

Règlement, politique et procédure (RPP)

Objet :	Politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie	No : 002-2015-DSI
Type de document :	☐ Règlement ☒ Politique ☐ Procédure	
Direction responsable de l'application :	Direction des soins infirmiers (DSI)	
Destinataires :	Tous les intervenants, gestionnaires et usagers du CISSS de Laval et des maisons de soins palliatifs	
Applicable à :	Tous les intervenants, gestionnaires et usagers du CISSS de Laval et des maisons de soins palliatifs	
Accessibilité du document :	☒ intranet ☒ Web	
Commentaires :	S/O	

1. ÉNONCÉ GÉNÉRAL

La *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit que Santé Québec, pour tout établissement, 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 et des services sociaux qui y exercent leur profession, ainsi qu'auprès des personnes en fin de vie et de leurs proches. (Art. 8)

Au fil de l'évolution des situations de santé uniques, les intervenants et gestionnaires doivent être en mesure d'intégrer les soins palliatifs et de fin de vie lorsque ceux-ci peuvent répondre aux besoins des usagers et de leurs proches, et qu'ils en expriment le souhait. Cette démarche se fait en respect et partenariat avec les usagers, leurs proches ainsi qu'en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire selon les besoins spécifiques identifiés. Ces soins et services sont offerts avec qualité, équité et continuité à travers les différents milieux de soins et milieux de vie.

Cette politique établit les responsabilités du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS) de Laval en matière de soins palliatifs et de fin de vie. Elle vise à préciser des normes juridiques, éthiques et cliniques communes pour guider ces soins.

2. OBJECTIFS

La présente politique a pour but d'assurer aux usagers en soins palliatifs et fin de vie des soins respectueux en fonction de leur volonté, de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits des usagers de même que l'organisation et l'encadrement des soins

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :
Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

palliatifs et 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. Cette politique établit, pour le CISSS de Laval, les règles d'application permettant d'assurer aux personnes des soins de fin de vie respectueux de leur dignité et de leur autonomie, telle que le préconise la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, c. S-32.0001) (LCSFV) et le Code criminel (articles 241.1 à 241.4).

3. PRINCIPES DIRECTEURS

3.1 Orientations ministérielles

Le ministre détermine les orientations dont doit tenir compte Santé Québec ou un établissement, selon le cas, dans l'organisation des soins palliatifs et de fin de vie, y compris celles que l'établissement doit considérer dans l'élaboration de la politique portant sur les soins palliatifs et de fin de vie. (Art. 19)

Il est responsable d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins palliatifs et de fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Elles incluent aussi les balises promulguées par la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

3.2 Valeurs et principes directeurs

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie au Québec, soient :

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

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

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

- 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 de partenariat de soins et de services;
- 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 et après le décès, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

4. CADRE DE RÉFÉRENCE ET CADRE LÉGISLATIF

Loi concernant les soins de fin de vie (R.L.R.Q., c. S-32.0001)

Code civil du Québec (R.L.R.Q, c. CCQ-1991)

Code des professions (R.L.R.Q, c. C-26)

Codes de déontologie des ordres professionnels

Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c. C-12)

Loi sur la santé et les services sociaux (R.L.R.Q., c. G-1.021)

Norme d'Accréditation Canada : SO 13001:2020 Services de soins palliatifs et de fin de vie

5. DÉFINITIONS

Pronostic réservé	Prévision peu favorable liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité des lésions selon laquelle les chances de survie de la personne, à plus ou moins long terme, sont compromises.
Soins palliatifs	Au sens de la Loi concernant les soins de fin de vie, les soins palliatifs sont des 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. (Art. 3)

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

Soins de fin de vie	Soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et aide médicale à mourir. (Art. 3)
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.
Aide médicale à mourir (AMM)	Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un professionnel compétent (médecin ou infirmière praticienne spécialisée [IPS]) à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances, en entraînant son décès.
Demande d'aide médicale à mourir contemporaine et anticipée	Une demande d'aide médicale à mourir qui est appelée « demande contemporaine d'aide médicale à mourir » ou « demande contemporaine » est celle qu'une personne apte réaffirme ou confirme volontairement juste avant l'administration de l'aide, dans le cadre légal habituel. Elle est appelée « demande anticipée d'aide médicale à mourir » ou « demande anticipée » lorsqu'elle est formulée en prévision de l'incapacité de la personne à consentir aux soins, en vue d'une administration ultérieure à la survenance de cette incapacité. (LCSFV, 25.1)
Professionnel compétent	Désigne le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS).
Intervenant et professionnel de la santé	L'intervenant est toute personne qui exerce ses fonctions dans l'établissement, incluant les employés, professionnels, médecins, étudiants, stagiaires, bénévoles, ainsi que les personnes à contrat ayant les compétences appropriées pour appliquer les pratiques et conduites de son champ d'expertise. Le professionnel est membre d'un ordre

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :
Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

	professionnel au sens du code des professions.
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. Il est titulaire d'un agrément délivré par le ministre, ce qui lui permet d'offrir des soins aux personnes en soins palliatifs et de fin de vie et à soutenir les proches jusqu'à la phase du deuil.
Approche palliative intégrée	Dès le diagnostic d'une maladie de pronostic réservé, l'approche palliative intégrée est l'intégration d'une approche visant la qualité de vie de l'utilisateur et de ses proches par la planification et la mise en place de soins et de services adaptés au besoin unique identifié, dans une optique de prévention et de soulagement des souffrances.
Objection de conscience	Refus d'un médecin ou IPS d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de convictions personnelles/ Refus d'un professionnel de la santé de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de convictions personnelles.
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 en soins palliatifs et de fin de vie (GIS)	Groupe interdisciplinaire qui, au besoin, offre un soutien aux équipes de soins qui le demande en matière de soins palliatifs et de fin de vie ainsi que dans le cheminement et l'accompagnement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir.

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :
Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

6. CHAMP D'APPLICATION

Sont visés par cette politique les usagers, les gestionnaires et tous les intervenants du CISSS de Laval impliqués dans les soins palliatifs et de fin de vie.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsabilité de l'ensemble des personnes contribuant à la réalisation de la mission de l'organisation

- Prendre connaissance et s'approprier le contenu de cette politique ainsi que des procédures associées aux soins palliatifs et de fin de vie;
- Participer aux activités de développement de connaissance sur les soins palliatifs et de fin de vie, selon leur profession, leur rôle et responsabilité dans l'organisation;
- Assurer le rôle qui leur est attribué en matière de soins palliatifs et de fin de vie, rôle qui est défini dans les procédures découlant de la présente politique;
- Intervenir selon les procédures, les meilleures pratiques en soins palliatifs et de fin de vie, ainsi que les normes et standards professionnels en fonction de leur champs d'exercice;

7.2 Responsabilités des directions et instances

7.2.1 Direction générale

7.2.1.1 Rôle de la direction générale

Faire un rapport à Santé Québec ou au conseil d'administration d'établissement, selon le cas, 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 indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs, par un professionnel compétent à titre de médecin ou IPS exerçant sa profession dans un centre exploité par

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

l'établissement. Le rapport doit faire état des informations prévues selon le soin de fin de vie offert et selon le type de professionnel compétent concerné. (Art.8)

7.2.1.2 Rôle du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et des sages-femmes (CMDPSF) doit, en collaboration avec le directeur des soins infirmiers, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (Art. 33)

Le CMDPSF, son comité compétent ou le directeur des soins infirmiers évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables (voir modalités d'application). (Art. 34)

7.2.2 Responsabilités des directions cliniques

- Participer à l'offre de service de soins palliatifs et de fin de vie pour les usagers qui le requièrent en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés selon la présente politique et les procédures qui en découlent;
- Repérer la clientèle pouvant bénéficier de soins palliatifs et de fin de vie et intégrer l'approche palliative selon la volonté et en respect de l'usager et de ses proches;
- Informer la clientèle pouvant bénéficier de soins palliatifs des options et des services offerts;
- Assurer l'accompagnement de la personne en soins palliatifs et de fin de vie ainsi que de ses proches, selon les besoins identifiés, tout en considérant l'étape du deuil;
- Acheminer les demandes contemporaines d'AMM et les demandes anticipées d'AMM selon la procédure prévue découlant de la présente politique;
- Favoriser l'interdisciplinarité et la collaboration entre les intervenants pour les usagers en soins palliatifs et de fin de vie. (Art.7);
- Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, Santé Québec ou l'établissement, selon les cas, doit lui offrir de l'accueillir dans ses installations ou de la diriger vers son établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins. (Art. 11);
- Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins palliatifs et de fin de vie, offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper. Dans l'impossibilité, une chambre à deux usagers doit être offerte. Il est souhaité que l'usager soit sectorisé sur l'unité de soins palliatifs ou en médecine familiale (5ES). (Art. 12);

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

- Les gestionnaires doivent veiller au remplacement d'un professionnel de la santé qui formule une objection de conscience à un soin de fin de vie. Ils doivent offrir du soutien à l'équipe soignante relativement aux soins de fin de vie.

7.2.3 Responsabilités de la Direction des soins infirmiers

- Élaborer et mettre à jour la présente politique;
- S'assurer que l'information pour les usagers en matière de soins palliatifs soit disponible sur le site internet du CISSS de Laval, soit son code d'éthique, la politique relative aux soins palliatifs et de fin de vie, le programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie, le rapport annuel sur l'application de la politique ainsi qu'un lien vers le guide des droits des personnes en fin de vie. (Référence à l'Art .17 et Art.18);
- Contribuer à la création du rapport sur l'application de la présente politique et la faire parvenir au président-directeur général chaque année;
- Mettre sur pied un programme clinique en soins palliatifs et de fin de vie et le transmettre à la Commission sur les soins de fin de vie. (Art.9);
- En collaboration avec la direction de la logistique, conclure l'entente auprès de la Maison de la Sérénité de Laval de Laval sur la nature des services fournis par l'établissement dans ses locaux. Cette entente détermine les mécanismes de surveillance mis en place pour assurer la qualité des soins fournis dans la Maison de la sérénité de Laval selon les modalités d'encadrement administratif prévues par le ministère, citées dans la section références. (Art.14);
- Participer à l'évaluation du maintien de l'Agrément pour la maison de la Sérénité de Laval en collaboration avec la DSMSSRE.

7.2.3.1 Rôle du Directeur des soins infirmiers

Le directeur des soins infirmiers de l'établissement doit travailler en collaboration avec le CMDPSF pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. (Art. 33) Ces adoptions se font par les procédures de développement et d'approbation des outils cliniques en vigueur.

Le directeur des soins infirmiers, le CMDPSF ou son comité compétent évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables (voir modalités d'application). (Art. 34).

7.2.4 Responsabilités de la Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, de la recherche et de l'enseignement

- Rédiger le code d'éthique incluant les droits des personnes en fin de vie. (Art.10 et LSSS, Art. 64 et Art. 350)

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

- Encadrer l'évaluation du maintien de l'Agrément pour la maison de la Sérénité de Laval;
- À travers le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) :
 - Offrir un soutien aux équipes de soins qui le demande en matière de soins palliatifs et de fin de vie vs AMM;
 - Offrir un accompagnement administratif des demandes contemporaines et des demandes anticipées d'AMM, selon les besoins;
 - Documenter les informations relatives aux demandes d'AMM en regard aux rééditions de compte associées.

7.2.5 Responsabilités de la Direction de la fluidité des continuums de soins et services

- S'assurer d'une orientation rapide, équitable et adaptée des personnes ayant des besoins en soins palliatifs et de fin de vie vers les ressources appropriées via le guichet des soins palliatifs dont il assure la responsabilité;
- Elle doit veiller à la sectorisation des lits dont la prise en charge relève du médecin des soins palliatifs en centre hospitalier, afin d'améliorer la fluidité, d'améliorer la qualité des soins et de faciliter la coordination médicale.

8 INSTANCES CONSULTÉES

Conseil des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes (CMDPSF)
 Direction des communications, des affaires juridiques et corporatives
 Direction médicale des services professionnels
 Direction des services multidisciplinaires de santé et service sociaux, de la recherche et de l'enseignement(DSMSSSRE)
 Direction programme soutien autonomie personnes âgées (SAPA)-volet hébergement
 Direction programme soutien autonomie personnes âgées (SAPA)-volet 1^{ère} et 2^e ligne
 Direction de la fluidité des continuums de soins et services

9 MODALITÉS D'APPLICATION

9.1 Modalités d'application relative aux soins de fin de vie

De cette politique découlent des procédures spécifiques aux soins de fin de vie que sont la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Les directives médicales anticipées sont encadrées par une autre politique. Voir les précisions ci-dessous.

9.1.1 Sédation palliative continue

Se référer aux outils cliniques suivants :

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :

- [Protocole interdisciplinaire \(PID\) 016 Évaluation et surveillance de l'usager sous sédation palliative continue du CISSS de Laval](#)
- [Protocole médical national \(PMN\) sur la sédation palliative de l'institut national d'excellence de la santé et des services sociaux \(INESSS\)](#)

9.1.2 Aide médicale à mourir

Se référer aux outils cliniques suivants :

- [Protocole interdisciplinaire \(PID\) 021 Cheminement des usagers faisant une demande d'aide médicale à mourir du CISSS de Laval](#)
- [Protocole médical national \(PMN\) sur l'aide médicale à mourir de l'institut national d'excellence de la santé et des services sociaux \(INESSS\)](#)
- Outils cliniques complémentaires de la trousse clinique des soins palliatifs relatifs aux rôles des professionnels et intervenants dans les situations d'AMM

9.1.3 Directives médicales anticipées

Se référer aux outils cliniques suivants :

- [RPP Politique 034-2016-DG sur les niveaux de soins](#)
- [Document de soutien pour les professionnels de la santé - Directives médicales anticipées du MSSS](#)

10 RÉFÉRENCES

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001>, Loi concernant les soins de fin de vie, cadre législatif.

MSSS (2023), Plan d'action 2020-2025 — Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité.

MSSS (2016), Modalités d'encadrement des maisons de soins palliatifs.

Date d'approbation initiale

CoDir :

PDG :

Date de révision :

Date d'approbation de la révision

CoDir : 13 janvier 2026

PDG :