

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR



MISE À JOUR
11/2019
GUIDE D'EXERCICE
ET LIGNES
DIRECTRICES
PHARMACOLOGIQUES

Auteurs

Collège des médecins du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers
du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des
thérapeutes conjugaux et familiaux
du Québec
Barreau du Québec
Chambre des notaires du Québec

Les auteurs remercient l'ensemble de leurs collaborateurs, ainsi que les personnes et les organismes qui ont participé à la rédaction de ce document en partageant leurs compétences et leur expertise.

Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Édition

Service des communications

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit. Il est à noter que des tribunaux ont été saisis de contestations judiciaires quant à la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* et à la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec
ISBN 978-2-924674-25-3

© Collège des médecins du Québec,
Ordre des pharmaciens du Québec,
Ordre des infirmières et infirmiers
du Québec,
Ordre des travailleurs sociaux et des
thérapeutes conjugaux et familiaux du
Québec,
Barreau du Québec,
Chambre des notaires du Québec,
novembre 2019

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

— Table des matières

06/

AVANT-PROPOS

09/

INTRODUCTION

12/

1. DÉFINITION
ET DISTINCTIONS

14/

2. INDICATIONS

16/

2.1 Souffrances constantes
et insupportables

18/

2.2 Fin de vie

20/

2.3 Cas particuliers

22/

3. PROCESSUS
DÉCISIONNEL ET
DEMANDE D'AIDE
MÉDICALE À MOURIR

22/

3.1 Aptitude à consentir aux
soins

24/

3.2 Processus décisionnel

26/

3.3 Demande d'aide
médicale à mourir

27/

3.4 Décision médicale

28/

3.4.1 Évaluation des
indications

28/

3.4.2 Jugement médical

29/

3.4.3 Objection de
conscience du médecin

31/

3.5 Assurance maladie

33/

4. PROCÉDURES

34/

4.1 Entretiens avec l'équipe
interdisciplinaire, les
proches et le patient

35/

4.2 Avis d'un second
médecin

38/

4.3 Conclusion du médecin

39/

4.4 Délai

40/

5. OBTENTION DES
MÉDICAMENTS ET
RELATION AVEC LE
PHARMACIEN

41/

5.1 Voie d'administration

41/

5.2 Posologie

41/

5.3 Démarche systématique
de collaboration entre le
médecin et le pharmacien

42/

5.4 Modalité de prescription

43/

5.5 Dispensation par le
pharmacien

43/

5.5.1 Préparation,
dispensation
et conservation

46/

5.5.2 Convictions
personnelles
du pharmacien

46/

5.5.3 Objection
de conscience
du pharmacien

47/

6. ADMINISTRATION
DE L'AIDE MÉDICALE
À MOURIR ET TRAVAIL
D'ÉQUIPE

48/

6.1 Explications à donner
au patient et aux personnes
présentes

48/

6.2 Temps et lieu

49/

6.3 Injection intraveineuse

49/

6.3.1 Voie veineuse

49/

6.3.1.1 Évaluation
du potentiel veineux

50/

6.3.1.2 Installation
de l'accès veineux

51/

6.3.2 Préalables

51/

6.3.3 Anxiolyse

52/

6.3.4 Induction d'un coma
artificiel

— Table des matières

54/

6.3.5 Injection du
bloqueur neuromusculaire

56/

6.4 À la suite du décès

57/

7. DÉCLARATIONS

57/

7.1 Inscription au dossier

57/

7.2 Constat de décès et
bulletin de décès

58/

7.3 Avis

59/

7.3.1 Avis à la Commission
sur les soins de fin de vie

59/

7.3.2 Avis à Santé Canada

59/

7.3.3 Avis au CMDP
ou au CMQ en vue de
l'évaluation de l'acte

61/

**8. SUIVI ET TRAVAIL DE
DEUIL**

62/

9. OUTILS PRATIQUES

64/

CONCLUSION

65/

**ANNEXE I - TYPES DE
TRAJECTOIRES DE FIN DE
VIE**

67/

**ANNEXE II - EXPLORATION
DE LA SOUFFRANCE
PSYCHIQUE**

70/

**ANNEXE III - ARBRE
DÉCISIONNEL**

73/

**ANNEXE IV -
ADMINISTRATION DES
MÉDICAMENTS PAR VOIE
INTRAVEINEUSE, SELON
L'INDUCTEUR DE COMA**

81/

**ANNEXE V - ORDONNANCE
MÉDICALE**

85/

**ANNEXE VI - PROTOCOLE
DE PRÉPARATION DES
MÉDICAMENTS**

88/

**ANNEXE VII - REGISTRE
D'UTILISATION DES
MÉDICAMENTS**

93/

**ANNEXE VIII - LISTE DU
MATÉRIEL NÉCESSAIRE**

95/

**ANNEXE IX - VOIES
D'ADMINISTRATION
À PROSCRIRE**

96/

**ANNEXE X - MÉDICAMENTS
ET SUBSTANCES À
PROSCRIRE**

97/

**ANNEXE XI - PERTE DE
L'ACCÈS VEINEUX AU
COURS DE L'INDUCTION DU
COMA**

99/

RÉFÉRENCES

— Liste des tableaux

15/

TABLEAU 1

Critères et conditions exigés par la loi

18/

TABLEAU 2

Souffrances en fin de vie les plus fréquemment rapportées au Collège des médecins du Québec et aux commissions de contrôle des pays européens qui ont dépénalisé l'euthanasie

23/

TABLEAU 3

Évaluation clinique de l'incapacité à consentir aux soins et demande d'AMM

30/

TABLEAU 4

Instances responsables à aviser en cas d'objection de conscience du médecin

33/

TABLEAU 5

Procédures exigées par la loi

51/

TABLEAU 6

Anxiolyse

52/

TABLEAU 7

Critères de coma artificiel

53/

TABLEAU 8

Induction du coma : propofol – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration – En 1^{re} intention

54/

TABLEAU 9

Induction du coma : phénobarbital – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration – En 2^e intention

55/

TABLEAU 10

Bloqueur neuromusculaire : rocuronium – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration

56/

TABLEAU 11

Bloqueur neuromusculaire : cisatracurium – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration

60/

TABLEAU 12

Instances responsables de l'évaluation de la qualité des soins

74/

TABLEAU 13

Médicaments à administrer par voie IV – Propofol

74/

TABLEAU 14

Matériel pour l'administration des médicaments par voie IV – Propofol

77/

TABLEAU 15

Médicaments à administrer par voie IV – Phénobarbital

78/

TABLEAU 16

Matériel pour l'administration des médicaments par voie IV – Phénobarbital

85/

TABLEAU 17

Protocole de préparation des médicaments

89/

TABLEAU 18

Registre d'utilisation des médicaments

93/

TABLEAU 19

Liste du matériel nécessaire

95/

TABLEAU 20

Voies d'administration à proscrire

96/

TABLEAU 21

Médicaments et substances à proscrire

AVANT-PROPOS

La *Loi concernant les soins de fin de vie*¹ (ci-après appelée la LCSFV), sanctionnée le 10 juin 2014 par l'Assemblée nationale du Québec après quatre années de débat, est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Elle précise les droits relatifs aux soins de fin de vie, notamment celui d'obtenir des soins de fin de vie requis par l'état de santé, dont l'aide médicale à mourir (AMM). La LCSFV comporte des règles particulières qui spécifient l'encadrement et l'organisation de ces soins dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle prévoit des exigences spécifiques relatives à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. La LCSFV institue également la Commission sur les soins de fin de vie, qui est chargée d'évaluer son application. Enfin, elle met en place un régime de directives médicales anticipées et détermine les conditions de leur respect.

En ce qui concerne l'aide médicale à mourir, en particulier, la LCSFV fixe les conditions très restrictives auxquelles une personne doit répondre pour y avoir accès, en établissement, en

maison de soins palliatifs ou à domicile, ainsi que plusieurs procédures que les médecins et les organisations de santé concernées doivent respecter. La Commission sur les soins de fin de vie a le mandat de surveiller l'application de ces exigences particulières (art. 42 al. 2).

Les pratiques cliniques permettent depuis longtemps d'accompagner les personnes en fin de vie en leur prodiguant les meilleurs soins possible. La LCSFV est venue compléter ce que préconise le *Code de déontologie des médecins*² en la matière. Ce dernier astreint notamment le médecin à « agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés » (art. 58).

Le 17 juin 2016 a été sanctionnée la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*³. Cette loi fédérale modifie le *Code criminel* afin de permettre une aide médicale à mourir à certaines conditions.

¹ *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001.

² *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17.

³ *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, c. 3.

Si les exigences légales provinciales et fédérales en matière d'aide médicale à mourir sont pour la plupart similaires, parfois complémentaires, elles sont pour certaines en revanche contradictoires. Les concilier au chevet du patient n'est alors pas aisé. C'est pourquoi le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), ainsi que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), auteurs du premier guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir, ont demandé à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), au Barreau du Québec et à la Chambre des notaires du Québec de s'allier à eux pour en produire la présente version révisée.

Il est essentiel de respecter les lois, tout en gardant cohérent l'ensemble des soins et des pratiques cliniques ainsi qu'en préservant les valeurs qui les sous-tendent et leur finalité. C'est dans cet esprit que le présent document se propose de clarifier certains termes légaux et de préciser les normes de pratique, et la façon de les adapter à des problématiques particulières, susceptibles d'émerger des situations cliniques.

Comme l'aide médicale à mourir est une pratique encore nouvelle, les auteurs de ce document se sont référés aux lignes directrices émises et aux pratiques en cours dans les pays européens (les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg) et plusieurs États

des États-Unis qui ont autorisé l'euthanasie ou le suicide assisté pour rédiger ce document. Afin d'adapter spécifiquement leurs directives au contexte provincial, ils ont aussi consulté des experts et des organismes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et pris en considération les nombreux témoignages des médecins et des autres professionnels de la santé ou des services sociaux qui accompagnent les grands malades.

La mise à jour actuelle concerne essentiellement :

- › **Le chapitre 5 - Obtention des médicaments et relation avec le pharmacien :** des assouplissements ont été apportés pour faciliter l'accès aux médicaments requis pour l'administration d'une AMM à domicile.

L'annexe V - Ordonnance médicale

a été modifiée pour permettre au médecin de demander explicitement au pharmacien de ne pas préparer en seringues les médicaments de la deuxième trousse.

L'annexe à l'ordonnance - Noms génériques et commerciaux des médicaments a été retirée.

- › **Le chapitre 6 - Administration de l'AMM et travail d'équipe :** des précisions ont été ajoutées pour mieux prévenir la perte de l'accès veineux au cours de l'induction du coma et pour prendre en considération les différentes options à disposition, le cas échéant.

L'annexe XI traite de la perte de l'accès veineux au cours de l'induction du coma.

- › **Le chapitre 7 - Déclarations :** les avis ayant été facilités par l'utilisation du formulaire électronique unique de déclaration des renseignements relatifs à l'AMM, mis à la disposition des médecins et des pharmaciens, le paragraphe pertinent a été mis à jour en conséquence. Les informations sur les nouvelles modalités de déclaration d'une AMM sont accessibles dans la section sécurisée des sites Web des ordres professionnels concernés, dans le réseau intranet du ministère de la Santé et des Services sociaux et dans le site Web de Santé Canada.

L'annexe sur la déclaration de l'administration d'une AMM en 7 étapes a été supprimée.

- › **L'annexe VI - Protocole de préparation des médicaments :** les propriétés physicochimiques du propofol et du rocuronium ont été modifiées à la suite de la diffusion des résultats d'une étude effectuée à l'Université de Montréal en avril 2018.

Il est à noter que le CMQ a publié deux autres guides d'exercice consacrés aux soins de fin de vie chez les personnes adultes : *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie* et *La sédation palliative en fin de vie*⁴ (publié en collaboration avec la Société québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMSP)).

4 Ces guides d'exercice sont accessibles dans le site Web du CMQ, section [Publications](#).

INTRODUCTION

Ce document propose les normes à suivre pour effectuer une aide médicale à mourir. Il a pour objectif de guider les médecins et les autres professionnels de la santé ou des services sociaux dans l'exercice de leur pratique, tout en respectant aussi bien l'esprit que la lettre de la loi. Ces normes de pratique peuvent se traduire localement dans des protocoles cliniques qui, tout en leur restant conformes (art. 33 et 35 de la LCSFV), tiennent compte des contraintes, mais aussi de la culture et d'autres particularités propres à chacun des établissements ou des milieux de pratique tenus de procurer des soins de fin de vie et d'adopter une politique claire à leur égard (art. 8 et 9 de la LCSFV).

La société québécoise a longuement débattu la question des soins de fin de vie avant de permettre, à certaines conditions précises, l'AMM. En 2015, la Cour suprême du Canada a décriminalisé l'AMM⁵ et le *Code criminel*⁶ a été modifié en conséquence. Au Québec, toute personne dont l'état le requiert a le droit de recevoir des soins de fin de vie, dont l'AMM, sous

réserve des exigences légales particulières (art. 4 de la LCSFV et *Code criminel*). Il n'en demeure pas moins que ce geste n'est jamais anodin. Il impose aux médecins et aux professionnels de la santé ou des services sociaux d'assumer leurs responsabilités professionnelles, tout en mettant en jeu les convictions personnelles de chacun. Au moment d'aborder l'ensemble des options de soins de fin de vie, et en particulier l'AMM, il est fondamental de respecter la diversité des points de vue, ceux des patients comme ceux des médecins et des autres professionnels de la santé ou des services sociaux. Ces derniers ont le devoir professionnel de procurer aux patients qui y consentent les soins les plus appropriés. Cependant, et c'est l'une des quelques exceptions qui confirment la règle, à certaines conditions⁷, ils ne sont pas tenus de participer à l'AMM si leurs convictions personnelles les en empêchent.

Ce guide d'exercice et ces lignes directrices pharmacologiques ciblent la population des personnes majeures et aptes, les seules pour qui l'AMM est autorisée par la loi. Les soins

⁵ *Carter c. Procureur général du Canada*, [2015] 1 R.C.S. 331.

⁶ *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-29.

⁷ Les procédures à suivre en cas d'objection de conscience sont décrites au point 3.4.3 de ce guide.

de fin de vie usuels⁸ demeurent la seule référence pour les personnes majeures inaptes à consentir aux soins et pour les mineurs.

Ce document se veut avant tout utile aux médecins et aux équipes interdisciplinaires qui suivent des patients en fin de vie et qui pourraient exceptionnellement être amenés à envisager l'AMM pour et avec l'un d'eux. Il n'a pas la prétention de répondre à toutes les questions que se posent les médecins et les équipes interdisciplinaires dans chaque situation clinique particulière, ce qui n'est pas l'objectif d'un tel document. Tout en couvrant largement l'ensemble des éléments prévus par les législateurs, et en prévoyant les principaux enjeux de la procédure pharmacologique, il vise son application dans tout milieu clinique et reste donc volontairement général. Il invite chacun à respecter les normes au plus près tout en faisant preuve du jugement clinique nécessaire à toute prestation de soin. Dans les cas où, cependant, les normes seraient difficilement applicables du fait de contraintes exceptionnelles et justifiées, il est vivement recommandé aux soignants de contacter leur ordre professionnel afin que la procédure la plus appropriée possible soit établie au cas par cas en fonction notamment des ressources et des exigences locales.

Les auteurs du document mettent en garde les médecins et les équipes

interdisciplinaires quant aux résumés et autres aide-mémoires tirés de ce document. S'ils peuvent être utiles pour se retrouver dans l'ensemble des procédures administratives ou pharmacologiques, ils ne sauront remplacer l'ensemble du guide d'exercice et des lignes directrices pharmacologiques qui représentent les normes à suivre.

Ce document commence par définir ce qu'est l'AMM et en quoi cette pratique se distingue des autres soins de fin de vie.

Puis il indique les conditions cliniques et juridiques émises par la LCSFV et le *Code criminel* afin d'éviter des dérives inacceptables, et qui concernent en premier lieu l'état de santé de la personne qui doit être en fin de vie, atteinte d'une maladie grave et incurable, accompagnée d'un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et qui provoque des souffrances constantes et insupportables. Le guide précise ainsi quelles sont les souffrances insupportables le plus souvent constatées en fin de vie et comment les évaluer. Il définit ce qu'est la fin de vie et indique comment celle-ci doit être prise en considération, avec le diagnostic de la maladie, pour pouvoir envisager l'AMM comme une option de soin, en accord avec les conditions légales, pour les patients qui ne peuvent ou ne veulent pas être soulagés par les soins plus usuels.

⁸ Se référer notamment aux guides d'exercice *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie*, publié par le CMQ en 2015, et *La sédation palliative en fin de vie*, publié par le CMQ et la SQMSP en 2016.

La loi encadre le processus décisionnel et la demande d'AMM, qui est réservée aux personnes majeures et aptes. Les médecins et les patients souffrants en fin de vie sont incités à considérer l'ensemble des interventions de soins et des traitements qui peuvent être opportuns, pour que le recours à l'AMM demeure exceptionnel.

Le guide présente ensuite les conditions de recevabilité de la demande d'AMM par la personne mourante et les critères permettant au médecin d'y répondre, ou non.

Le document décrit aussi les procédures que doit suivre le médecin pour s'assurer que la décision est prise dans les meilleures conditions, après avoir consulté le patient, ses proches s'il le souhaite et l'équipe interdisciplinaire, ainsi qu'un confrère invité à se prononcer sur la conformité de cette décision avec les exigences légales.

Une partie importante du document est consacrée aux médicaments à administrer pour une AMM et met l'accent sur la nécessaire collaboration entre le médecin prescripteur et le pharmacien. Les lignes directrices pharmacologiques doivent être suivies avec rigueur par le médecin comme par le pharmacien.

L'AMM proprement dite est décrite étape par étape. Les aspects techniques sont quelque peu détaillés, bien sûr, mais ils ne doivent pas faire oublier que l'AMM est un geste grave, que le médecin doit réaliser avec

respect, délicatesse et compassion, dans le cadre de l'accompagnement de la personne en fin de vie.

Enfin, le document guide les médecins quant à la tenue du dossier médical, au certificat de décès et aux différents avis à transmettre aux instances chargées d'examiner la conformité du geste avec les exigences légales ou d'évaluer la qualité des soins fournis.

En annexe, figurent notamment un arbre décisionnel résumant le processus de décision à mener avec un patient extrêmement souffrant, en fin de vie, et pour qui l'AMM pourrait être envisagée comme une option; la liste des médicaments qui doivent être utilisés, en établissement de santé, en maison de soins palliatifs ou à domicile, ainsi que leurs posologies; la procédure détaillée de leur administration; et les techniques à proscrire pour effectuer une AMM.

L'implantation de la pratique de l'AMM, toujours en cours dans le système de santé, doit être réalisée sans perdre de vue l'objectif de la LCSFV qui est de toujours mieux assurer à tous les patients en fin de vie des soins appropriés « respectueux de leur dignité et de leur autonomie » en considérant les rôles et les responsabilités de chacun.

Chapitre 1/

Définition et distinctions

La LCSFV définit l'AMM 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. » (art. 3 (6))

En retenant cette définition, la LCSFV s'inscrit dans la définition, à première vue plus large, du *Code criminel* pour lequel l'aide médicale à mourir est, « selon le cas, le fait pour un médecin [...] »⁹ :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause la mort;
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort. » (art. 241.1)

La LCSFV circonscrit strictement l'AMM : elle l'inscrit on ne peut plus clairement dans un contexte de soins de fin de vie. Comme le *Code criminel*, elle exige que le geste soit posé par un médecin et elle impose la nécessité du respect de l'autonomie de la personne concernée. De plus, elle limite l'AMM à un seul objectif : celui de mettre un terme aux souffrances d'une personne en fin de vie en lui administrant intentionnellement des médicaments qui entraîneront son décès. Il est à noter que la voie d'administration, digestive ou parentérale, d'un médicament n'est pas précisée par la loi.

- › L'AMM est ainsi à discerner d'autres options de soins de fin de vie, certes susceptibles d'abrégé la vie, mais dont tel n'est pas le but, comme :
 - › l'administration de traitements visant à soulager des symptômes en fin de vie¹⁰, au risque d'abrégé la vie;
 - › la sédation palliative, soit l'abaissement volontaire du niveau de conscience en vue de soulager des symptômes¹¹;
 - › la non-initiation ou la cessation de traitements nécessaires au maintien de la vie ou susceptibles de la prolonger.

⁹ Voir au point 3.4.2 ce qu'il en est de l'infirmier praticien.

¹⁰ Se référer notamment au guide d'exercice *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie*, publié par le CMQ en 2015.

¹¹ Se référer notamment au guide d'exercice *La sédation palliative en fin de vie*, publié par le CMQ et la SQMSP en 2016.

La loi est claire quant à ces options de soins et elles sont de mieux en mieux admises dans la pratique. Chacune d'elles s'accompagne, bien entendu, de l'ensemble des soins de confort appropriés tout au long du processus menant à la mort.

- › L'AMM au sens de la LCSFV diffère également du suicide assisté (médicalement ou pas), défini comme le « fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder, ou les deux » (Québec, *Rapport de la Commission spéciale : Mourir dans la dignité*, 2012, p. 18). Le suicide assisté impliquerait que le médecin fournisse les substances létales que la personne s'administrerait elle-même. L'AMM se distingue clairement du suicide assisté, puisque l'acte doit être posé par un médecin, et dans un contexte de soins de fin de vie. Le *Code criminel* précise qu'à certaines conditions, exposées plus loin, le suicide assisté n'est pas un acte criminel (art. 241.1 b) et 241.2), et l'établissement de ses modalités est confié aux provinces canadiennes. En ce qui concerne le Québec, l'option du suicide assisté, médicalement ou non, n'a pas été retenue à l'issue des débats au sein de la société, et l'AMM telle que définie par la LCSFV est considérée comme préférable dans une perspective de soins de fin de vie.
- › L'AMM se distingue évidemment toujours d'une mort provoquée intentionnellement en dehors d'un contexte de soins.

Il est à noter que, en dehors des conditions prévues par la loi, l'aide à mourir demeure passible de sanctions criminelles.

Dans ce document, la définition de l'AMM utilisée est celle qui est énoncée dans la LCSFV qui s'applique spécifiquement au Québec. Toutefois, il a été jugé que certains éléments essentiels devaient être précisés, en tenant compte des exigences du *Code criminel*, et interprétés en termes médicaux pour être appliqués adéquatement en situation clinique (les notions de fin de vie, de souffrances insupportables, les médicaments à administrer, etc.).

Chapitre 2/ Indications

Les situations cliniques de fin de vie sont parfois difficiles. Malgré la dispensation de soins de qualité, des patients en proie à des souffrances intolérables vivent une agonie extrêmement pénible.

La LCSFV a été créée, notamment, pour offrir une réponse supplémentaire à ces patients en fin de vie, excessivement souffrants, pour qui toutes les options thérapeutiques curatives et palliatives ont été refusées, cessées ou sont restées vaines, et qui préféreraient mourir plutôt que de continuer à souffrir.

Les patients et leurs proches savent qu'émettre une demande d'AMM est possible depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV. Mais il n'est pas certain que tous en connaissent les règles, et les médecins risquent d'être confrontés à des demandes d'AMM qui ne sont pas toutes recevables : par exemple, en réaction à l'apparition d'une condition médicale mineure, récente, facilement curable; ou à une demande d'AMM de la part d'un tiers, alors que le patient lui-même ne la souhaite pas, etc. Les lois provinciale et fédérale ont mis en place des règles permettant de répondre le plus adéquatement possible à la demande. Il reste nécessaire que les médecins les suivent avec bon sens et rigueur morale.

Pour éviter des dérives inacceptables, le législateur a encadré sévèrement le processus décisionnel habituel en imposant des conditions, à la fois d'ordre juridique et d'ordre clinique (art. 26 et 27 de la LCSFV; art. 241.2 (1) et (2) du *Code criminel*), et en exigeant des procédures que les médecins doivent suivre strictement (art. 29 de la LCSFV; art. 241.2 (3) à (9) du *Code criminel*).

La LCSFV et le *Code criminel* prévoient des conditions telles qu'elles font de l'AMM une pratique très exceptionnelle. À partir des pratiques qui ont cours dans les pays européens qui ont permis l'euthanasie et le suicide assisté dans les années 2000 et à la lumière des expériences vécues au Québec depuis décembre 2015, il est documenté que la fréquence de l'AMM varie avec le lieu d'exercice et avec la spécialité médicale, mais qu'elle reste minime. Il est d'autant plus important de respecter avec une extrême rigueur les directives médicales et les procédures légales qui l'encadrent, que le geste est peu fréquent, irréversible et bouleversant.

La LCSFV et le *Code criminel* émettent des conditions particulièrement limitatives quant à l'état de santé de la personne susceptible d'obtenir l'AMM.

Tableau 1**Critères et conditions exigés par la loi**

QUÉBEC <i>Loi concernant les soins de fin de vie – LCSFV</i>	CANADA <i>Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) – Code criminel</i>
26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir : 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29); 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins; 3° elle est en fin de vie; 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable; 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. [...]	241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir : a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada; b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé; c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables; d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures; e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs. 241.2 (2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants : a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables; b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables; d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

2.1 SOUFFRANCES CONSTANTES ET INSUPPORTABLES

Il est essentiel de saisir qu'une personne qui demande une aide pour mourir exprime avant tout une souffrance telle qu'elle préférerait mourir plutôt que de continuer à souffrir. Le médecin ainsi que l'ensemble des professionnels de la santé ou des services sociaux se doivent d'entendre l'expression de cette souffrance et d'y répondre de manière adéquate. L'AMM est une option parmi d'autres pour ce faire. Avant d'y recourir, il est nécessaire de déterminer, avec la personne et dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, si l'AMM est l'option la plus appropriée pour la personne qui la demande, au moment où elle la demande.

Aux termes de la LCSFV, la personne qui demande l'AMM doit être en fin de vie, atteinte d'une maladie grave et incurable, accompagnée d'un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et qui lui occasionne « des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables » (art. 26 (6)).

Le *Code criminel* va dans le même sens puisque, selon lui, pour qu'une personne puisse obtenir une AMM, « sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités » doivent lui causer « des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables » (art. 241.2 (2) c)).

La loi confie aux médecins la responsabilité non seulement de confirmer les souffrances alléguées par le patient, mais aussi de les caractériser et de s'assurer que, pour répondre aux objectifs de la loi, elles sont cohérentes avec ses fondements¹².

Si le médecin peut contribuer au diagnostic de la maladie grave et incurable et à l'évaluation de son pronostic, la personne malade, majeure et apte, est la mieux placée pour juger de sa tolérance à la souffrance et aux moyens de la pallier. Il existe des échelles d'évaluation de plusieurs symptômes, particulièrement utiles aux soignants qui traitent un patient souffrant. Le médecin peut les utiliser, et il peut aussi bénéficier de la collaboration de l'équipe interdisciplinaire qui accompagne le patient. Il demeure que le caractère insupportable de la souffrance est essentiellement d'ordre subjectif et qu'il dépend de la personnalité du patient, et de ses valeurs propres. Il est cependant possible d'explorer la souffrance d'autrui, partiellement, selon une approche qualifiée d'intersubjective, et ce, même si la souffrance est difficilement objectivable¹³.

¹² Il est fait référence ici à la logique de soins qui sous-tend la loi québécoise et à l'exigence expresse du *Code criminel* d'un lien de causalité entre la maladie, l'affection, le handicap ou le déclin avancé et irréversible des capacités de la personne et les souffrances qu'elle éprouve.

¹³ Pour de plus amples précisions quant à l'exploration de la souffrance d'autrui, se référer à l'annexe II : Exploration de la souffrance psychique, et à Gupta, 2017.

Le caractère réfractaire des souffrances psychiques en particulier peut être plus difficile à définir. La souffrance existentielle, notamment, n'est pas rare en fin de vie. Elle peut évoluer vers une réelle détresse, source de stress pour le patient, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire, et elle requiert avant tout une attention et une approche thérapeutique spécifique, multidimensionnelle (écoute, soutien spirituel et religieux, psychothérapie, pharmacothérapie, intervention sociale, etc.).

L'évaluation de la constance et du caractère insupportable d'une souffrance physique, et a fortiori psychologique ou existentielle, repose d'autant plus sur la qualité de la communication entre le médecin et le patient, apte à décider pour lui-même. Et un processus décisionnel bien mené revêt une importance capitale pour décider des soins les plus appropriés dans les cas d'extrême souffrance ou de détresse difficiles à soulager malgré l'arsenal thérapeutique disponible.

Dans les cas les plus difficiles, outre la consultation de l'équipe interdisciplinaire, le recours à un confrère spécialiste de l'affection dont souffre le patient ou bien à une équipe de soins palliatifs peut être indiqué. En plus de déterminer si les souffrances rapportées par la personne qui demande à mourir sont conformes ou non aux critères de la loi, un tel recours à d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux peut permettre d'évaluer les approches antérieurement effectuées pour soulager le patient de ses souffrances, et éventuellement proposer d'autres options.

À titre indicatif, au Québec comme dans les pays européens qui ont dépénalisé l'euthanasie, les souffrances physiques et psychiques sans perspective d'amélioration les plus fréquemment rapportées en fin de vie sont énumérées dans le tableau 2. Elles sont souvent présentes de façon concomitante. La liste n'est pas exhaustive.

Tableau 2

Souffrances en fin de vie les plus fréquemment rapportées au Collège des médecins du Québec et aux commissions de contrôle des pays européens qui ont dépénalisé l'euthanasie*

SOUFFRANCES PHYSIQUES EN FIN DE VIE	SOUFFRANCES PSYCHIQUES EN FIN DE VIE
Cachexie	Dépendance totale ou quasi totale
Douleurs	Désespérance face à une situation sans issue
Dysphagie	Perte de dignité
Dyspnée	
Épuisement	
Hémorragies	
Obstruction digestive	
Paralysies	
Plaies importantes	
Transfusions, ponctions et autres procédures répétées	

* En l'occurrence : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie de Belgique et Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie des Pays-Bas.

2.2 FIN DE VIE

La LCSFV prévoit que la personne doit être « en fin de vie » (art. 26 (3)) pour que l'AMM soit envisageable. La fin de vie peut être très variable, en matière de durée ou d'atteinte fonctionnelle, selon que la personne mourante souffre d'un état pathologique sous-jacent ou d'un autre¹⁴. En se basant sur ces éléments, l'Observatoire national de la fin de vie, créé en France en 2010, la définit ainsi : « La fin de vie doit être appréhendée comme un processus plus ou moins long, ponctué de ruptures, au cours duquel les individus tentent, plus ou moins aisément, de faire face à la mort » (Observatoire national de la fin de vie, 2011). L'Institut canadien d'information sur la santé, dans son rapport sur l'utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Atlantique, considère en

¹⁴ Pour plus de précisions, voir l'annexe I.

fin de vie les personnes dont « l'état de santé décline et qui sont considéré[e]s comme étant en phase terminale ou susceptibles de décéder dans un avenir prévisible (rapproché) » (ICIS, 2011).

Le législateur québécois a tenu à émettre cette condition¹⁵, qui restreint l'accès à l'AMM à une certaine catégorie de patients, sans donner plus de précision quant à un pronostic défini, ce qui permet de considérer la variabilité des trajectoires de fin de vie¹⁶. Le critère de « fin de vie » n'est donc pas incompatible avec celui, exigé par le *Code criminel*, de « mort naturelle [...] devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de [la] situation médicale [de la personne], sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » (art. 241.2 (2) d)).

Cela dit, le pronostic vital est très important en clinique, tant pour le patient que pour le médecin, pour décider des soins appropriés. De plus, s'il peut être acceptable, à certaines conditions, d'abréger la période d'agonie vécue par une personne dont le décès est imminent et qui souffre de manière intolérable sans pouvoir être soulagée, il en va tout autrement d'une personne dont le décès n'est pas prévu à brève échéance. Dans ce cas, il importe de considérer tout l'arsenal thérapeutique disponible pour soulager sa souffrance, mais aussi tout ce qui, au-delà des soins, pourrait améliorer sa qualité de vie.

On comprend, cependant, qu'il n'est pas toujours aisé de définir avec précision ce qu'est la fin de vie ou le caractère « raisonnablement prévisible » de la mort naturelle, pour une personne en particulier. C'est pourquoi la LCSFV et le *Code criminel* précisent de surcroît que pour pouvoir avoir recours à l'AMM, la personne en proie à des souffrances constantes et insupportables en fin de vie doit être « atteinte d'une maladie grave et incurable » (art. 26 (4) de la LCSFV; art. 241.2 (2) a) du *Code criminel*) et sa situation médicale doit se caractériser « par un déclin avancé et irréversible de ses capacités » (art. 26 (5) de la LCSFV; art. 241.2 (2) b) du *Code criminel*).

Ces conditions nécessitent de la part du médecin de poser un diagnostic précis et de s'assurer que le patient est en fin de vie. Il doit également évaluer avec soin l'évolution des capacités du patient, sans hésiter à se référer à des grilles d'évaluation spécifiques ou bien à faire appel à l'opinion d'un confrère spécialiste de la pathologie en cause.

Dans le cas, très exceptionnel, d'une demande d'AMM par un patient en fin de vie, mais dont la mort n'est pas prévue à brève échéance, le médecin devra faire preuve de prudence. Il pourrait s'agir, par exemple, de la demande d'une

¹⁵ Il est à noter que cette condition n'est pas prévue dans les législations des pays européens (Pays-Bas, Belgique et Luxembourg) qui ont autorisé l'euthanasie et/ou le suicide assisté.

¹⁶ Pour une illustration des trajectoires de fin de vie se référer à l'annexe I.

personne atteinte d'une maladie évolutive ayant entraîné un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et éprouvant des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. Le médecin devra d'autant mieux exercer son jugement clinique, s'assurer que le patient est traité de manière compétente autant que possible par une équipe interdisciplinaire, qu'il est bien informé, et vérifier que la demande d'AMM ne relève pas de motifs relationnels, sociaux ou économiques. Il devra également se donner le temps de considérer la demande, de vérifier son caractère itératif, et de prendre les moyens de s'assurer le plus correctement possible, et dans un délai convenable, du respect des autres conditions prévues par la LCSFV (art. 29 (1)) et par le *Code criminel* (art. 242.2 (3) à (9)), avant de procéder à l'AMM, qui reste possible.

2.3 CAS PARTICULIERS

La société québécoise n'a pas jugé opportun de confier aux médecins le mandat d'aider à mourir des personnes qui ne répondraient pas à l'ensemble des critères exigés par la LCSFV.

Ainsi, et malgré la compassion que suscite chacune de ces situations, il demeure interdit de pratiquer une AMM chez une personne apte qui la demande et qui souffre de manière constante et insupportable, mais qui n'est pas en fin de vie, qu'elle soit atteinte d'une grave incapacité (tétraplégie, par exemple), ou d'une maladie dégénérative en début d'évolution, ou encore qu'elle présente une maladie psychiatrique, qu'elle envisage de mourir sans que sa mort soit « raisonnablement prévisible », etc.

Les troubles psychiatriques¹⁷ (y compris les troubles dépressifs) soulèvent effectivement des défis particuliers. En effet, s'ils peuvent parfois compromettre l'aptitude à consentir aux soins, ce n'est pas toujours le cas. Une consultation spécialisée est souvent requise pour savoir si la pathologie psychiatrique rend un patient capable ou non de prendre la décision qui concerne ses soins en mesurant bien les conséquences¹⁸. De plus, l'évaluation de la souffrance vécue par un patient présentant un trouble psychiatrique peut être difficile. Devant une souffrance extrême, avérée et sans perspective d'amélioration, les autres critères imposés par la LCSFV et le *Code criminel*, tels que l'aptitude à consentir aux soins et la fin de vie, doivent impérativement être respectés, faute de quoi l'AMM ne peut être effectuée¹⁹.

¹⁷ Il est à noter que délirium, trouble anxieux et trouble dépressif ne sont pas rares en fin de vie et que plusieurs options thérapeutiques sont disponibles pour réduire leur intensité, les traiter ou améliorer la qualité de vie des personnes qui les présentent. (Gupta, 2017)

¹⁸ Pour en savoir plus, se référer à Gupta, 2017.

¹⁹ Noter que conformément à ce qu'exigeait la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* (art. 9.1 (1)), le Conseil des académies canadiennes (CAC) a mis sur pied un groupe d'experts chargés de se pencher sur trois questions particulièrement complexes et qui n'entrent pas dans son champ d'application. Parmi elles : la maladie mentale comme seule condition médicale évoquée pour demander une AMM. Les autres sujets concernent les demandes effectuées par des mineurs matures, et celles faites de manière anticipée, avant la déclaration d'une inaptitude. Le CAC a publié un état des connaissances concernant ces trois sujets en 2018. Les rapports complets sont accessibles dans le [site Web](#) du CAC.

Dans le cas d'une personne atteinte de démence²⁰, les défis sont similaires. Malgré le diagnostic de démence, le patient peut être apte à consentir à ses soins au début de la maladie. Cependant, au fur et à mesure de l'évolution des troubles cognitifs, il perd sa capacité à décider de ses soins et, considéré en fin de vie, il est le plus souvent jugé inapte à y consentir. En plus de l'avis d'un consultant indépendant, celui d'un ou de plusieurs experts pourrait être indiqué pour s'assurer de son aptitude à consentir ainsi que du respect des autres critères de la LCSFV et du *Code criminel*.

De même, l'AMM n'est autorisée ni par la LCSFV ni par le *Code criminel* pour une personne apte qui la demande et qui, en fin de vie, trouve que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue, mais qui ne présente pas de maladie grave et incurable caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et source de souffrances constantes et insupportables.

D'autres options de soins sont alors possibles. Elles doivent être envisagées dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, permettant de déterminer quels sont les soins les plus appropriés à chaque patient à cette étape de sa vie.

20 En mars 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a annoncé la constitution d'un groupe d'experts en vue d'une réflexion sur ces défis particuliers aux personnes inaptes. Le rapport du groupe d'experts est attendu pour l'automne 2019.

Chapitre 3/ Processus décisionnel et demande d'aide médicale à mourir

La décision de procéder à une AMM est extrêmement délicate, tant elle est lourde de conséquences. Aussi, le processus menant à une telle décision doit-il être mené rigoureusement, afin de respecter chacune des personnes concernées. L'équipe interdisciplinaire doit en être informée, voire, autant que possible, impliquée dans le processus de décision. Et, si le patient le souhaite, ses proches également.

L'annexe III résume, sous la forme d'un arbre décisionnel, la démarche à suivre, décrite plus en détail ci-après, pour prendre la décision d'administrer ou non l'AMM dans le respect des normes cliniques et des exigences légales.

3.1 APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS

Afin d'éviter toute imposition d'un tel geste sur un patient qui ne le souhaiterait pas, le législateur impose que l'AMM ne soit autorisée que pour les personnes majeures ou âgées d'au moins 18 ans, et aptes ou « capable[s] de prendre des décisions en ce qui concerne [leur] santé » (art. 26 (2) de la LCSFV; art. 241.2 (1) b) du *Code criminel*).

Ainsi, les mineurs, même ceux qui sont âgés de 14 ans et plus et qui sont aptes à consentir pour eux-mêmes à un soin usuel, ne peuvent pas se prévaloir de l'AMM. Les personnes inaptes à consentir aux soins n'y ont pas accès non plus. Une demande d'AMM ne peut pas, non plus, être formulée au moyen de directives médicales anticipées (art. 51 de la LCSFV).

Un médecin ne doit pas procéder à l'AMM sans que le patient lui-même l'ait demandé par écrit. Un consentement substitué à l'AMM est interdit.

Il est donc nécessaire de s'assurer que le patient est capable d'effectuer lui-même une demande d'AMM, et écarter tout doute quant à une éventuelle pression induite de la part d'un tiers.

Il revient au médecin de s'assurer de l'aptitude du patient à consentir aux soins.

La collaboration de l'équipe interdisciplinaire peut être fort utile en la matière.

Il est rappelé très brièvement que l'évaluation clinique de l'incapacité d'une personne à consentir à un soin consiste à estimer quatre de ses habiletés cognitives au regard de ce soin.

Tableau 3

Évaluation clinique de l'incapacité à consentir aux soins et demande d'AMM

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

La souffrance, et a fortiori la souffrance psychique, par exemple, est susceptible d'altérer les fonctions cognitives d'une personne²¹. De même certains des traitements qu'elle pourrait prendre. Le médecin devra en tenir compte au moment d'évaluer l'aptitude d'une personne à consentir aux soins et en particulier si elle demande une AMM. Le cas échéant, le risque de la perte de sa capacité à consentir pourrait, si l'ensemble des autres critères d'admissibilité étaient présents et si le soin était jugé approprié, amener le médecin à devancer la date de l'AMM en toute conformité avec les exigences du *Code criminel*²² (art. 241.2 (3) g)).

Si le patient est inapte à consentir aux soins, d'autres options de soins de fin de vie appropriées à sa condition doivent être envisagées en tenant compte des volontés qu'il aurait pu exprimer avant son inaptitude. S'il avait émis des directives médicales anticipées (DMA) concernant certains soins spécifiques requis, elles devront être respectées (art. 58 de la LCSFV). En leur absence, et pour d'autres soins que ceux prévus dans le formulaire des DMA, la collaboration du tiers habilité à consentir aux soins selon les dispositions prévues au *Code civil du Québec* sera sollicitée et son consentement devra être obtenu (art. 11 al. 2 et 15 du *Code civil du Québec*).

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

En cas de pronostic fatal, il est important de donner au patient, en temps opportun, l'information pertinente pour lui laisser le temps de réfléchir à la manière dont il souhaite terminer sa vie et d'en discuter avec ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire qui prennent soin de lui. En pratique courante, dans les milieux de soins, cette réflexion se doit d'être accompagnée par les membres de l'équipe interdisciplinaire, dans le cadre d'un processus décisionnel respectueux des rôles et des responsabilités de chacun. La discussion peut mener notamment à l'établissement du niveau d'intervention médicale (NIM), cohérent avec les volontés de la personne en fin de vie.

Une information juste et donnée en temps opportun est essentielle pour que soient respectés les droits du patient. Une personne en fin de vie, éprouvant des « souffrances physiques ou psychiques constantes [et] insupportables » (art. 26 (6) de la LCSFV), risque d'avoir des difficultés à prendre des décisions réfléchies. Il est donc très important d'aborder assez tôt ces sujets avec elle, dès avant le moment où son pronostic vital s'avérera réservé. De plus, une demande d'AMM cohérente avec les prises de décisions antérieures sera plus facilement comprise et acceptée par les proches et l'équipe interdisciplinaire, et plus simplement formalisée par les procédures prévues par la LCSFV.

²¹ Voir Gupta, 2017 et en particulier le paragraphe 3.4 : La relation entre l'aptitude à consentir aux soins et la souffrance.

²² La procédure imposée par le *Code criminel* exige un délai minimal de dix jours entre la signature du formulaire de demande d'AMM et l'administration des médicaments. Il faut savoir que ce délai peut être réduit si les deux médecins qui évaluent le respect des critères d'admissibilité jugent que « la perte de [la] capacité [de la personne] à fournir un consentement éclairé est imminente » (art. 241.2 (3) g)). Voir le chapitre 4.4.

Même si une demande d'AMM est possible au Québec, elle n'est pas pour autant banale. Elle interpelle la relation thérapeutique établie entre le médecin et le patient. Elle se doit d'être entendue avec sérieux, bienveillance et compassion par le professionnel de la santé ou des services sociaux à qui elle est adressée.

Une demande d'AMM ne doit pas rester sans réponse. Elle ne doit pas non plus conduire systématiquement à une AMM, sous prétexte que la loi l'y autorise, à certaines conditions.

Une telle demande oblige avant tout le médecin et le patient à communiquer afin de comprendre clairement les motifs à la base de la demande, et de s'entendre quant à la décision à prendre sur les soins les plus appropriés.

Un tel processus nécessite notamment, de la part du médecin, d'informer adéquatement le patient :

- › de sa maladie;
- › des diagnostics médicaux;
- › de son espérance de vie²³;
- › des différentes options de traitements et d'interventions possibles, tant curatives que palliatives, telles que les soins palliatifs, la sédation palliative, la cessation ou le refus de traitements susceptibles de maintenir en vie, etc., ainsi que de l'aide médicale à mourir.

Il doit lui expliquer les bénéfices attendus, mais aussi les risques inhérents à chacune de ces différentes options. Il doit également s'assurer activement que le patient comprend bien ces informations.

Le médecin doit aussi aviser le patient sans attendre de son intention de poursuivre ou non avec lui le processus jusqu'à l'administration éventuelle de l'AMM²⁴.

23 Notamment, selon l'article 57 du *Code de déontologie des médecins* : « Le médecin doit informer le patient ou, s'il est empêché d'agir, le représentant légal de celui-ci d'un pronostic grave ou fatal, à moins qu'il n'y ait juste cause. »

24 Les procédures à suivre dans le cas particulier de l'objection de conscience sont décrites au point 3.4.3 de ce document.

3.3 DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Pour qu'une demande d'AMM soit conforme à la loi, la personne en fin de vie, majeure et apte, en proie à des souffrances constantes et intolérables « doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre²⁵. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne. » (art. 26 al. 2 de la LCSFV)

Si elle « ne peut 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 [sa] présence [...] » (art. 27 de la LCSFV), « et selon ses directives » (art. 242.2 (4) du *Code criminel*).

Le tiers doit être majeur et apte, ne doit pas faire partie de l'équipe de soins responsable (art. 27 de la LCSFV), doit comprendre la nature de la demande d'AMM, ne pas savoir ou ne pas croire être 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 (art. 242.2 (4) du *Code criminel*). Les raisons pour lesquelles la personne ne peut pas signer la demande de sa main devraient être indiquées dans son dossier médical.

Dans tous les cas, ce formulaire doit être « signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux²⁶ qui le contresigne » et qui, s'il n'est pas le médecin traitant, le lui remettra (art. 26 al. 3 de la LCSFV). Le *Code criminel* ajoute que le formulaire doit être signé par la personne « devant deux témoins indépendants », qui l'ont daté et signé à leur tour (art. 241.2 (3) c) du *Code criminel*). Aux termes du *Code criminel* (art. 241.2 (5)), n'est pas indépendant le témoin qui :

- › sait ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- › est propriétaire ou exploitant d'un établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- › participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;
- › ou qui fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

²⁵ Le formulaire de demande d'AMM prescrit par le ministre de la Santé et des Services sociaux (art. 26 al. 2) est accessible :

- dans la section sécurisée des sites Web du [CMQ](#), de l'[OPQ](#) et de l'[OIIQ](#);
- dans l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux.

²⁶ Un professionnel de la santé ou des services sociaux est membre d'un ordre professionnel. Par exemple, un résident en médecine, puisqu'il n'est pas membre du Collège des médecins, ne peut donc pas contresigner la demande d'AMM à titre de professionnel de la santé. En revanche, s'il répond aux exigences du *Code criminel* concernant son indépendance (art. 241.2 (5)), un résident pourrait signer le formulaire de demande d'AMM à titre de témoin indépendant.

Si, en établissement de santé, il est relativement simple de trouver deux personnes qui répondent à ces critères sans porter préjudice au patient, en revanche, la tâche est plus ardue à domicile. Le médecin et l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent le patient devront veiller à respecter du mieux possible sa vie privée et à prendre les mesures de confidentialité appropriées pour ce faire²⁷.

Comme pour n'importe quel soin, le patient demeure libre de retirer sa demande d'AMM en tout temps, par tout moyen (art. 28 de la LCSFV). Il doit en être dûment informé (art. 241.2 (3) d) du *Code criminel*).

En outre, le médecin doit s'assurer de la persistance du consentement du patient à partir de sa demande initiale et jusqu'à la fin du processus²⁸ (art. 29 (1) c) de la LCSFV et art. 241.2 (3) h) du *Code criminel*).

Le cas échéant, doit être inscrite au dossier du patient sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir, ou d'en reporter l'administration (art. 32 al. 2 de la LCSFV).

3.4 DÉCISION MÉDICALE

Prendre une décision, notamment dans un contexte de soins de fin de vie, alors que chacune des options possibles conduira ultimement au décès du patient, nécessite, pour le médecin, de bien comprendre les volontés propres du patient, d'évaluer consciencieusement les indications de chacune des options et d'exercer son jugement professionnel quant à celle(s) qui pourrai(en)t répondre le mieux possible aux intérêts de ce patient singulier.

L'aide médicale à mourir est traitée, tant d'un point de vue médical que sur le plan légal, comme une mesure exceptionnelle. On comprend bien que le médecin devra d'autant mieux s'assurer de la pertinence du geste à poser qu'il :

- sera ultimement tenu responsable de sa décision et qu'il devra être capable de la justifier;
- devra, le cas échéant, administrer lui-même les médicaments qui entraîneront le décès du patient, et en assumer toutes les conséquences.

²⁷ Il est suggéré de faire appel, si possible, à des professionnels de la santé ou des services sociaux ou d'autres employés du centre local de services communautaires (CLSC) : ils peuvent être formés et doivent s'engager à respecter la vie privée des usagers.

²⁸ Voir le chapitre 4.1 pour de plus amples précisions.

3.4.1 ÉVALUATION DES INDICATIONS

Avant de prendre sa décision, le médecin se sera assuré que la personne qui demande l'AMM est majeure et apte à consentir aux soins; qu'elle est en fin de vie; qu'elle est atteinte d'une pathologie grave et incurable, accompagnée d'un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et qui lui cause des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables ne pouvant être soulagées dans des conditions qu'elle juge tolérables. Avec elle, il aura discuté de l'ensemble des options thérapeutiques. Et il sera arrivé à la conclusion que la demande d'AMM serait recevable aux termes de la loi.

3.4.2 JUGEMENT MÉDICAL

Suivant le paragraphe 6° de l'article 3 de la LCSFV, seul un médecin peut administrer le médicament permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'AMM.

Selon l'article 31 (12) de la *Loi médicale*²⁹ et le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*³⁰, l'article 227 (1) du *Code criminel* selon lequel un infirmier praticien pourrait fournir l'AMM en conformité avec la loi ne s'applique pas au Québec.

Un médecin est une personne qui détient un permis d'exercice et qui est inscrite au tableau du Collège des médecins du Québec. Ainsi, un étudiant, un résident en médecine ou un moniteur clinique ne peut pas effectuer ce geste, même en étant supervisé.

En effet, au-delà de l'évaluation des indications, le médecin se doit d'exercer un jugement professionnel quant aux meilleures options de traitements ou d'interventions possibles pour soulager les souffrances d'un patient en particulier, avant de répondre favorablement ou non à la demande d'AMM de ce dernier.

Ainsi, si le médecin doit bien vérifier que l'ensemble des critères exigés par la loi sont présents, il doit aussi évaluer leur importance relative, les uns par rapport aux autres, pour s'entendre avec le patient sur les soins les plus appropriés.

Il est à noter que, devant des souffrances impossibles à soulager, il est fort probable qu'un médecin trouve d'autant plus concevable de mettre fin à la vie d'un patient qui le demande qu'il estime la mort proche et les souffrances difficiles

²⁹ *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, art. 31 : « L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

[...]

12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001). »

³⁰ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. M-9, r. 23.1

à supporter. Dans les cas plus complexes, il lui faut prendre le temps d'évaluer chacun des éléments du tableau clinique qui viendront étayer sa décision, sans hésiter à consulter des collègues. Pour accepter d'administrer l'AMM, le médecin devrait être persuadé qu'elle représente la meilleure option à considérer, non seulement pour le patient qui la demande, mais aussi pour lui-même, qui devra effectuer le geste et vivre avec ses répercussions professionnelles, légales et morales.

Comme pour toute autre intervention médicale, il devrait connaître les conditions et les procédures prévues par la loi et maîtriser les aspects pharmacologiques, techniques et pratiques de l'AMM. Il devrait aussi, cela va sans dire, savoir être, c'est-à-dire adapter son comportement à la gravité de la situation.

Le médecin qui reçoit une demande d'AMM est donc tenu d'y répondre avec professionnalisme, quelles que soient ses convictions personnelles. Cependant, et c'est l'exception qui confirme la règle, à certaines conditions³¹, il n'est pas obligé de participer à l'AMM si ses convictions personnelles, de nature morale ou religieuse, l'en empêchent. Quelle que soit sa décision, elle doit être consignée dans le dossier du patient.

3.4.3 OBJECTION DE CONSCIENCE DU MÉDECIN

Le *Code criminel* stipule qu'aucune des personnes autorisées à fournir une AMM n'est obligée de le faire (art. 241.2 (9) du *Code criminel*). D'autre part, le *Code de déontologie des médecins* (art. 24)³² prévoit qu'en raison de ses convictions personnelles, de nature morale ou religieuse, un médecin peut ne pas recommander ou fournir à un patient des services professionnels qui pourraient être appropriés. Il doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. En conformité avec le *Code de déontologie des médecins*, la LCSFV réitère que, pour ces mêmes raisons, un médecin peut refuser d'administrer l'AMM, mais il doit s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne (art. 50). La LCSFV prévoit certains mécanismes pour l'y aider. Il doit ainsi aviser sans tarder les instances responsables, chargées de trouver un médecin qui accepte de traiter la demande et suivre les procédures prévues par la LCSFV (art. 31). Les instances responsables varient selon le lieu d'exercice du médecin, comme il est indiqué dans le tableau 4, et non selon le lieu où le patient le consulte.

³¹ Voir le point 3.4.3.

³² Article 24 du *Code de déontologie des médecins* : « Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. »

Tableau 4**Instances responsables à aviser en cas d'objection de conscience du médecin**

LIEU D'EXERCICE	INSTANCE RESPONSABLE
Centre exploité par un établissement	PDG du CISSS, CIUSSS, CHU ou institut universitaire, ou toute autre personne qu'il désigne
Cabinet privé de professionnel	PDG du CISSS ou du CIUSSS qui dessert le territoire où est située la résidence du patient, ou la personne qu'il a désignée
	Si aucun CISSS ou CIUSSS ne dessert le territoire où est située la résidence du patient, le PDG de l'établissement exploitant un CLSC sur ce territoire ou la personne qu'il a désignée

PDG : Président-directeur général

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

Le médecin doit aussi inscrire ou verser dans le dossier du patient tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir et les motifs de sa décision, quelle qu'elle soit (art. 32 al. 1 de la LCSFV).

Pour de nombreux médecins, pratiquer une AMM en dehors d'une relation thérapeutique significative peut sembler extrêmement difficile. Il est probable aussi que pour un mourant, recevoir l'AMM de la part d'un médecin qu'il ne connaît pas, assigné à son chevet par une instance administrative, puisse ajouter à sa souffrance. Aussi, afin de favoriser un meilleur accès à l'AMM d'un patient en fin de vie, atteint d'une maladie grave et incurable lui causant des souffrances insupportables, il est recommandé que le médecin dont les convictions personnelles l'empêchent de procéder à l'AMM informe suffisamment tôt le patient qu'il ne pourra pas la pratiquer. Dans le même temps, il doit lui présenter l'ensemble des options médicales et l'aider à trouver, au moyen de sa déclaration aux instances responsables, un confrère qui pourra faire le geste si les conditions légales et médicales sont respectées.

Un médecin qui émet une objection de conscience envers l'AMM ne doit pas pour autant abandonner le patient qui en fait la demande. Il doit continuer à lui prodiguer tous les autres soins appropriés à son état de santé en collaborant avec l'équipe interdisciplinaire. Il est tout à fait convenable qu'un médecin ayant développé une relation thérapeutique avec un patient et qui émet une objection de conscience envers sa demande d'AMM, accède à sa requête de

demeurer à son chevet tout au long du processus d'évaluation de la demande et jusqu'au moment de l'administration de l'AMM par un confrère volontaire. Il est malgré tout recommandé qu'il ne fournisse pas l'avis du second médecin³³.

Invoquer une objection de conscience pour refuser d'évaluer la souffrance ou d'effectuer un examen clinique de l'incapacité à consentir à des soins ou encore pour se prononcer sur le pronostic vital d'une personne qui demanderait une AMM n'est pas justifiable. Il est certes compréhensible que certains médecins aient des réticences à donner un avis qui pourrait confirmer le respect de l'un ou l'autre des critères légaux autorisant une AMM, par crainte qu'éventuellement l'ensemble des critères soit présent et que deux confrères jugent que l'AMM serait acceptable. En revanche, effectuer de tels examens en amont de la décision de prodiguer les soins les plus appropriés au patient concerné (AMM et/ou autres) n'est pas participer ni à la recommandation ni à l'administration de tels soins. Ne pas le faire, au cas où, serait discriminatoire envers les personnes qui souffrent au point de demander de l'aide pour mourir et qui pourraient ainsi être privées des meilleurs soins.

Quoi qu'il en soit des objections de conscience possibles, la LCSFV prévoit que « les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux » (art. 13 al. 1) contrairement aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui sont tenus d'offrir l'ensemble des soins de fin de vie (art. 7). Il est à noter qu'un établissement du réseau n'offrant « que des soins palliatifs peut continuer à n'offrir que de tels soins » (art. 72 al. 1). Ce type d'établissement et les maisons de soins palliatifs doivent indiquer clairement aux personnes qu'ils sont susceptibles d'accueillir s'ils offrent ou non l'AMM en leurs murs aux conditions requises (art. 13 al. 2 et art. 72 al. 2). Ils devraient également prévoir comment répondre aux demandes d'AMM de manière respectueuse des droits de chacun.

3.5 ASSURANCE MALADIE

Pour pouvoir avoir accès à l'AMM, une personne doit être « assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*³⁴ » (art. 26 (1) de la LCSFV). Cela signifie qu'elle réside ou séjourne au Québec et qu'elle est dûment inscrite à la Régie. Elle est, selon le cas, un citoyen canadien; un résident permanent au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*; un Indien inscrit à ce titre aux termes de la *Loi sur les Indiens*; une personne à qui le statut de réfugié au sens des Conventions de Genève a été accordé au Canada, par l'autorité compétente; ou une personne qui appartient à toute autre catégorie de personnes déterminée par règlement.

³³ Voir le chapitre 4.2.

³⁴ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

Cette condition, incontournable, a ses avantages. L'accès universel à des soins de qualité et l'assurance maladie sont autant de sauvegardes contre la crainte d'une mauvaise utilisation de l'AMM : il est essentiel que les autres soins de fin de vie soient envisagés avant le recours à l'AMM. Qui plus est, les frais relatifs à l'AMM sont pris en charge, ce qui permet d'y donner accès à toutes les personnes assurées qui la demandent et qui en remplissent les conditions, indépendamment de leur capacité d'en assumer les frais. Cette disposition vise aussi à éviter l'afflux, au Québec, de personnes en fin de vie venant d'autres juridictions dans le but de se prévaloir de l'AMM, y compris en supportant elles-mêmes les coûts de la procédure.

Chapitre 4/ Procédures

Avant de procéder à l'AMM, le médecin doit, tel que le prescrit l'article 29 de la LCSFV, « être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26 », énoncées précédemment. À quelques exceptions près, ces conditions sont similaires ou compatibles avec les critères d'admissibilité relatifs à l'AMM exigés par le *Code criminel*.

Tableau 5
Procédures exigées par la loi

QUÉBEC <i>Loi concernant les soins de fin de vie – LCSFV</i>	CANADA <i>Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) – Code criminel</i>
Article 29 « Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit : 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment : a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures; b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences; c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;	241.2 (3) Avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin [...] doit, à la fois : a) être d'avis que la personne qui a fait la demande d'aide médicale à mourir remplit tous les critères prévus au paragraphe (1); b) s'assurer que la demande : (i) a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers visé au paragraphe (4), (ii) a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin [...] qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables; c) être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers visé au paragraphe (4) devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour; d) s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande; e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin [...] confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu;

QUÉBEC <i>Loi concernant les soins de fin de vie – LCSFV</i>	CANADA <i>Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) – Code criminel</i>
d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant; e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite; 2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter; 3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26. Le 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. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit. »	f) être convaincu que lui et l'autre médecin [...] visé à l'alinéa e) sont indépendants; g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin [...] visé à l'alinéa e) jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances; h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir; i) si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

4.1 ENTRETIENS AVEC L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE, LES PROCHES ET LE PATIENT

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

Si, et seulement si, le patient le souhaite et l'y autorise, le médecin doit également s'entretenir de sa demande avec ses proches.

Avec le patient, il doit s'assurer :

- › « du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures » (art. 29 (1) a) de la LCSFV); ces dernières peuvent être aussi bien d'ordre relationnel que psychosocial ou financier. Afin de s'assurer du caractère volontaire de sa demande, le médecin devra également vérifier consciencieusement que le patient est apte à faire un choix libre et éclairé;
- › « du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences » (art. 29 (1) b) de la LCSFV);
- › et « de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec [lui] des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état » (art. 29 (1) c) de la LCSFV).

Le médecin et le patient doivent être persuadés l'un comme l'autre qu'aucune autre solution raisonnable n'est acceptable avant de considérer l'option de l'AMM.

Le médecin doit s'assurer également « que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter » (art. 29 (2) de la LCSFV). La collaboration de l'équipe interdisciplinaire peut être précieuse. Cette mesure est importante pour la personne mourante, mais aussi pour ceux qui lui survivront et qui devront vivre le deuil. Les proches ne peuvent cependant pas contester la décision du patient.

4.2 AVIS D'UN SECOND MÉDECIN

Le médecin doit, de plus, obtenir l'avis d'un second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 de la LCSFV et à l'article 241.2 (1) du *Code criminel*.

Les deux médecins, celui qui est prêt à administrer l'AMM et celui qui est consulté pour donner cet avis, doivent être indépendants l'un de l'autre ainsi

qu'à l'égard de la personne qui demande l'AMM (art. 29 (3) de la LCSFV; art. 242.2 (3) e) et f) du *Code criminel*). Il est en effet essentiel d'éviter les situations qui pourraient influencer et biaiser leur jugement professionnel.

Le *Code de déontologie des médecins* exige de tout médecin qu'il sauvegarde son indépendance professionnelle et « évite 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 » (art. 63).

Le *Code criminel* précise que pour être indépendant, dans le contexte d'une demande d'AMM, ni le médecin qui administre l'AMM ni celui qui donne l'avis « ne peut :

- a) conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
- b) savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
- c) savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité. » (art. 241.2 (6) du *Code criminel*)

Le médecin est donc tenu d'éviter de se placer dans une position qui compromet son indépendance professionnelle. S'il se trouve dans une situation susceptible de la mettre en doute, alors il doit s'abstenir d'exercer ou bien être capable de démontrer son indépendance au besoin.

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

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

Il peut arriver que le médecin traitant du patient accepte sa demande d'AMM, mais qu'il préfère ne pas administrer lui-même les médicaments, et ce, pour des raisons autres que des convictions personnelles. Un confrère, qui ne connaît pas le patient, peut accepter de le faire. Ce dernier devient alors responsable de mener le processus décisionnel avec le patient, de prendre en considération sa demande d'AMM, d'évaluer les indications, d'exercer son jugement professionnel, de respecter l'ensemble de la procédure exigée par la loi, d'administrer l'AMM et d'en informer les instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou la conformité à la loi. Le médecin traitant, quant à lui, doit pouvoir poursuivre sa relation thérapeutique avec le patient et continuer de lui prodiguer les soins requis. Il connaît bien le patient, parfois depuis des mois ou même des années. À moins qu'il ne se sente pas suffisamment objectif ou compétent, il doit pouvoir être consulté et donner l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 de la LCSFV et à l'article 241.2 (1) du *Code criminel*.

Des groupes interdisciplinaires de soutien (GIS) locaux ont été mis sur pied dans les établissements du RSSS à l'échelle du Québec pour soutenir les médecins et les professionnels de la santé ou des services sociaux amenés à aider un patient à mourir. Ils peuvent aider à trouver un médecin susceptible d'intervenir pour donner un avis ou bien pour administrer l'AMM.

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

Le second médecin « doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit » (art. 29 (3) de la LCSFV) et son rapport, dûment daté, doit être joint au dossier (art. 32 al. 1 de la LCSFV). Il lui est possible d'utiliser le formulaire intitulé « Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir³⁵ » proposé par le MSSS. Le cas échéant, ce formulaire ne doit pas être transmis aux instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou sa conformité à la loi, à moins qu'elles ne le demandent expressément.

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

35 Le formulaire intitulé « Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir » est accessible :
– dans la section sécurisée des sites Web du [CMQ](#), de l'[OPQ](#) et de l'[OIIQ](#);
– dans l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux.

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

L'avis du médecin consulté (et non le formulaire) devra être systématiquement rapporté, par le médecin qui administrera l'AMM, au moment de sa déclaration au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens duquel il est membre ou au Collège des médecins du Québec s'il exerce en cabinet privé, ainsi qu'à la Commission sur les soins de fin de vie au moment de la déclaration d'AMM³⁶.

Le médecin qui reçoit la demande d'AMM et qui serait prêt à l'administrer doit informer le patient du rapport rédigé par le médecin consulté. Il doit lui expliquer clairement les constatations exprimées et en discuter avec lui. Notons que le patient a le droit³⁷ d'accéder à l'ensemble de son dossier médical. Tout médecin consulté doit en tenir compte au moment de rédiger son rapport.

4.3 CONCLUSION DU MÉDECIN

« Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès. » (art. 30 al. 1 de la LCSFV)

Comme pour toute autre intervention médicale, le médecin qui accepte de pratiquer une AMM doit en connaître les conditions et les procédures prévues par la loi, mais aussi en maîtriser les aspects pharmacologiques, techniques et pratiques, afin d'assurer une mort respectueuse, rapide et sans souffrance.

« Si le médecin conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision. » (art. 30 al. 2 de la LCSFV) Il est rappelé qu'il doit aussi inscrire ou verser dans le dossier du patient tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir et les motifs de sa décision, quelle qu'elle soit (art. 32 al. 1 de la LCSFV).

³⁶ Pour de plus amples informations sur les avis, se référer au chapitre 7 de ce guide.

³⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4-2, art. 17.

4.4 DÉLAI

Il est à noter que, le plus souvent, quand le patient demande l'AMM, il est prêt à la recevoir. Cependant, le médecin, a fortiori s'il ne connaît le patient que depuis peu, doit lui aussi cheminer vers une décision commune, sans se précipiter ni prendre des risques inutiles en dérogeant aux lignes directrices malgré un possible sentiment d'urgence à soulager la personne qui souffre. Et puis le temps consacré à respecter les procédures prévues par la LCSFV peut sembler, à l'un plus qu'à l'autre, excessif. Le savoir et le comprendre, et en parler peut certainement contribuer à mieux accepter les délais. Cependant, le médecin doit se montrer diligent : il serait inacceptable qu'un délai excessif soit utilisé comme moyen de refuser de répondre favorablement à une demande d'AMM.

Le *Code criminel* exige un délai « d'au moins dix jours francs » entre le jour de la signature du formulaire de demande d'AMM et la date à laquelle elle est administrée (art. 241.2 (3) g)). Ce délai peut être raccourci, en tout respect de la loi si, de l'avis des deux médecins, le patient risque de mourir ou de perdre sa capacité à consentir aux soins de manière « imminente ». Il est entendu qu'en toute fin de vie et/ou sous les effets des traitements prodigués pour soulager une souffrance intolérable, l'un et/ou l'autre de ces risques sont extrêmement fréquents. Le cas échéant, l'avis des médecins doit être inscrit dans le dossier médical du patient.

Chapitre 5/ Obtention des médicaments et relation avec le pharmacien

En principe, une AMM pratiquée correctement doit éviter toute souffrance supplémentaire au patient et doit conduire à son décès en un temps limité. Elle débute par une anxiolyse, puis elle consiste en l'induction d'un coma profond, suivi de la provocation d'un arrêt respiratoire définitif.

Même si les connaissances en toxicologie permettent de déterminer la dose létale de chacun des agents pharmacologiques, rares sont ceux qui peuvent garantir à la fois efficacité absolue, absence de souffrance et accessibilité sans contrainte.

Les doses, schémas posologiques, modes d'administration, consignes ou éléments particuliers de monitoring ou, à l'inverse, de non-monitoring cités tout au long de ce document sont applicables au contexte spécifique d'une aide médicale à mourir en fin de vie.

Les données présentées sont le plus souvent différentes de celles d'autres situations ou protocoles cliniques et, par conséquent, elles ne sont pas transposables dans ces autres contextes.

Le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les experts consultés présentent ces informations à titre de normes cliniques. Ils se sont assurés que les renseignements contenus dans le présent document étaient exacts au moment de sa publication. Toutefois, le médecin reste responsable de vérifier que les informations sont adaptées à la situation clinique du moment et qu'elles ne sont pas désuètes.

Les lignes directrices qui suivent ont été rédigées avec la collaboration de médecins et de pharmaciens experts du Québec. Elles s'inspirent grandement de celles qui ont été émises en 2012 conjointement par la Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)³⁸ et la Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)³⁹.

³⁸ KNMP est l'Association royale néerlandaise pour la promotion de la pharmacie.

³⁹ KNMG est la Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine.

Elles ont été révisées à la lumière des données scientifiques disponibles et des expériences vécues au Québec depuis la date d'entrée en vigueur de la LCSFV.

Il est à noter qu'il n'existe que peu de littérature médicale et scientifique sur le sujet et que le besoin d'évaluer les pratiques et d'effectuer des recherches en la matière demeure crucial.

Le Collège des médecins du Québec s'engage avec ses partenaires à mettre à jour régulièrement ce document.

5.1 VOIE D'ADMINISTRATION

Seule l'administration intraveineuse des médicaments est considérée ici.

En effet, compte tenu des inconvénients qui lui sont liés, tels que le caractère aléatoire de son efficacité, le risque de prolongement indu de la procédure, les effets secondaires des médicaments, etc., l'administration *per os* pour pratiquer une AMM est prohibée par les ordres professionnels du Québec. Pour plus d'information sur les voies d'administration contre-indiquées, se référer à l'annexe IX.

5.2 POSOLOGIE

Le protocole d'administration de l'AMM prévoit une posologie unique pour chacun des médicaments à utiliser.

5.3 DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE DE COLLABORATION ENTRE LE MÉDECIN ET LE PHARMACIEN

Parce que l'administration d'une AMM exige un profond respect de chacun des intervenants concernés, le médecin et le pharmacien sont invités à collaborer étroitement pour suivre ensemble la procédure.

Le médecin doit impérativement avertir à temps le pharmacien d'une prescription d'AMM à venir et en discuter avec lui. Chacun d'eux doit s'identifier et présenter éventuellement une pièce d'identité avec photo.

En raison du type de médicaments à utiliser pour pratiquer une AMM, un délai entre la demande des médicaments par le médecin et leur livraison par le pharmacien est prévisible. Le médecin et le pharmacien doivent s'entendre sur ce délai et être en mesure de l'expliquer au patient.

Afin d'assurer un service pharmaceutique de qualité, sécuritaire et qui respecte l'autonomie du patient, le pharmacien doit avoir en main toutes les informations nécessaires. Ainsi, il devrait connaître le patient ou, à tout le moins, son profil pharmacologique. Et, si le patient y consent⁴⁰, le médecin devrait remettre au pharmacien une copie de sa demande d'AMM dûment signée.

Le médecin et le pharmacien doivent notamment discuter :

- › des antécédents médicaux et pharmacologiques du patient;
- › du protocole choisi conformément aux lignes directrices;
- › du moment prévu pour l'AMM;
- › du délai de préparation des médicaments;
- › de la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments;
- › et des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie et leur destruction.

Autant que possible, le patient, notamment s'il est suivi à domicile, devrait pouvoir choisir le pharmacien qui participera à l'aide médicale à mourir.

5.4 MODALITÉ DE PRESCRIPTION

Le médecin doit déterminer avec le pharmacien quels sont les médicaments les plus appropriés à un patient particulier. Il doit connaître les particularités de chacun des médicaments disponibles, énoncées au chapitre 6 du présent document. Il doit savoir aussi quels médicaments ou substances sont à proscrire pour effectuer une AMM. Se référer à l'annexe X pour plus de précisions.

L'ordonnance doit être rédigée au nom du patient et mentionner clairement qu'elle vise une aide médicale à mourir.

Le médecin doit s'assurer de prescrire des quantités suffisantes de chacun des produits.

Compte tenu du contexte particulier entourant l'AMM et de la nécessité d'en uniformiser le plus possible les étapes pour éviter au maximum les risques d'incidents et d'accidents, le médecin est invité à utiliser l'ordonnance préimprimée⁴¹ et à la remettre au pharmacien avec, si le patient y consent, une copie de sa demande d'AMM dûment signée.

⁴⁰ Noter que le formulaire de demande d'AMM prescrit par le ministre prévoit le consentement du patient à la transmission d'une copie de sa demande au pharmacien qui fournira les médicaments.

⁴¹ L'ordonnance préimprimée est disponible en ligne dans les sites Web du [CMQ](#) et de l'[OPQ](#).

5.5 DISPENSATION PAR LE PHARMACIEN

5.5.1 PRÉPARATION, DISPENSATION ET CONSERVATION

Le pharmacien est responsable de la préparation des produits et de l'étiquetage des contenants (seringues, etc.). Chaque médicament doit être préparé en suivant la *Norme 2014.01 — Préparation de produits stériles*⁴² *non dangereux en pharmacie*, produite par l'Ordre des pharmaciens du Québec en 2014.

Plusieurs seringues sont nécessaires. Elles doivent être étiquetées selon le *Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons*⁴³. Elles doivent, de plus :

- › être identifiées au nom du patient et à son numéro d'assurance maladie;
- › porter la mention du nom et de la dose du produit qu'elles contiennent;
- › être prêtes à l'emploi et être numérotées dans l'ordre prévu de l'administration du médicament qu'elles contiennent.

Elles doivent être présentées dans une trousse scellée. Le détail du contenu de chaque trousse doit être répertorié dans le registre d'utilisation des médicaments conçu à cet effet par le pharmacien, et qui doit accompagner les trousse. Un exemplaire du registre est proposé à l'annexe VII.



Exemple de trousse scellée⁴⁴

Une deuxième trousse contenant un double des produits et du matériel d'injection doit être systématiquement préparée, scellée et rendue disponible sur le lieu de la procédure. Elle peut être utile pour ajuster la posologie d'un médicament et en cas de bris ou d'erreur de manipulation.

L'expérience montre que la deuxième trousse est nécessaire. Elle est donc toujours obligatoire.

À la demande du médecin, les médicaments de la deuxième trousse pourraient ne pas être préparés en seringues. Ils seraient alors fournis en fioles.

⁴² Il est à noter que la préparation sous enceinte de préparations stériles est bien intégrée dans le circuit du médicament en pharmacie et n'allonge pas indûment la durée du processus de préparation des trousse, ni le délai de leur livraison.

⁴³ *Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons*, RLRQ, c. P-10, r. 15.

⁴⁴ L'apparence des trousse devrait être suffisamment neutre pour permettre transport et manipulation les plus discrets possible.

Le médecin qui administrera l'AMM dans un centre exploité par un établissement doit récupérer lui-même les médicaments à la pharmacie, dans un endroit calme et à l'abri des curieux. Pour une AMM à domicile ou en maison de soins palliatifs, le médecin doit s'entretenir avec le pharmacien (en personne de préférence, sinon par téléphone, courriel ou texto sécurisés ou autre, en veillant à respecter la confidentialité des renseignements échangés). S'ils ne se sont pas déjà vus, ils doivent s'identifier mutuellement, pièce d'identité avec photo à l'appui, au besoin.

Autant que possible, une infirmière gagnerait à être présente également. Sa collaboration lors des étapes ultérieures de la procédure pourrait en être grandement facilitée.

En règle générale, le pharmacien doit remettre au médecin les deux trousseaux contenant les médicaments et le matériel d'injection, et lui transmettre les instructions appropriées quant à la conservation des médicaments jusqu'au moment de leur utilisation. Ils doivent vérifier ensemble le contenu de chacune des trousseaux, parapher le registre d'utilisation des médicaments et sceller les trousseaux.

Afin d'éviter au médecin de parcourir de trop longues distances pour se rendre à la pharmacie où les trousseaux ont été préparés, les médicaments peuvent être envoyés dans l'installation⁴⁵ la plus proche du domicile du patient, à l'attention du médecin. Au besoin, ce dernier ne doit pas hésiter à communiquer avec le pharmacien responsable, qui doit se tenir disponible.

Le médecin peut, au besoin, récupérer les trousseaux la veille du jour de l'administration de l'AMM et ne les rapporter que le lendemain. Il est alors l'unique responsable des trousseaux et de leur contenu. Il doit veiller à ne pas les laisser sans surveillance et faire en sorte que personne d'autre que lui n'y ait accès, et ce, jusqu'à leur retour à la pharmacie.

Après avoir effectué l'AMM, le médecin devra toujours rapporter le surplus inutilisé au pharmacien, avec les deux trousseaux, et le registre d'utilisation des médicaments qu'il aura dûment rempli pendant ou juste après avoir administré l'AMM.

Le pharmacien et le médecin devront procéder ensemble ou chacun de son côté au décompte des seringues vides et des médicaments résiduels ou non utilisés et vérifier la correspondance avec le registre, y compris la section concernant la deuxième trousse même si elle n'a pas été utilisée.

⁴⁵ Y compris une installation à vocation administrative ou mixte de type centre local de services communautaires (CLSC).

Le registre d'utilisation des médicaments rempli pourra être envoyé par télécopie ou courrier électronique à la pharmacie, et le médecin et le pharmacien pourront effectuer la vérification à distance.

Si les trousses ont été envoyées par la pharmacie préparatrice dans l'installation la plus proche du domicile du patient, elles pourront prendre la même voie en sens inverse, une fois l'AMM administrée, selon les instructions émises par le Département de pharmacie à cet effet et après que le médecin aura effectué la vérification requise avec le pharmacien, à partir du registre d'utilisation des médicaments.

La destruction des médicaments devra se faire ensuite, selon les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement. Après l'avoir effectuée, les professionnels (médecins ou pharmaciens) devront signer une nouvelle fois le registre. Le cas échéant, les médicaments de la deuxième trousse qui n'auront pas été utilisés pourront être récupérés et servir ultérieurement, au besoin, avant leur date d'expiration.

Le matériel d'injection souillé devrait être placé dans un contenant prévu à cet effet, fourni avec les trousses, et qui sera détruit à leur retour à la pharmacie selon les politiques en vigueur dans l'établissement. Seul le matériel propre et inutilisé pourrait être récupéré.

Le dossier pharmacologique du patient doit comprendre :

- › l'ordonnance du médecin;
- › une copie de la demande d'AMM du patient dûment signée, s'il y consent;
- › le registre d'utilisation des médicaments.

Le pharmacien doit y inscrire également :

- › la date et l'heure auxquelles le médecin lui a remis l'ordonnance;
- › les principaux points discutés avec le médecin;
- › la date du décès du patient.

5.5.2 CONVICTIONS PERSONNELLES DU PHARMACIEN

Un pharmacien qui reçoit une ordonnance de médicaments est tenu de l'exécuter avec professionnalisme, indépendamment de ses convictions personnelles, notamment en préparant et en fournissant les médicaments requis et les informations nécessaires pour une utilisation appropriée, dans le respect de la loi et des normes professionnelles des pharmaciens.

Cependant, selon la LCSFV, il n'est pas tenu de participer à l'administration de l'AMM dans la limite de son rôle professionnel, en l'occurrence, préparer et remettre au médecin prescripteur les médicaments requis, si ses convictions personnelles l'en empêchent (art. 50 de la LCSFV). Le cas échéant, il doit maintenir une relation professionnelle avec la personne qui demande une AMM et répondre à ses questions.

5.5.3 OBJECTION DE CONSCIENCE DU PHARMACIEN

Comme pour les médecins, l'objection de conscience de tout professionnel de la santé est prévue par la LCSFV (art. 50). Elle oblige le professionnel qui refuse de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles à s'assurer de la continuité des soins offerts au patient, conformément à son code de déontologie. Ainsi, un pharmacien placé dans une telle situation est tenu d'en informer le patient, s'ils sont en relation, ainsi que le médecin prescripteur et d'offrir à ce dernier de l'aider dans la recherche d'un autre pharmacien. Pour respecter l'esprit du *Code de déontologie des pharmaciens* (art. 26)⁴⁶, le pharmacien pourrait aviser sans tarder les instances responsables ou les organismes de soutien, tel le GIS d'un établissement, qui pourraient trouver une pharmacie capable de pourvoir à la demande. Les instances responsables et les organismes de soutien varient selon les conditions d'exercice de la pharmacie.

⁴⁶ *Code de déontologie des pharmaciens*, RLRQ, c. P-10, r. 7, art. 26 : « Le pharmacien doit informer son patient lorsque ses convictions personnelles peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services pharmaceutiques qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services. Il doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre pharmacien. »

Chapitre 6/ Administration de l'aide médicale à mourir et travail d'équipe

Si, selon les termes de la LCSFV, le médecin est le seul autorisé à administrer l'aide médicale à mourir, on ne saurait trop souligner l'importance de la contribution des infirmières et des autres membres de l'équipe interdisciplinaire à ce geste. Le plus souvent, ces professionnels de la santé ou des services sociaux jouent un rôle fondamental non seulement auprès du patient lui-même à qui ils procurent soins, soutien et réconfort, mais également auprès de ses proches qu'ils accompagnent dans leur cheminement. Ils soutiennent aussi le médecin, en contribuant dans une certaine mesure au processus de décision, par exemple.

Les infirmières évaluent en outre de façon continue la condition clinique du patient, s'assurent du soulagement pharmacologique ou non de la douleur et des symptômes, et effectuent la surveillance clinique qu'il requiert. Ainsi, elles participent activement à plusieurs gestes techniques tels que l'installation d'un accès veineux ou la préparation du matériel nécessaire à l'injection des médicaments, avec l'objectif toujours présent de répondre du mieux possible aux besoins du patient.

À titre d'exemple, plusieurs éléments techniques et pharmacologiques à prendre en considération avant et pendant l'administration des médicaments sont présentés à l'annexe IV.

Il est rappelé encore une fois que la LCSFV prévoit l'objection de conscience de tout professionnel de la santé. Ainsi, en respect de la LCSFV (art. 50) et de son code de déontologie (art. 44)⁴⁷, une infirmière qui refuse de participer à l'administration de l'AMM pour des raisons morales ou religieuses doit aviser sans tarder les instances responsables, telle la directrice des soins infirmiers de l'établissement, qui feront le nécessaire pour trouver une infirmière en mesure d'apporter les soins et le soutien appropriés au patient et à ses proches.

⁴⁷ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c. I-8, r. 9, art. 44 : « L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client ou au sujet de recherche. Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit : 1° procéder à l'évaluation requise par son état de santé; 2° intervenir promptement auprès du client lorsque son état de santé l'exige; 3° assurer la surveillance clinique et le suivi requis par son état de santé; 4° prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements. »

6.1 EXPLICATIONS À DONNER AU PATIENT ET AUX PERSONNES PRÉSENTES

Une fois la décision prise, d'un commun accord, de procéder à l'AMM, il est important d'expliquer à nouveau au patient la manière dont l'AMM sera effectuée : le patient sera d'abord aidé à se détendre, puis il sera plongé dans un profond sommeil, et il ne ressentira rien quand sa respiration cessera. Il peut être approprié d'expliquer les modalités du geste (effet immédiat, délai, etc.), les risques qu'il comprend, ainsi que la procédure qui suivra l'AMM.

Jusqu'au tout dernier moment, le patient peut revenir sur sa décision. Le médecin doit le lui permettre et s'assurer systématiquement du maintien de sa volonté d'être aidé à mettre fin à sa vie, à chaque étape du processus et jusqu'au moment de procéder à l'AMM (art. 28 de la LCSFV et art. 241.2 (3) d) et h) du *Code criminel*).

Selon le patient, et le sens qu'il lui donne, le moment de l'AMM peut se vivre entre le patient et le médecin⁴⁸, ou bien peut être un événement partagé : si le patient le souhaite, et s'ils le désirent, des proches peuvent assister à l'AMM. De même, toujours dans le respect des volontés du patient, une infirmière et d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire, voire un autre médecin, peuvent être présents. Le médecin se doit d'informer les personnes présentes, autant que possible dès avant le jour de la procédure, et de les accompagner avec tact et compassion, de manière à faire de l'AMM, au-delà de ses aspects techniques et légaux, un geste solidaire empreint d'humanité. Par son attitude, le médecin doit veiller à atténuer autant que possible le côté « technique » du geste. « Toucher le mourant avec émotion est plus important que compter ses respirations » (ADMD-L, 2012).

6.2 TEMPS ET LIEU

S'il a été décidé d'une heure précise, il est important de la respecter : pour chacune des personnes concernées, elle fait office de référence pour faire le décompte du temps qu'il reste et faire ses adieux.

L'AMM doit être empreinte d'une profonde gravité qui doit mobiliser toute l'attention des protagonistes. Il est important autant pour le médecin que pour le patient et les autres personnes présentes de ne pas être dérangés pendant la préparation et pendant la pratique de l'AMM.

⁴⁸ Noter que l'article 54 du *Code de déontologie des médecins* ne s'applique pas dans le contexte particulier de l'AMM.

Le médecin doit être totalement disponible pour effectuer une AMM, et ce, du début à la fin de la procédure. Il faut éviter de choisir un moment pendant une période de garde, par exemple. Il est conseillé d'éteindre téléavertisseurs et autres téléphones cellulaires et de demander à toutes les personnes présentes de faire de même. Et il est nécessaire d'avertir les collègues et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire que le médecin ne sera pas joignable pendant ce temps.

Pour les mêmes raisons, l'AMM se déroulera dans un lieu paisible et approprié. Ainsi, en établissement de santé, une chambre que le patient est seul à occuper doit être garantie, comme le prévoit l'article 12 de la LCSFV pour tous les soins de fin de vie, pendant les quelques jours précédant le décès.

Le médecin doit administrer lui-même l'AMM, accompagner le patient et demeurer auprès de lui jusqu'à son décès (art. 30 al. 1). La procédure peut durer de 20 à 30 minutes.

6.3 INJECTION INTRAVEINEUSE

L'AMM se fait en trois temps. Elle débute par une anxiolyse, puis elle consiste en l'induction d'un coma artificiel, et enfin en l'administration d'un bloqueur neuromusculaire provoquant l'arrêt respiratoire, l'arrêt cardiaque, et le décès.

Noter que seule la voie intraveineuse est acceptable pour administrer une AMM et qu'un accès veineux fonctionnel et de qualité en est une condition *sine qua non*. Autrement dit :

Une voie veineuse précaire est une contre-indication absolue à l'administration de l'AMM.

En cas d'impossibilité totale d'installer un accès veineux périphérique, la pose d'une voie centrale est à planifier.

6.3.1 VOIE VEINEUSE

6.3.1.1 ÉVALUATION DU POTENTIEL VEINEUX

Il est recommandé que l'infirmière ou le médecin évalue le potentiel veineux dans les 24 heures précédant l'administration de l'AMM.

La perte de l'accès veineux au cours de l'induction du coma est une complication possible, à envisager sérieusement. L'installation « préventive » de deux accès veineux périphériques ou d'une voie centrale (y compris de type PICC line) systématiquement, à chaque patient, n'est pas indiquée. Elle peut cependant s'avérer nécessaire pour certaines personnes.

Il est cependant essentiel d'identifier à l'avance un deuxième site potentiel⁴⁹, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et de prévoir, le cas échéant, le matériel et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence. Il est bien entendu que si la pose d'une voie centrale ne pouvait pas être réalisée à domicile⁵⁰, une hospitalisation deviendrait nécessaire.

Une fois un accès veineux restauré, il est toujours nécessaire d'induire un coma profond, éventuellement par une nouvelle administration de l'inducteur de coma, et de vérifier consciencieusement qu'il est installé avant d'injecter le bloqueur neuromusculaire.

6.3.1.2 INSTALLATION DE L'ACCÈS VEINEUX

Dans les 4 heures précédant l'AMM, l'infirmière ou le médecin installe un accès veineux (dispositif d'accès veineux intermittent [*saline lock*] ou perfusion de soluté TVO). Le calibre du cathéter doit être de 20 G de préférence, afin de permettre au mieux l'injection des médicaments dans les temps impartis en évitant une perte de l'accès veineux. Il pourrait être de 18 à 22 G selon le capital veineux du patient, mais il faudrait alors impérativement veiller à contrôler la vitesse d'administration des médicaments : celle-ci doit être d'autant plus lente que le calibre du cathéter est plus fin⁵¹. Une tubulure antireflux est toujours indiquée, a fortiori en présence de petites veines, afin de minimiser le risque de perfusion rétrograde. Le cathéter, une fois installé, doit être solidement fixé.

Si une voie périphérique est ardue à installer, la voie centrale fémorale est suggérée par les médecins qui la pratiquent et qui la considèrent utile à connaître et à maîtriser dans ce contexte d'AMM, en particulier à domicile⁵².

49 Sur une autre veine.

50 Voie centrale sous-clavière, jugulaire, fémorale ou PICC line.

51 Certains cathéters utilisés en radiologie pour injecter un produit de contraste réduisent le risque d'extravasation des produits injectés et tolèrent un flux plus rapide avec un calibre inférieur (22 à 24 G). Ils pourraient être utiles en cas de difficulté à installer une voie veineuse.

52 Il faut savoir cependant qu'une hypotension artérielle consécutive à l'induction du coma peut rendre difficile la palpation de l'artère fémorale, qui sert de point de repère pour l'installation de la voie veineuse. Chez certains patients, en particulier ceux qui présentent une obésité, la technique peut aussi être difficile à effectuer.

Pour éviter une douleur induite et ne pas compromettre l'efficacité des médicaments injectés, il est nécessaire de s'assurer systématiquement que le cathéter est bien inséré et perméable, en vérifiant par une injection de salin l'absence de signe d'obstruction de la veine ou d'infiltration (gonflement).

Noter que l'insertion d'un cathéter de perfusion et la connexion (si nécessaire) à un dispositif d'administration (sac de perfusion) à l'avance peuvent être effectuées par un professionnel de la santé habilité à le faire. En revanche, tout le reste de la procédure, soit l'administration intraveineuse de chacun des médicaments, doit obligatoirement être réalisé par le médecin lui-même.

6.3.2 PRÉALABLES

Aucun des médicaments utilisés pour l'AMM n'ayant d'effet analgésique appréciable, il est nécessaire de poursuivre une analgésie en cours jusqu'au moment de l'AMM. Cependant, la médication analgésique ne devrait pas être administrée en même temps que l'AMM.

Il est recommandé de cesser l'oxygénothérapie dès le début de l'administration de l'AMM, pour ne pas prolonger la période d'apnée et retarder l'arrêt cardiaque par hypoxie.

Il pourrait être pertinent également, si cela n'a pas été fait auparavant, de désactiver un défibrillateur cardiaque implantable, avant d'administrer une AMM.

6.3.3 ANXIOLYSE

Une anxiolyse par midazolam en intraveineux direct lent est indiquée, avant l'induction du coma.

Tableau 6
Anxiolyse

	POSOLOGIE SELON LE STATUT DU PATIENT	VOIE ET DURÉE D'ADMINISTRATION	DÉBUT D'ACTION
Midazolam 1 mg/ml	De 5 à 10 mg (5 à 10 ml) à titrer selon la réponse du patient	Injection IVD, en 2 minutes	3 à 5 minutes

IVD : intraveineuse directe.

Une agitation paradoxale peut survenir chez certains patients. Il est alors indiqué d'induire le coma sans attendre et sans donner de dose supplémentaire de midazolam.

6.3.4 INDUCTION D'UN COMA ARTIFICIEL

Un coma artificiel suffisamment profond pour éviter que le patient ne ressente les effets du bloqueur neuromusculaire doit être instauré. Avec les produits et les posologies recommandés dans ce protocole, le risque d'une perte de conscience insuffisante ou trop courte est très faible. Cependant, l'efficacité des médicaments peut être moindre en cas de mauvaise insertion du cathéter intraveineux.

Il est donc nécessaire de bien vérifier l'installation du coma avant d'administrer le bloqueur neuromusculaire.

Tableau 7
Critères de coma artificiel

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

Les médicaments utilisés pour induire le coma artificiel sont soit un anesthésique général tel que le propofol, soit un barbiturique tel que le phénobarbital.

En cas d'allergie grave à l'un des médicaments, et s'il n'y a pas de contre-indication, il vaut mieux utiliser l'autre.

L'injection intraveineuse de ces médicaments est souvent douloureuse et doit être précédée d'une injection de lidocaïne parentérale sans épinéphrine ou, en cas d'allergie connue à la lidocaïne, d'une injection de sulfate de magnésium. Noter aussi que l'injection est d'autant moins douloureuse qu'elle est effectuée dans une veine antébrachiale, du pli du coude, ou une veine de bon calibre (y compris celles des membres inférieurs, si aucun autre site n'est disponible). L'injection d'un analgésique doit être systématique, que l'inducteur de coma soit injecté par voie veineuse périphérique ou centrale.

Le propofol comme le phénobarbital doivent être injectés directement et lentement, en 2 à 5 minutes. En effet, une injection trop rapide, en bolus, risquerait d'entraîner la perte de l'accès veineux⁵³. Et une injection trop lente pourrait diminuer l'efficacité du médicament et compromettre la survenue d'un coma suffisamment profond.

Aux posologies préconisées pour une AMM, un arrêt cardiorespiratoire rapide est possible pendant le coma. Il convient d'en aviser les personnes présentes. Il reste tout de même nécessaire d'administrer la totalité de l'inducteur de coma. Il est à noter que cet arrêt cardiorespiratoire rapide est moins souvent observé lors d'une administration graduelle du médicament.

Même en cas d'arrêt cardiorespiratoire durant l'induction du coma, il faut systématiquement injecter le bloqueur neuromusculaire pour éviter tout doute quant au décès du patient.

Tableau 8

Induction du coma : propofol – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration – En 1^{re} intention

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	DURÉE D'ADMINISTRATION	EFFET ATTENDU	EFFET INDÉSIRABLE
Lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine	40 mg (2 ml)	Injection IVD	En 30 secondes	Analgésie locale	
Ou bien, en cas d'allergie à la lidocaïne :					
Sulfate de magnésium 500 mg/ml	1000 mg (2 ml) (compléter ad 10 ml avec NaCl 0,9 %)	Injection IVD lente	En 5 minutes	Analgésie locale	
Propofol 10 mg/ml	1000 mg (2 x 50 ml) <i>Au moindre doute, poursuivre l'induction du coma en augmentant la dose du médicament</i>	Injection IVD lente	En 2 à 5 minutes (soit en 1 à 2,5 minutes par seringue)	Dépression cardiovasculaire et respiratoire	Douleur à l'injection

IVD : intraveineuse directe.

OU BIEN en cas d'allergie connue au propofol, ou si ce dernier n'est pas disponible :

Tableau 9

Induction du coma : phénobarbital – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration – En 2^e intention

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	DURÉE D'ADMINISTRATION	EFFET ATTENDU	EFFET INDÉSIRABLE
Lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine	40 mg (2 ml)	Injection IVD	En 30 secondes	Analgésie locale	
Ou bien, en cas d'allergie à la lidocaïne :					
Sulfate de magnésium 500 mg/ml	1000 mg (2 ml) (compléter ad 10 ml avec NaCl 0,9 %)	Injection IVD lente	En 5 minutes	Analgésie locale	
Phénobarbital 120 mg/ml	3000 mg (25 ml) (compléter ad 50 ml avec NaCl 0,9 %) <i>Au moindre doute, poursuivre l'induction du coma, en augmentant la dose du médicament</i>	Injection IVD lente	En 2 à 5 minutes	Coma profond	Douleur à l'injection

IVD : intraveineuse directe.

6.3.5 INJECTION DU BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE

L'injection intraveineuse d'une dose suffisante de bloqueur neuromusculaire provoque en quelques minutes une paralysie des muscles striés (sauf le myocarde). L'arrêt respiratoire qui en résulte entraîne la mort par anoxie.

Il va sans dire que le bloqueur neuromusculaire ne peut être injecté qu'une fois le coma artificiel constaté. Au moindre doute, il faut poursuivre l'induction du coma, en augmentant la posologie du médicament.

Il est nécessaire d'injecter 10 ml de NaCl 0,9 % entre l'inducteur du coma et le bloqueur neuromusculaire afin de s'assurer que toute la dose de l'inducteur du coma a été administrée et pour éviter que le barbiturique et le bloqueur neuromusculaire ne précipitent dans la seringue ou la tubulure.

Il est tout aussi essentiel d'injecter 10 ml de NaCl 0,9 % après le bloqueur neuromusculaire afin de s'assurer que toute la dose a été administrée et pour éviter qu'une quantité résiduelle puisse contaminer une tierce personne.

Le décès peut survenir très rapidement après l'injection du bloqueur neuromusculaire, quand il n'est pas déjà survenu pendant l'induction du coma. L'arrêt respiratoire précède l'arrêt cardiaque. Le délai entre l'arrêt respiratoire et l'arrêt cardiaque est le plus souvent de 5 minutes, mais il peut parfois durer jusqu'à 20 minutes et se traduire par une cyanose.

Il convient d'expliquer aux personnes présentes, avant de commencer les injections, la possibilité que le décès survienne plus ou moins rapidement, que l'arrêt respiratoire puisse être précédé d'un court ronflement et que le cœur puisse continuer à battre longtemps après un arrêt de la respiration.

Tableau 10

Bloqueur neuromusculaire : rocuronium – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	DURÉE D'ADMINISTRATION	EFFET ATTENDU
NaCl 0,9 %	10 ml	Injection IVD	Instantanée	Rinçage de la seringue et/ou de la tubulure
Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml)	Injection IVD rapide		Arrêt respiratoire, puis arrêt cardiaque et décès
NaCl 0,9 %	10 ml	Injection IVD	Instantanée	Rinçage de la seringue et/ou de la tubulure pour s'assurer que toute la dose de rocuronium a été injectée dans la veine

IVD : intraveineuse directe.

OU BIEN**Tableau 11**

Bloqueur neuromusculaire : cisatracurium – Médicaments à injecter, dans l'ordre de leur administration

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION	DURÉE D'ADMINISTRATION	EFFET ATTENDU
NaCl 0,9 %	10 ml	Injection IVD	Instantanée	Rinçage de la seringue et/ou de la tubulure
Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml)	Injection IVD rapide		Arrêt respiratoire, puis arrêt cardiaque et décès
NaCl 0,9 %	10 ml	Injection IVD	Instantanée	Rinçage de la seringue et/ou de la tubulure pour s'assurer que toute la dose de cisatracurium a été injectée dans la veine

IVD : intraveineuse directe.

Le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec exigent que toute déviation au protocole soit explicitement justifiée et documentée. Il ne peut s'agir, en aucun cas, de renoncer à la séquence en trois temps : anxiolyse, induction du coma et injection d'un bloqueur neuromusculaire.

6.4 À LA SUITE DU DÉCÈS

Le moment du décès est chargé d'émotion pour chacune des personnes présentes. Le médecin doit demeurer sur place pour s'entretenir avec l'équipe interdisciplinaire et les proches. Il est utile de consigner ces démarches dans le dossier médical.

Les médicaments et le matériel qui ne sont pas utilisés, les emballages et les seringues vides, ainsi que la deuxième trousse doivent être rendus au pharmacien, et ce dernier doit s'entretenir avec le médecin (en personne de préférence, sinon par téléphone, courriel ou texto sécurisés ou autre, en veillant à respecter la confidentialité des renseignements échangés). Cette démarche lui permet de vérifier la concordance des registres d'utilisation des médicaments avec le contenu des trousse, avant de détruire les produits résiduels, dont les médicaments contrôlés et les substances ciblées, le cas échéant, selon les principes des réglementations fédérale et provinciale. Elle permet également de faire le point sur la procédure et, le cas échéant, d'échanger sur les problèmes imprévus survenus. Ils pourront être pris en compte à l'occasion de nouvelles demandes d'AMM.

Chapitre 7/ Déclarations

7.1 INSCRIPTION AU DOSSIER

Le médecin doit inscrire ou verser dans le dossier du patient tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, qu'il l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de sa décision, quelle qu'elle soit et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté (art. 32 al. 1 de la LCSFV).

Avant d'administrer l'AMM à une personne, le médecin doit s'entretenir de la demande d'AMM « avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant » (art. 29 (1) d) de la LCSFV), et « avec les proches » de la personne, « si elle le souhaite » (art. 29 (1) e) de la LCSFV). Il devrait inscrire au dossier les dates des rencontres ainsi que la teneur des échanges (désaccords possibles, approbation des décisions, collaboration, etc.).

Doit également être inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration (art. 32 al. 2 de la LCSFV).

7.2 CONSTAT DE DÉCÈS ET BULLETIN DE DÉCÈS

Sur le lieu, le médecin doit dresser le constat de décès⁵⁴ (formulaire DEC-101, dont un exemplaire est destiné au directeur de l'état civil et l'autre, au déclarant du décès) et remplir le bulletin de décès (formulaire SP-3, qui fait mention de la cause du décès), à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux, de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (*Loi sur la santé publique*, art. 46), du dossier médical ou dossier du coroner, et enfin du directeur de funérailles. Le médecin doit y inscrire comme cause immédiate de décès la maladie ou l'affection morbide ayant justifié l'AMM et provoqué la mort. Il ne s'agit pas du mode de décès (arrêt cardiaque), mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Le terme d'aide médicale à mourir ne devrait pas figurer dans ce bulletin. En effet, une telle mention, si elle était connue de proches non informés, pourrait d'une part aller à l'encontre

⁵⁴ *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991, art. 122 : « Le médecin qui constate un décès en dresse le constat. Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement. »

de la volonté d'un patient souhaitant garder ce renseignement confidentiel et, d'autre part, leur causer préjudice⁵⁵. Il est à noter que les formulaires DEC-101 et SP-3 sont regroupés dans un seul et même fascicule.

La Commission sur les soins de fin de vie, et non l'ISQ, est tenue de faire le décompte statistique des AMM effectuées, à partir des avis que, conformément à la LCSFV, tout médecin qui administre une AMM doit lui faire parvenir.

7.3 AVIS

Les avis à la Commission sur les soins de fin de vie et autres instances responsables permettront de broser le portrait de plusieurs pratiques de fin de vie (sédation palliative continue et aide médicale à mourir) et de suivre leur évolution, en plus d'exercer la surveillance prévue par la loi.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de respecter strictement les procédures prévues par la LCSFV et la loi fédérale, qui imposent aux médecins et aux pharmaciens de remplir adéquatement le formulaire de déclaration d'une aide médicale à mourir rendu disponible par le ministre de la Santé et des Services sociaux afin qu'il soit transmis dans les délais prescrits aux instances responsables. Le formulaire électronique unique de déclaration des renseignements relatifs à l'AMM, produit par le ministère, est accessible en ligne dans le portail SAFIR. Les informations que le médecin et le pharmacien donnent dans ce formulaire sont transmises automatiquement à Santé Canada, à la Commission sur les soins de fin de vie et au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou au Collège des médecins du Québec.

Une fois le formulaire électronique unique de déclaration rempli, une copie doit en être versée dans le dossier de la personne concernée.

Noter que les informations sur les modalités de déclaration d'une AMM par les médecins et les pharmaciens sont accessibles dans la section sécurisée des sites Web des ordres professionnels concernés, dans le réseau intranet du ministère de la Santé et des Services sociaux et dans le site Web de Santé Canada.

55 Noter qu'en respect de l'article 49 de la LCSFV, « La décision prise par une personne [...] de recourir à [...] l'aide médicale à mourir, ne peut être invoquée pour refuser de payer une prestation ou toute autre somme due en matière contractuelle. »

7.3.1 AVIS À LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Le médecin qui administre l'AMM à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser lui-même, par le formulaire électronique unique de déclaration, la Commission sur les soins de fin de vie et lui transmettre les renseignements prévus par le règlement du gouvernement⁵⁶. Ces renseignements sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à quiconque, sauf dans la mesure où ils sont nécessaires à la vérification du respect de l'article 29 par la Commission (art. 46 et 47 de la LCSFV).

La Commission est chargée de vérifier le respect des procédures prévues à l'article 29 de la LCSFV et que doit suivre tout médecin. Elle procède à partir des déclarations des médecins et, au besoin, elle peut compléter son évaluation en échangeant avec l'un d'eux ou toute autre personne. Si, après vérification, au moins les deux tiers des membres de la Commission présents estiment que les procédures requises n'ont pas été respectées dans un cas particulier, elle transmet un résumé de ses conclusions au Collège des médecins du Québec ainsi que, le cas échéant, à l'établissement dans lequel exerce le médecin concerné, afin « qu'ils prennent les mesures appropriées » (art. 47 al. 2 de la LCSFV).

Quiconque constate qu'un médecin contrevient à l'article 46 en omettant de déclarer l'administration d'une AMM à la Commission « est tenu de signaler le manquement au Collège des médecins du Québec pour qu'il prenne les mesures appropriées » (art. 46 al. 2 de la LCSFV).

7.3.2 AVIS À SANTÉ CANADA

Depuis le 1^{er} novembre 2018, en application de la réglementation fédérale⁵⁷, tous les médecins et pharmaciens du Canada qui reçoivent une demande d'AMM écrite doivent fournir des renseignements concernant cette demande à Santé Canada, et ce, qu'une AMM soit administrée ou non. Au Québec, les médecins et les pharmaciens doivent pour ce faire remplir le formulaire électronique unique de déclaration, produit par le ministère et accessible en ligne dans le portail SAFIR.

7.3.3 AVIS AU CMDP OU AU CMQ EN VUE DE L'ÉVALUATION DE L'ACTE

Selon que le médecin qui a administré l'AMM exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou dans un cabinet privé de professionnel, il doit, dans les 10 jours suivant l'administration, en informer, par le formulaire

⁵⁶ *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*, RLRQ, c. S-32.0001, r. 1.

⁵⁷ *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* : DORS/2018-166.

électronique unique de déclaration, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens duquel il est membre ou, à défaut, le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux de l'établissement, ou bien le Collège des médecins du Québec.

Ces instances, ou leur comité compétent, évaluent la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables (art. 34, 35 et 36 de la LCSFV). Elles veillent également à l'amélioration de certains aspects de la pratique de l'AMM et à l'évolution des directives cliniques.

Tableau 12

Instances responsables de l'évaluation de la qualité des soins

LIEU D'EXERCICE	INSTANCE RESPONSABLE
Centre exploité par un établissement	CMDP duquel est membre le médecin, que l'AMM soit administrée dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile
	Si aucun CMDP n'est institué pour l'établissement, aviser le chef du service médical ou le médecin responsable des soins médicaux de l'établissement
Cabinet privé de professionnel	CMQ, que l'AMM soit administrée dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMQ : Collège des médecins du Québec

Chapitre 8/ Suivi et travail de deuil

Pendant la maladie du patient et jusqu'à son décès, l'équipe interdisciplinaire aura accompagné les proches. Après le décès de la personne ayant demandé l'AMM, l'équipe devra pouvoir poursuivre ce soutien pendant la période de deuil ou bien diriger les proches vers une autre ressource telle que leur CLSC ou un groupe communautaire offrant des suivis de deuil.

Les membres de l'équipe interdisciplinaire qui auront été en relation avec la personne décédée et/ou ses proches auront aussi un travail de deuil à accomplir. Ils devront au moins pouvoir parler du processus ayant mené à l'AMM, du geste lui-même et du deuil qu'ils vivent ensemble à l'occasion d'une réunion d'équipe, ou dans le cadre d'un groupe de parole, par exemple, ou bien au cours d'une consultation individuelle auprès d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un thérapeute conjugal et familial. Le programme d'aide aux employés (PAE) de leur établissement, le cas échéant, pourrait représenter une ressource précieuse à solliciter.

Le ou les médecins qui auront accompagné la personne ayant demandé l'AMM devront eux aussi vivre un deuil. Certains auront besoin d'être accompagnés. Pour ce faire, ils devraient pouvoir se tourner vers leurs collègues et/ou vers des instances à leur disposition, tels qu'un groupe de parole dans un établissement, ou encore le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).

Le GIS mis sur pied dans l'établissement et actif sur son territoire devrait pouvoir aider proches, soignants et autres membres de l'équipe interdisciplinaire, et médecins travaillant aussi bien en établissement qu'à domicile à trouver les ressources les plus appropriées pour les assister dans leur travail de deuil.

Chapitre 9/ Outils pratiques

Ce document présente, en annexe, plusieurs outils susceptibles d'être utiles au praticien qui accompagne un patient qui demande l'AMM.

PROCESSUS DÉCISIONNEL

L'annexe I présente les différentes trajectoires de fin de vie retrouvées selon l'état pathologique sous-jacent. L'exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir comprend des éléments cliniques particuliers qui sont résumés dans l'annexe II. La démarche à suivre pour prendre la décision d'administrer ou non l'AMM dans le respect des normes cliniques et des exigences légales est résumée à l'annexe III sous forme d'arbre décisionnel.

ADMINISTRATION DE L'AMM

L'annexe IV précise comment administrer les médicaments selon l'inducteur de coma : les médicaments, le matériel, les précautions à prendre et le procédé d'administration. Un modèle d'ordonnance est présenté à l'annexe V. Le protocole de préparation en pharmacie est proposé à l'annexe VI. Un modèle de registre d'utilisation des médicaments est disponible à l'annexe VII. La liste du matériel nécessaire à l'administration de l'AMM se trouve à l'annexe VIII.

Les autres voies d'administration des médicaments et certaines substances sont à proscrire dans le cadre de l'aide médicale à mourir. Les annexes IX et X les présentent succinctement, pour information.

Dans le cas d'une perte de l'accès veineux pendant l'induction du coma à domicile, l'annexe XI pourra guider la prise de décision.

L'ordonnance préimprimée et le registre d'utilisation des médicaments sont accessibles dans la section sécurisée des sites Web du [CMQ](#) et de l'[OPQ](#).

FORMULAIRES

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir est accessible dans la section sécurisée des sites Web du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ, et dans le réseau intranet du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le formulaire d'avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir est accessible dans la section sécurisée du site Web du CMQ et dans le réseau intranet du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le formulaire électronique unique de déclaration des renseignements relatifs à l'AMM est accessible en ligne dans le portail SAFIR.

CONCLUSION

Après avoir débattu la question des soins de fin de vie pendant plusieurs années, la société québécoise s'est prononcée en faveur de l'aide médicale à mourir à certaines conditions et a encadré légalement cette pratique. La *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* modifie le *Code criminel* afin de permettre une aide médicale à mourir à certaines conditions, compatibles dans une certaine mesure avec celles de la loi québécoise.

La *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit que les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels seront respectées. C'est pourquoi le CMQ, l'OPQ, l'OIIQ, l'OTSTCFQ, le Barreau du Québec et la Chambre des notaires du Québec ont collaboré étroitement pour les définir et pour les préciser.

Ils ont consulté des personnes et d'autres organismes concernés pour produire, puis réviser ce document. Ils se sont fortement inspirés des expériences européennes qu'ils ont adaptées au contexte québécois : à sa loi, à son système de santé et de

services sociaux et aux médicaments disponibles dans la province. Ils se sont aussi basés sur les premières années d'expérience vécues au Québec depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV et dans l'ensemble du Canada depuis l'adoption du *Code criminel*, pour consolider l'assise qui avait été établie en 2015.

Les normes cliniques promulguées nécessiteront encore des adaptations, et devront évoluer avec le temps.

Afin d'améliorer les pratiques, il est essentiel que les médecins et les autres professionnels de la santé ou des services sociaux concernés continuent de suivre ces normes avec rigueur et qu'ils partagent leurs expériences, notamment au moyen des déclarations prévues dans la loi.

Le CMQ s'engage encore une fois avec ses partenaires à mettre à jour régulièrement ce guide d'exercice et ces lignes directrices pharmacologiques à la lumière des données qui seront collectées grâce à la collaboration des professionnels de la santé ou des services sociaux.

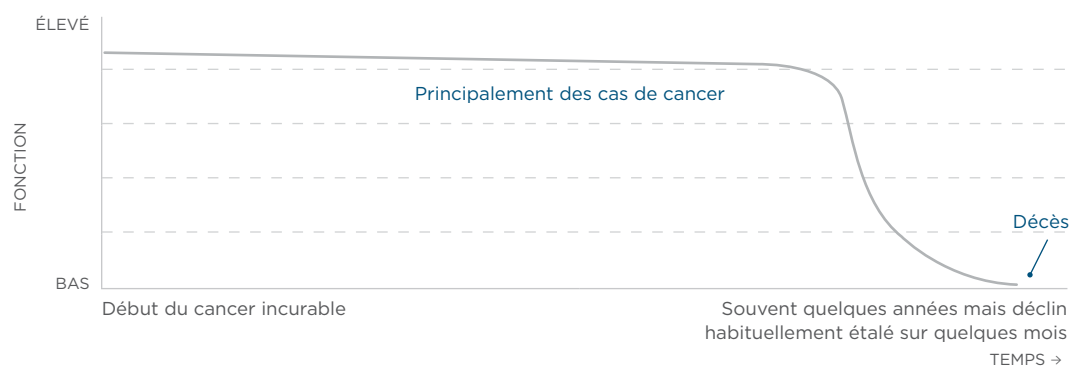
— Annexes

ANNEXE I - TYPES DE TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE

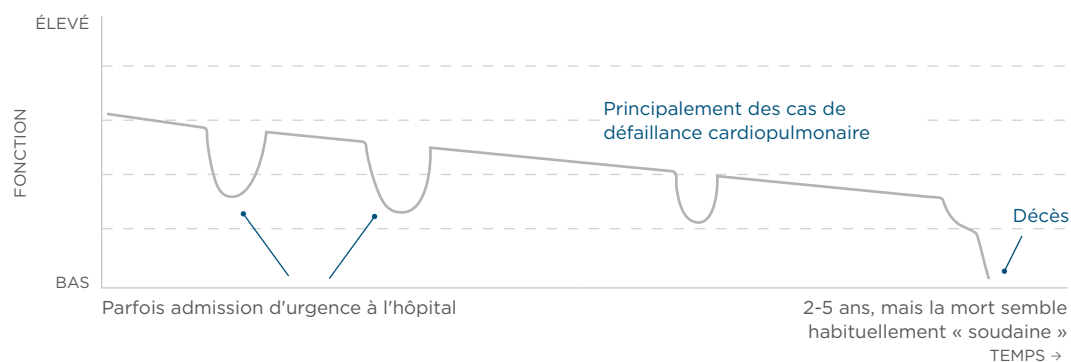
À partir de cohortes de personnes suivies pendant plusieurs années, des auteurs ont étudié des trajectoires de fin de vie et les ont classées en quatre trajectoires théoriques selon l'évolution de l'atteinte fonctionnelle au cours du temps. Leur objectif était surtout de tenter de prévoir au mieux et d'organiser les soins (et en particulier les soins palliatifs) requis par les personnes en fin de vie en fonction de leurs besoins. En plus de la trajectoire de la mort subite accidentelle, ils ont défini trois types de trajectoires de fin de vie : l'un d'eux concerne principalement les personnes atteintes d'un cancer incurable. L'évolution de la maladie peut durer plusieurs années, mais la phase terminale d'une telle trajectoire est habituellement relativement prévisible et s'étale sur quelques mois. Un autre type de trajectoire, souvent observé chez les personnes souffrant de maladies circulatoires et respiratoires chroniques fatales, correspond à un déclin graduel, sur 2 à 5 ans, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue. Le dernier type de trajectoire, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence, correspond à un déclin graduel et prolongé, assez variable, jusqu'à 6 à 8 ans (Lunney, 2003; Murray, 2005; INSPQ, 2006).

ANNEXE I - TYPES DE TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE (SUITE)

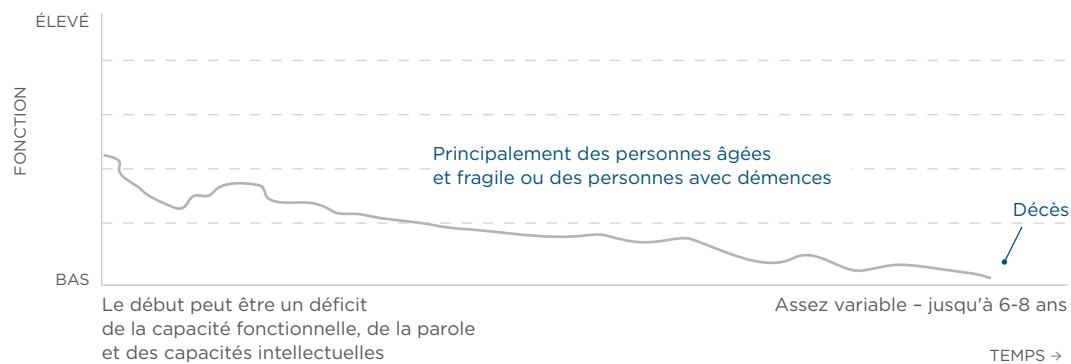
COURTE PÉRIODE DE DÉCLIN ÉVIDENT



LIMITATIONS À LONG TERME PONCTUÉES D'ÉPISODES INTERMITTENTS SÉVÈRES



DÉTÉRIORATION SUR UNE LONGUE PÉRIODE



Source : INSPQ, 2006, adapté de Murray, 2005.

— Annexes

ANNEXE II - EXPLORATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ⁵⁸

La souffrance découle du sens qu'une personne accorde à son expérience d'une situation particulière en fonction de ses valeurs, ses rôles, ses relations et sa trajectoire de vie. Peut-elle être évaluée et caractérisée? Le cas échéant, pourquoi et comment explorer la souffrance qu'éprouve une personne qui demande une aide médicale à mourir (AMM)?

1. PEUT-ON EXPLORER LA SOUFFRANCE D'AUTRUI?

La souffrance est par définition globale, multidimensionnelle et indivisible. Elle est essentiellement subjective sans être entièrement privée. Les autres peuvent y avoir accès, partiellement, selon une approche qualifiée d'intersubjective. En effet, on peut généralement percevoir qu'une personne souffre quand on est en relation avec elle, même si elle ne le dit pas explicitement. La souffrance demeure néanmoins difficilement objectivable : la souffrance de l'un n'est pas celle de l'autre qui vit les mêmes maux; et la perception de la souffrance d'autrui peut varier selon l'observateur. Ainsi, la tâche du médecin gagne à être comprise davantage comme une exploration que comme une évaluation de la souffrance de la personne.

Cela étant dit, pourquoi et surtout comment explorer la souffrance d'une personne qui demande une AMM?

2. EXPLORER LA SOUFFRANCE DE LA PERSONNE QUI DEMANDE UNE AMM : À QUELLES FINS?

A. POUR LA RECONNAÎTRE ET LA SOULAGER

Si la majorité des personnes atteintes d'une maladie terminale s'adapteront à leur fin de vie sans soutien, d'autres en revanche vivront des moments de détresse transitoires, au moment du passage des traitements curatifs à des soins palliatifs notamment, ou bien des souffrances psychiques persistantes, voire des symptômes ou des troubles psychiatriques tels que délirium (80 %), anxiété (de 10 à 30 %) ou trouble dépressif (de 5 à 26 % des personnes en fin de vie, de 8 à 47 % des patients atteints d'une maladie grave et incurable et qui expriment le désir de hâter leur mort). Les souffrances psychiques persistantes pourront être d'ordre psychologique, social, existentiel ou spirituel. La détresse existentielle est peu fréquente. Elle peut être associée à une piètre qualité de vie, à une dépression ou à de l'anxiété, de même qu'à un désir de hâter sa propre mort.

⁵⁸ Cette annexe est tirée du document rédigé par la Dre Mona Gupta et collab., 2017, intitulé *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*. Le lecteur est vivement invité à s'y référer.

ANNEXE II - EXPLORATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE (SUITE)

Une demande d'AMM se distingue cliniquement de l'idée suicidaire quoique les deux puissent parfois se présenter chez un même patient. Une idée suicidaire peut se manifester par une demande d'AMM chez un patient atteint d'une maladie mentale. Elle nécessite alors une évaluation rigoureuse de la dangerosité et la mise en place de mesures de protection au besoin. Une idée ou menace suicidaire peut aussi être un moyen de négociation avec l'équipe soignante. Une idée suicidaire peut également témoigner du désir réfléchi de mourir d'une personne dont la demande d'AMM a été refusée.

Le médecin doit être attentif à tous ces types de détresse, que la personne soit en fin de vie et/ou qu'elle demande une aide pour mourir. Le médecin, avec l'équipe interdisciplinaire, doit proposer au patient les interventions thérapeutiques pharmacologiques, psychosociales et/ou spirituelles susceptibles de soulager ou d'apaiser sa souffrance ou de traiter un trouble psychiatrique s'il y a lieu, et ce, que le patient maintienne ou non sa demande d'AMM.

B. PARCE QUE LA LOI L'EXIGE

La loi exige que deux médecins indépendants se prononcent sur les conditions d'obtention d'une AMM, dont l'épreuve de souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables. Les médecins ont donc la responsabilité non seulement de confirmer les souffrances alléguées par le patient, mais aussi de les caractériser et de s'assurer que pour répondre aux objectifs de la loi, elles sont cohérentes avec ses fondements⁵⁹.

3. COMMENT EXPLORER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE D'UNE PERSONNE QUI DEMANDE UNE AMM?

Le médecin doit toujours prendre le temps de procéder à une évaluation complète de la situation clinique présentée par une personne qui demande une AMM, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire si possible, et sans se laisser emporter par un sentiment d'urgence bien compréhensible, mais possiblement délétère.

Conscient de ses propres valeurs et attitudes face à la souffrance, la fin de vie et la mort, un médecin est moins susceptible d'être influencé par son a priori et de projeter ses propres préférences sur l'expérience d'un patient.

⁵⁹ Il est fait référence ici à la logique de soins qui sous-tend la loi québécoise et à l'exigence expresse du *Code criminel* d'un lien de causalité entre la maladie, l'affection, le handicap ou le déclin avancé et irréversible des capacités de la personne et les souffrances qu'elle éprouve.

ANNEXE II - EXPLORATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE (SUITE)

Explorer la souffrance psychique d'une personne nécessite avant tout d'être à son écoute et de connaître son histoire. Il faut savoir que discuter avec un patient en fin de vie de ses préférences ou de sa conception de la mort n'engendre généralement pas de détresse supplémentaire, au contraire. Les perceptions des proches et des membres de l'équipe interdisciplinaire peuvent aussi s'avérer précieuses.

Face à une personne qui éprouve une souffrance psychique, le médecin devrait :

- Prendre le temps de faire une évaluation complète de son état mental.
- Procéder à l'exploration des motivations de sa demande, de ses valeurs, de ses préférences, de ses options de soins de fin de vie et de ses besoins psychosociaux ou spirituels.
- Réviser ce qui a été tenté pour soulager sa souffrance et lui offrir ce qui ne l'a pas été, incluant l'intervention d'un autre médecin ou professionnel de la santé ou des services psychosociaux et spirituels.
- Évaluer si la souffrance a des impacts sur son aptitude à consentir aux soins.

Dans certaines situations complexes ou requérant une évaluation plus approfondie, le médecin psychiatre pourrait être consulté pour :

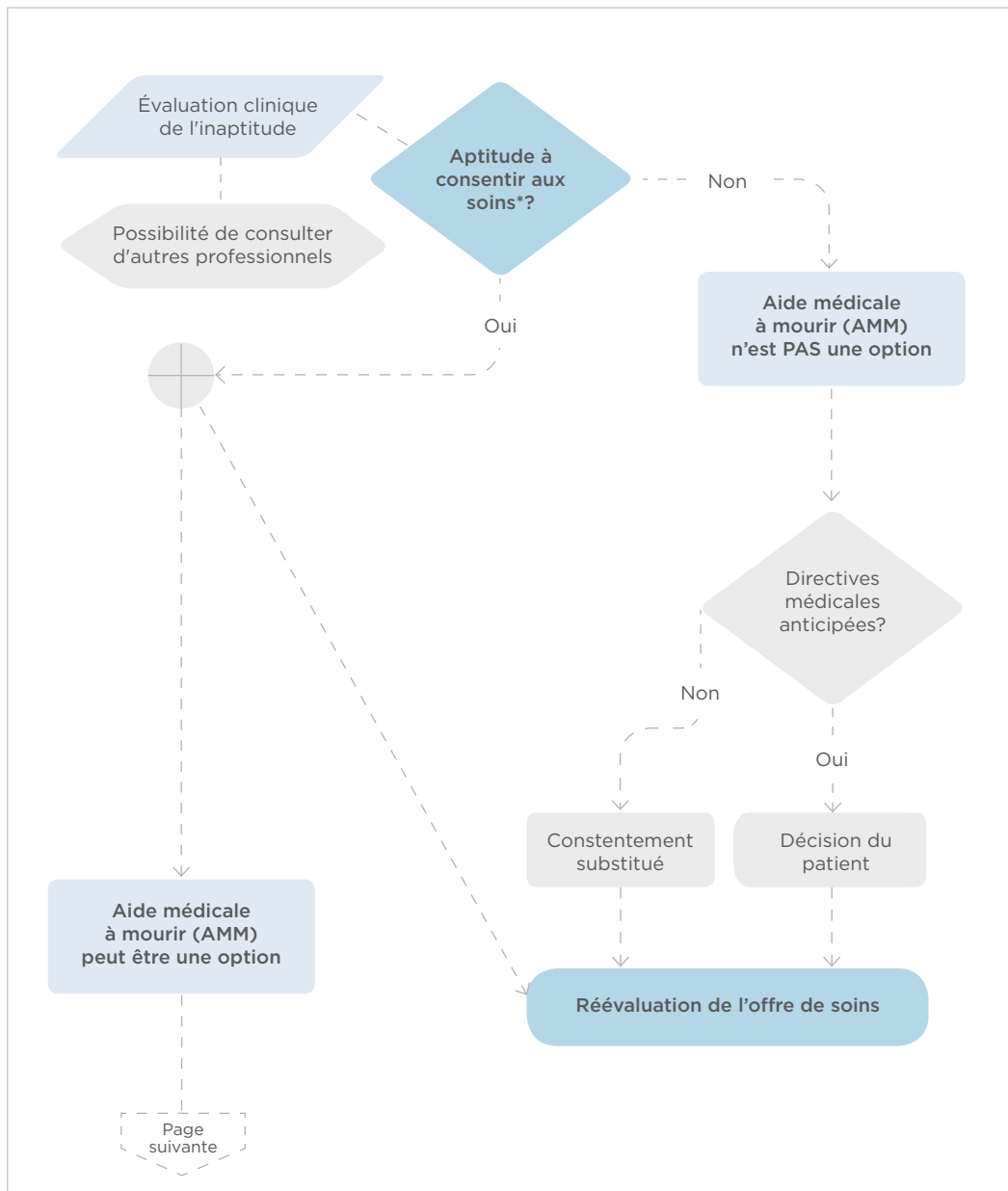
- S'assurer de l'aptitude à consentir aux soins et à l'AMM en particulier.
- Évaluer l'état mental du patient et/ou conseiller l'équipe de soins sur les interventions à lui offrir.
- Estimer le risque de dangerosité suicidaire et la nécessité d'instaurer des mesures de protection.
- Aider, en collaboration avec l'équipe de soins, à dénouer une impasse relationnelle entre le patient, sa famille et les soignants.

Finalement, explorer la souffrance qu'éprouve une personne qui demande l'AMM fait appel à des compétences particulières et commande de prendre le temps de le faire correctement.

— Annexes

ANNEXE III - ARBRE DÉCISIONNEL

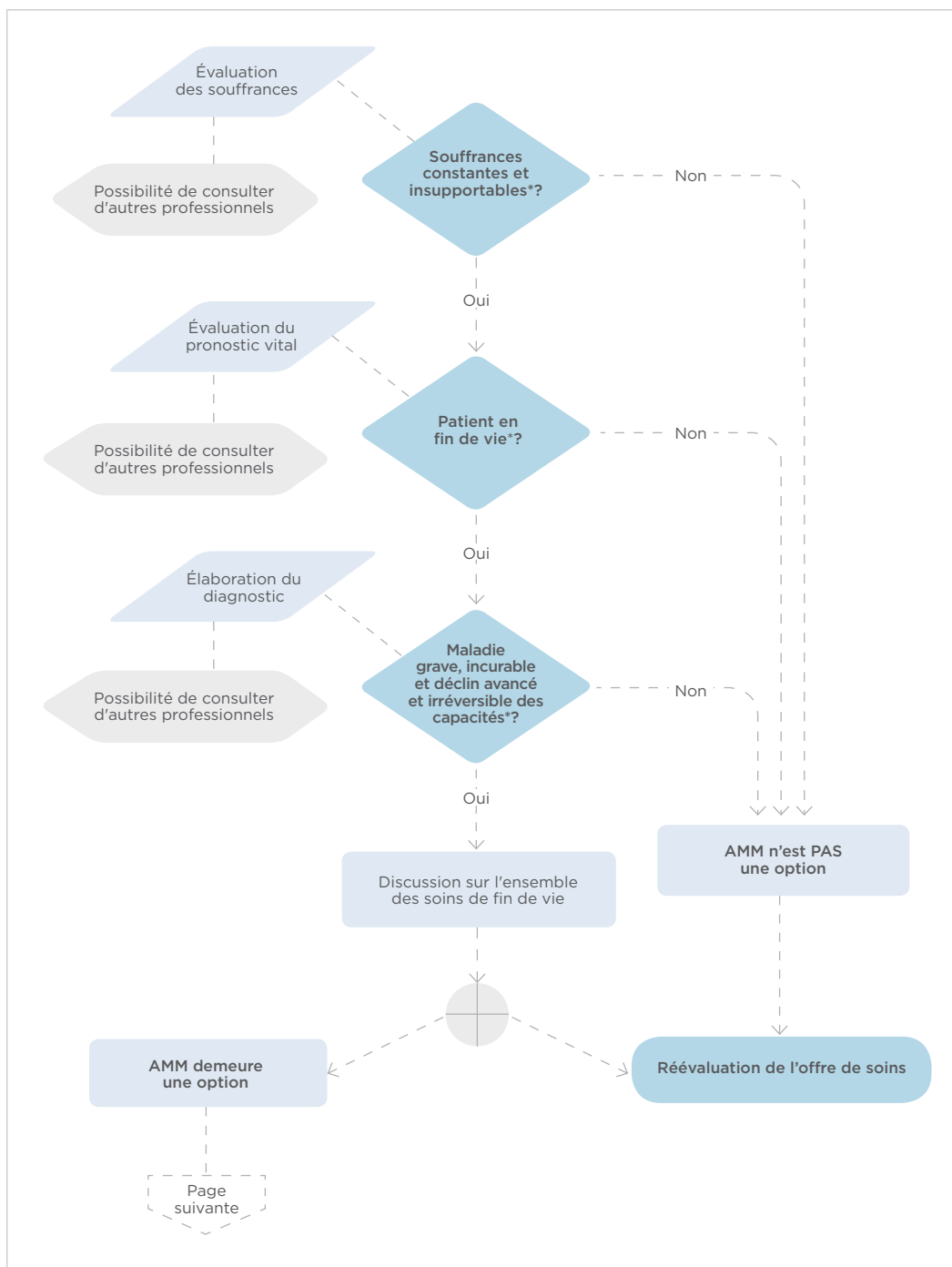
APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS D'UNE PERSONNE MAJEURE QUI DEMANDE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR



* Voir section 3.1 de ce document.

ANNEXE III – ARBRE DÉCISIONNEL (SUITE)

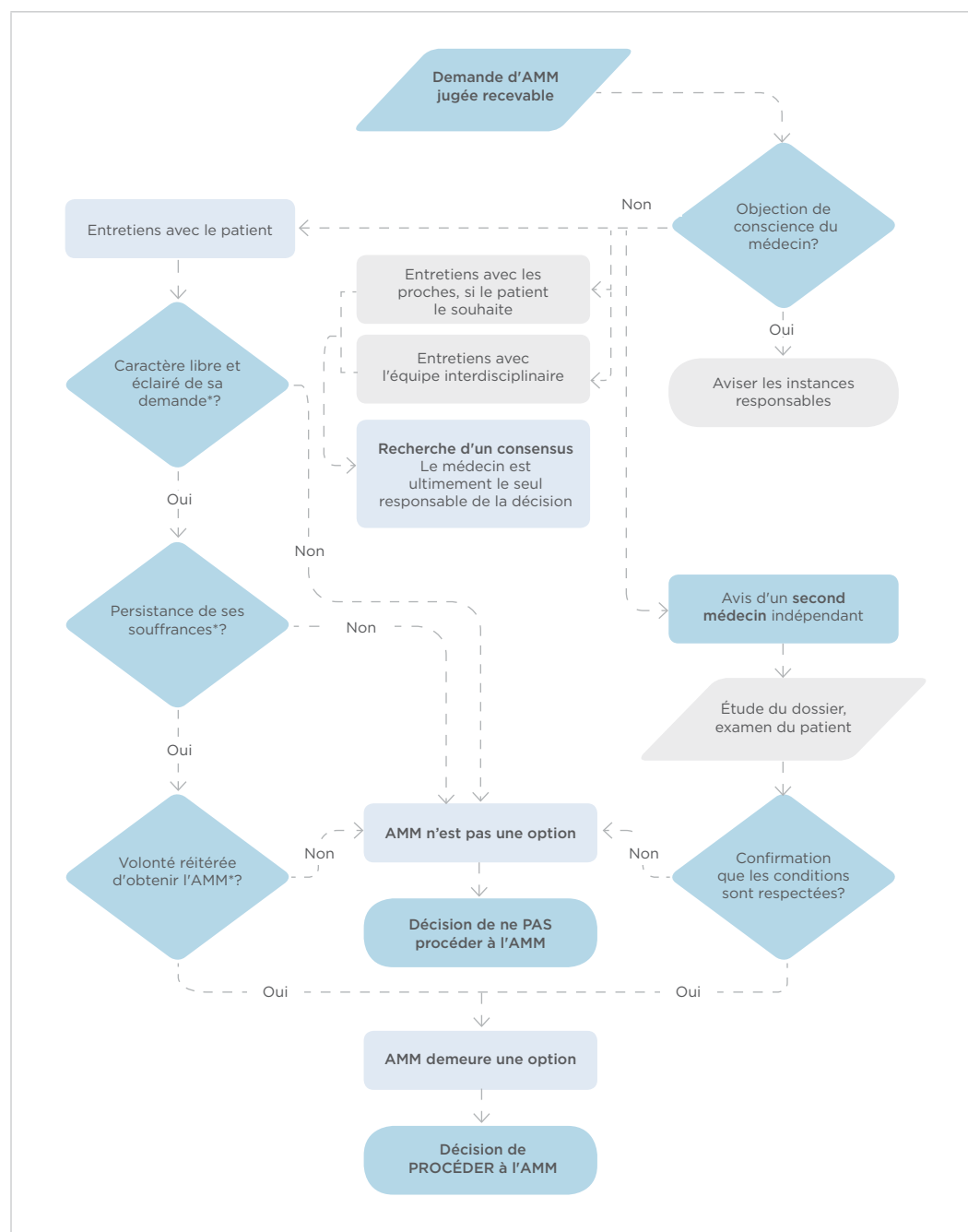
INDICATIONS CLINIQUES DE L'AMM CHEZ LA PERSONNE MAJEURE ET APTE À CONSENTIR AUX SOINS



* Pas d'ordre de priorité.

ANNEXE III – ARBRE DÉCISIONNEL (SUITE)

SUIVI DE LA DEMANDE D'AMM JUGÉE RECEVABLE



* Pas d'ordre de priorité.

— Annexes

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA

NOTE LIMINAIRE

Les doses, schémas posologiques, modes d'administration, consignes ou éléments particuliers de monitoring ou, à l'inverse, de non-monitoring cités tout au long de ce document sont applicables au contexte spécifique d'une aide médicale à mourir en fin de vie, telle qu'encadrée par la *Loi concernant les soins de fin de vie* et le *Code criminel*.

Les données présentées sont le plus souvent différentes de celles d'autres situations ou protocoles cliniques et, par conséquent, elles ne sont pas transposables dans ces autres contextes.

Le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les experts consultés présentent ces informations à titre de normes cliniques. Ils se sont assurés que les renseignements contenus dans le présent document étaient exacts au moment de leur publication. Toutefois, le médecin reste responsable de vérifier que les informations sont adaptées à la situation clinique du moment et qu'elles ne sont pas désuètes.

Les indications qui suivent sont données à titre d'exemple, selon l'inducteur de coma et avec un bloqueur neuromusculaire (en l'occurrence le rocuronium), parmi les deux préconisés dans ces lignes directrices.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

1. INDUCTEUR DU COMA = PROPOFOL

A. MÉDICAMENTS

Tableau 13

Médicaments à administrer par voie IV – Propofol

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE ET DURÉE D'ADMINISTRATION
Midazolam 1 mg/ml	5 à 10 mg à titrer selon la réponse du patient (10 ml)	Injection IVD lente, en 2 minutes
Lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml)	Injection IVD, en 30 secondes
Propofol 10 mg/ml	1000 mg (2 x 50 ml)	Injection IVD lente, en 2 à 5 minutes
NaCl 0,9 %	4 x 10 ml	Injection IVD, rinçage de la seringue et/ou de la tubulure
Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml)	Injection IVD rapide, en 30 secondes

IVD : intraveineuse directe.

B. MATÉRIEL

Tableau 14

Matériel pour l'administration des médicaments par voie IV – Propofol

QUANTITÉ	MATÉRIEL	INDICATION
1	Cathéter de perfusion 20 G	Pour installer l'accès veineux
1	Rallonge courte	Si utilisation d'un dispositif d'accès veineux intermittent
2	Compresse de gaze 10 x 10 cm	Pour installer l'accès veineux
2	Pansements occlusifs stériles transparents	Pour installer l'accès veineux
1	Ruban adhésif transparent (diachylon)	Pour installer l'accès veineux
3	Tampons désinfectants	Pour installer l'accès veineux

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

C. DEUXIÈME TROUSSE

La deuxième trousse, utile en cas de bris ou d'erreur de manipulation, doit être systématiquement préparée et scellée par le pharmacien, et mise à la disposition du médecin. Elle doit contenir l'ensemble des médicaments et du matériel prescrits par le médecin, comme la trousse originale.

D. PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

(1) Conservation

Le propofol est une émulsion huile dans eau; il peut constituer un milieu de culture propice à la croissance microbienne. Il est recommandé de vérifier les composantes organoleptiques du produit avant toute manipulation : couleur, consistance, absence d'agglomérat ou de bris de l'émulsion à l'intérieur du contenant, et d'agiter le flacon ou la seringue avant usage.

Le propofol peut être conservé dans une seringue pendant 72 heures à température ambiante. Il ne doit pas être réfrigéré.

Le rocuronium peut être conservé dans une seringue pendant 72 heures à température ambiante.

(2) Effets indésirables

(a) Douleur

L'injection de propofol est douloureuse chez la majorité des personnes. Il est recommandé d'en informer le patient et les personnes présentes au moment de l'administration de l'AMM. Pour diminuer la douleur, il est préconisé d'effectuer l'injection dans une veine antébrachiale, du pli du coude, ou une veine de bon calibre (y compris celles des membres inférieurs) et d'administrer préalablement 2 ml de lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine.

(b) Allergie

Si le risque d'allergie au propofol doit être pris en considération dans le cadre d'une évaluation anesthésique préopératoire, il n'est pas pertinent de le faire pour administrer une aide médicale à mourir.

Cependant, en cas d'allergie connue au propofol, il faudra administrer un autre médicament, tel que le phénobarbital, pour induire le coma.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

(3) Perte de l'accès veineux

La perte de l'accès veineux est une complication possible, à envisager sérieusement : il est nécessaire d'identifier à l'avance un deuxième site potentiel, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et de prévoir le cas échéant le matériel et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence.

E. PROCÉDÉ D'ADMINISTRATION

(1) La veille

Vérifier à l'avance (moins de 24 heures) que l'accès veineux est possible et l'installer dans les 4 heures (maximum) précédant l'administration de l'AMM.

(2) Vérification de chaque trousse

Chaque trousse doit contenir, notamment :

- › 1 seringue de midazolam;
- › 1 seringue de lidocaïne parentérale sans épinéphrine;
- › 2 x 2 seringues de propofol⁶⁰;
- › 4 seringues de 10 ml de NaCl 0,9 %, qui serviront à évaluer la perméabilité du cathéter, et à rincer l'aiguille et la tubulure après l'injection du propofol, puis après celle du rocuronium;
- › 1 seringue de rocuronium.

(3) Administration

- › Avertir le patient et les personnes présentes que l'injection peut être douloureuse, ainsi que du risque de perte de l'accès veineux;
- › Injecter 10 ml de NaCl 0,9 % et s'assurer que le cathéter est bien inséré et perméable;
- › Injecter 5 mg (5 ml) de midazolam en 2 minutes, pour obtenir une anxiolyse; titrer éventuellement jusqu'à 10 mg (10 ml) en fonction de la réaction du patient;

⁶⁰ Le protocole prévoit l'injection de 100 ml de propofol (2 seringues de 50 ml). Cependant, si cette posologie s'avère insuffisante pour induire un coma profond, elle doit être augmentée. D'où la nécessité de disposer de 4 seringues de 50 ml par trousse.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

- › Injecter 2 ml de lidocaïne parentérale sans épinéphrine en 30 secondes;
- › Injecter 2 x 50 ml de propofol en 2 à 5 minutes (soit 1 à 2,5 minutes par seringue);
- › Rincer le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %;
- › Vérifier consciencieusement que le coma est bien instauré; au moindre doute, poursuivre l'induction du coma en augmentant la dose de propofol; le cas échéant, rincer à nouveau le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %;
- › Injecter alors un bolus de rocuronium sans attendre, en 30 secondes;
- › Rincer systématiquement le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %.

2. INDUCTEUR DU COMA = PHÉNOBARBITAL

A. MÉDICAMENTS

Tableau 15

Médicaments à administrer par voie IV – Phénobarbital

MÉDICAMENT	POSOLOGIE	VOIE ET DURÉE D'ADMINISTRATION
Midazolam 1 mg/ml	5 à 10 mg à titrer selon la réponse du patient (10 ml)	Injection IVD lente, en 2 minutes
Lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml)	Injection IVD, en 30 secondes
Phénobarbital 120 mg/ml	3000 mg (25 ml) (compléter <i>ad</i> 50 ml avec NaCl 0,9 %)	Injection IVD lente, en 2 à 5 minutes
NaCl 0,9 %	4 x 10 ml	Injection IVD, rinçage de la seringue et/ou de la tubulure
Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml)	Injection IVD rapide, en 30 secondes

IVD : intraveineuse directe.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

B. MATÉRIEL

Tableau 16

Matériel pour l'administration des médicaments par voie IV – Phénobarbital

QUANTITÉ	MATÉRIEL	INDICATION
1	Cathéter de perfusion 20 G	Pour installer l'accès veineux
1	Rallonge courte	Si utilisation d'un dispositif d'accès veineux intermittent
2	Compresse de gaze 10 x 10 cm	Pour installer l'accès veineux
2	Pansements occlusifs stériles transparents	Pour installer l'accès veineux
1	Ruban adhésif transparent (diachylon)	Pour installer l'accès veineux
3	Tampons désinfectants	Pour installer l'accès veineux

C. DEUXIÈME TROUSSE

La deuxième trousse, utile en cas de bris ou d'erreur de manipulation, doit être systématiquement préparée et scellée par le pharmacien, et mise à la disposition du médecin. Elle doit contenir l'ensemble des médicaments et du matériel prescrits par le médecin, comme la trousse originale.

D. PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

(1) Conservation

La solution de phénobarbital peut être conservée dans une seringue pendant 24 heures à température ambiante.

Le rocuronium peut être conservé dans une seringue pendant 72 heures à température ambiante.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

(2) Effets indésirables

L'injection de phénobarbital est douloureuse. Il est recommandé d'en informer le patient et les personnes présentes au moment de l'administration de l'AMM. Pour diminuer la douleur, il est préconisé d'effectuer l'injection dans une veine antébrachiale, du pli du coude, ou une veine de bon calibre (y compris celles des membres inférieurs) et d'administrer préalablement 2 ml de lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine.

(3) Risque de précipitation

Il est nécessaire de rincer le cathéter de perfusion avec 10 ml de NaCl 0,9 % après l'injection de phénobarbital pour éviter qu'il précipite avec le rocuronium.

(4) Perte de l'accès veineux

La perte de l'accès veineux est une complication possible, à envisager sérieusement : il est nécessaire d'identifier à l'avance un deuxième site potentiel, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et de prévoir au besoin le matériel et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence.

E. PROCÉDÉ D'ADMINISTRATION

(1) La veille

Vérifier à l'avance (moins de 24 heures) que l'accès veineux est possible et l'installer dans les 4 heures (maximum) précédant l'administration de l'AMM.

(2) Vérification de chaque trousse

Chaque trousse doit contenir, notamment :

- 1 seringue de midazolam;
- 1 seringue de lidocaïne parentérale sans épinéphrine;
- 2 x 1 seringue de phénobarbital⁶¹;

⁶¹ Le protocole prévoit l'injection de 25 ml de phénobarbital (1 seringue de 50 ml de phénobarbital et NaCl 0,9 %). Cependant, si cette posologie s'avère insuffisante pour induire un coma profond, elle doit être augmentée. D'où la nécessité de disposer de 2 seringues de 50 ml par trousse.

ANNEXE IV – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE, SELON L'INDUCTEUR DE COMA (SUITE)

- › 4 seringues de 10 ml de NaCl 0,9 %, qui serviront à évaluer la perméabilité du cathéter, et à rincer l'aiguille et la tubulure après l'injection du phénobarbital, puis après celle du rocuronium;
- › 1 seringue de rocuronium.

(3) Administration

- › Avertir le patient et les personnes présentes que l'injection peut être douloureuse;
- › Injecter 10 ml de NaCl 0,9 % et s'assurer que le cathéter est bien inséré et perméable;
- › Injecter 5 mg (5 ml) de midazolam en 2 minutes, pour obtenir une anxiolyse; titrer éventuellement jusqu'à 10 mg (10 ml) en fonction de la réaction du patient;
- › Injecter 2 ml de lidocaïne parentérale sans épinéphrine en 30 secondes;
- › Injecter le phénobarbital lentement, en 2 à 5 minutes;
- › Rincer le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %;
- › Vérifier consciencieusement que le coma est bien instauré. Noter que le délai d'action du phénobarbital IV est de 5 minutes, et que le pic d'action dans le système nerveux central suit de 15 à 20 minutes le pic plasmatique (qui est de 30 minutes); au moindre doute, poursuivre l'induction du coma en augmentant la dose de phénobarbital; le cas échéant, rincer à nouveau le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %;
- › Injecter alors un bolus de rocuronium sans attendre, en 30 secondes;
- › Rincer systématiquement le dispositif d'injection avec 10 ml de NaCl 0,9 %.

ANNEXE V – ORDONNANCE MÉDICALE (SUITE)

Sélectionner <u>UN</u> inducteur de coma :				
Inducteur de coma	Quantité totale (à répartir en deux trousse)	Posologie	Notes	Paraphe du médecin
Propofol 10 mg/ml	2 x 4 x 500 mg (50 ml) en seringue	1000 mg (100 ml) en injection IV lente (2 à 5 minutes, soit 1 à 2,5 minutes par seringue) Utiliser 2 seringues de 500 mg (50 ml) En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose	En 1 ^{re} intention Agiter avant usage Ne pas réfrigérer Double dose dans chaque trousse, en cas de doute sur l'induction du coma	
Phénobarbital 120 mg/ml (25 x 1 ml)	2 x 2 x 3000 mg (25 ml) en seringue	3000 mg (25 ml) (compléter <i>ad</i> 50 ml avec NaCl 0,9 %) en injection IV lente en 2 à 5 minutes En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose	En 2 ^e intention Double dose dans chaque trousse, en cas de doute sur l'induction du coma	
INJECTION DU BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE				
Sélectionner <u>UN</u> bloqueur neuromusculaire :				
Bloqueur neuromusculaire	Quantité totale (à répartir en deux trousse)	Posologie	Notes	Paraphe du médecin
Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	2 x 30 mg (15 ml) en seringue	30 mg (15 ml) IV rapide	Au choix	
Bromure de rocuronium 10 mg/ml	2 x 200 mg (20 ml) en seringue	200 mg (20 ml) IV rapide	Au choix	

ANNEXE V – ORDONNANCE MÉDICALE (SUITE)

RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma, et après injection du bloqueur neuromusculaire				
Solution saline	Quantité totale (à répartir en deux trousse)	Posologie	Notes	Paraphe du médecin
NaCl 0,9 %	2 x 4 x 10 ml en seringue	1 x 10 ml IV pour vérifier la perméabilité du cathéter 2 x 10 ml IV après l'injection de l'inducteur de coma 1 x 10 ml IV après l'injection du bloqueur neuromusculaire		
INSTALLATION DE L'ACCÈS VEINEUX				
Au besoin, sélectionner le matériel nécessaire :				
Quantité totale (à répartir en deux trousse)	Matériel	Indication	Paraphe du médecin	
2 x 3	Tampons désinfectants	Désinfection cutanée		
2 x 2	Compresse de gaze 10 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	Seringues avec aiguilles 18 G de 1 pouce			

ANNEXE V – ORDONNANCE MÉDICALE (SUITE)

Les médicaments et le matériel⁶² doivent être fournis dans deux trousseaux identiques scellés. Le matériel doit être compatible avec celui qui est utilisé dans le milieu de soins du patient.

Chaque médicament doit être préparé en suivant la *Norme 2014.01 - Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie* et chaque seringue doit être étiquetée selon le *Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons*. Chaque seringue doit de plus être identifiée au nom du patient et à son numéro d'assurance maladie (RAMQ), elle doit aussi être prête à administrer et être numérotée selon l'ordre prévu d'administration.

Nom du médecin : _____

N° de permis d'exercice : _____

Lieu d'exercice : _____

Adresse de correspondance : _____

N° de téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____

NOTE AU MÉDECIN :

Si le patient y consent, joindre une copie du formulaire de demande d'aide médicale à mourir qu'il a signé.

Remplir le registre d'utilisation des médicaments d'aide médicale à mourir avec le pharmacien.

Rapporter tout médicament ou matériel inutilisé ainsi que les emballages et seringues vides à la pharmacie après l'administration des médicaments.

⁶² Voir la liste du matériel nécessaire à l'annexe VIII.

— Annexes

ANNEXE VI - PROTOCOLE DE PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS

Tableau 17

Protocole de préparation des médicaments

MÉDICAMENTS Concentration finale	MATÉRIEL NÉCESSAIRE	PROTOCOLE DE PRÉPARATION DE CHAQUE TROUSSE	QUANTITÉ POUR 2 TROUSSES	STABILITÉ PHYSICOCHIMIQUE TEMPÉRATURE AMBIANTE ⁶³	COMMENTAIRES
Midazolam 10 mg/10 ml En seringue de 10 ml IV	2 fioles de midazolam 1 mg/ml, 10 ml Seringues de polypropylène	Prélever 10 ml (10 mg) de midazolam 1 mg/ml	2 seringues de 10 ml (1 seringue par trousse)	4 semaines à l'abri de la lumière	
Lidocaïne 2 % injectable sans épinéphrine 40 mg/2 ml En seringue de 3 ml IV en 30 secondes	Lidocaïne 2 % injectable sans épinéphrine Différents formats disponibles Seringues de polypropylène	Prélever 2 ml (40 mg) de lidocaïne 2 % sans épinéphrine	2 seringues de 2 ml (1 seringue par trousse)	90 jours	
Sulfate de magnésium 1000 mg/10 ml En seringue de 10 ml IV en 5 minutes	1 fiole de magnésium 500 mg/ml, 10 ml, NaCl 0,9 %	Prélever 2 ml (1000 mg) de sulfate de magnésium 500 mg/ml et compléter <i>ad</i> 10 ml avec NaCl 0,9 %	2 seringues de 10 ml (1 seringue par trousse)	48 heures (donnée extrapolée)	En l'absence de données, une stabilité empirique de 48 heures à température ambiante est proposée ⁶⁴ .

⁶³ Exceptionnellement, étant donné le contexte particulier de l'AMM et la vocation des préparations, la date limite d'utilisation (stabilité microbiologique) n'est pas prise en considération.

⁶⁴ Tiré de données de stabilité du magnésium 1000 mg/2 ml en seringue mélangé avec un autre médicament (ex. : métoclopramide) à température ambiante.

ANNEXE VI - PROTOCOLE DE PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS (SUITE)

MÉDICAMENTS Concentration finale	MATÉRIEL NÉCESSAIRE	PROTOCOLE DE PRÉPARATION DE CHAQUE TROUSSE	QUANTITÉ POUR 2 TROUSSES	STABILITÉ PHYSICOCHIMIQUE TEMPÉRATURE AMBIANTE ⁶⁵	COMMENTAIRES
Propofol 1000 mg/100 ml En seringue de 60 ml IV en 2 à 5 minutes	4 fioles de propofol 10 mg/ml, 100 ml Seringues de polypropylène	Prélever 50 ml (500 mg) de propofol 10 mg/ml	8 seringues de 50 ml (4 seringues par trousse)	72 heures ⁶⁵	ATTENTION Émulsion huile dans eau : favorise la croissance microbienne rapide (quelques heures). La durée de stabilité peut être plus longue selon la formulation utilisée ⁶⁶ .
Phénobarbital 3000 mg/50 ml En seringue de 60 ml IV en 2 à 5 minutes	100 ampoules de phénobarbital 120 mg/ml, 1 ml NaCl 0,9 %	Prélever 25 ml (3000 mg) de phénobarbital 120 mg/ml et compléter <i>ad</i> 50 ml avec NaCl 0,9 %	4 seringues de 50 ml (2 seringues par trousse)	24 heures (donnée extrapolée)	Une stabilité empirique de 24 heures à température ambiante est proposée d'après des données de stabilité en seringue et en soluté dans des condi- tions parfois non précisées (références datant des années 1960).
Bésylate de cisatracurium 30 mg/15 ml En seringue de 20 ml IV rapide	3 fioles de bésylate de cisatracurium 2 mg/ml, 10 ml Seringues en plastique	Prélever 15 ml (30 mg) de bésylate de cisatracurium	2 seringues de 15 ml (1 seringue par trousse)	30 jours	Stabilité simi- laire à l'abri de la lumière ou exposé à la lumière fluorescente.

⁶⁵ Selon les données de l'étude de stabilité du propofol et du rocuronium en solutions injectables effectuée par la plateforme de biopharmacie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal en avril 2018.

⁶⁶ Notamment selon l'antioxydant présent (EDTA ou métabisulfite de sodium).

ANNEXE VI – PROTOCOLE DE PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS (SUITE)

MÉDICAMENTS Concentration finale	MATÉRIEL NÉCESSAIRE	PROTOCOLE DE PRÉPARATION DE CHAQUE TROUSSE	QUANTITÉ POUR 2 TROUSSES	STABILITÉ PHYSICOCHIMIQUE TEMPÉRATURE AMBIANTE ⁶⁷	COMMENTAIRES
Bromure de rocuronium 200 mg/20 ml En seringue de 20 ml IV rapide	8 fioles de bromure de rocuronium 10 mg/ml, 5 ml	Prélever 20 ml (200 mg) de bromure de rocuronium	2 seringues de 20 ml (1 seringue par trousse)	72 heures ⁶⁷	
NaCl 0,9 %	8 seringues de 10 ml de NaCl 0,9 % disponibles dans le commerce		8 seringues de 10 ml (4 seringues par trousse)	Date d'expiration du fabricant	Privilégier l'usage de seringues préremplies disponibles dans le commerce.

⁶⁷ Selon les données de l'étude de stabilité du propofol et du rocuronium en solutions injectables effectuée par la plateforme de biopharmacie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal en avril 2018.

— Annexes

ANNEXE VII – REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

La version dynamique du registre préimprimé est accessible dans la section sécurisée des sites Web du CMQ et de l'OPQ.

Le registre d'utilisation des médicaments d'AMM est conçu par le pharmacien à partir de l'ordonnance du médecin. Il est donc spécifique à chaque patient. Il accompagne les deux trousse. Il doit être systématiquement paraphé :

- › par chacun d'eux après avoir vérifié le contenu des trousse, au moment de leur remise par le pharmacien, et de leur récupération par le médecin;
- › par le médecin quand il administre l'aide médicale à mourir, ou juste après;
- › par le médecin et par le pharmacien au moment du retour des seringues employées et des médicaments non utilisés à la pharmacie;
- › et enfin par les professionnels (médecins ou pharmaciens, selon les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement) une fois détruits les produits restants ou non utilisés.

Le registre devra être versé dans le dossier pharmacologique⁶⁸ du patient à la fin de l'ensemble de la procédure.

Les mentions inscrites dans les cases du tableau 18 le sont à titre d'exemple.

⁶⁸ Le registre n'a pas à être versé dans le dossier médical de l'utilisateur.

Tableau 18
Registre d'utilisation des médicaments

Patient		Médecin				Pharmacien				
Nom : _____		Nom : _____				Nom : _____				
N° de RAMQ : _____		N° de permis d'exercice : _____				N° de permis d'exercice : _____				
N° de dossier : _____		Coordonnées : _____				Coordonnées : _____				
Date du décès : _____										
TROUSSE N° 1 – Médicaments										
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Médicament	Posologie	Remis au médecin		Injecté		Retourné à la pharmacie		Détruit
Date :				Date :				Date :		
		Nom	Teneur	Vol. total	Méd.*	Pharm.*	Vol.	Méd.*	Pharm.*	Vol.
		EXEMPLE								
	TROUSSE N° 1									
		Anxiolyse - Benzodiazépine								
111-221	32485	Midazolam	1 mg/ml	5 à 10 mg à titrer	10 ml		5 ml	5 ml		
		Anesthésique local (1/trousse)								
111-225	32485	Lidocaïne 2 % (sans épinéphrine)	20 mg/ml	40 mg	2 ml		2 ml	0		
		Sulfate de magnésium dilué	500 mg/ml	1000 mg	10 ml					
		Inducteur de coma (1/trousse)								
111-224	32485	Propofol	10 mg/ml	4 x 500 mg	4 x 50 ml		2 x 50 ml	2 x 50 ml		
		Phénobarbital dilué	120 mg/ml	2 x 3000 mg	2 x 50 ml					
		Bloqueur neuromusculaire (1/trousse)								
		Cisatracurium	2 mg/ml	30 mg	15 ml					
111-222	32485	Rocuronium	10 mg/ml	200 mg	20 ml		20 ml	0		
		Rincage de la seringue								
111-223	32485	NaCl	0,9 %	4 x 10 ml	4 x 10 ml		4 x 10 ml	0		

* Parapher.
Vol.: volume (ml)

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

ANNEXE VII – REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

TROUSSE N° 1 – Matériel												
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Matériel	Remis au médecin			Retourné à la pharmacie			Détruit**			
			Date :			Date :			Date :			
			Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	
	TROUSSE N° 1											
111-226	32485	Tampons pour désinfection cutanée	3									
111-227	32485	Cathéters courts 20 G	2									
111-228	32485	Cathéter court 22 G	1									
111-229	32485	Rallonge courte	1									
111-230	32485	Dispositifs d'accès veineux intermittent	2									
111-231	32485	Pansements occlusifs stériles transparents	2									
111-232	32485	Ruban adhésif	1									
111-233	32485	Compresse de gaze 10 x 10 cm	2									

* Parapher.

** Le matériel non utilisé peut être recyclé.

Qté : quantité

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

ANNEXE VII - REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Patient						Médecin				Pharmacien			
Nom : _____						Nom : _____				Nom : _____			
N° de RAMQ : _____						N° de permis d'exercice : _____				N° de permis d'exercice : _____			
N° de dossier : _____						Coordonnées : _____				Coordonnées : _____			
Date du décès : _____													
TROUSSE N° 2 - Médicaments													
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Médicament	Posologie	Remis au médecin	Injecté	Retourné à la pharmacie		Détruit					
Date :													
		Nom	Teneur		Date :	Vol. total	Méd.* Pharm.*	Date :	Vol.	Méd.* Pharm.*	Vol.	Méd.* Pharm.*	Pharm.*
		TROUSSE N° 2											
		<i>Anxiolyse - Benzodiazépine</i>											
111-221	32486	Midazolam	1 mg/ml	5 à 10 mg à titrer	10 ml				10 ml		10 ml		
		<i>Anesthésique local (1/trousse)</i>											
111-225	32486	Lidocaïne 2 % (sans épinéphrine)	20 mg/ml	40 mg	2 ml				2 ml		2 ml		
		Sulfate de magnésium dilué	500 mg/ml	1000 mg	10 ml								
		<i>Inducteur de coma (1/trousse)</i>											
111-224	32486	Propofol	10 mg/ml	4 x 500 mg	4 x 50 ml				4 x 50 ml		4 x 50 ml		
		Phénobarbital dilué	120 mg/ml	2 x 3000 mg	2 x 50 ml								
		<i>Bloqueur neuromusculaire (1/trousse)</i>											
		Cisatracurium	2 mg/ml	30 mg	15 ml								
111-222	32486	Rocuronium	10 mg/ml	200 mg	20 ml				20 ml		20 ml		
		<i>Rincage de la seringue</i>											
111-223	32486	NaCl	0,9 %	4 x 10 ml	4 x 10 ml				4 x 10 ml		4 x 10 ml		

Vol.: volume (ml)

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

ANNEXE VII – REGISTRE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

TROUSSE N° 2 – Matériel												
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Matériel	Remis au médecin			Retourné à la pharmacie			Détruit**			
			Date :			Date :			Date :			
			Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	
	TROUSSE N° 2											
111-226	32486	Tampons pour désinfection cutanée	3									
111-227	32486	Cathéters courts 20 G	2									
111-228	32486	Cathéter court 22 G	1									
111-229	32486	Rallonge courte	1									
111-230	32486	Dispositifs d'accès veineux intermittent	2									
111-231	32486	Pansements occlusifs stériles transparents	2									
111-232	32486	Ruban adhésif	1									
111-233	32486	Compresse de gaze 10 x 10 cm	2									

* Parapher.

** Le matériel non utilisé peut être recyclé.

Qté : quantité

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

— Annexes

ANNEXE VIII - LISTE DU MATÉRIEL NÉCESSAIRE

Tableau 19

Liste du matériel nécessaire

INSTALLATION DE L'ACCÈS VEINEUX AVANT L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR - MATÉRIEL NON FOURNI - <i>VEILLER À SA COMPATIBILITÉ AVEC CELUI QUI EST FOURNI DANS LES TROUSSES</i>		
Quantité	Matériel	Indication
3	Tampons pour désinfection cutanée	
2	Compresse de gaze 10 x 10 cm	
4	Cathéters courts 20 G (18 à 22 G selon le potentiel veineux du patient)	
1	Rallonge courte	
2	Dispositifs d'accès veineux intermittent	
1	Bouteille ou fiole de NaCl 0,9 %	Irrigation de la veine pour en vérifier la compétence et la perméabilité
1	Seringue	Irrigation de la veine en préinjection avec NaCl 0,9 %, pour en vérifier la compétence et la perméabilité
2	Pansements occlusifs stériles transparents	
1	Ruban adhésif	
ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR - MATÉRIEL FOURNI SYSTÉMATIQUEMENT DANS LES TROUSSES		
Quantité	Matériel	Indication
2 x 10 à 15	Aiguilles ou adaptateurs sans aiguille (ex. : Blunt, MicroClave)	Connexion de la seringue préparée au dispositif d'administration installé sur le patient
2 x 1	Rallonge courte	Si utilisation d'un dispositif d'accès veineux intermittent; favorise le confort; permet une plus grande amplitude de mouvement; facilite les injections par le médecin

ANNEXE VIII – LISTE DU MATÉRIEL NÉCESSAIRE (SUITE)

ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR – MATÉRIEL FOURNI SYSTÉMATIQUEMENT DANS LES TROUSSES		
2 x 1	Seringue 10 ml	Pour benzodiazépine : midazolam
2 x 1	Seringue 3 ml	Pour 2 ml de lidocaïne 2 % parentérale sans épinéphrine IV
ou	ou	ou
2 x 1	Seringue 10 ml	Pour 2 ml de sulfate de magnésium 500 mg/ml (1000 mg) dilué <i>ad</i> 10 ml avec NaCl 0,9 % IV
2 x 4	Seringues 60 ml	Pour 100 ml de propofol 10 mg/ml (1000 mg) IV
ou	ou	ou
2 x 2	Seringues 60 ml	Pour 25 ml de phénobarbital 120 mg/ml (3000 mg) dilué <i>ad</i> 50 ml avec NaCl 0,9 % IV
2 x 1	Seringue 20 ml	Pour 15 ml de bésylate de cisatracurium (30 mg) IV
		ou
		20 ml de bromure de rocuronium (200 mg) IV
2 x 4	Seringues 10 ml	Pour 4 x 10 ml de NaCl 0,9 % IV

— Annexes

ANNEXE IX – VOIES D'ADMINISTRATION À PROSCRIRE

Tableau 20

Voies d'administration à proscrire

MÉDICAMENTS	VOIES D'ADMINISTRATION CONTRE-INDIQUÉES				
	Orale	Intrarectale	Intramusculaire	Sous-cutanée	Intraosseuse
Barbiturique : phénobarbital	Efficacité aléatoire Risque d'action lente et de durée imprévisible Effets secondaires pénibles (vomissements, etc.)	Efficacité aléatoire Inconfortable (irritation rectale, diarrhée) Inacceptable dans le contexte	Efficacité aléatoire Douloureuse	Efficacité aléatoire Douloureuse	Utilisation bien documentée en urgence et aux soins intensifs Manque de données dans le contexte de l'AMM ⁶⁹
Anesthésique : propofol	s. o.	Efficacité aléatoire Inconfortable Inacceptable	Manque de données	Manque de données	
Bloqueur neuromusculaire	Inefficace	Inefficace	Contre-indiquée	Contre-indiquée	

Source : Selon Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) et Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), 2012.

Seule la voie intraveineuse est acceptable pour administrer une AMM.
En cas d'impossibilité totale d'installer un accès veineux périphérique,
faire poser une voie centrale.

⁶⁹ Voir l'annexe XI pour plus d'information.

— Annexes

ANNEXE X – MÉDICAMENTS ET SUBSTANCES À PROSCRIRE

Tableau 21

Médicaments et substances à proscrire

SUBSTANCES	RAISONS DES CONTRE-INDICATIONS
Benzodiazépines	L'induction d'un coma par l'administration IV d'une benzodiazépine est trop aléatoire, même à fortes doses. Le midazolam peut cependant être utilisé en prémédication, à visée anxiolytique.
Opioïdes	Si le patient a préalablement reçu des opioïdes, leur administration, même à fortes doses, peut ne pas provoquer la mort. Chez un patient n'en ayant pas reçu préalablement, une dose élevée d'opioïdes peut entraîner une dépression respiratoire, et causer le décès. Leur effet est donc imprévisible et leur utilisation est déconseillée pour une AMM.
Insuline	L'induction d'un coma hypoglycémique par administration IV d'insuline est très aléatoire et de longue durée. Le coma est agité et il s'accompagne de crampes musculaires. L'insuline est à proscrire.
Chlorure de potassium	Un arrêt cardiaque peut être provoqué par de fortes doses de chlorure de potassium (KCl) IV, mais l'injection est très douloureuse, et le KCl provoque des contractions musculaires, même après l'administration d'un bloqueur neuromusculaire. L'administration de KCl est à proscrire.

Source : Selon Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) et Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), 2012.

— Annexes

ANNEXE XI - PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX AU COURS DE L'INDUCTION DU COMA

Si, malgré l'ensemble des précautions prises pour prévenir une perte de l'accès veineux, celui-ci est perdu au cours de l'induction du coma, il est recommandé de conserver son calme. Il est généralement possible de trouver un autre emplacement pour en installer un nouveau.

Si l'inducteur de coma a commencé à faire effet, le patient sera inconscient. Il sera possible, selon le cas, de prolonger son état d'inconscience voire d'induire une sédation en injectant une autre dose de benzodiazépine en sous-cutané (midazolam, 10 mg SC), le temps de poser une nouvelle voie intraveineuse, et de reprendre la procédure d'administration des médicaments.

Une fois l'accès veineux restauré, il est toujours nécessaire d'induire un coma profond, éventuellement par une nouvelle administration de l'inducteur de coma, et de vérifier consciencieusement que le coma est installé avant d'injecter le bloqueur neuromusculaire.

Si, malgré tout, une autre voie veineuse est difficile à installer, la mise en place d'une voie veineuse fémorale ne représente pas une option à domicile. Elle est suggérée en prévention, pour éviter un déplacement à l'hôpital, mais pas en urgence.

La voie intraosseuse n'est pas privilégiée par les auteurs du guide d'exercice et des lignes directrices pharmacologiques sur l'AMM. En effet, aucune étude de cas ou autre publication décrivant une administration intraosseuse séquentielle d'agents pharmacologiques dans un contexte d'AMM n'a pu être recensée jusqu'à présent. Par ailleurs, la maîtrise de cette technique n'est pas innée et une formation spécifique, initiale et continue, serait nécessaire à un médecin désireux de l'utiliser malgré tout, en dernier recours, à l'hôpital, en l'absence de contre-indication⁷⁰. Ce dernier devra se montrer prêt à assumer l'incertitude concernant l'effet des médicaments ainsi administrés et à composer avec une réponse éventuellement différente de celle obtenue par voie intraveineuse.

Un transfert du domicile à l'hôpital peut parfois s'avérer pertinent pour installer une voie veineuse centrale ou même une voie intraosseuse.

70 Principales contre-indications à la voie intraosseuse dans le contexte d'une AMM : fracture du membre perfusé, prothèse ou matériel d'ostéosynthèse présent sur l'os d'abord intraosseux, maladie osseuse congénitale (contre-indication relative), obésité morbide (possibilité d'utiliser une aiguille adaptée).

Dans certains cas particuliers, une sédation palliative continue peut représenter une option⁷¹. Son instauration peut être complexe à domicile, si l'équipe soignante n'est pas familière avec la procédure.

Ultimement, le report de l'aide médicale à mourir à un autre moment, voire à un autre jour, devra être envisagé.

Mieux ces différentes options auront été discutées avec le patient, et possiblement avec ses proches, avant le jour de l'administration de l'AMM, plus la prise de décision d'y recourir au besoin sera facilitée et l'option choisie, sereinement acceptée.

Comme pour tout soin qu'il prodigue, il est du devoir du médecin d'acquérir les habiletés requises avant d'agir.

⁷¹ Voir le guide d'exercice *La sédation palliative en fin de vie*, publié par le CMQ et la SQMSP en 2016.

— Références

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (2017).

Handbook on Injectable Drugs, 19^e éd., 1900 p.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

(2014). *Politique de l'AMC : L'euthanasie et l'aide au suicide*, mise à jour, Canada.

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ - LUXEMBOURG (ADMD-L) (2012).

Euthanasie ou suicide assisté. Publication destinée aux médecins, août.

CANADA (2016). *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C., c. 3.

CARTER C. CANADA (PROCUREUR GÉNÉRAL), [2015] 1 R.C.S. 331.

CHAMBAERE, K., ET COLLAB. (2011). « Trends in medical end-of-life decision making in Flanders, Belgium 1998-2001-2007 », *Medical Decision Making*, vol. 31, n° 3, mai-juin, p. 500-510.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

(2017). *Déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir : Pourquoi, comment et après?*, mars, 8 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

(2015). *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie : Guide d'exercice*, CMQ, Montréal, mai, 60 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

(2009). *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie : Document de réflexion*, CMQ, Montréal, 16 octobre, 9 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

(2008). *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie : Rapport du groupe de travail en éthique clinique*, CMQ, Montréal, 17 octobre, 50 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ET SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DES MÉDECINS DE SOINS PALLIATIFS

(2016). *La sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice*, CMQ, Montréal, mai, 61 p.

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE

(2008-2018). *Rapports aux Chambres législatives (Années 2006-2007 à 2016-2017)*, Belgique.

COMMISSION NATIONALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 16 MARS 2009 SUR L'EUTHANASIE ET L'ASSISTANCE AU SUICIDE

(2013-2019). *Rapports à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2011-2012 à 2017-2018)*, Grand-Duché du Luxembourg.

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

(2019). *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*, Gouvernement du Québec, Québec, 107 p.

— Références

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE (2010-2018). *Rapports annuels*, Pays-Bas.

CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES (2018). *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir et L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*.

GASTMANS, C., F. VAN NESTE ET P. SCHOTSMANS (2004). « Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline », *Journal of Medical Ethics*, vol. 30, n° 2, avril, p. 212-217.

GROENEWOUD, J. H., ET COLLAB. (2000). « Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in The Netherlands », *New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 8, février, p. 551-556.

GUPTA, M. ET COLLAB. (2017). *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*, 24 p.

HESSELINK, B. A., ET COLLAB. (2012). « Do guidelines on euthanasia and physician-assisted suicide in Dutch hospitals and nursing homes reflect the law? A content analysis », *Journal of Medical Ethics*, vol. 38, n° 1, janvier, p. 35-42.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011). *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Atlantique*, ICIS, Ottawa, 90 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs - Partie 1 : Population adulte (20 ans et plus)*, Québec, 184 p.

JALOTA, L., ET COLLAB. (2011). « Prevention of pain on injection of propofol: systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, n° 342, 15 mars, 18 p.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST (KNMG), ET KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER PHARMACIE (KNMP) RICHTLIJN (2012). *Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, août.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST (KNMG) (2011). *The role of the physician in the voluntary termination of life*, Amsterdam, juin, 62 p.

LUNNEY, J. R., ET COLLAB. (2003). « Patterns of Functional Decline at the End of Life ». *Journal of American Medical Association*, vol. 289, p. 2387-2392.

MURRAY S. A., ET COLLAB. (2005). « Illness trajectories and palliative care », *British Medical Journal*, vol. 330, p. 1007-1011.

— Références

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE (2011). *Rapport 2011 : « Fin de vie : un premier état des lieux »*, France, ONFV, 268 p.

ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D., ET COLLAB. (2012). « Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey », *Lancet*, 8 septembre, vol. 380, n° 9845, p. 908-915.

ORDRE DES MÉDECINS (2003). *Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie*, Belgique, 22 mars.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2014). *Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie - Norme 2014.01*, Québec, 104 p.

OREGON HEALTH AUTHORITY: PUBLIC HEALTH DIVISION (2000-2019), *Death with Dignity Act Annual Reports* (1998-2018), Oregon.

PLATEFORME DE BIOPHARMACIE DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2018). *Étude de stabilité du propofol et du rocuronium en solutions injectables*, Québec, 8 p. [Enquête demandée par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est]

QUÉBEC. *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8, r 9, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Code de déontologie des pharmaciens*, RLRQ, c. P-10, r. 7, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2018). *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. M-9, r. 23.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2012). *Rapport de la Commission spéciale : Mourir dans la dignité*, Assemblée nationale du Québec, mars, 180 p.

RIETJENS, J. A. C., ET COLLAB. (2009). « Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? », *Journal of Bioethical Inquiry*, septembre, vol. 6, n° 3, p. 271-283.

SANTÉ CANADA (2019). *Rapports intérimaires sur l'aide médicale à mourir au Canada (du 17 juin 2016 au 31 octobre 2018)*, Gouvernement du Canada, avril.

— Références

SMETS, T., ET COLLAB. (2010).

« Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases », *British Medical Journal*, 5 octobre, vol. 341, 8 p.

SPRIJ, B. (2010). « Mag het ietsje minder zijn? Laat dosis thiopental bij euthanasia afhangen van lichaamsgewicht [Could it be a little less? Let the dose of thiopental in euthanasia depend on the body weight] », *Ned Tijdschr Geneeskd*, vol. 154, A1983, 3 p.

THE TASK FORCE TO IMPROVE THE CARE OF TERMINALLY-ILL OREGONIANS (2008). *The Oregon Death with Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals*, mars, 127 p.

WASHINGTON DEPARTMENT OF HEALTH (2009-2018). *Death with Dignity Data: Annual Reports*, Washington.

YOUNGNER, S. J. ET G. KIMSMA (2012). *Physician-Assisted Death in Perspective — Assessing the Dutch Experience*, Cambridge University Press, USA, juillet, 400 p.