

Direction générale adjointe aux programmes sociaux, à la réadaptation
et à la première ligne

POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE

Titre : Politique relative aux soins de fin de vie
Destinataires : Aux usagers, gestionnaires, médecins, employés, bénévoles et stagiaires
Émetteur : Direction générale adjointe aux programmes sociaux, à la réadaptation et à la première ligne
Date d'adoption : le 10 décembre 2015
Dernière date de révision :
Approuvé par : CA <input checked="" type="checkbox"/> Comité de direction <input type="checkbox"/>

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
Chapitre I Dispositions générales.....	4
1.1 Objet de la politique	4
1.2 Définitions	4
1.3 Orientations ministérielles	5
1.4 Valeurs et principes directeurs	6
Chapitre II Rôles et responsabilités de l'établissement	7
2.1 Information aux usagers	7
2.2 Offre de service	7
2.3 Programme clinique de soins de fin de vie	8
2.4 Code d'éthique	8
2.5 Direction générale	8
Chapitre III Sédation palliative continue	10
3.1 Conditions et consentement	10
3.2 Avis de déclaration du médecin	10
Chapitre IV Aide médicale à mourir	11
4.1 Demande d'une aide médicale à mourir	11
4.2 Conditions d'admissibilité	11
4.3 Cas d'objection de conscience	12
4.4 Critères évalués par le médecin	12
4.5 Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir	13
Chapitre V Directives médicales anticipées.....	14
5.1 Conditions	14
5.2 Consentement	14
Chapitre VI Les dispositions finales	15
6.1 Entrée en vigueur/adoption	15
6.2 Responsable de l'application ou personne désignée	15
6.3 Diffusion	15
6.4 Révision	15

PRÉAMBULE

En juin 2014, le gouvernement du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie (LQ 2014). Cette loi, qui entre en vigueur le 10 décembre 2015, a pour objet d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle vient préciser les droits de ces personnes à un accès, tout au long du continuum de soins, à des soins adaptés à ses besoins.

La Loi pose les balises des soins de fin de vie qu'elle définit comme les soins palliatifs (comprenant la sédation palliative continue) et l'aide médicale à mourir.

Cette politique établit les responsabilités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) en matière de soins de fin de vie. Elle précise les normes juridiques, éthiques et cliniques qui guideront la prestation de ces soins.

Toutefois, le jugement clinique au sein de la relation thérapeutique détermine les meilleurs soins à prodiguer dans les circonstances particulières. Chaque personne et chaque unité familiale est unique et l'approche à privilégier pour la prestation de soins de qualité dépend souvent de l'habileté à tenir compte de ces aspects particuliers au sein de la relation thérapeutique. En plus des normes juridiques et cliniques, une approche engagée, humaine et empreinte de compassion est nécessaire; surtout dans ce contexte chargé émotionnellement.

Avec cette politique, l'établissement établit les balises pour servir l'intérêt véritable des patients et de la communauté.

Chapitre I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Objet de la politique

Par l'adoption de cette politique relative aux soins de fin de vie, l'établissement répond à ses obligations légales. Cette politique tient compte des orientations ministérielles en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

La présente politique a pour but d'assurer aux usagers en fin de vie des soins respectueux 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 de fin de vie de façon à ce que tout usager ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins et services de qualité, adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. Ces soins incluent la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

Sont visés par cette politique les usagers, les gestionnaires et tous les intervenants de l'établissement impliqués dans les soins de fin de vie.

1.2 Définitions

- **Usagers**

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.

- **Proches**

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

- **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 traitements susceptibles de maintenir la vie.

- **Refus de soin**

Fait, pour une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergé.

- **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.

- **Soins palliatifs**

Les 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.

- **Soins de fin de vie**

Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir.

- **Sédation palliative continue**

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.

- **Aide médicale à mourir**

Un 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.

- **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.

1.3 Orientations ministérielles

Le ministre détermine les orientations dont doit tenir compte un établissement dans l'organisation des soins de fin de vie, y compris celles que l'établissement doit considérer dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie (LQ 2014, art. 19).

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

Les orientations ministérielles en matière de soins palliatifs de fin de vie prennent assise principalement dans :

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014)
- La « Politique en soins palliatifs de fin de vie », MSSS, (2004)

1.4 Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et principes directeurs énoncés trouvent leur origine dans la Loi concernant les soins de fin de vie et la Politique de soins de fin de vie. Ceux-ci ont été retenus dans le Plan de développement 2015-2020 des soins palliatifs et de fin de vie du MSSS. Le CIUSSS NIM fait siens ces valeurs et principes directeurs.

VALEURS

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

- 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 faire dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, elle est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état véritable et du respect de ses choix;
- le **droit à des services empreints de compassion** de la part du personnel soignant, qui soient respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

PRINCIPES DIRECTEURS

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants de l'établissement 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, pendant l'évolution de la maladie, s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

Chapitre II

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 Information aux usagers

Le CIUSSS NIM doit informer la population de son territoire des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours. Ces renseignements doivent notamment être accessibles sur son site internet (LQ 2014, art. 18).

Le CIUSSS NIM rend disponibles les informations requises qui se retrouvent dans les documents suivants :

- Ses codes d'éthique
- Sa politique relative aux soins de fin de vie
- Son programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie
- Le Guide des droits des personnes en fin de vie du MSSS.

2.2 Offre de service

Le CIUSSS NIM offre les soins palliatifs et de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à l'utilisateur qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés.

À cette fin, il prend les mesures nécessaires 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 services à ces usagers (LQ 2014, art. 7).

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins selon les dispositions législatives.

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 NIM procède au transfert dans ses installations ou le dirige vers un autre établissement qui est en mesure de répondre à ses besoins (LQ 2014, art. 11).

Pour la période précédant de quelques jours le décès de l'utilisateur qui reçoit des soins de fin de vie, le CIUSSS NIM offre à l'utilisateur une chambre qu'il est seul à occuper (LQ 2014, art. 12). Tous les efforts requis seront consentis, dans tous les milieux de soins, selon les infrastructures disponibles.

2.3 Programme clinique de soins de fin de vie

Le CIUSSS NIM a élaboré un programme clinique de soins de fin de vie qui prévoit, entre autre, l'offre de services en soins de fin de vie à domicile.

Le programme clinique de soins de fin de vie est accessible aux usagers sur le site Internet de l'établissement et doit être transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (LQ 2014, art. 9).

2.4 Le code d'éthique

Le CIUSSS NIM est composé de plusieurs installations qui faisaient partie de différents établissements avant le 1er avril 2015. Plusieurs codes d'éthique sont actuellement en vigueur dans l'établissement. D'ici l'intégration de ces codes d'éthique en un seul, l'option suivante a été privilégiée.

Afin de tenir compte des droits des usagers en fin de vie et des conduites attendues des intervenants impliqués dans les soins donnés à cette clientèle, le CIUSSS NIM a adapté les différents codes d'éthique en y ajoutant un addendum à cet effet.

L'établissement fait la promotion des codes d'éthique et les rend disponibles à tout usager et à tous ceux qui en font la demande. Ils sont aussi disponibles sur le site Internet du CIUSSS NIM.

2.5 Direction générale

Rôle du président-directeur général

Le président-directeur général de l'établissement doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment présenter les indicateurs suivants :

- 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 par écrit.
- Le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées.
- Le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées par écrit 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 par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par le CIUSSS NIM.

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. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion (LQ 2014, art. 8).

Pour les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le président-directeur général d'un établissement doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois.

L'établissement le transmet, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie et le publie sur son site Internet (LQ 2014, art. 73).

Rôle du Conseil d'administration

Le conseil d'administration doit adopter la politique et les protocoles relatifs aux soins de fin de vie et prendre connaissance du rapport annuel concernant les soins de fin de vie déposé par le président-directeur général de l'établissement.

Rôle du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement (CII), adopte les 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 (LQ 2014, art. 33).

Le comité compétent du CMDP évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles applicables (LQ 2014, art. 34).

Les protocoles cliniques applicables sont ceux élaborés et présentés par le Collège des médecins du Québec (CMQ) :

- « La sédation palliative en fin de vie », Guide d'exercice, CMQ, mai 2015.
- « L'aide médicale à mourir », Guide d'exercice, CMQ, OIIQ et OPQ, août 2015.

Rôle du conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII et la directrice des soins infirmiers travaillent en collaboration avec le CMDP pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir (LQ 2014, art. 33); le mandat principal du CII étant d'apprécier la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement.

Rôle du conseil multidisciplinaire (CM)

Le CM travaille en collaboration avec le CMDP et le CII à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de ses membres, tel que stipulé dans son mandat.

Chapitre III

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

3.1 Conditions et consentement

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

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures (LQ 2014, art. 24).

Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne (LQ 2014, art. 24).

Si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être mineur ou majeur inapte (LQ 2014, art. 25).

3.2 Avis de déclaration du médecin

Le médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement et qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement, ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration en utilisant le formulaire prescrit par le MSSS (LQ 2014, art. 34).

Chapitre IV

AIDE MÉDICALE À MOURIR

4.1 Demande d'une aide médicale à mourir

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci (LQ 2014, art. 26).

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte (LQ 2014, art. 27).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir (LQ 2014, art. 28).

Tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté, doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne.

Doit être également inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration (LQ 2014, art. 32).

4.2 Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie;
- Être majeure et apte à consentir aux soins;
- Être en fin de vie;
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables (LQ 2014, art. 26).

4.3 Cas d'objection de conscience

Médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le président-directeur général (PDG) ou toute autre personne qu'il désigne; soit la directrice des services professionnels (DSP) et le DSP adjoint. De plus, le cas échéant, le médecin doit lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le PDG, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le PDG de l'instance locale qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée (LQ 2014, art. 31).

Autre professionnel de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles.

Le professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à son code de déontologie et à la volonté de la personne (LQ 2014, art. 50).

Le professionnel qui se retrouve dans une situation d'objection de conscience doit en aviser sans délai son supérieur immédiat.

4.4 Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit s'assurer :

- auprès de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
- auprès de la personne du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'information du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
- de s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- de s'entretenir de la demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- d'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévus à l'article 26. (LQ 2014, art. 29).

Le second médecin consulté doit être indépendant; tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.

4.5 Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir

Le CIUSSS NIM a mis en place un groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS). Deux objectifs principaux encadrent les fonctions de ce groupe :

- Offrir le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif d'une demande d'aide médicale à mourir.
- Offrir le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et quant à la disponibilité des ressources.

Le GIS relève de la direction des services professionnels. Le GIS peut, dès qu'une demande d'aide médicale à mourir a été formulée, être mis à contribution pour soutenir les démarches du médecin ou de l'équipe soignante. Il peut être appelé à tout moment à prendre part au processus de suivi et de traitement de la demande.

Chapitre V

DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

5.1 Conditions

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. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre (LQ 2014, articles 51 à 64). Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

- Les directives médicales anticipées s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins.
- Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises.
- Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre national ou déposées au dossier médical par un professionnel de la santé.

5.2 Consentement

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les directives médicales ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

La procédure concernant les DMA est incluse dans les documents élaborés par le MSSS.

Ces guides précisent :

- le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les personnes qui souhaitent émettre leurs directives médicales anticipées;
- les modalités concernant le dépôt au dossier médical des directives médicales anticipées par les professionnels de la santé;
- les conditions de validité et d'application des directives médicales anticipées;
- les modalités d'accès aux directives médicales anticipées pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre, qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des directives médicales anticipées.

Le CIUSSS NIM rend ces guides disponibles sur son site Internet.

Chapitre VI

DISPOSITIONS FINALES

6.1 Entrée en vigueur / Adoption

La présente politique entre en vigueur le 10 décembre 2015, suite à son adoption par le conseil d'administration du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

6.2 Personne désignée responsable de l'application

Le président-directeur général est responsable de l'application de la présente politique.

6.3 Diffusion

La présente politique est diffusée à l'ensemble des intervenants de l'établissement. Elle est diffusée aux usagers du territoire et accessible à l'ensemble de la population sur le site internet de l'établissement.

6.4 Révision

La présente politique est révisée aux trois ans ou, au besoin, lors de changements législatifs ou réglementaires.