

Soins palliatifs et soins de fin de vie

Madame Brigitte Laflamme, infirmière
Directrice générale de la Maison Michel-Sarrazin

Dr Louis Roy, médecin
Inspecteur, Direction de l'inspection professionnelle
Collège des médecins du Québec

26 novembre 2025

Introduction

« La mort est une expérience sociale avec une composante médicale et non une expérience médicale avec une composante sociale. »

Luc Deliens, sociologue, Professeur de soins palliatifs

Penser à la mort, c'est penser à sa finitude, une source d'inquiétude qui peut mener à une réaction naturelle de protection : l'évitement.

Devant l'inévitable, s'y préparer, permet de définir ce qui apparaît important pour soi (nos volontés) et d'identifier nos préoccupations.

Objectifs de la présentation

1. Connaître la Loi concernant les soins de fin de vie.
2. Comprendre l'utilité d'exprimer nos volontés de fin de vie.
3. Comprendre ce que sont les soins palliatifs.
4. Distinguer les différentes options face à la fin de la vie:
 - une fin de vie qui survient naturellement.
 - une fin de vie à la suite de la sédation palliative continue.
 - une fin de vie à la suite de l'aide médicale à mourir.

Plan de la présentation

1. La Loi concernant les soins de fin de vie.
2. Les directives médicales anticipées (DMA) et l'expression des volontés.
3. Les soins palliatifs.
4. La sédation palliative continue (SPC).
5. L'aide médicale à mourir (AMM).
6. La demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM).
7. Conclusion.

1. Loi concernant les soins de fin de vie

La loi concernant les soins de fin de vie

Adoption en juin 2014, mise en vigueur progressive jusqu'à décembre 2015 :

- Balise l'accès aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.
- **Oblige les établissements** à avoir une organisation efficiente d'offre de Soins palliatifs et de Soins de fin de vie sur leur territoire (LCSFV, art. 7,8).
- **Ces soins sont un droit pour les québécoises et les québécois.**
- Introduit l'aide médicale à mourir comme soin de fin de vie.
- Balise l'usage de la sédation palliative continue.
- Reconnaissance de « **la primauté des volontés** relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne ».
- Crée la **Commission sur les soins de fin de vie** :
 - Organisme indépendant de surveillance des soins de fin de vie.
 - Examen de la conformité « a posteriori » de chaque AMM.

La loi concernant les soins de fin de vie: évolution

- **Mars 2020** : Retrait du critère de fin de vie pour toute demande d'AMM.
- **Juin 2021**: Consentement à recevoir l'AMM si perte d'aptitude en fin de vie.
- **Décembre 2023**: L'IPS peut administrer l'AMM et la Sédation pall. continue.
- **Décembre 2023** : Interdiction d'exclure l'AMM en maisons de soins pall.
- **Mars 2024** : Inclusion des personnes atteintes d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes.
- **Octobre 2024** : Une personne ayant reçu un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins peut formuler une demande anticipée d'AMM (demande anticipée d'AMM ou DAAMM).

La Loi concernant les soins de fin de vie : évolution

- La Loi est donc en constante évolution depuis son adoption en 2014.
- Les adaptations et ajustements à la loi se font selon l'évolution de la société et de la jurisprudence.

2. Directives médicales anticipées (DMA) et l'expression des volontés

Directives médicales anticipées (DMA)

- Les DMA permettent, d'exprimer à l'avance, en cas de perte de l'aptitude à consentir aux soins, quels soins une personne souhaite ou ne souhaite pas recevoir.
- Elles concernent certains soins spécifiques, à savoir :
 1. La réanimation cardio-respiratoire.
 2. La ventilation assistée par un respirateur ou un autre support technique.
 3. La dialyse rénale.
 4. L'alimentation forcée ou artificielle.
 5. L'hydratation forcée ou artificielle.

Directives médicales anticipées (DMA)

- Toute personne majeure et apte peut émettre des DMA.
- Elles doivent être rédigées à partir d'un formulaire prévu à cet effet et disponible auprès de la RAMQ.
- Une fois rédigées, les DMA peuvent être enregistrées soit par un acte notarié ou transmises à la RAMQ.
- Les DMA ont une valeur légale contraignante.
- Elles peuvent être révoquées en tout temps.
- Pour modifier une DMA, il faut en faire une nouvelle.

Directives médicales anticipées (DMA)

- Les DMA sont différentes du testament de fin de vie ou du testament biologique car :
 - Elles ont une valeur contraignante.
 - Elles concernent seulement les 5 soins mentionnés précédemment.
 - Le testament de fin de vie ou biologique a une valeur indicative à l'attention de la personne qui devra prendre des décisions difficiles en situation de maladie grave et d'incapacité de la personne de le faire elle-même (perte de l'aptitude à consentir).
- L'aide médicale à mourir (AMM) ne peut être demandée par les DMA.

Directives médicales anticipées (DMA)

- Touche trois situations particulières :
 1. Fin de vie : condition médicale grave et incurable en fin de vie.
 2. État comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent.
 3. Démence grave, sans possibilité d'amélioration.

Expression des Volontés

Les objectifs de soins

- Permettent de préciser les **soins** cliniquement indiqués et cohérents avec les souhaits de la personne.
- Doivent faire l'objet d'un échange et d'une discussion entre la personne et l'équipe de soins, le tout sur une base volontaire.
- Trois objectifs de soins distincts qui guident les soins cliniquement indiqués :
 - **(P) Prolonger** la vie par tous les soins nécessaires.
 - **(E) Équilibre** des soins entre la prolongation de la vie et le confort.
 - **(C) Confort** de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie.

Source : INESSS, [Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire](#), février 2024.

Les objectifs de soins

Gestes préhospitaliers relatifs aux objectifs de soins	Objectifs de soins		
	Objectif P PROLONGATION de la vie par tous les soins nécessaires	Objectif E ÉQUILIBRE des soins entre la prolongation de la vie et le confort	Objectif C CONFORT de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie
<ul style="list-style-type: none"> Oxygénothérapie Soulagement de la dyspnée (salbutamol, nitroglycérine et épinéphrine) Soulagement de la douleur (nitroglycérine, fentanyl) Correction de l'hypoglycémie (glucose, glucagon) Traitement des convulsions actives (midazolam) Traitement de l'anaphylaxie (épinéphrine) Maîtrise des hémorragies Désobstruction des voies respiratoire du patient avec pouls (y compris la laryngoscopie) 	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> Traitement de l'intoxication aux opiacés (naloxone) Suivant l'échelle AVPU* : <ul style="list-style-type: none"> Assistance ventilatoire à Pain (P) ou Unresponsive (U) (p. ex. ballon masque) Assistance ventilatoire à pression positive à Alert (A) ou Verbal (V) (p. ex. CPAP) Stimulation cardiaque externe, cardioversion électrique Orientation spécifique (déviation) vers un hôpital spécialisé [centre traumatique tertiaire, hémodynamie, centre de reperfusion cérébrale, etc.] 	✓	✓	✗ (Sauf en cas de circonstances exceptionnelles)
<ul style="list-style-type: none"> Intubation d'urgence 	✓	✓ Voir si oui ou non dans le formulaire	✗
<ul style="list-style-type: none"> Soins de réanimation (dont la RCR et la défibrillation) en arrêt cardiorespiratoire (ACR) Désobstruction des voies respiratoires en l'absence de pouls (y compris la RCR et la laryngoscopie) 	Vérifier s'il y a une ordonnance de non-réanimation		✗

Source : INESSS, [Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire](#), février 2024.

3. Soins palliatifs

Sondage* : 1000 habitants du Québec

- Sondage réalisé en 2023 auprès de personnes de plus de 30 ans, pour le compte de l'Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec démontrent :
 - 79 % associent les soins palliatifs au fait d'apporter des soins de confort aux personnes mourantes en fin de vie.
 - 68 % considèrent que les soins palliatifs sont destinés aux personnes qui vont mourir dans les prochaines semaines.

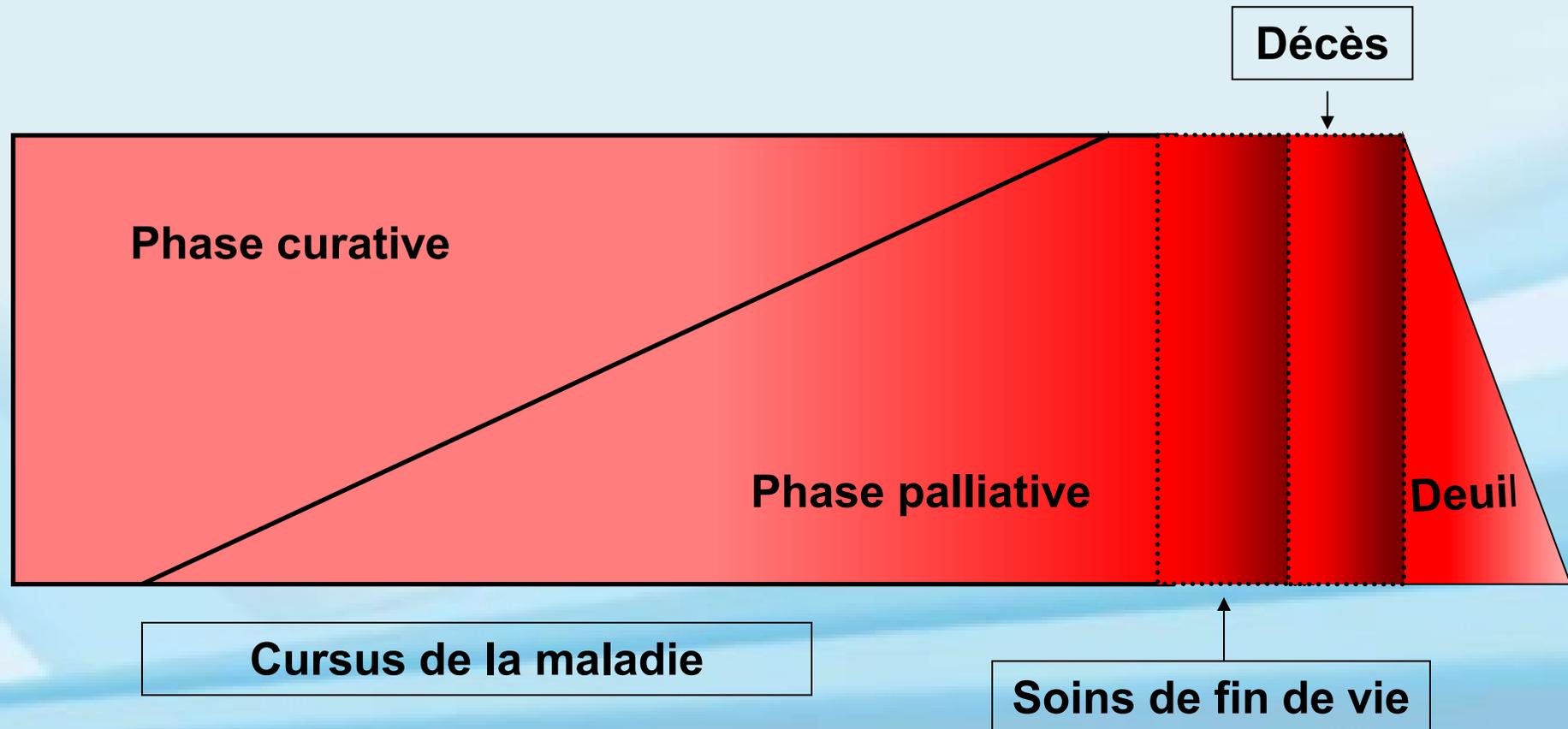
*Source : CSFV. Rapport sur l'application de la loi concernant les soins de fin de vie 2019-2024. P 26

Ce que sont les soins palliatifs

- Les soins palliatifs sont une forme d'accompagnement de la personne malade et de ses proches.
- Ce sont des soins actifs où tout est mis en œuvre pour venir en aide à la personne, et à ses proches.
- Ces soins spécifiques et spécialisés sont offerts par une **équipe de multiples disciplines professionnelles** et inclut souvent des **bénévoles**.
- Ces soins visent à procurer un confort et un apaisement à la personne afin de lui permettre de vivre pleinement la dernière période de sa vie.
- Ces soins sont offerts en respect des valeurs, des souhaits et des préférences de la personne.

Le passage vers les soins palliatifs et la fin de vie

Le passage doit se faire en douceur.



Que font les soins palliatifs ?

On devrait plutôt parler de **Soins Palli-Actifs**.

Exemples de **soins très actifs** :

- Nausées et vomissements persistants :
 - Ajuster les médicaments anti-nausées.
 - Vérifier le taux de calcium dans le sang et le corriger si besoin.
- Métastase à l'os qui cause des douleurs et un risque de fracture :
 - Traitement de radiothérapie ciblé et court pour soulager la personne.

Que font les soins palliatifs ?

Soins psychiques ou psychologiques

- Accompagnement de la personne dans les étapes de la maladie et dans ses prises de décisions, par exemple :
 - Arrêter un traitement.
 - Quitter l'hôpital pour retourner à son domicile.
 - Décider à quel endroit la personne veut vivre sa fin de vie.

Soins spirituels

- Accompagnement de la personne dans sa propre spiritualité, au-delà des notions religieuses, mais plutôt dans ce qui a fait et fait encore du sens pour elle.

Qui peut recevoir des soins palliatifs ?

- Toute personne qui fait face à une **condition de santé ou une maladie** qui risque de la mener vers son décès à court ou moyen terme.
- Cette personne est atteinte d'une maladie évolutive avancée dont la guérison ne peut être envisagée.
- Cette situation de santé vient interférer avec la **qualité de vie** ou la survie de la personne.
- Près de 3 décès sur 4 pourraient bénéficier de soins palliatifs.

Définition de la Qualité de vie *

- « La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.
- C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

* *Source*: OMS,WHO 1993.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- Tous les établissements de santé du Québec doivent offrir des soins palliatifs complets et de qualité.
- Soins offerts dans tous les milieux de la naissance jusqu'aux endroits où vivent les personnes de très grand âge.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **À l'hôpital**
 - Équipe de consultations et de suivis pour les patients hospitalisés.
 - Unité de soins palliatifs dans l'hôpital.
 - Cliniques externes spécialisées.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **En centre d'hébergement**
 - Toute personne admise en centre d'hébergement peut avoir besoin de soins palliatifs pendant son séjour, même si le décès n'est pas prévisible.
- **Unités de soins palliatifs :**
 - Pour les résidents du centre d'hébergement.
 - Pour les personnes en soins palliatifs et qui ne peuvent plus demeurer dans le domicile.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **À domicile**

- C'est l'endroit de prédilection et où beaucoup de gens souhaitent demeurer le plus longtemps possible et parfois y décéder.
- Le succès des soins palliatifs à domicile tient à plusieurs éléments :
 1. La disponibilité d'une équipe de soins multidisciplinaires.
 2. La disponibilité de Pairs-Aidants, incluant la possibilité de répit pour le ou les pairs-aidants.
 3. L'accessibilité à la médication.
 4. L'accessibilité à du matériel (lit d'hôpital, chaise d'aisance, etc.).

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **Maison de soins palliatifs (38)**

- Les Maisons de soins palliatifs sont des lieux privilégiés pour accueillir les personnes qui désirent recevoir des :
 - Soins palliatifs en Centre de jour ou en Clinique ambulatoire de gestion des symptômes.
 - Soins de fin de vie : chambres dédiées et adaptées.
- Elles sont inscrites dans leur milieu naturel et résultent d'initiatives de citoyens engagés qui ont à cœur les meilleurs soins palliatifs et de fin de vie en respect de la Dignité.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **Maison de soins palliatifs (38)**
 - Une organisation de service qui diffère par :
 - Le cœur des soins, ses nuances.
 - Le temps des soins.
 - L'équipe des soins.
 - La beauté des lieux.

Des soins palliatifs à quel endroit ?

- **Maison de soins palliatifs** : deux sources de financement
 - Subvention du gouvernement :
 - Couvre essentiellement les coûts qui seraient reliés aux soins si la personne était à l'hôpital (soins infirmiers, médicaments, etc.).
 - Philanthropie :
 - Dons de la communauté.
 - Ces dons permettent tout ce qui touche à l'hébergement, l'accompagnement, la recherche, l'enseignement, etc.

Des soins palliatifs à quel moment ?

- Tout au long de l'évolution d'une maladie grave et causant des souffrances importantes les soins palliatifs peuvent être impliqués.
- Ils ne sont pas exclusivement réservés aux personnes dont le décès est attendu et prévisible.
- Exemple :
 - Une personne traitée pour un cancer présente des séquelles douloureuses à la suite des traitements, mais elle est considérée en rémission du cancer. Les soins palliatifs peuvent alors intervenir pour aider à l'ajustement de médicaments pour soulager la douleur.

Des soins palliatifs accessibles

- **Améliorations à faire**

- Il doit exister une fluidité entre les différents endroits où la personne peut recevoir des soins palliatifs.
- Par exemple :
 - Après une consultation en soins palliatifs en clinique externe, un suivi à domicile peut être nécessaire et doit être mis en place rapidement.
 - Lorsque les soins palliatifs à domicile ne sont plus possibles, la personne doit avoir un accès rapide vers un lit de soins palliatifs que ce soit à l'hôpital, dans une maison de soins palliatifs ou une autre ressource.

Les soins palliatifs

- En résumé
 - Les **soins palliatifs**, sont des **soins globaux et très actifs**, qui touchent toutes les dimensions de la personne afin de l'accompagner et la soulager dans l'évolution de sa condition de santé.
 - Ils s'adressent autant aux aspects physiques de la personne que son cheminement personnel.
 - Il n'y a pas de « bonne mort », car la mort nous met en face de notre finitude, **mais il est possible de mourir entouré et soulagé.**

Les soins de fin de vie

Soins de fin de vie plus spécialisés

- **Sédation palliative continue (SPC) :**
 - Une **SPC** peut être demandée par la personne elle-même ou son proche.
 - La mort qui est prévisible dans un délai de 15 jours et dont les symptômes ou le confort sont difficiles à gérer.
- **Aide médicale à mourir (AMM) :**
 - La personne fait **elle-même la demande**.
 - La mort occasionnée par l'administration de médicaments létaux.
 - **Ce n'est pas un soin d'urgence.**

4. Sédation palliative continue

Sédation palliative continue (SPC)

- La Loi concernant les soins de fin de vie définit la SPC comme :

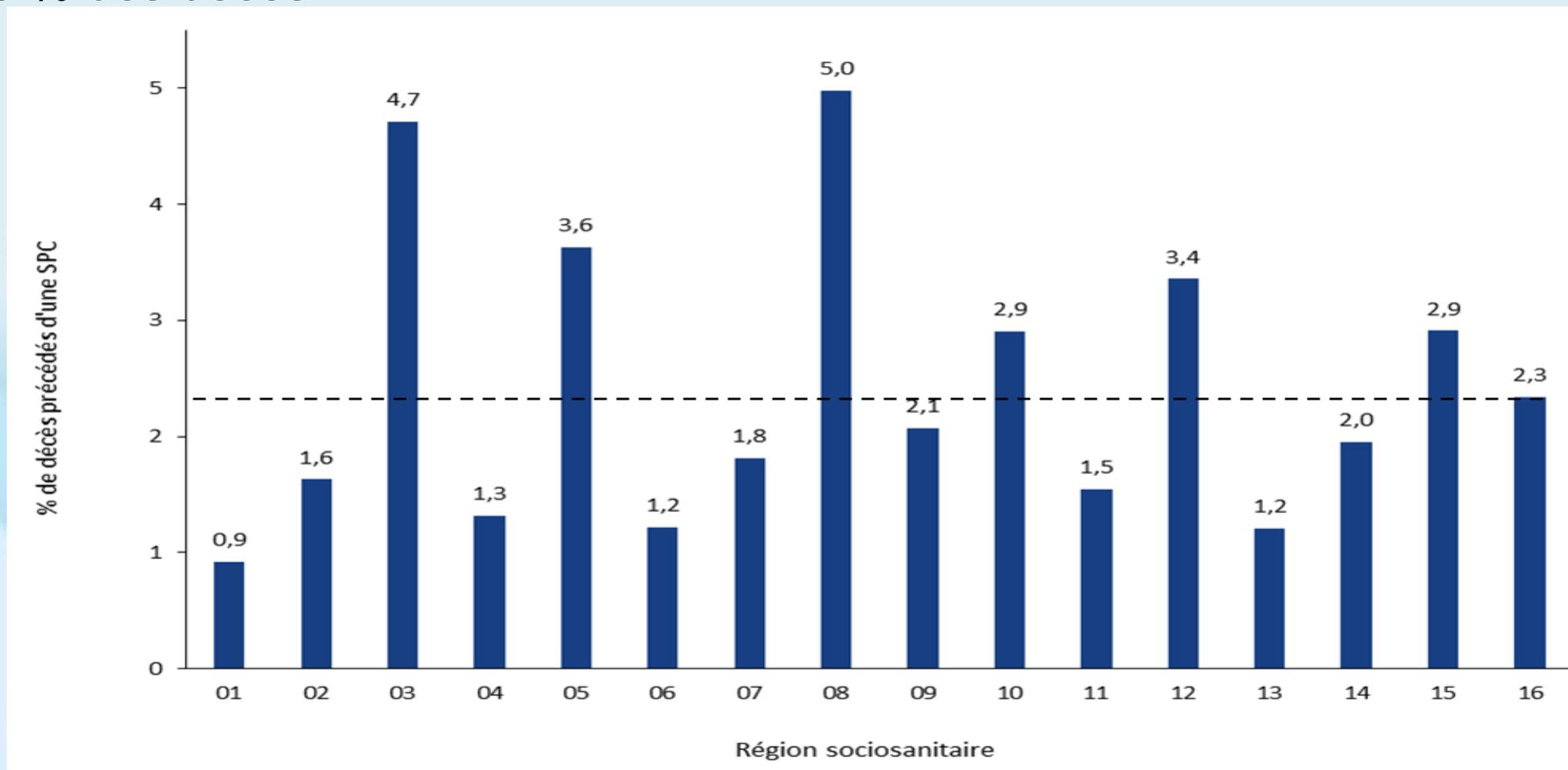
« un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès ».

Sédation palliative continue

- Différence avec l'aide médicale à mourir :
 - La SPC vise à provoquer un état équivalent à un coma profond pendant lequel la personne ne ressent plus les souffrances qui l'affecte, mais sans provoquer la mort.
 - La sédation palliative continue peut durer de quelques heures à quelques jours ou même 1 ou 2 semaines, alors que l'AMM provoque le décès en quelques minutes.
 - Le décès survient des suites de l'évolution de la maladie qui affecte la personne.
 - Pendant la sédation, la personne n'a plus d'interaction avec son entourage. Elle apparaît comme si elle dort profondément.

Sédation palliative continue

- 2,3 % des décès



5. Aide médicale à mourir (AMM)

Aide médicale à mourir (AMM)

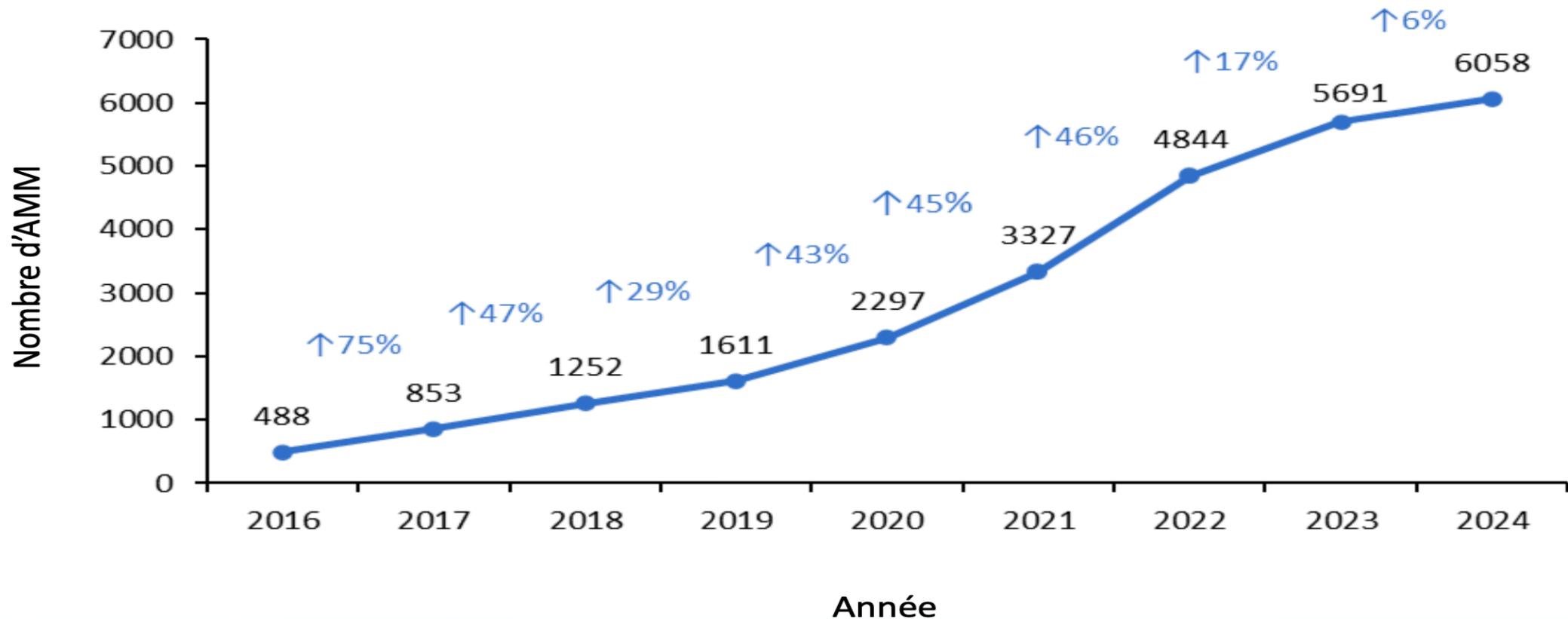
- La Loi concernant les soins de fin de vie définit l'AMM comme :
« un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances
par un professionnel compétent
à une personne, à la demande de celle-ci,
dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès ».
- Par professionnel compétent, on entend un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS).
- L'ensemble de l'accès à l'AMM est balisé par la Loi.
- La Commission sur les soins de fin de vie doit réviser toutes les déclarations d'aide médicale à mourir qui ont été administrées au Québec.

Aide médicale à mourir (AMM)

- Pour obtenir l'aide médicale à mourir, une personne doit :
 1. Être majeure et apte à consentir aux soins.
 2. Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie.
 3. Être dans l' **une des situations suivantes** :
 - a) atteinte d'une maladie grave et incurable et sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.ou
 - b) atteinte d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes.
 4. **Éprouver des souffrances physiques ou psychiques** persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Aide médicale à mourir (AMM)

Nombre d'aides médicales à mourir (AMM) administrées par année



Aide médicale à mourir (AMM)

Profil des personnes ayant reçu l'AMM

- Étaient en fin de vie (86% pronostic < 1 an, dont 67% < 3 mois).
- 91% étaient âgées de 60 ans et plus (moyenne 75 ans).
- 65% cancer, 11% maladies neurologiques, 10% maladies cardiovasculaires.
- Souffrances physiques et psychiques.
- Bénéficiaient de soins palliatifs.
- Dans les 30 jours suivant leur demande.
- En centre hospitalier et à domicile.

Aide médicale à mourir (AMM)

Personnes décédées ayant reçu l'AMM selon la maladie (2018-2023)

- On note une variabilité selon la maladie grave et incurable
 - Cancer : 1 sur 7.
 - Maladie neurologique : 1 sur 7.
 - Maladie pulmonaire : 1 sur 17.
 - Maladie cardiaque : 1 sur 33.
 - Sclérose latérale amyotrophique (SLA) : 1 sur 2.

Aide médicale à mourir (AMM)

En résumé

- La population du Québec a adopté ou accepté l'AMM comme un soin potentiel en fin de vie, lorsque les souffrances deviennent intolérables.
- De 2016 à 2024 (9 ans), plus de 26 000 personnes ont reçu l'AMM au Québec.
- Pour l'année 2024, l'AMM représentait 7,7% des décès, soit un décès sur 13.

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

DAAMM

- Qu'est-ce qu'une Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM)?
 - Une DAAMM est une demande d'AMM qui est faite à l'avance.
 - Certaines règles s'appliquent pour faire une DAAMM.
- Qui peut faire une DAAMM?
 - Toute personne ayant reçu un diagnostic de **maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins.**
 - Par exemple, la maladie d'Alzheimer.

Référence : Guide pour la personne et ses proches, Gouvernement du Québec, 2024.

DAAMM

Conditions d'obtention

1. Au moment où elle formule la demande, la personne doit :
 - a) être majeure et apte à consentir aux soins.
 - b) être assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie.
 - c) être atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins.
 - un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.

DAAMM

Conditions d'obtention

2. Au moment de l'administration de l'AMM, la personne :
 - a) est inapte à consentir aux soins en raison de sa maladie.
 - b) satisfait toujours aux conditions prévues aux sous-paragraphes b et c du paragraphe 1°.
 - c) présente, de manière récurrente, les manifestations cliniques liées à sa maladie et qu'elle avait décrites dans sa demande.
 - d) présente une situation médicale qui :
 - i. se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
 - ii. donne lieu à un professionnel compétent* (PC) de croire, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

* Professionnel compétent (PC) : médecin ou infirmière praticienne spécialisée (IPS).

DAAMM

Formulation d'une DAAMM

- La DAAMM est faite par la personne elle-même, de manière libre et éclairée.
- La personne peut désigner un ou deux tiers de confiance.
- La DAAMM doit être faite sur le formulaire prévu à cet effet avec l'aide d'un PC.
- Le formulaire doit être signé par la personne elle-même en présence du PC et de deux témoins, qui signent en temps réel.
- Pour être applicable, la DAAMM doit être versée au registre prévu à cet effet.
- Peut être faite par acte notarié, dans ces cas, les signatures des témoins ne sont pas nécessaires.

DAAMM

Contenu d'une DAAMM

- La personne doit décrire de façon détaillée les manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées.
- Le PC doit s'assurer que les manifestations cliniques décrites sont médicalement reconnues comme pouvant être reliées à la maladie et qu'elles sont observables.

DAAMM

Limites d'application

- Le PC doit aviser la personne qu'une DAAMM ne conduira pas automatiquement à son administration.
- La constatation éventuelle qu'elle présente, de manière récurrente, les manifestations cliniques liées à sa maladie et décrites dans sa demande ne permettra pas à elle seule l'administration de l'aide médicale à mourir.

DAAMM

Limites d'application

- Cette AMM pourra lui être administrée si 2 PC sont d'avis que si elle satisfait aux deux conditions suivantes :
 1. Sa situation médicale donne lieu de croire, sur la base des informations dont ces professionnels disposent et selon le jugement clinique qu'ils exercent, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

DAAMM

Limites d'application

- Cette AMM pourra lui être administrée si 2 PC sont d'avis que si elle satisfait aux deux conditions suivantes :
 2. Elle satisfait à toutes les autres conditions prévues à l'article 29.1, 2^e paragraphe, soit :
 - être inapte à consentir aux soins en raison de sa maladie.
 - présenter, de manière récurrente, les manifestations cliniques liées à sa maladie et qu'elle avait décrites dans sa demande.
 - sa situation médicale :
 - se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
 - donne lieu à un professionnel compétent de croire, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

DAAMM

Retrait ou modification

- Le retrait d'une DAAMM :
 - doit être fait au moyen du formulaire prescrit par Santé Québec.
 - la personne doit être assistée d'un PC.
- Modification :
 - une DAAMM ne peut être modifiée que par la formulation d'une nouvelle demande.

DAAMM

En résumé

- Une DAAMM est une nouvelle option possible pour une personne atteinte d'une maladie pouvant mener à l'inaptitude à consentir aux soins.
- C'est une décision importante qui implique un processus codifié et légal.
- La DAAMM doit être rédigée avec l'aide d'un PC.
- Une fois rédigée, pour être valide la DAAMM doit être déposée au registre prévu à cette fin.
- La DAAMM peut aussi être enregistrée par acte notarié.

Période des questions et d'échanges

✓ Vos questions

✓ Vos situations problématiques

✓ Vos réflexions

7. Conclusion

Conclusion

- Les **soins de fin de vie** touchent à plusieurs facettes dans le but d'apporter aide et soulagement aux personnes atteintes d'une maladie grave et dont la survie est menacée.
- Ils incluent diverses modalités, la plus répandue étant les **soins palliatifs**.
- Diverses modalités s'ajoutent aux soins palliatifs pour venir soulager la personne lorsque toutes les mesures usuelles ne suffisent plus à lui apporter le soulagement physique ou le réconfort psychique dont elle a besoin. Ces modalités incluent la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.
- Les **Directives médicales anticipées** permettent à une personne de préciser ces choix face à certains soins en cas de perte de sa capacité à consentir aux soins.

Documents de référence

- Loi concernant les soins de fin de vie, Gouvernement du Québec, 2024-12-01.
- Collège des médecins du Québec, Soins médicaux de fin de vie.
- DAAMM, Guide technique pour les MD et les IPS, Gouvernement du Québec.
- DAAMM, Guide pour la personne et ses proches.

MERCI