



MAISON
Aline-Chrétien

POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
1. BUT DE LA POLITIQUE	3
2. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE	4
3. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS	4
4. DÉFINITIONS	5
5. CONTEXTE LÉGAL OU CONTRACTUEL	7
6. MODALITÉS	8
6.1 SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	8
6.1.1 CONDITIONS	8
6.1.2 CONSENTEMENT	8
6.1.3 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN	8
6.2 AIDE MÉDICALE À MOURIR	9
6.2.1 DEMANDE D'UNE AIDE MÉDICALE À MOURIR	9
6.2.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ	10
6.2.3 CAS D'OBJECTION DE CONSCIENCE	10
6.2.4 CRITÈRES ÉVALUÉS PAR LE MÉDECIN	11
6.2.5 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN	12
6.2.6 GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR	12

6.3	DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (DMA)	13
6.3.1	CONDITIONS	13
6.3.2	CONSENTEMENT	14
7.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA MAISON ALINE-CHRÉTIEN	15
7.1	INFORMATION AUX RÉSIDENTS	15
7.2	OFFRE DE SERVICES	15
7.3	PROGRAMME CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE	15
7.4	CODED'ÉTHIQUE	16
7.5	ENTENTE AVEC LE CIUSSS MCQ	16
7.6	STRUCTURE DE GESTION	16
7.6.1	CONSEIL D'ADMINISTRATION	16
7.6.2	DIRECTION GÉNÉRALE	17
7.6.3	INFIRMIER RESPONSABLE DES SOINS	17
7.6.4	COORDONNATEUR DES BÉNÉVOLES	18
7.6.5	RESPONSABLE DES DIFFÉRENDS	18
8.	DISPOSITIONS FINALES	19
8.1	ENTRÉE EN VIGUEUR	19
8.2	PERSONNE DÉSIGNÉE	19
9.	BIBLIOGRAPHIE	19
10.	SIGNATURES	20

PRÉAMBULE

La *Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2)*, ci-après appelée « la Loi » prévoit que toutes les maisons de soins palliatifs doivent adopter une politique sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de la MSP, des professionnels de la santé ou des services sociaux et des médecins exerçant à la MSP.

La présente politique établit les responsabilités de la Maison Aline-Chrétien (ci-après appelé « MSP ») en matière de soins de fin de vie et les nombreux enjeux qui en découlent. Ce document vise à préciser les normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins en respectant l'esprit fondamental de la Loi.

1. BUT DE LA POLITIQUE

L'adoption de cette politique par la MSP a pour but d'encadrer l'application de la Loi et d'assurer aux personnes en fin de vie, un plus grand respect de leur volonté et de leur dignité.

Elle vise également à offrir un accompagnement adapté à la situation des personnes en fin de vie, notamment pour prévenir et apaiser leurs souffrances. De plus, à l'image de la Loi, elle présente une vision globale des soins de fin de vie favorisant un réel continuum de soins répondant aux besoins propres de chaque personne en fin de vie.

La présente politique s'appuie sur les orientations ministérielles relatives aux soins de fin de vie qui prennent assise principalement dans :

- La *Loi concernant les soins de fin de vie, LQ 2014, c. 2*
- La politique en soins palliatifs de fin de vie, 2004

2. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

Conformément aux dispositions de la Loi, cette politique poursuit les objectifs suivants :

- Préciser les droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie;
- Déterminer les règles applicables aux soins de fin de vie : les soins palliatifs, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir ainsi que les exigences qui doivent être respectées.

3. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Les valeurs constituent la pierre angulaire, le port d'attache où les intervenants puisent leur énergie pour accomplir le défi auquel ils sont conviés. Ces valeurs deviennent leur identité, leurs convictions profondes, ce à quoi ils croient fondamentalement.

Elles leur permettent d'orienter leurs prises de décision et de donner un sens à leur action. A travers le temps, ces valeurs leurs permettent de poser un regard d'ordre éthique, moral ou pratique pour confirmer ce qui est « important ».

Les valeurs énoncées ci-dessous guideront la prestation de services en soins palliatifs à la MSP

- **PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE** : Accorder à la personne qui reçoit les soins toute l'attention nécessaire à son état, que ce soit par l'écoute, les paroles et les gestes posés à son égard; la personne devient le centre absolu de toute intervention.
- **DIGNITÉ** : Afficher d'abord une dignité dans le comportement, le langage, voire même dans le vêtement, afin de pouvoir refléter, sans restriction, toute la dignité qui s'impose.
- **RESPECT** : Prendre le temps nécessaire aux attentes de la personne malade. Les gestes et les paroles précipités peuvent heurter la fragilité et la sensibilité de la personne et même créer un malaise avec la famille.

- **COMPASSION** : Ressentir de la compassion c'est comprendre l'autre et ce qu'il vit, c'est aussi voir et entendre les souffrances auxquelles il est soumis, qu'elles soient physiques ou émotionnelles, sans pour autant tomber dans la pitié.
- **CONFIDENTIALITÉ** : Être capable de s'imposer un silence absolu concernant les confidences reçues d'une personne en fin de vie ou de tout autre personne et ce, pour le bénéfice de celle-ci; se rappeler qu'un lien de confiance a été tissé et, qu'avec lui, une responsabilité s'en suit.
- **EMPATHIE** : Faire preuve d'empathie est d'un grand réconfort pour la personne en fin de vie. Elle se manifeste par la qualité de la présence où la disponibilité et la serviabilité peuvent être ressenties.
- **INTÉGRITÉ** : Faire preuve d'une attention rigoureuse dans l'application des dernières volontés propres à la personne en fin de vie, qu'elles soient physiques, mentales ou spirituelles.

De ces valeurs partagées découlent deux principes directeurs qui doivent guider les gestionnaires et les intervenants de la MSP dans leurs actions :

- Accompagner la personne en fin de vie dans le respect de son rythme et de ses volontés.
- Respecter les choix que la personne fait de façon libre et éclairée quant aux soins et services qu'elle souhaite recevoir y compris l'aide médicale à mourir.

4. DÉFINITIONS

Aide médicale à mourir : Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin, à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, 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.

Bénévole : Toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui en dehors de son temps professionnel et familial.

CIUSSS MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS MCQ

Commission des soins de fin de vie (CSV): Entité administrative chargée de surveiller les soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir.

Directives médicales anticipées : Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) : Sous la responsabilité du PDG du CIUSSS MCQ ou de la personne désignée par celui-ci. Ce groupe est composé de gestionnaires et de professionnels qui assurent le soutien aux équipes interdisciplinaires dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, aussi bien en établissement qu'hors-établissement et le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Intervenant : Toute personne qui exerce ses fonctions dans la MSP, ce qui inclut les employés, professionnels, médecins, stagiaires, bénévoles, ainsi que les personnes à contrat ayant des compétences appropriées pour appliquer les pratiques et conduites de son champ d'expertise.

Maison de soins palliatifs : Organisme privé à but non lucratif géré par un conseil d'administration indépendant qui fait une large place à la contribution des bénévoles. Elle est titulaire d'un agrément délivré par le ministre, ce qui lui permet d'offrir des soins palliatifs, des soins de fin de vie et de soutenir les proches jusque dans la phase de deuil.

Proche : Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non-professionnel à une personne ayant une perte

d'autonomie, est considérée comme procheaidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Professionnel : Par professionnel est entendu le médecin, l'infirmière, le pharmacien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le travailleur social ou le psychologue.

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

Soins de fin de vie : Selon les dispositions de la Loi, les soins de fin de vie incluent les soins palliatifs, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

Soins palliatifs : Soins actifs et globaux, dispensés par une équipe interdisciplinaire, aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches, le soutien nécessaire.

Tiers autorisé : Personne qui peut signer un formulaire en la présence de la personne parce que celle-ci ne sait pas lire ou écrire ou est incapable physiquement. Elle ne peut pas être un mineur, un majeur inapte ou faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne.

5. CONTEXTE LÉGAL OU CONTRACTUEL

- *Loi concernant les soins de fin de vie*, LQ 2014, c. 2
- Politique en soins palliatifs de fin de vie, 2004

6. MODALITÉS

6.1 SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

6.1.1 CONDITIONS

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

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre et éclairé du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures.

6.1.2 CONSENTEMENT

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

Si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire, qu'il ne sait pas lire ou écrire ou qu'il en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de la personne.

6.1.3 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le médecin, qui fournit la sédation palliative continue **à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement** doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations de l'établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

Le formulaire d'avis d'une sédation palliative continue prescrit par le ministre doit être utilisé par le médecin à cet effet.

Un médecin exerçant sa profession uniquement dans un cabinet privé ou en GMF et qui fournit la sédation palliative continue à domicile ou dans les locaux d'une MSP doit, dans les dix (10) jours de son administration, informer le

Collège des médecins du Québec et lui transmettre, selon les conditions et modalités prescrites par le Collège, les renseignements qu'il détermine.

6.2 AIDE MÉDICALE À MOURIR

6.2.1 DEMANDE D'UNE AIDE MÉDICALE À MOURIR

Seule une personne majeure apte à consentir peut déposer une demande d'aide médicale à mourir. La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne et conservé au dossier de la personne.

Le formulaire est signé en présence de 2 témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir et 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 dans les meilleurs délais.

Lorsque la personne, qui demande l'aide médicale à mourir, ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas lire ou écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, une tierce autorité au sens de la loi peut le faire en présence de cette personne.

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne, tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, que le médecin l'administre ou non, dont :

- le formulaire de demande d'aide médicale à mourir ;
- les motifs de la décision du médecin et ;
- le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit être également inscrite au dossier de la personne, sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration.

6.2.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

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

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

6.2.3 CAS D'OBJECTION DE CONSCIENCE

L'objection de conscience est un acte personnel de refus d'accomplir certains actes allant à l'encontre d'impératifs religieux, moraux ou éthiques dictées par sa conscience.

a. UN MÉDECIN

Tout médecin qui exerce sa profession à la MSP et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 de la Loi doit, le plus tôt possible, en aviser l'infirmière responsable des soins et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. L'infirmière responsable des soins ou le médecin doivent alors aviser le plus rapidement possible, la coordonnatrice du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) et lui transmettre le formulaire d'aide médicale à mourir. La coordonnatrice du GIS doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29 de la Loi.

Le médecin membre du CMDP du CIUSSS MCQ qui décide d'exercer son droit d'objection de conscience ainsi que le médecin travaillant dans un cabinet privé de professionnels qui réfère une demande d'aide médicale à mourir à l'établissement, sont appelés à suivre les procédures élaborées par le CIUSSS MCQ traitant d'un cas d'objection de conscience.

b. AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

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

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément aux dispositions légales, aux dispositions de l'établissement, aux dispositions de son code de déontologie et à la volonté de la personne.

Une procédure, de remplacement d'un professionnel qui refuse de participer à une aide médicale à mourir pour des raisons personnelles, élaborée par la MSP, prévoit les modalités de fonctionnement dans pareil cas.

6.2.4 CRITÈRES ÉVALUÉS PAR LE MÉDECIN

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

- auprès de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant, entre autres, qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures ;
- auprès de la personne du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'information du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences ;
- auprès de la personne de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec lui des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état ;
- de s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant ;
- de s'entretenir de la demande avec ses proches, si la personne le souhaite ;

- que la personne ait eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter ;
- D'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

6.2.5 AVIS DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le médecin qui fournit l'aide médicale à mourir à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration, informer le CMDP duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations de l'établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile.

Le formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir, prescrit par le ministre, doit être utilisé par le médecin à cet effet.

Un médecin exerçant sa profession uniquement dans un cabinet privé ou un GMF qui fournit l'aide médicale à mourir à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs doit, dans les dix (10) jours de son administration, informer le Collège des médecins du Québec et lui transmettre, selon les conditions et modalités prescrites par le Collège, les renseignements qu'il détermine.

Le médecin qui administre l'aide médicale à mourir à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser la Commission sur les soins de fin de vie et lui transmettre une copie du formulaire selon les modalités déterminées par règlement du gouvernement, les renseignements prévus par ce règlement.

6.2.6 GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

En conformité avec la Loi, le CIUSSS MCQ a mis en place au sein de son organisation un Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir.

Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe :

- le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir incluant l'équipe, les dirigeants et les médecins dans la MSP ;
- le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

6.3 DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (DMA)

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

6.3.1 CONDITIONS

- Les directives médicales anticipées s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins.
- Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises et à des soins précis.

Situations cliniques visées :

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 ou
- État végétatif permanent.

Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives

- Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (par exemple démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Soins visés :

- réanimation cardiorespiratoire ;

- ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique ;
- dialyse ;
- alimentation et hydratation forcées ;
- alimentation et hydratation artificielles ;

Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre constitué par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

6.3.2 CONSENTEMENT

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Elles ont préséance sur toutes les autres formes d'expression de volonté. Les directives médicales ont une valeur contraignante c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Le CIUSSS MCQ s'est doté d'une procédure permettant l'offre de service DMA. Cette procédure est aussi applicable à la MSP. En conformité avec la Loi, celle-ci inclut :

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

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA MAISON ALINE-CHRÉTIEN

7.1 INFORMATION AUX RÉSIDENTS

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

À cet égard, la Maison Aline-Chrétien s'engage à utiliser différentes stratégies de communication notamment son site Internet ainsi que les autres documents référence qu'elle publie, tels :

- son code d'éthique ;
- sa politique d'admission ;
- sa politique relative aux soins de fin de vie ;
- son programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie ;
- les professionnels référents des partenaires du territoire ;
- le consentement informatif à l'admission de la personne hébergée.

7.2 OFFRE DE SERVICES

La Maison Aline-Chrétien offre des soins palliatifs de fin de vie et veille à ce que ses services soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

À cette fin, elle doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser la collaboration interprofessionnelle et l'approche interdisciplinaire nécessaires à la dispensation adéquate de soins palliatifs de qualité.

7.3 PROGRAMME CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

La Maison Aline-Chrétien s'est dotée de normes de pratique inspirées des meilleurs standards de pratique en soins palliatifs et en soins de fin de vie. Ce faisant, elle s'assure que les soins qu'elle offre aux personnes en fin de vie et à leurs proches sont de grande qualité et qu'ils répondent à leurs attentes.

7.4 CODED'ÉTHIQUE

Conformément aux exigences de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, la Maison Aline-Chrétien s'est dotée d'un code d'éthique qui fait état de :

- la mission et les valeurs de la Maison Aline-Chrétien ;
- les droits des personnes de recevoir les soins palliatifs de fin de vie de qualité ;
- la conduite attendue des intervenants de la Maison, incluant le droit des professionnels de refuser de prodiguer l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience ou de valeurs personnelles et les obligations qui en découlent ;

7.5 ENTENTE AVEC LE CIUSSS MCQ

La MSP et le CIUSSS MCQ ont conclu une entente qui, d'une part précise les contributions respectives quant aux services offerts aux personnes requérant des soins palliatifs et d'autre part, détermine les mécanismes de surveillance mis en place pour assurer la qualité des soins fournis dans la MSP.

Sur demande du CIUSSS MCQ, la MSP lui communique tout renseignement nécessaire à l'application de l'entente. Les modalités de communication de ces renseignements sont prévues dans l'entente.

L'entente précise :

- l'offre de service en matière de soins palliatifs de part et d'autre ;
- les mécanismes d'accès à cette offre ;
- les mécanismes de coordination notamment l'aide médicale à mourir ;
- les mécanismes de concertation ;
- le soutien clinique et administratif offert par le CIUSSS MCQ.

7.6 STRUCTURE DE GESTION

7.6.1 CONSEIL D'ADMINISTRATION

À l'égard de la présente politique, le conseil d'administration de la Maison Aline-Chrétien assume les responsabilités suivantes :

- adopter la présente politique ;

- assurer le suivi de la reddition de compte auprès du CIUSSS MCQ ;
- prendre connaissance des rapports déposés par la direction générale.

7.6.2 DIRECTION GÉNÉRALE

La direction générale assure le suivi, l'évaluation et la mise à jour de la présente politique de même que la mise à jour des ententes conclues avec le CIUSSS MCQ.

De plus, elle doit faire chaque année un rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique.

Le rapport doit notamment indiquer :

- le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs ;
- le nombre de sédations palliatives continues administrées ;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées ;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées ;
- le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

7.6.3 INFIRMIER RESPONSABLE DES SOINS

À l'égard de la présente politique, l'infirmier responsable des soins a les responsabilités suivantes :

- coordonner et soutenir les activités d'actualisation des compétences du personnel en lien avec les dispositions de la *Loi concernant les soins de fin de vie* ;
- de façon générale, s'assurer que les compétences, du personnel œuvrant auprès des personnes résidant à la Maison Aline-Chrétien, soient conformes aux normes de pratique ;
- s'assurer de l'application de la présente politique par les membres du personnel ;
- identifier les besoins de développement des compétences du personnel en matière de soins palliatifs de fin de vie ;
- s'assurer que les valeurs et les principes directeurs sur lesquels s'appuie la présente politique soient connus et compris du personnel.

7.6.4 COORDONNATEUR DES BÉNÉVOLES

À l'égard de la présente politique, le coordonnateur des bénévoles a les responsabilités suivantes :

- s'assurer que les compétences, des bénévoles auprès des personnes résidant à la Maison Aline-Chrétien, soient conformes aux normes de pratique ;
- s'assurer de l'application de la présente politique par les bénévoles ;
- identifier les besoins de développement des compétences des bénévoles ;
- s'assurer que les valeurs et les principes directeurs sur lesquels s'appuie la présente politique soient connus et compris de la part des bénévoles ;
- s'assurer de la présence de bénévoles en nombre suffisant en fonction des besoins exprimés par l'infirmier responsable des soins ou la direction générale ;
- s'assurer de tenir à jour un décompte des bénévoles présents ainsi que de leurs heures de prestation.

7.6.5 RESPONSABLE DES DIFFÉRENDS

Le responsable des différends a la responsabilité d'assurer le respect des droits des personnes résidant à la Maison Aline-Chrétien et de leurs proches et du traitement de leurs plaintes. Il doit rendre compte de ses activités au Conseil d'administration.

Pour ce faire, il doit notamment :

- Formuler toute recommandation qu'il juge appropriée dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services ainsi que les droits et la satisfaction des personnes résidant à la Maison Aline-Chrétien ;
- Communiquer ses conclusions motivées au Conseil d'administration ;
- Tenir à jour un tableau dénombrant le nombre d'interventions réalisées, leur traitement ainsi que la conclusion.

8. DISPOSITIONS FINALES

8.1 ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur au moment de son adoption par le Conseil d'administration de la Maison Aline-Chrétien ou à un moment déterminé par celui-ci.

8.2 PERSONNE DÉSIGNÉE

La direction générale est désignée pour assurer la mise en place des éléments contenus dans cette politique.

9. BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée nationale du Québec (2014), « Loi concernant les soins de fin de vie »
- CIUSSS MCQ (2015), Politique relative aux soins de fin de vie (PO-07-001)
- Maison Marie-Pagé (2016), Politique relative aux soins palliatifs de fin de vie
- Maison Michel-Sarrazin (2016), Politique et programme de soins palliatifs et de fin de vie à la Maison Michel-Sarrazin

