

POLITIQUE RÉGIONALE RELATIVE AUX SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Numéro : G1-252-002

communauté

Femmes

Hommes

services

santé

sociaux

Gens

milieu

réseau

Humain

région

société

côte-nord

vie

enfants

ânés

Famille

Adoptée par le conseil d'administration

le 14 juin 2016

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire

**POLITIQUE RÉGIONALE
RELATIVE AUX SOINS PALLIATIFS
DE FIN DE VIE**

Présentée au conseil d'administration

10 décembre 2015

et

14 juin 2016

Édition :

La Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Le présent document est disponible en version électronique à l'adresse :

<http://cissscotenord.intranet.reg09.rtss.qc.ca/>

© Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2016

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN 978-2-550-74860-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-74861-8 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. L'OBJET DE LA POLITIQUE	1
1.1 Les objectifs.....	1
1.2 Les acteurs visés par la politique	2
2. LES ORIENTATIONS	2
3. LES VALEURS ET LES PRINCIPES DIRECTEURS	2
4. LES INFORMATIONS AUX USAGERS	3
5. L'OFFRE DE SERVICE	4
6. LE RÔLE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	5
7. LE RÔLE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	6
8. LE RÔLE DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	6
9. LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	6
9.1 Les conditions.....	6
9.2 Le consentement.....	6
9.3 L'avis de déclaration du médecin.....	7
10. L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)	7
10.1 Une demande d'AMM.....	7
10.2 Les conditions d'admissibilité	8
10.3 Les critères évalués par le médecin	8
10.4 Un cas d'objection de conscience	9
10.5 Un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'AMM	9
11. LES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES	10
11.1 Les conditions.....	10

11.2	Le consentement.....	10
12.	LES AUTRES DISPOSITIONS.....	10

ANNEXES

A -	Définitions
B -	Arbres décisionnels « Demande d'AMM »
C -	Arbre décisionnel « Administration de l'AMM »
D -	Aide médicale à mourir « Aide-mémoire »
E -	Formulaire « Demande d'AMM »
F -	Formulaire de déclaration de l'administration d'AMM et avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'AMM
G -	Protocole clinique sur l'AMM et registre d'utilisation des médicaments d'AMM à l'intention du médecin et du pharmacien
H -	Procédure temporaire pour les pharmaciens pour l'AMM
I -	Arbres décisionnels « Objection de conscience d'un professionnel de l'équipe de soins »
J -	Guide clinique sur la sédation palliative continue
K -	Protocole et formulaire pour le consentement : sédation palliative continue
L -	Aide-mémoire pour le dossier d'un patient en sédation palliative continue
M -	Surveillance de la sédation palliative continue
N -	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue
O -	Addenda à la procédure de gestion des lits
P -	Procédure administrative de transport des usagers
Q -	Arbre décisionnel « Directives médicales anticipées »

LISTE DES ACRONYMES

AMM	Aide médicale à mourir
CCQ	Code civil du Québec
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CM	Conseil multidisciplinaire (transitoire)
DSI	Directrice des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSPEU	Directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSP	Maison de soins palliatifs
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDG	Président-directeur général
RUM	Registre d'utilisation des médicaments
SPU	Services préhospitaliers d'urgence

POLITIQUE RÉGIONALE

RELATIVE AUX SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

La Loi concernant les soins de fin de vie a été sanctionnée le 10 juin 2014 par l'Assemblée nationale et est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Cette loi s'appuie sur des valeurs de solidarité, de compassion et de respect des volontés individuelles. Elle propose une vision globale et intégrée des soins et des droits des personnes en fin de vie.

L'importance des soins palliatifs se traduit par une nécessité de rehausser l'offre de service, sur une période de cinq ans, afin d'offrir à la personne ainsi qu'à ses proches des soins accessibles et de qualité répondant le plus possible à ses besoins et à ses choix.

La loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et précise leurs droits.

Les établissements de santé ont l'obligation de structurer une organisation et un encadrement des soins de fin de vie en s'assurant que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances.

La loi fait également mention des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, soit à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir (AMM), et met en place les directives médicales anticipées.

1. L'OBJET DE LA POLITIQUE

La présente politique porte sur les soins de fin de vie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les soins palliatifs comme « une approche visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leur famille 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 ».

1.1 Les objectifs

- ▲ Assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leurs droits et de leur dignité.
- ▲ Déterminer les modalités générales d'accès aux soins de fin de vie.

- ▲ Définir les bases des rôles et responsabilités des divers intervenants impliqués dans l'administration des soins de fin de vie.

1.2 Les acteurs visés par la politique

- ▲ Les usagers et leurs proches.
- ▲ Les gestionnaires.
- ▲ Les bénévoles.
- ▲ Tous les intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord impliqués dans les soins de fin de vie.

2. LES ORIENTATIONS

- ▲ Toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins palliatifs. Ces soins peuvent être offerts dans des installations du CISSS, dans les maisons de soins palliatifs (MSP) ou au domicile de la personne.
- ▲ Sauf disposition contraire à la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.
- ▲ Dans la mesure prévue par le Code civil du Québec (CCQ), le mineur âgé de 14 ans et plus et la personne qui peut consentir aux soins d'un mineur âgé de moins de 14 ans ou d'un majeur inapte peuvent également, en tout temps, consentir ou refuser tout soin nécessaire au maintien en vie de la personne concernée (sauf dans le cas de l'AMM, où aucun mineur ne peut s'en prévaloir).
- ▲ Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'évaluation ou à l'administration de l'AMM, en raison de ses convictions personnelles.

3. LES VALEURS ET LES PRINCIPES DIRECTEURS

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 qui sera accordé à ses choix.

- ⤴ Le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, respectant les valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et tenant compte de sa culture, de ses croyances et de ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

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, avec pronostic réservé, doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services à proximité de sa communauté.
- ⤴ Les soins palliatifs 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, aussi bien sur le plan physique que moral pendant l'évolution de la maladie, s'avère incontournable, puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

4. LES INFORMATIONS AUX USAGERS

Elles sont disponibles sur le site Internet de l'établissement, soit toutes les informations requises concernant les documents suivants :

- ⤴ Le code d'éthique.
 - ⤴ Le programme clinique de soins de fin de vie.
 - ⤴ Le guide des droits des personnes en fin de vie sera déposé sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
 - ⤴ Autres documents du MSSS à l'attention de la population (documents papier) :
 - 📄 Deux brochures : *Droits de la personne en fin de vie* et *Directives médicales anticipées*.
 - 📄 Deux dépliants : *Aide médicale à mourir* et *Sédation palliative continue*.
- Les documents ont été transmis à tous les établissements du réseau nord-côtier.

5. L'OFFRE DE SERVICE

Les soins palliatifs de fin de vie sont offerts aux usagers nord-côtiers, peu importe la pathologie, et dans tous les milieux de prestation de soins. Dans les installations nord-côtières, ce sont les intervenants des équipes régulières (équipes multiprogrammes ou équipes interdisciplinaires) du soutien à domicile qui prennent en charge les patients nécessitant un suivi en soins palliatifs. Leurs principales fonctions concernent l'évaluation initiale des besoins, l'élaboration et le suivi du plan de soins. Il n'y a pas d'équipe spécifique au soutien à domicile en soins palliatifs. Toutefois, il existe un service de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui s'adresse à toute clientèle requérant des services.

Il y a des lits réservés en soins palliatifs dans toutes les installations, que ce soit en soins de courte durée, de longue durée ou dans les MSP.

Sur la Côte-Nord, il y a deux MSP :

- ▲ La Vallée des Roseaux, située à Baie-Comeau, possède sept lits et offre des soins palliatifs pour la population de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan.
- ▲ L'Élyme des sables, située à Sept-Îles, possède six lits et offre des soins palliatifs pour la population du territoire est de la Côte-Nord, soit de Port-Cartier à Blanc-Sablon.

Les deux maisons reçoivent des patients, de tout âge, atteints de maladies avec des pronostics réservés et offrent sans frais les soins requis aux patients en fin de vie. Ils font le suivi, donnent les soins visant le soulagement de la douleur, offrent la possibilité, par des séjours temporaires, d'accorder un répit aux proches lors d'une phase plus difficile de la maladie et leur transmettent de l'information. Les services offerts sont présentés sur leur site Internet respectif.

La Vallée des Roseaux offre également un service d'hôtellerie de deux chambres. Ce service permet aux malades provenant de l'extérieur d'être hébergés quand ils doivent passer des examens médicaux à l'Hôpital Le Royer. Selon la disponibilité, ces lits peuvent être accessibles pour des gens désirant visiter un proche en fin de vie. L'organisme opère aussi une ligne téléphonique (Fil d'espoir) d'écoute et d'entraide.

En juin 2014, La Vallée des Roseaux a procédé à l'ouverture officielle de son centre de jour, L'Hospitalière. Ce centre permet à une personne malade, une fois par semaine, de recevoir des soins physiques, de pratiquer certaines activités selon ses préférences, de socialiser, d'avoir accès à des soins

infirmiers et d'être écoutée et informée, et ce, pour permettre aux proches aidants de bénéficier d'un répit.

Une procédure de transfert vers les installations du CISSS ou vers une MSP est élaborée pour une personne à qui il est impossible de prodiguer des soins de fin de vie à domicile. Il y en a une aussi pour le transfert entre une installation du CISSS et d'une MSP.

6. LE RÔLE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Chaque année, le président-directeur général de l'établissement doit faire un rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique.

Le rapport doit notamment indiquer :

- ▲ 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 d'AMM administrées.
- ▲ Le nombre d'AMM qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.
- ▲ Le nombre de sédations palliatives continues et d'AMM administrées à domicile ou dans une MSP par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Le 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 (article 8).

Pour les deux ans, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi, le président-directeur général d'un établissement 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 (article 73).

7. LE RÔLE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), en collaboration avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement, doit :

- ▲ Adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'AMM. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés (article 33).
- ▲ Évaluer la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables (article 34).

8. LE RÔLE DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement doit, en collaboration avec le CMDP, travailler pour l'adoption des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et à l'AMM (article 33).

9. LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

9.1 Les conditions

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 (article 24).

9.2 Le consentement

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 (article 24).

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. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut pas être un mineur ou un majeur inapte (article 25).

9.3 L'avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la sédation palliative continue dans une des installations de l'établissement, dans les locaux de la MSP ou à domicile, doit en informer le CMDP dans les dix jours qui suivent son administration (article 34).

10. L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

10.1 Une demande d'AMM

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 doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux et de deux témoins qui le contresignent (article 26).

Lorsque la personne qui demande l'AMM 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. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut pas être un mineur ou un majeur inapte (article 27).

Un délai de dix jours francs (soit dix jours complets, en excluant le jour où la demande a été faite) doit s'écouler entre le moment où est faite la demande d'AMM et l'administration de l'AMM. Toutefois, il est possible de raccourcir ce délai si le médecin qui administrera l'AMM et le médecin ayant formulé le second avis jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente. Le délai indiqué dans ces circonstances est alors fixé par le médecin qui administrera l'AMM.

En tout temps et par tout moyen, une personne peut retirer sa demande d'AMM et, aussi, demander à reporter l'administration de l'AMM (article 28).

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne 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 également inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration (article 32).

10.2 Les conditions d'admissibilité

Pour obtenir l'AMM, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie.
- Être majeure et apte à consentir aux soins.
- Être en fin de vie.
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable.
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent pas être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables (article 26).

Il existe un dépliant produit par le MSSS, *Aide médicale à mourir*, auquel le citoyen et ses proches peuvent se référer afin d'obtenir davantage d'informations.

10.3 Les 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.
- ⤴ Que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter.
- ⤴ D'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

10.4 Un cas d'objection de conscience

Un médecin

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'AMM pour un motif qui n'est pas fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le président-directeur général ou toute autre personne qu'il a désignée et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. Le président-directeur général, ou la personne qu'il a désignée, 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.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'AMM, il doit, le plus tôt possible, en aviser le président-directeur général de l'instance locale qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée (article 31).

Un autre professionnel 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 (article 50).

10.5 Un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à l'AMM

Les membres du GIS du CISSS de la Côte-Nord sont :

- ⤴ M. Roger Dubé, médecin.
- ⤴ M^{me} Mireille Vigneault, infirmière.
- ⤴ M. Dave Charlton, pharmacien.

- ▲ M. Larry Imbeault, travailleur social.
- ▲ M^{me} Lise Boivin, coordonnatrice du GIS.

Ses fonctions :

- ▲ Le soutien aux équipes de soins qui le demandent dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'AMM.
- ▲ Le soutien aux décideurs de l'établissement qui le souhaitent quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

11. LES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés, au moyen des directives médicales anticipées, au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant des témoins en utilisant le formulaire prescrit par le ministre (articles 51 à 64) et, ensuite, le transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour qu'il soit déposé dans le registre des directives médicales anticipées.

11.1 Les conditions

- ▲ Les directives médicales anticipées s'appliquent uniquement en cas d'incapacité à consentir aux soins.
- ▲ Le formulaire limite les directives médicales anticipées à des situations cliniques précises.
- ▲ Les directives médicales anticipées peuvent être déposées au registre ou au dossier médical par un professionnel de la santé.
- ▲ En vertu de l'article 51, une demande d'AMM ne peut pas être formulée au moyen des directives médicales anticipées.

11.2 Le consentement

Les directives médicales anticipées ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les directives médicales ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé, qui y ont accès, ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

12. LES AUTRES DISPOSITIONS

Cette politique entre en vigueur en même temps que la *Loi concernant les soins de fin de vie*, soit le 10 décembre 2015.



ANNEXES

A– DÉFINITIONS

Usagers

Toute personne qui reçoit des services de santé ou des services sociaux dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement ou à domicile.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, qui n'est pas un professionnel de la santé, à une personne ayant une perte d'autonomie est considérée comme proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Maisons de soins palliatifs

Les maisons de soins palliatifs sont des organismes privés, sans but lucratif, gérés par des conseils administratifs indépendants, qui font une large place à la contribution des bénévoles. Elles sont titulaires d'un agrément délivré par le ministre, ce qui leur permet d'offrir des soins aux personnes en fin de vie et à soutenir les proches jusqu'à la phase du deuil. Leur statut face à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) a été clarifié par les modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs, mises en place en 2008.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages du traitement, qu'elle le reçoive ou non.

Arrêt de traitement

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

Refus de soin

Fait, par une personne, de refuser de recevoir un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée dans un centre hospitalier.

Pronostic réservé

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

Sédation palliative continue

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

Aide médicale à mourir

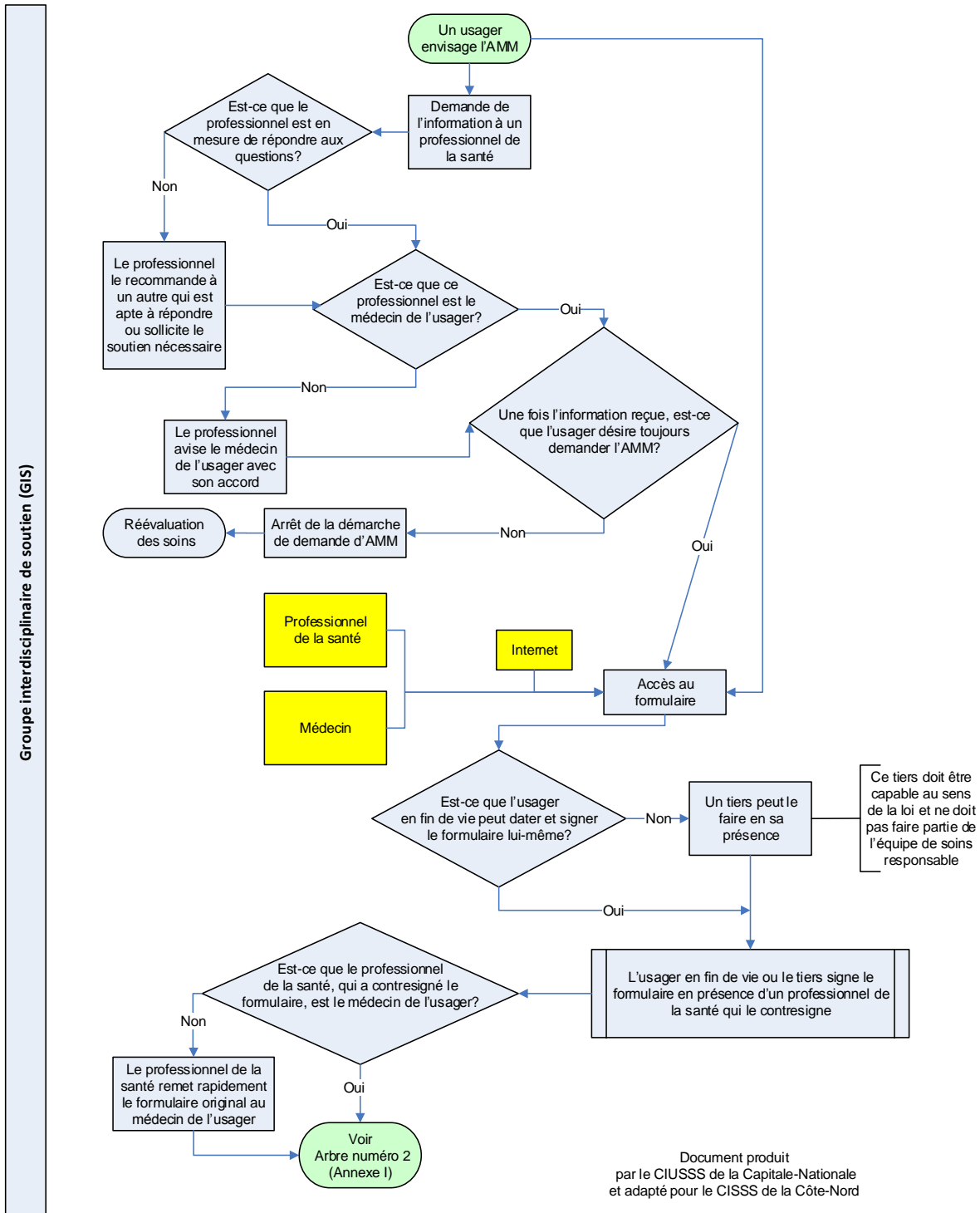
Un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Directives médicales anticipées

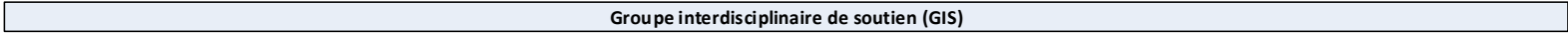
Les directives médicales anticipées consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux spécifiques qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à ces soins dans des situations cliniques particulières. La Loi concernant les soins de fin de vie n'oblige pas la personne à émettre des directives médicales anticipées. En effet, il est de la responsabilité de la personne de décider si elle formalise ses volontés de cette manière.

B– ARBRES DÉCISIONNELS « DEMANDE D'AMM »

Demande d'information et accès au formulaire CIUSS de la Côte-Nord Arbre décisionnel numéro 1

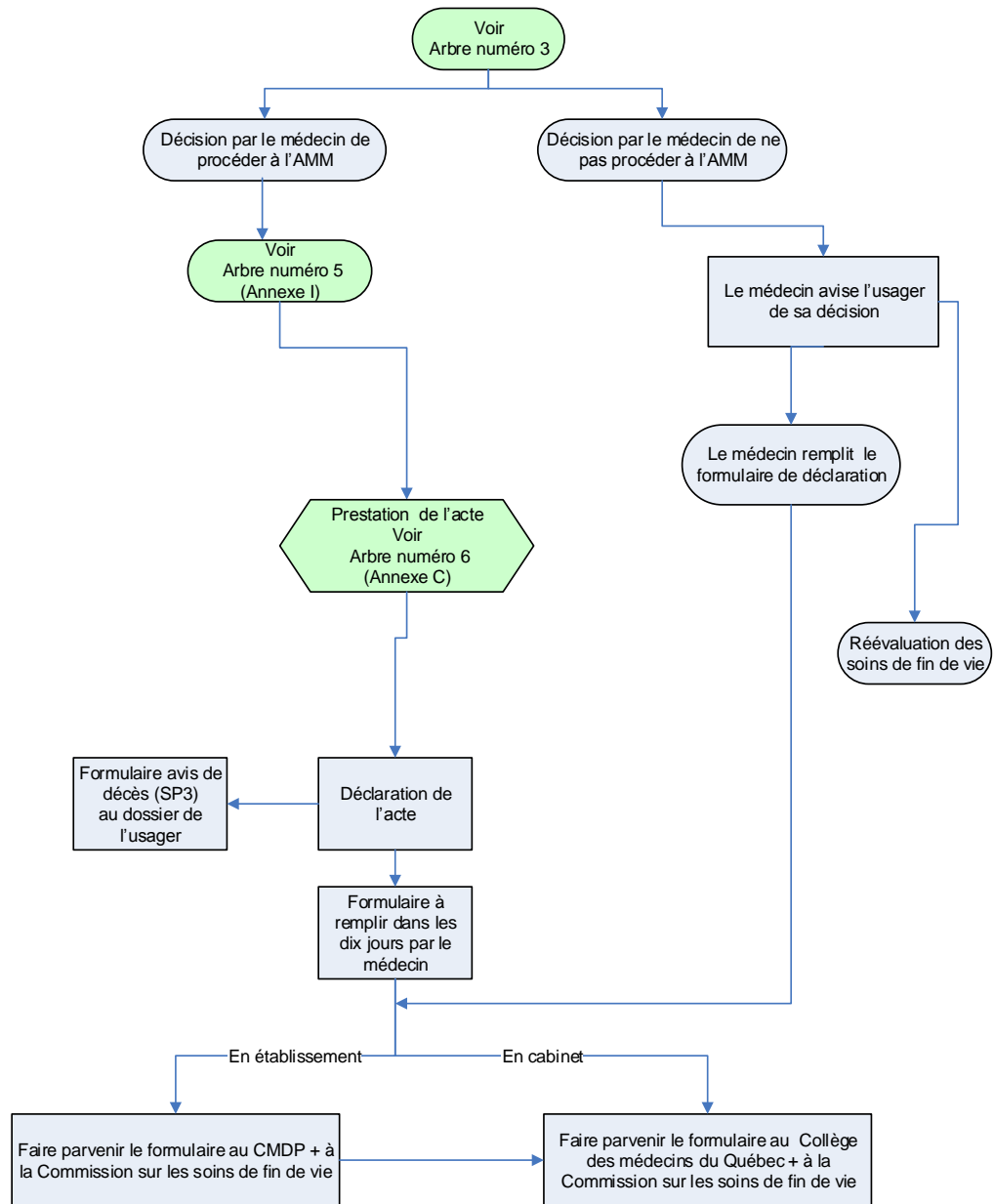


Arbre décisionnel numéro 3



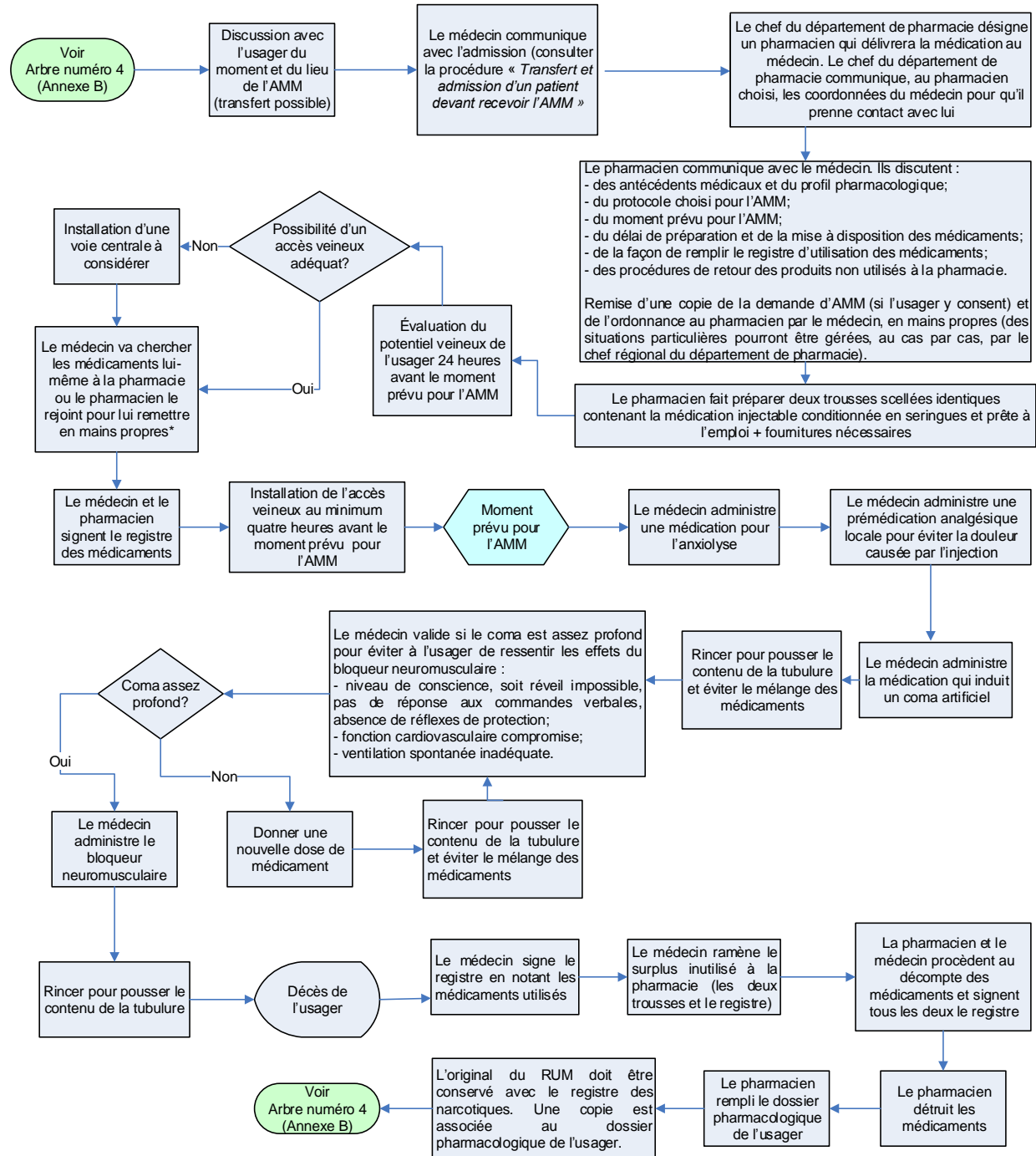
Décision et déclaration
CISSS de la Côte-Nord
Arbre décisionnel numéro 4

Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)



C- ARBRE DÉCISIONNEL « ADMINISTRATION DE L'AMM »

Administration de l'AMM CISSS de la Côte-Nord Arbre décisionnel numéro 6



* Exceptions possibles, consulter l'annexe H.

Document produit
par le CIUSSS de la Capitale-Nationale
et adapté pour le CISSS de la Côte-Nord

Aide médicale à mourir (AMM)

DOCUMENT INTÉGRAL PRODUIT PAR LES ORDRES PROFESSIONNELS. POUR LA PROCÉDURE RÉGIONALE, VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE H.

Aide-mémoire

Le bésylate d'atracurium, bien que mentionné dans la présente annexe, n'est plus disponible.
Consulter l'annexe G pour la médication complète.



Préambule

Raisonnement clinique, jugement, patient

Étapes	À faire	Fait	Décisions/précisions	GIS
Évaluation de la demande d'aide médicale à mourir¹				
Aptitude à consentir aux soins d'une personne majeure	Évaluation clinique de l'incapacité à consentir aux soins.	<input type="checkbox"/>	Incapacité avérée à consentir aux soins : L'AMM n'est pas une option. Réévaluer les soins et remplir le formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'AMM ² , et le transmettre au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou au Collège des médecins du Québec (CMQ).	Coordination : Consultation d'autres professionnels Administration : Formulaire
		<input type="checkbox"/>	Aptitude à consentir aux soins : L'AMM demeure une option.	
Indications cliniques de l'AMM	Évaluation des indications cliniques <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des souffrances : Souffrances constantes et insupportables? Évaluation du pronostic vital : Patient en fin de vie? Élaboration du diagnostic : Maladie grave, incurable et déclin avancé et irréversible des capacités? 	<input type="checkbox"/>	Non, à l'une au moins des indications cliniques : L'AMM n'est pas une option. Réévaluer les soins et remplir le formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'AMM ³ , et le transmettre au CMDP ou au CMQ.	Coordination : Consultation d'autres professionnels Administration : Formulaire
		<input type="checkbox"/>	Oui à l'ensemble des indications : L'AMM demeure une option. Discussion sur l'ensemble des soins de fin de vie.	
Convictions personnelles du médecin	Objection de conscience du médecin?	<input type="checkbox"/>	Oui : Aviser le plus tôt possible les instances responsables afin qu'elles trouvent un autre médecin. Ne pas abandonner le patient. Continuer à lui prodiguer les meilleurs soins.	Coordination : Recherche d'un médecin volontaire
		<input type="checkbox"/>	Non : Poursuivre la procédure, tout en continuant à prodiguer les meilleurs soins.	
Suivi de la demande d'AMM jugée recevable				
Entretiens	Avec le patient <ul style="list-style-type: none"> Caractère libre et éclairé de sa demande? Persistance de ses souffrances? Volonté réitérée d'obtenir l'AMM? Avec les proches , si le patient le souhaite. Avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.	<input type="checkbox"/>	Non, en réponse à l'une au moins de ces questions : L'AMM n'est pas une option. Réévaluer les soins et remplir le formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'AMM ⁴ , et le transmettre au CMDP ou au CMQ. Oui, en réponse à l'ensemble de ces questions L'AMM demeure une option.	Administration : Formulaire Coordination : Soutien psychologique, enjeux éthique, gestion de conflits, etc.
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Recherche d'un consensus même si le médecin est ultimement le seul responsable de la décision.	

¹ Pour plus de détails, consulter l'annexe II du Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir : Arbre décisionnel, p. 56-58.

² Annexe XI : Formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'AMM, p. 85.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Étapes	À faire	Fait	Décisions/précisions	GIS
Convictions personnelles du pharmacien	Objection de conscience du pharmacien?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui : Le pharmacien avise sans tarder les instances responsables ou les organismes de soutien, qui devront trouver une pharmacie capable de répondre à la demande. Non : Le pharmacien répond à la demande.	Coordination : Recherche d'un pharmacien volontaire, lien avec le CRSP
Administration de l'AMM et travail d'équipe				
Dans les 24 heures précédant l'AMM : Évaluation du potentiel veineux	UNE VOIE VEINEUSE PRÉCAIRE EST UNE CONTRE-INDICATION ABSOLUE À L'ADMINISTRATION DE L'AMM			
	Identification à l'avance d'un deuxième site potentiel, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et prévision le cas échéant du matériel et des médicaments de même que de l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence.	<input type="checkbox"/>	En cas d'impossibilité d'installer un accès veineux périphérique, la pose d'une voie centrale est à planifier.	
Dans les 4 heures précédant l'AMM : Installation de l'accès veineux	Assurance que le cathéter est bien inséré et perméable.	<input type="checkbox"/>	Calibre du cathéter : 20 g (18 à 22 G, en adaptant le débit d'injection).	
Convictions personnelles de l'infirmière	Objection de conscience de l'infirmière?	<input type="checkbox"/>	Avis sans tarder aux instances responsables, telle la directrice des soins infirmiers de l'établissement. Elles feront le nécessaire pour trouver une infirmière en mesure d'apporter les soins et le soutien appropriés au patient et à ses proches.	Coordination : Recherche d'une infirmière volontaire
Explication à donner au patient et aux personnes présentes (proches et soignants)	AMM : anxiolyse, induction d'un coma artificiel et arrêt cardiorespiratoire. <ul style="list-style-type: none">Modalités du geste (effet immédiat, délai, etc.)Risques qu'il comprendPrincipale complication appréhendée (perte de l'accès veineux).Procédure qui suivra l'AMM.	<input type="checkbox"/>	Le médecin doit s'assurer du maintien de la volonté du patient d'être aidé à mourir à chaque étape du processus et jusqu'au moment de procéder à l'AMM.	
		<input type="checkbox"/>	Respecter l'heure convenue. Choisir un lieu paisible et approprié.	
		<input type="checkbox"/>	Informers les personnes présentes et agir avec compassion et dans le respect de la dignité de chacun.	
		<input type="checkbox"/>	Atténuer les aspects techniques et éviter les interruptions.	
		<input type="checkbox"/>	Le médecin doit accompagner le patient et rester près de lui jusqu'à son décès.	
Préalables	Vérification : <ul style="list-style-type: none">Des médicaments du patient, en particulier les analgésiquesD'une oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	Poursuivre une analgésie en cours jusqu'au moment de l'AMM	
		<input type="checkbox"/>	Si le patient est sous oxygénothérapie, la cesser dès le début de la procédure	
Administration des médicaments en 3 temps : Anxiolyse Induction du coma Injection du bloqueur neuromusculaire	Le médecin doit administrer lui-même l'AMM. La procédure peut durer de 20 à 30 minutes.			
	Vérification de l'accès veineux	<input type="checkbox"/>	Administrer : NaCl 0.9 % 10 ml IVD	
	1. Anxiolyse	<input type="checkbox"/>	Midazolam 2.5 à 10 mg (2.5 à 10 ml) à titrer selon la réponse du patient IVD en 3 à 5 minutes	
	2. Induction du coma 2.1 Anesthésie locale pour diminuer la douleur consécutive à l'injection de l'inducteur de coma	<input type="checkbox"/> <u>Ou</u> <input type="checkbox"/>	Lidocaïne 2 % 40 mg (2 ml) IVD en 30 secondes <u>Ou</u> Magnésium 1000 mg (10ml) IVD lente en 5 minutes	

Étapes	À faire	Fait	Décisions/précisions	GIS								
	<div>2.2 Induction du coma</div> <div>Assurance que toute la dose d’inducteur de coma a été injectée dans la veine et prévention d’une réaction de précipitation dans la seringue au contact du bloqueur neuromusculaire.</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><u>Ou</u></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Propofol 1000 mg (2 x 50 ml) IVD lente en 5 minutes (répéter 1X au besoin).</div> <div><u>Ou</u></div> <div>Phénobarbital 3000 mg (50 ml) IVD lente en 5 minutes (répéter 1 x au besoin).</div> <div>NaCl 0.9 % 10 ml IVD.</div>									
	Vérification de l’installation du coma	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Coma artificiel</div> <table><thead><tr><th>Critères physiologiques</th><th>Signes cliniques</th></tr></thead><tbody><tr><td>Niveau de conscience</td><td>Réveil impossible, pas de réponse aux commandes verbales, absence de réflexes de protection (perte du réflexe ciliaire, notamment)</td></tr><tr><td>Fonction cardiovasculaire</td><td>Compromise</td></tr><tr><td>Fonction respiratoire</td><td>Ventilation spontanée inadéquate</td></tr></tbody></table>	Critères physiologiques	Signes cliniques	Niveau de conscience	Réveil impossible, pas de réponse aux commandes verbales, absence de réflexes de protection (perte du réflexe ciliaire, notamment)	Fonction cardiovasculaire	Compromise	Fonction respiratoire	Ventilation spontanée inadéquate	
	Critères physiologiques	Signes cliniques										
	Niveau de conscience	Réveil impossible, pas de réponse aux commandes verbales, absence de réflexes de protection (perte du réflexe ciliaire, notamment)										
	Fonction cardiovasculaire	Compromise										
	Fonction respiratoire	Ventilation spontanée inadéquate										
Après vérification, reste-t-il un moindre doute quant à l’installation du coma?	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Oui : Poursuivre l’induction en augmentant la dose de l’inducteur du coma. Vérifier à nouveau l’installation du coma et si aucun doute : Administrer NaCl 10 % et injecter le bloqueur neuromusculaire.</div> <div>Non, aucun doute : Administrer NaCl 10 % et injecter le bloqueur neuromusculaire.</div>										
Arrêt cardiorespiratoire durant l’induction du coma?	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Oui : Injecter systématiquement le bloqueur neuromusculaire.</div> <div>Non : Injecter systématiquement le bloqueur neuromusculaire.</div>										
1. Bloqueur neuromusculaire	<div>S’assurer que toute la dose de bloqueur neuromusculaire a été injectée dans la veine.</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><u>Ou</u></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><u>Ou</u></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Bésylate de cisatracurium 30 mg (15 ml) IVD rapide.</div> <div>Ou</div> <div>Bésylate d’atracurium 100 (10 ml) IVD rapide.</div> <div><u>Ou</u></div> <div>Bromure de rocuronium 200 mg (20 ml) IVD rapide.</div> <div>NaCl 0.9 % 10 ml IVD.</div>									

Étapes	À faire	Fait	Décisions/précisions	GIS
	Remplir le registre d'utilisation des médicaments.	<input type="checkbox"/>	Indiquer la date, les volumes administrés et parapher chacune des cases appropriées.	
Ces recommandations pourraient ne pas être les plus appropriées dans certaines situations particulières. Toute déviation au protocole recommandé devrait être justifiée et documentée.				
APRÈS L'AMM				
Juste après le décès	Demeurer présent, au chevet.	<input type="checkbox"/>	Entretiens avec les proches.	
		<input type="checkbox"/>	Entretiens avec l'équipe interdisciplinaire.	
	Récupérer les médicaments et le matériel non utilisés.	<input type="checkbox"/>	2 ^{me} paragraphe du médecin dans le RUM.	
À la suite du décès				
Retour des trousses de médicaments à la pharmacie par le médecin	Rapporter les médicaments et le matériel restant à la pharmacie.	<input type="checkbox"/>	3 ^{me} paragraphe du médecin et du pharmacien dans le RUM.	
	Comptabiliser les médicaments restants avec le pharmacien.	<input type="checkbox"/>	4 ^{me} paragraphe du médecin et du pharmacien dans le RUM.	
	Procéder à la destruction des médicaments restants avec le pharmacien.	<input type="checkbox"/>	Le pharmacien garde l'original du RUM et le consigne au dossier pharmacologique.	
	Discussion avec le pharmacien : du déroulement de l'AMM, des problèmes survenus le cas échéant et des façons d'améliorer le processus.	<input type="checkbox"/>		
Suivi et travail de deuil	Auprès des : <ul style="list-style-type: none"> Proches. Équipe interdisciplinaire. Médecin(s). 		Références : <ul style="list-style-type: none"> équipe interdisciplinaire, centre local de services communautaires (CLSC) ou groupe communautaire offrant des suivis de deuil. réunion d'équipe, groupe de parole, consultation individuelle auprès d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un thérapeute conjugal et familial, programme d'aide aux employés (PAE) de l'établissement. collègues et/ou instances à leur disposition, tels qu'un groupe de parole dans un établissement, ou encore le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). 	Coordination : Recherche des ressources appropriées
Déclarations	Inscription au dossier médical de tout renseignement ou document en lien avec une demande d'AMM, dont : <ul style="list-style-type: none"> Formulaire de demande d'AMM. Motifs de la décision du médecin. Avis du 2^d médecin consulté, le cas échéant. Copie du RUM, le cas échéant. Dates et résumés des rencontres avec les proches du patient. Dates et résumés des rencontres avec l'équipe interdisciplinaire. Décision du patient de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration, le cas échéant. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Constat de décès (formulaire DEC-101) et bulletin de décès (formulaire SP-3).	<input type="checkbox"/>	La maladie ou l'affection morbide ayant justifié l'AMM et provoqué la mort est apportée comme cause immédiate de décès.	

Étapes	À faire	Fait	Décisions/précisions	GIS
	<p>Vérification de la conformité à la loi et évaluation de la qualité de l'acte.</p> <p>Formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'aide médicale à mourir⁸.</p> <p>L'AMM a-t-elle été administrée?</p>	<div> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> </div>	<p>Oui : transmettre le formulaire dans les 10 jours suivant le décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> Quel que soit le lieu d'exercice du médecin : À la Commission sur les soins de fin de vie (Parties 1 et 3 du formulaire seulement). Selon le lieu d'exercice du médecin⁹ : Au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), ou au Collège des médecins du Québec (CMQ). <p>Non : transmettre le formulaire dans les 10 jours après que la décision a été prise de ne pas administrer l'AMM :</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le lieu d'exercice du médecin : Au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), ou au Collège des médecins du Québec (CMQ). 	<p>Administration : Formulaire</p>

⁸ Annexe XI : Formulaire d'avis du médecin qui a accompagné une personne ayant demandé l'aide médicale à mourir, p.85.

⁹ Si le médecin exerce dans un centre exploité par un établissement : transmission du formulaire au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), au chef du service médical ou au médecin responsable des soins médicaux de l'établissement. Si le médecin exerce en cabinet privé de professionnel, transmission du formulaire au Collège des médecins du Québec (CMQ).

E- FORMULAIRE « DEMANDE D'AMM »



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom		
Prénoms		
Date de naissance		
Sexe		
Adresse		
Signature		
Date		

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

de m'administrer

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

Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire² :

Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Date
		Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Date
		Année Mois Jour

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

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

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



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

Section B – Formulaire de demande d'aide médicale à mourir (suite)				
<p><i>Si le formulaire de demande a été signé par un tiers, en votre présence :</i></p> <p>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? <input type="checkbox"/> Oui, justifier <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p><i>Si le formulaire de demande a été contresigné par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux :</i></p> <p>Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été signé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Titre d'emploi du professionnel :</p> <p><i>Si le formulaire de demande a été signé par un tiers :</i></p> <p>• 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? <input type="checkbox"/> Oui, justifier <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p>Date de votre entretien avec le professionnel qui a contresigné le formulaire de demande : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table></p>		Année	Mois	Jour
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

N° 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'usager

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'utilisateur	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 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 lois.

Nom de l'usager	N° 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"/> Établissement public			<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"/> Commission sur les soins de fin de vie le :				
<input type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le :					<input type="checkbox"/> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le :				
<input type="checkbox"/> Collège des médecins du Québec (CMQ) le :					<input type="checkbox"/> Collège des médecins du Québec (CMQ) le :				

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



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

PARTIE 2

Nom			
Prénoms			
Date de naissance		Année	Mois
M et dernière syllabe		Année	Mois
Adresse		Épave	
Code postal	et de	tel. req.	

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 : <input type="checkbox"/> En médecine familiale <input type="checkbox"/> Autre spécialité, préciser :
2. Aviez-vous une relation thérapeutique avec la personne avant de l'accompagner pour l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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	

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

Nom de l'usager

N° de dossier

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :

- ☐ Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager
☐ Du protocole choisi
☐ Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir

- ☐ Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments
☐ De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments
☐ Des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie

Si non, expliquer :

9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse?

- ☐ Non ☐ Oui, expliquer

10. Avez-vous rendu des médicaments non utilisés au pharmacien?

- ☐ Oui ☐ Non, expliquer

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

- ☐ Oui ☐ Non, expliquer

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

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

13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir?

- ☐ Oui ☐ Non, expliquer

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

15. Commentaires additionnels :



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		Année	Mois Jour
Adresse			
Code postal		Ind. rég.	Téléphone

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



DT9234

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

Nom			
Prénoms			
Date de naissance		Année	Mois
Journée		Année	Mois
Adresse		Quartier	
Code postal		Il de	Province
Tél. de		Tél. de	
résidence		bureau	

1. Quel est votre statut, professionnel ou personnel :										
<ul style="list-style-type: none"> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
3. À quelle date avez-vous reçu la demande de consultation du médecin en lien avec la demande d'aide médicale à mourir? <table border="1" style="float: right;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>		Année	Mois	Jour						
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?										
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
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?										
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
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 lois.

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.

**G- PROTOCOLE CLINIQUE SUR L'AMM ET REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS D'AMM
À L'INTENTION DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN**

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord



TOUTES LES INSTALLATIONS

**ORDONNANCE MÉDICALE
AIDE MÉDICALE À MOURIR**

Administration prévue de l'AMM : Date : 20____/____/____ Heure : ____h____

Préambule	<p>L'AMM se définit comme un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.</p> <p>Cette ordonnance est appliquée dans le cadre de la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i>.</p>
Rinçage du dispositif d'injection	<ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9 %, 1 seringue de 10 mL I.V., afin de vérifier la perméabilité du cathéter, avant le début de l'anxiolyse.
Anxiolyse	<p><input type="checkbox"/> Midazolam (Versed®) 1 mg/mL Posologie : 2,5 à 10 mg (2,5 à 10 mL) I.V. en 2 minutes à titrer selon la réponse de l'usager. Quantité par trousse : 1 seringue de 10 mg (10 mL).</p>
Anesthésique local (sélectionner un seul)	<p><input type="checkbox"/> Lidocaïne 2 % sans épinéphrine (Xylocaïne®) (20 mg/mL) Posologie : 40 mg (2 mL) I.V. en 30 secondes. Quantité par trousse : 1 seringue de 40 mg (2 mL). *****Si non disponible ou allergie/intolérance à la lidocaïne*****</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium 50 % (500 mg/mL) Posologie : 1000 mg (2 mL) à compléter ad 10 mL de NaCl 0,9 % I.V. lentement (5 minutes). Quantité par trousse : 1 seringue de 1000 mg (2 mL à compléter ad 10 mL de NaCl 0,9 %).</p>
Inducteur du coma (sélectionner un seul)	<p><input type="checkbox"/> Propofol (Diprivan®) 10 mg/mL Posologie : 1000 mg (100 mL) I.V. lentement (5 minutes). Quantité par trousse : 4 seringues de 500 mg (50 mL). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose jusqu'au niveau désiré. ****Si non disponible ou allergie/intolérance au propofol****</p> <p><input type="checkbox"/> Phénobarbital 120 mg/mL Posologie : 3000 mg (25 mL) à compléter ad 50 mL de NaCl 0,9 % I.V. lentement (5 minutes). Quantité par trousse : 2 seringues de 3000 mg (25 mL à compléter ad 50 mL de NaCl 0,9 %). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose jusqu'au niveau désiré.</p>

C.M.D.P.	
Approuvé :	Révisé :

Nom : _____ Numéro de dossier : _____

Rinçage du dispositif d'injection	<ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9 %, 1 seringue de 10 mL I.V. après l'injection de l'inducteur du coma. • Rincer de nouveau avec NaCl 0,9 %, 1 seringue de 10 mL I.V. si des doses supplémentaires d'inducteur du coma sont requises.
Bloqueur neuromusculaire (sélectionner un seul)	<input type="checkbox"/> Cisatracurium (Nimbex®) 2 mg/mL Posologie : 30 mg (15 mL) I.V. rapide. Quantité par trousse : 1 seringue de 30 mg (15 mL). ****Alternative si non disponible**** <input type="checkbox"/> Rocuronium (Zemuron®) 10 mg/mL Posologie : 200 mg (20 mL) I.V. rapide. Quantité par trousse : 1 seringue de 200 mg (20 mL).
Rinçage du dispositif d'injection	<ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9 %, 1 seringue de 10 mL I.V. après l'injection du bloqueur neuromusculaire.
Matériel (quantité totale à répartir en deux trousse)	<ul style="list-style-type: none"> • 2 x 3 Tampons désinfectants • 2 x 2 Compresses de gaze 10 cm x 10 cm • 2 x 1 Cathéter court 18 G • 2 x 2 Cathéters courts 20 G • 2 x 1 Cathéter court 22 G (si difficulté à installer un cathéter de plus gros calibre) • 2 x 1 Rallonge courte (si utilisation d'un dispositif d'accès veineux intermittent) • 2 x 2 Dispositifs d'accès veineux intermittent • 2 x 2 Pansements occlusifs stériles transparents • 2 x 1 Ruban adhésif • 2 x 15 Aiguilles 18G • 4 Seringues de NaCl 0,9 % 10 mL
Particularités	<p>Pour le pharmacien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments et le matériel doivent être fournis dans deux trousse identiques scellées; • Chaque médicament doit être préparé en respectant la <i>norme 2014.01 – Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie</i>. Ils doivent être étiquetés au nom des usagers et être numérotés selon l'ordre prévu d'administration. <p>Pour le médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joindre une copie de la demande d'AMM signée par l'utilisateur, s'il y consent; • Compléter le registre d'utilisation des médicaments d'aide médicale à mourir avec le pharmacien; • Rapporter tous les médicaments et le matériel inutilisé ainsi que les emballages et seringues vides au département de pharmacie après l'administration des médicaments.

_____	_____	_____	_____
Date	Heure	Signature du médecin	N° pratique
_____	_____	_____	_____
Date	Heure	Signature du pharmacien	N° pratique

REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS D'AIDE MÉDICALE À MOURIR À L'INTENTION DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____

NOM DU PHARMACIEN : _____

N° DE PERMIS D'EXERCICE : _____

N° DE PERMIS D'EXERCICE : _____

TROUSSE N° 1 – Médicaments														
Trousse (n° du scellé)	Médicament		Posologie	Remis au médecin			Injecté		Retourné à la pharmacie			Détruit		
				Date :			Date :		Date :			Date :		
	Nom	Teneur		Format seringue (ml)	Md*	Phm*	Qté (ml)	Md*	Qté (ml)	Md*	Phm*	Qté (ml)	Md*	Phm*
Anxiolyse - Benzodiazépine														
	Midazolam	1 mg/ml	2,5 à 10 mg à titrer	10 ml										
Anesthésique local**														
	Lidocaïne 2 % (sans épinéphrine)	20 mg/ml	40 mg	2 ml										
	Sulfate de magnésium	500 mg/ml	1000 mg	2 ml										
Inducteur de coma***														
	Propofol	10 mg/ml	4 x 500 mg	4 x 50 ml										
	Phénobarbital	120 mg/ml	2 x 3000 mg	2 x 50 ml										
Bloqueur neuromusculaire****														
	Cisatracurium	2 mg/ml	30 mg	15 ml										
	Rocuronium	10 mg/ml	200 mg	20 ml										
Rinçage de la seringue														
	NaCl	0,9 %	4 x 10 ml	4 x 10 ml										

Qté : quantité

* : parapher

** : un seul anesthésique doit être mis dans la trousse

*** : un seul inducteur de coma doit être mis dans la trousse

**** : un seul bloqueur neuromusculaire doit être mis dans la

REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS D'AMM À L'INTENTION DU MÉDECIN ET DU PHARMACIEN

TROUSSE N° 2 – Médicaments														
Trousse (n° du scellé)	Médicament		Posologie	Remis au médecin			Injecté		Retourné à la pharmacie			Détruit		
				Date :			Date :		Date :			Date :		
	Nom	Teneur		Format seringue (ml)	Md*	Phm*	Qté (ml)	Md*	Qté (ml)	Md*	Phm*	Qté (ml)	Md*	Phm*
Anxiolyse - Benzodiazépine														
	Midazolam	1 mg/ml	2,5 à 10 mg à titrer	10 ml										
Anesthésique local**														
	Lidocaïne 2 % (sans épinéphrine)	20 mg/ml	40 mg	2 ml										
	Sulfate de magnésium	500 mg/ml	1000 mg	2 ml										
Inducteur de coma***														
	Propofol	10 mg/ml	4 x 500 mg	4 x 50 ml										
	Phénobarbital	120 mg/ml	2 x 3000 mg	2 x 50 ml										
Bloqueur neuromusculaire****														
	Cisatracurium	2 mg/ml	30 mg	15 ml										
	Rocuronium	10 mg/ml	200 mg	20 ml										
Rinçage de la seringue														
	NaCl	0,9 %	4 x 10 ml	4 x 10 ml										

Qté : quantité

* : parapher** : un seul anesthésique doit être mis dans la trousse

*** : un seul inducteur de coma doit être mis dans la trousse **** : un seul bloqueur neuromusculaire doit être mis dans la trousse

Aide médicale à mourir (AMM)

Procédure temporaire pour les pharmaciens
adaptée pour le CISSS de la Côte-Nord



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

Contexte

La loi concernant les soins de fins de vie a été adoptée le 10 juin 2014 et est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Elle précise les droits relatifs des usagers aux soins de fin de vie, notamment celui d'obtenir des soins de fin de vie requis par leur état de santé, dont l'aide médicale à mourir (AMM) qui constitue l'une des options d'interventions possibles. La Loi comporte des règles particulières qui spécifient l'encadrement et l'organisation de ces interventions en fin de vie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle définit les modalités particulières de la sédation palliative continue et de l'aide médicale à mourir. La Loi institue également la Commission sur les soins de fin de vie, chargée d'évaluer son application. Enfin, elle met en place un régime de directives médicales anticipées, et détermine les conditions de leur respect.

La Loi prévoit que les établissements de santé « adoptent des protocoles cliniques applicables à [...] l'AMM » qui devront « respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés » art.33

À cet effet, le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) ont publié un guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir en août 2015. Deux autres guides sont également disponibles, l'un consacré aux soins médicaux dans les derniers jours de la vie et l'autre traitant de la sédation palliative.

Les établissements de santé du Québec doivent mettre en place les dispositions nécessaires afin de répondre aux besoins de leurs usagers en fin de vie que l'usager choisisse de mourir à domicile, en maison de soins palliatifs ou en établissement de santé.

Le guide d'exercice du Collège des médecins et de ses collaborateurs, les lignes directrices du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir ainsi que la création des Groupes interdisciplinaires de soutien (GIS) au sein des établissements de santé viennent mettre en place l'encadrement nécessaire pour répondre aux besoins particuliers des usagers en fin de vie.

Il faut faire très attention de ne pas considérer la loi et les normes comme simplement des procédures à appliquer sans raisonner. Il faut prendre en considération les besoins des usagers et respecter en tout temps leur choix et leur liberté de décider pour eux-mêmes. La Loi elle-même considère l'AMM comme une option d'intervention en soins de fin de vie et l'encadre comme tel. Elle laisse toute la place au jugement clinique et au respect des droits des usagers

La procédure proposée dans ce document tient compte d'une situation temporaire et exceptionnelle du fait que les médicaments ne sont disponibles qu'en établissement de santé lors de l'entrée en vigueur de la Loi. Les départements de pharmacie des établissements de santé doivent soutenir les médecins tout au long du processus de l'AMM et assurer la préparation et la distribution des trousses que l'usager décide de mourir en établissement de santé (ES), à domicile ou en maisons de soins palliatifs. Elle sera aussitôt révisée lorsque la situation sera rétablie et que les médicaments seront inscrits à la liste du Régime général d'assurance-médicaments du Québec (RAMQ). Il sera donc important de maintenir un lien avec le pharmacien communautaire de l'usager puisque ce dernier prendra par la suite la relève pour les usagers qui décident de recevoir l'AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs.

Ce document est fortement inspiré de la procédure type proposée par l'Ordre des pharmaciens du Québec. De légères adaptations y ont été faites pour refléter la réalité de notre région.

PRINCIPES GÉNÉRAUX QUI SOUS-TENDENT L'APPLICATION DE CETTE PROCÉDURE

- L'AMM est une option d'intervention en fin de vie, mais elle se distingue en ce sens que le geste est loin d'être anodin et les répercussions, importantes pour l'usager, sa famille et l'équipe de soins impliquée. Il ne faut pas sous-estimer l'AMM, son unicité, sa rareté ainsi que toute l'angoisse et l'anxiété qui vont l'entourer. L'AMM mérite un effort de collaboration exceptionnel, en dehors du cadre de notre travail usuel, en tout respect pour ces usagers en fin de vie qui souffrent tellement qu'ils ne peuvent plus souhaiter rien d'autre que leur mort.
- L'usager doit être au cœur des préoccupations et doit être le moteur de toute action entourant le processus de l'aide médicale à mourir. Sa décision de choisir son médecin et son pharmacien ou tout autre professionnel pour l'accompagner dans sa démarche prime avant toute autre considération de nature logistique ou administrative et doit être respectée.
- Pour ces raisons, la mise en place d'une démarche de collaboration étroite et systématique permettant au médecin de centrer ses actions sur l'usager en fin de vie et son entourage est essentielle et incontournable.
- Le succès d'une telle démarche se base sur la force et la qualité de la communication entre les professionnels impliqués, dont le pharmacien. Le respect des dernières volontés de l'usager et de son entourage commande cette communication étroite entre le médecin et le pharmacien.
- L'application de l'AMM en pratique amènera toutes sortes de situations particulières qu'il est impossible de circonscrire dans un guide ou une procédure. Ces situations seront discutées au cas par cas et divers moyens technologiques ou autres existent pour les résoudre. Les mécanismes de collaboration médecins-pharmaciens ainsi que le respect des droits des usagers devront cependant en tout temps être respectés.
- Le territoire du CISSS de la Côte-Nord étant très étendu, avec plusieurs secteurs éloignés et isolés, des défis majeurs attendent les professionnels impliqués dans l'offre de ce soin de fin de vie, y compris les pharmaciens. Afin de répondre aux exigences de la Loi, dont celui d'être en mesure d'offrir l'AMM à tout usager qui répond aux critères, dans le milieu de son choix, certaines adaptations aux procédures recommandées par l'OPQ sont nécessaires et sont reflétées dans cette procédure.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- En pharmacie communautaire, tout document relatif à l'AMM (ordonnance, registre, notes au dossier pharmacie, etc.) doit être conservé pour une période d'au moins deux ans.
- En établissement de santé, le dossier de l'établissement est considéré comme le « dossier patient » et le registre des ordonnances. C'est la responsabilité de l'établissement d'établir un calendrier de conservation conforme à la Loi sur les archives pour les différents documents inclus au dossier de l'usager, y compris les ordonnances. Pour les documents non pris en compte par les archives, le département de pharmacie conserve tous les documents ayant servi à l'AMM pour une période d'au moins deux ans.
- Les ordonnances, la copie de la demande d'AMM et le registre d'utilisation des médicaments (RUM) sont numérisés selon les procédures en vigueur dans l'établissement et associés au dossier pharmacologique de l'usager (lorsqu'applicable).
- Le RUM assure la traçabilité de ce qui a été remis, administré, retourné et détruit pendant le processus de l'AMM. Il constitue une preuve importante dans le processus de l'évaluation de la qualité de l'acte.
- Les originaux de l'ordonnance et de la demande d'AMM sont conservés dans le dossier médical de l'usager. Les originaux des RUM sont conservés avec les registres de narcotiques.
- Si la préparation du matériel pour l'installation de l'accès veineux est prise en charge par les soins infirmiers, que l'usager soit en ES, à domicile ou en maison de soins palliatifs, il faut que soit prévu d'emblée, le double du matériel au cas où il y aurait perte de l'accès veineux durant l'AMM.
- Le pharmacien responsable de l'AMM doit cependant prévoir la disponibilité dans les trousses du matériel servant à son administration, soit les aiguilles ou les adaptateurs sans aiguille ainsi que les rallonges courtes si un dispositif d'accès veineux intermittent est utilisé.
- Pour assurer la destruction des volumes résiduels des médicaments, dont les benzodiazépines et les drogues contrôlées, comme le phénobarbital, conformément à la réglementation fédérale, les volumes résiduels des seringues tout comme les produits restants inutilisés doivent aussi être rapportés à la pharmacie. Les médicaments non utilisés peuvent demeurer dans les trousses. Les trousses sont considérées comme étant étanches et sécuritaires. Les volumes résiduels des médicaments peuvent donc être placés dans les trousses à condition que le médecin s'assure qu'il n'y a pas de risque pour le personnel de la pharmacie en le manipulant en vue de la destruction.
- Les seringues vides, les aiguilles et le matériel d'injection doivent être placés dans un contenant jaune, rigide, étanche, résistant à la perforation et approprié pour leur destruction sécuritaire. Ces contenants sont facilement accessibles sur les unités de soins. La pharmacie de l'établissement doit fournir ce contenant au médecin avec la remise des trousses, seulement lorsque l'AMM a lieu à domicile ou en maison de soins palliatifs. Ce contenant doit lui aussi être rapporté à la pharmacie avec les trousses.

Démarche systématique de collaboration médecins-pharmaciens - Avant l'AMM

Compte tenu des principes suivants :

- que le geste est rare et unique;
- que l'usager a le droit de choisir son médecin et son pharmacien;
- que le pharmacien a le devoir de lui offrir jusqu'à la fin des soins et des services pharmaceutiques de qualité et sécuritaires;
- que le médecin administre lui-même les médicaments et doit se consacrer d'abord et avant tout à l'usager et à ses proches durant l'intervention d'AMM.

Une approche de collaboration interdisciplinaire devient essentielle pour soutenir le médecin tout au long du cheminement d'une demande d'AMM. Le processus doit être simple et le moins traumatisant possible pour le médecin et le patient.

Le médecin et le pharmacien impliqué dans les soins et services pharmaceutiques auprès de l'usager doivent collaborer étroitement pour suivre ensemble la procédure.

Avec le cadre temporaire qui est mis en place à l'entrée en vigueur de la Loi, cette collaboration se fait entre le pharmacien en établissement de santé et le médecin ou entre le pharmacien en établissement de santé, le pharmacien communautaire du patient et le médecin selon l'endroit où l'usager décide de mourir (à domicile, en maisons de soins palliatifs ou en établissement de santé).

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Préparation de l'AMM	<p>Lorsque la décision est prise avec l'usager de procéder à l'AMM, cette dernière doit être planifiée :</p> <p>Le médecin doit impérativement avertir à temps le chef du département de pharmacie d'un établissement de santé ou son adjoint.</p> <p>Les coordonnées du chef du département de pharmacie sont disponibles dans l'Intranet du CISSS. Il est de la responsabilité du chef du département de pharmacie de prévoir les modalités afin d'être rejoint en cas d'absence, que ce soit en étant accessible à distance ou bien en déléguant ses responsabilités à un autre pharmacien.</p> <p>Le médecin doit avertir également le pharmacien communautaire de l'usager s'il désire procéder à l'AMM à son domicile ou en maison de soins palliatifs.</p>	<p>Le chef de département de pharmacie ou son adjoint nomme un pharmacien qui sera globalement responsable de la procédure d'AMM. Ce pharmacien doit être présent ou disponible à chacune des étapes du processus (avant, pendant et après l'AMM).</p> <p>Même si la préparation de la médication peut être réalisée sur un site distant, le pharmacien desservant l'installation où l'AMM a lieu est considéré comme responsable de la procédure d'AMM.</p> <p>Le médecin et le pharmacien en ES doivent discuter de l'AMM en personne.</p> <p>Chacun d'eux doit s'identifier et présenter, le cas échéant une pièce d'identité avec photo.</p>	<p>Le pharmacien propriétaire ou son chef pharmacien nomme un pharmacien responsable de la procédure d'AMM.</p> <p>Le pharmacien communautaire responsable doit être présent pour cette discussion. Il peut s'y joindre en personne, par téléphone ou tout autre moyen technologique de communication.</p> <p>Le pharmacien communautaire responsable de l'AMM consigne au dossier de l'usager les éléments clés de cette discussion.</p>
Objection de conscience du pharmacien		Si le pharmacien en ES a des objections de nature morale ou religieuse qui l'empêcheraient de procéder à l'AMM dans les limites de son rôle, soit la préparation et la distribution des trousses de médicaments, il en avise sans	Aucune objection de conscience ne devrait empêcher le pharmacien communautaire de participer à la discussion avec le médecin et le pharmacien en ES. Cette discussion est partie intégrante des soins et services pharmaceutiques usuels que les pharmaciens offrent à leurs usagers. Il

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Discussion médecin-pharmacien	<p>Le médecin et le pharmacien doivent se partager les éléments pertinents de l'histoire médicale et pharmacothérapeutique de l'usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager; • protocole choisi selon le profil pharmacologique de l'usager; • moment prévu pour l'AMM; • délai pour la préparation des trousse de médicaments; • façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments (RUM); • procédure de retour à la pharmacie et de destruction des médicaments. <p>Le médecin fourni au pharmacien en ES une copie de l'AMM si l'usager y consent.</p> <p>Cette rencontre a lieu idéalement en personne. Les situations particulières seront gérées au cas par cas par le chef du département de pharmacie. L'utilisation de moyens technologiques tels que la conférence téléphonique ou la visioconférence pourrait être requise.</p>	<p>tarder son chef de département qui devra trouver avec la collaboration du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) de son territoire, un autre pharmacien.</p> <p>Le pharmacien en ES doit, avec le consentement de l'usager obtenir le profil pharmacologique du pharmacien en milieu communautaire, si l'usager n'est pas hospitalisé.</p> <p>Le profil pharmacologique est important pour s'assurer qu'il n'y a pas d'allergie grave ou de contre-indications majeures qui influenceraient le choix des médicaments ou le processus de l'AMM.</p> <p>Le médecin fourni au pharmacien en ES une copie de la demande d'AMM de l'usager si ce dernier y consent.</p>	<p>en va de même pour la transmission du profil pharmacologique de l'usager.</p> <p>Le pharmacien communautaire doit, avec le consentement de l'usager, participer à l'échange d'informations entre professionnels dans le cadre de l'AMM, transmet le profil pharmacologique de l'usager au pharmacien responsable de l'AMM en ES.</p> <p>Le profil pharmacologique est important pour s'assurer qu'il n'y a pas d'allergie grave ou de contre-indications majeures qui influenceraient le choix des médicaments ou le processus de l'AMM.</p> <p>Le médecin fournit au pharmacien communautaire responsable de l'AMM une copie de la demande d'AMM de l'usager si ce dernier y consent.</p>
Rédaction de l'ordonnance	<p>Le médecin rédige l'ordonnance en fonction des éléments discutés.</p> <p>Le médecin doit rédiger l'ordonnance sur le formulaire approprié soit l'ordonnance préimprimée « Aide médicale à mourir », approuvée par le CMDP de l'établissement. Cette ordonnance est disponible dans chaque point de service et sur l'Intranet du CISSS, dans la section Documentation de la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire.</p> <p>Un médecin en cabinet n'ayant pas accès à l'Intranet du CISSS demande au pharmacien responsable de la procédure d'AMM de lui transmettre ce formulaire.</p> <p>Le médecin et le pharmacien en ES doivent discuter du moment prévu pour l'AMM ainsi que du délai de préparation des médicaments.</p> <p>Le médecin et le pharmacien doivent établir une procédure pour assurer la traçabilité des médicaments et s'assurer de leur</p>	<p>L'ordonnance doit être rédigée au nom de l'usager.</p> <p>Le médecin doit s'assurer de compléter chacune des sections de l'ordonnance.</p> <p>En raison du type de médicament à utiliser pour pratiquer une AMM, un délai entre la demande de médicaments par le médecin et leur livraison par le pharmacien en ES est prévisible. Essayez autant que possible de planifier l'AMM. Si cela est impossible, il faut toutefois respecter un délai minimum de 48 heures pour la préparation des trousse.</p> <p>Utiliser le registre d'utilisation des médicaments (RUM) à l'intention du médecin et du pharmacien qui a été approuvé par l'établissement (disponible en annexe de l'ordonnance préimprimée d'AMM).</p>	

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Préparation des trousse	destruction en conformité avec la réglementation québécoise et fédérale.		
	<p>Le pharmacien en ES est responsable de la préparation des médicaments et de l'étiquetage des contenants (seringues, etc.).</p> <p>Chaque médicament doit être préparé en suivant la Norme 2014.01- Préparation des produits stériles non dangereux en pharmacie, lorsque possible.</p> <p>Plusieurs seringues sont nécessaires. Elles doivent être étiquetées selon le <i>Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons</i> (RRLQ, c.P-10, r.15).</p> <p>Les médicaments, prêts à être utilisés, doivent être placés dans une trousse scellée. Le détail du contenu de la trousse doit être répertorié dans le registre d'utilisation du médicament conçu à cet effet par le pharmacien et qui doit être placé sur le dessus de la trousse. Le matériel d'injection nécessaire à l'administration des médicaments est également inclus dans la trousse. (Guide sur l'AAMM, annexe VII, p.80-Administration des médicaments de l'aide médicale à mourir-matériel fourni systématiquement dans les trousse).</p> <p>Une deuxième trousse contenant un double des produits et du matériel d'injection doit être systématiquement préparée et scellée. Elle peut être utile en cas de bris ou d'erreurs de manipulation.</p>	<p>Les médicaments sont préparés idéalement dans une enceinte de préparation stérile (EPS) selon les principes rigoureux de qualité, de sécurité et d'asepsie décrits dans la Norme 2014.01. Il est possible de respecter cette règle pour les installations de la Haute-Côte-Nord (via Manicouagan), de Manicouagan, de Port-Cartier (via Sept-Îles), de Sept-Îles et de la Minganie</p> <p><u>Installations de la Haute-Côte-Nord :</u></p> <p>Le département de pharmacie ne dispose pas de l'équipement nécessaire à la préparation des produits stériles non dangereux, le département de pharmacie de l'Hôpital Le Royer est responsable de la préparation des médicaments.</p> <p>Cette pharmacie préparatrice doit avoir en mains une copie de l'ordonnance et procède à la préparation des trousse de médicaments selon les instructions du pharmacien responsable de l'AMM.</p> <p>Les trousse seront livrées à l'attention du pharmacien en ES responsable de l'AMM en respectant les mesures de conservation et de sécurité usuelles au transport des médicaments (lorsque la situation se présente, le chef du département de pharmacie identifie le meilleur moyen de livraison possible en fonction de la situation, et ce, afin d'assurer la sécurité et la traçabilité du produit ainsi préparé).</p> <p><u>Installations de l'Hématite et de la Basse-Côte-Nord :</u></p> <p>Ces installations ne disposent pas des équipements appropriés pour préparer la médication et leur éloignement des pharmacies préparatrices potentielles rend la préparation de la médication en respect de la norme 2014.01 impossible ou à tout le moins, à risque de causer des préjudices importants à l'usager, entre autres en matière de délai, ce qui apparaît inconcevable avec l'esprit de la Loi.</p>	

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Récupération des trousses	<p>Le médecin doit récupérer lui-même les trousses au département de pharmacie de l'établissement.</p> <p>Certaines exceptions pourront avoir lieu pour certains secteurs, tels que Port-Cartier (pour éviter le déplacement du médecin à Sept-Îles) ou la région de Schefferville. Dans ce cas, les modalités d'acheminement et de retour des trousses seront gérées au cas par cas entre le chef du département de pharmacie, le pharmacien d'établissement et le médecin traitant.</p> <p>Le pharmacien doit remettre, lorsque possible, en mains propres, les deux trousses scellées, contenant les médicaments prêts à être utilisés ainsi que le matériel d'injection nécessaire à l'administration des médicaments (guide sur l'AAMM, annexe VII, p.80- Administration des médicaments de l'aide médicale à mourir-matériel fourni systématiquement dans les trousses).</p> <p>Le pharmacien doit transmettre au médecin les instructions appropriées quant à la conservation des médicaments jusqu'au moment de leur utilisation.</p>	<p>La médication est donc préparée de façon extemporanée, le plus près possible de la réalisation de l'acte d'AMM soit environ 1 heure avant.</p> <p>Les responsabilités du pharmacien préparateur sont décrites dans la Norme 2014.01 (Annexe 3).</p> <p>Les médicaments sont préparés selon le protocole de préparation des médicaments à l'intention du préparateur en pharmacie retrouvé dans le guide d'exercice. Les stabilités physicochimiques seulement sont à considérer dans le contexte de l'AMM (Annexe 4).</p> <p>Une double identification est nécessaire. Les seringues doivent être identifiées au nom de l'usager et à son numéro de dossier.</p> <p>Les seringues doivent porter la mention du nom et de la dose du médicament qu'elles contiennent.</p> <p>Elles doivent être prêtes à l'emploi et être numérotées dans l'ordre prévu de l'administration du médicament qu'elles contiennent.</p> <p>Le médecin et le pharmacien en ES doivent se rencontrer, que ce soit en personne ou via différentes technologies de communications (Visio-conférence, conférence téléphonique, etc.).</p> <p>Le médecin et le pharmacien doivent tous deux parapher le registre d'utilisation. Le registre est placé en annexe de l'ordonnance préimprimée d'AMM.</p>	

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
	Le pharmacien doit expliquer au médecin comment remplir le registre d'utilisation des médicaments.		

Démarche systématique de collaboration médecins-pharmaciens – Pendant et après l'AMM

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Pendant l'AMM	Le pharmacien en ES, responsable du processus de l'AMM doit demeurer disponible en tout temps afin de répondre aux questions du médecin, le cas échéant, et être en mesure de réagir rapidement en cas de problème.	Le pharmacien en ES, responsable du processus de l'AMM doit être disponible du début du processus jusqu'à la fin.	
Retour des trousses au département de pharmacie	<p>Après avoir effectué l'AMM, le médecin remplit le registre d'utilisation des médicaments et y indique la quantité de médicaments administrée ainsi que le matériel utilisé. Il paraphe le registre.</p> <p>Le médecin met les seringues vides, les aiguilles, le matériel d'injection utilisé dans le contenant jaune fourni avec les trousses.</p> <p>Le médecin laisse les médicaments non utilisés et les volumes résiduels des seringues utilisés dans les trousses.</p> <p>Le médecin doit rapporter au département de pharmacie de l'ES, le contenant jaune, les volumes résiduels et le surplus inutilisé avec les deux trousses, et le registre d'utilisation des médicaments.</p> <p>Lorsque l'administration de l'AMM a lieu à un endroit où le médecin n'est pas basé dans la localité où est situé le département de pharmacie (Schefferville, Port-Cartier), les trousses, matériels et registres peuvent être retournés au département de pharmacie du point de service concerné par transport. Les modalités entourant ce transport seront gérées au cas par cas par le chef du département de pharmacie, le pharmacien responsable de l'AMM et le médecin traitant.</p>	<p>Le pharmacien en ES et le médecin doivent procéder au décompte des médicaments restants ou non utilisés ainsi que du matériel d'injection puis les détruire sans attendre et signer une nouvelle fois le registre (à l'exception du phénobarbital, qui est une drogue contrôlée qui doit être détruite après demande d'autorisation de destruction à Santé Canada).</p> <p>Le pharmacien et le médecin doivent procéder à la destruction des médicaments selon les principes des réglementations fédérale et provinciale.</p> <p>Lorsque le médecin n'est pas présent sur place avec le pharmacien pour effectuer la destruction des trousses, un autre médecin du point de service est identifié à l'avance afin de procéder avec le pharmacien au décompte des médicaments restants ou non utilisés et procéder à la destruction et signer les registres appropriés.</p>	

Étapes	À faire	Décisions importantes (AMM en ES)	Décisions importantes (AMM à domicile ou en maisons de soins palliatifs)
Discussion médecins-pharmaciens	Le médecin et le pharmacien en ES font le point sur la procédure et échangent sur les problèmes imprévus qui ont pu survenir.	Ces éléments pourront être pris en compte lors d'une nouvelle demande d'AMM.	Le pharmacien communautaire responsable de l'AMM doit être présent pour cette discussion. Il peut s'y joindre en personne, par téléphone ou tout autre moyen technologique de communication. Le pharmacien communautaire responsable de l'AMM consigne au dossier de l'usager les éléments clés de cette discussion.
Consignation au dossier pharmacologique	<p>Le pharmacien en ES doit consigner au dossier de la pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ordonnance du médecin; • La date et l'heure à laquelle le médecin a rédigé l'ordonnance • Une copie de la demande d'AMM de l'usager dûment signée, s'il y consent; • La copie originale du registre d'utilisation des médicaments (ce document peut également être classé à un autre endroit à condition qu'il puisse être facilement retracé s'il est demandé dans le cadre de l'évaluation de la qualité de l'acte); • Les principaux points discutés avec le médecin; • La date et l'heure du décès (l'inscription de la date et l'heure du départ disponible dans le logiciel de pharmacie est suffisant). <p>L'ordonnance, le registre d'utilisation des médicaments et la copie de l'AMM doivent être numérisés au dossier pharmacologique de l'usager (lorsqu'applicable).</p> <p>Pour les sites n'ayant pas accès à la numérisation, une copie des documents doit être conservée de la même façon que les registres de narcotiques et autres drogues contrôlées.</p>		Le pharmacien en ES, responsable de l'AMM doit transmettre au pharmacien communautaire de l'usager une copie de l'ordonnance, la demande d'AMM de l'usager et une copie du RUM. Ces renseignements doivent également être retrouvés dans le profil pharmacologique de l'usager en milieu communautaire.

Annexe 1 : Ordonnance préimprimée approuvée dans votre établissement

Annexe 2 : Registre d'utilisation des médicaments approuvé dans votre établissement

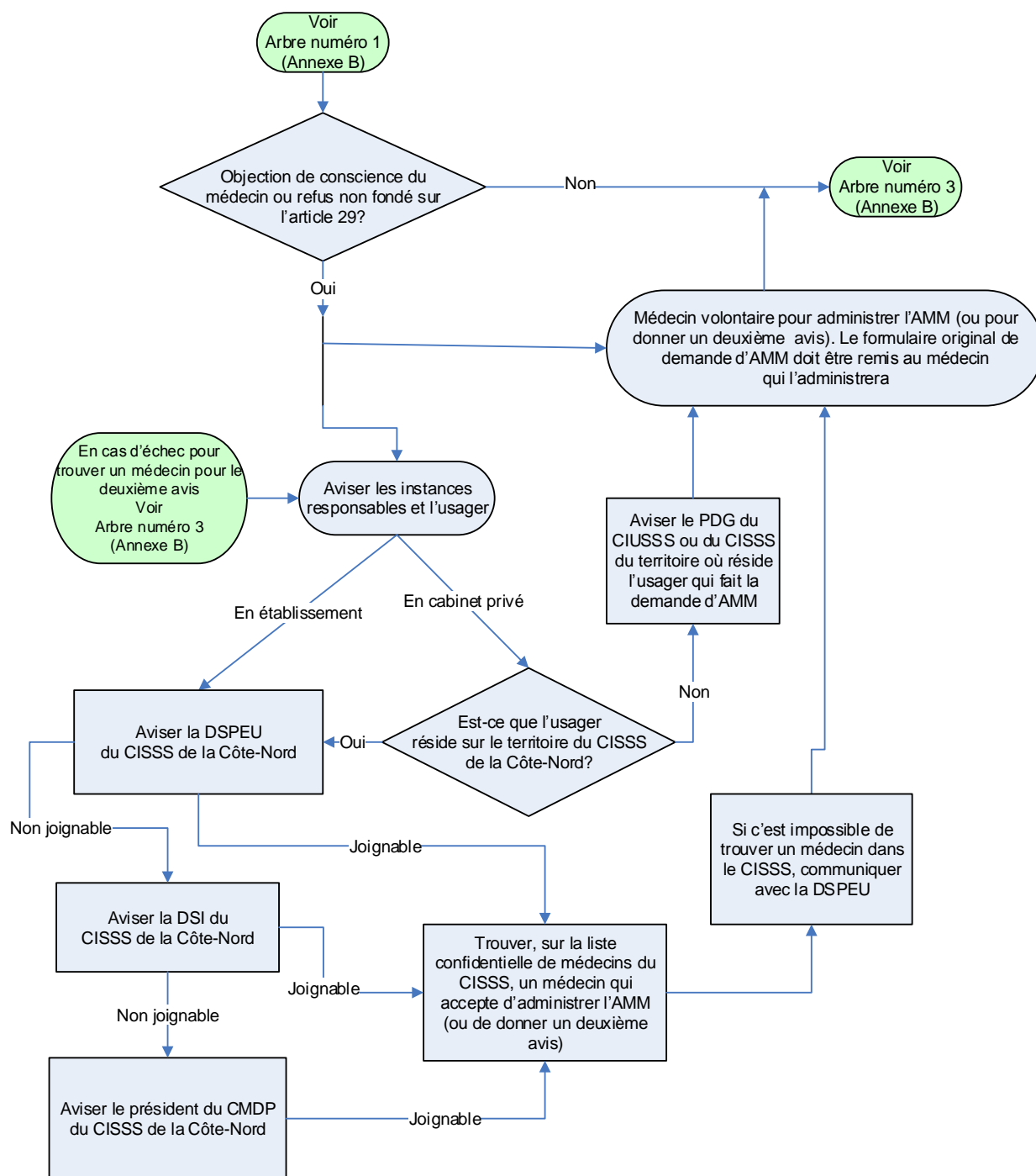
Annexe 3 : Responsabilités du pharmacien préparateur (Norme 2014.01 p.11 et 12)

Annexe 4 : Protocole de préparation des médicaments et stabilité physicochimique des préparations en seringues à l'intention du préparateur en pharmacie (Guide sur l'aide médicale à mourir p. 72, 73, 74)

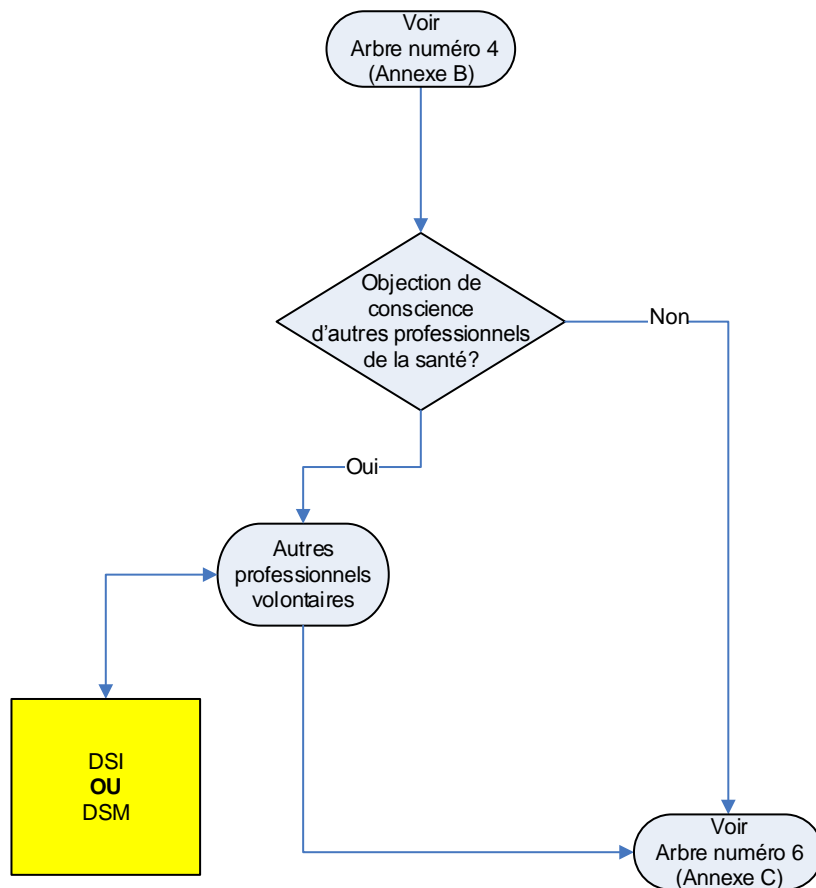
Procédure en cas de refus d'un médecin

CISSS de la Côte-Nord

Arbre décisionnel numéro 2



Objection de conscience
d'un professionnel de l'équipe de soins
CISSS de la Côte-Nord
Arbre décisionnel numéro 5



1. Introduction

Dans le contexte des débats sur les soins de fin de vie et de l'entrée en vigueur le 10 décembre 2015 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, il s'est avéré essentiel de mieux encadrer l'utilisation de la sédation palliative au Québec.

En fin de vie, il existe des situations cliniques d'extrêmes souffrances ou de détresses difficiles à soulager, malgré des soins palliatifs de qualité. Il arrive que certains symptômes ne puissent pas être contrôlés, en dépit des ressources thérapeutiques extensives mises en œuvre, c'est ce qu'on appelle des symptômes réfractaires. Le seul moyen de traiter ces symptômes peut être alors d'altérer l'état de conscience de la personne.

2. Objectifs

- ✓ Distinguer les différents concepts.
- ✓ Connaître les indications concernant la sédation palliative.
- ✓ Comprendre le processus décisionnel et le consentement requis à la prise de décision.
- ✓ Connaître la médication recommandée pour la sédation palliative.
- ✓ Reconnaître les éléments de surveillance à considérer.

3. Définitions et concepts

Soins en fin de vie : les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux offerts aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé.

Aide médicale à mourir (AMM) : un soin consistant en l'administration de médicaments et de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Sédation palliative : l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience. Elle peut être légère, modérée ou profonde. Selon la durée, elle peut être qualifiée d'intermittente ou de continue.

¹⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Guide d'exercice : la sédation palliative en fin de vie*, août 2015.

Protocole de détresse : traitement d'urgence requis pour obtenir une sédation rapide et altérer la perception du manque d'air aigu et intense chez la personne en fin de vie.

4. Personnel visé

L'ensemble du personnel impliqué dans la situation clinique participe au processus décisionnel mais, ultimement, c'est le médecin qui est responsable de procéder ou non à la sédation palliative, il la prescrit et l'amorce, en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est nécessaire pour débiter la sédation.

5. Indications cliniques

Les deux conditions suivantes sont essentielles pour envisager la sédation palliative :

- ✓ Le caractère réfractaire des symptômes.
- ✓ L'imminence de la mort.

Le patient risque, si la sédation est débutée trop tardivement, que ses symptômes réfractaires demeurent sans soulagement, mais une sédation initiée trop tôt peut également provoquer des situations extrêmement difficiles, comme une agonie prolongée ou une vie très écourtée.

Les principaux symptômes, qui justifient le recours à la sédation palliative en fin de vie, font l'objet d'un large consensus :

✚ 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 compromettant gravement l'atteinte du confort
✚ Autre état réfractaire

Sédation intermittente ou continue

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. Pour ceux dont le pronostic est évalué à plus de deux semaines ou incertain, une sédation intermittente devrait être amorcée ou continue selon l'évolution.

6. Processus décisionnel et consentement

Consulter le document « *Protocole pour le consentement : sédation palliative continue* (vous trouverez le processus de consentement, le formulaire à remplir ainsi que l'arbre décisionnel).

7. Médication

Le médecin doit clairement inscrire la mention *PROTOCOLE DE SÉDATION PALLIATIVE* sur la feuille d'ordonnance.

Principes généraux :

- ✓ Choisir un agent ayant plusieurs propriétés, s'il y a présence de plusieurs symptômes (une benzodiazépine chez un patient qui présente des convulsions, un alcoolisme récent, une anxiété importante ou un neuroleptique en présence d'agitation, de nausées et vomissements).
- ✓ Selon ce qui aura été convenu, instaurer le traitement, à dose minimale ou non, et augmenter d'après la réponse clinique jusqu'à l'atteinte de l'objectif.
- ✓ Restreindre le nombre d'agents, il n'y a pas de logique à combiner deux benzodiazépines ou deux neuroleptiques.
- ✓ Réagir promptement si le premier choix d'une benzodiazépine est inefficace ou insuffisante à dose ajustée, il faut remplacer cette dernière ou l'associer à un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique.
- ✓ Vérifier auprès du pharmacien la compatibilité des associations médicamenteuses dans la même perfusion.
- ✓ Observer le malade afin de s'assurer qu'il ne réagit pas de façon paradoxale à la médication et qu'une composante de délirium exacerbée par la prise de benzodiazépine ne s'installe pas.
- ✓ Être vigilant dans le cas d'une sédation intermittente, car l'angoisse peut en être aggravée.
- ✓ Favoriser l'administration des médicaments par voie sous-cutanée. En cas de réponse partielle ou absente, l'efficacité de cette voie d'administration peut être mise en doute et la voie intraveineuse peut être envisagée.
- ✓ Favoriser l'administration par voie veineuse en présence d'anasarque ou de thrombocytopénie sévère.
- ✓ Conserver les dispositifs d'accès perméables à la voie intraveineuse (Port-a-Cath, voie centrale).
- ✓ Se souvenir que la plupart des agents de sédation ne comportent pas d'effet analgésique.

Principaux agents recommandés en sédation palliative

Agent	Voie d'administration	Dose de départ	Dose moyenne efficace	Écart posologique recommandé
Lorazépam	SC – IV – SL - TM	0,5 à 1 mg/h	6 à 12 mg/24 h	2 à 4 mg/h
Midazolam	SC - IV	0,5 à 1 mg/h	20 à 70 mg/24 h	3 à 450 (jusqu'à 1200) mg/24 h
Méthotriméprazine	SC - IV	12,5 à 25 mg/24 h	30 à 75 mg/24 h	25 à 300 mg/24 h
Chlorpromazine	SC - IV	25 à 50 mg/24 h	30 à 75 mg/24 h	25 à 900 mg/24 h
Phénobarbital	SC - IV	2 à 3 mg/kg (bolus)	600 à 1600 mg/24 h	200 à 2500 mg/24 h
Propofol	IV	1 à 3 mg/kg/h	1 à 5 mg/kg/h	1 à 9 mg/kg/h
Scopolamine	SC - IV	0,4mg q 4h	0,4 mg q 4 h	50 à 200 mg/h
Le midazolam, la méthotriméprazine et le phénobarbital peuvent être administrés en perfusion continue ou en doses divisées. Le propofol doit être administré en perfusion continue et sous surveillance particulière.				
Voies d'administration : SC = sous-cutanée, IV = intraveineuse, SL = sublinguale, TM = transmucoale				

Agent	Propriété	Effet secondaire possible	Autre
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> - Hypnotiques - Anxiolytiques - Anticonvulsivantes - Amnésiantes - Relaxantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Tolérance - Tachyphylaxie (quand dose midazolam > 20 mg/24 h, considérer l'ajout d'un agent de deuxième ligne) - Réaction paradoxale (agitation, agressivité, trouble du comportement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agent de première ligne - Voie intraveineuse ou sous-cutanée - Midazolam privilégié au lorazépam - Accumulation possible au-delà de 24 à 48 heures d'administration
Antipsychotiques (neuroleptiques)	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent combiné aux benzodiazépines - Traitement de delirium accompagné de confusion ou d'agitation préterminale 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet extrapyramidal - Effet anticholinergique (rétention urinaire, confusion, exacerbation d'un delirium) - Réduction du seuil épileptique - Irritation cutanée au site d'injection 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthotriméprazine, effet sédatif plus puissant - Moins intéressant pour patient avec des antécédents de convulsions
Anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> - Ceux traversant la barrière hématoencéphalique (scopolamine) utilisés pour le contrôle des râles terminaux ont des effets sédatifs marqués - Intention sédatrice associée pour un delirium réfractaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de syndrome anticholinergique accompagné d'agitation secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Cause souvent un coma qui deviendra irréversible avec la progression de la maladie
Phénobarbital	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonvulsivant - Sédatif - Hypnotique - Utile lors d'une tolérance aux agents de première ligne ou lors de la présence d'effets paradoxaux - Peut être le premier choix pour un patient sous traitement anticonvulsivant par voie orale à dose stable 	<ul style="list-style-type: none"> - Excitation paradoxale possible - Interaction médicamenteuse lors d'un emploi > quelques jours - Irritation cutanée au site d'injection (pH alcalin) - Risque convulsif, si arrêt brusque - Hépatotoxicité 	<ul style="list-style-type: none"> - Administration par voie sous-cutanée ou intraveineuse toutes les quatre à six heures ou toutes les huit heures
Anesthésiques	<ul style="list-style-type: none"> - Réservés aux cas réfractaires aux agents précédents 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression respiratoire - Effet inotrope négatif (risque de bradycardie et hypotension) - Irritation locale au site d'injection - Risque infectieux (fungémie) - Pancréatite - Syndrome de perfusion au propofol 	<ul style="list-style-type: none"> - Propofol, voie intraveineuse uniquement, action rapide donc permet un ajustement précis et adapté, de même que l'atteinte d'un niveau de confort dans un très court délai

Pour induire une sédation palliative, la posologie des médicaments fréquemment administrés à doses moindres, soit pour produire une anxiolyse, soit pour contrôler un délirium léger, peut être augmentée de façon à provoquer de manière intentionnelle une altération de l'état de conscience. D'autres agents peuvent être ajoutés pour produire une sédation plus profonde, si les agents de première ligne s'avèrent insuffisants. L'utilisation des opioïdes pour la sédation palliative n'est pas conforme aux bonnes pratiques. Le niveau de sédation recherché varie d'une personne à l'autre, puisqu'il dépend de l'intensité du symptôme et du niveau de soulagement obtenu. Ainsi, la sédation est plus ou moins profonde, en fonction de la réponse clinique du patient.

8. Nutrition et hydratation

La sédation palliative implique rarement la cessation de l'hydratation et de la nutrition, puisque le patient l'arrête le plus souvent spontanément.

9. Surveillance du patient

La collaboration entre le médecin et l'infirmière est essentielle afin d'assurer une surveillance soutenue et pour permettre l'ajustement de la médication, dans le but d'obtenir le niveau de sédation et le confort souhaités.

↳ Surveillance du niveau de sédation
<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) est recommandée. - Lors d'une sédation profonde, un niveau de -3 ou -4 sur l'échelle est recherché.
↳ Surveillance du niveau de soulagement et de confort
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la réponse au traitement antalgique (comme les agents sédatifs n'ont pas d'effet direct sur le contrôle de la douleur, l'ordonnance d'opiacés peut être nécessaire) par une échelle d'évaluation de la douleur.
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la réponse au symptôme principal pour lequel la sédation est entreprise.
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation régulière de la dyspnée, selon l'échelle de détresse respiratoire (RDOS), un score total de quatre ou moins est visé.
↳ Surveillance de l'apparition d'effets secondaires
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance pour la dépression respiratoire d'apparition abrupte, l'apparition soudaine de forts ronflements ou de pauses respiratoires, à l'initiation de la sédation ou à l'ajustement de doses, doivent être signalées au médecin. - Évaluer imprégnation ou surdosage aux opiacés (présence de myoclonies).
↳ Fréquence des surveillances
<ul style="list-style-type: none"> - Avant le début de la sédation. - Toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'un soulagement convenable soit atteint. - Minimale aux huit heures quand le patient semble soulagé.

1. Consentement libre et éclairé

Le médecin doit avoir obtenu un consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant avant d’amorcer toute sédation palliative, quelles qu’en soient la profondeur ou la durée anticipée¹¹. Pour être valide, le consentement doit être donné par une personne apte à consentir aux soins ou par une personne habilitée par la loi si elle est inapte. Pour être libre, le consentement doit être donné sans pression. Pour que le consentement soit éclairé, le patient ou la personne habilitée doit être informé(e) :

- ✓ Du diagnostic de la maladie.
- ✓ De la nature et du but du traitement.
- ✓ De ses avantages et de ses risques.
- ✓ D’autres options possibles.
- ✓ Des conséquences d’un refus.

2. Exigences particulières de La Loi concernant les soins de fin de vie

- ✓ Le consentement doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et conservé dans le dossier de la personne (consulter le formulaire joint à cette annexe).

La *Loi concernant les soins de fin de vie* précise que si la personne ne peut pas dater et signer le formulaire de consentement, parce qu’elle ne sait pas écrire ou parce qu’elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l’équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.
- ✓ La personne qui consent à une sédation palliative continue doit être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Dans une perspective clinique, on comprend qu’effectivement :

- ✓ Le diagnostic seul de la maladie ne suffit pas et, malgré son caractère incertain, le pronostic est déterminant pour la décision.
- ✓ Il est également déterminant de pouvoir prévoir au mieux la durée de la sédation.
- ✓ Même si la sédation est interrompue, la reprise de la conscience n’est pas assurée, puisqu’elle dépend avant tout de la maladie sous-jacente.

¹¹ *Code civil du Québec* : Article 11 tel qu’il sera modifié par la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu’en soit la nature, qu’il s’agisse d’examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n’est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. Si l’intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu’il n’a pas rédigé les directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus.

- ✓ Les informations concernant la procédure, dont l'arrêt éventuel de la nutrition et de l'hydratation ainsi que la surveillance et les autres soins prodigués, sont également importantes.
- ✓ Le médecin doit s'assurer du caractère libre du consentement en vérifiant, entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures, qu'elles soient financières, psychosociales ou relationnelles.
- ✓ Le patient ou son représentant doit être informé de son droit de refuser la procédure ou de reporter sa décision et des conséquences de l'un et l'autre de ses choix.

3. Le consentement d'une personne apte

Dans un contexte idéal, le consentement à une sédation palliative serait toujours donné par la personne malade alors qu'elle est toujours apte. Aussi, il est suggéré que les discussions, visant à obtenir le consentement, débutent de manière anticipée, par exemple, dès que la condition médicale d'un patient laisse présager le recours possible à la sédation.

Dans le cas d'un consentement obtenu de la personne malade elle-même, la participation des proches au processus décisionnel demeure éminemment souhaitable. Cependant, la décision revient au patient lui-même, et ses proches ne peuvent pas participer au processus décisionnel sans son accord. Qu'ils aient participé ou non à la décision de la sédation, les proches doivent comprendre les explications appropriées que l'équipe soignante leur a données avant le début de la sédation. Toutefois, il appartient au patient de décider des informations qui seront transmises à ses proches.

Par ailleurs, si la personne a rédigé, alors qu'elle était encore apte, des directives médicales anticipées au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, celles-ci doivent être respectées.

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. Le tiers ne peut pas faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut pas être un mineur ou un majeur inapte.

4. Le consentement substitué

En cas d'incapacité à consentir aux soins et en l'absence de directives médicales anticipées, on devra faire appel au consentement substitué. Celui-ci doit être donné par une personne habilitée selon les dispositions prévues au Code civil du Québec¹². La décision doit être prise dans le meilleur intérêt de la

¹² Article 15 tel qu'il sera modifié par la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

personne malade et autant que possible dans le respect des volontés qu'elle a exprimées avant son inaptitude. C'est à ce représentant de déterminer quelles informations peuvent être transmises à des tiers.

Le Code civil du Québec prévoit de recourir au tribunal :

- ✓ Dans les cas de désaccords persistants entre la personne habilitée à consentir pour le malade inapte et le médecin ou l'équipe soignante.
- ✓ Si le majeur inapte refuse catégoriquement des soins proposés et auxquels son représentant a consenti.

En cas de désaccords dans la famille, il n'appartient pas au médecin ou à l'établissement de soins de recourir au tribunal. Le médecin et son équipe reçoivent les instructions de la personne habilitée à consentir seulement.

Le *Code civil du Québec* prévoit également qu'un consentement n'est pas nécessaire dans une situation d'urgence, s'il ne peut pas être obtenu en temps utile. Dans le contexte de la sédation palliative, il n'y a aucune difficulté à ce qu'une sédation palliative soit débutée en situation d'urgence. Toutefois, dès que la situation d'urgence est contrôlée, la procédure habituelle de consentement reprend ses droits et un consentement substitué doit être obtenu si l'équipe soignante entend continuer la procédure.

5. Procédure pour obtenir le consentement

1. Processus décisionnel (voir arbre décisionnel en annexe)
2. Confirmer l'aptitude du patient à consentir
 - 2.1 S'il est apte, lui présenter tous les enjeux de la décision à prendre :
 - Diagnostic et pronostic de la maladie
 - Nature, buts et durée du traitement
 - Les avantages et les risques du traitement (caractère irréversible, arrêt de la nutrition et de l'hydratation, etc.)
 - Les avantages et les risques de ne pas bénéficier du traitement
 - Les autres options possibles
 - Les conséquences prévisibles des différents choix possibles
 - 2.2 S'il est inapte, vérifier l'existence de directives médicales anticipées
3. Si aucune directive médicale n'existe, solliciter le consentement substitué d'un tiers, en lui présentant tous les enjeux de la décision à prendre

4. S'assurer du caractère libre du consentement du patient (ou de son représentant)
5. Une fois le consentement obtenu, discuter avec le patient, ses proches et l'équipe soignante afin de rechercher l'obtention d'un consensus auprès de tous les acteurs concernés
6. Remplir le formulaire de consentement à la sédation palliative (comme prescrit par le ministre)
7. Procéder à l'administration de la sédation palliative, conformément aux lignes directrices médicales et pharmacologiques qui s'appliquent, incluant une surveillance étroite du patient et en s'assurant de clairement documenter les interventions au dossier

6. Arbres décisionnels

(dernières pages de cette annexe)



DT9231

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Nom		
Prénom		
Date de naissance	Mois	Jour
Sexe	Année	Jour
Adresse	Signature	
Code postal	N° de téléphone	Signature

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.



DT9235

Patient's name			
First name			
Last name			
Date of birth		Year	Month
Day		Year	Month
Health insurance number		Year	Month
Address		Year	Month
Telephone		Year	Month
Fax		Year	Month

CONTINUOUS PALLIATIVE SEDATION CONSENT FORM

I hereby consent to continuous palliative sedation.

I understand that in doing so, I consent to the administration of medications or substances that will render me unconscious without interruption until death ensues for the purpose of relieving my suffering.

I have obtained satisfactory answers to my questions and have had all the time necessary to make my decision.

I understand that I may verbally withdraw my consent at any time prior to the administration of continuous palliative sedation.

Signature: _____

Date: _____
Year Month Day

Authorized third person¹: If the patient giving consent to continuous palliative sedation cannot date and sign the form because he or she cannot write or is physically incapable of doing so, a third person may do so in the patient's presence.

First and last name of the authorized third person: _____

Domiciled at (address): _____

Relation to the patient giving consent to continuous palliative sedation: _____

Signature: _____

Date: _____
Year Month Day

Where applicable, the **person legally authorized to give substitute consent** in accordance with the wishes expressed by the patient, in the event the patient becomes **incapable of consenting to care**.

First and last name of the **person authorized to give substitute consent**: _____

Relation to the patient: _____

Signature: _____

Date: _____
Year Month Day

Declaration of the physician present at the signing of the consent form

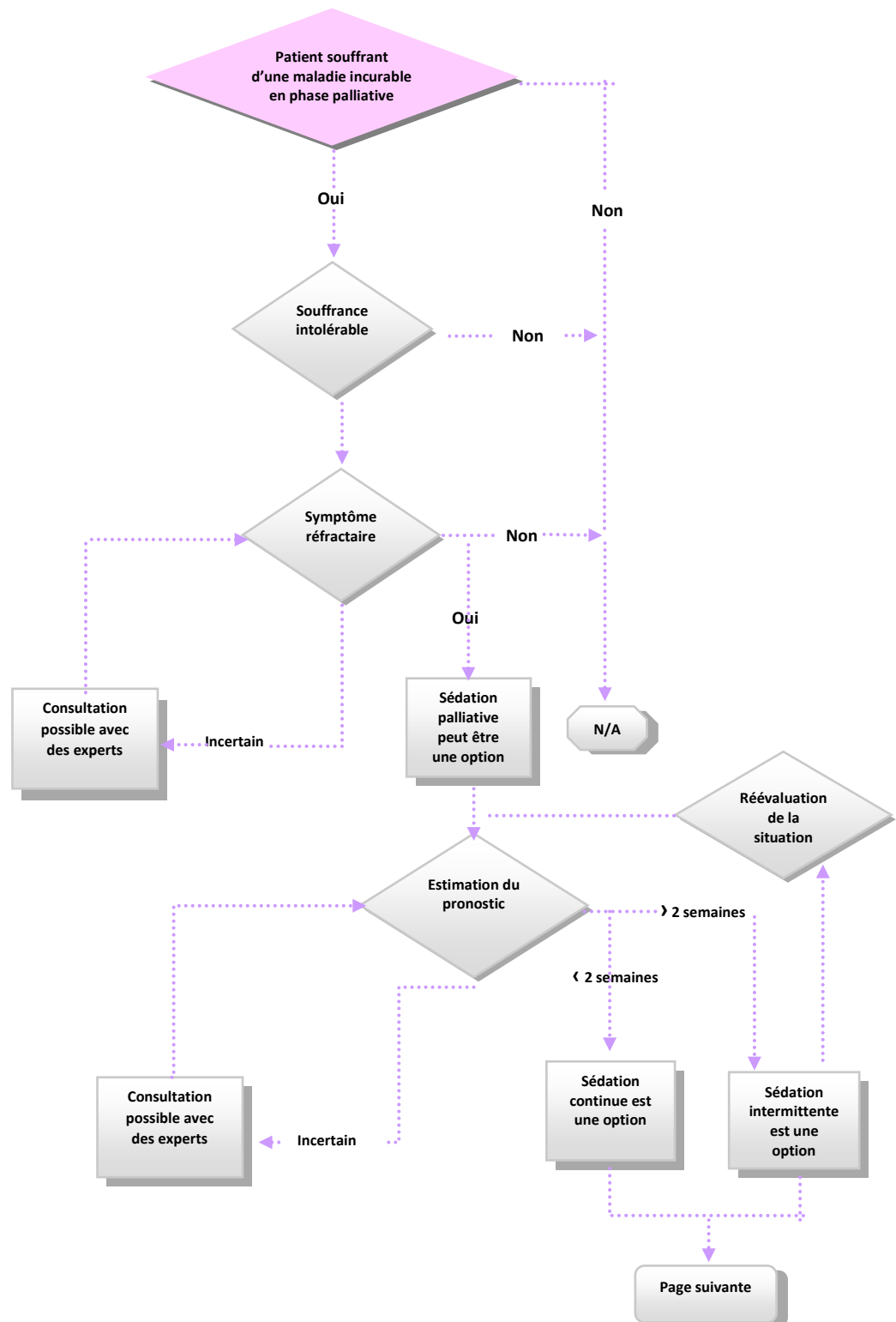
I hereby certify that all the necessary information required for informed consent has been provided to the persons concerned, and that to my knowledge, no external pressure was applied.

Physician's first and last name	Licence No.	Signature
---------------------------------	-------------	-----------

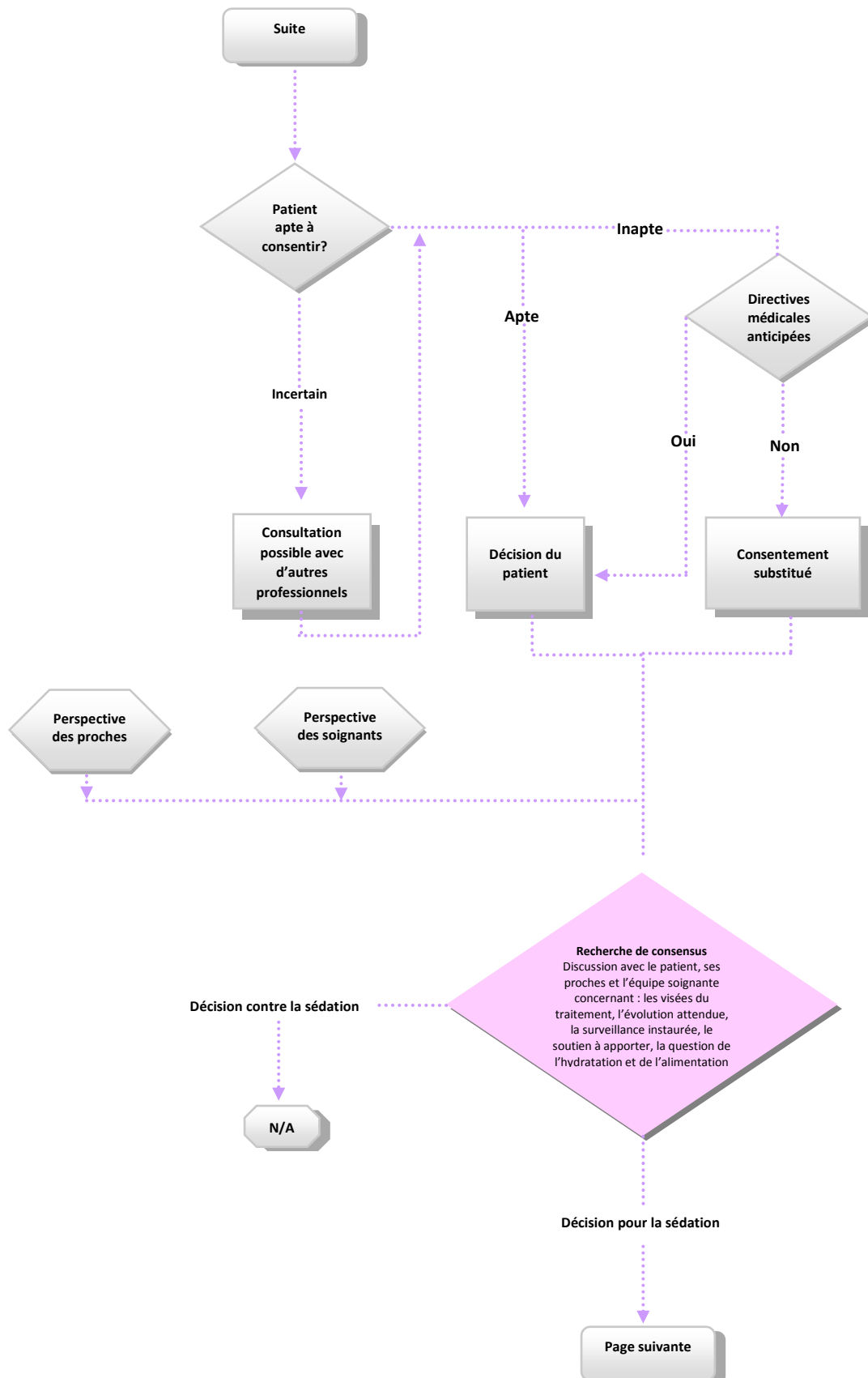
¹ In accordance with section 25 of the *Act respecting end-of-life care*, the authorized third person may not be a member of the team responsible for caring for the patient, a minor or a person of full age incapable of giving consent.

– Annexe

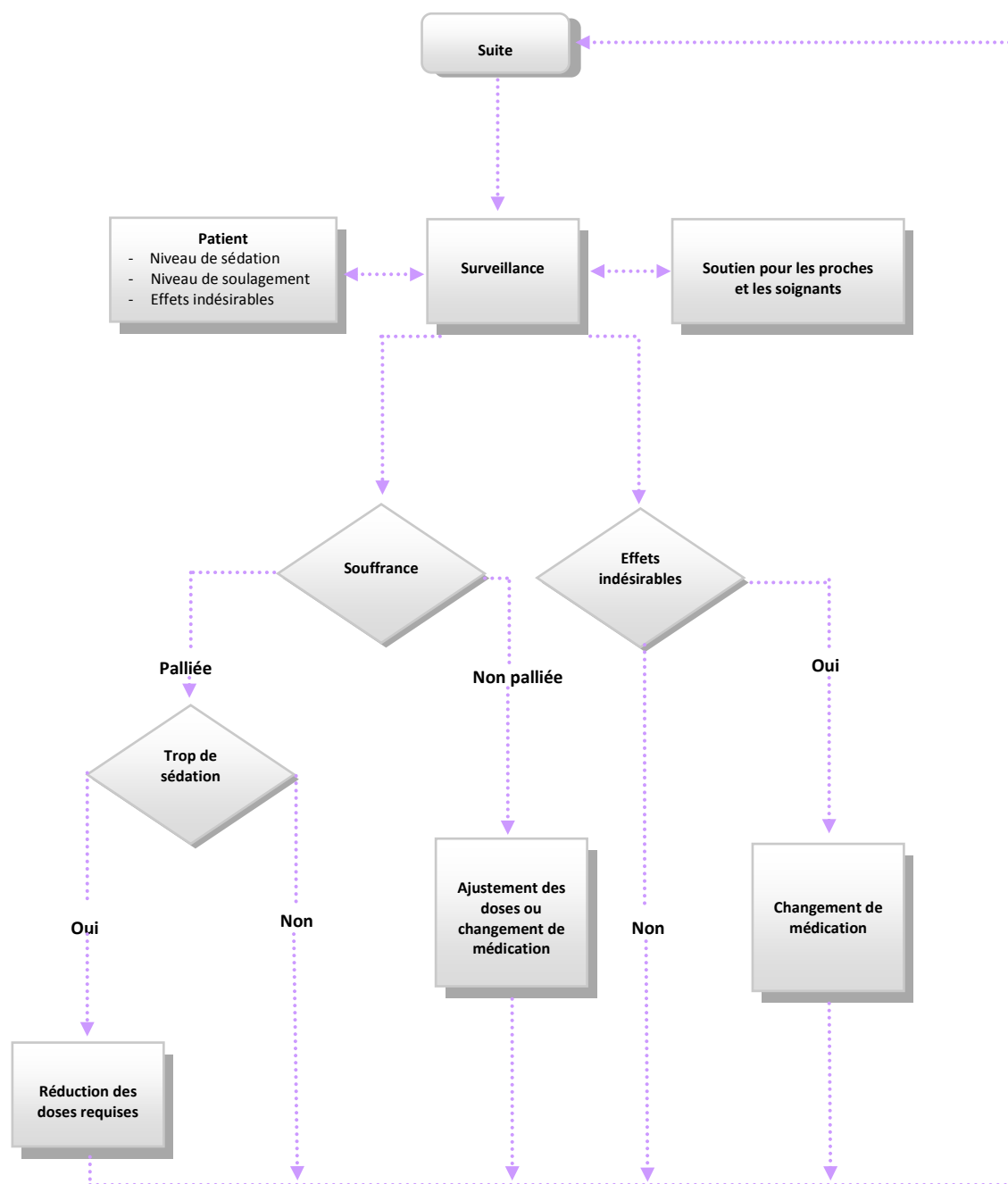
ANNEXE II – ARBRE DÉCISIONNEL



– Annexe



– Annexe



L– AIDE-MÉMOIRE POUR LE DOSSIER D'UN PATIENT EN SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

- ☐ Évaluation détaillée de la condition clinique et de la liste des traitements reçus dans le recours à la sédation palliative
- ☐ Compte rendu des discussions et des opinions des membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont pris part à la décision d'amorcer la sédation palliative
- ☐ Résumé des informations échangées avec le patient et ses proches, incluant l'expression de leur compréhension de la situation et des effets de la sédation palliative, en vue d'obtenir leur consentement
- ☐ Formulaire de consentement signé, s'il s'agit d'une sédation palliative continue
- ☐ Ordonnance médicale clairement identifiée avec la mention *SÉDATION PALLIATIVE*
- ☐ Toute modification de doses et/ou ajout de nouvelles molécules ainsi que les éléments cliniques les justifiant avec les heures précises où ces ordonnances sont effectives
- ☐ Documentation rigoureuse de la surveillance clinique (tableaux et échelles de surveillance doivent être conservés au dossier du patient)
- ☐ Formulaire de déclaration de la sédation palliative (doit être rempli par le médecin dans les dix jours qui suivent l'administration)

M- SURVEILLANCE DE LA SÉDATION PALLIATIVE

Surveillance de la sédation palliative continue

Diagnostic principal :

Autres conditions pertinentes :

Indication(s) de procéder à la sédation palliative :



Niveau de sédation désiré : ☐ Légère (-1 à -2) ☐ Profonde (-3 à -5)

Date de début de sédation : Année : Mois : Jour : Heure :

Évaluation 1) avant sédation 2) puis q 15 minutes ad sédation désirée 3) minimalement q 8 h et selon jugement clinique

[illegible]

Légende 1 – Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) (Sessier 2002, Chanque 2666, Thuong 2008)		
Niveau	Description	Définition
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Eveillé et calme	
-1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste avec contact visuel à l'appel (> 10 s)
-2	Diminution de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel, mais sans contact visuel
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non-nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	Non éveillable	Aucune réponse, ni l'appel, ni la stimulation physique (secousse ou friction non-nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Légende 3 – Autres observations à rechercher	
A	Pauses respiratoires, apnée
C	Convulsion
D	Dépression respiratoire (RR< 8/min)
H	Hémorragie
MU	Contractions musculaires brèves, soudaines et involontaires
MY	Myoclonies <input type="checkbox"/> 1 =  <input type="checkbox"/> 2 = 
NV	Nausées-Vomissements
P	Pupilles en myosis
R	Forts ronflements
S	Sécrétions bronchiques
X	Autres

Légende 2 – Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire (Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) – Campbell 2008, 2010)					
			0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)			< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)			< 19	19-29	≥ 30
Agitation : mouvements non intentionnels			non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale			non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires			non	modéré	intense
Grognement en fin d'expiration			non		oui
Battements des ailes du nez			non		oui
Regard effrayé :	Yeux écarquillés	<input type="checkbox"/>	non		oui
	Muscles du visage contractés	<input type="checkbox"/>			
	Froncement des sourcils	<input type="checkbox"/>			
	Bouche ouverte	<input type="checkbox"/>			
	Dents serrées	<input type="checkbox"/>			

N– FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Ce formulaire doit être rempli par le médecin et transmis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans les dix jours qui suivent l'administration de la sédation palliative continue.

1. Coordonnées de l'établissement

Cocher le site de soins :

☐

Domicile

☐

CHSLD

☐

CHSGS

☐

MSP

Nom de l'établissement :

2. Diagnostic prépondérant et conditions cliniques

3. Cocher les symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue

☐

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 compromettant gravement l'atteinte du confort

☐

Autre état réfractaire, justifier :

4. Essais thérapeutiques antérieurs en lien avec l'indication de la sédation palliative continue

Pharmacologiques :

Sédation palliative intermittente : ☐ Oui ☐ Non

Non pharmacologiques (cocher) :

<input type="checkbox"/>	Consultations médicales	<input type="checkbox"/>	Soins spirituels
<input type="checkbox"/>	Travail social	<input type="checkbox"/>	Psychologie
<input type="checkbox"/>	Autres : _____		

5. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue : _____

6. Obtention d'un consentement écrit

- ☐ Oui, consulter le formulaire ci-joint
- ☐ Non, justifier : _____
- ☐ Intervention en situation d'urgence

Accord des proches :

- ☐ Oui
- ☐ Non, préciser : _____

Second avis demandé : ☐ Oui ☐ Non

7. Recours à la sédation palliative continue

- ☐ Oui
- ☐ Non, justifier : _____

8. Médication prescrite

Médicament	Voie d'administration	Dosage au début (date)	Dosage à la fin (date)
Lorazépam (Ativan ^{MD})			
Midazolam (Versed ^{MD})			
Méthotriméprazine (Nozinan ^{MD})			
Chlorpromazine (Largactil ^{MD})			
Phénobarbital			
Propofol (Diprivan ^{MD})			
Scopolamine			
Autres :			

9. Hydratation

Naturelle :

- ☐ Cessée spontanément par le patient, le _____
- ☐ Cessée à l'initiative du médecin, le _____

Artificielle :

- ☐ Cessée le _____

10. Nutrition

Naturelle :

- ☐ Cessée spontanément par le patient, le _____
- ☐ Cessée à l'initiative du médecin, le _____

Artificielle :

- ☐ Cessée le _____

11. Évolution jusqu'au décès

- ☐ Mort paisible
- ☐ Soulagement incomplet
- ☐ Complications

Décès constaté le : _____

12. Attitude des proches et de l'équipe soignante durant le processus

	Rencontre	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

Précisions (si requis) : _____

13. Déclaration

Formulaire de déclaration rempli le _____

Transmis le _____

- ☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens¹³
[numériser le formulaire et le transmettre à l'adresse suivante : **cmdp.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca**
(interne : 09 CISSS CMDP)]
- ☐ Collège des médecins du Québec¹⁴

Télécopieur : 514 933-3112

Nom et signature
du médecin responsable

N° du permis

Date

¹³ Si le médecin exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement.

¹⁴ Si le médecin exerce en cabinet privé.

O– ADDENDA À LA PROCÉDURE DE GESTION DES LITS

CONTEXTE :

L'entrée en vigueur, le 10 décembre 2015, de la *Loi concernant les soins de fin de vie* permet à une personne de recourir à l'aide médicale à mourir (AMM), selon des conditions particulières très restrictives.

Selon la loi, l'AMM se définit comme un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Le présent addenda vise à assurer la prise en charge efficace d'un patient devant obtenir une AMM.

PRINCIPES :

- ⇒ Attendu que le patient doit bénéficier, tel qu'il est prévu à l'article 12 de la loi, d'une chambre privée (idéalement, un lit réservé aux soins palliatifs);
- ⇒ Attendu qu'un moment précis a été convenu pour l'AMM, il importe de le respecter (importance pour la personne et ses proches dans le processus du décompte du temps restant et pour faire les adieux);
- ⇒ Attendu le fait que la personne est aux prises avec des souffrances constantes, insupportables et réfractaires à tout traitement, son admission doit être considérée comme urgente et ne peut être refusée sous aucune condition.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS :

Le directeur des services professionnels (DSP), en tant que responsable de l'application de la Politique d'hospitalisation et de gestion des lits, peut trancher tout litige relatif à l'admission, au congé définitif et au transfert d'un usager dans le cadre d'une AMM.

MODE DE DÉPLACEMENT :

Toute personne, qui doit être admise dans un centre hospitalier pour une AMM, sera transportée par ambulance et admise directement dans le lit qui a été préalablement réservé (selon la politique en vigueur), sans transiter par l'urgence.

Manuel de gestion

Politique administrative		Numéro
Objet :	Transfert et admission à l'hôpital d'un patient devant recevoir l'aide médicale à mourir (AMM)	
Secteur ou programme :		

1. Préambule

Cette politique présente les principales orientations du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, quant au transfert et à l'admission des patients dans le cadre de l'aide médicale à mourir (AMM).

La Loi concernant les soins de fin de vie, entrée en vigueur le 10 décembre 2015, sert de prémices aux dispositions de la présente politique. Elle fixe des conditions très restrictives auxquelles un patient doit répondre pour y avoir accès ainsi que des procédures qui doivent être respectées par les établissements et le personnel de la santé.

2. Champ d'application

La présente politique s'applique :

- ✓ Après que la demande d'AMM, remplie par le patient, ait été acceptée par deux médecins et dûment signée.
- ✓ Lorsqu'un transfert du domicile ou de la maison de soins palliatifs (MSP) vers un centre hospitalier est nécessaire pour un patient devant recevoir l'AMM.
- ✓ Dans toutes les installations du CISSS de la Côte-Nord, peu importe la provenance du patient sur le territoire nord-côtier.

3. Définition

Aide médicale à mourir (AMM) : un soin consistant en l'administration de médicaments et de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Soins de fin de vie : les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux offerts aux personnes atteintes d'une maladie avec un pronostic réservé.

4. But

Le CISSS de la Côte-Nord doit s'assurer d'avoir un processus clair et uniforme sur son territoire pour les patients bénéficiant d'une AMM.

5. Objectifs spécifiques

- ✓ Planifier le transfert et l'admission, de façon optimale.
- ✓ Planifier efficacement l'organisation et le déroulement de l'AMM.
- ✓ Assurer la disponibilité d'une chambre privée (comme prévu à l'article 12 de la Loi concernant les soins de fin de vie).
- ✓ Assurer le respect de la personne en fin de vie.

6. Rôles et responsabilités

Plusieurs intervenants sont impliqués dans l'application de la présente politique. Leurs rôles et responsabilités sont détaillés au point 7 (étapes et algorithmes).

La directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU), en collaboration avec la directrice des soins infirmiers (DSI), s'assure du respect et de l'application de la présente politique.

Président-directeur général :

- ✓ Responsable de l'application de la présente politique.
- ✓ Il tranche tout litige relatif à l'admission et au transfert d'un patient.

7. Étapes et algorithmes

Préalablement à l'application de la présente politique, il est entendu, conformément aux conditions prévues à l'article 26 de la loi, que le patient est :

- ✓ Assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie.
- ✓ Majeur et apte à consentir aux soins.
- ✓ En fin de vie.
- ✓ Aux prises avec une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
- ✓ Aux prises avec des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables.

Également, le formulaire d'AMM doit être rempli, dûment signé par le patient, avoir été accepté et signé par deux médecins.

1. Le médecin qui accepte la demande d'AMM vérifie avec le patient le lieu et la date souhaitée pour l'administration de l'AMM. Cette date doit tenir compte d'un délai minimal de 72 heures, après la réception de la demande au Service d'admission.
2. Le médecin remplit le formulaire de demande d'admission « *Demande d'admission et d'inscription au mécanisme d'accès aux services spécialisés* », en précisant le nom de l'établissement où aura lieu l'AMM.
3. Le médecin envoie par télécopieur le formulaire de demande d'admission au Service d'admission de l'établissement choisi (inscrire le numéro de télécopieur pour chaque établissement).
4. L'agente administrative du Service d'admission indique la date et l'heure de réception.
5. L'agente administrative contacte le coordonnateur de la gestion des lits et, en collaboration avec le gestionnaire de l'unité de soins concernée, vérifie la disponibilité d'une chambre privée à la date demandée.
- 5.1 Dans le cas où il est impossible d'obtenir une chambre à la date souhaitée, la DSPEU doit être avisée immédiatement (comme prévu à la procédure de gestion des lits, annexe O) par le coordonnateur responsable de la gestion des lits. Celui-ci doit alors contacter le médecin, qui demande l'AMM, afin de l'informer de la problématique et de la décision de la DSPEU.
6. L'agente administrative du Service d'admission effectue la réservation de la chambre, selon la procédure habituelle en vigueur.

7. Le gestionnaire de l'unité de soins concernée, en collaboration avec l'assistante du supérieur immédiat de l'unité, vérifie la disponibilité du personnel pour l'administration de l'AMM à la date prévue (en cas d'objection de conscience, consulter l'arbre décisionnel « *Objection de conscience d'un membre de l'équipe soignante* »).
8. L'agente administrative du Service d'admission retourne une confirmation de l'admission, par télécopieur, incluant le numéro de chambre au médecin et le contacte par téléphone pour s'assurer de la réception.
9. Aucune procédure particulière n'est requise pour effectuer la réservation de l'ambulance au préalable. Les services ambulanciers doivent être contactés selon les procédures habituelles, soit directement en téléphonant au 911, au moment du transfert du patient.
- 9.1 Les frais de transport sont à la charge du CISSS de la Côte-Nord [en vertu des dispositions prévues à l'annexe 2 à la circulaire 2009-005 (transport des usagers en soins palliatifs)].
10. L'agente administrative au Service d'admission avise le responsable du Service de pharmacie de la demande ainsi que de la date choisie.

8. Principes directeurs

Le cadre légal et réglementaire encadrant la présente politique provient des éléments contenus dans la Loi concernant les soins de fin de vie.

De plus, les modalités d'hospitalisation énoncées conformément à la « *Politique sur l'hospitalisation et la gestion des lits* » doivent être respectées.

9. Autres modalités

Advenant le cas où le patient revoit sa décision en cours de processus et décide de ne plus recourir à l'AMM :

- ✓ Le médecin traitant doit aviser le Service d'admission le plus rapidement possible.
- ✓ Le responsable au Service d'admission doit aviser le responsable du Service de pharmacie ainsi que les SPU, dès que possible.

10. Mise à jour

	Personne ou instance responsable de la mise à jour	Date de la prochaine révision (habituellement aux trois ans)

11. Entrée en vigueur et consultation

Versions	Préparée par	Instances consultées						Entrée en vigueur
		CODIR	CII	CM	CMDP	CA	Autres	
1	Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire	✓	✓	✓	✓	✓		2016-06-14
2								
3								

CA Conseil d'administration

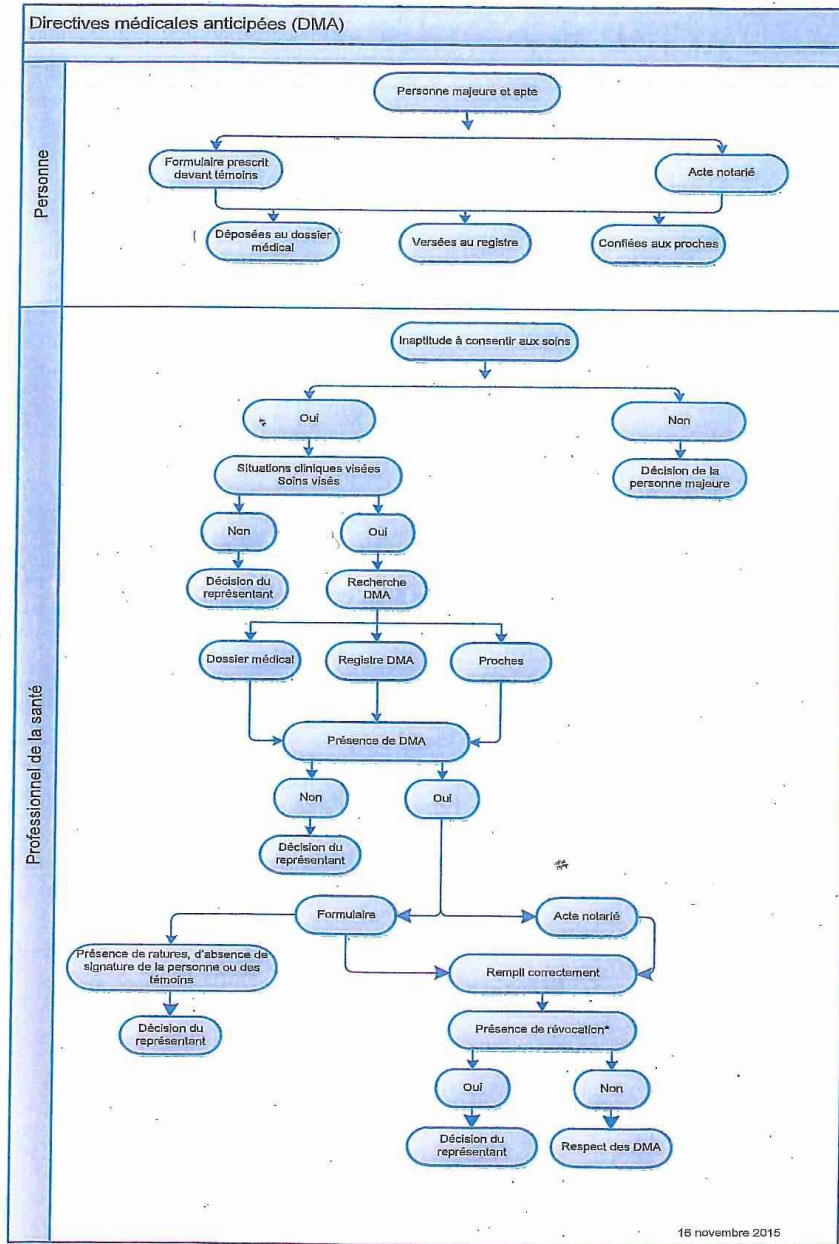
CII Conseil des infirmières et infirmiers

CM Conseil multidisciplinaire

CMDP Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CODIR Comité de direction

Q- ARBRE DÉCISIONNEL « DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES »



* La révocation révoque toutes DMA antérieures

En cas de conflit avec des volontés exprimées par l'auteur des DMA dans un mandat donné en prévision de l'incapacité, les DMA prévalent (art. 62 de la Loi concernant les soins de fin de vie).

*Centre intégré de santé et
de services sociaux de la Côte-Nord*

www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca