

Direction médicale et des services professionnels
Direction SAD et réadaptation des programmes
SAPA et DI-TSA-DP

POLITIQUE

SOINS DE FIN DE VIE		
N° Politique : POL-015	Responsable de l'application : Direction médicale et des services professionnels ; Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP	
N° Procédure découlant : S.O. Protocoles associés : PID-512, PIDOIP-00125, PID-00138		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2026-05-19	Date de révision : 2030-05-19
Destinataires : Directeurs, gestionnaires, médecins et employés concernés par les soins palliatifs et de fin de vie, notamment DSMSSS, DSI, DMSP, DSRPSD, DHSLD, DPSMDI et DPJASP.		

1. CONTEXTE

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) offre une gamme de soins et services dans un continuum fluide où les besoins, les choix des personnes et les déterminants de la santé de la population sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services. De plus, l'offre de services du CIUSSS-EMTL respecte les principes de patient-partenaire et de participation à la prise de décision. Ainsi, les usagers, leurs familles et leurs proches peuvent décider de leur niveau de participation par rapport aux décisions les concernant. Les choix des usagers, de leurs familles et de leurs proches sont considérés comme prioritaires.

Le programme en soins palliatifs et de fin de vie du CIUSSS-EMTL offre des services faciles d'accès et fluides dans un continuum « services primaires-communautaires-hospitaliers-palliatifs » flexible, permettant de répondre en tout temps aux besoins des usagers et de leurs proches (*Association canadienne de soins palliatifs*, 2013, p.6).

De grands principes doivent guider la prestation des soins de fin de vie :

- Le respect de la personne et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son endroit;
- La personne doit, en tout temps, être traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

- « Les membres de l'équipe de soins responsable de la personne doivent établir et maintenir avec elle une communication ouverte et honnête » (*Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ c S-32.0001, article 2);
- Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts en concordance avec les initiatives locales et nationales visant à reconnaître et soutenir les personnes proches aidantes. (MSSS, 2022, p.5).

La présente politique établit les responsabilités de l'établissement en matière de soins de fin de vie et considère les enjeux qui en découlent. Ce document précise les normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins, qui doivent tenir compte des données probantes et des meilleures pratiques.

Le contenu de la présente politique est élaboré conformément aux normes d'Agrément Canada en lien avec les soins palliatifs ainsi qu'aux lois suivantes :

- *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV) (RLRQ, S-32.0001);
- *Code civil du Québec* (CCQ) (c1991, c. 64, a. 11 et 12; 2014);
- *Code criminel* (LRC 1985, c C-46).

2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse aux gestionnaires, aux médecins et au personnel œuvrant au sein de l'établissement ainsi qu'à toute personne impliquée de près ou de loin dans les soins palliatifs et de fin de vie.

La présente politique s'adresse plus spécifiquement aux différentes directions impliquées, notamment la Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS), la Direction des soins infirmiers (DSI), la Direction médicale et des services professionnels (DMSP), la Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD), la Direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD), la Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) et la Direction du programme jeunesse et activités de santé publique (DPJASP).

La présente politique s'applique à toute situation et à toute installation où un usager requiert des soins palliatifs et de fin de vie.

3. OBJECTIFS

- 3.1. Assurer le respect des dispositions légales en vigueur, notamment en lien avec l'adoption par l'établissement d'une politique portant sur les soins de fin de vie, ainsi qu'aux normes d'Agrément Canada.
- 3.2. Tenir compte au sein de cette politique des orientations déterminées par le ministre dans l'organisation des soins de fin de vie, et la diffuser auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé et des services sociaux qui y

exercent leur profession, des personnes qui pourraient requérir des soins de fin de vie et des proches (LCSFV, articles 8 et 19).

- 3.3.** « Assurer l'équité dans l'accès aux soins et services, la continuité des soins et services entre les différents lieux de prestation, la qualité des soins et services offerts par des équipes interdisciplinaires ainsi que la sensibilisation de l'équipe au caractère inéluctable de la mort » (Agrément Canada, critère 1.35).

4. DÉFINITIONS

4.1. Usager

Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement ou à domicile.

4.2. Personne proche-aidante

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

4.3. 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.

4.4. Arrêt de traitement

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

4.5. Refus de soin

Fait pour une personne de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ainsi que d'être admis ou hébergé au sein de l'établissement.

4.6. Pronostic réservé

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

4.7. 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 » (LCSFV, article 3).

4.8. Soins de fin de vie

« Soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir » (LCSFV, article 3).

4.9. Sédation palliative continue

« Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès » (LCSFV, article 3).

4.10. Aide médicale à mourir (AMM)

« 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 » (LCSFV, article 3).

4.11. Directives médicales anticipées (DMA)

Écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance si elle accepte ou si elle refuse de recevoir certains soins médicaux dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins. (*À propos des directives médicales anticipées*, site web, Gouvernement du Québec, s. d.).

4.12. Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM)

Démarche par laquelle une personne ayant reçu un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude (ex : l'Alzheimer) peut demander à l'avance de bénéficier de l'aide médicale à mourir lorsqu'elle sera devenue inapte sous réserve de respecter les conditions légales.

4.13. Professionnel compétent

« Aux fins de l'application de la loi, expression qui désigne un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée qualifiés et autorisés à administrer les soins de fin de vie, dont l'AMM contemporaine ou suivant une demande anticipée ainsi que la sédation palliative continue » (LCSFV, article 3.1).

5. ÉNONCÉ

5.1. Offre de service

- En vertu de l'article 7 de la LCSFV, le CIUSSS-EMTL doit offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.
- Les soins palliatifs et de fin de vie doivent être offerts aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins, selon les dispositions législatives.
- En vertu de l'article 7 de la LCSFV, le CIUSSS-EMTL doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents

professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des soins et services à des usagers.

5.2. Accès aux soins palliatifs

- En vertu de l'article 11 de la LCSFV, lorsqu'une personne en fin de vie requiert des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, le CIUSSS-EMTL doit l'accueillir dans ses installations ou la diriger vers un autre établissement, une ressource ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins.
- Conformément à l'article 12 de la LCSFV, pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, le CIUSSS-EMTL doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper.

5.3. Programme clinique de soins de fin de vie

- Le CIUSSS-EMTL prévoit un programme clinique de soins de fin de vie.
- Ce programme clinique tient compte des orientations ministérielles et est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (LCSFV, article 9).

5.4. Code d'éthique

Le CIUSSS-EMTL s'assure de l'application du code d'éthique de Santé Québec qui prévoit, afin de répondre à la LCSFV, les droits des usagers en matière de soins palliatifs, de fin de vie et d'aide médicale à mourir.

5.5. Information aux usagers

Le CIUSSS-EMTL rend disponible sur son site internet sa programmation clinique de soins de fin de vie, les données transmises en vue du rapport annuel au CSFV par Santé Québec et le code d'éthique.

5.6. Sédation palliative continue

Le Protocole interdisciplinaire PID-512 – *Sédation palliative continue* présente l'articulation des soins et services entourant ce soin. Il détaille, entre autres :

- Les conditions d'initiation du soin;
- Les indications cliniques et contre-indications de son administration;
- Les limites du protocole;
- La méthodologie liée à l'évaluation clinique préalable au soin;
- Les règles entourant le consentement au soin, tant de la personne apte qu'inapte, habilitée ou non à signer, et étant mineure ou majeure;
- Les rôles et responsabilités du professionnel compétent, du pharmacien, de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire quant à la rédaction et à l'exécution de l'ordonnance, à l'initiation ainsi qu'au suivi de la sédation;
- Les modalités de déclaration du soin au moment du décès de la personne;
- Les règles entourant l'inscription au dossier.

Le PID-512 s'accompagne de l'Ordonnance individuelle préformatée OIP-3461 – *Sédation palliative en continue* qui doit être complétée par le professionnel compétent.

5.7. Aide médicale à mourir (AMM)

Le protocole interdisciplinaire PIDOIP-00125 – *Aide médicale à mourir* présente l'articulation des soins et services entourant l'AMM. Il détaille, entre autres :

- Les considérations légales, déontologiques, éthiques en lien avec l'AMM;
- Les critères d'admissibilité et d'éligibilité, exigences requises et conditions d'initiation du soin;
- Les indications cliniques et contre-indications de son administration;
- Les limites du protocole;
- Les règles entourant l'aptitude et la validité du consentement au soin;
- Les notions d'indépendance du professionnel compétent et d'objection de conscience;
- Le rôle du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
- Les méthodes et procédures relatives à la réception et validation d'une demande, à la planification et à la prestation du soin ainsi qu'au suivi après la prestation du soin;
- Les différentes étapes du processus et les rôles et responsabilités du professionnel compétent, du pharmacien ainsi que de l'infirmière;
- Les modalités de déclaration du soin au moment du décès de la personne;
- Les règles entourant la consignation au dossier.

Le PID-00125 s'accompagne notamment de l'Ordonnance individuelle préformatée (PIDOIP-00125C) – *Aide médicale à mourir* qui doit être complétée par le professionnel compétent.

5.8. Directives médicales anticipées (DMA)

Le protocole interdisciplinaire PID-00138 – *Directives médicales anticipées* présente l'articulation des soins et services entourant les DMA. Il détaille, entre autres :

- Les conditions d'initiation du soin;
- Les indications cliniques et contre-indications de son administration;
- Les limites du protocole;
- Les règles entourant l'expression des DMA;
- La procédure régissant la demande d'information sur la DMA, la remise des DMA à un professionnel de la santé, l'accès au registre des DMA de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ)
- Les règles entourant l'inaptitude à consentir;
- Les modalités concernant l'inscription au dossier de l'utilisateur.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Président-directeur général

Il est responsable de :

- Faire rapport chaque année à Santé Québec et au conseil d'administration de l'établissement, sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer les informations suivantes:
 - Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, par type d'installation;
 - Nombre de sédations palliatives continues administrées, par type de personnel compétent et par type d'installation;
 - Nombre de demandes contemporaines d'aides médicales à mourir formulées et administrées, par type de professionnel compétent et par type d'installation;
 - Nombre de demandes contemporaines d'aides médicales à mourir non- administrées, par type de professionnel compétent et par type d'installation, selon le motif de refus;
 - Nombre de demandes anticipées d'aides médicales administrées, par type de professionnel compétent et par type d'installation;

- Publier ce rapport sur le site Internet de l'établissement.

6.2. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) ; directeur des soins infirmiers (DSI)

Ils sont responsables de :

- Adopter les protocoles cliniques (PID-512, PID-00125, PID-00138) applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir, qui doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés ». (LCSFV, article 33)
- « Évaluer la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables ». (LCSFV, article 34)

6.3. Direction médicale et des services professionnels (DMSP)

Elle est responsable de :

- S'assurer que la présente politique et les protocoles qui y sont associés soient connus et appliqués par ses équipes.
- Développer, diffuser et mettre à jour les outils et protocoles cliniques afférents aux soins palliatifs et de fin de vie.

6.4. Direction des soins infirmiers (DSI) ; Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS)

Elles sont responsables de :

- Développer, diffuser et mettre à jour les outils et protocoles cliniques afférents aux soins palliatifs et de fin de vie.

6.5. Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD)

Elle est responsable de :

- Agir à titre de direction porteuse du dossier des soins palliatifs et de fin de vie pour l'établissement.
- S'assurer que la présente politique et les protocoles qui y sont associés soient connus et appliqués par ses équipes.

6.6. Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS) ; Direction des soins infirmiers (DSI) Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) ; Direction de l'hébergement de soins de longue durée (DHSLD), Direction du programme jeunesse et activités de santé publique (DPJASP)

Elles sont responsables de :

- S'assurer que la présente politique et les protocoles qui y sont associés soient connus et appliqués par ses équipes.

6.7. Intervenants de toutes les directions concernées

Ils sont responsables de :

- Prendre connaissance de la présente politique, appliquer la politique et les protocoles associés.
- Appliquer la présente politique et les protocoles associés.

7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA POLITIQUE

7.1. Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD) ; Direction médicale et des services professionnels (DMSP)

Responsables de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique.

7.2. Direction des services multidisciplinaires, santé et services sociaux (DSMSSS) ; Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) ; Direction de l'hébergement de soins de longue durée (DHSLD) ; Direction des soins infirmiers (DSI)

Directions ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la politique.

7.3. Calendrier de révision de la politique

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

8. RESPONSABLE DE LA MISE EN APPLICATION

8.1. Direction du soutien à domicile et de la réadaptation des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DSRPSD) ; Direction médicale des services professionnels (DMSP)

Elles sont responsables de la mise en application de la présente politique.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le Comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

10. BIBLIOGRAPHIE

Agrément Canada (2013). *Normes : Services de soins de fin de vie*. Programme Qmentum (2019). <https://physicians.nshealth.ca/sites/default/files/2022-09/Hospice%2C%20Palliative%2C%20End-of-Life%20Services%20v.14.pdf>

Association canadienne de soins palliatifs (2013). *Modèles novateurs de soins palliatifs intégrés, initiative Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative*. <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2024/05/TWF-Innovative-Models-Document-de-travail-FR.pdf>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2026). PIDOIP-00125 – *Aide médicale à mourir*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2026). PIDOIP-00125C – *Aide médicale à mourir*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2018). PID-138 – *Directives médicales anticipées*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2025). PID-512 – *Sédation palliative continue*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2022). OIP-3461 – *Sédation palliative continue*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2015) *Programme de soins palliatifs et de fin de vie*. <https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-professionnels/soins-de-fin-de-vie>

Code civil du Québec (CCQ) (c1991, c. 64, a. 11 et 12; 2014). Consulté le 27 mars 2026. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>

Code criminel (LRC 1985, c C-46). Consulté le 27 mars 2026. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/>

Gouvernement du Québec (2023). *Loi concernant les soins de fin de vie* (RLRQ, c. S-32.0001). Consulté le 27 mars 2026. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-32.0001>

Gouvernement du Québec (2023). *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) (RLRQ, c.G-1.021). Consulté le 27 mars 2026. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021>

Gouvernement du Québec (s. d.). *À propos des directives médicales anticipées*, site web. Consulté le 27 mars 2026. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/description>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Plan d'action 2020-2025 — Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité*, p. 5. Consulté le 27 mars 2026. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-828-04W.pdf>