'aide médicale à mourir.

- Collaborer à la rédaction du programme clinique.

- Collaborer dans la gestion des lits afin de prioriser l'octroi d'une chambre à un usager qui reçoit des soins de fin de vie qu'il occupe seul pour la période précédant de quelques jours le décès en respectant la norme ministérielle de 1 lit réservé/ 10 000 de population.

- Collaborer à offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

La direction des programmes sociaux :

- Collaborer à offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

- Accueillir dans ses installations ou de la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins toute personne en fin de vie bénéficiant de soins palliatifs à domicile,

mais dont la condition ou son environnement ne permet pas de lui fournir des soins adéquats.

- Collaborer à la rédaction du programme clinique.

Les directions :

- Soutenir l'ensemble des intervenants concernés dans le développement et le maintien de leurs compétences en soins palliatifs et de fin de vie en adhérant au plan quinquennal de développement 2015-2020.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :

- En collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés.

- Le CMDP évalue la qualité des soins fournis sous son autorité, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

- Recueillir les formulaires d'avis des médecins concernant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir, compiler les données et les transmettre dans un rapport annuel au président-directeur général et au conseil d'administration.

Le conseil des infirmières et infirmiers :

- Collaborer auprès du CMDP à l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir.

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

Les médecins:

- Vérifier et s'assurer que l'usager répond aux critères d'admissibilité prescrits par la loi concernant les soins palliatifs de fin de vie pour la sédation palliative continue, l'aide médicale à mourir et les directives médicales anticipées.

- Fournir à l'usager toute l'information lui permettant de prendre une décision libre et éclairée, notamment en l'informant de toutes les possibilités thérapeutiques envisageables.

- Administrer, de façon exclusive et sans délégation, l'aide médicale à mourir. L'administration ainsi que le traitement de la demande de l'aide médicale à mourir doivent se faire en respectant les modalités prescrites par la législation en vigueur.

- Dans le cas d'une objection de conscience où il refuse d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit aviser, le plus tôt possible, le président-directeur général de l'établissement ou la personne qu'elle aura désignée de sa décision. Néanmoins, le médecin doit s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne.

6.2 Responsabilités de l'application :

La direction générale est responsable de faire appliquer la présente politique.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique entre en vigueur à compter de la date de signature de la personne autorisée.

8. BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi concernant les soins de fin de vie, [En ligne] Québec, Éditeur officiel du Québec, [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm] (consulté en septembre 2015)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix -La politique de soutien à domicile*, le ministère, Direction des communications, 2003, 45 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, Direction des communications, 2004, 94 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*, le ministère, Direction des communications, 2003, 45 pages.

9. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉ
2017-02-27	**2**	Adaptation suite à l'entrée en vigueur du plan d'organisation	

10. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE	SIGNATURE AUTORISÉE