

## Aide-mémoire aux médecins, IPS et équipes interdisciplinaires - AMM

### Demande contemporaine

ÉTAPES	ACTIONS À ENTREPRENDRE
<p><b>1. DEMANDE D'INFORMATION D'UN.E USAGER.ÈRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que l'utilisateur connaît bien son diagnostic, son pronostic vital et les alternatives de traitement;</li> <li><input type="checkbox"/> Explorer les motifs de la demande et optimiser les soins avec l'équipe interdisciplinaire;</li> <li><input type="checkbox"/> Discuter avec l'utilisateur des critères d'admissibilité (<a href="#">Article 26</a>) :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (<a href="#">chapitre A-29</a>);</li> <li>2. Est majeur.e et apte à consentir aux soins;</li> <li>3. Est atteint.e d'une maladie grave et incurable et sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ou elle souffre d'une déficience physique grave, entraînant des incapacités significatives et persistantes (<a href="#">Article 29</a>)</li> <li>4. Éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables.</li> </ol> </li> </ul> <p>*Si la déficience physique grave est le critère retenu, vous devez vous :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer que l'utilisateur a évalué la possibilité d'obtenir des services de soutien, de conseil ou d'accompagnement, notamment de l'Office des personnes handicapées du Québec, d'un organisme communautaire ou d'un pair aidant, tels que de l'assistance aux fins d'amorcer une démarche de plan de services à son égard;</li> <li>2. S'assurer auprès de l'utilisateur du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant de l'évaluation clinique prévisible de la déficience physique en considération de son état que des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences ou des mesures appropriées pour compenser ses incapacités.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aviser l'utilisateur de son droit de retirer sa demande ou reporter son administration en tout temps (<a href="#">Article 28</a>);</li> <li><input type="checkbox"/> Informer rapidement les membres de l'équipe soignante/traitante que l'utilisateur a demandé de l'information et évaluer la nécessité de réviser le plan d'intervention;</li> <li><input type="checkbox"/> Offrir une rencontre avec un professionnel approprié et/ou intervenant spirituel;</li> <li><input type="checkbox"/> Documenter toutes les démarches relatives à l'AMM au dossier de l'utilisateur.</li> </ul>
<p><b>2. RÉCEPTION D'UNE DEMANDE D'AMM – NUL NE PEUT IGNORER UNE DEMANDE D'AMM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que le formulaire de demande d'AMM est signé par l'utilisateur, un.e professionnel.le de la santé et un (1) témoin indépendant. Pour être considéré comme indépendant, un témoin ne peut pas :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Tirer profit de votre décès;</li> <li>o Être propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où vous résidez ou recevez des soins;</li> <li>o Être un soignant non rémunéré;</li> <li>o <b>Le témoin peut être</b> un soignant rémunéré, mais ne peut pas être un des deux (2) médecins/IPS qui évaluent l'utilisateur.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Si l'utilisateur ne sait pas lire ou est physiquement incapable de signer, la demande peut être signée par un tiers en présence de l'utilisateur. Un tiers se définit comme suit (<a href="#">Article 27</a>) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Être indépendant (se référer aux critères ci-haut);</li> <li>o Être majeur apte;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ne fait pas partie de l'équipe de soin responsable de l'utilisateur.</li> <li><input type="checkbox"/> Demander à l'utilisateur s'il ou elle a discuté de sa décision avec ses proches;</li> <li><input type="checkbox"/> Déposer la demande d'AMM au dossier de l'utilisateur;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Si requis, informer rapidement</b> le médecin/IPS traitant.e de la signature de la demande par l'utilisateur :</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Informer rapidement</b> les membres de l'équipe soignante/traitante que l'utilisateur a signé une demande;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Acheminer</b> une copie de la demande au Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) en précisant, si requis, le médecin/IPS traitant.e de l'utilisateur et son milieu de soin et/ou de vie;</li> <li><input type="checkbox"/> Évaluer les critères d'admissibilité à l'AMM [<b>Étapes 1</b>] en prenant soin de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ S'assurer du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;</li> <li>○ S'assurer du caractère libre de sa demande en vérifiant, entre autres, qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;</li> <li>○ S'assurer de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, par des entretiens menés à des moments différents espacés d'un délai raisonnable compte tenu de l'évaluation de son état.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> À la suite de votre évaluation, vous donnez un avis favorable ? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Vous serez le médecin/IPS administrateur ?</b></li> <li>○ <b>OUI</b> : documenter votre évaluation au dossier de l'utilisateur.</li> <li>○ <b>NON</b> : remplir le formulaire du second avis et identifier un collègue qui acceptera d'évaluer l'utilisateur et être le médecin/IPS administrateur le cas échéant.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Discuter avec les membres de l'équipe de soins et les proches de l'utilisateur, du besoin de planifier une rencontre interdisciplinaire pour mettre à jour le plan d'intervention.</li> </ul>
<p><b>3. SI LA DEMANDE RÉPOND AUX CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ</b></p>	<p><b>Le médecin/IPS acceptant d'administrer l'AMM doit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Offrir à l'utilisateur d'explorer les alternatives de traitement et l'ajout de services pertinents;</li> <li><input type="checkbox"/> Informer l'utilisateur des étapes préalables à l'administration de l'AMM;</li> <li><input type="checkbox"/> Référer rapidement à l'équipe de soins infirmiers pour l'évaluation des accès veineux périphériques;</li> <li><input type="checkbox"/> Si l'évaluation des accès veineux périphériques ne permet pas la prestation d'un soin sécuritaire, informer l'utilisateur et lui présenter les alternatives qui s'offre à lui;</li> <li><input type="checkbox"/> S'engager à accompagner l'utilisateur jusqu'au terme du processus et à demeurer auprès de lui jusqu'à son décès;</li> <li><input type="checkbox"/> Trouver un 2<sup>e</sup> médecin/IPS indépendant, si nécessaire avec l'aide du chef de service ou de département pour le médecin et avec l'aide du gestionnaire de proximité ou le chef des IPS pour l'IPS;</li> <li><input type="checkbox"/> Communiquer avec le chef du département de pharmacie au <a href="mailto:departement_pharmacie.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca">departement_pharmacie.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</a>, de 48 h à 72 h avant l'administration, en semaine entre 8 h et 16 h en spécifiant dans l'objet : <b>Dossier prioritaire – Demande AMM</b> en incluant à ce message : <i>Les coordonnées pour joindre le médecin/IPS, la prescription de médicaments et une copie de la demande d'AMM.</i></li> </ul> <p><b>Le médecin/IPS qui accepte de faire 2<sup>e</sup> évaluation doit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer du respect des conditions d'admissibilité à l'AMM;</li> <li><input type="checkbox"/> Compléter le <b>formulaire Avis d'un second médecin</b> et le déposer au dossier de l'utilisateur. Cette évaluation doit se faire après la signature de la demande d'AMM, mais peut précéder l'évaluation du médecin/IPS administrateur;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Acheminer</b> une copie du second avis au GIS.</li> </ul> <p><b>Important :</b> dans l'attente de la nouvelle version du formulaire, veuillez ne pas prendre en considération le critère « <b>Fin de vie</b> » à la section 7 de ce formulaire. Ce critère est devenu inopérant en mars 2021.</p>

<p><b>4. DON D'ORGANES ET DE TISSUS, DATE ET LIEU DE L'AMM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Explorer avec l'utilisateur qui a été jugé éligible à recevoir le soin d'AMM l'option d'être un donneur potentiel d'organes ou de tissus humains, à la suite de son décès. Si oui, communiquer dès que possible avec <b>Transplant Québec au 1 888 336-7338, option 1</b> ou avec <b>Héma-Québec au 1 888 336-7338, option 2</b>. Au besoin, se référer aux procédures des deux organismes (selon le cas) disponibles sur la page extranet <i>Soins palliatifs et de fin de vie</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> Déterminer avec l'utilisateur le lieu et le moment de l'administration de l'AMM.</li> </ul> <p><b>Si l'utilisateur choisit de recevoir l'AMM dans une installation de notre CIUSSS (CH / CHSLD)</b></p> <p><b><u>Centre hospitalier (CH)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer de la disponibilité d'une chambre privée au moment désiré, via la procédure d'attribution d'un lit (<a href="#">PR - 4200-026</a>), si l'utilisateur n'est pas déjà hospitalisé dans une chambre privée et contacter le coordonnateur du GIS pour support.</li> </ul> <p><b><u>CHSLD (Saint-Henri et Paul-Émile Léger)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se référer à la procédure (<a href="#">PR-2600-007</a>) Prêt d'une chambre de soins de fin de vie à un usager provenant de la communauté pour l'administration de l'aide médicale à mourir. Si nécessaire, contacter le coordonnateur du GIS pour support.</li> </ul> <p><b>Si l'utilisateur choisit le domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aviser le soutien à domicile (intervenant pivot si usager connu.e ou guichet SAPA si usager non connu.e).</li> </ul> <p><b>Dans tous les cas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer du transfert sécuritaire et en temps opportun de l'utilisateur;</li> <li><input type="checkbox"/> Discuter directement avec le médecin/IPS qui recevra l'utilisateur.</li> </ul> <p>Transmettre la version originale signée du formulaire de demande d'AMM et les notes d'évaluation pertinentes.</p>
<p><b>5. SI LA DEMANDE NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ</b></p>	<p><b>Le médecin/IPS ayant refusé la demande d'administration de l'AMM doit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Signifier à l'utilisateur que sa demande est refusée et expliquer les raisons, préciser sur quel(s) critère(s) est basé le refus; <ul style="list-style-type: none"> <li>o Attention de ne pas sous-estimer les impacts d'un refus pour l'utilisateur.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Demander à l'utilisateur s'il ou elle souhaite être accompagné dans ce refus d'un professionnel approprié et/ou d'un intervenant spirituel;</li> <li><input type="checkbox"/> Informer si requis l'équipe de soins;</li> <li><input type="checkbox"/> Consigner au dossier l'ensemble des évaluations et le résumé des rencontres avec l'utilisateur et compléter en ligne le formulaire (<b>SAFIR - <a href="https://safir.rtss.qc.ca">https://safir.rtss.qc.ca</a></b>) dans les <b>30 jours</b> suivant le refus;</li> <li><input type="checkbox"/> Continuer à prodiguer à l'utilisateur les soins interdisciplinaires requis par son état de santé;</li> <li><input type="checkbox"/> S'assurer qu'en cas d'insatisfaction, l'utilisateur connaît ses recours possibles auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;</li> <li><input type="checkbox"/> Informer l'utilisateur qu'il ou elle pourra formuler une nouvelle demande si son état de santé venait à le rendre éligible;</li> <li><input type="checkbox"/> Aviser le coordonnateur administratif du GIS de la raison pour laquelle la demande d'AMM n'a pas été jugée admissible (<a href="mailto:infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca">infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</a>)</li> </ul>

## 6. ADMINISTRATION DE L'AMM

### Processus

- Dans les 24 h précédent l'administration (idéalement 4-6 h), s'assurer de l'installation de deux (2) voies intraveineuses perméables;
- Le jour de l'administration, le médecin/IPS doit récupérer les deux (2) trousse de médicaments à la pharmacie de l'Hôpital de Verdun ou de l'Hôpital Notre-Dame et compléter le registre de médicaments avec le pharmacien. Possibilité de livraison des deux (2) trousse (se référer à la procédure ([PR-4200-024](#)) Livraison des deux (2) trousse de médicaments pour l'administration de l'AMM et à [l'aide-mémoire](#) Gestion des trousse);
- À l'arrivée au chevet de l'usager.ère, s'assurer qu'il répond encore aux critères d'admissibilité et désire toujours recevoir l'AMM;
- S'assurer d'un environnement calme et respectueux;
- Expliquer la procédure et le déroulement des étapes à venir;
- S'assurer que l'usager.ère est accompagné des personnes de son choix lors de l'AMM;
- Vérifier la perméabilité des accès veineux périphériques;
- Administrer (le médecin/IPS lui-même) le protocole pharmacologique de l'AMM selon le Guide d'exercice du CMQ;
- Constaté le décès et inscrire comme cause de décès sur le formulaire SP-3 (SIED) la maladie qui a mené à la demande de l'AMM (**et non l'AMM**);
- Offrir du soutien aux proches et à l'équipe de soins présente;
- Au besoin, orienter les proches vers les ressources assurant un suivi de deuil;
- Retourner (le médecin/IPS lui-même) à la pharmacie : les trousse et les seringues (utilisées ou non);
- S'assurer de la destruction des médicaments non utilisés et signer le registre de médication avec le pharmacien.

### Déclaration

- Remplir le formulaire en ligne (**SAFIR - <https://safir.rtss.qc.ca>**) dans les **10 jours** suivant l'administration de l'AMM. S'assurer de répondre à toutes les questions en justifiant la réponse lorsque demandé. Le nouveau critère d'admissibilité de « **Déficience physique grave** » est accessible depuis la mise à jour du 13 mars 2024 de SAFIR.

### Accès à l'extérieur d'une installation du réseau de la santé (clinique médicale, domicile)

Pour les professionnel.le.s compétent.e.s qui ne pratiquent pas dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, ils ou elles doivent communiquer par courriel à l'adresse: [00 SOG Centre de services@ssss.gouv.qc.ca](mailto:00_SOG_Centre_de_services@ssss.gouv.qc.ca) pour l'attribution d'un jeton d'accès virtuel afin d'accéder au site et faire la déclaration.

- Pour toutes questions en lien avec votre jeton, bien vouloir communiquer aux coordonnées suivantes :

### Centre de services de la DGTI-MSSS

Tél. région de Québec : (418) 872-6959

Tél. sans frais : 1 833 534-0158

### Modalités de déclarations dans SAFIR

- Une fois l'accès au site obtenu, l'utilisateur doit se créer un compte avec un nom d'utilisateur et un mot de passe;
- L'utilisateur remplit le formulaire en répondant aux questions posées;
- Les informations peuvent être enregistrées au fur et à mesure de la complétion du formulaire;
- Il est possible de fermer la déclaration et de poursuivre la complétion ultérieurement dans un délai maximal de **10 jours**. Le premier jour correspondant à la date de création du formulaire. Après **10 jours**, les informations sont effacées et il n'est plus possible de les récupérer d'aucune façon; un nouveau formulaire devra être rempli;

- Une fois transmis, le formulaire est conservé pendant **120 jours** dans le compte de l'utilisateur aux fins de consultation.
- Pour obtenir du soutien technique sur la plateforme: [soutiensafir@ssss.gouv.qc.ca](mailto:soutiensafir@ssss.gouv.qc.ca)  
 Tél. région de Québec : 418-683-AIDE (2433), option 1, suivi de l'option 2  
 Tél. sans frais : 1-877-826-AIDE (2433), option 1, suivi de l'option 2
- Pour du soutien clinico-administratif contacter le GIS.

#### PARTICULARITÉ DE L'AMM SELON LA TRAJECTOIRE DE L'USAGER.ÈRE

**MORT NATURELLE RAISONNABLEMENT PRÉVISIBLE (MNRP)** : dont la mort est prévisible à court/moyen terme considérant la maladie grave et incurable et l'ensemble des comorbidités de l'usager.ère. Cette trajectoire n'est pas attachée à un pronostic strict.

- Le soin peut être administré après que l'admissibilité ait été confirmée par un 2<sup>e</sup> médecin/IPS, et que le médecin/IPS se soit assuré de la persistance des souffrances et du désir de recevoir l'AMM, dans un délai raisonnable, compte tenu de l'évolution de son état;
- Possibilité de signer le formulaire de consentement à l'AMM en cas de perte d'aptitude (formulaire AH-890 du MSSS) permettant deux (2) options au médecin/IPS soit administrer l'AMM à une date convenue avec l'usager.ère ou à la date convenue avec l'usager.ère ou à une date antérieure de la date convenue, et ce même si celui-ci a perdu son aptitude à consentir au soin dans l'intervalle. Cette entente ne peut être appliquée si l'usager.ère démontre physiquement ou verbalement un refus de recevoir le soin.

**MORT NATURELLE NON-RAISONNABLEMENT PRÉVISIBLE (MNNRP)** : dont la mort **n'est pas** prévisible à court/moyen terme considérant le diagnostic et le portrait médical connu.

- Délai de **90 jours** entre le début de la première évaluation médicale et l'AMM, sauf, après avoir terminé l'évaluation, le médecin/IPS réalise que la personne risque de perdre sa capacité à consentir de façon imminente, auquel cas le médecin/IPS (avec l'accord du 2<sup>e</sup> médecin/IPS) peut rapprocher la date de l'AMM selon le besoin. Le médecin/IPS doit aussi déterminer avec l'usager.ère et en collaboration avec l'équipe traitante, à quel endroit l'usager.ère va attendre son délai de 90 jours avant l'administration de son AMM;
- Si aucun des deux médecins/IPS ne possède d'expertise sur la maladie grave et incurable dont souffre l'usager, le médecin/IPS doit consulter un collègue possédant cette expertise pour valider l'évaluation attendue et les traitements possibles de cette condition. Ceci n'implique **pas** que l'expert doive rencontrer ou évaluer l'usager.ère;
- Les troubles de santé mentale comme unique pathologie sont **exclus**;
- Les demandes anticipées d'AMM par le biais des DMA, que l'usager.ère.s atteint.e.s de démence débutante ou non, sont **excluses**. Cependant, les usager.ère.s atteint.e.s de démence prouvée et encore aptes peuvent faire une demande recevable dans le cadre de la présente loi. Le médecin/IPS peut contacter le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour toute demande de soutien ou de conseil au processus d'évaluation de l'admissibilité.

#### NON-ADMINISTRATION DE L'AMM

Advenant le retrait d'une demande d'AMM par l'usager.ère, le décès de l'usager.ère durant le processus ou le transfert de l'usager.ère vers un autre établissement; le médecin/IPS doit compléter, en ligne, le formulaire (**SAFIR - <https://safir.rtss.qc.ca>**) dans les **30 jours** suivant le retrait, le décès ou le transfert de l'usager.ère et informer le GIS par courriel ([infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca))

N.B. Le formulaire SAFIR complété par le médecin/IPS pour une AMM non administrée est fédéral. Le GIS ne reçoit pas le SAFIR fédéral d'où l'importance de l'informer par courriel ([infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca))

#### Le médecin/IPS désirant se prévaloir de son droit à l'objection de conscience doit :

- Prendre connaissance de la procédure prévue à cet effet;
- Expliquer à l'usager.ère qu'il se retire du processus d'AMM en poursuivant les autres soins de l'usager.ère;
- Inscrire au dossier de l'usager.ère les motifs de sa décision;
- Décidez si vous acceptez d'effectuer le second avis médical quant au respect des conditions d'admissibilité à l'AMM;
- Trouver un collègue qui accepte de traiter la demande, si nécessaire avec l'aide de son chef de service ou de département pour le médecin et avec l'aide du gestionnaire de proximité ou le chef des IPS pour l'IPS. Compléter, en ligne, le formulaire électronique (**SAFIR - <https://safir.rtss.qc.ca>**) dans les **30 jours** suivant le transfert de l'usager.ère à un collègue;
- Continuer à prodiguer les autres soins requis à l'usager.ère.

<p><b>RESSOURCES</b>  <b>SOUTIEN AUX MÉDECINS ET PROFESSIONNELS – GIS</b></p> <p>Chantal Coderre,  coordonnatrice administrative  Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h  <b>Tél.</b> 438 354-0673  <b>Télécopieur</b> : 514 861-5495  <b>Courriel</b> :  <a href="mailto:infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca">infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</a></p>	<p><b>COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES</b></p> <p>Céline Roy  <b>Tél.</b> 514 593-3600  <b>Télécopieur</b> : 514 593-2106  <b>ATS</b> : 514 284-3747  <b>Courriel</b> :  <a href="mailto:commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca">commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</a></p>	<p><b>LOI SUR LES SOINS DE FIN DE VIE</b></p> <p><a href="https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-32.0001">https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-32.0001</a></p> <p><b>LOI MODIFIANT LE CODE CRIMINEL (AIDE MÉDICALE À MOURIR)</b></p> <p><a href="https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisannuelles/2021_2/textecomplet.html">https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisannuelles/2021_2/textecomplet.html</a></p>	<p><b>COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC</b></p> <p><b>Guide de pratique de l'AMM</b></p> <p><a href="http://www.cmq.org">www.cmq.org</a></p> <p><b>INESSS</b> : <a href="#">Protocole médical national-AMM</a></p>
---	--	---	---

