

ORDONNANCE COLLECTIVE

CONTRIBUTION DE L'INFIRMIÈRE AU CONSTAT DE DÉCÈS

Validé par Dre Suzanne Gosselin, directrice des services professionnels adjointe et
cogestionnaire médicale SAPA

Date d'entrée en vigueur 2018-02-13

Incluant un protocole Oui Non

Approuvé par Directrice des soins infirmiers et président du CMDP

Date de révision Choisissez la date

Date de péremption 2021-02-13

1. Objet

1.1 Description

- Permettre à l'infirmière d'évaluer la condition physique et mentale d'un usager et de conclure, dans le cadre de cette évaluation, à la présence d'un décès à partir des signes cliniques qu'elle observe. Celle-ci doit consigner les données cliniques au dossier et transmettre ces informations au médecin répondant afin que le SP-3 soit complété à distance. La communication avec la famille fait également partie du suivi requis.

1.2 But

- Ceci permet une meilleure organisation des services en optimisant le rôle de l'infirmière et en évitant des délais et démarches inutiles au réseau et aux familles.

2. Professionnels habilités

- Les infirmières du CIUSSS de l'Estrie – CHUS travaillant dans les secteurs visés pour l'application de cette ordonnance et ayant reçu la formation convenue.

3. Activités réservées

3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Infirmière
 - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
 - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

4. Secteurs d'activités visés

- Milieux de soins de longue durée (CHSLD)
- Domicile¹

5. Médecin répondant

- Le médecin répondant est le médecin traitant de la personne décédée ou le médecin de garde.

6. Indications et conditions d'initiation

6.1 Groupes de personnes visées

- Personne connue en soins de fin de vie, inscrite ou admise dans les secteurs visés et avec un niveau d'intensité de soins de non-réanimation.

6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance

L'ensemble des conditions suivantes doit être présent avant d'appliquer l'ordonnance (annexe 1).

- Le décès était prévisible et attendu au cours de la dernière maladie de la personne décédée.
- Un diagnostic de maladie terminale ou de maladie irréversible et incurable a été posé par le médecin traitant à l'égard de cette maladie et ce diagnostic est consigné au dossier de la personne décédée.
- La cause du décès était prévisible en raison de cette dernière maladie. Le médecin traitant a consigné et documenté ce pronostic au dossier de la personne décédée.
- Aucune complication imprévue n'est survenue suite à ce pronostic.
- Le décès n'est pas survenu dans des circonstances visées par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, notamment par suite de négligence (cas de coroner, accidents...).

7. Contre-indications et limites

- Lorsque les conditions à l'application de l'ordonnance ne sont pas rencontrées.
- Lorsqu'une autopsie est demandée par la famille ou par le médecin.
- Lorsqu'un don de tissu est prévu.
- Lorsqu'il n'y a pas de médecin répondant.
- Le Code civil du Québec et la Loi sur la santé publique (art.46) précisent qu'un constat de décès doit être fait par un médecin, mais ces lois ne précisent pas que le médecin doit être au chevet pour faire ce constat. Ainsi, il revient toujours au médecin de compléter le **formulaire SP-3 (bulletin de décès)**, mais ce dernier peut le compléter d'après l'évaluation de l'infirmière.

¹ Le domicile peut inclure une résidence pour personnes âgées, une RI ou une RNI, dans la mesure où une infirmière du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est impliquée.

8. Procédure

1. Vérifier la double identification de l'utilisateur.
2. Vérifier l'absence de contre-indication à l'application de cette ordonnance et que la situation réponde à la définition d'un décès attendu.
3. Effectuer l'évaluation physique de l'utilisateur.
 - a) Moment et fréquence :
 - i. Si l'infirmière est présente lors du décès : effectuer l'évaluation au temps zéro et 5 minutes après le décès.
 - ii. Si l'infirmière est absente lors du décès : effectuer l'évaluation une seule fois.
 - À domicile, il revient à l'infirmière, **selon son jugement et selon l'entente prise avec la famille**, de se déplacer immédiatement. Un délai maximal de **6 heures** doit être respecté.
 - b) Composantes de l'évaluation physique (annexe 2 : signes de la mort).
 - i. Signes vitaux cardiaques et respiratoires :
 - aucun pouls à l'apex;
 - absence de respiration;
 - ii. Observation des pupilles :
 - dilatées et non réactives;
 - iii. Test à la douleur au thorax et pression sur ongle d'un doigt :
 - aucune réaction à la douleur.
4. **Aviser le médecin répondant dès le décès constaté ou le lendemain matin si le décès est survenu pendant la nuit** afin de valider si l'ordonnance collective peut être appliquée et que le SP-3 soit complété à distance². Le médecin répondant est habituellement le médecin traitant durant les heures ouvrables et le médecin de garde, en dehors des heures ouvrables. Ceci est cependant à adapter selon les règles convenues localement. Le médecin complète à distance le SP-3 à partir de l'information reçue et l'achemine par fax ou numérisation à l'unité de soins ou encore à la maison funéraire.
5. Aviser la famille si non présente.
6. Valider avec la famille la maison funéraire à contacter.
7. Communiquer avec la maison funéraire :
 - a) En soins de longue durée, l'infirmière remet le SP3 complété ou une copie du SP-3 faxé au transporteur de la maison funéraire avec la carte d'assurance-maladie, les lunettes et le dentier de la personne décédée.
 - b) À domicile, l'infirmière remet le SP-3 à la famille qui le remettra au transporteur de la maison funéraire.
8. Consigner au dossier de l'utilisateur :
 - a) L'évaluation physique complète;
 - b) L'heure du décès et l'heure de la note infirmière;
 - c) Le nom du médecin avisé, l'heure et comment le SP-3 fut complété;
 - d) Le nom des personnes avisées (famille) ainsi que l'heure;
 - e) La mention : SP-3 (original ou copie) remis à la famille pour transport de la dépouille à domicile ou au transporteur en hébergement
 - f) Le nom de la maison funéraire ;
 - g) Si la famille a vu la dépouille après le décès;
 - h) S'il y a des particularités concernant les croyances et les valeurs religieuses et culturelles de la personne et de sa famille au sujet du décès et du traitement de la dépouille après le décès.

² Le médecin a un délai maximal de 18 heures pour compléter le formulaire SP-3.

9. Assurer le cheminement de l'information à la maison funéraire dans les meilleurs délais :
- L'agente administrative ou le service des archives, selon le milieu, envoie par courrier le document original (copie rose, verte et bleue);
 - La copie jaune est conservée au dossier de l'utilisateur de l'établissement;
 - La copie blanche doit être envoyée à l'institut de la statistique du Québec dans un délai de trois jours après le décès par l'agente administrative du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

9. Sources

- Article 51 de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres*.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), *Rôle de l'infirmière immatriculée dans le constat du décès lorsque le décès est attendu*; février 2011.
- Bernard Charles et Tremblay Lucie. *Lettre de l'OIIQ et du CMQ « Modalités transitoires en matière de constat de décès : un partenariat infirmière/médecin »*, 5 mars 2015.
- Collège des médecins du Québec (2007). *La pratique médicale en soins de longue durée : guide d'exercices*.
- CSSS du Haut-Saint-François, Ordonnance collective : *Constatation de décès*, DSI-OC-50, Avril 2015.
- Institut médico-légal de Paris. Laboratoire d'éthique médicale et l'Université Paris Descartes (mars 2010). Présentation PowerPoint : *constat de mort, certificat de décès, éléments de législation funéraire, autopsie*.
- Sainton Gilles, md. *Constat de décès et transport ambulancier*, 30 septembre 2014.
- Règlement sur les normes relatives aux ordonnances médicales faites par un médecin, Collège des médecins du Québec, 2015.

10. Processus d'élaboration

10.1 Rédaction

Adaptation de l'ordonnance collective « Constatation de décès » de l'installation du Haut-Saint-François, avril 2015.

Nom :	Langlois	Prénom :	Brigitte	Cadre supérieure à la direction des soins infirmiers	Date :
Nom :	Coleman	Prénom :	Robin-Marie	Directrice adjointe des soins infirmiers, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle	Date :
Nom :	Gosselin	Prénom :	Suzanne	Directrice des services professionnels adjointe et cogestionnaire médicale SAPA	Date :
Nom :	Lavoie	Prénom :	Vanina	Conseillère en soins à la DSI (Haut Saint-François), volet compétences, soutien et encadrement clinique	Date :

10.2 Consultation/collaboration

Nom :	Prénom :	, Titre du collaborateur	Date :
Nom :	Prénom :	, Titre du collaborateur	Date :
Nom :	Prénom :	, Titre du collaborateur	Date :

10.3 Approbation

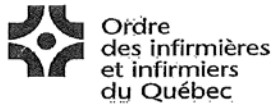
- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)

11. Processus d'autorisation

Nom, prénom : D ^{re} Robinson, Martine	Signature : Document original signé	, pour le Président du CMDP	Date : 2018-02-13
Nom, prénom : Montagne, Lise	Signature : Document original signé	, Directrice des soins infirmiers	Date : 2017-10-24

12. Historique des révisions

Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :
Nom :	Prénom :	Date :



Le 5 mars 2015

**Aux directrices/directeurs des soins infirmiers
Aux directrices/directeurs des services professionnels**

Objet : Modalités transitoires en matière de constat de décès : un partenariat infirmière/médecin

Madame,
Monsieur,

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont été sollicités par leurs membres afin de rechercher une solution permettant à une infirmière de contribuer plus efficacement au constat du décès d'une personne, notamment lorsque le décès survient dans un milieu de soins de longue durée¹ ou à domicile.

C'est dans ce contexte qu'en 2014, l'OIIQ et le CMQ ont déposé une demande de modifications législatives afin d'habiliter une infirmière ou un infirmier à dresser le constat de décès et à remplir le bulletin de décès à certaines conditions.

Dans le cadre légal actuel, un médecin doit, sauf en de rares exceptions, dresser le constat de décès² et le bulletin de décès³. Dans les faits, ce sont souvent les infirmières qui font la constatation clinique du décès. À cet égard, des délais significatifs sont rapportés entre le moment où le décès est cliniquement observé par l'infirmière et celui où il est officiellement constaté par le médecin, condition indispensable pour que le défunt soit pris en charge par les services funéraires. L'infirmière étant habilitée à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique⁴, elle peut, dans le cadre de cette évaluation, conclure à la présence d'un décès à partir des signes cliniques qu'elle observe.

Pour permettre une meilleure organisation des services et éviter des délais et démarches inutiles pour les familles, l'OIIQ et le CMQ ont demandé que l'infirmière soit légalement habilitée à dresser le constat de décès et remplir le bulletin de décès aux conditions suivantes :

... 2

¹ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre hospitalier (CH) en unité de soins prolongés ou en unité de soins palliatifs, maison de soins palliatifs.

² Code civil du Québec, art. 122.

³ Loi sur la santé publique, art. 46.

⁴ Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c. I-8, article 36, al. 2 (1°).

- le décès était prévisible et attendu au cours de la dernière maladie de la personne décédée;
- un diagnostic de maladie terminale ou de maladie irréversible et incurable a été posé par le médecin traitant à l'égard de cette maladie et ce diagnostic est consigné au dossier de la personne décédée;
- la cause du décès était prévisible en raison de cette dernière maladie. Le médecin traitant a consigné et documenté ce pronostic au dossier de la personne décédée;
- aucune complication imprévue n'est survenue suite à ce pronostic.

Dans l'attente des changements législatifs souhaités, l'OIIQ et le CMQ estiment qu'il est possible de mettre en place des modalités transitoires afin que le constat de décès soit dressé et le bulletin de décès complété à distance par le médecin à partir des constatations de l'infirmière.

Modalités d'application des mesures transitoires

Le médecin chargé de dresser le constat de décès et de remplir le bulletin de décès est le médecin traitant ou le dernier médecin ayant soigné la personne décédée. Le médecin responsable de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de la région peut également agir à titre de signataire du bulletin de décès et du constat de décès.

L'infirmière vérifie que la situation clinique du patient répond aux conditions suivantes :

- le décès était prévisible et attendu au cours de la dernière maladie de la personne décédée;
- un diagnostic de maladie terminale ou de maladie irréversible et incurable a été posé par le médecin traitant à l'égard de cette maladie et ce diagnostic est consigné au dossier de la personne décédée;
- la cause du décès était prévisible en raison de cette dernière maladie. Le médecin traitant a consigné et documenté ce pronostic au dossier de la personne décédée;
- aucune complication imprévue n'est survenue suite à ce pronostic;
- le décès n'est pas survenu dans des circonstances visées par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, notamment par suite de négligence.

L'infirmière procède à l'évaluation clinique du patient, assure le suivi requis à la famille, consigne par écrit les données cliniques observées et les informations requises. Considérant que les données cliniques et informations sont spécifiques au décès, l'utilisation d'un formulaire standard est recommandée.

L'infirmière contacte le médecin désigné pour l'informer de la situation clinique et lui fait parvenir le formulaire dûment complété. Conformément à ses obligations professionnelles, elle documente au dossier du patient les démarches réalisées.

Il revient au médecin de dresser le constat de décès, de remplir le bulletin de décès et d'assurer le suivi requis auprès de l'entreprise funéraire.

Avant de mettre en place cette modalité transitoire, il est fortement recommandé aux établissements de définir les mécanismes internes précisant les rôles et les responsabilités des infirmières et des médecins visés ainsi que les différentes instances impliquées lors de la démarche d'un constat de décès.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La présidente,



Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm. A., CHE
Ordre des infirmières et infirmiers du
Québec

Le président-directeur général,



Charles Bernard, M.D.
Collège des médecins du Québec

/Im

SIGNES DE LA MORT³

A titre indicatif

SIGNES NÉGATIFS DE LA VIE
Arrêt cardiocirculatoire et respiratoire ➔ Absence de pouls, respiration et de pression artérielle
Abolition totale de la conscience, de la sensibilité
Aréflexie ➔ Disparition des réflexes ostéotendineux.
Perte du tonus musculaire et mydriase bilatérale.
Pâleur, refroidissement.

SIGNES POSITIFS DE LA MORT
Le refroidissement cadavérique ➔ ↓ d'un degré/heure. ➔ Variation selon conditions extérieures/port de vêtements/activité physique/T° du corps avant le décès.
La rigidité cadavérique ➔ S'installe progressivement de haut en bas. ➔ S'installe entre 3 et 4 heures, totale à 12 h post-mortem.
Les lividités cadavériques ➔ Zone de coloration rose bleutée de la peau. ➔ Apparaissant entre la 2 ^e et la 4 ^e heure post-mortem.
La déshydratation cadavérique.
Les signes de putréfaction.

³ Institut médico-légal de Paris. Laboratoire d'éthique médicale et l'Université Paris Descartes (mars 2010). *Présentation PowerPoint : constat de mort, certificat de décès, éléments de législation funéraire, autopsie.*