Politique et procédure no. : POL-PRO-DG-129	**Date d'émission : 2016-10-13**
Titre : Politique relative aux soins de fin de vie	**Date de révision : 2022-05-11**

Source : Direction générale

Responsable de l'application : Directrice générale
Directeur des services professionnels
Directrice des services à la clientèle
Directrice adjointe des services à la clientèle

Destinataires : Résidents et leurs proches
Médecins traitants
Tout le personnel
Bénévoles
Stagiaires
Contractuels

1. Préambule

En juin 2014, le gouvernement du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie (LQ 2014). Cette loi, qui est entrée 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 leurs 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 (AMM).

De plus, le 17 juin 2016, le parlement du Canada a adopté le projet de Loi C-14, soit la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (AMM). Précisons que ces deux nouvelles lois comportent des différences importantes à connaître :

- Les nouveaux changements au Code criminel permettent l'euthanasie volontaire et le suicide assisté. La loi du Québec ne permet que l'euthanasie volontaire;

- Il y a également des différences au niveau des personnes qui sont admissibles. Par exemple, dans le cadre de la nouvelle loi fédérale, une souffrance intolérable doit être causée par un problème médical. Ce n'est pas une exigence stricte en vertu de la loi du Québec;

- De plus, la loi du Québec exige que le patient soit « en fin de vie ». La nouvelle loi fédérale indique que les services peuvent être fournis à une personne dont la mort est « raisonnablement prévisible ». Il n'y a pas de délai requis avant la mort.

Cette politique établit les responsabilités de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay 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 ces circonstances particulières. Chaque personne et chaque famille 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 émotivement.

Avec cette politique, la Résidence établit les balises pour servir l'intérêt véritable des résidents conformément aux Lois en vigueur.

Pour l'AMM traitée dans cette politique, les médecins et les professionnels doivent se référer au guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques mis à jour en 2019 pour connaître toutes les subtilités. Les principales particularités sont toutefois décrites dans cette présente politique.

2. Objectif

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 ainsi que des lois en vigueur.

La présente politique a pour but d'assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits des résidents de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout résident 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'AMM.

3. Définitions

Aide médicale à mourir (AMM)

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.

Approche collaborative

La pratique collaborative est définie comme un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions. Pratique qui, en centre d'hébergement, interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue dont les objectifs sont :

- d'orienter l'organisation des soins et des services autour du continuum de vie du résident;
- de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

La pratique collaborative implique deux types de processus de collaboration soit la collaboration des intervenants entre eux et celle entre le résident et ses proches avec les intervenants. Ces processus de collaboration prennent plusieurs formes, de la rencontre résident/intervenant, aux rencontres interdisciplinaires incluant le résident et ses proches et doivent comprendre obligatoirement, pour permettre une communication efficace entre les partenaires, des outils d'échange et de communication formalisés et structurés.

Approche palliative

Approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs proches vivant une situation associée à une maladie avec pronostic réservé, à travers la prévention, le soulagement de la souffrance et par l'entremise de l'identification précoce, l'évaluation adéquate et le traitement de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques et spirituels, (OMS).

Aptitude à consentir aux soins (selon les critères de la Nouvelle-Écosse)

ESTIMATION DE QUATRE HABILETÉS COGNITIVES
1. Compréhension de l'information d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse :
A. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle elle demande l'AMM?
B. La personne comprend-elle la nature et le but de l'AMM?
C. La personne comprend-elle les avantages et les risques de l'AMM (et des soins alternatifs, y compris ne pas procéder à l'AMM)?
D. La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas procéder à l'AMM?
E. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?
2. Appréciation de l'information sur un plan personnel : La personne est-elle capable de s'approprier l'information reçue sur l'ensemble des options, de l'appliquer à sa propre personne et de faire preuve d'autocritique?
3. Raisonnement sur l'information : La personne est-elle capable de comparer les risques et les bénéfices de chacune des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d'elles et de justifier son choix?
4. Expression de son choix : La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant?

Arrêt de traitement

Fait de cesser des soins ou traitements susceptibles de maintenir la vie.

Directives médicales anticipées (DMA)

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'AMM.

Indépendance des médecins (extrait de l'Article. 241.2(6) du Code criminel)

Pour être indépendant, le médecin qui fournit l'AMM ni celui qui donne l'avis 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.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami ou de toute personne qui a un intérêt particulier pour le résident.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable liée à l'évolution d'une maladie ou à la gravité de lésions, selon laquelle les chances de survie à plus ou moins long terme sont compromises.

Refus de soin

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

Résident

Toute personne qui est hébergée à la Résidence de façon transitoire ou permanente.

Sédation palliative continue

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

Soins de fin de vie

Les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'AMM.

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.

Témoins indépendants (Art. 241.2[5] du Code criminel)

Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'AMM peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

a) Elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;

b) Elle 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) Elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;

d) Elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Tiers autorisé* (Art. 241.2[4] du Code criminel)

Personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas 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 peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

*Cette définition est utilisée uniquement pour l'AMM.

4. 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 tenir compte dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie (art. 19 de la LCSFV 2021).

Il est de la responsabilité du MSSS 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 (2021) ;
- La « Politique en soins palliatifs de fin de vie », MSSS, (2019).

5. 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. La Résidence fait siennes ces valeurs et principes directeurs.

5.1 Les 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.

5.2 Les 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.

6. Rôles et responsabilités de l'établissement

6.1 Information aux résidents

La Résidence doit informer les résidents 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 (art. 18 de la LCSFV 2021).

La Résidence rend disponibles les informations requises qui se retrouvent dans les documents suivants :

- Son code d'éthique;
- Cette présente politique;
- Son programme d'accompagnement fin de vie;
- Le Guide « Droits de la personne en fin de vie » du MSSS, 2019.

6.2 Offre de service

La Résidence offre les soins palliatifs et de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés.

À cette fin, elle 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 (art. 7 de la LCSFV 2021.

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

Pour la période précédant de quelques jours le décès de la personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit offrir à la personne une chambre qu'elle est seule à occuper (art. 12 de la LCSFV 2021). À cette fin, la chambre 340 est utilisée en priorité pour les résidents en fin de vie qui cohabitent en chambre double.

6.3 Programme d'accompagnement de fin de vie

La Résidence offre un programme d'accompagnement de fin de vie aux résidents le nécessitant et ce, dans une approche collaborative et interdisciplinaire. Il contient notamment ces composantes essentielles :

- Guide des besoins en fin de vie;
- Soins et services complémentaires pouvant être offerts en fin de vie;
- Procédure à mettre en place en fin de vie;
- Plan d'interventions interdisciplinaire de fin de vie (Annexe 1)
- Trousse d'accompagnement;
- Autres procédures suivant le décès.

Le programme d'accompagnement de fin de vie est accessible aux résidents et ses proches sous forme de livret. Il est aussi accessible au grand public sur le site Internet de l'établissement moyennant des frais.

Le plan d'organisation de l'établissement en fait mention.
Il doit être transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 9 de la LCSFV 2021).

6.4 Le code d'éthique

Afin de tenir compte des droits des résidents en fin de vie et des conduites attendues des intervenants impliqués dans les soins à leur donner, le code d'éthique de l'établissement a été ajusté en conséquence. Ces droits sont :

- Droit de recevoir des soins de fin de vie;
- Droit de refuser ou d'arrêter un soin;
- Droit d'être représenté;
- Droit d'exprimer ses volontés.

L'établissement fait la promotion du code d'éthique en le remettant à chaque nouveau résident hébergé et ses proches et en le rendant disponible à tous ceux qui en font la demande. Il est aussi disponible sur le site Internet de la Résidence.

6.5 Rôles et responsabilités

Conseil d'administration

Le conseil d'administration doit adopter un règlement, 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 la directrice générale de l'établissement.

Directrice générale

La directrice générale de l'établissement doit, chaque année, faire un rapport sur l'application de cette politique et le transmettre au conseil d'administration. 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'AMM formulées;
- Le nombre de demandes d'AMM administrées;
- Le nombre de demandes d'AMM formulées par écrit qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

Ce 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 (art. 8 de la LCSFV 2021). Ce rapport est également déposé au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) par la directrice générale.

Pour les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, la directrice générale 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 (art. 73 de la LCSFV 2021).

Pouvoir de délégation de la directrice générale

Elle désigne la directrice adjointe des services à la clientèle comme responsable du groupe de soutien interdisciplinaire (GIS) ;

Elle désigne le directeur des services professionnel en collaboration avec la directrice des services à la clientèle pour coordonner les services requis afin de mettre en application les demandes d'AMM et établissant les corridors de services avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, si requis ;

Elle désigne les gestionnaires d'autorisations d'accès aux services en ligne de la RAMQ. Se référer à la procédure PRO-DSP-620 « Procédure liée aux directives médicales anticipées ».

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'AMM. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés (art. 33 de la LCSFV 2021). Le comité-médico-pharmaco-nursing supporte cette démarche à la Résidence.

Le comité compétent du CMDP évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles applicables (art. 34 de la LCSFV 2021). Il veille également à l'amélioration de certains aspects de la pratique de l'AMM et à l'évaluation des directives cliniques.

Les protocoles cliniques applicables sont ceux élaborés et présentés:

- « La sédation palliative en fin de vie », Guide d'exercice, CMQ, août 2016;
- « L'aide médicale à mourir », Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques, CMQ, OPQ, OIIQ, OTSTCFQ, Barreau du Québec et chambre des notaires, novembre 2017.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII et la directrice des services à la clientèle travaillent en collaboration avec le CMDP pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'AMM (art. 33 de la LCSFV 2021) ; le mandat principal du CII étant d'apprécier la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement.

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

Groupe d'intervenants ayant des expertises variées qui soutiennent les démarches clinico-administrative et éthique d'une demande d'AMM. Le groupe agit en approche collaborative et interdisciplinaire.

7. Sédation palliative continue

7.1 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, qu'elles soient financières, psychologiques ou relationnelles (art. 24 de la LCSFV 2021).

Le résident ou son représentant doit être informé de son droit de refuser la procédure ou de reporter sa décision et des conséquences de l'un ou l'autre de ses choix.

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 (art. 24 de la LCSFV 2021), retrouvé en annexe 2.

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 (art. 25 de la LCSFV 2021).

Un tiers peut être le représentant légal, un membre de la famille, un ami ou toute autre personne qui démontre un intérêt particulier pour le résident. Toutefois, en cas de désaccord dans la famille, il n'appartient pas au médecin ou à l'établissement de recourir au tribunal. Le médecin reçoit les instructions de la personne habileté à consentir seulement.

Le guide d'exercice de la sédation palliative en fin de vie du Collège des médecins du Québec (août 2016), énumère les conditions auxquelles doit répondre le résident pour avoir accès à la sédation palliative continue :

Les principaux symptômes justifiant le recours à la sédation palliative en fin de vie
✓ Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable ✓ Détresses respiratoires majeures et récidivantes ✓ Dyspnée progressive et incontrôlable ✓ Convulsions réfractaires ✓ Douleur intraitable et intolérable ✓ Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires ✓ Détresse hémorragique ✓ Nausées et vomissements incoercibles ✓ Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort ✓ Autre état réfractaire

Le caractère réfractaire des symptômes est considéré partout comme une condition sine qua non pour envisager la sédation palliative.

Le caractère terminal de la condition médicale constitue l'autre condition sine qua non exigée pour pouvoir recourir à la sédation palliative.
Un consensus s'est dégagé sur la conduite à proposer aux médecins québécois dans ce guide : la sédation d'emblée continue devrait être réservée aux patients souffrant de symptômes réfractaires dont le pronostic vital est de l'ordre de deux semaines ou moins. Chez ceux dont le pronostic est incertain ou évalué à plus de deux semaines, on devrait amorcer une sédation qui s'avérera intermittente ou continue selon l'évolution.

Il est tout à fait à propos que le médecin traitant doit se référer à ce guide d'exercice qui se veut complet contrairement à cette politique qui en énonce que les grands principes.

7.2 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, […] doit en informer le CMDP dans les 10 jours suivant son administration en utilisant le formulaire prescrit par le MSSS (art. 34 de la LCSFV 2021), retrouvé en annexe 3.

Pour la marche à suivre sur la sédation palliative, se référer au protocole PS-18 « sédation palliative ».

8. Aide médicale à mourir

8.1 Demande d'une aide médicale à mourir

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'AMM au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire, retrouvé en annexe 4, doit être daté et signé par cette personne et déposé au dossier dans la section des ordonnances médicales.

Lorsque la personne qui demande l'AMM ne peut dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers (voir définition, section 3) peut le faire en présence de cette personne.

De plus, la signature du formulaire doit avoir été faite non seulement devant un professionnel de la santé, mais aussi devant deux témoins indépendants (voir définition, section 3).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'AMM (art. 28 de la LCSFV 2021).

Tout renseignement ou document en lien avec la demande d'AMM, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'AMM, 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'AMM ou de reporter son administration (art. 32 de la LCSFV 2021). Doit aussi inscrire au dossier du résident tout renseignement ou verser un document en lien avec la

demande d'AMM et les motifs de sa décision, quelle qu'elle soit. Il doit aussi inscrire les dates de rencontres ainsi que la teneur des échanges (désaccords possibles, approbation des décisions, collaboration, etc.)

8.2 Conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'AMM, la personne doit satisfaire **à l'ensemble des six 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 (art. 26 de la LCSFV 2021).

Lorsque le médecin traitant confirme que tous les critères sont respectés, il demande l'avis d'un second médecin indépendant.

Lorsque cette étape est franchie, celui-ci complète le formulaire « Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir », retrouvé en annexe 5, ainsi que dans la note médicale.

8.3 Avis du second médecin

Le médecin qui donne le second avis doit être indépendant envers le médecin qui administrera l'AMM (voir critères dans la section définition au point 3 de cette politique).

Le médecin consulté pour donner son avis concernant le respect des critères légaux doit bien entendu détenir les compétences requises pour évaluer les conditions relatives à l'état de santé de résident. Pour les cas les plus complexes et conformément à une pratique médicale adéquate, il peut être indiqué de demander à un médecin possédant une expertise pertinente (en lien avec la pathologie, les soins de fin de vie ou la psychiatrie, par exemple) de donner cet avis.

Il est à noter que l'avis du second médecin doit être objectif et impartial. Il ne doit pas être influencé par les convictions personnelles de ce dernier. Un médecin dont les convictions personnelles de nature morale ou religieuse ne lui permettent pas de participer à l'AMM devrait s'abstenir de participer à cette deuxième consultation.

Il peut arriver que le médecin traitant du résident accepte sa demande d'AMM, mais qu'il préfère ne pas administrer lui-même les médicaments, et ce, pour des raisons autres que des convictions personnelles. Un confrère, qui ne connaît pas le résident, peut accepter de le faire. Ce dernier devient alors responsable de mener le processus décisionnel avec le résident, de prendre en considération sa demande d'AMM, d'évaluer les indications, d'exercer son jugement professionnel, de respecter l'ensemble de la procédure exigée par la loi, d'administrer l'AMM et d'en informer les instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou la conformité à la loi. Le médecin traitant, quant à lui, doit pouvoir pour suivre sa relation thérapeutique avec le résident et continuer de lui prodiguer les soins

requis. Il connaît bien le résident, parfois depuis des mois ou même des années. À moins qu'il ne se sente pas suffisamment objectif ou compétent, il doit pouvoir être consulté et donner l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 de la LCSFV et à l'article 241.2 (1) du Code criminel.

Le résident doit pouvoir consentir à la consultation d'un second médecin prévue par la loi.

Le second médecin « doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit » (art. 29 (3) de la LCSFV) et son rapport, dûment daté, doit être joint au dossier (art. 32 al. 1 de la LCSFV). Il lui est possible d'utiliser le formulaire intitulé « Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'AMM » proposé par le MSSS. Le cas échéant, ce formulaire ne doit pas être transmis aux instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou sa conformité à la loi, à moins qu'elles ne le demandent expressément.

Si le médecin consulté ne peut confirmer que toutes les conditions sont respectées, alors l'AMM ne peut pas être pratiquée. On peut présumer que les discordances d'avis touchent plus volontiers les conditions relatives à la souffrance vécue par le résident et à l'évaluation de son pronostic vital, éventuellement à l'aptitude à consentir aux soins, que les autres, purement administratives.

Le cas échéant, et conformément à ce qu'exige la LCSFV, le résident peut éventuellement refaire une demande et les procédures peuvent être réitérées. Le soutien offert par le GIS de l'établissement peut être bénéfique au résident comme à l'équipe interdisciplinaire qui l'accompagne.

L'avis du médecin consulté (et non le formulaire) devra être systématiquement rapporté, par le médecin qui administrera l'AMM, au moment de sa déclaration au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ainsi qu'à la Commission sur les soins de fin de vie au moment de la déclaration d'AMM.

Le médecin qui reçoit la demande d'AMM et qui serait prêt à l'administrer doit informer le résident du rapport rédigé par le médecin consulté. Il doit lui expliquer clairement les constatations exprimées et en discuter avec lui. Notons que le résident a le droit d'accéder à l'ensemble de son dossier médical. Tout médecin consulté doit en tenir compte au moment de rédiger son rapport.

(Extrait tiré du Guide d'exercice et lignes directrices, novembre 2017 et adapté à la terminologie de l'établissement)

8.4 Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'AMM, 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'informant 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'AMM, 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. Toutefois, les proches ne peuvent cependant pas contester la décision du résident;
- 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 prévues à l’article 26. (art. 29 de la LCSFV 2021).

En plus de ces critères, la loi fédérale ajoute plusieurs mesures de sauvegarde qui devront être respectées (art. 241.2[3], Code criminel) :

- Avant de fournir l’AMM, le médecin doit, à la fois :

  a) Être d’avis que la personne qui a fait la demande d’AMM remplit tous les critères;

  b) S’assurer que la demande :

  - ✓ A été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou un tiers
  - ✓ A été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin qu’elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;

  c) Être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par un tiers devant deux témoins indépendants, qui l’ont datée et signée à leur tour;

  d) S’assurer que la personne a été informée qu’elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

  e) S’assurer qu’un avis écrit d’un autre médecin confirmant le respect de tous les critères a été obtenu;

  f) Être convaincu que lui et l’autre médecin sont indépendants;

  g) S’assurer qu’au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l’AMM est fournie ou, si lui et le médecin jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu’il juge indiquée dans les circonstances. Le cas échéant, l’avis des médecins doit être inscrit dans le dossier du résident.

  h) Immédiatement avant de fournir l’AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s’assurer qu’elle consent expressément à recevoir l’AMM;

  i) Si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu’elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

  Un aide-mémoire est disponible à l’annexe 6 pour faciliter le suivi de la demande.

Invoquer une objection de conscience pour refuser d’évaluer la souffrance ou d’effectuer un examen clinique de l’inaptitude à consentir à des soins ou encore pour se prononcer sur le pronostic vital d’une personne qui demanderait une AMM n’est pas justifiable.

8.5 Entretien avec l'équipe interdisciplinaire, les proches et le résident

Le médecin ou les médecins le cas échéant, et les professionnels de la santé entretiennent avec le résident, et souvent avec ses proches, une relation particulière. Leur collaboration devient essentielle au moment d'accompagner le résident lors de l'étape ultime de sa vie. Le médecin doit donc s'entretenir de sa demande « avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec [lui], le cas échéant » (art. 29 1) d) de la LCSFV). Autant que possible, le médecin et l'équipe interdisciplinaire doivent rechercher un consensus, mais, ultimement, le médecin est le seul responsable de la décision de procéder ou non à l'AMM ainsi que, s'il y a lieu, d'effectuer le geste même.

8.6 Cas d'objection de conscience

Pour le médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur des services professionnels (DSP). De plus, le cas échéant, le médecin doit lui transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. Le directeur des services professionnels 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. Il est malgré tout recommandé qu'il ne fournisse pas l'avis du second médecin.

Un médecin qui émet une objection de conscience envers l'AMM ne doit pas pour autant abandonner le résident qui en fait la demande. Il doit continuer à lui prodiguer tous les soins appropriés à son état de santé en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Pour les autres professionnels de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'AMM 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 (art. 50 de la LCSFV 2021).

Le professionnel qui se retrouve dans une situation d'objection de conscience doit en aviser sans délai son supérieur immédiat pour permettre de le remplacer rapidement par une relève consentante.

8.7 Modalités pour avoir accès à l'aide médicale à mourir

Lorsque le médecin déclare que le résident est admissible à recevoir l'AMM au second avis médical, il en informe le directeur des services professionnel dans les plus brefs délais pour amorcer les procédures.

Le directeur des services professionnels en collaboration avec la directrice des services à la clientèle et l'appui du GIS, doit évaluer si l'administration se fera sur place ou si le transfert vers un centre hospitalier est nécessaire. Chaque cas sera traité dans son unicité. Voir l'algorithme de cheminement de la demande retrouvé en annexe 7, l'algorithme de l'organisation du transfert en annexe 8 et l'algorithme de l'organisation pour obtenir la trousse de médicament d'AMM retrouvé en annexe 9.

8.8 Administration de l'aide médicale à mourir à la Résidence

Lorsque toutes les conditions sont réunies :

- Le médecin traitant ou un collègue accepte d'administrer l'AMM;
- Le potentiel veineux est acceptable;
- Le médecin s'engage à transporter les deux trousses de médicaments en provenance de la pharmacie du CIUSSS avant et après l'administration.

Alors il sera possible de procéder à l'administration de l'AMM au moment convenu avec le résident en présence des personnes qu'il aura choisies.

Le cheminement de l'ordonnance médicale est assuré par le médecin qui administrera l'AMM en collaboration avec la pharmacienne de la Résidence. Toutefois, la préparation des trousses de médicaments sera assurée par la pharmacie centrale du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal selon leur protocole en vigueur.

Dans les 10 jours suivant le décès, le médecin qui aura procédé à l'AMM devra compléter le formulaire de déclaration d'administration de l'AMM, partie 1, 2 et 3 (annexe 11). Il achemine au CMDP une copie de la partie 1 anonymisée, l'original de la partie 2 anonymisée et une copie de la partie 3 anonymisée et scellée dans une enveloppe. Pour terminer, une copie adressographiée des 3 parties est déposée au dossier du résident (annexe 11).

Particularité : La partie 3 du formulaire de déclaration d'administration d'AMM contient des renseignements nominatifs concernant les médecins. Cependant, comme pour les parties 1 et 2 du formulaire, les renseignements nominatifs qui concernent la personne ayant reçu l'AMM doivent être retirés du formulaire avant qu'il soit envoyé au CMDP et à la CSFV.

À cet effet il est important que le médecin complète les formulaires sans les adressographier dans un premier temps, faire les photocopies et ensuite procéder à l'identification du résident avant de les déposer à son dossier.

L'annexe 11 est un aide-mémoire qui guide les médecins dans la transmission des formulaires en lien avec la loi concernant les soins de fin de vie.

8.9 Étapes de préparation du résident à l'aide médicale à mourir

Afin d'outiller l'infirmière qui accompagnera le résident et assistera le médecin durant l'AMM, un protocole est disponible à l'annexe 10.

8.10 Procédures administratives post administration de l'aide médicale à mourir

Après avoir constaté le décès, le médecin complète le bulletin de décès (sp.3) en mentionnant la cause du décès. Le terme AMM ne devrait pas figurer dans ce bulletin. Ceci pourrait porter préjudice au résident qui souhaitait garder ce renseignement confidentiel auprès de ses proches.

Dans les 10 jours suivant le décès, le médecin qui aura précédé à l'AMM doit :

- Remplir consciencieusement les trois parties du Formulaire de déclaration de l'administration d'une AMM (annexe 11), en répondant à toutes les questions et en usant d'arguments cliniques et de critères d'aptitude reconnus. Noter que la Commission sur les soins de fin de vie n'a pas et ne doit pas avoir accès au dossier médical, ni en tout ni en partie;

- Verser l'exemplaire original du formulaire au dossier médical de la personne qui a reçu l'AMM;

- Dénominaliser les exemplaires du formulaire qui seront envoyés aux instances en retirant les mentions qui concernent la personne (adressographe en haut à droite) dans les trois parties. À cet effet, il est important qu'il complète les formulaires sans l'adressographier dans un premier temps, faire les photocopies et ensuite procéder à l'identification du résident avant de les déposer à son dossier;

- Glisser les exemplaires de la partie 3 qui seront envoyés aux instances dans une enveloppe cachetée. Celle-ci ne sera ouverte qu'au besoin, si l'une ou l'autre des instances estime nécessaire de contacter le ou les médecins concernés;

- Envoyer par courrier une copie lisible des parties 1 et 3 du formulaire à la Commission sur les soins de fin de vie :

  Commission sur les soins de fin de vie
  2535, boulevard Laurier, 5e étage
  Québec (Québec) G1V 4M3

- Envoyer par courrier une copie lisible des parties 1, 2 et 3 du formulaire au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement;

- Le cas échéant, répondre consciencieusement aux demandes de complément d'information ou de précisions de la part de la Commission sur les soins de fin de vie. En l'absence de réponse dans les 10 jours, le dossier est systématiquement transmis au Collège des médecins du Québec et à l'établissement concerné lorsque requis.

8.11 Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

La Résidence a confié aux membres du comité d'accompagnement fin de vie et d'éthique le mandat d'être aussi le groupe interdisciplinaire de soutien à l'AMM (GIS). Deux objectifs principaux encadrent les fonctions de ce groupe :

- Offrir le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif et éthique d'une demande d'AMM;
- 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 directrice adjointe des services à la clientèle. Le GIS peut, dès qu'une demande d'AMM 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. Il peut entres autres :

- Soutenir le médecin traitant qui reçoit une demande d'AMM d'un résident;
- Apporter un soutien technique au médecin traitant ayant à administrer l'AMM;
- Élaborer les critères permettant aux résidents et à leurs proches qui ont formulé une demande en ce sens (que cette demande soit admissible ou non) d'être orientés vers des services de soutien psychosocial ou vers l'équipe de soins;
- Soutenir et informer les professionnels qui acceptent d'apporter leur aide dans le processus entourant une demande d'AMM;

- En vue de fournir de la documentation à la directrice générale, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et au directeur des services professionnels sur les demandes d'AMM, et afin d'être en mesure de leur transmettre de l'information pertinente :

    - ✓ Procéder à la révision annuelle de l'ensemble des activités liées à l'AMM;
    - ✓ Déterminer quelles sont les demandes pour lesquelles la décision finale a été difficile à prendre et, au besoin, proposer des améliorations au processus décisionnel et clinique.

- Participer à la rédaction et à la mise à jour de la politique et du programme d'accompagnement en fin de vie de l'établissement;
- Participer à la rédaction et à la mise à jour du protocole clinique sur l'AMM du CMDP;
- Aider le médecin qui a administré l'AMM, s'il le désire, dans l'acheminement des formulaires dûment remplis aux instances identifiées par la Loi concernant les soins de fin de vie (CMDP, Commission sur les soins de fin de vie);
- Apporter le soutien nécessaire à la directrice générale qui rédige le rapport annuel sur les activités liées à l'AMM;
- Utiliser une approche collaborative et interdisciplinaire dans ses suivis;
- Supporter les intervenants et les proches après le décès du résident.

L'intervenante en soins spirituels est la personne désignée par le GIS pour accueillir les demandes d'informations et tenir le registre des demandes d'AMM, retrouvé en annexe 12. Les autres membres du groupe peuvent la remplacer, l'accompagner et la soutenir dans ses démarches.

Le GIS de la Résidence peut aussi être appuyé dans leurs démarches par le GIS du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. À cet effet, seule la directrice adjointe des services à la clientèle ou sa remplaçante communique avec :

La centrale téléphonique de l'hôpital du Sacré-Cœur
514-336-6673
Les jours ouvrables, entre 8 h et 16 h.

9. Références

- L'aide médicale à mourir, Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques, novembre 2019;
- Loi concernant les soins de fin de vie, 11 juin 2021;
- Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), 17 juin 2016;
- «La sédation palliative en fin de vie», guide d'exercice du CMQ, août 2016;
- «Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie», guide d'exercice CMQ, mai 2015;
- Guide «Droits de la personne en fin de vie» MSSS, 2019
- Soins palliatifs et de fin de vie, plan de développement 2015-2020;

- Politique relative aux soins de fin de vie, CIUSSS de Nord-de-l'Île-de-Montréal, 10 décembre 2015;
- Document de soutien pour les professionnels de la santé - Directives médicales anticipées, 2015;
- Aide médicale à mourir – Mandat et constitution d'un groupe interdisciplinaire de soutien, gouvernement du Québec, 2015;
- Guide de gestion pour la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie à l'intention des établissements, MSSS, 19 juin 2015;
- Politique-type relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de service sociaux, document de travail, 30 juin 2015;
- Approche palliative, OIIQ;
- http://www.justice.gc.ca;
- http://www.sante.gouv.qc.ca.

10. Révision

Cette politique est révisée aux 3 ans, ou, au besoin, lors de changements législatifs ou règlementaires.

Signé le	7 juin 2022 Date	par	Directrice générale
Adopté par le conseil d'administration le	7 juin 2022 Date	par	Président du conseil d'administration

No de résolution : CA.22.56

Résidence BERTHIAUME-DU TREMBLAY

Fondation BERTHIAUME-DU TREMBLAY

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE FIN DE VIE

Date fin de vie déclarée : _____ Date rencontre INTER : _____

Colombe : ☐ Déployée : _____ ☐ Date : _____ ☐ Refus : _____ ☐ À venir : _____

Noms Résident/ Famille présents : _____

Si absent, suivi fait par : _____ Date : _____

Noms Intervenants : _____

Objectif général : Assurer le confort et le bien-être dans un contexte de fin de vie **Objectifs particuliers** :_____

Pour toutes interventions, se référer au guide des besoins en fin de vie

Problèmes identifiés	Objectifs particuliers	Interventions	Intervenants/Proches
Confort	Assurer le confort du résident	☐ Répondre aux besoins physiques et psychologiques selon le programme de fin de vie ☐ Favoriser les soins d'hygiène au lit (bain serviette) ☐ Offrir des massages ☐ Favoriser les vêtements confortables ☐ Réduire les prescriptions non- pertinentes	• Médecin • Pharmacienne • Infirmière • Équipe de soins • Équipe des professionnels
Douleur	Assurer une gestion maximale de la douleur	☐ Appliquer le programme de gestion de la douleur pour un confort optimal ☐ Évaluer la douleur ☐ Offrir les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques pour soulager la douleur ☐ Réviser le positionnement et les surfaces thérapeutiques.	• Médecin • Pharmacienne • Infirmière • Équipe de soins • Ergothérapeute
Plaies	Assurer le confort et l'intégrité de la peau	☐ Évaluer les besoins en surfaces thérapeutique ☐ Alterner les positions selon le calendrier positionnel ☐ Prodiguer les soins de plaies	• Ergothérapeute • Équipe de soins et proches • Inf., Inf. aux. • Inf. en soins de plaies
Constipation	Assurer une régularisation de l'élimination intestinale	☐ Administrer la médication selon la prescription et demander un réajustement au besoin ☐ Appliquer le protocole de constipation	• Inf., Inf. aux.
Dysphagie	Assurer la sécurité au niveau de l'hydratation et de l'alimentation	☐ S'assurer d'un positionnement sécuritaire ☐ Ajuster la consistance et la texture au besoin ☐ Offrir des suppléments alimentaires au besoin ☐ Respecter le choix du résident ou du répondant	• Infirmière • Nutritionniste • Ergothérapeute

1

Problèmes identifiés	Objectifs particuliers	Interventions	Intervenants/Proches
Sécheresse de la bouche	Assurer une hydratation optimales de la bouche	☐ Offrir des soins de bouche réguliers ☐ Offrir une hydratation régulière	• Infirmière • Équipe de soins et proches
Congestion bronchique, dyspnée	Assurer un confort respiratoire	☐ Positionner à 45 degré ☐ Administrer la médication selon la prescription et demander un réajustement au besoin ☐ Rassurer les accompagnants	• Médecin • Inf., Inf. aux. • Équipe de soins • Ergothérapeute
Détresse respiratoire	Assurer un confort respiratoire	☐ Prescrire et administrer le protocole de détresse respiratoire selon la prescription	• Médecin • Inf., Inf. aux.
Hyperthermie	Assurer le confort en traitant les symptômes	☐ Couvrir légèrement ☐ Administrer la médication selon la prescription et demander un réajustement au besoin	• Médecin • Inf., Inf. aux. • Équipe de soins et proches
Convulsions, Nausées et vomissements	Assurer le confort et la sécurité	☐ Positionner en position latérale de sécurité ☐ Administrer la médication selon la prescription et demander un réajustement au besoin	• Médecin • Inf., Inf. aux. • Équipe de soins
Agitation, délirium	Assurer un bien-être psychologique optimal	☐ Évaluer les facteurs causant l'agitation ou le délirium ☐ Diminuer les éléments perturbateurs ☐ Administrer la médication selon la prescription et demander un réajustement au besoin ☐ Créer une ambiance réconfortante ☐ Offrir la trousse d'accompagnement aux résidents et aux proches	• Inf., Inf. aux. • Équipe de soins • Équipe des professionnels
Anxiété (pertes)	Assurer un bien-être psychologique optimal	☐ Assurer un suivi psycho-social auprès du résident et des proches aidants ☐ Assurer l'application des dernières volontés du résident, si possible ☐ Assurer une présence ☐ Créer une ambiance réconfortante ☐ Offrir la trousse d'accompagnement aux résidents et aux proches	• Inf., Inf. aux. • Équipe de soins et proches • Travailleuse sociale • Intervenante spirituelle • Bénévoles
Souffrance(angoisse et isolement)	Assurer le bien-être spirituel	☐ Offrir un accompagnement spirituel ☐ Offrir un accompagnement bénévole, si disponible ☐ Soutenir et solliciter les ressources spirituelles	• Intervenante spirituelle • Bénévoles
Accompagnement famille ou proche aidant	Assurer un support moral, émotionnel et psychologique	☐ Se référer à l'aide-mémoire du programme de fin de vie ☐ Offrir la trousse d'accompagnement aux résidents et aux proches	• Bénévoles • Inf., Inf. aux. • Équipe de soins • Équipe des professionnels
Autres		☐	•

2

Santé et Services sociaux Québec

DT9231

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Je consens à la sédation palliative continue.

Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.

Signature :_____ Date ____ ____ ____
Année Mois Jour

Tiers autorisé[1] : si la personne qui consent à la sédation palliative continue 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.

Prénom et nom du tiers autorisé : _____

Domicilié(e) à *(adresse)* :

_____

Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue : _____

Signature :_____ Date ____ ____ ____
Année Mois Jour

Le cas échéant, la **personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué** dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue **inapte à consentir aux soins**.

Prénom et nom de la **personne habilitée à donner un consentement substitué** : _____

Lien avec la personne concernée : _____

Signature :_____ Date ____ ____ ____
Année Mois Jour

Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement		
Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.		
Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature

[1] Conformément à l'article 25 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte.

AH-880 DT9231 (2015-12) FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE DOSSIER DE L'USAGER

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION CONTINUE

Résidence BERTHIAUME-DU TREMBLAY

Fondation BERTHIAUME-DU TREMBLAY

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

Résidence Berthiaume-Du Tremblay
1635, boulevard Gouin Est
Montréal (Québec) H2C 1C2
Téléphone: 514-381-1841

Nom du médecin responsable : _____

Nom du résident : _____

1. **Diagnostic prépondérant et condition clinique**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. **Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cocher)**

( ) Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
( ) Détresses respiratoires majeures et récidivantes
( ) Dyspnée progressive et incontrôlable
( ) Convulsions réfractaires
( ) Douleur intraitable et intolérable
( ) Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
( ) Détresse hémorragique
( ) Nausées et vomissements incoercibles
( ) Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
( ) Autre état réfractaire – justifier : _____

3. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques : _____

dont une sédation intermittente : ( ) Oui ( ) Non

Essais non pharmacologiques : _____

4. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue : _____

5. Recours à la sédation palliative continue

( ) Oui

( ) Non

Second avis demandé : ( ) Oui ( ) Non

6. Obtention d'un consentement écrit

( ) Oui – formulaire joint

( ) Non – justifier : _____

7. Médication prescrite (joindre le profil pharmaceutique)

Voie d'administration	Dosage au début (date)	Dosage à la fin (date)
Lorazépam		
Midazolam		
Méthotriméprazine		
Chlorpromazine		
Phénobarbital		
Propofol		
Scopolamine		
Autres		

8. Hydratation

Naturelle

( ) Cessée spontanément par le résident, le : _____

( ) Cessée à l'initiative du médecin, le : _____

Artificielle

( ) Cessée le : _____

9. Nutrition

Naturelle

( ) Cessée spontanément par le résident, le : _____

( ) Cessée à l'initiative du médecin, le : _____

Artificielle

( ) Cessée le : _____

10. Évolution jusqu'au décès

( ) Mort paisible

( ) Soulagement incomplet : _____

( ) Complications : _____

Décès constaté le : _____

11. Attitude des proches/de l'équipe soignante tout au long du processus

	Rencontre	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

12. Formulaire de déclaration rempli le : _____

Et transmis le : _____

au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de la Résidence

_____ _____

Nom et signature du médecin responsable Date

Santé et Services sociaux Québec

DT9232

Nom			
Prénom			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	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[1], 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[2] :		**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.

[1] 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.

[2] 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.

AH-881 DT9232 (rév. 2016-06) **DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR** ☐ Copie au pharmacien ☐ Dossier de l'usager

Santé et Services sociaux Québec

DT9234

AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'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.	

1. Avez-vous un lien professionnel (hiérarchique, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie au médecin qui accompagne la personne et qui vous a demandé la consultation?

   ☐ Non ☐ Oui, préciser la nature du lien et justifier

2. Avez-vous un lien professionnel (relation thérapeutique suivie, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie à la personne qui demande une aide médicale à mourir?

   ☐ Non ☐ Oui, préciser la nature du lien et justifier

3. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir?

4. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande une aide médicale à mourir?

AH-683 DT9234 (2015-12) AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'usager	N° de dossier

5. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

☐ Oui ☐ Non, raison(s) invoquée(s) :

- ☐ La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
- ☐ La personne est mineure
- ☐ La personne n'est pas apte à consentir aux soins
- ☐ La personne n'est pas en fin de vie
- ☐ La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable
- ☐ Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
- ☐ Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables
- ☐ La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière libre et éclairée
- ☐ Autre(s) :

Justification si demande non admissible :

Identification de l'avis du second médecin			
Lieu	Prénom et nom		N° de permis d'exercice
Signature		**Date**	Année / Mois / Jour

Ce formulaire est versé au dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir.

AH-883 DT9234 (2015-12)

AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Résidence BERTHIAUME-DU TREMBLAY

Fondation BERTHIAUME-DU TREMBLAY

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

Personnel infirmier

Responsabilités	√
Répond aux questions du résident.	☐
Achemine une requête au service de soins spirituels si le résident demande des informations sur l'aide médicale à mourir.	☐
Si l'administration de l'AMM se concrétise, le professionnel qui se retrouve dans une situation d'objection de conscience doit en aviser sans délai son supérieur immédiat pour permettre de le remplacer rapidement par une relève consentante.	☐

Intervenante en soins spirituels

Responsabilités	√
Répond aux questions du résident.	☐
S'assure que le résident connaît bien son diagnostic, son pronostic vital et les alternatives de traitement.	☐
Explore les motifs de sa demande d'AMM.	☐
Optimise les soins palliatifs.	☐
Discute avec le résident des critères d'admissibilité de l'AMM.	☐
Communique l'intérêt du résident au médecin traitant et aux intervenants concernés.	☐
Si le résident, désire poursuivre la démarche, lui fait signer et dater le formulaire «demande d'aide médicale à mourir» (annexe 3) ou à un tiers autorisé devant deux témoins indépendants. La personne doit consentir de manière libre et éclairée. Si le résident ne désire pas poursuivre, rédige une note au dossier et arrête la démarche.	☐ ☐ ☐
Rappelle au résident qu'il peut : - en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir. - en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.	☐ ☐
Remet au résident le dépliant «Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir» (annexe 6, à venir).	☐
Dépose le formule au dossier du résident dans la section des ordonnances médicales.	☐
Rédige une note au dossier de toutes ses interventions.	☐
Tient à jour le registre informatique de la demande (annexe 12).	☐

AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le médecin traitant

Responsabilités	√
S'assure que le formulaire de demande d'aide médicale à mourir est signé et daté par le résident ou un tiers désigné et contresigné par 2 témoins indépendants et déposé au dossier. Et Qu'elle a été datée et signée après que le résident a été avisée par un médecin qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables.	☐ ☐
Évalue les critères d'admissibilité à l'AMM.	☐
S'assure auprès du résident du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures.	☐
S'assure auprès du résident du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences.	☐
S'assure de la persistance des souffrances du résident et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec lui des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état.	☐
S'entretien de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le résident.	☐
S'entretien de la demande avec les proches, si le résident le souhaite.	☐
S'assure que le résident a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaite contacter.	☐
S'assure que le résident a été informé qu'il pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande.	☐
Si le résident répond aux critères d'admissibilité : - Explore les alternatives possibles à l'AMM avec le résident. - Si pas d'alternative possible, obtient l'avis médical d'un second médecin indépendant. - S'engage auprès du résident jusqu'au terme du processus et à demeurer auprès de lui pendant l'administration de l'AMM jusqu'au décès. - S'engage à administrer lui-même l'AMM.	 ☐ ☐ ☐ ☐
Notes toutes ses interventions au dossier.	☐
Si le résident n'est pas admissible suite à l'évaluation du second médecin : - Signifie au résident que la demande est refusée. - Continue à prodiguer les soins interdisciplinaires requis par son état de santé. - S'assure qu'il peut formuler une nouvelle demande.	 ☐ ☐ ☐
Informe le directeur des services professionnel dans les plus brefs délais pour amorcer les procédures.	☐
Détermine avec le résident du moment de l'AMM en s'assurant qu'au moins dix jours francs se seront écoulés entre le jour où la demande a été signée par le résident ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie. Si juge avec le second médecin que la mort du résident ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte peut être indiquée dans les circonstances.	☐

AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Obtient le consentement du résident pour transmettre au pharmacien une copie de la demande d'AMM.	☐
S'assure de la présence des personnes que le résident aura choisi au moment de l'administration de l'AMM.	☐
Selon les directives du DSP, applique les modalités pour la prise de possession des trousses de médicament selon les norme en vigueur.	☐
Immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donne au résident la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'il consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir. Si le résident éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'il puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.	☐ ☐
Dans les 10 jours suivant le décès, le médecin qui aura procédé à l'AMM devra compléter le formulaire de déclaration d'administration de l'AMM, partie 1, 2 et 3 (annexe 11) et acheminera les copies anonymisées aux instances concernées.	☐

Second médecin indépendant

Responsabilités	√
Évalue les critères d'admissibilité.	☐
Si le résident est admissible : - Complète le formulaire «Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir» (annexe 5) et rédige son rapport au dossier du résident. - Avise le médecin traitant ou celui qui administrera l'AMM.	☐ ☐

Médecin qui a une objection de conscience

Responsabilités	√
Avise dans les plus brefs délais le directeur des services professionnels (DSP).	☐
Remet au DSP le formulaire de demande d'aide médicale à mourir.	☐
Confirme au DSP s'il accepte de devenir le second médecin évaluateur.	☐

Le directeur des services professionnels

Responsabilités	√
Dans le cas d'objection de conscience du médecin traitant, amorce les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande.	☐
Dans le cas d'objection de conscience de la pharmacienne, amorce les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, une pharmacienne qui accepte de supporter le médecin dans la préparation de l'AMM.	
En collaboration avec la directrice des services d'hébergement et l'appui du GIS, évalue si l'administration se fera sur place (3 conditions) : - Le médecin traitant ou un collègue accepte d'administrer l'AMM. - Le potentiel veineux est acceptable. - Le médecin s'engage à transporter les deux trousses de médicaments en provenance de la pharmacie du CIUSSS-NIM avant et après l'administration. Sinon le transfert vers un centre hospitalier est nécessaire.	☐ ☐ ☐

AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

	☐
Si l'AMM s'administre à la Résidence : - Communique avec les DSP du CIUSSS-NIM pour prendre entente avec le pharmacien en chef pour établir les modalités pour la prise de possession des trousses de médicament selon les norme en vigueur.	☐
Si l'AMM doit se faire en centre hospitalier : - Communique avec le DSP du CIUSSS-NIM pour organiser le transfert. - Le médecin traitant peut toutefois administrer lui-même l'AMM au CIUSSS-NIM avec entente.	☐ ☐

L'infirmière qui assiste à l'administration de l'AMM

Responsabilités	√
Applique les étapes de préparation du résident à l'AMM (annexe 10).	☐
Assiste le médecin à la préparation et l'administration de l'AMM.	☐
Soutien le résident et ses proches tout au long de la procédure.	☐

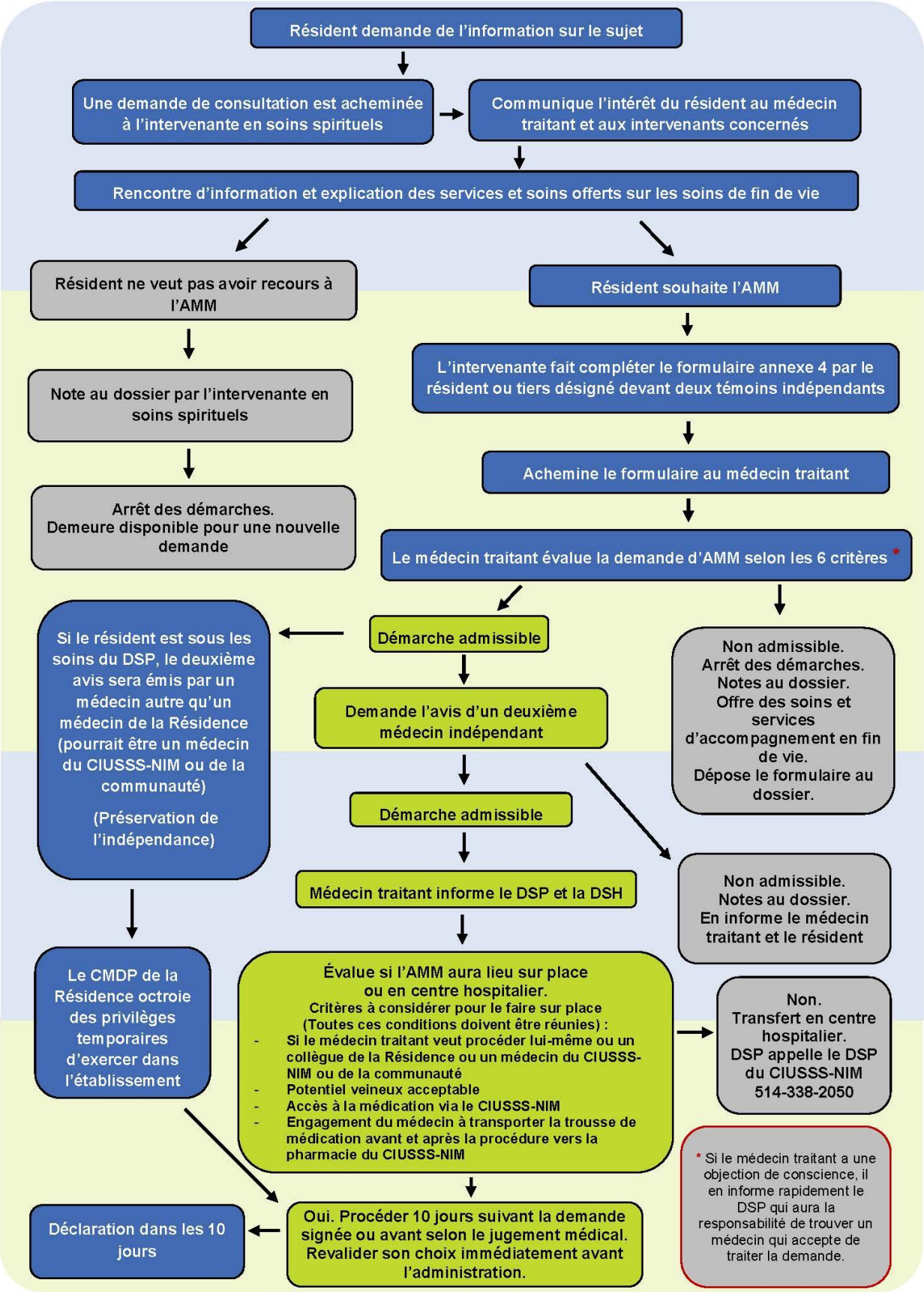
La pharmacienne

Responsabilités	√
Accompagne le médecin dans l'élaboration de l'ordonnance médicale.	☐
Fait part au DSP de son objection de conscience à supporter le médecin dans la démarche de préparation à l'AMM.	☐

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

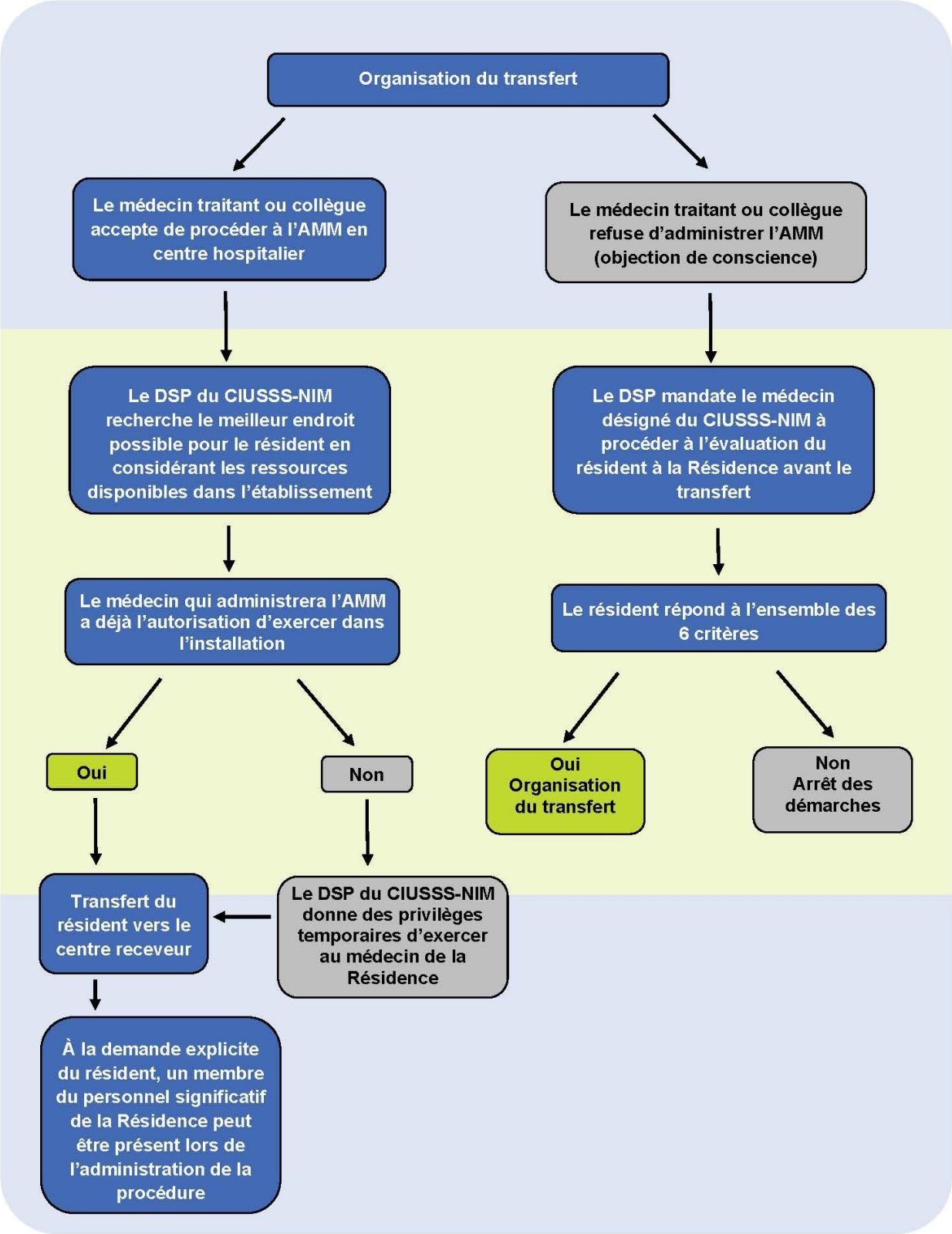
Responsabilités	√
Offre le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif et éthique d'une demande d'aide médicale à mourir.	☐
Offre le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et quant à la disponibilité des ressources.	☐
Communique au besoin avec la responsable du GIS du CIUSSS de Nord-de-l'Île-de-Montréal pour être appuyé dans la démarche.	☐

Algorithme de cheminement d'une demande d'AMM



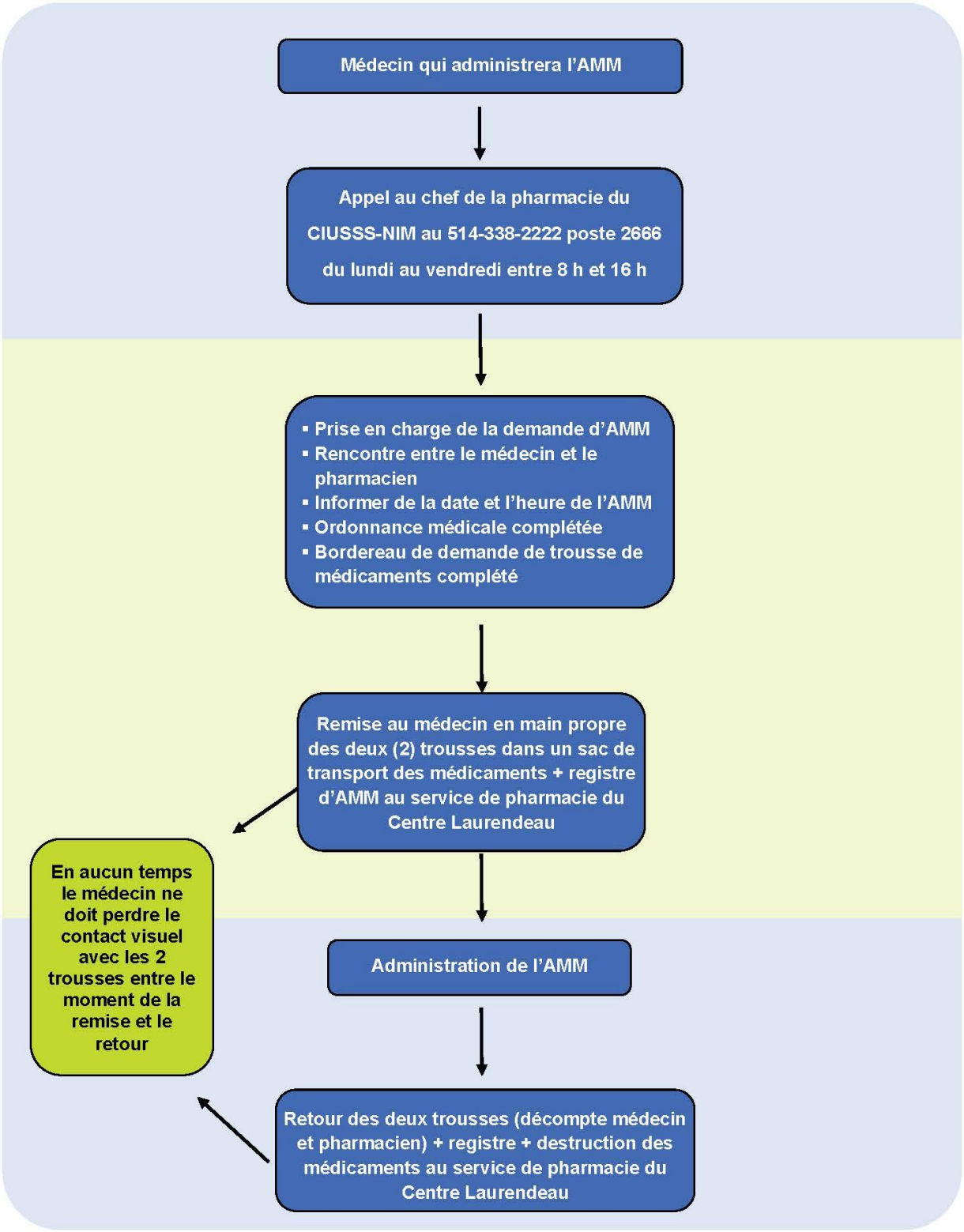
Résidence Berthiaume-Du Tremblay | **février 2018**

Organisation du transfert



Résidence Berthiaume-**Du Tremblay | septembre 2016**

Organisation pour obtenir la trousse de médicaments à l'AMM dans l'établissement par un médecin de la Résidence ou un médecin du CIUSSS-NIM



Résidence Berthiaume-**Du Tremblay | septembre 2016**

ÉTAPES DE PRÉPARATION DU RÉSIDENT À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Résidence **BERTHIAUME-DU TREMBLAY**

Fondation **BERTHIAUME-DU TREMBLAY**

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

Les jours précédents l'aide médicale à mourir

Étapes	√
Note au dossier :	
- La condition clinique du résident incluant l'état émotif;	☐
- Le soulagement de la douleur et autres symptômes associés.	☐
Vérifie le potentiel veineux et avise le médecin qui administrera l'AMM s'il est inexistant.	☐
S'assure que la procédure sera exécutée dans un endroit intime (chambre privée) 24 heures précédant l'aide médicale à mourir.	☐
S'assure d'avoir en sa possession tout le matériel nécessaire à la procédure. Se réfère aux :	
- TS-95 Installation, utilisation et irrigation d'un dispositif pour cathéter intraveineux intermittent (bouchon membrane);	☐
- TS-91 Installation et retrait d'un cathéter veineux court (de moins de 7.5 cm) ou un microperfuseur à ailettes;	☐
- Et selon le cas, TS-93 Maintenir le débit et surveiller la perfusion intraveineuse.	☐
Une rallonge anesthésique doit être disponible selon l'ordonnance médicale.	☐
5 fioles de NaCl 0.9 salin stérile.	☐

4 heures avant la procédure ou selon l'ordonnance médicale

Étapes	√
Installer l'accès veineux avec un cathéter 20G selon l'ordonnance médicale.	☐

Page 1 de 2

ÉTAPES DE PRÉPARATION DU RÉSIDENT À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Pendant la procédure

Étapes	√
Vérifie la perméabilité et l'intégrité du cathéter intraveineux.	☐
S'assure que l'endroit est paisible (barrer la porte ou poster un collègue de travail pour interdire l'accès à la chambre).	☐
S'assure d'avoir tout le matériel nécessaire à l'installation d'une autre voie veineuse en cas de complication.	☐
Assiste le médecin dans la procédure.	☐
Adopte une attitude compatissante et rassurante avec le résident et les personnes qui assistent.	☐

Après la procédure

Étapes	√
Supporte les proches et le personnel.	☐
Note ses interventions et ses observations au dossier.	☐
Ventile son vécu au besoin auprès d'un intervenant en respectant les principes de confidentialité.	☐

Santé et Services sociaux Québec

DT9233

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

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 1

Elle ne doit comporter aucune information permettant d'identifier directement une personne, un médecin, un professionnel de la santé, ou un lieu précis.

Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

	Année	Mois	Jour	Sexe			Année	Mois	Jour
Date de naissance				☐ M	☐ F	Date à laquelle la demande d'aide médicale à mourir a été remplie			

Section B – Critères d'admissibilité

La personne a une carte d'assurance maladie valide. ☐ Oui, expiration : ☐ Non, justifier

Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne. ☐ Oui ☐ Non, justifier

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été signé et daté par la personne elle-même. ☐ Oui ☐ Non, par un tiers

Raisons pour lesquelles le tiers a signé (le cas échéant) :

Le formulaire a été signé en : ☐ Ma présence ☐ Présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux

Si la demande a été remplie par un tiers, en votre présence, indiquer :

Avez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? ☐ Oui, justifier ☐ Non

Si la demande a été contresignée par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, indiquer :

- Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été rempli. ☐ Oui ☐ Non
- Titre d'emploi du professionnel :
- *Si la demande a été remplie par un tiers, indiquer :*
  - Le professionnel a-t-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? ☐ Oui, justifier ☐ Non
  - Date de l'entretien avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a contresigné la demande :

Nom de l'usager	N° de dossier

Section C – Critères en lien avec l'état de santé
1. Diagnostic principal
2. Estimation du pronostic vital
3. Nature et description des incapacités
4. Nature et description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que de leur caractère constant et insupportable
5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables

Section D – Processus décisionnel

1. La personne est apte à consentir aux soins : ☐ Oui ☐ Non

   Raisons qui amènent à conclure qu'elle n'est pas inapte à consentir aux soins :

2. Moyens utilisés pour vérifier le caractère libre de la demande de la personne, et plus spécifiquement pour s'assurer qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures.

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprenait bien les informations qui lui ont été données à leur propos :

Son diagnostic médical	☐ Oui	☐ Non
Son pronostic vital	☐ Oui	☐ Non
Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences	☐ Oui	☐ Non
Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation palliative, le refus de traitement, etc.	☐ Oui	☐ Non
Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et ses risques possibles	☐ Oui	☐ Non
Information transmise à la personne sur le fait qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter.	☐ Oui	☐ Non

Justification si l'information ci-dessus n'a pas été transmise :

Nom de l'usager	N° de dossier

Section D – Processus décisionnel (suite)

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprenait bien les informations qui lui ont été données à leur propos (suite) :

   Autre(s) vérification(s) effectuée(s) (le cas échéant) :

   Date du ou des entretiens tenus pour effectuer les vérifications :

   Résumé de l'entretien ou des entretiens :

4. Entretiens avec la personne

   ☐ Assurance de la persistance de ses souffrances

   ☐ Assurance de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir

   Dates des entretiens :

   Raisons qui convainquent de la persistance de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir :

5. Entretien(s) avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne : ☐ Oui ☐ Non

   Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) :

   Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) :

6. Entretien avec ses proches

   Est-ce que la personne souhaite une discussion de sa demande avec ses proches? ☐ Oui ☐ Non

   Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) :

   Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) :

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande d'aide médicale à mourir avec les personnes qu'elle souhaitait contacter. ☐ Oui ☐ Non

   Description des démarches effectuées pour m'assurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait consulter.

Nom de l'usager	N° de dossier

Section D – Processus décisionnel (suite)

8. Avis d'un second médecin consulté confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Y a-t-il un lien professionnel (hiérarchique) ou personnel qui vous relie au second médecin? ☐ Non ☐ Oui, décrire la nature du lien et justifier

Y a-t-il un lien professionnel ou personnel qui relie la personne au second médecin? ☐ Non ☐ Oui, décrire la nature du lien et justifier

Date de demande de la consultation du second médecin :

Date de la première consultation du dossier médical de la personne par le second médecin :

Date(s) de l'examen de la personne par le second médecin :

Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie? ☐ Oui ☐ Non

Section E – Renseignements relatifs au décès

	Année	Mois	Jour
Date de l'administration de l'aide médicale à mourir			

	Année	Mois	Jour	Heure	Région administrative du Québec
Date et heure du décès					

Lieu du décès :

☐ Domicile ☐ Maison de soins palliatifs ☐ Établissement privé

☐ Établissement public, mission : ☐ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ☐ CHSLD

☐ Autre, préciser :

Tous les renseignements ou documents en lien avec la demande d'aide médicale à mourir doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne, incluant le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 (le cas échéant) et une copie des 3 parties de ce formulaire.

Formulaire rempli le (date) :

Transmis à : ☐ Commission sur les soins de fin de vie le (date) :

☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le (date) :

☐ Collège des médecins du Québec (CMQ) le (date) :

Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir doit transmettre dans les 10 jours suivant le décès de la personne :

- Les parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie;
- Les parties 1, 2 et 3 dûment remplies : au CMDP s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou au CMQ s'il exerce dans un cabinet privé de professionnel;

Hormis la copie versée au dossier de l'usager, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être anonymisées et la partie 3 doit être scellée, avant la transmission aux instances ce qui signifie que le nom de l'usager et le numéro de dossier ainsi que l'impression de la carte d'assurance maladie en première page doivent être enlevés.

Nom de l'usager	N° de dossier

Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Santé et Services sociaux Québec

DT9233

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

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 2

À l'intention des CMDP et du CMQ, en complément de la partie 1, aux fins d'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Renseignements relatifs au médecin qui a administré l'aide médicale à mourir

1. Vous êtes spécialiste :

   ☐ En médecine familiale ☐ Autre spécialité, préciser :

2. Aviez-vous une relation thérapeutique avec la personne avant de l'accompagner pour l'aide médicale à mourir?

   ☐ Non ☐ Oui, depuis quand la suiviez-vous?

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien

1. Traitement médicamenteux administré au cours des 24 heures précédant l'administration de l'aide médicale à mourir, le cas échéant.

Classe thérapeutique	Médicament	Posologie	Voie d'administration
Opioïdes			
Benzodiazépines			
Autres médicaments			

2. Description du protocole appliqué pour l'administration de l'aide médicale à mourir

Médicament	Posologie	Voie d'administration

Page 1

AH-882-2 DT9233 (2015-12)

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 2

☐ Dossier de l'usager
☐ CMDP ou CMQ

Nom de l'usager	N° de dossier

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

Y a-t-il eu déviation du protocole préconisé dans le *Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir*?

☐ Non ☐ Oui, décrire le protocole utilisé et justifier

Médicament	Posologie	Voie d'administration

3. Combien de temps après l'induction du coma la personne est-elle décédée?

4. Des complications sont-elles survenues? Le cas échéant, les décrire.

5. Les médicaments requis ont-ils été disponibles dans les délais prévus? ☐ Oui ☐ Non, expliquer

6. La préparation des médicaments a été effectuée par : ☐ Le médecin ☐ Le pharmacien
   ☐ Autre, préciser :

7. Les médicaments ont été :
   ☐ Livrés par (titre) :
   ☐ Récupérés par (titre) :

Nom de l'usager	N° de dossier

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :

- ☐ Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager;
- ☐ Du protocole choisi;
- ☐ Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir;
- ☐ Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments;
- ☐ De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments;
- ☐ Des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie.

Si non, expliquer :

9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse? ☐ Non ☐ Oui, expliquer

10. Avez-vous rendu des médicaments non utilisés au pharmacien? ☐ Oui ☐ Non, expliquer

11. Avez-vous participé à la destruction des médicaments et du matériel non utilisés avec le pharmacien? ☐ Oui ☐ Non, expliquer

12. Avez-vous rempli le registre d'utilisation des médicaments avec le pharmacien?

☐ Oui, complètement ☐ Oui, en partie : expliquer ☐ Non, expliquer

13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir? ☐ Oui ☐ Non, expliquer

14. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le soutien dispensé aux médecins, aux pharmaciens et aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent une personne en fin de vie et qui sont amenés à participer à l'aide médicale à mourir?

15. Commentaires additionnels :

Santé et Services sociaux Québec

DT9233

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

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 3

Cette partie du formulaire contient les renseignements qui identifient le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir, le médecin ayant donné un deuxième avis ainsi que les renseignements qui permettent à ces derniers d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir.

La Commission sur les soins de fin de vie, ainsi que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ne prendront connaissance de ces renseignements que si cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions respectives et, dans le cas de la Commission, en conformité avec le règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin.

Renseignement permettant aux médecins d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir	
Nom de l'établissement et de l'installation (le cas échéant), de la maison de soins pallialifs ou de la clinique privée	Numéro de dossier

Identification du médecin qui a administré l'aide médicale à mourir			
Nom	Prénom	N° de permis d'exercice	
Coordonnées professionnelles			
Adresse de correspondance		Ind. rég.	Téléphone
Signature du médecin		**Date**	Année / Mois / Jour

Identification du second médecin			
Nom	Prénom	N° de permis d'exercice	
Coordonnées professionnelles			
Adresse de correspondance		Ind. rég.	Téléphone

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

AH-862-3 DT9233 (2015-12) ☐ Dossier de l'usager ☐ Commission sur les soins de fin de vie ☐ CMDP ou CMQ PARTIE 3

Résidence BERTHIAUME-DU TREMBLAY | Fondation BERTHIAUME-DU TREMBLAY

REGISTRE DES DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Date	Résident	Interventions	Suivis à faire	Reçoit l'AMM Oui ou non	Raison pour laquelle le résident n'a pas reçu AMM

Résidence Berthiaume-Du Tremblay | septembre 2016