

# NOUVELLE LOI SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : COMMENT S'Y RETROUVER ?

Information aux professionnels de la santé  
CIUSSS Centre-Sud-de-l'île de Montréal



# Présentateurs

## **Mireille Aylwin**

Médecin de famille au soutien à domicile du CLSC de Verdun et à l'urgence de l'Hôpital de Verdun

Maîtrise en anthropologie médicale à l'Université d'Édimbourg sur le sujet de la légalisation de l'aide médicale à mourir au Québec



# Le GIS

- Groupe interdisciplinaire de soutien clinique, administratif, légal et éthique supportant les équipes de soins dans le cheminement clinique et administratif d'une demande d'AMM, aussi bien en établissement que hors établissement.
- Soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.
- Soutien à la diffusion d'information et d'enseignement auprès des intervenants cliniques.
- Accompagnement des équipes médicales (« debriefing », mentorat, services spécialisés,...)
- 1 groupe par CIUSSS

**Coordonnateur GIS du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île de Montréal:  
Carl Simard: 514-217-2875, [infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)**

# + Plan de la présentation

- Contexte légal
- Cheminement d'une demande d'AMM
  - Demande formelle d'AMM
  - Évaluation de l'admissibilité
  - Déterminer la trajectoire d'évaluation
  - Planification et administration de l'AMM
- Détails de pratique médicale (droits de pratique, rémunération...)
- Ressources



# Objectifs

Au terme de cette présentation, le participant sera en mesure de :

1. Identifier les critères d'admissibilité permettant d'offrir l'aide médicale à mourir (AMM);
2. Comprendre les modifications emportées par la loi C-7;
3. Maîtriser les outils et la procédure entourant l'AMM;
4. Saisir le rôle du médecin, du pharmacien, des professionnels de la santé, du groupe de soutien (GIS) et la procédure pour y faire appel avant, pendant et après

# + Aide médicale à mourir

## Définition

- Soin médical à caractère exceptionnel 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 (article 3.6 L.Q. 2014, c.2).

+

Contexte légal

# + Aide médicale à mourir

## Historique législative

- 10 Juin 2014 - Adoption au Québec de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.Q. 2014, c.2 à majorité de 94 voix contre 22
- 10 décembre 2015 : Entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie*
- 17 juin 2016: Adoption de la loi C-14 décriminalisant l'aide médicale à mourir dans des circonstances bien précises. Ajoutait des restrictions à la pratique québécoise et introduisait la notion de « mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP) »
- 11 septembre 2019: La juge Beaudoin de la cour supérieure du Québec conclut qu'il est non-constitutionnel de restreindre l'accès à l'AMM seulement à patients en 'fin de vie' ou ayant une MNRP dans la célèbre cause Truchon/Gladu.
- 12 mars 2020: Retrait du critère de « fin de vie imminente » de la LQSFV
- 17 mars 2021: Adoption de la loi C-7 fédérale créant 2 trajectoires d'évaluation pour les selon que le patient présente ou non une « mort naturelle raisonnablement prévisible »



## Critères d'admissibilité (loi fédérale)

- Être admissible à recevoir des services de santé financés par le gouvernement fédéral, une province ou un territoire
- Être majeur et mentalement apte
- Faire une demande délibérée d'aide médicale à mourir
- Donner un consentement éclairé et libre de pressions externes
- Souffrir d'une maladie, d'une **affection ou d'un handicap** grave et incurable (à l'exclusion d'une maladie mentale)
- Être dans un état de déclin avancé qui ne **peut pas** être inversé
- Ressentir des souffrances physiques ou mentales insupportables causées par la maladie, le handicap ou le déclin des capacités qui ne **peuvent pas** être atténuées dans des conditions que vous jugez acceptables

+ Cheminement de la demande d'AMM  
#1 Demande formelle



## Demande d'AMM

Pour faire une demande d'AMM, le patient doit **obligatoirement** signer le formulaire prescrit en présence **d'un professionnel de la santé** et **d'un témoin indépendant**. **Ce témoin peut maintenant être un professionnel participant à la prestation des soins au patient.**

**Toute demande d'AMM formelle** doit être acheminée au GIS, peu importe si le processus est mené à terme ou non.



DT9232

Nom		
Prénom		
Date de naissance	Année	Mois Jour
N° d'assurance maladie	Année	Mois
Adresse		
Code postal	N° de téléphone	Ind. rég.

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

**Je demande au Docteur (nom du médecin) \_\_\_\_\_ de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.**

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**Tiers autorisé<sup>1</sup>**, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à (adresse) : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

<b>Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :</b>		
Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
<b>Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire<sup>2</sup> :</b>		<b>Date</b>
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

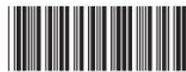
La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

<sup>2</sup> L'article 241.2(5) du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

# Professionnels de la santé autorisés

- Tous ceux qui sont membres d'un ordre professionnel
  - Médecin
  - Infirmière / infirmière auxiliaire
  - Travailleur social
  - Psychologue
  - Physiothérapeute
  - Ergothérapeute
  - Pharmacien
  - Diététiste



DT9232

Nom			
Prénom			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Année	Mois	
Adresse			
Code postal	N° de téléphone	Ind. rég.	

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

# Le Témoin indépendant

Doit comprendre la nature de la demande et doit attester de l'identité du patient. N'a pas à émettre de jugement ou d'opinion sur la démarche du patient ou sa potentielle éligibilité.

## NE peut PAS être qualifié d'indépendant si :

- sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;

**Je demande au Docteur (nom du médecin) \_\_\_\_\_ de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.**

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**Tiers autorisé<sup>1</sup>**, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à (adresse) : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire <sup>2</sup> :		Date
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 99 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

<sup>2</sup> L'article 241.2(5) du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom			
Prénom			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Adresse			
Code postal	N° de téléphone	Ind. rég.	

# Si la personne ne sait pas lire ou qu'elle est incapable physiquement de signer

Ce tiers ne peut être :

- un mineur,
- un majeur inapte
- un membre de l'équipe de soins

Ce tiers ne peut savoir ou croire : être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra un avantage matériel suite à la mort de cette personne.

Ce tiers doit comprendre la nature de la demande d'AMM

Je demande au Docteur (nom du médecin) \_\_\_\_\_ de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Tiers autorisé<sup>1</sup>, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à (adresse) : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir : \_\_\_\_\_

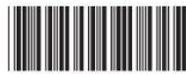
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire <sup>2</sup> :		Date
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

<sup>2</sup> L'article 241.2(5) du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.



DT9232

Nom  
 Prénom  
 Date de naissance: Année Mois Jour  
 N° d'assurance maladie: Année Mois  
 Expiration: Année Mois  
 Adresse  
 Code postal N° de téléphone Ind. rég.

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Je demande au Docteur (nom du médecin) de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : \_\_\_\_\_ Date: Année Mois Jour

Tiers autorisé<sup>1</sup>, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à (adresse) : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date: Année Mois Jour

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire <sup>2</sup> :		Date
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

<sup>2</sup> L'article 241.2(5) du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Le **médecin** identifié au formulaire de demande n'a pas l'obligation d'être le médecin administrateur ou évaluateur de l'AMM.

Il doit être avisé rapidement suite à la demande du patient.

Il doit y faire suite auprès du patient quelles que soient ses convictions personnelles.

# + Objection de conscience

## Définition

- La loi concernant les soins de fin de vie mentionne qu'un médecin peut refuser d'administrer l'AMM, mais que celui-ci doit s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne (art. 50). Il doit, en ce cas, évaluer l'admissibilité de l'usager avant de le référer à un collègue acceptant d'effectuer l'AMM (= code déontologie MD article 24).
- Objection de conscience: refus du médecin de fournir, d'aider à fournir ou de fournir de l'information sur un soin sur la base de sa conscience et donc<sup>1</sup>:
  - Conviction morale, éthique ou religieuse
  - Relevant de son for intérieur
  - Menant à un comportement individuel
  - À l'encontre d'un consensus sociétal

1. Lochak, Danièle. "For intérieur et liberté de conscience." *Le for intérieur* (1995).

# + Objection de conscience

Et AMM...

- L'objection de conscience peut ne pas être "tout ou rien": Dans un cas particulier, un médecin pourrait trouver acceptable (malgré son objection de conscience) d'y participer alors qu'au contraire, un médecin non-objecteur pourrait avoir une objection de conscience dans un cas singulier.
- L'objection de conscience ne peut pas être évoqué pour refuser d'évaluer la souffrance, l'aptitude ou le pronostic d'un patient sous prétexte que cela pourrait confirmer son éligibilité à l'AMM.
- Les contraintes logistiques ne sont pas une base d'objection de conscience.

# + Objection de conscience

## Conséquences possibles

- Biais possible dans l'évaluation d'une demande, surtout sur les critères subjectifs – donc un MD avec une forte objection de conscience ne devrait pas non plus servir de 2<sup>e</sup> médecin évaluateur
- Compromis de la qualité, l'efficacité ou l'accès équitable aux soins
- Transfert du fardeau moral et de travail aux seuls professionnels qui ne s'objectent pas

## + En cas d'objection de conscience, le MD receveur doit:

- Évaluer les critères d'admission;  
(attention aux biais potentiellement induits par l'objection de conscience)
- Expliquer à l'utilisateur qu'il se retire du processus d'AMM
- Continuer à prodiguer au patient, les soins requis par son état de santé
- Inscrire au dossier de l'utilisateur les motifs de sa décision
- Verser le formulaire de demande d'AMM au dossier médical du patient
- Trouver un collègue non objecteur pour évaluer le patient, si nécessaire avec l'aide de son chef de service ou de département, ou en dernier recours du DSP ou membre de l'administration nommé par le DSP.
- Formulaire SAFIR de transfert à un autre médecin pour cause d'objection de conscience

+ Cheminement de la demande d'AMM  
#2 Évaluer les critères d'admissibilité



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit, d'abord

### Évaluer l'admissibilité du patient:

- Être admissible à recevoir des services de santé financés par le gouvernement fédéral, une province ou un territoire
- Être majeur et mentalement apte
- Faire une demande délibérée d'aide médicale à mourir
- Donner un consentement éclairé et libre de pressions externes
- **Souffrir d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable (à l'exclusion d'une maladie mentale)**
- Être dans un état de déclin avancé qui ne peut pas être inversé
- **Ressentir des souffrances physiques ou mentales insupportables causées par la maladie, le handicap ou le déclin des capacités qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que vous jugez acceptables**

# + Maladie, affection ou handicap grave et incurable

- Au Québec, la Loi sur les soins de fin de vie ne mentionne que **maladie grave et incurable**. Il est incertain comment les cliniciens au Québec doivent composer avec cette différence, les avis divergent. CSFV et CMQ ont des avis contradictoires. Une harmonisation de la loi québécoise devra être faite rapidement.
- Certaines maladies que l'on pourrait considérer comme non grave pour certains patients le serait pour d'autres selon l'impact clinique:  
ex. arthrose chez patient très âgé, rendu grabataire à cause de multiples fractures d'écrasement vertébraux
- Ex: séquelles post ACV: maladie ou handicap??

## + Évaluation du déclin

- Il n'y a pas un seuil de déclin considéré comme avancé défini par la loi mais plusieurs praticiens considèrent qu'une perte d'autonomie au niveau d'au moins un AVQ est nécessaire
- Qu'est-ce que vous n'êtes plus capable de faire à cause de votre maladie?
- Revoir avec le patient une journée typique
- Se faire une bonne idée du niveau de fonctionnement antérieur du patient et des valeurs qui sous-tendent les décisions du patient (histoire de vie) permet de saisir l'impact et la souffrance causé par le déclin
- Le clinicien doit s'assurer de la nature irréversible du déclin (équipe multi avec ergo, physio, TS,...)

# + Évaluation de la souffrance

- « La souffrance survient lorsqu'une personne interprète son expérience comme une menace à son intégrité<sup>2</sup>. »
- Cette souffrance résulte de l'interprétation qu'une personne fait de sa situation au regard de l'interaction entre ses valeurs, ses rôles, ses relations et sa trajectoire de vie.
- Il est difficile de « juger » la souffrance du patient. L'équipe traitante doit principalement s'assurer du caractère constant et intolérable de ces souffrances et s'assurer que tous les options pour soulager les souffrances du patient sont explorées et tentées si le patient les jugent acceptables.

2. Groupe de recherche sur la souffrance psychique et l'AMM (2017), *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*. Mai 2017. Montréal: Département de psychiatrie du CHUM et CRCHUM.

## + Quelles souffrances?

- Une revue systématique d'étude qualitative regardant les raisons évoquées pour demander l'assistance au suicide relève les éléments suivants<sup>5</sup> :
  - Soucis d'une faible qualité de vie: perte d'autonomie, perte de dignité, dépendance, incontinence, perte du « sens de soi »... La douleur incontrôlée est parfois évoquée, mais plus souvent la PEUR de souffrances physiques.
  - Désir d'avoir une bonne mort avec une importance particulière mise sur le **contrôle** des circonstances.
  - L'importance des expériences antérieures si les patients ont été témoin de la souffrance de gens proches dans leur fin de vie.

5. Hendry, M. et al. (2012) Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliative Medicine* 27(I): 13-26.



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Au courant de son évaluation:

- Discuter avec les membres de l'équipe de soins et les proches de l'utilisateur, avec son consentement
- Impliquer les autres professionnels de la santé pertinents à la situation du patient (psychiatre, psychologue, travailleur social, éthicien, intervenant en soins spirituels...)
- Expliquer ce qu'est le soin, les étapes préalables à son administration et les complications possibles (échec, perte de voies sanguines, perte d'aptitude...)
- S'assurer que le patient s'entretienne avec tous les gens à qui il souhaite parler avant l'administration de l'AMM
- S'engager à accompagner l'utilisateur au terme du processus et à demeurer auprès de lui jusqu'à son décès

# + Si la demande est jugée **inadmissible**

## Le médecin évaluateur doit

- En aviser le patient ainsi que les raisons justifiant le refus
- Consigner au dossier l'ensemble des évaluations et le résumé des rencontres avec l'utilisateur
- Continuer à prodiguer à l'utilisateur les soins interdisciplinaires requis par son état de santé
- S'assurer que l'utilisateur connaît les recours disponibles s'il veut contester le refus de sa demande (Cf. : Commissaire aux plaintes)
- Informer l'utilisateur qu'il pourra formuler une nouvelle demande plus tard si la condition le rendant inadmissible change
- Aviser le coordonnateur du GIS de la raison pour laquelle la demande d'AMM n'est pas admissible
- Remplir déclaration sur plateforme SAFIR dans les 30 jours suivant l'évaluation d'inadmissibilité



## Si la demande est jugée **admissible**

Le médecin évaluateur doit

- Trouver un 2e médecin pour évaluer l'éligibilité du patient
- Déterminer si le patient a une mort naturelle raisonnablement prévisible ou non pour déterminer les mesures de sauvegardes appropriés au patient

## + Avis du second médecin

- Le second médecin doit être **indépendant**, tant à l'égard de la personne qui demande l'AMM qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis :

### ■ Loi C14

- "Pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir ni celui qui donne l'avis visé à l'alinéa (3)e) ne peut :
  - a) conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
  - b) savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
  - c) savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité."



## Avis du second médecin

- Il doit:
  - Prendre connaissance du dossier médical
  - Vérifier l'admissibilité du patient à l'AMM
  - S'assurer du caractère libre et éclairé de sa demande
  - Explorer les motifs de la demande et les alternatives de traitements
  - Rediscuter du cas au besoin avec le médecin administrant l'AMM
  - Verser ses notes et le formulaire d'*avis du second médecin* au dossier du patient

- + Cheminement de la demande d'AMM  
#3 Déterminer la trajectoire d'évaluation



# Mort naturelle raisonnablement prévisible

## Définition

- Pas de définition claire fournie dans la loi C-14 (ou C-7)
- « Raisonnablement prévisible » est une formulation légale qui peut être comprise comme raisonnablement envisageable
- Il n'y a pas de pronostic rigide associé à ce concept
- La condition médicale causant les souffrances intolérables du patient n'a pas à être la cause du décès anticipée du patient.

**En tenant compte de la condition médicale du patient et de son évolution potentielle, en plus des autres facteurs du patient tel que les comorbidités, la fragilité et l'âge: Est-ce que le décès du patient est « raisonnablement envisageable » dans un délai pas trop lointain?**



# Mort naturelle raisonnablement prévisible

## Commentaires supplémentaires

- MNRP sera très clair pour plusieurs cas avec lequel nous avons une bonne expertise: ex. patients avec cancers terminaux ou maladies dégénératives avancées.
- Il pourrait y avoir des cas où la MNRP n'est pas claire initialement pour le clinicien et se clarifier avec le temps et/ou avec l'avis de collègues
- Le patient peut changer de trajectoire d'évaluation si son état change ou des nouvelles informations modifient notre évaluation
- Les échelles de fragilité peuvent nous aider dans notre évaluation



**1 Très en forme** - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



**2 Bien** - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



**3 Assez bien** - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



**4 Vulnérable - Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



**5 Légèrement fragile** - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



**6 Modérément fragile** - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



**7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



**8 Très sévèrement fragile** - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



**9 En phase terminale** - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

## Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

# Échelle de fragilité clinique

EDMONTON FRAIL SCALE <sup>[1]</sup>		Entourer l'évaluation faite et additionner les points			Score : /17
		(0-3 : non fragile ; 4-5 : légèrement fragile ; 6-8 : modérément fragile ; 9-17 : sévèrement fragile)			
Domaine	Item	0 point	1 point	2 points	
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.	Pas d'erreurs	Erreurs mineures de positionnement	Autres erreurs	
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?	0	1-2	3 ou plus	
	En général comment appréciez-vous votre santé	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise	
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes nécessitez-vous de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive	0-1	2-4	5-8	
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider	Toujours	Parfois	Jamais	
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?	Non	Oui		
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?	Non	Oui		
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges	Non	Oui		
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	Non	Oui		
Continence	Perdez-vous des urines sans le vouloir ?	Non	Oui		
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronomètre. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10sec	11-20sec	>20 sec, ou Assistance, ou refus	

## Échelle de fragilité d'Edmonton

## + Mesures de sauvegardes MNRP

- **Retrait du délai de 10 jours** exigé entre la signature et l'administration de l'AMM
- Ajout dans C-7 de la possibilité de signer une **entente de renonciation de l'aptitude** au moment de l'administration – cependant la loi québécoise exige toujours l'aptitude jusqu'au moment de l'administration... le CMQ a envoyé un avis disant qu'il n'y aurait pas de conséquences disciplinaires pour les médecins suivant la loi C-7 mais la CSFV (qui n'a aucun pouvoir disciplinaire) juge cette pratique non concordante avec la loi.

## + Mesures de sauvegarde MNnRP

Délai de 90 jours

- S'assurer qu'au moins quatre-vingt-dix (90) jours francs se sont écoulés entre le jour où commence la première évaluation et celui où l'AMM est administré, à moins que les 2 médecins évaluateurs jugent que le patient risque de perdre son aptitude avant la fin de ce délai.

# + Mesures de sauvegarde de MNnRP

## Expertise médicale

- Un expert n'est pas nécessairement un médecin spécialiste
- Un médecin omnipraticien peut être spécialiste d'une condition pour laquelle il a une expérience clinique significative
- Consultation entre professionnels, l'expert n'a pas à rencontrer le patient ou évaluer l'éligibilité du patient
- Le rôle de l'expert est de fournir la compréhension de la nature et de l'évolution attendu de la pathologie grave et incurable, et vérifier si toutes les options thérapeutiques disponibles au patient lui ont été offertes.



# Mesures de sauvegarde de MNnRP

## Évaluation de la souffrance

« S'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins »;  
(loi C-7)

+ Cheminement de la demande d'AMM  
#4 Planification et administration de l'AMM



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Au moment de la préparation de l'administration:

- Déterminer avec le patient le lieu, le temps et les circonstances entourant l'administration de l'AMM
- LIEU
  - **Si l'utilisateur choisit de recevoir l'AMM en établissement (CH / CHSLD) :**
    - S'assurer de la disponibilité d'une chambre privée au moment désiré, via la procédure d'attribution d'un lit
  - **Si l'utilisateur choisit le domicile :**
    - Aviser le soutien à domicile (intervenant pivot si usager connu ou guichet SAPA si usager non connu)
    - Contacter le DSP pour l'obtention de privilèges temporaires de pratique à domicile si nécessaire
  - **Dans tous les cas:**
    - S'assurer du transfert sécuritaire de l'utilisateur
    - Discuter directement avec le médecin qui recevra l'utilisateur
    - Transmettre la version originale du formulaire de demande d'AMM signée et les notes d'évaluation pertinentes à l'équipe de soins



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

Au moment de la préparation de l'administration:

### ■ TEMPS

- Dans le contexte du domicile, le patient doit savoir qu'un délai de 72h peut être nécessaire pour la préparation de la médication et le médecin pourrait ne pas être disponible tous les jours pour administrer ce soin.

### ■ CIRCONSTANCES

- Selon les désirs du patient: personnes présentes, rituel spécifique, rites religieux préalables...
- Préparer le moment avec le personnel soignant



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Au moment de la préparation de l'administration:

- Évaluer le potentiel veineux du patient avec l'aide de l'infirmière du patient
  - Le patient a-t-il reçu de la chimiothérapie?
  - Les bilans sanguins étaient difficiles à prélever récemment?
  - Le patient est-il dans un état de déshydratation ou à risque de l'être éminemment?
  - Le patient est-il obèse ou en anasarque?
- Si le terrain veineux du patient est précaire, envisager l'installation d'un piccline ou l'usage d'un autre accès central (ex. port-o-cath)
- Discuter avec le patient du risque de perte d'accès veineux et du plan de sauvegarde si cela arrivait (c'est les patients MNRP, la sédation palliative continue à domicile pourrait être une option intéressante)



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Au moment de la préparation de l'administration:

- Communiquer avec le chef du département de pharmacie de l'Hôpital de Verdun par courriel à **visal.uon.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca**, au moins 72 h ouvrables avant l'administration
  - en spécifiant dans objet : « Dossier prioritaire : Demande AMM »
  - et en incluant à ce message les coordonnées pour rejoindre le médecin
  - Joindre la prescription de médicament du CIUSSS disponible sur intra/extranet
- Discuter avec le pharmacien désigné (et non-objecteur) du:
  - Médicaments choisis selon les spécificités du patient
  - Moment de récupération des troussees en fonction du temps et du lieu prévu pour l'administration de l'AMM



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Le jour de l'administration:

- S'assurer de l'installation de 2 voies intraveineuses perméables dans les 24h précédentes (idéalement 4-6h)
- Aller récupérer les 2 trousse de médicaments à la pharmacie désignée et compléter le registre des médicaments avec le pharmacien
- À l'arrivée au chevet de l'usager, s'assurer qu'il répond encore aux critères d'admissibilité et désire toujours recevoir l'AMM
- S'assurer que l'usager est accompagné des personnes de son choix lors de l'AMM
- Vérifier la perméabilité des voies sanguines
- Administrer **lui-même** le protocole pharmacologique de l'AMM selon le Guide d'exercice du CMQ



# Protocole pharmacologique de l'AMM

## 1- Anxiolyse

- Midazolam (1mg/mL)
  - 10 mg (soit 10 mL), une seringue par trousse
  - Donner 2,5 à 10 mg en 2 minutes

ANXIOLYSE					
	Benzodiazépine	Quantité totale (à répartir en 2 trousses)	Posologie	Notes	Paraphe du médecin (1)
	Midazolam 1 mg/ml	2 x 10 mg (10 ml) en seringue	2,5 à 10 mg (2,5 à 10 ml) IV en 2 minutes	À titrer selon la réponse du patient	
Autre :					



# Protocole pharmacologique de l'AMM

## 2- Anesthésie locale en prévision de l'induction du coma

- Lidocaïne sans épinéphrine (20mg/mL)
  - 40 mg (soit 2 mL) par trousse
  - Administrer 40 mg en 30 secondes
- **Si allergie à la lidocaïne:** Sulfate de magnésium (500 mg/mL)
  - 1000 mg (soit 2mL) par trousse
  - Compléter le volume total à 10 mL avec du NaCL 0,9 % et administrer sur 5 minutes



# Protocole pharmacologique de l'AMM

## 3- Induction du coma

- Propofol (10mg/mL)
  - 4 seringues de 500mg (soit 50 mL) par trousse
  - Administrer 1000 mg en 5 minutes (+ 1000 mg optionnel)
- Phénobarbital (120 mg/mL)
  - 2 seringues de 3000 mg (soit 25 mL) par trousse
  - Administrer 3000 mg en 5 minutes
- **En cas de doute sur l'induction du coma**, augmenter la dose
- Un arrêt cardiorespiratoire est possible pendant l'induction du coma
  - En aviser les personnes présentes
- Même en cas d'arrêt cardiorespiratoire durant l'induction du coma, il faut systématiquement injecter le bloqueur neuromusculaire



# Protocole pharmacologique de l'AMM

## 4- Bloqueur neuromusculaire

- 2 molécules mentionnées dans le protocole: **Bromure de rocuronium** (200mg/mL), ou bésylate de cisatracurium (30mg/15mL)
- Choix selon disponibilité en pharmacie
- Injection rapide
- S'assurer du coma préalable
- Cause d'abord un arrêt respiratoire précédant l'arrêt cardiaque 2<sup>e</sup> à l'anoxie
- Aviser au préalable les gens présents que le décès peut survenir jusqu'à 20 minutes après l'arrêt respiratoire et que le patient peut devenir cyanotique



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Après l'AMM

- Constater le décès et **inscrire comme cause de décès sur le formulaire SP-3 la maladie qui a mené à la demande de l'AMM, et non l'AMM**
- Assurer le soutien aux proches et à l'équipe de soin présente
- Retourner lui-même à la pharmacie les trousseaux et les seringues (utilisées ou non)
- S'assurer de la destruction des médicaments non utilisés et signer le registre de médication avec le pharmacien



## Le médecin acceptant d'administrer l'AMM doit,

### Après l'AMM:

- Compléter la déclaration d'AMM sur la plateforme SAFIR (déclaration fédérale et provinciale conjointe ) dans les 10 jours suivant l'administration
  - Prévoir 45-60 minutes pour cette étape
  - <https://safir.rtss.qc.ca> (intranet ou jeton)
- Au besoin, organiser une session de débriefing avec l'équipe traitante et\ou un suivi auprès de la famille du patient
- Des outils de débriefing et des professionnels éthiciens et psychologues sont disponibles au GIS pour vous supporter dans cette démarche



# Formulaire SAFIR

## Informations additionnelles

- Le médecin qui n'administre pas l'AMM doit, dans les 90 jours suivants une demande, remplir un formulaire en ligne SAFIR dans les 30 jours suivants l'un des événements suivants:
  - Transfert de la demande à un confrère (ex. dans le cas d'objection de conscience)
  - Le patient est jugé inadmissible
  - Le patient retire sa demande
  - Le patient décède
- Les pharmaciens ont aussi à faire une déclaration sur cette plateforme suivant l'administration d'un AMM



Détails de pratique médicale



## Quelques détails

- Possibilité d'obtenir des privilèges temporaires pour administration hors du site de pratique usuel. Quand la loi 130 sera implantée, les privilèges seront accordés à l'ensemble des installation du CIUSSS.
- La RAMQ a défini des actes et déplacements en lien avec l'AMM pour les MD omnipraticiens pratiquant exclusivement à l'acte ou en tarification mixte (CF. Amendement 153 présenté en juillet 2016 dans l'infolettre 128).
- Les médecins spécialistes peuvent administrer l'AMM et facturer les actes associés ainsi que les déplacements nécessaires (cf.: modification 77, Infolettre 127, Juillet 2016).
- Rémunération pour mentorat médical AMM (infolettre 236 novembre 2020)



+

Vos ressources

# + Coordonnées pertinentes

## ■ Coordonnateur du GIS: Carl Simard

- Disponible du lundi au vendredi 8-16h
- T. 514-217-2875; F. 514-732-5107; [Infogis.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Infogis.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca)

## ■ Collège des médecins du Québec

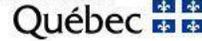
- Guide pratique et formulaires pertinents
- [www.cmq.org](http://www.cmq.org) (zone sécurisée)

## ■ Commissaire local aux plaintes

- Céline Roy
- T. 514 593-3600; F. 514 593-2106; ATS : 514 284-3747;  
[commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal



Accueil Plan du site Nous joindre Portail Québec

Médecins, pharmaciens et professionnels Personnel du CIUSSS



Recherche

LE CIUSSS

NOS  
INSTALLATIONS

SOINS ET  
SERVICES

EMPLOIS ET  
STAGES

MISSION  
UNIVERSITAIRE

Accueil > Médecins, pharmaciens et professionnels > Espace médecins > Loi concernant les soins de fin de vie

## Médecins, pharmaciens et professionnels

Espace médecins

Espace pharmaciens

Espace professionnels

Documentation

## LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

- > Outils cliniques
- > Autres procédures et ressources
- > Soutien aux professionnels
- > Formation
- > Rapports du directeur général
- > Documentation
- > Foire aux questions

Cette page rassemble tous les renseignements, documents et liens utiles entourant la Loi concernant les soins de fin de vie. L'objectif est de vous offrir un soutien et un accompagnement afin que vous puissiez accomplir adéquatement vos responsabilités respectives dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie



# Conclusion

- L'AMM est un soin accessible sous certaines conditions strictes prévues par les Lois 2 et C-14 (C-7).
- L'adoption récente de la loi C-7 crée certaines discordances pour les praticiens québécois qui sont régis par 2 lois.
- Nul ne peut ignorer une demande d'AMM.
- Le GIS est disponible en tout temps pour aider, soutenir et accompagner les professionnels dans une demande d'AMM.
- En tout temps, le patient doit continuer à recevoir les soins requis par sa condition.



+

Des questions?