

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 : 2024-09-24

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 (LCSFV 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).

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 C-7 adoptée en mars 2020 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. Le critère de fin de vie est donc abrogé.

De plus, le 7 juin 2023 le projet de loi 11 modifiant la LCSFV et d'autres dispositions législatives a été sanctionné (RLRQ, chapitre S-32, 0001, LCSFV). De nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le jour même alors que d'autres entreront en vigueur ultérieurement dans les années à venir.

Le 7 juin 2023 sont entrées en vigueur les dispositions suivantes :

- Concernant les demandes contemporaines d'AMM ;
- Concernant le constat de décès ;
- Concernant les groupes interdisciplinaires de soutien (GIS) ;
- Concernant la commission sur les soins de fin de vie.

Le 7 décembre 2023 sont entrées en vigueur les dispositions suivantes :

- Concernant les professionnels compétents à administrer l'AMM et la sédation palliative continue ;
- Concernant les maisons de soins palliatifs (MSP).

Le 7 mars 2024 est entrée en vigueur la disposition suivante :

- Concernant l'AMM pour les personnes ayant une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes.

À la date fixée par le gouvernement, laquelle ne peut être postérieure au 7 juin 2025 entrera en vigueur la disposition suivante :

- Concernant les demandes anticipées d'aide médicale à mourir (DAAMM).

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 et se veut un guide pour soutenir l'interprétation des différentes dispositions à la LCSFV.

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 émotionnellement.

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 protocole médical national pour l'AMM. Le protocole de l'INESS remplace les lignes directrices pharmacologiques de la version 2019 du guide d'exercice québécois sur l'aide médicale à mourir. Ces documents sont localisés dans la section sécurisée des sites web du Collège des médecins du Québec (CMQ), de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ).

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 qui peut être demandé par une personne pour soulager ses souffrances, en entraînant son décès. Le recours à ce soin est strictement encadré et balisé par la Loi et peut être donné dans des situations exceptionnelles.

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 HABILITÉS 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)

Écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins, et ce, dans des situations cliniques précises. Elles ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès, ainsi que les proches de la personne, ont l'obligation de les respecter. Il n'est toutefois pas possible de demander l'AMM par un tel moyen.

Demandes anticipées de l'aide médicale à mourir (DAAMM)

Demande formulée par une personne apte à consentir aux soins en prévision de son inaptitude, comme l'expression de son consentement à ce que l'AMM lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la loi seront satisfaites (en vigueur au plus tard le 7 juin 2025).

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

Dans des situations complexes, il arrive qu'il soit impossible de soulager les souffrances de la personne en fin de vie par les soins palliatifs habituels. Le recours à la sédation palliative continue peut alors être considéré comme une option thérapeutique. Lorsque la personne présente des symptômes intolérables et réfractaires avec un pronostic vital limité ou compromis.

Il s'agit d'un soin palliatif qui consiste en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie pour 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 palliatifs sont l'ensemble des soins donnés par les professionnels de la santé à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable (avec pronostic réservé) dans le but d'atténuer ses symptômes et de soulager ses souffrances. Sans hâter ni retarder la mort, les soins palliatifs permettent à la personne en fin de vie de conserver la meilleure

qualité de vie possible, en assurant son confort physique et moral et en lui offrant, de même qu'à ses 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.

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 (2023) ;
- La « Politique en soins palliatifs de fin de vie », MSSS, (2019).
- Le protocole de l'INESS localisé dans la section sécurisée des site web du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ.

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 et renouvelés pour 2020-2025. 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;
- Les actions des services de santé et des services sociaux et de leurs partenaires fournisseurs de soins palliatifs de fin de vie s'inscrivent sous la forme d'une chaîne de valeur dont l'objectif est de produire de la valeur pour le résident et ses personnes proches aidantes en réponse à ses besoins de santé et son bien-être.

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 2023).

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 qui recevra les soins de fin de vie » du MSSS, 2024.
Ce guide est disponible à l'adresse suivante :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001600/>

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 2023).

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 2023). À cette fin, la chambre 317 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 2023).

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 2023). 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 2023).

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;
- Le protocole de l'INESS localisé dans la section sécurisée des site web du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ.

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 2023) ; 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 qui doivent obligatoirement soutenir et accompagner, sur demande, les professionnels de la santé ou des services sociaux ou les autres intervenants concernés qui participent à l'offre de soins de fin de vie, notamment à l'AMM et à la sédation palliative continue. Le groupe agit en approche collaborative et interdisciplinaire.

Tout professionnel compétent

Depuis le 7 juin 2023, outre toutes les obligations professionnelles déjà déterminées dans la Loi, le professionnel compétent doit informer systématiquement toute personne qui souffre au point de demander à mourir des options susceptibles de soulager et ce bien avant de conclure sur son admissibilité légale à l'AMM. En vertu de la loi, il est considéré comme professionnel compétent, le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée.

En cas de refus, une information seule est insuffisante, un soutien réel est nécessaire et un accompagnement approprié doit être proposé.

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 2023).

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 2023), retrouvé en annexe 1.

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 2023).

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 habilitée 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 suivants son administration en utilisant le formulaire prescrit par le MSSS (art. 34 de la LCSFV 2023), retrouvé en annexe 2.

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 3, 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 un témoin indépendant (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 2023).

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 2023). 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 cinq conditions** suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie;
- Être majeure et apte à consentir aux soins;
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable avec une situation de santé caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités ou une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et importantes (depuis le 7 juin 2023, le critère de fin de vie a été abrogé);
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables (art. 26 de la LCSFV 2023).

Un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.

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 4, 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.

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;

- Si la personne a une déficience physique, S'assurer qu'elle 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.
- Des fiches explicatives seront fournies par le MSSS afin d'outiller les médecins.
- D'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26. (art. 29 de la LCSFV 2023).

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

Pour les morts naturellement raisonnablement prévisibles (MNRP)

- Avant de fournir l'AMM lors d'une mort naturellement raisonnablement prévisible, 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 un (1) témoin indépendant, 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) 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.
 - 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;

Lorsqu'une personne en fin de vie est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande, le médecin peut tout de même lui administrer l'aide médicale à mourir pourvu qu'elle répondait aux critères de fin de vie et avant qu'elle ne soit devenue inapte à consentir aux soins :

1. Toutes les précédentes avaient été satisfaites;
2. Elle avait consenti, par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre en présence d'un médecin dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir, à la recevoir même si elle perdait son aptitude à consentir aux soins avant son administration (art. 29 de la LCSFV 2023).

Au besoin se référer au formulaire prévu à cet effet et retrouvé à l'Annexe 5

Pour les morts non naturellement raisonnablement prévisibles (MNnRP)

- Avant de fournir l'AMM lors d'une mort naturelle non prévisible, 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 un (1) témoin indépendant, 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;
- Si ni lui ni l'autre médecin ne possède d'expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne, s'assurer que lui-même ou le médecin consulte un médecin qui possède une telle expertise et communique à l'autre médecin les résultats de la consultation.
- f) Être convaincu que lui et l'autre médecin sont indépendants;
 - g) S'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter le médecin qui fournit de tels services ou soins;
 - h) S'assurer que lui et le médecin ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés;
 - 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;
 - j) 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;
 - k) S'assurer qu'au moins quatre-vingt-dix jours francs se sont écoulés entre le jour où commence la première évaluation sur l'admissibilité de la personne selon les critères et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si toutes les évaluations sont terminées, et que lui et le médecin jugent que la perte de la capacité de la personne à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir est imminent, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances.

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.

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 2023).

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.

L'AMM devrait être donné à la Résidence. Par contre, Le directeur des services professionnels en collaboration avec la directrice des services à la clientèle et l'appui du GIS, doit évaluer si des enjeux dans l'administration de l'AMM à la Résidence sont envisageables, par exemple en lien avec un faible potentiel veineux. À ce moment, un

transfert vers un centre hospitalier peut être envisagé afin d'installer des voies intraveineuses. Par la suite, le résident retournera à la Résidence pour recevoir l'AMM.

Lorsque des enjeux présents sont reliés à un faible potentiel veineux, le médecin prescrit une demande d'accès veineux pour le CIUSSS-NIM (département d'angiographie de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal) le + rapidement possible.

L'infirmière entre alors en contact avec le département d'angiographie de l'hôpital Sacré-Cœur dans les plus brefs délais ou afin que le résident puisse obtenir un rendez-vous pour se faire installer un accès veineux.

Coordonnateur en angiographie HSCM
Direction des services multidisciplinaires
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5400 Boul. Gouin Ouest, Montréal, Québec H4J 1C5
Téléphone: 514-338-2222 poste 2863

De plus, depuis le 7 juin 2023, il est possible d'administrer l'AMM dans « un autre lieu » que la Résidence ou le centre hospitalier partenaire. Plus précisément, cet article de loi indique qu'il est permis de recevoir l'AMM dans un autre lieu que dans une installation maintenue par un établissement de santé, une maison de soins palliatifs ou à domicile, dans la mesure où ce soin est administré de manière à assurer le respect de la dignité et de l'autonomie de la personne ainsi que le caractère important de ce soin. En aucun cas, cette disposition ne peut être associée à une activité commerciale. Le directeur des services professionnels en collaboration avec la directrice des services à la clientèle et l'appui du GIS, doit évaluer la faisabilité de la demande reçue par le résident et son proche. Seul le directeur des services professionnels et/ou la directrice des soins infirmiers sont autorisés par la loi à accepter cette demande.

Voir l'algorithme de cheminement de la demande retrouvé en annexe 7, et l'algorithme de l'organisation pour obtenir la trousse de médicament d'AMM retrouvé en annexe 8.

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 ou un accès veineux a été installer à l'hôpital;
- Le médecin s'engage à transporter les deux trousse de médicaments en provenance de la pharmacie du CIUSSS avant et après l'administration.
- Un corridor de service a été établi avec le chef de la pharmacie du CIUSSS-NIM pour la livraison des deux trousse de médicaments scellées.

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 (Annexe 9). Toutefois, la préparation des trousse de médicaments sera assurée par la pharmacie centrale du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal selon leur protocole en vigueur.

NB : Depuis le 7 décembre 2023, la Loi permet aux IPS d'administrer tous les soins de fin de de vie y compris l'AMM. La résidence n'a actuellement aucune IPS à sa structure de poste.

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 via la plateforme en ligne SIED 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 procédé à l'AMM devra compléter le formulaire de déclaration d'administration de l'AMM à partir de la plateforme SAFIR en ligne. Le médecin en imprime une copie pour mettre au dossier du résident. Il imprime ensuite une seconde copie qu'il anonymise et achemine au CMDP scellée dans une enveloppe. Au besoin, une version papier du formulaire de déclaration d'administration de l'AMM, partie 1,2 et 3, demeure disponible à l'Annexe 11.

Le logiciel SAFIR envoie automatique une copie à la CSFV. La CSFV peut obtenir tous les renseignements nécessaires à son mandat de surveillance de l'application des exigences relatives à l'AMM. La LCSFV permet de rendre disponibles aux chercheurs les renseignements que la commission sur les soins de fin de vie détient, dans le respect des règles prévues par la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux ;

L'annexe 6 guide les médecins dans la transmission des formulaires en lien avec la loi concernant les soins de fin de vie.

- Au besoin, le médecin répond 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)

Depuis le 7 juin 2023, tout établissement doit constituer un GIS. La Résidence a confié aux membres du comité d'accompagnement fin de vie 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 entre 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
514-338-2050
Les jours ouvrables, entre 8 h et 16 h.
Demander répondant du GIS pour AMM

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 décembre 2023;

- 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;
- Guide explicatif « Loi concernant les soins de fin de vie », juin 2023
- <http://www.justice.gc.ca>;
- <http://www.sante.gouv.qc.ca>;
- <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001600/>.

10. Révision

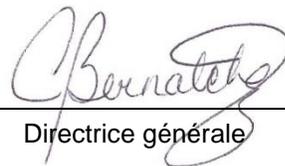
Cette politique est révisée aux 3 ans, ou, au besoin, lors de changements législatifs ou réglementaires.

Signé le

25 septembre 2024

Date

par



Directrice générale

Adopté par le conseil
d'administration le

29 octobre 2024

Date

par



Président du conseil d'administration

No de résolution : CA.24.86



DT9231

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

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

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 autorisé¹ : 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.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION CONTINUE



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

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

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



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

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 autorisé¹, 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	
Témoin indépendant présent 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

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 incapable 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 un témoin indépendant et majeur qui comprend 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.



DT9234

**AVIS DU SECOND MÉDECIN CONSULTÉ
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. Quel est votre statut, professionnel ou personnel :

- par rapport au médecin qui vous a consulté pour confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie? (description des liens, le cas échéant);
- par rapport à la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir? (description des liens, le cas échéant).

2. Déclarez-vous vous être assuré de votre indépendance professionnelle tant à l'égard du médecin qui vous a consulté que de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, dans le respect de l'article 63 du Code de déontologie des médecins du Québec? Oui Non

3. À quelle date avez-vous reçu la demande de consultation du médecin en lien avec la demande d'aide médicale à mourir?
Année Mois Jour

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

Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour

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

Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour

6. Au besoin, description et remarques pertinentes.

¹ En vertu de la Loi concernant les soins de fin de vie, le second médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. L'article 63 du Code de déontologie des médecins prévoit que : « Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées. »

Par ailleurs, le Code criminel prévoit qu'avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin doit être convaincu que lui et le médecin confirmant le respect des critères sont indépendants. L'article 241.2 (6) du Code criminel prévoit que pour être indépendant, le médecin 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. »

Le médecin doit s'assurer de respecter les deux bis.

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

7. 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) et précisions :

- 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

Précisions si demande non admissible :

Identification du second médecin consulté			
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 l'aide médicale à mourir.

AI-463 073034 (rév. 2017-12)

**AVIS DU SECOND MÉDECIN CONSULTÉ SUR LE RESPECT
DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**



D19596

**AIDE MÉDICALE À MOURIR
POUR UNE PERSONNE EN FIN DE VIE
CONSENTEMENT EN CAS DE PERTE D'APTITUDE**

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

Le présent formulaire permet à une personne en fin de vie de consentir à recevoir l'aide médicale à mourir en cas de perte d'aptitude. Celui-ci respecte les obligations prévues à la fois à la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) et au Code criminel.

La LCSFV¹ permet à une personne en fin de vie qui satisfait à toutes les conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir, de la recevoir même si elle est devenue inapte à consentir aux soins au moment de son administration, pourvu qu'elle y eût consenti par écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir.

Le Code criminel² permet à une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, remplissant tous les critères pour recevoir l'aide médicale à mourir et pour qui toutes les mesures de sauvegarde prévues ont été respectées, de consentir dans une entente écrite à ce que, advenant le cas où elle perdrait la capacité à consentir avant la date convenue d'administration, le médecin puisse lui administrer une substance à cette date ou à une date antérieure pour causer sa mort.

Le formulaire suivant propose deux options puisqu'une personne pourrait consentir à recevoir l'aide médicale à mourir à la date convenue malgré qu'elle ne soit plus apte à consentir aux soins, sans nécessairement consentir à la recevoir à une date antérieure, advenant cette perte d'aptitude. Devant cette éventualité, la date convenue devrait être respectée par le médecin. Une seule case doit être cochée.

DATE CONVENUE POUR L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR		Année	Mois	Jour
COCHER UNE DES DEUX OPTIONS :				
<input type="checkbox"/> Advenant le cas où je perds mon aptitude à consentir aux soins, JE CONSENS à ce que le médecin puisse m'administrer l'aide médicale à mourir à la date convenue;				
OU				
<input type="checkbox"/> Advenant le cas où je perds mon aptitude à consentir aux soins, JE CONSENS à ce que le médecin puisse m'administrer l'aide médicale à mourir à la date convenue ou à une date antérieure à la date convenue.				
Signature (PERSONNE) :		Année	Mois	Jour
Tiers autorisé ³ , 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 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 (tiers autorisé) :		Année
				Mois
				Jour
MÉDECIN QUI DOIT ADMINISTRER L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET PRÉSENT LORSQUE LA PERSONNE CONSENT PAR ÉCRIT				
Prénom et nom :		N° de permis d'exercice		
Signature du médecin :		Année	Mois	Jour

La version originale du document doit être 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.

¹L'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie, (RLRQ, chapitre S-32.0001)

²L'article 241.2 (3.2) du Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)

³ 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.

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



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

Personnel infirmier

Responsabilités	
	√
Répond aux questions du résident.	<input type="checkbox"/>
Achemine une requête au service de soins spirituels si le résident demande des informations sur l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>

Intervenante en soins spirituels

Responsabilités	
	√
Répond aux questions du résident.	<input type="checkbox"/>
S'assure que le résident connaît bien son diagnostic, son pronostic vital et les alternatives de traitement.	<input type="checkbox"/>
Explore les motifs de sa demande d'AMM.	<input type="checkbox"/>
Optimise les soins palliatifs.	<input type="checkbox"/>
Discute avec le résident des critères d'admissibilité de l'AMM.	<input type="checkbox"/>
Communique l'intérêt du résident au médecin traitant et aux intervenants concernés.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
Si le résident ne désire pas poursuivre, rédige une note au dossier et arrête la démarche.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Remet au résident le dépliant « Guide du citoyen pour l'aide médicale à mourir » (annexe 5).	<input type="checkbox"/>
Dépose le formulaire au dossier du résident dans la section des ordonnances médicales.	<input type="checkbox"/>
Rédige une note au dossier de toutes ses interventions.	<input type="checkbox"/>
Tient à jour le registre informatique de la demande (annexe 11).	<input type="checkbox"/>

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 1 témoin indépendant et déposé au dossier.	<input type="checkbox"/>
Et Qu'il a été daté et signé après que le résident a été avisé par un médecin qu'il est affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables ou d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et importantes.	<input type="checkbox"/>
Évalue les critères d'admissibilité à l'AMM.	<input type="checkbox"/>
S'assure auprès du résident du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
S'entretient de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le résident.	<input type="checkbox"/>
S'entretient de la demande avec les proches, si le résident le souhaite.	<input type="checkbox"/>
S'assure que le résident a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaite contacter.	<input type="checkbox"/>
S'assure que le résident a été informé qu'il pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande.	<input type="checkbox"/>
Si le résident répond aux critères d'admissibilité et que la mort est naturellement prévisible : - 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. - Valide si le formulaire de renoncement à l'aptitude est requis. - Si le résident perd ses capacités à consentir à recevoir l'AMM, certaines conditions doivent être respectées pour administrer tout de même l'AMM (se référer à la section 8.4 de la politique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si le résident répond aux critères d'admissibilité et que la mort est naturellement non prévisible : - 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. - Si la personne a une déficience physique, S'assurer qu'elle 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.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

- S'assure qu'un médecin possédant une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne procède à une évaluation auprès du résident (ça peut être lui-même ou le second médecin selon le cas).	<input type="checkbox"/>
- S'assure que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.	<input type="checkbox"/>
- Si la mort naturelle est non prévisible, s'assure qu'au moins quatre-vingt-dix jours francs se sont écoulés entre le jour où commence la première évaluation sur l'admissibilité de la personne selon les critères et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si toutes les évaluations sont terminées, et que lui et le médecin jugent que la perte de la capacité de la personne à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir est imminent, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;	<input type="checkbox"/>
Note toutes ses interventions au dossier.	<input type="checkbox"/>
Si le résident n'est pas admissible suite à l'évaluation du second médecin :	<input type="checkbox"/>
- Signifie au résident que la demande est refusée.	<input type="checkbox"/>
- Continue à prodiguer les soins interdisciplinaires requis par son état de santé.	<input type="checkbox"/>
- S'assure qu'il peut formuler une nouvelle demande.	<input type="checkbox"/>
- Complète le formulaire SAFIR dans un délai de 30 jours pour fermer la demande d'AMM.	<input type="checkbox"/>
Informe le directeur des services professionnel dans les plus brefs délais pour amorcer les procédures.	<input type="checkbox"/>
Obtient le consentement du résident pour transmettre au pharmacien une copie de la demande d'AMM.	<input type="checkbox"/>
S'assure de la présence des personnes que le résident aura choisi au moment de l'administration de l'AMM.	<input type="checkbox"/>
Selon les directives du DSP, applique les modalités pour la prise de possession des trousse de médicament selon les normes en vigueur.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
Dans les 10 jours suivant le décès, le médecin qui aura procédé à l'AMM devra compléter le formulaire SAFIR en ligne ainsi que le formulaire de déclaration d'administration de l'AMM, partie 1, 2 et 3 (annexe 10) et acheminera les copies anonymisées aux instances concernées.	<input type="checkbox"/>

Second médecin indépendant

Responsabilités	<input checked="" type="checkbox"/>
Évalue les critères d'admissibilité.	<input type="checkbox"/>
Si le résident est admissible :	<input type="checkbox"/>
- 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.	<input type="checkbox"/>
- Avise le médecin traitant ou celui qui administrera l'AMM.	<input type="checkbox"/>

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

Médecin qui a une objection de conscience

Responsabilités	√
Avisé dans les plus brefs délais le directeur des services professionnels (DSP).	<input type="checkbox"/>
Remet au DSP le formulaire de demande d'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>
Confirme au DSP s'il accepte de devenir le second médecin évaluateur.	<input type="checkbox"/>

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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
En collaboration avec la directrice des services à la clientèle et l'appui du GIS, s'assure des conditions favorables pour l'administration de l'AMM à la Résidence : - Le potentiel veineux est acceptable.	<input type="checkbox"/>
Si le potentiel veineux est faible :	<input type="checkbox"/>
S'assure que le médecin prescrit une demande d'accès veineux pour le CIUSS-NIM (département d'angiographie de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal) le + rapidement possible.	<input type="checkbox"/>
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 trousse de médicament selon les normes en vigueur.	<input type="checkbox"/>
Si l'AMM se fait dans un lieu autre qu'un établissement de santé suite à une entente avec le DSP et la DSC :	<input type="checkbox"/>
- La DSC s'assure avec le résident proche que l'AMM n'est pas reliée avec une activité commerciale	<input type="checkbox"/>
- Les modalités pour la préparation sont en fonction des besoins évalués	<input type="checkbox"/>

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

Responsabilités	√
Applique les étapes de préparation du résident à l'AMM (annexe 9).	<input type="checkbox"/>
Assiste le médecin à la préparation et l'administration de l'AMM.	<input type="checkbox"/>
Soutien le résident et ses proches tout au long de la procédure.	<input type="checkbox"/>

La pharmacienne

Responsabilités	√
Accompagne le médecin dans l'élaboration de l'ordonnance médicale.	<input type="checkbox"/>
Fait part au DSP de son objection de conscience à supporter le médecin dans la démarche de préparation à l'AMM.	<input type="checkbox"/>

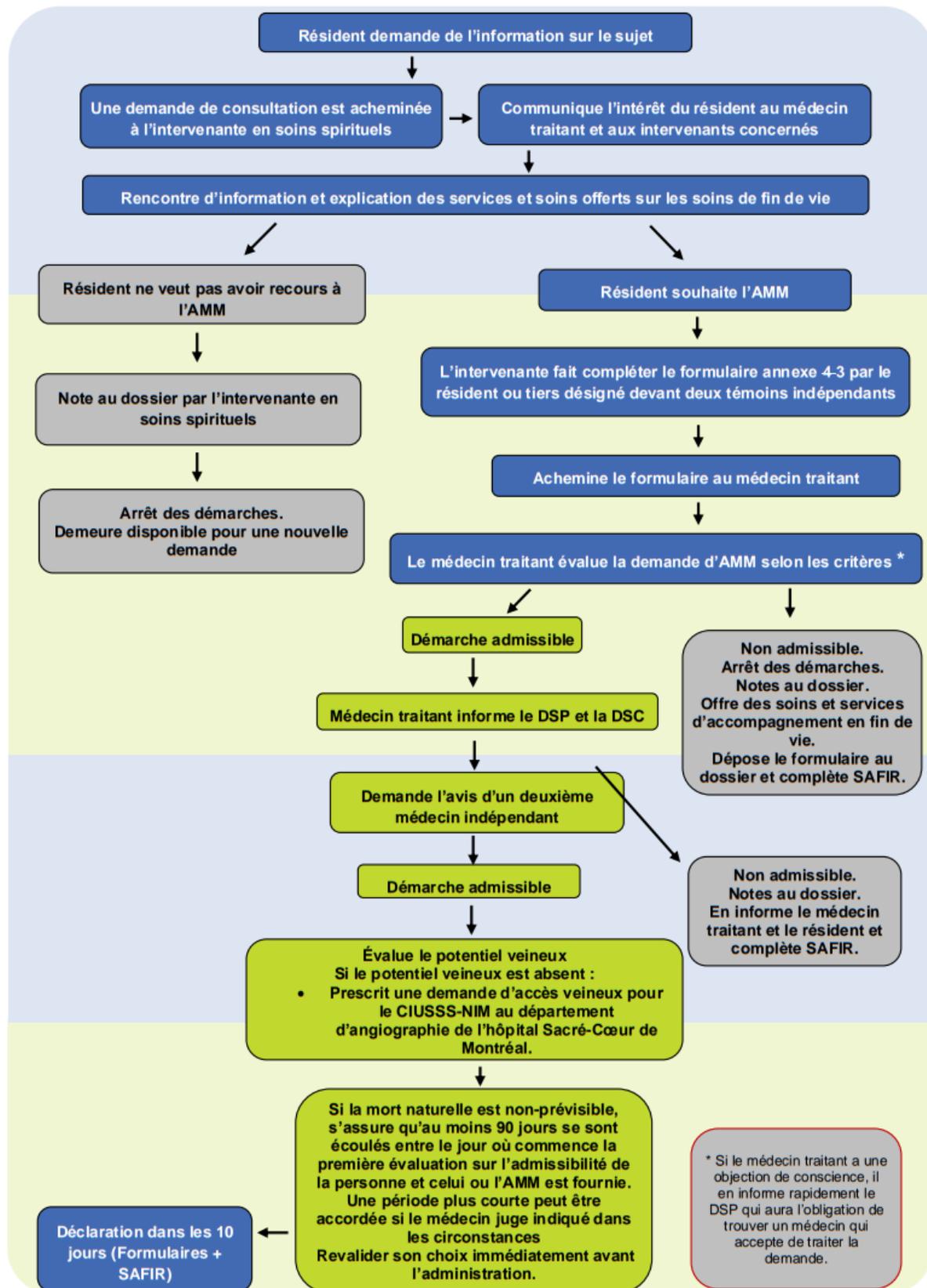
AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR**Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)**

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

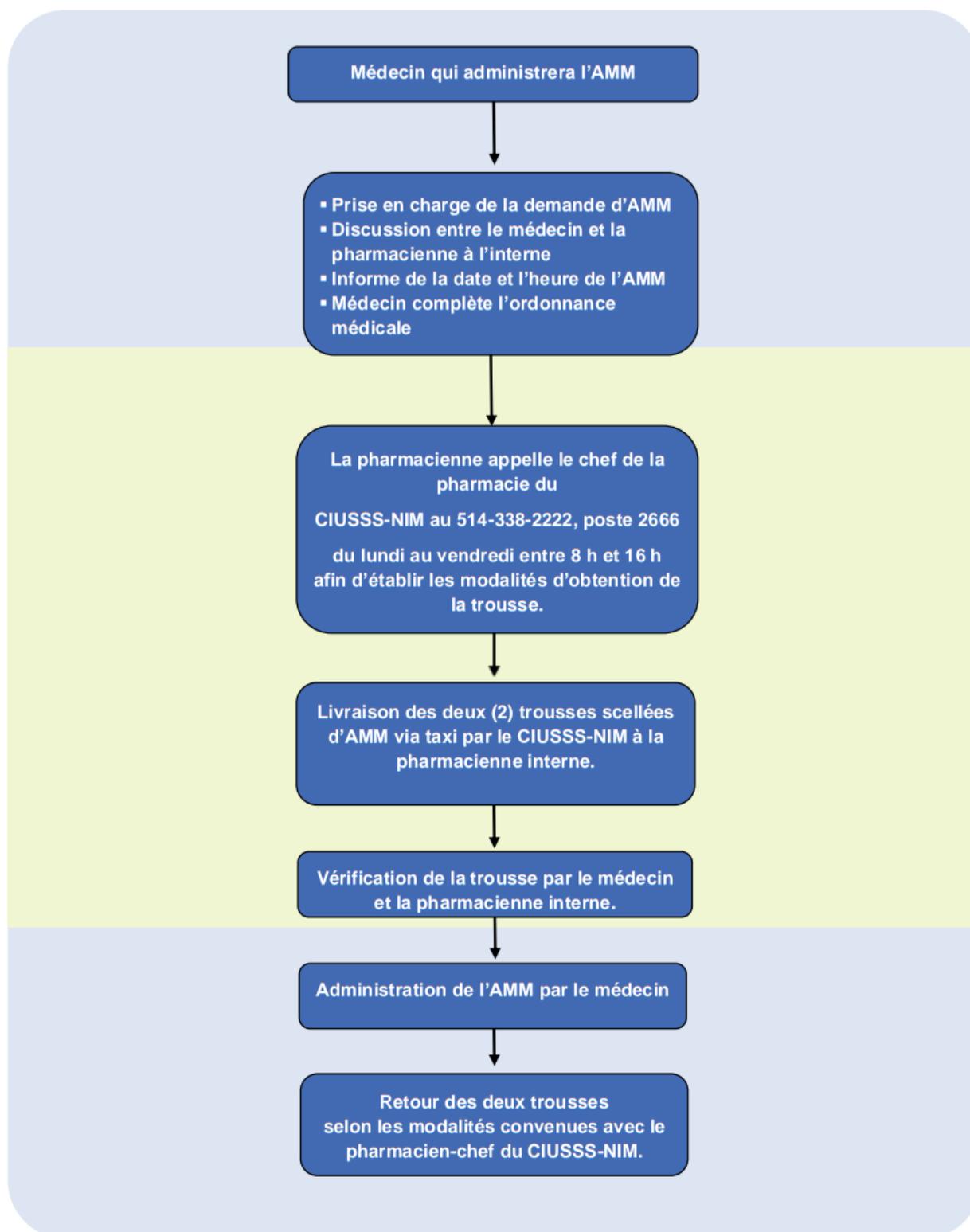
Direction des services à la clientèle

Responsabilités	<input checked="" type="checkbox"/>
S'assure de désigner une infirmière qui accompagnera le médecin lors de l'AMM et lui fournit les informations et le soutien nécessaire (Annexe 8).	<input type="checkbox"/>

Algorithme de cheminement d'une demande d'AMM



Organisation pour obtenir la trousse de médicaments à l'AMM dans l'établissement par la pharmacienne de la Résidence



Centre Intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

ORDONNANCE – AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Site : _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Allergie sévère connue à l'un des médicaments utilisés dans l'AMM Oui (préciser) _____ Non Poids supérieur à 150 kg : Oui

Trousse n° 1 : Médicaments en seringues prêts à l'emploi
 Trousse n° 2 : Médicaments en fioles sauf indication contraire Médicaments en seringues prêts à l'emploi

Administration prévue : Date : _____ Heure : _____

Endroit : _____

Récupération des trousses : Date : _____ Heure : _____

Endroit : _____

Installation de l'accès veineux par l'infirmière, dans les 4 heures précédant le début de la procédure d'AMM
Le matériel nécessaire sera fourni et apporté sur place par le personnel infirmier.

- Installer un dispositif d'accès veineux sécuritaire (avec rallonge)
- ou
- Débuter une perfusion de NaCl 0,9% IV à 30 ml/h

Le médecin administre lui-même les médicaments ci-dessous :

ÉTAPE 1 : Rinçage du dispositif d'accès veineux

NaCl 0,9% 10 ml IV pour s'assurer que le cathéter est fonctionnel et perméable (1 seringue/trousse)

ÉTAPE 2 : Anxiolyse

Midazolam 10 mg IV en 15 à 20 secondes (10 mg/trousse)

ÉTAPE 3 : Anesthésique local

- Lidocaïne 2% sans épinéphrine 40 mg IV en 30 secondes (40 mg/trousse)

ou

- Si allergie à la lidocaïne : sulfate de magnésium 1 000 mg IV en injection lente en 5 minutes (1 000 mg/trousse)

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure



DT9062

ORDONNANCE – AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Site : _____

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

ÉTAPE 4 : Inducteur de coma

- Propofol 1 000 mg IV en injection lente en 2 à 5 minutes (soit 1 à 2,5 minutes par dose de 500 mg)
En cas de doute sur l'induction du coma, répéter au besoin
Options de service trousse n° 1: 4 seringues de 500 mg ou 2 seringues + 2 fioles de 500 mg

ou

- Si allergie grave au propofol : PHÉNObarbital 3 000 mg IV en injection lente en 2 à 5 minutes
En cas de doute sur l'induction du coma, répéter au besoin (2 x 3 000 mg/trousse)

ÉTAPE 5 : Rinçage du dispositif d'injection

NaCl 0,9% 10 ml IV après injection de l'inducteur de coma (1 seringue/trousse)

ÉTAPE 6 : Bloqueur neuromusculaire

- Rocuronium 200 mg IV rapide, dès que le coma est bien instauré (200 mg/trousse)

ou

- Cisatracurium 30 mg IV rapide, dès que le coma est bien instauré (30 mg/trousse)

ÉTAPE 7 : Rinçage du dispositif d'injection

NaCl 0,9% 10 ml IV après injection du bloqueur neuromusculaire (1 seringue/trousse)

Dans la trousse n° 1 pour utilisation au besoin :

Inducteur d'un arrêt cardiaque

- Bupivacaïne 0,5%, 400 mg IV en 2 à 4 minutes (1 à 2 minutes / dose de 200 mg)
Options de service trousse n° 1 : 4 fioles de 100 mg ou 2 seringues de 200 mg

Prolongation de l'état d'inconscience si perte de l'accès veineux

- Méthotriméprazine 4 ampoules de 25 mg pour utilisation SC ou IM

ou

- LORazépam 1 fiole de 4 mg pour utilisation SC ou IM

Rinçage du dispositif d'injection PRN : NaCl 0,9% 10 ml IV (1 seringue supplémentaire/trousse n° 1)

Prénom et nom du prescripteur

Signature du prescripteur

Permis

AAAA/MM/JJ

Heure

Ne rien inscrire dans la marge

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



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

Les jours précédents l'aide médicale à mourir

Étapes	√
Notes au dossier : <ul style="list-style-type: none"> • La condition clinique du résident, incluant l'état émotif. • Le soulagement de la douleur et autres symptômes associés. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vérifie le potentiel veineux et avise le médecin qui administrera l'AMM s'il est inexistant afin que ce dernier prescrive l'installation d'un accès veineux à l'externe.	<input type="checkbox"/>
Suite à la prescription médicale pour un accès veineux, assure l'organisation du transfert avec le service d'angiographie de l'Hôpital Sacré-Cœur (514) 338-2222 #2863.	<input type="checkbox"/>
Si l'infirmière installe elle-même l'accès veineux, s'assure d'avoir en sa possession tout le matériel nécessaire à la procédure. Se réfère aux : <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Une rallonge anesthésique doit être disponible selon l'ordonnance médicale.	<input type="checkbox"/>
5 fioles de NaCl 0.9 salin stérile.	<input type="checkbox"/>
S'assure que la procédure sera exécutée dans un endroit intime (chambre privée) 24 heures précédant l'AMM.	<input type="checkbox"/>

4 heures avant la procédure

Responsabilités	√
Installe l'accès veineux avec un cathéter 20G selon l'ordonnance médicale.	<input type="checkbox"/>

Pendant la procédure

Responsabilités	√
Vérifie la perméabilité et l'intégrité du cathéter veineux.	<input type="checkbox"/>
S'assure que l'endroit est paisible (barre la porte ou poster un collègue de travail pour interdire l'accès à la chambre).	<input type="checkbox"/>
S'assure d'avoir tout le matériel nécessaire à l'installation d'une autre voie veineuse en cas de complication.	<input type="checkbox"/>

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

Assiste le médecin dans la procédure.	<input type="checkbox"/>
Adopte une attitude compatissante et rassurante avec le résident et les personnes qui assistent.	<input type="checkbox"/>

Après la rencontre

Responsabilités	√
Supporte les proches et le personnel.	<input type="checkbox"/>
Note ses interventions et ses observations au dossier.	<input type="checkbox"/>
Ventile son vécu au besoin auprès d'un intervenant en respectant les principes de confidentialité.	<input type="checkbox"/>



DT9233

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION
DE L'ADMINISTRATION
D'UNE AIDE MÉDICALE À MOURIR****PARTIE 1**

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

Tous les renseignements ou documents en lien avec l'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 consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir et les trois parties du présent formulaire. Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, transmettre :

- Une copie des parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie;
- Une copie des parties 1, 2 et 3 dûment remplies au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou au Collège des médecins du Québec (CMQ) s'il exerce dans un cabinet privé de professionnels.

Avant leur transmission aux instances concernées, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être dénominalisées, c'est-à-dire que le nom et le numéro de dossier de la personne, le nom de ses proches et du personnel ne doivent pas y apparaître. La partie 3 doit être scellée dans une enveloppe. L'impression de la carte d'assurance maladie en première page des trois parties du formulaire doit être enlevée avant la transmission.

Le présent formulaire est fondé sur les exigences de la Loi concernant les soins de fin de vie et du 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. En ce qui concerne les normes cliniques, le médecin est invité à consulter le guide d'exercice et les lignes directrices pharmacologiques sur l'aide médicale à mourir.

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

Date de naissance : Année Mois Jour Sexe : M F

La personne avait une carte d'assurance maladie valide. Oui, date d'expiration : Année Mois Non, justifier

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

Section B – Formulaire de demande d'aide médicale à mourir

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été utilisé. Oui Non, justifier

Date à laquelle le formulaire de demande a été signé. Année Mois Jour

Le formulaire de demande a été signé et daté par la personne elle-même. Oui Non, par un tiers

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

Le formulaire a été signé : En ma présence En présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux

Page 1

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

AH-882-1 DT9233 (rév. 2017-12)

 Dossier de l'utilisateur Commission sur les soins de fin de vie CMDP ou CMQ**PARTIE 1**

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Section B – Formulaire de demande d'aide médicale à mourir (suite)

Si le formulaire de demande a été signé par un tiers, en votre présence :

Aviez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répondait aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

Oui, justifier Non

Si le formulaire de demande a été contresigné par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux :

Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été signé :

Oui Non

Titre d'emploi du professionnel :

Si le formulaire de demande a été signé par un tiers :

• Le professionnel avait-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répondait aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

Oui, justifier Non

Date de votre entretien avec le professionnel qui a contresigné le formulaire de demande :

Année Mois Jour

Section C – État de santé

1. Diagnostic principal et comorbidités significatives

2. Estimation du pronostic vital

3. Nature et description des incapacités

Nom de l'usager	NF de dossier
-----------------	---------------

Section C – État de santé (suite)

4. Nature et description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que de leur caractère constant et insupportable

5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables

Section D – Processus décisionnel

1. La personne était apte à consentir aux soins.

Oui Non

Si OUI, expliquez les raisons qui vous ont amené à conclure que la personne était apte à consentir aux soins, selon les critères cliniques reconnus, en tenant compte de sa condition.

2. 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

Le fait qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter

Oui Non

Dates de vos entretiens avec la personne pour effectuer cette vérification :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Résumé des entretiens :

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

Nom de l'utilisateur	N° de dossier

Section D – Processus décisionnel (suite)

3. Description des vérifications effectuées pour vous assurer du caractère libre de la demande et plus spécifiquement qu'elle ne résultait pas de pressions extérieures.

4. Vérification de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée de la personne :

Vous avez eu l'assurance de la persistance de ses souffrances :

Oui Non

Vous avez eu l'assurance de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir :

Oui Non

Dates de vos entretiens avec la personne pour effectuer cette vérification :

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

Raisons qui vous ont convaincu de la persistance de ses souffrances :

Raisons qui vous ont convaincu 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 vos entretiens
(le cas échéant) :

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

Conclusion de votre (vos) entretien(s) (le cas échéant) :

6. La personne a souhaité que vous vous entreteniez de sa demande avec ses proches :

Oui Non

Date(s) de vos entretiens
(le cas échéant) :

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

/ /
 Année Mois Jour

Conclusion de votre (vos) entretien(s) (le cas échéant) :

Nom de l'usager	N° de dossier

Section D – Processus décisionnel (suite)

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toutes les personnes qu'elle souhaitait contacter : Oui Non

Description des démarches effectuées pour vous assurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait contacter :

Raisons pour lesquelles la personne n'a pas pu le faire (le cas échéant) :

8. Avis du second médecin consulté confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

Quel était le statut, professionnel ou personnel, du second médecin consulté :

- par rapport à vous? (description des liens, le cas échéant)

- par rapport à la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir? (description des liens, le cas échéant)

Le second médecin consulté a déclaré s'être assuré de son indépendance professionnelle, tant à votre égard qu'à l'égard de la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir, dans le respect de l'article 63 du Code de déontologie des médecins du Québec¹ :

Oui Non

Date à laquelle vous avez demandé un avis au second médecin consulté :

Année Mois Jour

Date(s) à laquelle (auxquelles) le second médecin consulté a pris connaissance du dossier médical de la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir :

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Date(s) à laquelle (auxquelles) le second médecin consulté a examiné lui-même la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir :

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie par le second médecin consulté.

Oui Non

¹ En vertu de la Loi concernant les soins de fin de vie, le second médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. L'article 63 du Code de déontologie des médecins prévoit que : « Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférence certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées. »

Par ailleurs, le Code criminel prévoit qu'avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin doit être convaincu que lui et le médecin confirmant le respect des critères sont indépendants. L'article 241.2 (b) du Code criminel prévoit que pour être indépendant, le médecin ne peut : « a) conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de marital ou être chargé de superviser son travail; b) servir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il occupe 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. »

Le médecin doit s'assurer de respecter les deux lots.

Nom de l'utilisateur	NP de dossier
----------------------	---------------

Section E – Renseignements relatifs au décès						
Date de l'administration de l'aide médicale à mourir						Année
						Mois
						Jour
Date et heure du décès			Année	Mois	Jour	Heure
			Région administrative du Québec où le décès est survenu			
Type de lieu où le décès est survenu :						
<input type="checkbox"/>	Domicile		<input type="checkbox"/>	Maison de soins palliatifs		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Établissement public		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Établissement privé		
Si établissement, mission :			<input type="checkbox"/>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés		
			<input type="checkbox"/>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée		
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :					

Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir						
Complété le :			Transmis à :			Année
						Mois
						Jour
Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/>	Commission sur les soins de fin de vie le :		
			<input type="checkbox"/>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le :		
			<input type="checkbox"/>	Collège des médecins du Québec (CMQ) le :		

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



DT9233

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

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

À l'intention du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou du Collège des médecins du Québec, 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, précisez :

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
Opioides			
Benzodiazépines			
Autres médicaments			

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

Médicament	Posologie	Voie d'administration

Page 1

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 et les lignes directrices pharmacologiques sur l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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? <input type="text"/>		
4. Des complications sont-elles survenues? Le cas échéant, les décrire. <input type="text"/>		
5. Les médicaments requis ont-ils été disponibles dans les délais prévus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer <input type="text"/>		
6. La préparation des médicaments a été effectuée par : <input type="checkbox"/> Le médecin <input type="checkbox"/> Le pharmacien <input type="checkbox"/> Autre, préciser : <input type="text"/>		
7. Les médicaments ont été : <input type="checkbox"/> Livrés par (titre) : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Récupérés par (titre) : <input type="text"/>		

Nom de l'usager	N° de dossier

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager | <input type="checkbox"/> Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments |
| <input type="checkbox"/> Du protocole choisi | <input type="checkbox"/> De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments |
| <input type="checkbox"/> Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir | <input type="checkbox"/> 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 :



DT9233

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

PARTIE 3

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

Cette partie du formulaire contient les renseignements qui identifient le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir, le second médecin consulté 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 palliatifs 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 consulté

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

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

AH-882-3 DT9233 (rév. 2017-12)

Dossier de l'utilisateur Commission sur les soins de fin de vie CMDP ou CMQ

PARTIE 3

