

 INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC UNIVERSITÉ LAVAL	POLITIQUE	
	Code : DMSP-036	
	Instance responsable : Direction médicale et des services professionnels	
	Approuvée par : le directeur médical et des services professionnels	
	Adoptée au comité de direction le : 4 novembre 2025	
Entrée en vigueur le : 2015-12-10		
Cette politique annule la politique no : N/A		
Politique relative aux soins de fin de vie		

1. FONDEMENTS

La Politique relative aux soins de fin de vie est adoptée en vertu de l'article 8 de la Loi concernant les soins de fin de vie. Cette loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle précise les droits de ces personnes en assurant que chacune ait accès, tout au long de son continuum de soins, à des soins de qualité et adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

2. PRINCIPES

Les valeurs fondamentales qui doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie à l'Institut sont :

- Le respect de la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, le respect de sa dignité ainsi que la reconnaissance de la valeur de la vie et du caractère inéluctable de la mort;
- La participation de la personne à toute prise de décision la concernant; à cette fin, tout soin qui sera fourni devra recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se faire dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, la personne est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état véritable et du respect qui sera accordé à ses choix;
- Le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, qui sont respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et de ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

CONSULTATIONS	
☐ Conseil des infirmières et infirmiers :	☐ Cadres :
☐ Conseil multidisciplinaire :	☒ Autres : comité de coordination clinique 2025-10-23
☒ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2025-11-10	

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

- La personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté;
- Les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services, afin d'assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative;
- Le maintien et l'accompagnement des personnes jusqu'à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent et si leur condition le permet, doivent être privilégiés;
- Le soutien accordé aux proches, aussi bien sur le plan physique que moral pendant l'évolution de la maladie, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

S'ajoutent également les principes suivants :

- Toute personne a droit au respect de ses directives médicales anticipées;
- Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie, ou retirer son consentement à un tel soin;
- Une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin;
- Tous les intervenants ont l'obligation de s'assurer que la mort de la personne survienne dans la dignité et le respect des droits de la personne.

3. OBJECTIFS

La présente politique a pour but d'assurer aux usagers et aux usagères en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces usagers de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout usager ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances, incluant la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

4. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'applique à tous les intervenants de l'Institut.

5. DÉFINITIONS

À noter que ces définitions s'appliquent également pour la *Procédure relative à l'administration de la sédation palliative continue chez l'adulte en fin de vie* (PR-DMSP-036-003) et la *Procédure relative à l'aide médicale à mourir (demande contemporaine)* (PR-DMSP-036-001).

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 des traitements susceptibles de maintenir la vie.
Directives médicales anticipées	Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins ans 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.
Proches	Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel à titre de non professionnel, à une personne ayant une perte d'autonomie, est considérée comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.
Professionnel compétent	Médecin ou infirmière praticienne spécialisée (IPS).
Pronostic réservé	Prévision peu favorable liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité des lésions, selon laquelle les chances de survie de l'usager à plus ou moins long terme sont compromises.
Refus de soins	Fait, pour une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergé en centre hospitalier.
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.
Soins de fin de vie	Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie 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.
Usager	Toute personne qui reçoit des services de santé ou de services sociaux à l'Institut.

6. MODALITÉS

6.1. OFFRE DE SERVICE

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux usagers qui les requièrent, peu importe le problème de santé qu'ils présentent, et ce, sur tous les services et unités de soins de l'Institut, en respect de ses missions spécialisées et surspécialisées.

Ces soins sont offerts en continuité et en complémentarité avec les autres soins, tout en favorisant l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux, et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services aux usagers¹.

L'Institut est en mesure d'offrir des soins palliatifs et de fin de vie à sa clientèle qui requiert une admission dans l'établissement en lien avec ses missions spécialisées et surspécialisées, et collabore activement avec le centre intégré de santé et de services sociaux du territoire de l'utilisateur lorsque des soins palliatifs et de fin de vie doivent être offerts à domicile ou dans une installation d'un autre établissement. L'offre de service inclut également le soutien aux personnes proches aidantes qui le requièrent, notamment par le repérage précoce de l'épuisement et par la référence aux services de soutien spécialisés.

L'Institut, dans le cadre de la gestion quotidienne de ses lits, s'assure de rendre disponible à l'utilisateur recevant des soins palliatifs et de fin de vie une chambre correspondant à ses besoins. À cet effet, la *Procédure relative aux modalités de fonctionnement des soins palliatifs et la détermination des critères d'admission dans les lits de soins palliatifs* (PR-DSI-000-47) vise à informer les intervenants concernés du mode de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire de soins palliatifs et des critères d'admissibilité dans les lits dédiés. Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, l'établissement doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper².

Les intervenants transmettent à l'utilisateur et ses proches toute l'information sur l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie à l'Institut et remettent [le Guide d'information à l'intention de la personne soignée et de ses proches](#), lorsque l'utilisateur est admis à l'unité des soins palliatifs de l'Institut.

L'Institut dispose d'un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie. Ce programme, inclus dans le plan d'organisation de l'Institut, est accessible aux usagers et est transmis à la Commission sur les soins de fin de vie.

6.2. AIDE MÉDICALE À MOURIR

L'aide médicale à mourir (AMM) est un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un professionnel compétent à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Tout professionnel de la santé peut refuser de participer à l'évaluation, la préparation ou à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses valeurs personnelles. Le professionnel doit néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à l'utilisateur, conformément à son code de déontologie et à la volonté de l'utilisateur. Pour ce faire, il doit aviser, le plus rapidement possible, son supérieur immédiat, qui veillera à s'assurer que les services puissent être rendus dans les meilleurs délais.

Dans le cas d'un professionnel compétent qui reçoit une demande d'aide médicale à mourir et qui ne souhaite pas la prendre en charge en raison de ses valeurs personnelles, il doit rapidement référer l'utilisateur à un autre

¹ Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, ch. S-32.0001 (« LCSFV »), art. 7.

² Id., art. 12.

professionnel compétent. S'il n'arrive pas à trouver un autre professionnel compétent qui accepte de prendre la demande en charge, il doit aviser dès que possible le directeur médical et des services professionnels.

Tout intervenant habilité peut répondre aux questions d'un usager sur l'AMM. Si l'intervenant n'est pas en mesure de fournir les informations demandées, il doit référer l'usager à un autre intervenant qui sera en mesure de le faire. Aucune demande d'information ne peut être ignorée.

Pour connaître la marche à suivre pour une demande d'AMM à l'Institut, veuillez vous référer à la *Procédure relative à l'aide médicale à mourir (demande contemporaine)*.

6.3. SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

La sédation palliative continue (SPC) est un soin offert dans le cadre des soins palliatifs, consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

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

Pour plus d'informations concernant la marche à suivre, veuillez vous référer à la *Procédure relative à l'administration de la sédation palliative continue chez l'adulte en fin de vie*.

6.4. 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. Elles visent des situations cliniques précises et des soins précis.

L'équipe traitante a la responsabilité de vérifier auprès de l'usager chez qui il constate un changement important de l'état de santé s'il a des DMA, et si celles-ci correspondent toujours à ses volontés. Elle peut également s'enquérir auprès des proches de l'usager inapte pour savoir si celui-ci a des DMA. Enfin, elle a la responsabilité de consulter le registre de la RAMQ.

Si des DMA lui sont remises ou sont trouvées dans le registre de la RAMQ, le professionnel de la santé doit les déposer au dossier médical de l'usager.

Des informations concernant les DMA sont disponibles sur le site web de l'Institut. Les informations pour les professionnels de la santé se retrouvent dans l'intranet.

6.5. GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN (GIS)

Le GIS a pour fonctions de soutenir et d'accompagner, sur demande, les professionnels de la santé ou des services sociaux et les intervenants qui participent à l'offre de soins de fin de vie³.

Considérant la configuration des services de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, l'Institut collabore avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et avec le CHU de Québec – Université Laval à la réalisation du mandat du GIS des trois établissements. Le tout se réalise notamment dans un souci de cohérence des orientations émises par les trois établissements, et de fluidité des trajectoires déployées entre ceux-ci.

³ LCSFV, art. 7

6.6. RAPPORT ANNUEL

L'institut doit faire rapport à Santé Québec sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été. Le rapport doit également faire état de ces informations selon le type de demande d'aide médicale à mourir (contemporaine ou anticipée) et selon le type de professionnel compétent concerné (médecin ou IPS)⁴.

Le rapport est publié sur le site Internet de l'établissement et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année.

7. RESPONSABILITÉS

Comité tactique de soins palliatifs et de soins de fin de vie

- Définit les orientations organisationnelles pour la clientèle de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et assure une vigie quant à la cohérence des actions au sein de l'Institut;
- Veille à l'accessibilité des soins palliatifs et de fin de vie à l'Institut, en cohérence avec l'offre de service régionale;
- S'assure de la qualité des soins aux personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie à l'Institut, en conformité avec les orientations ministérielles, les exigences législatives et les normes d'Agrément Canada.

Présidente-directrice générale

- Fait rapport à Santé Québec, annuellement, sur l'application de cette politique, conformément à la section 6.6;
- Désigne un gestionnaire des autorisations d'accès au registre des directives médicales anticipées.

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

- Traite en priorité toute plainte que toute personne peut formuler à l'égard des soins de fin de vie⁵.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

- En collaboration avec la directrice des soins infirmiers, adopte des outils cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Ces outils doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés⁶;
- Sous l'autorité du CMDP, le comité d'évaluation de l'aide médicale à mourir et de la sédation palliative continue, en collaboration avec la direction des soins infirmiers, évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables⁷. Il fait rapport annuellement au comité exécutif du CMDP et à la directrice des soins infirmiers quant à la qualité des soins et de l'acte médical et pharmaceutique offerts dans le cadre de l'aide médicale à mourir et de la sédation palliative continue.

⁴ LCSFV, art. 8

⁵ Id., art. 48.

⁶ Id., art. 33

⁷ Id., art. 34.

Directrice des soins infirmiers

- Est responsable de l'application et du respect de la présente politique dans sa direction;
- Est responsable de l'évaluation de la qualité des soins fournis par les IPS, au regard des protocoles cliniques applicables;
- En collaboration avec le CMDP, adopte les protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir;
- Si requis, collabore avec le DMSP pour effectuer les démarches appropriées dans les cas où un professionnel compétent refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 ou l'article 29.19, refuse de prêter assistance à une personne pour la formulation d'une demande anticipée ou encore refuse d'effectuer l'examen exigé par l'article 29.13, 29.14 ou 29.15.

Directeur médical et des services professionnels

- Est responsable de l'application et du respect de la présente politique dans sa direction
- Effectue les démarches appropriées dans les cas où un professionnel compétent refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 ou l'article 29.19, refuse de prêter assistance à une personne pour la formulation d'une demande anticipée ou encore refuse d'effectuer l'examen exigé par l'article 29.13, 29.14 ou 29.15.
- S'assure que soient fournis les soins et services pharmaceutiques nécessaires à l'aide médicale à mourir et à la sédation palliative continue et fait les démarches nécessaires, en collaboration avec le chef du département de pharmacie, pour trouver, le plus tôt possible, un pharmacien qui accepte de traiter l'ordonnance médicale relative à l'aide médicale à mourir rédigée par le médecin ou par une IPS.
- S'assure que le CMDP met à jour les ordonnances et protocoles nécessaires au soutien clinique des professionnels dans le cadre de l'aide médicale à mourir et de la sédation palliative continue et exerce de façon diligente ses responsabilités à l'égard de la surveillance de la qualité de l'acte médical et pharmaceutique rattaché à ces activités.
- Désigne le ou les médecins ou professionnels qui siégeront au sein du Groupe interdisciplinaire de soutien de la Capitale-Nationale, dont l'activité s'exerce à l'endroit du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du CHU de Québec – Université Laval et de l'institut.

Directrice des services multidisciplinaires et des services sociaux

- S'assure de l'application et du respect de la présente politique dans sa direction;
- S'assure de couvrir l'offre de service pour le soutien social pour le proche aidant et les liens avec la communauté.

Directrice de la fluidité et des plateaux d'intervention

- S'assure de l'application et du respect de la présente politique dans sa direction.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

Cette politique entre en vigueur dès son adoption par le comité de direction.