

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**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 cliniques 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 : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page : 1**  
**De : 12**

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
DG-14

### 2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 2.1 Objet de la politique

La présente politique a pour but d'assurer aux patients en fin de vie 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 soins de fin de vie 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 (art. 8).

Les personnes visées par cette politique sont les patients, les gestionnaires et tous les intervenants impliqués dans les soins palliatifs et de fin de vie à l'ICM.

Les soins palliatifs consistent à « 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. » (Référence : Organisation mondiale de la santé (OMS).

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.

#### 2.2 Orientations ministérielles

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins palliatifs et de fin de vie. 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 : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page :** 2  
**De :** 12

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
DG-14

### 2.3 Valeurs et principes directeurs

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 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 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.

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page : 3**  
**De : 12**

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**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 privé à but non lucratif géré par un conseil d'administration indépendant et qui fait une large place à la contribution des bénévoles. Il est titulaire d'un agrément délivré par le ministre, ce qui lui 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.

**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 plus ou moins long 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 aide médicale à mourir offerts aux personnes en fin de vie.

**Sédation palliative continue :** soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, à la demande de cette dernière, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

**Aide médicale à mourir :** soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de cette dernière, dans le but de soulager ses souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables, entraînant son décès.

**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. Toutefois, elle ne peut pas, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page :** 4  
**De :** 12

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**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 (référer à l'article 18 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*) :

- le code d'éthique ;
- la politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie ;
- le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie.

#### 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 lui sont ou qui lui ont été dispensés. Au besoin et selon la volonté du patient, il est dirigé vers le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) d'appartenance 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 SPFV, l'ICM offre au patient 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 la maison 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 : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page :** 5  
**De :** 12

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
DG-14

### 4.6 Direction générale

#### 4.6.1 Rôle du président-directeur général (PDG)

Le 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 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 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).

Pendant les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le PDG de l'ICM doit transmettre ce rapport tous les six mois au conseil d'administration de l'établissement. Il doit également le transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie et le publier sur le site Internet de l'ICM (art. 73).

À l'ICM, le 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. Le DSP et les coprésidents du programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie sont également désignés en tant que répondants au ministère de Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les SPFV à l'ICM.

#### 4.6.2 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 (CII), 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 à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir (art.34). Cette évaluation de la qualité des soins fournis se fait par le biais des rencontres mensuelles du comité de programme des soins palliatifs et de fin de vie.

**APPROUVÉE PAR :**

Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**

Mars 2016

**Page :** 6  
**De :** 12

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
**DG-14**

### 4.6.3 Rôle du conseil des infirmières et infirmiers

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

### 5.2 Consentement

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 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 médecin

Le médecin 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 : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**

Mars 2016

**Page : 7**  
**De : 12**

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**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 au moyen du formulaire (MSSS, AH-881) 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 et 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 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'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).

#### 6.2 Conditions d'admissibilité

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

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

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page : 8**  
**De : 12**

**Dates de révision :**



## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
**DG-14**

### 6.3 Cas d'objection de conscience

#### 6.3.1 Un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession à l'ICM et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, aviser le PDG ou le DSP et lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le PDG ou le DSP doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

#### 6.3.2 Autres professionnels de la santé

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

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

### 6.4 Critères évalués par le médecin

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

- auprès de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures ;
- auprès de la personne du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'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'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 prévues à l'article 26 (art.29).

À la demande du patient, le dépliant Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir lui est remis.

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page :** 9  
**De :** 12

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
**DG-14**

### 6.5 Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir

L'ICM a mis en place 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 ;
- 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 sera consulté au besoin lors d'une demande d'aide médicale à mourir (AMM).

Les travaux de ce groupe, sous la coordination de la direction des services professionnels, visent essentiellement à soutenir la pratique par rapport à l'AMM en développant diverses stratégies 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

Le GIS est avisé au besoin par un clinicien du programme clinique des soins palliatifs et de fin de vie. Le GIS joue un rôle central tout au long de la réponse à apporter à une personne qui demande une AMM. Notamment lorsque des difficultés sont soulevées, par exemple la recherche d'un confrère ayant une compétence complémentaire, la recherche d'un second médecin indépendant, la recherche d'un pharmacien ou d'une infirmière qui n'aurait pas d'objection de conscience vis-à-vis de l'AMM, l'orientation vers des ressources appropriées pour l'accompagnement des proches, des soignants soit en cours de processus ou lors du deuil. Le tout en collaboration avec les autres instances dont la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires et des trois Conseils cliniques (CMDP, CM, CII).

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page : 10**  
**De : 12**

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**POLITIQUE N° :**  
**DG-14**

### 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 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 (art. 51 à 64). Toutefois, elle ne peut pas, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

#### 7.1 Conditions

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

#### 7.2 Consentement

Les directives médicales anticipées 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.

La procédure concernant les directives médicales anticipées est incluse dans les documents *Guide du citoyen* et *Guide du soignant* élaborés par le MSSS.

Ces guides comprennent :

- le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les personnes souhaitant 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.

**APPROUVÉE PAR :**  
Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

**EN VIGUEUR :**  
Mars 2016

**Page : 11**  
**De : 12**

**Dates de révision :**

## INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**SUJET :** Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

**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 version finale sera diffusée à la suite de son adoption par le conseil d'administration de l'ICM.

#### 8.2 Responsable de l'application ou personne désignée

À l'ICM, le PDG a désigné le DSP et la DSI comme étant les personnes responsables de l'application de cette politique.

#### 8.3 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.

#### 8.4 Révision

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

### 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*, 2015 (document consulté en décembre 2015).

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS\\_32\\_0001%2FS32\\_0001.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004 (document consulté en décembre 2015).

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-828-02.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Portail santé mieux être*, 2015 (page consultée en janvier 2016).

<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/soins-palliatifs/>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Définition des soins palliatifs*, page consultée en décembre 2015.

<http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>

#### APPROUVÉE PAR :

Conseil d'administration : 21 mars 2016  
Résolution CA-2016-29

#### EN VIGUEUR :

Mars 2016

Page : 12

De : 12

#### Dates de révision :