

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

1. PRÉAMBULE

Cette politique établit les responsabilités de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) en matière de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et les nombreux enjeux qui en découlent. Elle vise à préciser des normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins. Nonobstant ces éléments, le jugement clinique au sein de la relation thérapeutique détermine les meilleurs soins à prodiguer dans les circonstances particulières.

Chaque patient et chaque unité familiale sont uniques et une approche aux soins de qualité dépend souvent de l'habileté à tenir compte avec sensibilité et discernement de ces aspects au sein de la relation thérapeutique. En plus des normes juridiques, éthiques et cliniques, une approche engagée, humaine et qui démontre de la compassion est nécessaire, surtout dans ce contexte chargé émotionnellement.

Cliniciens et administrateurs 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, même entre normes valables et légitimes. L'application simpliste d'une norme au détriment d'une autre ne rend certainement pas justice au souci de répondre adéquatement aux besoins particuliers de chacun, notamment dans le domaine des soins de fin de vie.

Avec cette politique, l'ICM établit les balises pour servir l'intérêt véritable de sa clientèle.

Dans cette politique, toutes les références aux articles de loi découlent de la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 1
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.1 Objet de la politique

La présente politique a pour but d'assurer aux patients en SPFV des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits des patients, de même que l'organisation et l'encadrement des SPFV de façon à ce que tout patient 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, incluant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir (AMM) (art. 8).

Les personnes visées par cette politique sont les patients, les gestionnaires et tous les intervenants impliqués dans les SPFV, à l'ICM.

Les soins palliatifs consistent en « une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leur famille vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention, le soulagement de la souffrance et par l'entremise de l'identification précoce, l'évaluation adéquate et le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels. » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2015).

Les soins de fin de vie consistent en une approche de soins respectueuse de la dignité des patients où tous les moyens nécessaires doivent être mis en œuvre pour prévenir et apaiser leurs souffrances ainsi que celles de leurs proches, jusqu'au décès du patient.

2.2 Orientations ministérielles

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des SPFV. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Elles incluent aussi les nouvelles balises promulguées par la *Loi concernant les soins de fin de vie* (art.19).

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 2
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

2.3 Valeurs et principes directeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en SPV 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 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. La prestation des soins doit être respectueuse des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne, ainsi que de sa culture, ses croyances et pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants de l'ICM 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 SPV 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.

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 3
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE No :
DG-14

3. DÉFINITIONS

Patient : toute personne qui reçoit des services de santé à l'ICM.

Proche : toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre de non professionnel, à une personne ayant une perte d'autonomie est considérée comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Maison de soins palliatifs : organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes qui utilisent ses services.

Aptitude à consentir aux soins : capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Arrêt de traitement : le fait de cesser des soins ou traitements susceptibles de maintenir la vie.

Refus de soin : le fait, pour une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée en centre hospitalier.

Pronostic réservé : prévision peu favorable liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité des lésions selon laquelle les chances de survie de la personne, à court ou moyen terme, sont compromises.

Soins palliatifs : soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé dans le but de soulager leurs souffrances, 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.

Soins de fin de vie : soins palliatifs, sédation palliative continue et AMM offerts aux personnes en fin de vie, et ce, jusqu'au décès de celles-ci.

Sédation palliative continue : soin 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.

AMM : soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un professionnel compétent à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances physiques et/ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables, en entraînant son décès.

Directives médicales anticipées (DMA) : instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins (réanimation cardio-respiratoire, ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique, dialyse rénale, alimentation et hydratation forcée ou artificielle), dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Toutefois, elle ne peut pas, au moyen de telles directives, formuler une demande d'AMM.

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 4
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Information aux patients

L'ICM doit informer ses patients des SPFV 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.

L'ICM met à la disposition de ses patients toute l'information pertinente aux SPFV et rend disponibles les documents suivants sur son site Internet (art. 18 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*) :

- Le code d'éthique;
- La politique relative aux SPFV;
- Le programme clinique de SPFV.

4.2 Offre de service

L'ICM offre des SPFV et veille à ce qu'ils soient fournis aux patients qui les requièrent, en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui leur sont ou qui leur ont été dispensés. Au besoin et selon la volonté du patient, il est dirigé vers son Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou son Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins (art. 11).

Pour la période précédant de quelques jours le décès du patient qui reçoit des SPFV, l'ICM lui offre une chambre qu'il est seul à occuper (art. 12).

Les SPFV sont offerts à tous les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire avancée. Ils sont aussi offerts dans les secteurs de soins critiques aux patients ayant subi des complications graves qui compromettent de façon importante le pronostic et la survie.

4.3 Programme clinique de SPFV

L'ICM prévoit dans son plan d'organisation, un programme clinique de SPFV. Ce programme est accessible aux patients sur le site Internet et est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 9).

4.4 Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par l'ICM en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux tient compte des droits des personnes en fin de vie (art. 10) et est accessible sur le site Internet.

4.5 Entente avec les maisons de soins palliatifs

Compte tenu de son statut suprarégional, l'ICM n'a pas d'entente formelle avec des maisons de soins palliatifs.

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 5
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

4.6 Entente avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal

Les patients de l'ICM peuvent bénéficier d'un accompagnement des équipes de SPFV des centres locaux de services communautaires (CLSC) et de celle de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD), afin d'optimiser le retour et surtout le maintien à domicile.

Une entente de partenariat formelle est en vigueur depuis le 28 juin 2018, avec la SSPAD. Elle permet à certains patients de l'ICM, résidants sur l'île de Montréal, d'avoir accès rapidement à des SPFV de haute qualité, à domicile et de s'assurer que les dispositions relatives à la Loi 2 concernant les soins de fin de vie soient respectées.

4.7 Direction générale

4.7.1 Rôle de la présidente-directrice générale

La présidente-directrice générale (PDG) de l'ICM fait un rapport annuel 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 SPFV;
- Le nombre de sédations palliatives continues administrées;
- Le nombre de demandes d'AMM formulées;
- Le nombre de demandes d'AMM administrées;
- Le nombre de demandes d'AMM qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'ICM et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie au plus tard le 30 juin de chaque année (art. 38). L'ICM doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion (art. 8).

À l'ICM, la PDG a désigné le directeur des services professionnels (DSP) et la directrice des soins infirmiers (DSI) comme étant les personnes responsables de l'application de cette politique. Les coprésidentes du programme clinique de SPFV sont désignées par le DSP et la DSI et elles sont également répondantes au MSSS pour les SPFV, à l'ICM.

4.7.2 Rôle du DSP

Le DSP désigne un médecin comme coprésident médical du programme clinique de SPFV de l'ICM, pour un mandat d'une durée de trois ans. Le coprésident médical est désigné selon un processus de sélection auquel participe le DSP, la DSI et la PDG.

4.7.3 Rôle de la DSI

La DSI désigne une conseillère en soins infirmiers du secteur conseil aux pratiques professionnelles comme coprésidente du programme clinique de SPFV de l'ICM.

APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 6
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

4.7.4 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 (CII) de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'AMM. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés (art. 33).

Le CMDP procède également à l'évaluation de la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'AMM.

4.7.5 Rôle du CII

Le CII 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'AMM (art.33).

5. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

5.1 Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, le patient en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour lui doit, entre autres, être informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

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

Pour bénéficier de la sédation palliative continue, le patient doit avoir un pronostic vital de < 2 semaines.

5.2 Consentement

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

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

5.3 Avis de déclaration du professionnel compétent

Le professionnel compétent qui fournit la sédation palliative continue à l'ICM doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration (art. 34) en utilisant le formulaire d'avis d'une sédation palliative continue (ICM 402).

APPROUVÉE PAR :
Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :
Mars 2016

Page : 7
De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

6. AIDE MÉDICALE À MOURIR

6.1 Demande d'une aide médicale à mourir

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir (AMM) au moyen du formulaire (AH-881) prescrit par le MSSS. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé et des services sociaux ainsi que d'un témoin indépendant du patient, qui doit le contresigner.

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 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 (art. 27).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM (art. 28).

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

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne, tout renseignement ou document en lien avec la demande d'AMM, que le professionnel compétent l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'AMM, les motifs de la décision du professionnel compétent et, le cas échéant, l'avis du professionnel compétent consulté (art. 32). Doit être également inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration (art. 32).

6.2 Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'AMM, 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 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).

* Lorsqu'une personne en **fin de vie** est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande, le professionnel compétent peut tout de même lui administrer l'AMM pourvu qu'au moment où elle a fait sa demande, elle était en fin de vie et apte à consentir aux soins ainsi que :

1° toutes les conditions prévues ci-dessus ont été satisfaites;

2° elle avait consenti, par écrit, au moyen du formulaire prescrit par le ministre (AH-890) et en présence d'un professionnel compétent, dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'AMM, à la recevoir même si elle perdait son aptitude à consentir aux soins avant son administration.

APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 8

De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

Tout refus de recevoir l'AMM manifesté par une personne visée doit être respecté et il ne peut d'aucune manière y être passé outre.

6.3 Cas d'objection de conscience

6.3.1 Professionnel compétent à évaluer la demande d'AMM

Tout professionnel compétent qui exerce sa profession à l'ICM et qui refuse de procéder à l'évaluation d'une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, aviser l'équipe de SPFV ainsi que le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) et leur transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. Le GIS doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un professionnel compétent qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

6.3.2 Autres professionnels de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles, mais il 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).

6.4 Critères évalués par le professionnel compétent

Avant d'administrer l'AMM, le professionnel compétent 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'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- De la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, 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 professionnel compétent confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 (art. 29).

APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 9

De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

6.5 Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)

L'ICM a mis en place un GIS à l'AMM. Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe :

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

Le GIS est composé de différents intervenants et professionnels. Il est sous la gouverne du DSP et il reçoit toutes les demandes confirmées d'AMM (formulaire signé) suite à l'évaluation de l'équipe de SPFV.

Les travaux de ce groupe visent à soutenir la pratique par rapport à l'AMM en développant diverses stratégies, en collaboration avec le comité du programme clinique de SPFV, telles que :

- Élaboration de lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'AMM;
- Mise en place d'une procédure si objection de conscience d'un professionnel ;
- Interventions de soutien directes sur le terrain par des cliniciens du GIS;
- Développement d'outils cliniques en fonction des besoins.

7. DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant des directives médicales anticipées (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 MSSS (art. 51 à 64). Toutefois, elle ne peut pas, au moyen de telles directives, formuler une demande d'AMM.

7.2 Conditions

- Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins;
- Le formulaire limite les DMA à des situations cliniques précises;
- Les DMA peuvent être déposées au registre des DMA ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

7.3 Consentement

Les DMA ont la même valeur que les volontés exprimées par la personne. Les professionnels de la santé qui y ont accès **ont l'obligation de les respecter** dans des situations cliniques précises.

Les DMA peuvent être révoquées à tout moment par leur auteur au moyen du formulaire prescrit par le ministre et ne peuvent être modifiées que par la rédaction de nouvelles directives (art. 54).

En cas d'urgence, lorsqu'une personne apte exprime verbalement des volontés différentes de celles qui se retrouvent dans ses DMA, cela entraîne leur révocation (art. 54).

APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 10

De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

SUJET : Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie

POLITIQUE N° :
DG-14

8. LES DISPOSITIONS FINALES

8.1 Entrée en vigueur/adoption

Une version préliminaire de la présente politique est entrée en vigueur le 10 décembre 2015 tel que prescrit par la *Loi concernant les soins de fin de vie*. La révision la plus récente a été adoptée le 5 décembre 2023.

8.2 Diffusion

La version finale sera diffusée à l'ensemble des intervenants à la suite de son adoption par le conseil d'administration de l'ICM et sera disponible sur le site web de l'ICM.

8.3 Révision

La présente politique est révisée tous les trois ans ou au besoin, lors de changements législatifs ou réglementaires.

9. RÉFÉRENCES

CSSS DE LAVAL, *Politique relative aux soins de fin de vie*, 2015.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Guide d'exercice : La sédation palliative en fin de vie*, 2015.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Guide d'exercice : L'aide médicale à mourir*, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Loi concernant les soins de fin de vie*, 2023.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2023.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Portail santé mieux être*, 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Définition des soins palliatifs*, 2015.

APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 5 décembre 2023
Résolution CA-2023-84

EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 11

De : 11

Dates de révision : mars 2016, mars 2020, décembre 2023