

PROGRAMME CLINIQUE DE SOINS DE CONFORT ET D'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE



*« Prenons soin des
autres comme nous
le souhaiterions
pour nous-mêmes »*

FÉVRIER 2017



centre le cardinal inc.



12900, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec)
H1A 1R9

Téléphone : (514) 645-2766
Télécopieur : (514) 640-6267

Programme clinique de soins de confort et d'accompagnement en fin de vie

Septembre 2012

Révisé : Février 2017

TABLE DES MATIÈRES

Charte des droits du mourant	1
Introduction.....	2
But.....	4
Valeurs et principes directeurs.....	4
Objectifs généraux visés par le programme	5
Objectifs particuliers	5
Actualisation de l'offre de service.....	6
L'offre de service de base	6
La planification préalable des soins de fin de vie	6
Les directives médicales anticipées (DMA).....	7
La sédation palliative continue (SPC)	7
L'aide médicale à mourir (AMM)	7
Le suivi du deuil.....	7
L'évaluation du programme.....	8
Profils des compétences.....	9
Rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire	13
Mesures de soutien complémentaires.....	17
Consigne post-mortem.....	18
Conclusion	19
Bibliographie.....	20
Liste des annexes.....	21

CHARTRE DES DROITS DU MOURANT ¹

- *J'ai le droit de vivre le mieux possible jusqu'à la dernière minute de ma vie.*
- *J'ai le droit d'être traité comme un être humain jusqu'à ma mort.*
- *J'ai le droit de garder espoir même si les raisons de mon espoir varient.*
- *J'ai le droit d'exprimer mes sentiments et mes émotions à ma manière, concernant l'approche de la mort.*
- *J'ai le droit de participer aux décisions à prendre concernant les soins à me donner.*
- *J'ai le droit de recevoir l'attention de l'équipe médicale, même s'il devient évident que je ne guérirai pas.*
- *J'ai le droit de ne pas mourir seul.*
- *J'ai le droit de ne pas avoir mal.*
- *J'ai le droit d'obtenir une réponse honnête à mes questions.*
- *J'ai le droit de ne pas être trompé.*
- *J'ai le droit d'obtenir de l'aide venant de ma famille, afin de pouvoir accepter ma mort et ma famille a le droit de recevoir de l'aide, afin de mieux pouvoir accepter ma mort.*
- *J'ai le droit de mourir dans la paix et la dignité.*
- *J'ai le droit de conserver mon individualité et de ne pas être jugé si mes décisions vont à l'encontre des croyances de ceux qui me soignent.*
- *J'ai le droit de discuter et de partager mes expériences religieuses et spirituelles, même si elles sont différentes de celles des autres.*
- *J'ai le droit d'attendre qu'on respecte mon corps après ma mort.*
- *J'ai le droit d'être soigné par des gens capables de compassion et de sensibilité, compétents dans leur profession, qui s'efforceront de comprendre mes besoins et qui sauront trouver de la satisfaction pour eux-mêmes dans le support qu'ils m'apporteront alors que je serai confronté à la mort.*



¹ Charte des droits du mourant, soins palliatifs
www.soignantenehpad.fr/chartes/charte-des-droits-du-mourant.HTML

INTRODUCTION

Selon les données recueillies auprès de l'Institut de la statistique du Québec, Perspectives de la population du Québec, 1996-2051, le vieillissement de la population se traduira inévitablement par une augmentation substantielle du nombre de décès. De 56 780 qu'il était en 2000, ce nombre passera à 69 720 (+23%) en 2015 et à 101 289 (+78%) en 2050². Ces augmentations toucheront surtout les groupes d'âge très avancés, d'où une forte concentration des décès chez les personnes très âgées. Ces tendances, entraîneront un accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies évolutives et souvent chroniques. On estime que près des trois quarts des personnes décèdent en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)³. De nombreux aînés souffrent de problèmes de santé chroniques ou d'affections graves qui évoluent vers une phase terminale. Lorsque survient une maladie incurable, des soins de fin de vie adaptés aux besoins spéciaux des aînés s'avèrent nécessaires. Ces besoins incluent les soins palliatifs et, dans le prolongement, les soins de relève aux membres de la famille⁴.

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches »⁵. L'Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa, Canada, 2013, précise que les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et la qualité du décès⁶.

La loi sur les services de santé et les services sociaux mentionne que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par le résident ou, le cas échéant, son représentant légal⁷.

Compte tenu de cette analyse, le Centre Le Cardinal veut se doter d'un programme de soins de confort et d'accompagnement en fin de vie. Un des engagements du centre envers les résidents et leurs proches, est de leur offrir des traitements et des soins appropriés et personnalisés.

Accompagner la personne en fin de vie, c'est reconnaître et respecter ses droits. C'est une démarche dynamique et participative où l'écoute, la communication, l'information et la

² Institut de la statistique du Québec, Perspectives de la population du Québec, 1996-2051, selon le scénario de référence

³ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2013)

⁴ Un guide des soins en fin de vie aux aînés, Santé Canada

⁵ Organisation mondiale de la santé

⁶ Association canadienne de soins palliatifs, modèle de soins palliatifs (2013)

⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2)

considération des proches, favorisent une relation de confiance. C'est aussi celui des soins de confort qui visent à soulager le résident et à l'accompagner jusqu'à la mort⁸.

De plus, une attention particulière doit être portée à la période qui suit la mort. À la suite du décès, l'accompagnement se poursuit auprès des proches dans leur cheminement du deuil, pour que celui-ci soit serein et réconfortant. Le soutien aux proches doit faire partie intégrante des soins prodigués.

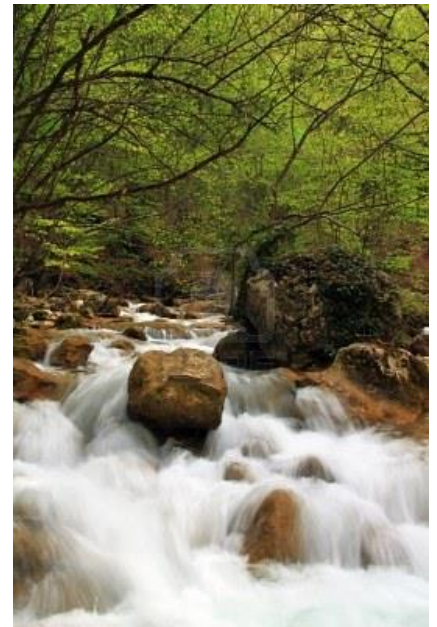


⁸ Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition (2013)

BUT

La nécessité de se doter d'un programme clinique de soins de confort et d'accompagnement en fin de vie favorise le déploiement de soins de qualité et permet aux intervenants du centre, d'avoir en main des outils pour baliser l'organisation des services et mieux planifier l'action sur le terrain.

Ce programme permettra aux résidents de recevoir des soins de fin de vie appropriés à leur condition dans le plus grand respect de leur dignité, à soulager leur souffrance et à améliorer leur qualité de vie.⁹



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 résident 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 du résident à toute prise de décision le concernant; à cette fin, toute décision devra recevoir le consentement libre et éclairé du résident et se faire dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, il est informé de tout ce qui le 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 du résident et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants dans leurs actions :

- Le résident 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 résidents 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 du résident en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative;
- 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.

⁹ Modèle de guide des soins palliatifs, Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa, Canada, (2002)

OBJECTIFS GÉNÉRAUX VISÉS PAR LE PROGRAMME

Préserver la qualité de vie et la dignité des résidents en soins de fin de vie est l'un des éléments primordiaux de ce programme. Les intervenants agissent dans le meilleur intérêt des résidents en prodiguant des soins appropriés, tout en évitant l'acharnement thérapeutique.

Les principes éthiques gouvernent la philosophie du programme et reposent sur des principes moraux d'autonomie, de respect, de dignité, de bienfaisance et de justice. Le résident demeure au centre des préoccupations, des décisions et des projets. Celui-ci et ses proches sont reconnus comme partenaires des décisions à prendre. Les proches participent, dans la mesure de leurs capacités, aux soins requis par l'état de la santé du résident. Le soutien aux proches est également un élément du programme.

Le programme s'applique d'ailleurs à définir les processus qui visent à :

- Assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des résidents;
- Consacrer l'importance des soins de fin de vie accessibles pour tous et prévoir l'organisation et l'encadrement de ceux-ci;
- Reconnaître la primauté des volontés relatives aux objectifs de soins exprimés clairement et librement par un résident, notamment par la planification préalable des soins de fin de vie et la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

OBJECTIFS PARTICULIERS

- Rechercher et appliquer les directives médicales anticipées d'un résident inapte à consentir à ses soins;
- Offrir des services de confort et d'accompagnement de qualité en fin de vie;
- Informer le résident et ses proches sur les soins de fin de vie (soins palliatifs, sédation palliative continue, aide médicale à mourir);
- Explorer les différentes options de soins de fin de vie et accompagner le résident et ses proches dans leurs choix et leur cheminement;
- S'assurer que les décisions et le consentement relatifs aux soins de fin de vie sont libres et éclairés;
- Assurer la formation des différents intervenants en matière de soins de fin de vie et à l'approche des soins palliatifs et tout particulièrement sur l'évaluation de la douleur;
- Élaborer des outils standardisés visant la prise en charge de la clientèle cible, ainsi que des approches et des méthodes à jour, de soulagement de la douleur;

- Établir et définir les rôles et responsabilités de chacun des intervenants dans un contexte de soins en fin de vie, en tenant compte des connaissances et des compétences reliées à tous les aspects du processus de soins propre à leur champ de pratique ¹⁰ ;
- Offrir les services avec l'intensité requise et selon les normes reconnues de pratique, selon une approche globale du résident et respectueuse de sa dignité;
- Établir des instructions claires quant aux niveaux de soins appropriés;
- Soutenir les proches dans le processus menant à la perte d'un être cher et orienter nos approches et nos services vers la qualité des soins et la satisfaction de la clientèle.

ACTUALISATION DE L'OFFRE DE SERVICE

L'offre de service de base

L'offre de service de l'établissement est conforme à la Loi concernant les soins de fin de vie et comprend les éléments suivants :

- La planification préalable des soins de fin de vie;
- Les soins palliatifs;
- La sédation palliative continue;
- L'aide médicale à mourir.

Tous ces services sont offerts en conformité avec les lignes directrices officielles dans un esprit de respect de la dignité du résident et de son autonomie. Les services sont adaptés aux besoins spécifiques du résident et se conforment à ses objectifs, incluant la cessation de soins qui peut être exprimée de diverses façons, dont les directives médicales anticipées et lors de la détermination du niveau de soins. L'ensemble des besoins biopsychosociaux, moraux et spirituels est considéré.

Tous les soins et services de fin de vie sont dispensés par une équipe interdisciplinaire soutenue par une équipe de gestionnaires.

Les critères d'admissibilité en liens avec les soins de fin de vie sont détaillés dans notre politique et procédures relative aux soins de fin de vie ainsi que dans nos protocoles interdisciplinaires de sédation palliative continue et d'aide médicale à mourir.

La planification préalable des soins de fin de vie

Il s'agit d'un processus de discussion qui permet de mieux encadrer les priorités du résident et les différents points dont l'équipe devra tenir compte, particulièrement pour les soins à donner, s'il y avait détérioration de la condition du résident. Ces discussions se font avec l'équipe interdisciplinaire, en amont des problèmes.

¹⁰ Modèle de guide des soins palliatifs, Association canadienne des soins palliatifs, Ottawa, Canada, (2002)

La planification préalable des soins est complémentaire aux directives médicales anticipées et au niveau d'intervention médicale puisqu'elle n'est pas spécifique à un traitement ou une intervention donnée. Ce processus fait le pont entre le testament de vie, le niveau d'intervention médicale et les directives médicales anticipées.

Les directives médicales anticipées (DMA)

Cette pratique est encadrée par un guide du ministère de la Santé et des Services sociaux "Document de soutien pour les professionnels de la santé, Directives médicales anticipées". Un protocole est disponible pour les professionnels afin de traiter les demandes. Elle détaille les modalités et les règles d'évaluation, de cheminement et de traitement des demandes.

La sédation palliative continue (SPC)

Cette pratique est encadrée par un guide du collège des médecins à l'intention des médecins qui pratiqueront l'acte. Ces derniers ont la responsabilité professionnelle de s'y référer.

Un protocole a été développé pour les médecins et les professionnels qui participeront aux activités qui entourent cette pratique. Ce protocole définit les soins, les critères d'admissibilité, les conditions de réalisation et les techniques à observer, notamment en ce qui concerne la médication. Elle détaille les modalités et les règles d'évaluation et de cheminement.

L'aide médicale à mourir (AMM)

Cette pratique est encadrée par un guide d'exercice du Collège des médecins, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à l'intention des médecins qui poseront l'acte et des professionnels avec qui ils collaboreront. Ils ont la responsabilité professionnelle de s'y référer.

Un protocole a été développé pour les médecins et les professionnels qui participeront aux activités qui entourent cette pratique. Ce protocole définit les soins, les critères d'admissibilité, les conditions de réalisation et les techniques à observer, notamment en ce qui concerne la médication. Elle détaille les modalités et les règles d'évaluation et de cheminement.

Le suivi du deuil

Le suivi de deuil repose sur l'écoute active et l'accompagnement du résident en fin de vie et de ses proches. Il débute au moment d'entreprendre les soins de fin de vie.

L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Le programme est évalué au plan du processus, de la performance et de la satisfaction de la clientèle. L'atteinte des objectifs peut être évaluée à l'aide des indicateurs suivants :

- Mesures relatives au processus du programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie;
- Corrélation entre le nombre de résidents en fin de vie et l'accès à une chambre individuelle;
- Respect des différents éléments mentionnés et obligatoires requis dans les protocoles de sédation palliative continue et aide médicale à mourir;
- Résident en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- Le nombre de DMA déposé au dossier par période;
- Le nombre de demandes de SPC et d'AMM;
- Le nombre de résidents ayant bénéficié de la SPC et de l'AMM;
- Satisfaction des proches des résidents décédés au Centre Le Cardinal.

PROFILS DES COMPÉTENCES

Matrice des compétences générales en fonction des membres de l'équipe interdisciplinaire et des 10 principaux domaines de compétences en soins palliatifs

	SOINS					ACCOMPAGNEMENT
	MEMBRES DE L'ÉQUIPE					
Domaines de compétences	Médecin	Pharmacien	Infirmière	Infirmière auxiliaire	Préposé aux bénéficiaires	Récréologue Technicien en loisirs Bénévole
1. Douleur et symptômes	Soulager la douleur et les symptômes associés à l'évolution de la maladie incurable.	Gérer la douleur et les autres symptômes. Prévenir l'apparition de nouveaux problèmes tels que les effets indésirables des médicaments.	Observer, évaluer et traiter la douleur et les symptômes. Prévenir et traiter les plaies.	Observer l'état du résident en regard des manifestations de douleur et d'inconfort. Dispenser des soins d'assistance et des soins spécifiques. Prévenir les plaies.	Observer l'état du résident en regard des manifestations de douleur et d'inconfort. Dispenser des soins d'assistance et des soins spécifiques. Prévenir les plaies.	Savoir quand et comment appliquer certaines stratégies simples pour favoriser le confort du résident.
2. Besoins psychosociaux et spirituels	Collaborer activement à la réponse aux besoins psychosociaux et spirituels.		Observer et évaluer les besoins psychosociaux et spirituels du résident et de ses proches et y répondre. Accompagner le résident en fin de vie et ses proches.	Observer les besoins psychosociaux et spirituels du résident et de ses proches et y répondre. Accompagner le résident en fin de vie et ses proches.	Considérer les besoins émotifs et spirituels du résident et de ses proches. Accompagner le résident en fin de vie et ses proches.	Être attentif aux besoins psychosociaux et spirituels du résident et de ses proches et savoir quand et comment offrir son soutien.
3. Besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne		Considérer les besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne du résident et de ses proches relativement à la pharmacothérapie.	Offrir un soutien au résident et à ses proches pour déterminer leurs besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne et trouver des moyens d'y répondre.	Offrir un soutien pour le maintien des capacités fonctionnelles.	Se soucier du maintien des capacités fonctionnelles du résident. Participer à la réponse aux besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne du résident et de ses proches.	Être attentif aux besoins du résident et de ses proches sur le plan pratique et savoir quand et comment offrir son soutien.
4. Agonie et décès	Intervenir efficacement et dans le respect du résident et de ses proches lors des derniers moments de vie et du décès.		Procurer un soutien au résident et à ses proches au moment de la fin de vie. Observer et évaluer l'état du résident au moment de la fin de vie.	Procurer un soutien du résident et à ses proches au moment de la fin de vie. Observer l'état du résident au moment de la fin de vie. Dispenser des soins d'accompagnement.	Procurer un soutien du résident et à ses proches au moment de la fin de vie. Observer l'état du résident au moment de la fin de vie. Considérer les besoins du résident et de ses proches au moment de la fin de vie.	Être attentif aux besoins du résident et de ses proches au moment de la fin de vie et savoir quand et comment offrir son soutien.
5. Deuil	Soutenir adéquatement les proches dans leur processus de deuil.	Comprendre le processus de deuil.	Connaître les processus normaux et atypiques de deuil.	Connaître le processus normal de deuil. Savoir soutenir le	Se situer par rapport au processus de deuil. Savoir soutenir le	Connaître le processus normal de deuil.

	SOINS					ACCOMPAGNEMENT
	MEMBRES DE L'ÉQUIPE					
Domaines de compétences	Médecin	Pharmacien	Infirmière	Infirmière auxiliaire	Préposé aux bénéficiaires	Récréologue Technicien en loisirs Bénévole
			Savoir soutenir le résident et ses proches dans ces processus.	résident et ses proches dans ces processus.	résident et ses proches dans ces processus.	
6. Communication	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer adéquatement avec le résident et ses proches.
7. Collaboration centrée sur la personne et ses proches	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.
	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.
8. Questions éthiques et légales	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les problèmes éthiques et légaux pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Adopter un comportement conforme à l'éthique et à l'exercice de son rôle.	Comprendre et appliquer les principes éthiques pertinents à l'exercice de son rôle.
	Savoir discuter et assumer la responsabilité professionnelle et éthique des décisions cliniques prises en fin de vie.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	
9. Développement personnel et professionnel	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.
	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Promouvoir le développement de la profession.	Prendre conscience de ses propres motivations, attitudes, croyances et besoins. Promouvoir le développement de la profession.
10. Soins palliatifs et système de santé	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.

ADAPTATION					
MEMBRES DE L'ÉQUIPE					
Domaines de compétences	Intervenant en soins spirituels	Travailleuse sociale	Diététiste	Ergothérapeute	Physiothérapeute
1. Douleur et symptômes	Reconnaître les impacts de la douleur, des symptômes et des traitements sur le résident et ses proches.	Reconnaître les impacts de la douleur, des symptômes et des traitements sur le résident et ses proches. Reconnaître que le vécu du résident peut avoir une influence sur le traitement de la douleur.		Collaborer au soulagement de l'inconfort et la douleur. Collaborer au traitement plaies.	Collaborer au soulagement de l'inconfort et la douleur. Collaborer au traitement des plaies.
2. Besoins psychosociaux et spirituels	Accompagner le résident et ses proches sur les plans spirituel et religieux.	Observer et évaluer les besoins psychosociaux du résident et de ses proches. Soutenir le résident et ses proches dans leur adaptation à la maladie et aux nombreuses pertes auxquelles ils doivent faire face.		Observer et évaluer les besoins du résident et de ses proches en lien avec sa pratique et y répondre en favorisant l'atteinte de buts réalistes et valorisés au regard de leurs activités quotidiennes.	Observer et évaluer les besoins du résident et de ses proches en lien avec sa pratique et y répondre en favorisant l'atteinte de buts réalistes et valorisés au regard de leurs activités quotidiennes.
3. Besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne	Être attentif à l'expression des besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne.	Observer et évaluer les besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne du résident et de ses proches. Soutenir le résident et ses proches dans la recherche et l'utilisation des ressources et du soutien disponibles.	Soutenir le résident et ses proches relativement à l'alimentation du résident en fin de vie.	Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles du résident. Assurer la sécurité du résident et de ses proches.	Favoriser le maintien des capacités fonctionnelles du résident. Assurer la sécurité du résident et de ses proches.
4. Agonie et décès	Accompagner le résident et ses proches sur les plans spirituel et religieux.	Soutenir le résident et ses proches au moment de l'agonie.	Connaître les signes caractéristiques de la fin de vie.	Connaître les signes caractéristiques de la fin de vie.	Connaître les signes caractéristiques de la fin de vie.
5. Deuil	Accompagner les proches dans le processus de deuil.	Accompagner les proches dans le processus de deuil.	Connaître le processus normal de deuil.	Connaître le processus normal de deuil.	Connaître le processus normal de deuil.
6. Communication	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.	Communiquer efficacement avec le résident et ses proches.
7. Collaboration centrée sur la personne et ses proches	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.	Collaborer en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire.
	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.	Collaborer à la continuité des services.

ADAPTATION					
MEMBRES DE L'ÉQUIPE					
Domaines de compétences	Intervenant en soins spirituels	Travailleuse sociale	Diététiste	Ergothérapeute	Physiothérapeute
8. Questions éthiques et légales	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.	Comprendre les dimensions éthiques et légales pouvant influencer les services de soins palliatifs.
	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.	Collaborer aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.
9. Développement personnel et professionnel	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.	Être capable d'introspection.
	Savoir concilier les dimensions personnelles et professionnelles de sa pratique. Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.	Améliorer sa pratique clinique et promouvoir le développement de la profession.
10. Soins palliatifs et système de santé	Connaître les différents enjeux relatifs à l'offre de soins palliatifs dans le contexte québécois.	Connaître les différents enjeux relatifs à l'offre de soins palliatifs dans le contexte québécois.	Connaître les différents enjeux relatifs à l'offre de soins palliatifs dans le contexte québécois.	Connaître les différents enjeux relatifs à l'offre de soins palliatifs dans le contexte québécois.	Connaître les différents enjeux relatifs à l'offre de soins palliatifs dans le contexte québécois.
	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.	Respecter la philosophie de soins palliatifs tout autant que la mission et la philosophie de l'organisation. Appliquer les politiques de l'organisation.

Référence : Programme clinique de soins de fin de vie, CISSS des Laurentides, décembre 2015

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Les soins en fin de vie et soins palliatifs sont prodigués de façon optimale par une équipe interdisciplinaire constituée d'intervenants possédant les connaissances et les compétences reliées à tous les aspects du processus de soins propre à leur champ de pratique. Cette équipe collabore avec les membres de la famille, les amis et les autres soignants de manière à former un « cercle de soins » autour de la personne malade et ses proches¹¹ (Annexe 5).

Pourquoi travailler en interdisciplinarité? Le processus de résolution de problèmes est axé sur la participation active des membres de l'équipe à toutes les étapes de l'élaboration du programme d'intervention. Le travail en équipe interdisciplinaire favorise une approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne et met à profit des savoirs qui, autrement, seraient fragmentés.¹²

Au-delà de sa compétence spécifique en lien avec son champ d'exercice, chacun des membres de l'équipe a le rôle commun de :

- Établir une relation de confiance avec le résident et ses proches;
- Dispenser des soins fondés sur la bonne pratique en lien avec la philosophie des soins palliatifs;
- Aider le résident et ses proches à trouver un sens à la vie et à l'expérience de la maladie;
- Préserver l'intégrité du résident et de ses proches;
- Respecter les croyances religieuses des résidents et en favoriser la pratique;
- Supporter l'équipe par l'échange de ses connaissances en lien avec son expertise;
- Collaborer à la continuité des soins et des services.

Rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire¹³	
Médecin	<ul style="list-style-type: none">• Évalue le résident en tenant compte de l'approche biopsychosociale;• Pose les diagnostics médicaux; ajuste le niveau de soins en conséquence en impliquant la famille ou le représentant légal et documente l'information;• Soulage la douleur et les symptômes associés à l'évolution de la maladie incurable ou terminale;• Propose les différentes options de soins de fin de vie au résident (soins palliatifs, sédation palliative continue, aide médicale à mourir) et assume les responsabilités qui en découlent;

¹¹ Modèle soins palliatifs 2013

¹² MSSS (2003)

¹³ Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs 2008, Comité réseau soins palliatifs, Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs

Rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire¹³

	<ul style="list-style-type: none"> • Discute des objectifs de soins et des directives médicales anticipées. Ajuste les objectifs/niveaux de soins en conséquence; • Remplit les formulaires attenants aux choix faits en amont s'il s'agit des DMA, de la SPC ou de l'AMM; ensuite, remplit les formulaires connexes; • En cas de l'aide médicale à mourir fait la première évaluation; • Prescrit les ordonnances médicales, les protocoles médicaux et les traitements; • Évalue le pronostic et en avise le résident et ses proches au moment opportun.
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> • Met à jour le dossier pharmacologique dès l'admission; • Conseille l'équipe dans le choix de la médication, afin de gérer la douleur et les autres signes et symptômes et prévenir l'apparition de nouveaux problèmes tels que les effets indésirables des médicaments ainsi que les interactions médicamenteuses; • Participe à l'élaboration de politique et procédures et protocoles.
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue la condition physique et mentale de la personne en soins de fin de vie; • Observe, évalue et traite la douleur et les signes et symptômes (Annexe 6); • Évalue les besoins biopsychosociaux et spirituels des résidents en fin de vie; • Reconnaît les signes et les symptômes d'une mort imminente (Annexe 2); • Élabore un plan thérapeutique infirmier (PTI) en lien avec les problèmes prioritaires du résident et le réajuste selon les besoins; • Planifie, coordonne et applique les interventions nursing; • Communique avec le médecin au besoin; • Agit comme personne-ressource auprès du résident et de ses proches; • Assure un suivi clinique auprès de l'équipe; • Initie les ordonnances collectives; • Fait l'enseignement au résident et à ses proches; • Participe au plan d'intervention; • Transmet l'information pertinente aux intervenants concernés; • Accompagne et soutient la famille et les proches, dans le processus de deuil et soutien; • Collabore aux discussions et aux prises de décisions cliniques à dimension éthique.

Rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire¹³

<p>Infirmière-auxiliaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observe l'état du résident afin d'y déceler des manifestations de douleur et d'inconfort; • Voit au confort et à la qualité de vie des résidents; • Contribue à la mise en place du PTI; • Collabore à l'application des interventions nursing spécifiques au plan de soins; • Participe au plan d'intervention; • Administre la prescription médicale et les traitements liés au processus de fin de vie. Porte attention à l'effet des médicaments, des traitements et des soins prodigués; • Avise l'assistante-infirmière chef de tout signe de changement dans l'état de santé du résident et du non-soulagement de la douleur; • Accompagne et soutient la famille et ses proches, dans le processus de deuil; • Offre un soutien pour le maintien des capacités fonctionnelles; • En l'absence de l'assistante-infirmière chef, elle réfère au chef d'unités ou au chef d'activités pour toute demande nécessitant une évaluation clinique.
<p>Préposé aux bénéficiaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observe les manifestations de douleur et les signes d'inconfort du résident; • Dispense des soins d'assistance et de confort, tout en respectant la volonté, le rythme et la capacité du résident; • Encourage la présence des proches lors des soins d'assistance; • Communique avec l'assistante-infirmière chef ou avec l'infirmière-auxiliaire les changements de l'état du résident et de ses proches; • Participe au plan d'intervention.
<p>Intervenant en soins spirituels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagne et répond aux besoins spirituels et religieux du résident et ses proches; • Offre une écoute, une présence à la personne qui est en train de vivre la dernière étape de sa vie; • Assure la liaison avec les différentes dénominations religieuses.
<p>Travailleuse sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue régulièrement et systématiquement les besoins psychosociaux du résident et de ses proches, en lien avec la maladie terminale et la mort; • Assure, en concertation avec l'infirmière, la communication avec les différents organismes communautaires; • Participe au plan d'intervention;

Rôles et responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire¹³	
	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagne, soutient le résident et sa famille dans le processus de fin de vie; • Contribue à faciliter la communication du résident, face aux différentes étapes de sa fin de vie; • Assure une harmonisation des différents intervenants dans l'évolution de l'étape du deuil, pour le résident et ses proches.
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue les AVQ et les AVD pour permettre aux résidents d'avoir une qualité de vie satisfaisante et favoriser leur autonomie; • Évalue le confort, la douleur et les risques de plaie chez le résident; • Élabore et met en œuvre des plans d'intervention appropriés, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire, pour le soulagement de l'inconfort, de la douleur, de la prévention et du traitement des plaies; • Fait l'enseignement au résident et à ses proches, afin de sécuriser les transferts et les déplacements.
Physiothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue les déficiences et les incapacités touchant les systèmes neurologiques, musculo squelettique et cardiorespiratoire pour permettre aux résidents d'avoir une qualité de vie satisfaisante et favoriser leur autonomie; • Évalue le confort, la douleur, l'œdème et les risques de plaie chez le résident; • Élabore et met en œuvre des plans d'intervention appropriés, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire, pour le soulagement de l'inconfort, de la douleur, de la gestion de l'œdème, de la prévention et du traitement des plaies; • Fait l'enseignement au résident et à ses proches, afin de sécuriser les transferts et les déplacements.
Diététiste	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue l'état nutritionnel, détermine et assure la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention pour adapter l'alimentation en fonction des besoins et des capacités du résident; • Fait l'enseignement aux résidents et à ses proches; • Participe au plan d'intervention.
Récréologue, technicien en loisir et bénévole	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagne le résident et sa famille de par sa présence et son écoute, dans le processus de fin de vie.

MESURES DE SOUTIEN COMPLÉMENTAIRES

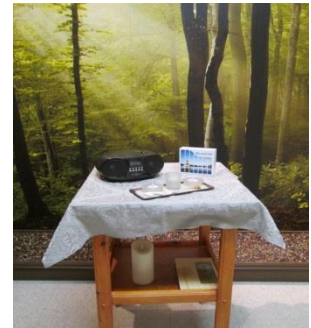


Un salon de recueillement est disponible pour les familles et les proches qui souhaitent se retirer ou se recueillir en toute intimité. Deux fauteuils inclinables permettent de se reposer dans une atmosphère empreinte de quiétude. Ce salon est accessible en tout temps en demandant la clé à la réception ou à la chef d'activités en place.

Un chariot d'accompagnement est également disponible au bureau du chef d'activités. On y retrouve différents objets qui incitent à la détente et à la réflexion spirituelle.



Deux chaises longues positionnelles sont disponibles au bureau des chefs d'activités, afin que la famille puisse demeurer au chevet de leur parent ou leur proche. De plus, une demande peut être faite au service alimentaire pour l'obtention d'un plateau comprenant biscuits, fromage, fruits, jus, café, etc (Annexe 7).



Des affichettes sont apposées à la porte du résident en fin de vie, permettant aux intervenants un accompagnement respectueux et empreint de solidarité et de compassion.

Lorsque le résident en fin de vie occupe une chambre semi-privée et que la famille exprime le souhait de vivre cette dernière étape dans un environnement plus privé, il est possible d'offrir une chambre privée et ce, en fonction des disponibilités. Nous invitons la famille à se référer au chef d'unités.



L'intervenant en soins spirituels est disponible en tout temps à la demande du résident ou de la famille. Le chef d'unités ou d'activités communiquera avec celui-ci, afin qu'il offre de l'accompagnement et du soutien aux proches dans le processus de deuil.



En guise de respect pour le défunt et sa famille, un tableau « In Memoriam » est installé à l'entrée principale du centre. L'affiche avec le nom du résident et la date de son décès demeure en place pendant 48 heures et un cierge est allumé.

Une carte de sympathie personnalisée est acheminée à la famille endeuillée au nom de la direction du Centre Le Cardinal et le comité des usagers.



CONSIGNE POST-MORTEM

Afin de respecter les demandes ministérielles qui sont d'assurer l'accès et la continuité des services offerts à la population, nous devons admettre rapidement un nouveau résident suivant le décès d'une personne et ce, incluant les jours fériés et les fins de semaine.

Par conséquent, nous demandons la collaboration des familles afin que la chambre soit libérée dès le décès de leur proche. Dans l'impossibilité de le faire, les effets du défunt seront remisés avec précaution pendant quelques jours dans un local désigné.



CONCLUSION

L'accompagnement du résident en fin de vie et de ses proches est organisé et dispensé grâce aux efforts de collaboration d'une équipe interdisciplinaire, incluant le résident et ses proches. Il consiste d'abord et avant tout dans une présence de qualité qui se traduit par la capacité d'être attentif et de déceler tout ce qui peut contribuer par un simple geste au soulagement global de la personne.

Toute fin de vie est spécifique et différente pour chacun. Certaines situations justifient des approches particulières pour faciliter ce passage en toute sérénité. C'est une démarche d'équipe, une équipe qualifiée et chaleureuse.

Il est important que le résident en fin de vie et ses proches vivent les derniers moments dans la dignité.

Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux résidents de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort.¹⁴

« Quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire. »¹⁵



¹⁴ Organisation mondiale de la santé (OMS)

¹⁵ Citation de Mme Cicely Saunders

BIBLIOGRAPHIE

- Loi 2, Loi sur les soins de fin de vie, art. 26, art. 29, art. 31
- Collège des médecins (CMQ), Sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice, Montréal, Août 2016, 61 p.
- Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Aide médicale à mourir : Guide d'exercice, Montréal, août 2015, 88 p.
- Programme clinique de soins de fin de vie, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (2015)
- Politique relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2015)
- Charte des droits du mourant, soins palliatif - [www.soignantenehpad.fr/chartes/charte-des-droits du mourant](http://www.soignantenehpad.fr/chartes/charte-des-droits-du-mourant). HTML
- Institut de la statistique du Québec, Perspectives de la population du Québec, 1996-2051, selon le scénario de référence
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2013)
- Un guide des soins en fin de vie aux aînés, Santé Canada, <http://publications.gc.ca/site/fr/452548/publication.html>, consulté le 13 février 2017
- Association canadienne de soins palliatifs, modèle de soins palliatifs (2013)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2)
- Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition (2013)
- Modèle de guide des soins palliatifs, Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa, Canada, 2002
- Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs 2008
- Modèle de soins palliatifs : fondé sur les normes de pratique et principes nationaux, 2013
- Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs 2008, Comité réseau soins palliatifs-Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs
- Les soins de fin de vie /Hubert Marcoux et Geneviève Léveillé - chapitre 42; <http://ERPI.com>
- Soins infirmiers : médecine chirurgie, Tome 1, Sharon Mantik Lewis, Margaret M. Heitkemper, Shannon Ruff Dirksen, 2011
- Portail canadien en soins palliatifs, www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/Topics.aspx, consulté le 13 février 2017
- Association québécoise des soins palliatifs du Québec, <https://www.aqsp.org/>, consulté le 13 février 2017
- AQDMD – Les soins palliatifs, www.aqdmd.qc.ca/page34.html, consulté le 13 février 2017
- Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux sur le droit de mourir dans la dignité, Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Laboratoire de recherche en éthique et vieillissement. Roy, D.J. (2010)
- Projet de loi n^o 52, Loi concernant les soins de fin de vie, Assemblée nationale, 2013
- Mémoire de l'AQESSS sur le projet de loi n^o 52, Loi concernant les soins de fin de vie, 2013
- Mémoire de l'OIIQ sur le projet de loi n^o 52, Loi concernant les soins de fin de vie, 2013

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 – Cartographie des principaux domaines de compétences en soins palliatifs
- Annexe 2– Manifestations physiques de mort imminente
- Annexe 3 – Étapes du deuil
- Annexe 4 – Niveau d'intervention médicale et réanimation cardio-respiratoire
- Annexe 5 – Cartographie des membres de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs
- Annexe 6 – Règles de soins infirmiers R.S.7 : Gestion de la douleur
- Annexe 7 – Requête de service
- Annexe 8 - Politique et procédures relative aux soins de fin de vie
- Annexe 9 - Protocole interdisciplinaire de sédation palliative continue
- Annexe 10 – Protocole interdisciplinaire de l'aide médicale à mourir
- Annexe 11 – Protocole des directives médicales anticipées

CARTOGRAPHIE DES PRINCIPAUX DOMAINES DE COMPÉTENCES ¹⁶



¹⁶ Tiré du Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs, Avril 2008

MANIFESTATIONS PHYSIQUES DE MORT IMMINENTE¹⁷	
SYSTÈME OU ÉTAT	MANIFESTATIONS
Système tégumentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition de marbrures sur la peau des pieds et des jambes ainsi que sur les mains et les bras • Peau moite et froide • Apparence cyanosée (bleutée) du nez, des lèvres et des ongles (mains et orteils) • Apparence cireuse du visage • Teint grisâtre • Diminution ou disparition de l'œdème (enflure) si présent
Système respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration superficielle • Respiration rapide ou lente • Respiration irrégulière • Respiration de Cheyne-Stokes (périodes d'apnée entrecoupées de respirations rapides de grande amplitude) • Incapacité à tousser et à éliminer les sécrétions, de sorte que la respiration s'accompagne de gargouillis (encombrement causé par les sécrétions bronchiques appelé râle terminal). Phénomène qui n'incommodé pas la personne
Système génito-urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution progressive de la quantité d'urine (oligurie) • Urine très foncée • Incapacité à uriner (anurie) • Incontinence urinaire • Possible évacuation de la vessie quelques instants avant la mort ou immédiatement après
Système gastro-intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques heures à quelques jours sans manger ou boire • Perte de la maîtrise sphinctérienne et possibilité d'incontinence fécale • Possible évacuation des selles quelques instants avant la mort ou immédiatement après

¹⁷ Soins infirmiers: médecine chirurgie, Tome I, Sharon Mantik Lewis, Margaret M.. Heitkemper, Shannon Ruff Dirksen, 2011

MANIFESTATIONS PHYSIQUES DE MORT IMMINENTE¹⁷

SYSTÈME OU ÉTAT	MANIFESTATIONS
<p>Systeme locomoteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Très grande faiblesse • Affaissement de la mâchoire (bouche demeure entrouverte) • Yeux mi- ouverts avec regard vitreux et fixe • Perte de réflexe cornéen (clignement des paupières si cornée touchée) • Difficulté d'élocution • Difficulté de déglutition • Assistance nécessaire pour changer de position dans le lit
<p>Systeme cardiovasculaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouls faible et difficile à prendre • Pouls irrégulier • Pouls rapide • Diminution de la pression artérielle
<p>Systeme nerveux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • État de sommeil profond (coma ou semi-coma) • Agitation possible
<p>Regain d'énergie soudain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cette manifestation peut survenir même après quelques jours de coma ou de semi-coma • La personne peut demander à manger • La personne peut demander à se lever • La personne communique avec son entourage • Cette période est de durée variable • La mort survient habituellement rapidement suivant le regain d'énergie • Cette manifestation représente souvent une très grande source d'espoir pour la famille

ÉTAPES DU DEUIL¹⁸

Le deuil est une réaction normale pour quelqu'un qui subit une perte et qui doit s'adapter au changement. Il s'agit d'un état dynamique qui entraîne des réactions psychologiques et physiologiques. La réaction psychologique peut s'exprimer par la colère, la culpabilité, l'anxiété, la tristesse, la dépression et le désespoir. Sur le plan physiologique, les réactions sont également variables et peuvent comprendre de l'insomnie, l'altération des habitudes alimentaires, des malaises et des troubles de santé.

Le deuil est l'un des états émotionnels les plus profonds que puisse vivre une personne : il peut influencer sur toutes les facettes de sa vie, ce qui en fait une expérience intense et complexe.

Kübler-Ross (1969), Martocchio (19985) et Rando (1993) ont divisé le deuil en différentes étapes.

Étapes comparées du deuil		
Kübler-Ross (1969)	Martocchio (19985)	Rando (1993)
Déni	État de choc et incrédulité	Repli
Colère/marchandage	Tristesse et prestation	Confrontation
Dépression	Anxiété, dérouté et désespoir	
	Identifications à d'autres personnes dans le deuil	
Acceptation	Réorganisation et rétablissement	Adaptation

Chez les membres de la famille d'une personne atteinte de maladie chronique, l'expérience du deuil commence souvent bien avant le moment du décès. Dans ce cas, il est question de deuil anticipé. Cette forme de deuil implique une préparation et une adaptation progressive à la future réalité (celle du décès). Le processus de deuil est donc amorcé, mais il ne pourra être complété qu'après le décès (Saint-Pierre & Régnier, 2009). L'acceptation de la perte potentielle est généralement favorable au processus du deuil (Metzger & Gray, 2008)

¹⁸ Soins infirmiers: médecine chirurgie, Tome I, Sharon Mantik Lewis, Margaret M.. Heitkemper, Shannon Ruff Dirksen, 2011

ÉTAPES DU DEUIL¹⁹

Indices d'un deuil compliqué

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Fortes réactions en parlant du défunt• Absence prolongée de réactions, indifférence et engourdissement émotif persistants• Réactions intenses de deuil lors d'un événement mineur, d'une perte ou d'une séparation• Hyperactivité afin d'éviter les idées ou les sentiments réprimés• Incapacité de se départir des biens du défunt• Idéalisation excessive du défunt• Obsession du défunt• Craintes extrêmes liées à la cause du décès du défunt (maladie, voiture, route particulière, etc.) ou à des endroits associés à sa mort (hôpital, salon mortuaire, etc.) | <ul style="list-style-type: none">• Apparition de troubles physiques• Anxiété élevée quant à sa propre mort ou à celle des autres• Changements radicaux : amis, activités, personnalité• Dépression, colère ou euphorie constantes• Incapacité d'éprouver des états émotifs propres au deuil• Incapacité de parler du défunt et des émotions liées à la perte• Isolement extrême et peur de l'intimité avec autrui• Idées suicidaires persistantes• Toxicomanie et dépendance diverses• Troubles persistants du sommeil• Hypersensibilité aux expériences de perte et de séparation |
|---|---|

¹⁹ Soins infirmiers: médecine chirurgie, Tome I, Sharon Mantik Lewis, Margaret M.. Heitkemper, Shannon Ruff Dirksen, 2011

CC104 - Niveau d'intervention médicale et réanimation cardio-respiratoire



Niveau d'intervention médicale et réanimation cardio-respiratoire

La réanimation cardiorespiratoire sera effectuée par défaut pour tous nouveaux résidents, en l'absence d'un testament biologique et si le niveau d'intervention médicale n'a pas été choisi.

Explication des trois différents niveaux d'intervention

Niveau 1 : Intervention optimale

- Interventions diagnostiques et thérapeutiques complètes ;
- Maintien de toute fonction altérée par tous les moyens possibles ;
- Transfert dans un établissement de soins de courte durée (CH) pour investigation plus poussée.

Niveau 2 : Intervention usuelle

- Interventions limitées à la correction de détérioration d'une condition clinique possiblement réversible par tout moyen proportionnel ;
- Transfert dans un CH pour examens ou traitements (ex. : fracture, occlusion intestinale, etc.).

Niveau 3 : Intervention palliative

- Interventions liées au bien-être et aux soins de confort
- Contrôle et soulagement de la douleur et des symptômes pouvant affecter la qualité de vie ;
- Aucun transfert dans un CH sauf pour des interventions liées au bien-être

Décision

Le niveau d'intervention et la décision de réanimation cardio-respiratoire peuvent être modifiés en tout temps selon l'évolution de l'état clinique du résident et selon son désir ou celui de son représentant.

J'ai reçu les informations relatives au choix du niveau d'intervention et à la réanimation cardio-respiratoire. J'ai discuté des options avec les intervenants de l'établissement et j'ai reçu des informations sur les ressources disponibles dans cet établissement. De façon éclairée, je décide :

J'autorise le R.C.R.

Je refuse le R.C.R.

Je choisis le niveau d'intervention médicale :

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Signature du résident ou de son représentant

Date

Signature de l'assistante infirmière-chef

Date

Signature du médecin

Date

CC104 (révisé le 2012-10-26)

CARTOGRAPHIE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE ²⁰



²⁰ Tiré du Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs, Avril 2008

Règles de soins infirmiers R.S.7 : Gestion de la douleur



centre le cardinal inc.

RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS	Nom de la règle de soins Gestion de la douleur		Code de classification R.S.7
Référence à un protocole : <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date d'entrée en vigueur :	Date de révision :	
Titre : POL-PRO-DSH-003 Opiacés	26 novembre 2014		
Intervenants concernés : Infirmières membres en règle de l'OIIQ au Centre Le Cardinal Inc. Infirmières auxiliaires membres en règle de l'OIIAQ au Centre Le Cardinal Inc.			
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Résidents présentant une douleur aiguë ou chronique, qu'ils soient capables ou non d'exprimer leur douleur.			
Activités réservées :			
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. • Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance. • Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. • Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. • Assurer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier. 			

DÉFINITIONS**Douleur :**

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme relevant de telles lésions » (International Association for the Study of Pain (IASP), 1979).

La douleur est une expérience subjective, qui varie beaucoup d'une personne à l'autre. Cette subjectivité oblige le soignant à considérer que chaque résident est unique dans sa capacité à ressentir et à exprimer la douleur et que cette capacité ne peut être comparée à celle des autres.¹

Type de douleur :

- Douleur aiguë :
Douleur qui correspond habituellement à une lésion tissulaire. C'est un symptôme qui a un rôle d'alarme, faisant percevoir à l'individu l'existence d'une menace potentielle. Elle est habituellement passagère, d'une durée de plusieurs minutes à plusieurs jours ou semaines.
- Douleur chronique (ou appelée douleur persistante)² :
Douleur qui persiste au-delà du temps normal de guérison (habituellement au-delà de 3 à 6 mois), associée ou non à une cause précise, souvent rebelle aux traitements.
- Douleur nociceptive:
 - Douleur somatique : peau, muscles, os et articulations.

¹ Philippe Voyer, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013

² Philippe Voyer, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013

- Douleur viscérale : localisation moins précise.
- Douleur neuropathique:
 - Constante ou intermittente.
 - Décrite comme une sensation de fourmillements, de brûlure ou de picotement.
- Douleur d'origine néoplasique:
 - La douleur cancéreuse peut être reliée : au processus tumoral, au cancer, aux traitements et à une affection concomitante.

Dépistage de la douleur :

Démarche systématique faite par un professionnel visant à établir si le résident ressent de la douleur, qu'elle soit verbalisée ou non.

Évaluation de la douleur :

Autoévaluation :

Évaluation faite en collaboration avec le résident/famille dans le but de comprendre la douleur de ce dernier et de planifier les interventions ou les traitements appropriés. L'autoévaluation est la première méthode à utiliser pour tous les résidents qui peuvent communiquer et dont les facultés physiques et mentales ne sont pas affaiblies.

➤ Échelle d'auto-évaluation de la douleur :

L'échelle d'auto-évaluation pour le résident est le PQRSTU. (Annexe 1)

Hétéro-évaluation:

L'évaluation de la douleur se fait en partie par l'observation d'indicateurs comportementaux et physiologiques, et en partie par la recherche d'informations auprès d'un aidant naturel, d'un membre habituel de l'équipe, avec l'histoire et les habitudes de vie du résident ou dans le dossier (diagnostics). On recherche des indices susceptibles de nous fournir des renseignements précieux. Cette méthode est utilisée auprès des résidents ne pouvant s'exprimer verbalement et/ou atteints de déficits cognitifs. (Annexe 2)

➤ Échelle d'hétéro-évaluation de la douleur.:

L'échelle d'hétéro-évaluation pour le résident ne pouvant s'exprimer verbalement et/ou atteint de déficits cognitifs est l'échelle Doloplus 2. (Annexe 3)

Traitement de la douleur :

Ensemble des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques mises en œuvre par les professionnels dans le but de soulager la douleur.

ENSEIGNEMENT AU RÉSIDENT/FAMILLE :

Activité d'apprentissage planifiée ou non planifiée visant l'acquisition de connaissances et/ou d'habiletés psychomotrices par le résident/famille.

Suivi de la douleur :

Démarche systématique faite par un professionnel afin d'évaluer le soulagement du résident vis-à-vis sa douleur.

CONTEXTE

Infirmière

En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* « L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

L'infirmière doit selon les activités prévues à l'article 36, évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier et initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. Elle doit également effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance; effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes; mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.

Infirmière auxiliaire

En conformité avec l'article 37p) et 37.1 (5^e) du Code des professions, le champ de pratique de l'infirmière auxiliaire se lit comme suit : « Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs. » L'infirmière auxiliaire contribue à l'activité d'évaluation et doit agir en collaboration avec l'infirmière. Dans le cadre de sa contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan thérapeutique infirmier, l'infirmière auxiliaire peut procéder à la cueillette d'informations, communiquer ses observations verbalement et/ou par écrit et remplir toutes les autres fonctions que lui confie l'infirmière. Elle observe l'état de conscience d'une personne, surveille les signes neurologiques et administre, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. L'infirmière auxiliaire possède les habilités de juger ou apprécier correctement la présence ou la sévérité d'une douleur et donc d'administrer les médicaments en PRN selon des conditions précisées dans les directives infirmières inscrites au PTI ou par l'ordonnance médicale individuelle. Cependant, l'infirmière auxiliaire doit obligatoirement aviser l'infirmière de l'administration d'un médicament PRN.

CONDITIONS

- La règle de soins infirmiers s'applique à tous les intervenants concernés par le dépistage, l'évaluation, le traitement, l'enseignement et le suivi de la douleur. Ils doivent connaître et utiliser les outils, méthodes de soins, protocoles et ordonnances collectives adoptés par le Centre Le Cardinal Inc.
- L'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires transmettent à l'assistante infirmière-chef toute information clinique pertinente sur la douleur ou lors d'un changement dans la manifestation de la douleur permettant l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. L'infirmière auxiliaire applique les directives prévues au plan thérapeutique infirmier, qui lui sont désignées. Elle collabore à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier.
- L'assistante infirmière-chef s'assure de la réalisation, de l'application et de la mise à jour du plan thérapeutique infirmier.

DIRECTIVES

DÉPISTAGE DE LA DOULEUR

- **Fréquence du dépistage**

L'assistante infirmière-chef ou l'infirmière auxiliaire procède au dépistage de la douleur en interrogeant le résident/famille sur la présence ou non de douleurs, de maux ou de malaises :

- A l'admission du résident.
- Lors de la prise des signes vitaux (de routine ou ponctuelle).³ La douleur est un cinquième signe vital à observer dans la surveillance de routine, au même titre que les quatre signes vitaux usuels.⁴
- Avant, pendant et après toute intervention pouvant causer de la douleur.
- Lors de l'initiation et du suivi de l'administration des analgésiques opioïdes et non opioïdes et des coanalgésiques.
- Lors de changement dans l'état de santé, de changement de comportement ou lors d'une plainte du résident.

- **Méthode de dépistage selon le type de clientèle**

L'assistante infirmière-chef ou l'infirmière auxiliaire applique le dépistage :

- Pour tous les résidents qui peuvent communiquer et dont les facultés physiques et mentales ne sont pas affaiblies en leur demandant s'ils éprouvent de la douleur et en adaptant les questions selon la compréhension et les difficultés du résident.
- Pour les résidents qui ne peuvent s'exprimer verbalement ou qui sont atteints de déficits cognitifs, par l'observation des indicateurs comportementaux et physiologiques de la douleur ainsi que par la recherche d'informations auprès d'un aidant naturel, d'un membre habituel de l'équipe de soins, avec l'histoire et les habitudes de vie du résident ou dans le dossier. (Annexe 2)

L'assistante infirmière-chef valide l'information recueillie par le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire et poursuit l'évaluation pour tous les résidents verbalisant ou manifestant de la douleur au moment du dépistage.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur est une démarche active auprès du résident/famille qui permet à l'assistante infirmière-chef de quantifier et de qualifier la douleur afin de déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier. La douleur doit être considérée comme un cinquième signe vital (après la TA, la FC, la FR et la T) afin de régulariser la fréquence de son évaluation. Il est essentiel d'évaluer la douleur pour pouvoir la traiter efficacement.

Afin de procéder à l'évaluation de la douleur, l'assistante infirmière-chef utilise les outils qu'elle juge les plus appropriés à la situation :

- L'assistante infirmière-chef procède à l'auto-évaluation de la douleur à l'aide du PQRSTU. (Annexe 1)

³ Norme d'Agrément sur l'évaluation et le traitement de la douleur, nov. 2005.

⁴ Molony, Kobayashi, Holleran et Mezey, 2005; Tian, Panesar, Bhatt et Carson-Stevens, 2011

- L'assistante infirmière-chef et l'infirmière auxiliaire procèdent à l'auto-évaluation de l'intensité (Q) de la douleur avec le thermomètre d'intensité de la douleur, lorsque le résident est lucide et en mesure de situer l'intensité de sa douleur sur une échelle numérique. (Annexe 4)
- L'assistante infirmière-chef procède à l'hétéro-évaluation de la douleur par les indicateurs comportementaux et physiologiques de la douleur, ainsi que par la recherche d'informations auprès d'un aidant naturel, d'un membre habituel de l'équipe de soins, avec l'histoire et les habitudes de vie du résident, lorsque celui-ci ne peut s'exprimer verbalement et/ou atteint de déficits cognitifs. (Annexe 2). Elle utilise l'échelle Doloplus 2. (Annexe 3)
- L'assistante infirmière-chef effectue un examen physique en lien avec les éléments obtenus (examen visuel, palpation, mobilisation, etc.)
- L'assistante infirmière-chef et l'infirmière auxiliaire notent au dossier leurs observations.

TRAITEMENT

Les stratégies de traitement de la douleur comprennent la mise en œuvre d'interventions appropriées sur les plans médicamenteux, physique, comportementale et psychologique.

- Les traitements non pharmacologiques : physiothérapie, ergothérapie, musicothérapie, relaxation, etc. L'assistante infirmière-chef est responsable de transmettre les données du dépistage et de l'évaluation de la douleur aux autres membres de l'équipe soignante.
- Les traitements pharmacologiques :
 - L'assistante infirmière-chef initie des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
 - L'assistante infirmière-chef anticipe, identifie et traite, en collaboration avec le médecin, les effets secondaires des analgésiques. L'infirmière auxiliaire doit suivre les directives inscrites au PTI en lien avec la prévention et le traitement des effets secondaires.
 - L'assistante infirmière-chef et l'infirmière auxiliaire appliquent les directives concernant le protocole « Utilisation des analgésiques opiacés »
 - L'assistante infirmière-chef et l'infirmière auxiliaire font référence et exécutent les méthodes de soins suggérées.

ENSEIGNEMENT

L'assistante infirmière-chef donne au résident et à sa famille les renseignements nécessaires sur la douleur et les méthodes utilisées pour l'évaluer et la traiter (traitements pharmacologiques, traitements non pharmacologiques). Elle informe le résident/famille des répercussions que la douleur peut entraîner si elle n'est pas soulagée adéquatement. Lors de son enseignement, elle tient compte de la capacité d'apprentissage du résident/famille, de leurs connaissances, de leurs attentes, de leurs expériences antérieures et de leurs émotions. De plus, elle informe le résident/famille des interventions préventives et curatives envisagées afin de contrer les effets secondaires de la médication analgésique.

SUIVI DE LA DOULEUR

Lorsqu'un résident présente une douleur, pendant toute la durée de l'évaluation et du suivi du traitement pharmacologique et non pharmacologique, l'assistante infirmière-chef précise dans le plan thérapeutique infirmier :

- L'échelle d'intensité de la douleur utilisée selon le type de résident.
- La fréquence et les moments d'évaluation de l'intensité de la douleur en fonction de la nature de la douleur et celle du traitement.

L'assistante infirmière-chef recherche et évalue les effets indésirables de la médication administrée.

L'assistante infirmière-chef et l'infirmière auxiliaire documentent au dossier du résident les épisodes de douleur, la surveillance des effets indésirables des médicaments administrés. (La date et l'heure de l'évaluation de la douleur, les échelles utilisées au besoin, les réponses du résident aux questions posées (PQRSTU), les signes vitaux au besoin, les particularités notées chez le résident lors de l'évaluation, l'enseignement donné au résident/famille. Pour l'assistante infirmière-chef seulement, les directives inscrites au PTI).⁵

RÉFÉRENCES :

- AQESSS, *Évaluation de la douleur en soins palliatifs*, 2013
- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (2008), *Règle de soins infirmiers RSI-4 Évaluation de la douleur*
- Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme (2013), *Règle de soins infirmiers RS-DSI-2012-04-1 Surveillance clinique des usagers adultes recevant un opiacé*
- Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière (2013), *Règle de soins infirmiers RS-11 Gestion de la douleur aigüe*
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2009), *Règle de soins infirmiers SI-02-05 Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur*
- La société canadienne de la douleur (2005), *Norme d'agrément sur l'évaluation et le traitement de la douleur : Passons à l'action!*
- Le clinicien (2004), *Gérialgie et pharmacothérapie : un survol*, Yvon Beauchamp, MD
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2003) Guide d'application de la nouvelle *Loi sur les infirmières et infirmiers* et de la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal, OIIQ.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers auxiliaires du Québec (2004) La capacité légale de l'infirmière auxiliaire, Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90. Montréal, OIIAQ.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers autorisés de l'Ontario (2002), *Évaluation et prise en charge de la douleur*
- Perspective infirmière (2005)
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent : ERPI.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigé par la Direction des soins infirmiers et services cliniques

Suzie Blanchette

Directrice des soins infirmiers et services cliniques

2014-11-26

Date

⁵ Évaluation de la douleur en soins palliatifs, Notes au dossier, AQESSS 2013

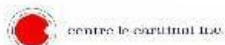
PQRSTU	Évaluation de la douleur ⁶
P : Provoquer et pallier	Ce qui a provoqué, aggravé la douleur. Ce qui aide à soulager la douleur. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui provoque votre douleur? • Qu'est-ce qui soulage votre douleur?
Q : Qualité et quantité	Description de la douleur. Ce que l'usager ressent. Intensité de la douleur 0 à 10. <ul style="list-style-type: none"> • Comment décririez-vous votre douleur? • Quelle sensation ressentez-vous? <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle d'intensité de douleur. ○ Présenter l'échelle et lui demander de dire ou de pointer où se situe sa douleur.⁷
R : Région et irradiation	Localisation/région de la douleur. Irradiation dans une autre région du corps. <ul style="list-style-type: none"> • Où se situe votre douleur? <ul style="list-style-type: none"> ○ Demander au résident de pointer avec son doigt le site douloureux. ○ Est-ce que vous ressentez de la douleur à d'autres endroits?
S : Signes et symptômes associés	Tout autre malaise ressenti, expression faciale observée, signes vitaux, symptômes, etc. <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous d'autres malaises que de la douleur? <ul style="list-style-type: none"> ○ Au besoin prendre les signes vitaux. ○ Observer le résident : expression faciale, position du corps, etc.
T : Temps	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis quand êtes-vous souffrant? • Est-ce que la douleur est en continue ou par intermittence? • Quand votre douleur apparaît-elle? • Est-ce que la douleur a un impact sur vos activités de vie quotidienne?
U : Understand (signification de la douleur pour le résident)	La compréhension du résident quant à sa douleur, ses émotions, son vécu et si c'est une douleur connue. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que signifie la douleur pour vous?

⁶ AQESSS Évaluation de la douleur en soins palliatifs 2013

⁷ Annexe 4, Échelle d'intensité de la douleur

Manifestations possibles de la douleur ⁸	
Catégories	Exemples
Signes physiologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire. • Dilatation pupillaire. • Hypersudation.
Faciès	<ul style="list-style-type: none"> • Grimaces. • Crispations du visage. • Faciès rougeâtre ou pâle. • Pincement des lèvres. • Froncement des sourcils.
Comportements verbaux	<ul style="list-style-type: none"> • Cris ou gémissements inhabituels, permanents, à la mobilisation, après la mobilisation. • Difficultés d'élocution. • Diminution du timbre de la voix, hausse du ton. • Mutisme ou langage incompréhensible. • Demandes répétées. • Bavardage incessant.
Comportements non verbaux	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation ou immobilité. • Pleurs, larmes. • Frottage du site douloureux. • Changement de position au toucher. • Mouvements de protection des régions douloureuses. • Mouvements de résistance.
Paramètres cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbations du sommeil. • Troubles de l'appétit. • Fatigue. • Constipation. • Nausées et vomissements. • Transpiration. • Ralentissement psychomoteur.

⁸ Philippe Voyer, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, 2013



centre le caritatif I.R.A.

ECHELLE DOLOPLUS 2					
ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE					
Nom du résident : _____		No chambre : _____		DATES	
Observation Comportemental					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • pas de plaintes..... • plaintes uniquement à la sollicitation..... • plaintes spontanées occasionnelles..... • plaintes spontanées continues..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> • pas de position antalgique..... • le résident évite certaines positions de façon occasionnelle..... • position antalgique permanente et efficace..... • position antalgique permanente inefficace..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> • pas de protection..... • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins..... • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins..... • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Mimique	<ul style="list-style-type: none"> • mimique habituelle..... • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation..... • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation..... • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • sommeil habituel..... • difficultés d'endormissement..... • réveils fréquents (agitation motrice)..... • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillement	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées..... • possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)..... • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillement étant difficiles et partiels..... • toilette et/ou habillement impossibles, le résident exprimant son opposition à toute tentative..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées..... • possibilités habituelles actives limitées (le résident évite les mouvements, diminue son périmètre de marche)..... • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le résident diminue ses mouvements)..... • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	<ul style="list-style-type: none"> • inchangée..... • intensifiée (le résident attire l'attention de manière inhabituelle)..... • diminuée (le résident s'isole)..... • absence ou refus de toute communication..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)..... • participation aux différents activités uniquement à la sollicitation..... • refus partiel de participation aux différentes activités..... • refus de toute vie sociale..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> • comportement habituel..... • troubles du comportement à la sollicitation et légitime..... • troubles du comportement à la sollicitation et permanent..... • troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)..... 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
Total					

CC 214 révisé : 2010-05-05

ÉCHELLE DOLOPLUS 2 : LEXIQUE

Plaintes somatiques

Le résident exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris – pleurs – gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le résident protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).

Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position – transfert – marche.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc..

Troubles du comportement

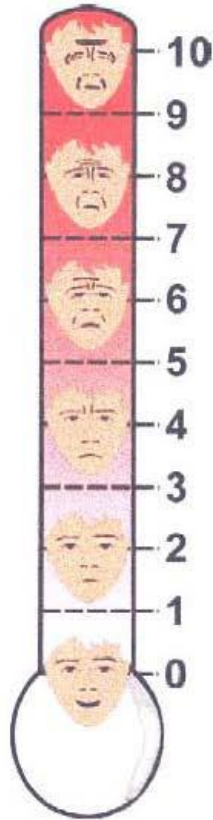
Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc..

Interprétation de l'échelle

« Un score supérieur ou égal à 5/30 signale la douleur. Cependant, pour les scores avoisinants ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée. »¹

¹ ÉCHELLE DOLOPLUS : CONSEILS D'UTILISATION

CC214 révisé : 2010-05-05



CC216 (révisé le : 2008-08-19)


Surveillance clinique

ÉCHELLE D'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

0	= pas de douleur
1 à 3	= douleur légère
4 à 6	= douleur modérée
7 à 9	= douleur sévère
10	= douleur insupportable

De plus, cette échelle permet de situer l'intensité de la douleur entre deux visages, ce qui s'avère pertinent avec notre clientèle âgée. Demander au résident de pointer du doigt l'endroit correspondant le mieux à sa douleur ou lui demander de coter en nombre sa douleur.

CC507 - Requête de service

 <p>Centre de soins de longue durée</p> <h2>Requête de service</h2> <p>DATE _____</p> <p>SERVICES TECHNIQUES</p> <p><input type="checkbox"/> Installations matérielles</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> évier à débloquer</td> <td><input type="checkbox"/> mobilier à déplacer</td> <td><input type="checkbox"/> store défectueux</td> <td><input type="checkbox"/> installation de la télé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tuyauterie coule</td> <td><input type="checkbox"/> transfert de lit</td> <td><input type="checkbox"/> chauffage défectueux</td> <td><input type="checkbox"/> installation de serrure</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> toilette défectueuse</td> <td><input type="checkbox"/> éclairage défectueux</td> <td><input type="checkbox"/> serrure défectueuse</td> <td><input type="checkbox"/> matelas</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> réparation de lit</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Hygiène et salubrité</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> désinfection d'une chambre</td> <td><input type="checkbox"/> désinfection d'une pièce de mobilier</td> <td><input type="checkbox"/> rideau séparateur à laver</td> </tr> </table> <p>Motif : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>AUTRES SERVICES</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administration</td> <td>Motif : _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Buanderie – Lingerie</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diététiste</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapie</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Physiothérapie</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Service alimentaire</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>DEMANDÉ PAR _____ Exécuté par _____ Date : _____</p> <p>CC507 (révisé le : 2013-09-18)</p>	<input type="checkbox"/> évier à débloquer	<input type="checkbox"/> mobilier à déplacer	<input type="checkbox"/> store défectueux	<input type="checkbox"/> installation de la télé	<input type="checkbox"/> tuyauterie coule	<input type="checkbox"/> transfert de lit	<input type="checkbox"/> chauffage défectueux	<input type="checkbox"/> installation de serrure	<input type="checkbox"/> toilette défectueuse	<input type="checkbox"/> éclairage défectueux	<input type="checkbox"/> serrure défectueuse	<input type="checkbox"/> matelas				<input type="checkbox"/> réparation de lit	<input type="checkbox"/> désinfection d'une chambre	<input type="checkbox"/> désinfection d'une pièce de mobilier	<input type="checkbox"/> rideau séparateur à laver	<input type="checkbox"/> Administration	Motif : _____	<input type="checkbox"/> Buanderie – Lingerie	_____	<input type="checkbox"/> Diététiste	_____	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Service alimentaire	_____	<input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections	_____	<p>Nom du résident _____</p> <p>Unité _____ Chambre _____</p>
	<input type="checkbox"/> évier à débloquer	<input type="checkbox"/> mobilier à déplacer	<input type="checkbox"/> store défectueux	<input type="checkbox"/> installation de la télé																														
<input type="checkbox"/> tuyauterie coule	<input type="checkbox"/> transfert de lit	<input type="checkbox"/> chauffage défectueux	<input type="checkbox"/> installation de serrure																															
<input type="checkbox"/> toilette défectueuse	<input type="checkbox"/> éclairage défectueux	<input type="checkbox"/> serrure défectueuse	<input type="checkbox"/> matelas																															
			<input type="checkbox"/> réparation de lit																															
<input type="checkbox"/> désinfection d'une chambre	<input type="checkbox"/> désinfection d'une pièce de mobilier	<input type="checkbox"/> rideau séparateur à laver																																
<input type="checkbox"/> Administration	Motif : _____																																	
<input type="checkbox"/> Buanderie – Lingerie	_____																																	
<input type="checkbox"/> Diététiste	_____																																	
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	_____																																	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	_____																																	
<input type="checkbox"/> Service alimentaire	_____																																	
<input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections	_____																																	
<p><input type="checkbox"/> à risque pour la sécurité des résidents et du personnel</p>																																		

Politique et procédure DG-121 – SOINS DE FIN DE VIE

SOINS DE FIN DE VIE			
Préparé par :	Direction des soins infirmiers et services cliniques	Codification :	DG-121
Destinataires :	Tout le personnel – Médecin – Professionnels - Gestionnaires	Entrée en vigueur :	FÉVRIER 2017
Approuvé par :	Direction générale	Révision :	
Signature :		Page 1 de 16	

PRÉAMBULE

Depuis plusieurs années, les soins palliatifs et de fin de vie sont au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Plusieurs étapes importantes dans l'organisation des soins et des services en ce domaine en témoignent.

En juin 2014, le gouvernement du Québec adoptait la Loi concernant les soins en fin de vie (Chapitre S-32.0001). Par l'adoption de cette loi, l'État, d'une part, précise le droit des personnes de recevoir des soins palliatifs de fin de vie et, d'autre part, définit les modalités de prestation et d'encadrement de ces soins dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi, qui est entrée en vigueur le 10 décembre 2015, a pour objet d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

De plus, le 17 juin 2016, le parlement du Canada a adopté le projet de Loi C-14, soit la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

OBJECTIFS

La présente politique a pour but d'assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits, l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout résident 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 (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM).

La *Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)*, prévoit que le Centre Le Cardinal 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 usagers en fin de vie et de leurs proches (2014, c.2, Art. 8).

DÉFINITIONS**Aide médicale à mourir (AMM)**

Un soin consistant en l'administration de médicaments par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

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

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

Directives médicales anticipées (DMA)

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.

Indépendance des médecins (Art. 241.2[6] du Code criminel)

Pour être indépendant, le médecin qui fournit l'AMM, ni celui qui donne l'avis ne peut :

- conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
- savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
- savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif. Il s'agit d'un membre de la famille, d'un ami ou de toute personne qui a un intérêt particulier pour le résident.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable liée à l'évolution de la maladie ou à la gravité de lésions, selon laquelle les chances de survie à plus ou moins long terme sont compromises.

Refus de soins

Fait, pour une personne, de refuser un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée.

Sédation palliative continue (SPC)

Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant à l'administration de médicaments 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.

Soins de fin de vie

Les soins offerts aux personnes en fin de vie et l'AMM.

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, et les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Témoins indépendants (Art. 241.2[5] du Code criminel)

Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'AMM peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

- elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- elle participe directement à la prestation de services de santé à la personne qui fait la demande;
- elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Tiers autorisé* (Art. 241.2[4] du Code criminel)

Personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

*Cette définition est utilisée uniquement pour l'AMM.

ÉNONCÉ

Orientations ministérielles

Il est de la responsabilité du MSSS d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins en 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 balises promulguées par la Loi concernant les soins de fin de vie.

Les orientations entourant les soins de fin de vie se définissent comme suit :

- l'accès aux soins est équitable pour tous et disponible au Québec;
- les soins sont offerts selon un continuum fluide dans chacun des territoires et à tous les niveaux des organisations;
- la qualité des soins et des services offerts est assurée par le biais d'équipes interdisciplinaires;
- les intervenants doivent être sensibilisés au caractère inéluctable de la mort.

Ces orientations permettront notamment :

- d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des personnes;
- de consacrer la primauté des volontés relatives aux soins exprimés clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Information aux résidents et leurs proches

Le Centre Le Cardinal doit informer les résidents et leurs proches 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 sont notamment être accessibles sur son site Internet (2014, c.2, Art. 18).

Le Centre Le Cardinal rend disponible les informations requises qui se trouvent dans les documents suivant :

- son code d'éthique;
- cette politique et procédure;
- son programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie;
- la brochure *Droits de la personne en fin de vie* du MSSS; (Annexe 1)
- la brochure *Directives médicales anticipées* du MSSS. (Annexe 2)

Offre de service

Le Centre Le Cardinal offre des soins palliatifs et de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis au résident qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés.

À cette fin, il prend les mesures nécessaires pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ces résidents. (2014, c.2, Art. 7).

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux résidents, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestations de soins selon les dispositions législatives.

Pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, le Centre Le Cardinal doit offrir à la personne une chambre qu'elle est la seule à occuper. (2014, c.2, Art. 12). À cette fin, la chambre 249 (unité 2BO) est utilisée en priorité pour les résidents en fin de vie qui cohabitent en chambre double.

Programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie

Le Centre Le Cardinal a prévu, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie. Il contient notamment les composantes essentielles :

- Valeurs et principes directeurs;
- Objectifs généraux et particuliers;
- Actualisation de l'offre de service;
- Offre de service de base;
- La planification préalable des soins de fin de vie;
- Les directives médicales anticipées;
- La sédation palliative continue;
- L'aide médicale à mourir;
- Le suivi du deuil;
- Évaluation du programme;
- Profil des compétences;
- Rôles et responsabilité des membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Mesures de soutien complémentaires;
- Consignes particulières lors du décès d'un résident.

Le programme clinique de soins de fin de vie a été transmis à la Commission sur les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 9).

Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par le Centre Le Cardinal en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux tient compte des droits des personnes en fin de vie. (2014, c.2, Art. 10).

Centre Le Cardinal fait la promotion du code d'éthique en le remettant à chaque nouveau résident hébergé et ses proches et en le rendant disponible à tous ceux qui en font la demande. Il est aussi disponible sur le site internet du Centre Le Cardinal.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration a adopté un règlement, la politique et procédures ainsi que les protocoles relatifs aux soins de fin de vie. Il prend connaissance du rapport annuel concernant les soins de fin de vie déposé par la directrice générale du Centre Le Cardinal.

Directrice générale

La directrice générale du Centre Le Cardinal fait, chaque année, faire un rapport sur l'application de cette politique et le transmet au conseil. Le rapport présente les indicateurs suivants :

- le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- le nombre de SPC administrées;
- le nombre d'AMM administrées;
- le nombre de demandes d'AMM formulées par écrit qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été;
- Nombre de DMA déposés au dossier;
- La corrélation entre le nombre de résidents en fin de vie et l'accès à une chambre double.

Le rapport est publié sur le site Internet du Centre Le Cardinal 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. Le Centre Le Cardinal inclus un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. (2014, c.2, Art. 8)

Service médical

Le service médical adopte les protocoles cliniques applicables à la SPC, l'AMM et les DMA. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborés par les ordres professionnels concernés. (2014, c.2, Art. 33)

Directrice des soins infirmiers et services cliniques

La directrice des soins infirmiers et des services cliniques évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables. (2014, c.2, Art. 34).

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la SPC, le résident en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour lui doit, entre autre, 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 entre autre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (2014, c.2, Art. 24).

Même si l'ensemble des acteurs de la situation clinique participe au processus décisionnel, c'est au médecin lui-même qu'incombe la responsabilité de procéder ou non à une sédation palliative. C'est lui qui prescrit et qui amorce la sédation palliative en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est donc nécessaire pour commencer la sédation.⁴

Consentement

Le consentement à la SPC doit être donné par écrit au moyen du formulaire AH-880 (Annexe 3) prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier du résident.

Lorsque la personne qui consent à la SPC ne peut dater et signer le formulaire AH-880 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers autorisé 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. (2014, c.2, Art. 25).

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la SPC dans les installations du Centre Le Cardinal doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège de médecin en utilisant le formulaire CC300 *Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue*. (Annexe 4). (2014, c.2, Art. 34).

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Conditions d'admissibilités

Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'AMM :

- être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec;
- être majeur et apte à consentir aux soins;
- être en fin de fin;
- être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- être dans une situation médicale qui se caractérise par un déclin et irréversible de ses capacités;
- éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. (2014, c.2, Art. 26)

Demande d'AMM

Le résident doit, de manière libre et éclairée, formuler pour lui-même la demande d'AMM au moyen du formulaire AH-881 (Annexe 5) prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par celui-ci.

Le formulaire doit être 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. (2014, c.2, Art. 26).

Lorsque la personne qui demande l'AMM ne peut dater et signer le formulaire AH-881 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. (2014, c.2, Art. 27).

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

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander de reporter l'administration de l'AMM. (2014, c.2, 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 médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'AMM, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit également être inscrite au dossier du résident sa décision de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration. (2014, c.2, Art. 32).

Objection de conscience

Médecin

Tout médecin qui exerce sa profession au Centre Le Cardinal et qui refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser la directrice générale du Centre Le Cardinal ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. La directrice générale, ou la personne qu'il a désigné, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plutôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 31)

Un médecin peut refuser d'administrer l'AMM en raison de ses convictions personnelles. (2014, c.2, Art. 50).

Il est possible de communiquer avec le DSP CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-233-7650.

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.

Un tel professionnel de la santé doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (2014, c.2, Art. 50).

Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'AMM, le médecin doit :

- être d'avis que le résident satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :
- en s'assurant auprès de lui du caractère libre de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, en menant avant lui des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte de l'évolution de son état;
- en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec lui, le cas échéant;
- en s'entretenant de sa demande avec ses proches, s'il le souhaite;
- s'assurer que le résident a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait contacter;
- obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'AMM qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit avec l'aide du formulaire prescrit par le ministère AH-883. (Annexe 6). (2014, c.2, Art. 29).

En plus de ces critères, la loi fédérale ajoute plusieurs mesures de sauvegarde qui doivent être respectées (Art. 241.2[3], du Code criminel) :

Avant de fournir l'AMM, le médecin doit, à la fois :

- être d'avis que la personne qui a fait la demande d'AMM remplit tous les critères;
- s'assurer que la demande :
 - a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou un tiers;
 - a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par un tiers devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;
- s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;
- s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin confirmant le respect de tous les critères prévus a été obtenu;
- être convaincu que lui et l'autre médecin sont indépendants;
- s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'AMM est fournie ou, si lui et le médecin jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairée est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;
- immédiatement avant de fournir l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM;
- si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit l'AMM dans les installations du Centre Le Cardinal doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège des médecins en utilisant le *Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir*, prescrit par le Ministère AH-881 (parties 1 à 3) (Annexe 7). (2014, c.2, Art. 34).

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

Le Centre Le Cardinal met en place un comité interdisciplinaire particulier pour les soins de fin de vie à qui le mandat du GIS a été confié. Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe : le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, et le soutien aux décideurs de

l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources. Les travaux de ce groupe sont sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers et services cliniques.

Le comité interdisciplinaire particulier du Centre Le Cardinal peut aussi être appuyé dans leurs démarches par le GIS du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. À cette effet, la direction générale ou la direction de soins infirmiers et services cliniques peuvent les contacter au : 514-233-7650

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 ministre. (2014, c.2, arts 51-52).

Conditions

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Le formulaire limite les DMA à trois situations cliniques précises pour lesquelles la pertinence d'offrir certains soins est questionnée.

- Situation de fin de vie
 - Condition médicale grave et incurable, en fin de vie.
- Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
 - État comateux jugé irréversible.
 - État végétatif permanent.
- Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
 - Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (ex. : démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Consentement

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les DMA 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.

Protocole concernant les directives médicales anticipées

Un protocole concernant les DMA est disponible au Centre Le Cardinal. Ce protocole comprend le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les résidents qui souhaitent émettre leurs DMA, les modalités concernant le dépôt des DMA au dossier médical par les professionnels de la santé, les conditions de validité et d'application des DMA ainsi que les modalités d'accès aux DMA pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des DMA.

RÉFÉRENCES

1. Canada. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* : LC 2016, ch. 3 [En ligne], http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/page-1.html
2. CISSS Lanaudière. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Juin 2016.
3. CIUSSS Est de l'Île de Mtl. *Politique relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux*. Septembre 2015.
4. Collège des médecins (CMQ), *Sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice*, Montréal, Août 2016, 61 p.
5. Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), *Aide médicale à mourir : Guide d'exercice*, Montréal, août 2015, 88 p.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*, Québec, 2015.
7. Québec. *Loi concernant les soins de fin de vie : RLQR, chapitre S-32.0001* [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2014. [En ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
9. Résidence Berthiaume Du Tremblay. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Octobre 2016.

ANNEXE 1

(Brochure « Droits de la personne en fin de vie »)




Annexe 2

(Brochure « Directives médicales anticipées »)



Annexe 3

(Formulaire AH-880 : Consentement à la SPC)

<p>Santé et Services sociaux Québec</p>	 D19231	<table border="1"> <tr><td colspan="3">Nom</td></tr> <tr><td colspan="3">Prénoms</td></tr> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Année</td> <td>Mois Jour</td> </tr> <tr> <td>N° d'assurance maladie</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> </tr> <tr><td colspan="3">Adresse</td></tr> <tr> <td>Code postal</td> <td>N° de téléphone</td> <td>Village</td> </tr> </table>	Nom			Prénoms			Date de naissance	Année	Mois Jour	N° d'assurance maladie	Année	Mois	Adresse			Code postal	N° de téléphone	Village
Nom																				
Prénoms																				
Date de naissance	Année	Mois Jour																		
N° d'assurance maladie	Année	Mois																		
Adresse																				
Code postal	N° de téléphone	Village																		
<p>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE</p>																				
<p>Je consens à la sédation palliative continue. Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision. Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.</p>																				
Signature : _____	Date <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>		Année	Mois	Jour															
Année	Mois	Jour																		
<p>Tiers autorisé¹ : si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut pas 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.</p> <p>Prénom et nom du tiers autorisé : _____</p> <p>Domicilié(e) à (adresse) : _____</p> <p>Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue : _____</p> <p>Signature : _____ Date <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table></p> <p>Le cas échéant, la personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue incapable à consentir aux soins.</p> <p>Prénom et nom de la personne habilitée à donner un consentement substitué : _____</p> <p>Lien avec la personne concernée : _____</p> <p>Signature : _____ Date <table border="1"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table></p>			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour												
Année	Mois	Jour																		
Année	Mois	Jour																		
<p>Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement</p> <p>Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.</p> <table border="1"> <tr> <td>Prénom et nom du médecin</td> <td>N° de permis d'exercice</td> <td>Signature</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature	_____	_____	_____												
Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature																		
_____	_____	_____																		
<p>¹ Conformément à l'article 25 de la Loi concernant les soins de fin de vie, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur incapable.</p>																				
<p>AV-880 (01/2017) (2016-10) FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE DOSSIER DE L'USAGER</p>																				

Annexe 4

(CC300 – Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue)

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

PRESCRIPTEUR
Nom du médecin ayant débuté la sédation palliative continue : _____
permis : _____

CONSENTEMENT ÉCRIT (Joindre une copie du consentement lors de l'envoi de la déclaration)
 Consentement donné par le résident
 Consentement substitué : _____
 Pas de consentement obtenu
 Justification : _____

DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE
Diagnostic principal : _____
 SYMPTÔME(S) RÉFRACTAIRE(S) justifiant d'envisager une sédation palliative continue
 Douleur intraitable et intolérable
 Détresse psychologique ou existentielle réfractaire
 Dyspnée progressive et incoercible
 Détresses respiratoires, maigreur et rhodantes
 Nausées et vomissements incoercibles
 Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incoercible
 Autre symptôme réfractaire : _____
 Autre symptôme réfractaire : _____

Approches thérapeutiques employées avant le recours à la sédation palliative continue
 • Pharmacologiques : _____
 dont la sédation intermittente
 • Non-pharmacologiques : _____

Soutien nutritionnel en cours au début de la sédation
 • Nutrition par voie orale
 Normale ou presque
 Très réduite ou cessée spontanément par le patient
 Cessée au moment de l'initiation de la sédation
 Autre : _____
 • Nutrition par voie artificielle (gavage, alimentation parentérale totale, etc.)
 Oui cessée le (date) _____
 Non

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)

DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE (SUITE)
 Nutrition en cours au début de la sédation
 • Hydratation par voie orale
 Normale ou presque
 Très réduite ou cessée spontanément par le résident
 Cessée au moment de l'initiation de la sédation
 Autre : _____
 • Hydratation par voie artificielle (soutie IV, etc.)
 Oui cessée le (date) _____
 Non

PHARMACOTHÉRAPIE PRESCRITE

Médication	Début de la sédation		Fin de la sédation	
	Date	Posologie	Date	Posologie
Moracem				
Métoprolol				
Phénothiazine				
Rapath				

Date de la sédation palliative continue : _____ jour(s)

ÉVOLUTION CLINIQUE JUSQU'AU DÉCÈS
 Date du décès : _____ heure : _____
 Mort paisible
 Souffrement incomplet : _____
 Complications : _____

DÉCLARATION
 Formulaire complété le : _____
 Formulaire transmis le : _____
 au Collège des médecins du Québec
 Nom du médecin : _____ Signature du médecin : _____
 Date : _____ # permis : _____


**SECTION RÉSERVÉE À L'INSTANCE MÉDICALE D'ÉVALUATION
(CMQ SELON LE CONTEXTE)**

Formulaire de déclaration reçu le : _____
 Nom du médecin responsable : _____
 Signature : _____ Date : _____

CC300 – Révisé Au CUS33 de l'Ordre des Médecins du Québec – 2015-03-03 Page 1

Annexe 5

(Formulaire AH-881 : Demande d'AMM)



0T9032

Nom

Prénoms

Date de naissance: Année Mois Jour

N° d'assurance maladie: Année Mois

Expéditeur

Adresse

Code postal N° de téléphone

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Je demande au Docteur (nom du médecin) _____ de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : _____ Date: Année Mois Jour

Tiers autorisé¹, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : _____

Domicilié(e) à (adresse) : _____

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir : _____

Signature : _____ Date: Année Mois Jour

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Nom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour

Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire ² :		
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Date
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

¹ Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut être partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un conjoint ni un majeur incapable et ne peut servir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui lui a demandé ou qu'il recense autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

² L'article 241.2(5) du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant si il a) sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui lui a demandé ou qu'il recense autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui lui a demandé reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui lui a demandé; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui lui a demandé.

AH-881 (03/02) (rev. 03/14/16)

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Copie au pharmacien

Dossier de l'usager



Annexe 6

(Formulaire AH-883 : Avis du 2^e médecin pour AMM)

<p style="font-size: small;">Santé et Services sociaux Québec</p> <p style="text-align: center;">AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">Nom</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Prénoms</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Date de naissance</td><td style="font-size: x-small;">Année</td><td style="font-size: x-small;">Mois</td><td style="font-size: x-small;">Jour</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">N° d'assurance maladie</td><td style="font-size: x-small;">Année</td><td style="font-size: x-small;">Mois</td><td style="font-size: x-small;">Jour</td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Adresse</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Code postal</td><td style="font-size: x-small;">N° de téléphone</td><td colspan="2" style="font-size: x-small;">Fax (opt.)</td></tr> </table>	Nom				Prénoms				Date de naissance	Année	Mois	Jour	N° d'assurance maladie	Année	Mois	Jour	Adresse				Code postal	N° de téléphone	Fax (opt.)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Nom de l'usager</td> <td style="font-size: x-small;">N° de dossier</td> </tr> </table> <p>5. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, raison(s) invoquée(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie <input type="checkbox"/> La personne est mineure <input type="checkbox"/> La personne n'est pas apte à consentir aux soins <input type="checkbox"/> La personne n'est pas en fin de vie <input type="checkbox"/> La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable <input type="checkbox"/> Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités <input type="checkbox"/> Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables <input type="checkbox"/> La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière libre et éclairée <input type="checkbox"/> Autre(s) : <p>Justification si demande non admissible :</p>	Nom de l'usager	N° de dossier
Nom																												
Prénoms																												
Date de naissance	Année	Mois	Jour																									
N° d'assurance maladie	Année	Mois	Jour																									
Adresse																												
Code postal	N° de téléphone	Fax (opt.)																										
Nom de l'usager	N° de dossier																											
<p>1. Avez-vous un lien professionnel (hiérarchique, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie au médecin qui accompagne la personne et qui vous a demandé la consultation?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez la nature du lien et justifiez</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px; width: 100%;"></div>																											
<p>2. Avez-vous un lien professionnel (relation thérapeutique suivie, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie à la personne qui demande une aide médicale à mourir?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez la nature du lien et justifiez</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px; width: 100%;"></div>																											
<p>3. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir?</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px; width: 100%;"></div>																											
<p>4. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande une aide médicale à mourir?</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px; width: 100%;"></div>																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="font-size: x-small;">Identification de l'avis du second médecin</th> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Lieu</td> <td style="font-size: x-small;">Prénoms et nom</td> <td colspan="2" style="font-size: x-small;">N° de permis d'exercice</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Signature</td> <td style="font-size: x-small;">Date</td> <td style="font-size: x-small;">Année</td> <td style="font-size: x-small;">Mois Jour</td> </tr> </table>			Identification de l'avis du second médecin				Lieu	Prénoms et nom	N° de permis d'exercice		Signature	Date	Année	Mois Jour														
Identification de l'avis du second médecin																												
Lieu	Prénoms et nom	N° de permis d'exercice																										
Signature	Date	Année	Mois Jour																									
<p>Ce formulaire est versé au dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir.</p>																												
AH-883 (2016) (2016-01)	<p>AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR</p>	DOSSIER DE L'USAGER																										

Annexe 7

(Formulaire AH-882 – (3 parties-9 pages) : Déclarations d'AMM)

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 1

Elle ne doit comporter aucune information permettant d'identifier directement une personne, un médecin, un professionnel de la santé, ou un lieu précis.

Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

Année	Mois	Jour	Sexe	Année	Mois	Jour
Date de naissance			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date à laquelle la demande d'aide médicale à mourir a été remplie		

Section B – Critères d'admissibilité

La personne a une carte d'assurance maladie valide. Oui, explication : _____ Non, justifier _____

Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne. Oui Non, justifier _____

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été signé et daté par la personne elle-même. Oui Non, par un tiers
Raisons pour lesquelles le tiers a signé (le cas échéant) : _____

Le formulaire a été signé en : Ma présence Présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux

Si le demandeur a été rempli par un tiers, en votre présence, indiquer :
Avez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui, justifier _____ Non _____

Si le demandeur a été rempli par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, indiquer :
• Le professionnel est présent lorsque le formulaire a été rempli. Oui Non
• Titre d'emploi du professionnel : _____
• Si le demandeur a été rempli par un tiers, indiquer :
• Le professionnel a-t-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui, justifier _____ Non _____
• Date de l'entretien avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a rempli le formulaire : _____

Page 1

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR
AH-882 (1703) (2014-01) Québec (en français) Communiqué sur les soins de fin de vie, 2017 ou 1983 PARTIE 1

Nom de l'utilisateur _____ N° de dossier _____

Section C – Critères en lien avec l'état de santé

1. Ligne de principe _____

2. L'identité du personnel soignant _____

3. Nature et description des inspections _____

4. Nature et description des inspections physiques ou psychiques en vertu de la section consistant en inspections _____

5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables _____

Section D – Processus décisionnel

1. La personne est apte à consentir aux soins : Oui Non
Raisons qui amènent à conclure qu'elle n'est pas apte à consentir aux soins : _____

2. Moyens utilisés pour vérifier la capacité de la personne, et plus spécifiquement pour s'assurer qu'elle ne souffre pas de prévisions antérieures. _____

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprend bien les informations qui lui ont été fournies à leur propos :
Son diagnostic médical Oui Non
Son pronostic vital Oui Non
Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences Oui Non
Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation palliative, la légalisation, etc. Oui Non
Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et ses risques possibles Oui Non
Information transmise à la personne sur le fait qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter. Oui Non
Justification si l'information ci-dessus n'a pas été transmise : _____

Page 2

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1703) (2014-01)

Nom de l'utilisateur _____ N° de dossier _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprend bien les informations qui lui ont été fournies à leur propos (suite) :
Affectif) vérification(s) effectuée(s) (le cas échéant) : _____
Date de ou des entretiens tenus pour effectuer les vérifications : _____
Résumé de l'entretien ou des entretiens : _____

4. Entretien avec la personne
 Assurance de la persistance de ses souffrances
 Assurance de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir
Dates des entretiens : _____
Raisons qui conviennent de la persistance de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir : _____

5. Entretien(s) avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne : Oui Non
Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) : _____
Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) : _____

6. Entretien avec ses proches
Est-ce que la personne souhaite une discussion de sa demande avec ses proches? Oui Non
Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) : _____
Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) : _____

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande d'aide médicale à mourir avec les personnes qu'elle souhaitait contacter. Oui Non
Description des démarches effectuées pour mesurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait consulter. _____

Page 3

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1703) (2014-01)

Nom de l'utilisateur _____ N° de dossier _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

8. Avez-vous un second médecin consulté conformément au respect des conditions prévues à l'article 28.
Y a-t-il un lien professionnel (hémérétique) ou personnel qui vous relie au second médecin? Non Oui, décrire la nature du lien et justifier _____

Y a-t-il un lien professionnel ou personnel qui relie la personne au second médecin? Non Oui, décrire la nature du lien et justifier _____

Date de demande de la consultation du second médecin : _____
Date de la première consultation du dossier médical de la personne par le second médecin : _____
Date(s) de l'examen de la personne par le second médecin : _____
Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 28 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui Non

Section E – Renseignements relatifs au décès

Année	Mois	Jour	Heure	Région administrative du Québec
Date et heure du décès				

Lieu du décès : Domicile Maison de soins palliatifs Établissement privé
 Établissement public, maison : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés CHS.D
 Autre, préciser : _____

Tous les renseignements ou documents en lien avec la demande d'aide médicale à mourir doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne, incluant le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 28 (le cas échéant) et une copie des 3 parties de ce formulaire.

Formulaire rempli le (date) : _____

Transmis à : Commission sur les soins de fin de vie (le (date) : _____)
 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (le (date) : _____)
 Collège des médecins du Québec (CMQ) (le (date) : _____)

Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir doit transmettre dans les 10 jours suivant le décès de la personne :
• Les parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie ;
• Les parties 1, 2 et 3 dûment remplies, au CMDP s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou du CMQ s'il exerce dans un cabinet privé de professionnel.
Hormis la copie versée au dossier de l'utilisateur, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être anonymisées et la partie 3 doit être scellée, avant la transmission aux instances ou qui signifié que le nom de l'utilisateur et le numéro de dossier ainsi que l'expression de la carte d'assurance maladie en première page doivent être retirés.

Page 4

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1703) (2014-01)

Nom de l'auteur	N° de dossier
Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)	
FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1	
AV-480-1 (12/2013) (2/15-12)	Page 5

Santé et Services sociaux Québec	 <small>019233</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom</td> <td style="width: 50%;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Date de naissance</td> <td style="width: 17%;">Année</td> <td style="width: 17%;">Mois</td> <td style="width: 13%;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">N° d'assurance médicale</td> <td style="width: 17%;">Année</td> <td style="width: 17%;">Mois</td> <td style="width: 13%;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">N° de dossier</td> <td style="width: 17%;">Année</td> <td style="width: 17%;">Mois</td> <td style="width: 13%;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">N° de dossier</td> <td style="width: 17%;">Année</td> <td style="width: 17%;">Mois</td> <td style="width: 13%;">Jour</td> </tr> </table>	Nom	Prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour	N° d'assurance médicale	Année	Mois	Jour	N° de dossier	Année	Mois	Jour	N° de dossier	Année	Mois	Jour
Nom	Prénom																			
Date de naissance	Année	Mois	Jour																	
N° d'assurance médicale	Année	Mois	Jour																	
N° de dossier	Année	Mois	Jour																	
N° de dossier	Année	Mois	Jour																	
FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR PARTIE 2																				
À l'intention des CMDP et du CMQ, en complément de la partie 1, aux fins d'évaluation de la qualité de l'acte médical.																				
Renseignements relatifs au médecin qui a administré l'aide médicale à mourir																				
1. Vous êtes spécialiste : <input type="checkbox"/> En médecine familiale <input type="checkbox"/> Autre spécialiste, préciser : _____																				
2. Avez-vous une relation thérapeutique avec le patient avant de l'accompagner pour l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis quand la suivez-vous? _____																				
Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien																				
1. Traitement médicamenteux administré au cours des 24 heures précédant l'administration de l'aide médicale à mourir, le cas échéant.																				
Classe thérapeutique Opioïdes Benzodiazépines Autres médicaments	Médicament	Posologie	Voie d'administration																	
2. Description du protocole appliqué pour l'administration de l'aide médicale à mourir																				
Médicament	Posologie	Voie d'administration																		
Page 1																				
AV-480-1 (12/2013) (2/15-12) FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 2 <input type="checkbox"/> Directeur de l'auteur <input type="checkbox"/> Centre de soins																				

Nom de l'auteur	N° de dossier	
Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)		
Y a-t-il eu déviation du protocole prescrit dans le Guide d'usage sur l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, décrire le protocole utilisé et justifier		
Médicament	Posologie	Voie d'administration
3. Combien de temps après l'induction du coma le patient est-elle décédée? _____		
4. Des complications sont-elles survenues? Le cas échéant, les décrire. <div style="height: 100px;"></div>		
5. Les médicaments requis ont-ils été disponibles dans les délais prévus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer		
6. La préparation des médicaments a été effectuée par : <input type="checkbox"/> Le médecin <input type="checkbox"/> Le pharmacien <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____		
7. Les médicaments ont été : <input type="checkbox"/> Livrés par (traj) : _____ <input type="checkbox"/> Préparés par (traj) : _____		
Page 2		
AV-480-1 (12/2013) (2/15-12) FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 2 <input type="checkbox"/> Directeur de l'auteur <input type="checkbox"/> Centre de soins		


Nom de l'usager		N° de dossier	
Protocoles médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)			
8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :			
<input type="checkbox"/> Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager;	<input type="checkbox"/> Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments;		
<input type="checkbox"/> Du protocole choisi;	<input type="checkbox"/> De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments;		
<input type="checkbox"/> Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir;	<input type="checkbox"/> Des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie.		
Si non, expliquer :			
9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, expliquer			
10. Avez-vous rendu des médicaments non utilisés au pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
11. Avez-vous participé à la destruction des médicaments et du matériel non utilisés avec le pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
12. Avez-vous rempli le registre d'utilisation des médicaments avec le pharmacien?			
<input type="checkbox"/> Oui, complètement <input type="checkbox"/> Oui, en partie - expliquer <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
14. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le soutien dispensé aux médecins, aux pharmaciens et aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent une personne en fin de vie et qui sont amenés à participer à l'aide médicale à mourir?			
15. Commentaires additionnels :			

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR - PARTIE 2

At 482-2 (7/2023) (2/15 - 0)

Page 3

Santé et Services sociaux Québec



0719233

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 3

Cette partie du formulaire contient les renseignements qui identifient le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir, le médecin ayant donné un deuxième avis ainsi que les renseignements qui permettent à ces derniers d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir.

La Commission sur les soins de fin de vie, ainsi que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ne prendront connaissance de ces renseignements que si cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions respectives et, dans le cas de la Commission, en conformité avec le règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin.

Renseignements permettant aux médecins d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir	
Nom de l'établissement et de l'habitant (le cas échéant), de la maison de soins palliatifs ou de la clinique privée	Numéro de dossier
Identification du médecin qui a administré l'aide médicale à mourir	
Nom	N° de permis d'exercice
Coordonnées professionnelles	
Adresse de correspondance	tél. nig. téléphone
Signature du médecin	Date
Identification du second médecin	
Nom	N° de permis d'exercice
Coordonnées professionnelles	
Adresse de correspondance	tél. nig. téléphone

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

At 482-2 (7/2023) (2/15 - 0) Ministère de l'Énergie Commission sur les soins de fin de vie Centre de données **PARTIE 3**