Émission :	02-03-2021	Mise à jour :	30-12-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-014.REV3

Catégorie(s) : ✓ Soins palliatifs et de fin de vie

Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie

Remplace directive DGAUMIP-014.REV2 émise le 15 juin 2021

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI)**

Destinataires :	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, CHU – instituts, établissements non fusionnés) : – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Directeurs SAPA; – Directeurs DP-DI-TSA; – Directeurs des services multidisciplinaires (DSM); – Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Établissements privés conventionnés et non conventionnés (CHSLD) Hôpital Marie-Clarac et Hôpital Villa Medica Chefs de Département régional de médecine générale (DRMG) Directeurs et directrices des maisons de soins palliatifs

Directive	
Objet :	Cette directive vise à transmettre une mise à jour **significative** en regard d'une personne ayant la COVID-19 confirmée, en investigation ou symptomatique nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV).
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles quant à la mise en place d'un accès optimal à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité à ces personnes en fin de vie.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction nationale des soins et services infirmiers
Documents annexés :	Aucun

Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visitez le :
msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	02-03-2021	Mise à jour :	30-12-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-014.REV3

Directive

Transmission d'une nouvelle directive qui s'inscrit dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.

Cette mise à jour vise principalement à resserrer les mesures de contrôle des accès, à réitérer l'importance d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections et d'encadrer les activités dans les différents milieux de soins palliatifs et de fin de vie.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie.

NIVEAU DE SOINS

Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. Nous vous rappelons que le formulaire doit être signé par le médecin.

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide en centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), maison de soins palliatifs (MSP) et site non traditionnel de soins (SNT). Ainsi, les SPFV à domicile seront privilégiés; si impossible, une réorientation vers les milieux identifiés sera privilégiée.

Les cas admis dans les unités de SPFV de tous les milieux qui développent la COVID-19 pendant leur séjour peuvent être réorientés selon les trajectoires de l'établissement permettant l'accès à des SPFV de qualité ou ces usagers peuvent demeurer dans l'unité de SPFV en étant en isolement, et en s'assurant de l'application des mesures de prévention contre les infections (PCI), et ce, selon les directives en vigueur.

Pour les visites à l'intérieur de l'unité de SPFV, s'assurer que le nombre de personnes respecte les directives en vigueur. ***Les mêmes directives de visites s'appliquent pour tous les milieux*** (CH, milieu de vie et de réadaptation, MSP), y compris pour les personnes en SPFV admises à l'extérieur d'une unité de SPFV. Toutefois, les visites peuvent être restreintes à l'intérieur d'unités où séjournent des patients immunosupprimés, et ce, pour protéger cette clientèle particulièrement vulnérable. Dans ces cas, des mesures individualisées devront être appliquées.

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES AYANT LA COVID-19 CONFIRMÉE, EN INVESTIGATION OU SYMPTOMATIQUES NÉCESSITANT DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE.

Il est demandé de vous assurer de la mise en place d'un accès optimal à des SPFV de qualité pour les personnes venant des milieux suivants :

- Le domicile avec des services de soutien à domicile (SAD);
- Une résidence privée pour ainés (RPA);
- Une ressource intermédiaire (RI);
- Une ressource de type familial (RTF);
- Un CHSLD.

Pour ce faire, le modèle établi par votre établissement, facilitant l'accès à des SPFV de qualité pour celles-ci, doit être en cohérence avec les principes suivants :

- Repérer les clientèles vulnérables et documenter leurs volontés;
- Favoriser la fin de vie dans le milieu de vie de la personne selon ses désirs dans la mesure où les conditions d'accès à des soins de fin de vie sont favorables;

- Éviter les transitions notamment pour les personnes en fin de vie COVID-19 si isolement dans la chambre est possible;
- Identifier un lieu favorable à des soins de fin de vie permettant l'accès aux expertises tant médicales, pharmaceutiques, qu'infirmières (jour, soir et nuit et sept jours sur sept);
- Identifier un accès à des équipes ayant une expertise reconnue mentionnée précédemment en SPFV;
- Identifier un accès sur place à l'équipement et à la médication nécessaires;
- Identifier une trajectoire optimale si l'accès à une sédation palliative en continu est nécessaire et ne peut s'offrir dans le lieu établi par l'établissement.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PROCHES AIDANTES ET VISITEURS

Tout au long de son parcours dans les différents milieux de vie ou de soins, la personne en fin de vie peut avoir la présence de personnes proches aidantes ou des visiteurs afin de lui apporter un soutien significatif.

Les personnes proches aidantes et les visiteurs d'un proche en fin de vie sont exempts de passeport vaccinal.

Une personne peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée, sans restriction quant à la durée des visites, en suivant les consignes de la population générale accessibles au lien suivant :
À propos des mesures en vigueur | Gouvernement du Québec (quebec.ca)

Les ***personnes proches aidantes*** sont définies comme suit :

Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition avoir accès au centre hospitalier où leur proche est hospitalisé, y compris les jeunes enfants de 0 à 12 ans.

Les ***visiteurs*** sont permis pour les personnes en SPFV dans tous les milieux et sont définis comme suit :

Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé.

Les directives suivantes sont à appliquer :

- Effectuer un triage des personnes proches aidantes et des visiteurs, les critères d'exclusion sont les suivants :
  - Personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies ;
  - Personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles ;
  - Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19 ;
  - Personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours ou selon les indications prévues à la directive sur l'application des recommandations de la gestion des cas et des contacts en vigueur;
  - Personnes exposées à une personne symptomatique vivant au même domicile et dont celle-ci est en attente d'un résultat de test et considérée comme une personne sous investigation (PSI) ;
  - Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique ;
  - Personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage.

- Cependant, les proches aidants des personnes en SPFV hospitalisées dans les unités d'oncologie où séjournent des patients immunosupprimés sont soumis à un triage et mesure de précautions additionnelles, et ce, afin de protéger cette clientèle particulièrement vulnérable.

Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et l'utilisation des différentes technologies de communication afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches.

DIRECTIVES POUR MSP

- Identifier un intervenant du Centre intégré de santé et services sociaux/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) pour le contact avec les MSP. Les MSP sont considérées comme un service prioritaire et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.

- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée comme étant équivalente à la présence des personnes proches aidantes.

- Ce service prioritaire implique :
  - Une accessibilité aux EPI;
  - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des personnes ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.

- Priorité d'admission en MSP :
  1. Admission des cas du domicile, de RPA et de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
  2. Admission des cas des centres hospitaliers. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
  La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usagers en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance d'un CH répondant aux critères d'admission. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.

- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
  - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique en vigueur : Directive sur l'utilisation des tests - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
  - Appliquer les mesures de protection de la santé publique en vigueur : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf ;
  - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
  - Si résultat positif de COVID-19 :
    - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.

DIRECTIVES POUR LES MILIEUX SUIVANTS : UNITÉS DES SOINS PALLIATIFS EN CHSLD, SPFV À DOMICILE, RPA-RI-RTF, une ressource ou résidence à assistance continue (RAC), un internat ou un foyer de groupe des programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme (DP, DI ou TSA), CENTRE HOSPITALIER, CENTRE DE RÉADAPTATION INTENSIVE EN DÉFICIENCE PHYSIQUE OU EN SANTÉ PHYSIQUE OU EN RÉADAPTATION MODÉRÉE (OU GÉRIATRIQUE)

Appliquer les directives en vigueur dans le milieu tout en assurant l'accès aux soins palliatifs et l'absence de restriction des visites. Dans le cas où des unités accueillent des clientèles mixtes, des consignes plus restrictives pourraient s'appliquer pour assurer la protection de patients immunosupprimés.

DIRECTIVES POUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) ET LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

L'AMM et la SPC faisant partie du même continuum de soins que les SPFV, les mêmes directives s'appliquent.

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la Santé publique suivante : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections.

Annexe – Niveau d'interventions médicales (NIM) aussi appelé niveau de soins

Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence)*.**
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ▶ **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert)*. ▶ **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie)*. • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile)*. ▶ **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.)*. • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile)*. • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile)*. ▶ **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

---

[1] Le terme **« transfert »** implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'usager inconscient.

[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.

[4] Le sens des termes **« disproportionné »** et **« inacceptable »** est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

AH-000 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf