

Politique relative aux soins de fin de vie
d'un établissement de santé et de services sociaux

Adoptée par le conseil d'administration de
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Le 30 septembre 2015 à Montréal

Sommaire

PRÉAMBULE	1
Chapitre I Dispositions générales.....	2
1.1 Objet de la politique	2
1.2 Orientations ministérielles	2
1.3 Valeurs et principes directeurs	3
Chapitre II Définitions	5
2.1 Usagers	5
2.2 Proches	5
2.3 Maison de soins palliatifs	5
2.4 Aptitude à consentir aux soins	5
2.5 Arrêt de traitement	5
2.6 Refus de soin	5
2.7 Pronostic réservé	5
2.8 Soins palliatifs	5
2.9 Soins de fin de vie	6
2.10 Sédation palliative continue	6
2.11 Aide médicale à mourir	6
2.12 Directives médicales anticipées	6
Chapitre III Rôles et responsabilités de l'établissement.....	7
3.1 Information aux usagers	7
3.2 Offre de service	7
3.3 Programme clinique de soins de fin de vie	8
3.4 Code d'éthique	8
3.5 Entente avec la maison de soins palliatifs	9
3.6 Direction générale	9
Chapitre IV Sédation palliative continue.....	12
4.1 Conditions	12
4.2 Consentement	12
4.3 Avis de déclaration du médecin	12

Chapitre V	Aide médicale à mourir	14
5.1	Demande d'une aide médicale à mourir	14
5.2	Conditions d'admissibilité	15
5.3	Cas d'objection de conscience	15
5.4	Critères évalués par le médecin	16
5.5	Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir	17
Chapitre VI	Directives médicales anticipées	18
6.1	Conditions	18
6.2	Consentement	18
Chapitre VII	Les dispositions finales	19
7.1	Entrée en vigueur/adoption	19
7.2	Responsable de l'application ou personne désignée	19
7.3	Diffusion	19
7.4	Révision	19

PRÉAMBULE

La politique qui suit établit les responsabilités de l'établissement en matière de soins de fin de vie et les nombreux enjeux qui en découlent. Ce document précise les normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins.

Toutefois, en bout de ligne, ce sera le jugement clinique au sein de la relation thérapeutique qui déterminera les meilleurs soins cliniques à prodiguer dans les circonstances particulières. Chaque patient ou chaque unité familiale est unique et une approche aux soins de qualité dépendra souvent de l'habileté à tenir compte avec sensibilité et discernement de ces aspects singuliers au sein de la relation thérapeutique. En plus des normes juridiques, éthiques et cliniques, une approche engagée, humaine, libre et responsable qui démontre de la compassion 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.

Chapitre I Dispositions générales

1.1 Objet de la politique

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Une définition des soins palliatifs. 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».
- Les acteurs visés par la politique de l'établissement doivent être clairement identifiés, soit principalement : les usagers, les gestionnaires et tous les intervenants de l'établissement concernés par les soins de fin de vie.
- La présentation des principaux éléments retenus par l'établissement comme composantes de sa politique relative aux soins de fin de vie.

1.2 Orientations ministérielles

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Le ministre détermine les orientations dont doit tenir compte un établissement (un CIUSSS est un établissement) 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)

IDENTIFICATION DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Le MSSS a émis des orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins de fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Plus récemment, elles incluent aussi les nouvelles balises promulguées par la Loi concernant les soins de fin de vie.

1.3 Valeurs et principes directeurs

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.

PRINCIPES DIRECTEURS

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

Chapitre II 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 Maison de soins palliatifs

Les maisons de soins palliatifs sont des organismes privés à but non lucratif, gérées par des conseils d'administration 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 de soutenir les proches jusqu'à l'étape 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.

2.4 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.

2.5 Arrêt de traitement

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

2.6 Refus de soin

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

2.7 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.

2.8 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.

2.9 Soins de fin de vie

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

2.10 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, jusqu'à son décès.

2.11 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.

2.12 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.

Chapitre III Rôles et responsabilités de l'établissement

3.1 Information aux usagers

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Tout CIUSSS doit, après consultation des établissements et des maisons de soins palliatifs de son territoire, déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie qu'il dispense. (art. 17)

Le CIUSSS doit informer la population de son territoire des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours.

Ces renseignements doivent notamment être accessibles sur le site Internet du CIUSSS. (art. 18)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Rendre disponibles sur le site Internet de l'établissement (CIUSSS, CH et Instituts) les informations requises et devant se retrouver dans les documents suivants :
 - le code d'éthique
 - la politique relative aux soins de fin de vie
 - le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie

3.2 Offre de service

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Tout établissement doit 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.

À cette fin, il doit notamment mettre 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).

Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, l'établissement doit lui offrir de l'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. (art. 11)

Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper. (art. 12)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- 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.
- L'établissement doit élaborer une procédure de transfert vers ses installations ou vers une maison de soins palliatifs pour une personne à qui il est dans l'impossibilité de prodiguer des soins de fin de vie à domicile.
- L'établissement doit prévoir dans sa gestion des lits, la disponibilité d'une chambre pour l'utilisateur. À cet effet, une entente interne entre les principaux départements concernés quant à la priorisation des patients en situation simultanée de besoins doit être élaborée.

3.3 Programme clinique de soins de fin de vie

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. Le plan doit également prévoir l'offre de service en soins de fin de vie à domicile si l'établissement exploite un centre local de services communautaires.

Le programme clinique de soins de fin de vie doit être transmis à la Commission sur les soins de fin de vie. (art. 9)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Les composantes essentielles d'un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie
- Son inclusion dans le plan d'organisation de l'établissement
- Le document est accessible aux usagers

3.4 Code d'éthique

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie. (art. 10)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Le code d'éthique de l'établissement tient compte des droits des personnes en fin de vie.
- L'établissement doit remettre un code d'éthique à tout usager qu'il héberge et à ceux qui en font la demande.

3.5 Entente avec la maison de soins palliatifs

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

La maison de soins palliatifs et l'établissement concluent une entente sur la nature des services fournis par l'établissement dans les locaux de la maison. Cette entente doit aussi déterminer les mécanismes de surveillance mis en place pour assurer la qualité des soins fournis dans la maison de soins palliatifs.

Sur demande de l'établissement, la maison de soins palliatifs lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente. Les modalités de communication de ces renseignements sont prévues à l'entente. (art. 14)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

Les modalités d'encadrement administratif des maisons en soins palliatifs (MSP) prévoient la signature d'entente avec un ou plusieurs CIUSSS. Celle-ci précise :

- l'offre de service 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 CIUSSS, ex. : outils cliniques, expertise professionnelle;
- le soutien administratif, le cas échéant, ex. : prêt d'équipement, soins spécialisés non disponibles dans la MSP.

3.6 Direction générale

Rôle du président-directeur général

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Le président-directeur général de l'établissement 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 ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis 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. 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 président-directeur général d'un établissement doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois. L'établissement 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)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- La délégation des responsabilités du PDG, le cas échéant.

Rôle du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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 l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (art. 33)

Le CMDP, ou son comité compétent, évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables. (art. 34)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- L'identification des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir dans l'établissement.
- Le mécanisme d'évaluation de la qualité des soins fournis.

Rôle du conseil des infirmières et infirmiers

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Le conseil des infirmières et infirmiers 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'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (art. 33)

Le CII, évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables. (art. 34)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- L'identification des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir dans l'établissement.
- Le mécanisme d'évaluation de la qualité des soins fournis.

Chapitre IV Sédation palliative continue

4.1 Conditions

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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

Si la personne qui consent à la sédation palliative continue 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 pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être mineur ou majeur inapte. (art. 25)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Identifier et informer les personnes travaillant dans l'établissement qui pourraient agir comme tiers.

4.3 Avis de déclaration du médecin

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement, dans les locaux de la maison de soins palliatifs ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration. (art. 34)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Le CMDP doit élaborer un formulaire d'avis d'une sédation palliative continue.

Chapitre V Aide médicale à mourir

5.1 Demande d'une aide médicale à mourir

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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.

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. (art. 26)

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 pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être mineur ou majeur inapte. (art. 27)

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

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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

a. Un médecin

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement 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 président-directeur général (PDG) ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le PDG, ou la personne qu'il a désignée, 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 professionnels et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le PDG de l'instance locale 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)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- La procédure de traitement d'un cas d'objection de conscience d'un médecin de l'établissement.
- La procédure de traitement d'un cas d'objection de conscience d'un médecin travaillant dans un cabinet privé de professionnels qui réfère une demande d'aide médicale à mourir à l'établissement.

b. Autre professionnel de la santé

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles.

Le professionnel doit 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)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- La procédure du remplacement d'un professionnel qui refuse de participer à une aide médicale à mourir pour des raisons personnelles.

5.4 Critères évalués par le médecin

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

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 s'assurant qu'elle détient 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;
- d'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévus à l'article 26. (art. 29)

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

- Accès au dépliant Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir

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

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

Obligation pour l'établissement de mettre en place au sein de son organisation un Groupe interdisciplinaire de soutien (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 et 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 peut être créé de toutes pièces, être intégré à un comité ou service d'éthique clinique existant ou selon toute autre modalité adaptée à l'établissement.

Chapitre VI Directives médicales anticipées

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en transmettant des directives médicales anticipées 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 (articles 51 à 64)

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 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.

CE QUI DOIT ÊTRE INCLUS

Une procédure concernant les DMA devrait comprendre :

- le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les personnes qui souhaitent émettre leurs directives médicales anticipées;
- les modalités concernant le dépôt au dossier médical des directives médicales anticipées par les professionnels de la santé;
- les conditions de validité et d'application des directives médicales anticipées;
- les modalités d'accès aux directives médicales anticipées pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre, qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des directives médicales anticipées.

Chapitre VII Les dispositions finales

7.1 Entrée en vigueur/adoption

7.2 Responsable de l'application ou personne désignée

7.3 Diffusion

7.4 Révision

Politique #
Entrée en vigueur :
Responsable de l'application :
Diffusion :
Révision :