



Titre de la politique : Politique du CUSM relative aux soins de fin de vie	
Manuel : CUSM – Politiques et Procédures	Service / Secteur demandeur : Direction des services professionnels
Politique : <input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Révisée <input type="checkbox"/> Actualisée	Date d'entrée en vigueur : 31 mai 2016
Mots clés : Soins de fin de vie ; soins palliatifs ; directive médicale anticipée ; sédation palliative continue.	
Approuvée par : <input type="checkbox"/> Superviseur/Chef de service <input type="checkbox"/> Risques/Déontologie <input type="checkbox"/> Comité des opérations <input type="checkbox"/> Conseil/Comités	
Étendue : <input checked="" type="checkbox"/> Tout l'hôpital <input type="checkbox"/> Service précis _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	
Site précis : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Site _____	Distribuée à : <input checked="" type="checkbox"/> Personnel <input checked="" type="checkbox"/> Direction <input checked="" type="checkbox"/> Usagers

PRÉAMBULE

La politique qui suit établit les responsabilités du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) en matière de soins de fin de vie et présente les enjeux qui en découlent. Ce document vise à préciser les normes juridiques et éthiques pour guider ce type de soins au sein de l'établissement.

Le jugement clinique des professionnels de la santé doit également être utilisé au sein de la relation thérapeutique pour déterminer les meilleurs soins cliniques à prodiguer dans chaque situation. Chaque patient et/ou chaque unité familiale est unique et la capacité d'être sensible à ces aspects singuliers au sein de la relation thérapeutique contribuera à l'excellence des soins. En plus des normes juridiques et éthiques proposées, une approche engagée, humaine et empreinte de compassion est nécessaire dans un contexte qui peut être particulièrement chargé d'émotions.

Cliniciens et gestionnaires doivent reconnaître que la condition humaine est une réalité complexe faite de tensions, de limites et d'ambiguïtés et qu'au sein de notre société riche de sa diversité, des dilemmes éthiques peuvent survenir entre des normes qui, bien que légitimes, apparaissent en conflit. L'application simpliste d'une norme au détriment d'une autre peut compromettre la capacité de répondre adéquatement aux besoins particuliers de chacun, notamment, dans le domaine des soins de fin de vie.

En réponse à ces défis inhérents, les aspects suivants devraient servir à guider notre action:

- Les normes clairement articulées dans ce document;
- La réflexion que doit entreprendre chaque installation dans l'articulation et l'adaptation de ces normes à leur environnement respectif ;
- Le respect fondamental de l'esprit de la Loi ;
- Une approche de prise décision commune, où les valeurs et les perspectives de chacun, patients et professionnels de la santé confondue sont soigneusement pris en considération ;
- Une approche clinique empreinte de compassion;
- Une appréciation des limites de ce qui peut être accompli afin de répondre aux besoins de la communauté.

À l'aide de cette politique, il est souhaité que les diverses installations du CUSM élaborent des procédures en matière de soins de fin de vie qui contribuent à servir l'intérêt des patients, de leur famille et de la communauté.

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Objectif de la politique

Objectif

La *Loi concernant les soins de fins de vie* prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique s'adresse aux usagers, employés, médecins et bénévoles du CUSM et vise à les guider dans le processus de prise de décision quant aux soins de fin de vie, ainsi qu'à clarifier les rôles, responsabilités et obligations de chacun. Ses principales composantes sont: le programme clinique du CUSM de soins de fin de vie, la sédation palliative continue, l'aide médicale à mourir, et les directives médicales anticipées.

À titre indicatif, 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.

1.2 Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et principes directeurs suivants trouvent leur origine dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* (2014) et dans la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2004). Ceux-ci ont également été retenus dans le *Plan de développement 2015-2020* des soins palliatifs et de fin de vie du MSSS.

1.2.1 Valeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie par le CUSM, 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 ou des professionnels de santé qui s'en occupe.



1.2.2 Principes directeurs

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les intervenants et les gestionnaires de l'établissement dans leur action :

- 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.



2. DÉFINITIONS

1. Usagers

Toute personne qui reçoit des services de santé ou des services sociaux dans l'une ou l'autre des installations du CUSM.

2. Proches

Toute personne de l'entourage du patient qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non professionnel, à une personne – notamment dans un contexte de perte d'autonomie. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

3. 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 jusque dans 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.

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 de l'intervention, les risques et les avantages de celle-ci, que la personne reçoive cette intervention ou non.

5. Arrêt de traitement

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

6. Refus de soin

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

7. 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.

8. 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.

9. Soins de fin de vie

Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie (incluant sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.)

10. 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 et permanente.

11. 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.

12. Directives médicales anticipées

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir. Une directive médicale anticipée (DMA) est basée sur la présomption que les conditions habituelles du consentement sont respectées, soit que les choix sont faits par une personne compétente de façon libre, informée et éclairée.

3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Information aux usagers

Cette politique, le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie, et le code d'éthique seront accessibles sur le site Web public du CUSM (<http://cusc.ca>), dans la section « Loi concernant les soins de fin de vie. »

3.2 Offre de service

- Les soins palliatifs et de fin de vie doivent être offerts aux usagers, peu importe leur pathologie. Le CUSM doit offrir l'accès à l'AMM à travers l'institution, à l'exception de l'Unité de soins palliatifs (sauf circonstances exceptionnelles).

Tel que prévue par la Loi et dans la mesure possible, pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, le CUSM offrira aux usagers une chambre privée.

3.2.1. Procédures pour le transfert des usagers admis au CUSM pour l'aide médicale à mourir

Toute demande de transfert de patients provenant de la communauté pour recevoir l'aide médicale à mourir (AMM) doit être acheminée au président du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) / directeur associé des services professionnels (DSP) du CUSM.

Pour recevoir l'AMM au CUSM, ces patients doivent répondre aux critères suivants :

- I. Le patient répond aux critères légaux d'admissibilité à l'AMM (l'évaluation formelle de l'admissibilité du patient sera confirmée au CUSM au moment du transfert).

ET

- II. Le patient a été admis au CUSM dans les 18 mois précédant sa demande d'AMM pour la même condition médicale motivant sa demande d'AMM.
- III. Le patient ne souhaite pas ou ne peut recevoir l'AMM à domicile de la part du CISSS ou CIUSSS approprié.

OU

- IV. Le patient est admissible pour un transfert au CUSM en vertu d'une entente de services à cet effet (incluant une entente avec un centre d'hébergement ou de soins palliatifs,).

Le CUSM se réserve le droit d'accepter le transfert de tout patient, pour lui offrir l'AMM, qu'il réponde ou non aux critères de transfert dans des circonstances exceptionnelles et ce, dans le but de respecter les besoins et la dignité de tels patients, et l'esprit de la loi.

3.3 Programme clinique de soins de fin de vie

3.3.1 Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie

Les formes de soins de fin de vie à être offerts au CUSM sont :

- Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie;
- l'accès à la sédation palliative continue;
- L'aide médicale à mourir;
- 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 CUSM a ces dernières.

3.3.2. Structure de gouvernance

Le programme de soins de fin de vie est sous l'égide de la Direction des Services Professionnels (DSP).

3.4 Code d'éthique

Le Code d'éthique du CUSM, lequel tient compte des droits des personnes en fin de vie, est accessible sur le site Web public du CUSM (<http://cusm.ca>), dans la section « À propos du CUSM / Notre mission, vision et valeurs. » En outre, le CUSM a l'obligation de remettre ce document à tout usager qu'il héberge et ceux qui en font la demande.

3.5 Entente avec les maisons de soins palliatifs

Lorsque le CUSM conclut une entente avec une maison de soins palliatifs, cette entente doit comprendre les éléments suivants:

- L'offre de services en matière de soins palliatifs de part et d'autre;
- Les mécanismes d'accès de cette offre;
- Les mécanismes de coordination notamment pour l'aide médicale à mourir;
- Les mécanismes de concertation;
- Le soutien clinique offert par le CUSM (ex : outils cliniques, expertise professionnelle);
- Le soutien administratif, le cas échéant (ex : prêt d'équipement, des soins spécialisés non disponibles dans la MSP).

3.6 Direction générale

3.6.1 Rôle du président-directeur général

Tel que prévu par la Loi, le président-directeur général du CUSM 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 demande 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.

Ce rapport sera transmis à la Commission sur les soins de fin de vie, et sera accessible sur le site Web public du CUSM. Le cas échéant, ces responsabilités sont déléguées à la Directrice des services professionnels du CUSM.

3.6.2. Rôle du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) doit, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, 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. De plus, le CMDP ou son comité compétent évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables.

Le CMDP doit être informé par le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans les 10 jours suivant son administration.

Le CMDP doit également être informé par le médecin de l'administration d'aide médicale à mourir en utilisant les formulaires prescrits par le ministère dans les 10 jours suivant son administration.

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.

4 SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

4.1 Conditions

Tel que prévu par la Loi, 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 et éclairé du consentement, en vérifiant, entres autres, qu'il ne résulte pas de pressions extérieures.

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 continu- DT9231*) et être conservé dans le dossier de la personne. 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.

4.3 Avis de déclaration du médecin

Le médecin ayant des privilèges au CUSM qui fournit la sédation palliative continue doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration utilisant le formulaire Déclaration de Sédation Palliative Continue. [accessible sur l'Intranet du CUSM, dans la section « Loi concernant les soins de fin vie. »]

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

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. 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.

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.

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

La décision de la personne de retirer sa demande d'aide à mourir ou d'en reporter l'administration doit être également inscrite à son dossier.

Le CUSM doit s'assurer de fournir au patient toutes les ressources susceptibles d'éclairer sa décision.

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.

5.3 Cas d'objection de conscience

Le CUSM reconnaît le droit des professionnels de la santé à l' « objection de conscience » par rapport à l'AMM. Bien que le CUSM s'engage à respecter tant les droits des patients que ceux des professionnels, notre institution s'assurera que nos patients aient accès à toutes les options et ce, dans des délais raisonnables.

5.3.1 Un médecin

Les médecins engagés dans les soins d'un patient doivent reconnaître toute requête d'AMM transmise par un patient à tout autre professionnel de la santé.

Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir l'AMM et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Il doit aussi informer le patient qu'il avisera le directeur des services professionnels.

Dans l'éventualité où un médecin se prévaut de son droit d' « objection de conscience », il doit en aviser le directeur des services professionnels (DSP).

Dans une telle situation, le médecin doit tout de même s'assurer de la continuité des soins pour ce patient dans le respect du code d'éthique et des souhaits du patient. L'exercice de l' « objection de conscience » n'est pas et ne peut pas être interprété comme l'abandon du patient. La préservation du lien thérapeutique et humain entre un médecin et son patient, autant que les valeurs et principes énoncés dans le Code de déontologie du Collège des médecins du Québec, doivent aller au-delà des valeurs et des convictions personnelles.

5.3.2 Autre professionnel de la santé

Les professionnels de la santé doivent reconnaître toute demande d'information concernant l'AMM ou toute requête d'AMM de la part d'un patient.

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, qui aura la responsabilité d'identifier un remplaçant approprié.

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.

5.4 Critères évalués par le médecin

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

- que la personne rencontre les critères d'admissibilité en vertu de la loi ;
- auprès de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures inappropriées ;
- auprès de la personne du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'information du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques ou palliatives 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;
- 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).

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

Le CUSM a mis en place au sein de son organisation un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir. Trois objectifs encadrent les fonctions de ce groupe: (1) le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, (2) le soutien psychologique, moral ou spirituel aux professionnels qui participent au processus entourant une demande d'AMM, et (3) le soutien aux décideurs de l'établissement qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

6 DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

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

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 et à des interventions précises.
- Les DMA 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 dans la mesure où rien d'indique qu'elles ne respectent pas les normes éthiques et juridiques ayant trait au consentement libre et éclairé.

6.3 Le rôle et les responsabilités des professionnel de la sante

6.3.1. 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;
- 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.

6.3.2. Responsabilités des professionnels de la santé

Tous 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;
- S'assurer, lorsque les DMA lui sont remises par la personne, qu'elle est apte à consentir aux soins et que ses directives correspondent toujours à ses volontés. Le professionnel de la santé ne peut faire de modifications au formulaire de DMA. Seule la personne apte peut modifier ses DMA en remplissant un nouveau formulaire.
- De déposer les DMA de cette personne dans son dossier médical lorsqu'elles lui sont remises.

6.4 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, date et signe 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

6.5 Les conditions d'applicabilité et de validité du DMA

6.5.1. 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 une démence de type Alzheimer ou tout autre type de démence à un stade avancé

Les soins visés pour chaque situation clinique sont :

- Réanimation cardiorespiratoire.
- Ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique. Dialyse rénale.
- Alimentation forcée ou artificielle. Hydratation forcée ou artificielle.

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

6.5.2 Conditions de Validité

- 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.
- 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

6.6 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'incapacité à consentir aux soins* à une personne incapable de consentir à des soins qui se trouvent dans l'une ou l'autre des situations cliniques visées par les DMA et pour lesquelles les soins spécifiques prévus au formulaire seraient indiqués, le médecin doit consulter le Registre des DMA pour vérifier s'il en existe et les suivre si c'est le cas. La vérification dans le Registre des DMA est une exigence de la Loi concernant les soins de fin de vie lorsqu'une personne est incapable de consentir. Toutefois, lors des 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 utiles.
- Seules les DMA portées à la connaissance du professionnel de la santé seront applicables.
- Par ailleurs, une personne pourrait avoir fait ses DMA sans les avoir déposés au Registre et sans les avoir fait déposer à 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 confiées 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 au dossier médical de la personne.
- Lorsqu'il y a révocation des DMA, le formulaire de DMA n'est plus valide et le médecin doit obtenir un consentement pour tous soins requis ultérieurement. Si les DMA étaient présentes au Registre et que la personne retrouve sa capacité à consentir, le médecin devrait lui conseiller de communiquer avec la RAMQ pour mettre à jour ses DMA dans le Registre.

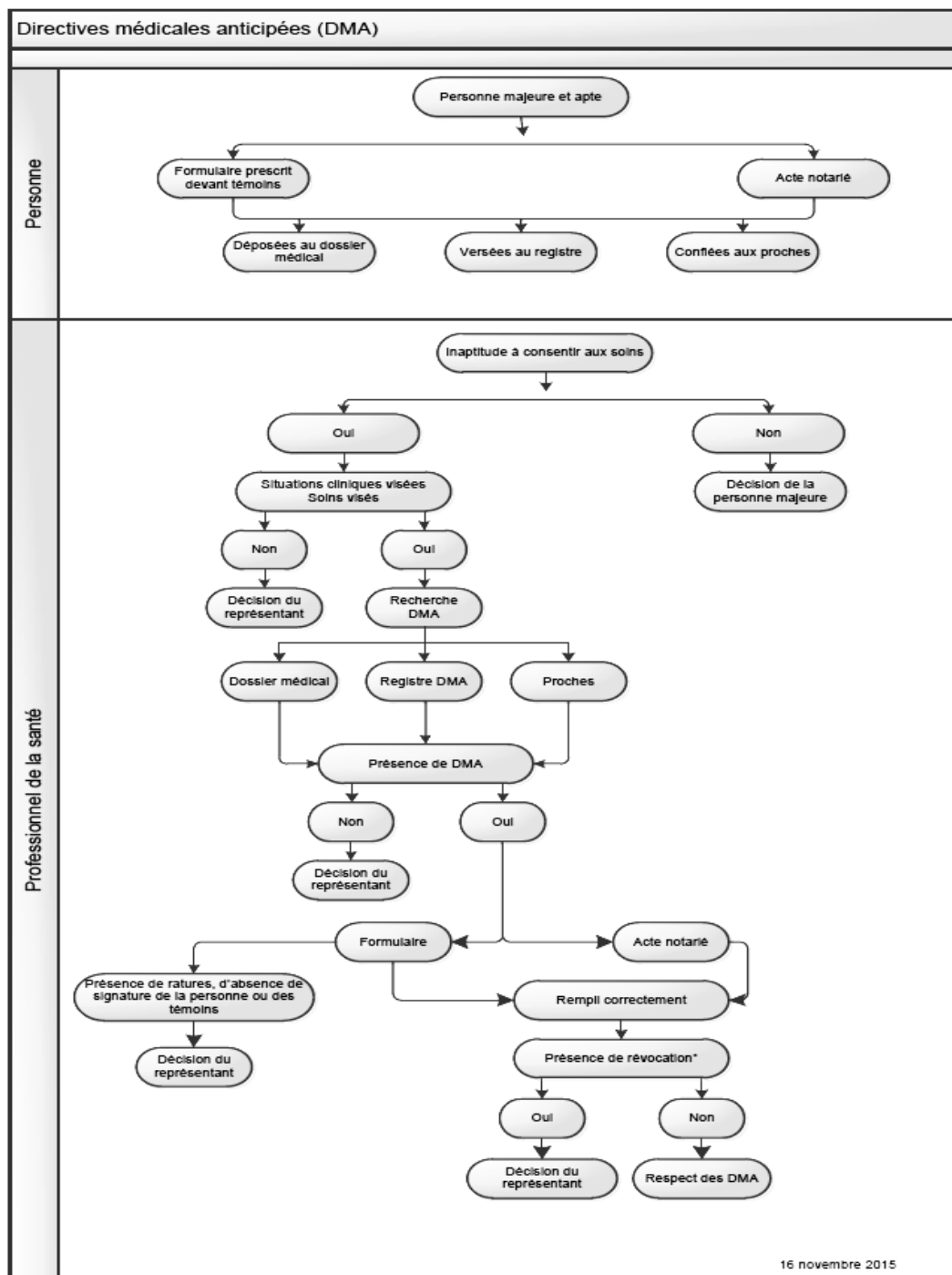
6.7 Considération(s) particulière(s)

Prééminence des DMA

- Les volontés relatives aux soins exprimées dans un mandat donné en prévision de l'incapacité d'une personne ne constituent pas des directives médicales anticipées.
- En cas de conflit entre ces volontés et celles exprimées dans des DMA, ces dernières prévalent.

6.8 Validation des DMA

ALGORITHME DÉCISIONNEL



* La révocation révoque toutes DMA antérieures
 En cas de conflit avec des volontés exprimées par l'auteur des DMA dans un mandat donné en prévision de l'inaptitude, les DMA prévalent (art. 62 de la Loi concernant les soins de fin de vie).

6 LES DISPOSITIONS FINALES

6.1 Entrée en vigueur

Cette politique entre en vigueur le 10 décembre 2015.

6.2 Responsable de l'application

La Direction des services professionnels du CUSM est responsable de l'application de cette politique.

6.3 Diffusion

Cette politique est accessible sur le site Web public du CUSM (<http://cusc.ca>), dans la section [À VENIR]

6.4 Révision

La Direction des services professionnels du CUSM est responsable de la révision de cette politique.
