

Aide médicale à mourir: État actuel et futur

- 25 septembre 2020
- Dre Lise Tremblay

Objectifs

À la fin de la présentation, le participant pourra :

- 1) Maîtriser les critères actuels de l'aide médicale à mourir au Québec
- 2) Être capable de recevoir une demande d'aide médicale à mourir
- 3) Connaître les changements de l'aide médicale à mourir suite aux modifications légales

Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

Je n'ai actuellement, ou je n'ai eu au cours des deux dernières années, aucune affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou je ne reçois aucune rémunération ou des redevances ou des octrois de recherche d'une société commerciale.



Plan

- Définitions des éléments de la loi 2
- Perspective mondiale et régionale
- Loi canadienne
- Loi 2
 - Historique
 - Aide médicale à mourir
- Cas cliniques
- Conclusion



Définitions

Définitions

L'euthanasie désigne l'action par laquelle un médecin agissant au nom du malade et conformément à ses instructions met fin délibérément à la vie du malade.

Le suicide assisté désigne l'acte de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide.

Article 3:

Définitions «soins de fin de vie»

- les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie
- et l'aide médicale à mourir;

Article 3:

Définitions «aide médicale à mourir»

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

Article 3:

Définitions «sédation palliative continue»

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



Perspective mondiale et régionale

Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States

Systematic Literature Review

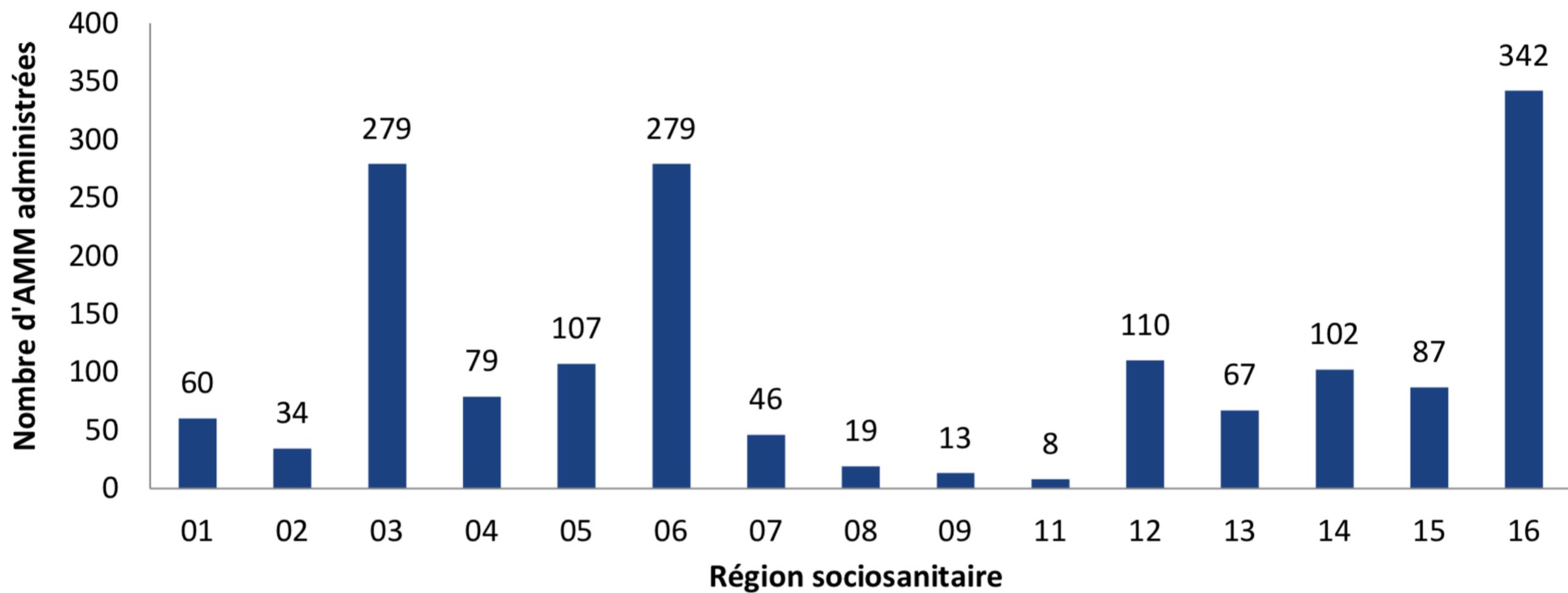
Nicole Steck, MSc, Matthias Egger, MD, MSc, FFPHM,* † Maud Maessen, PhD,*
Thomas Reisch, MD, ‡ and Marcel Zwahlen, PhD**

Portrait-Type:
Homme
60-85 ans
Éduqué
Cancer

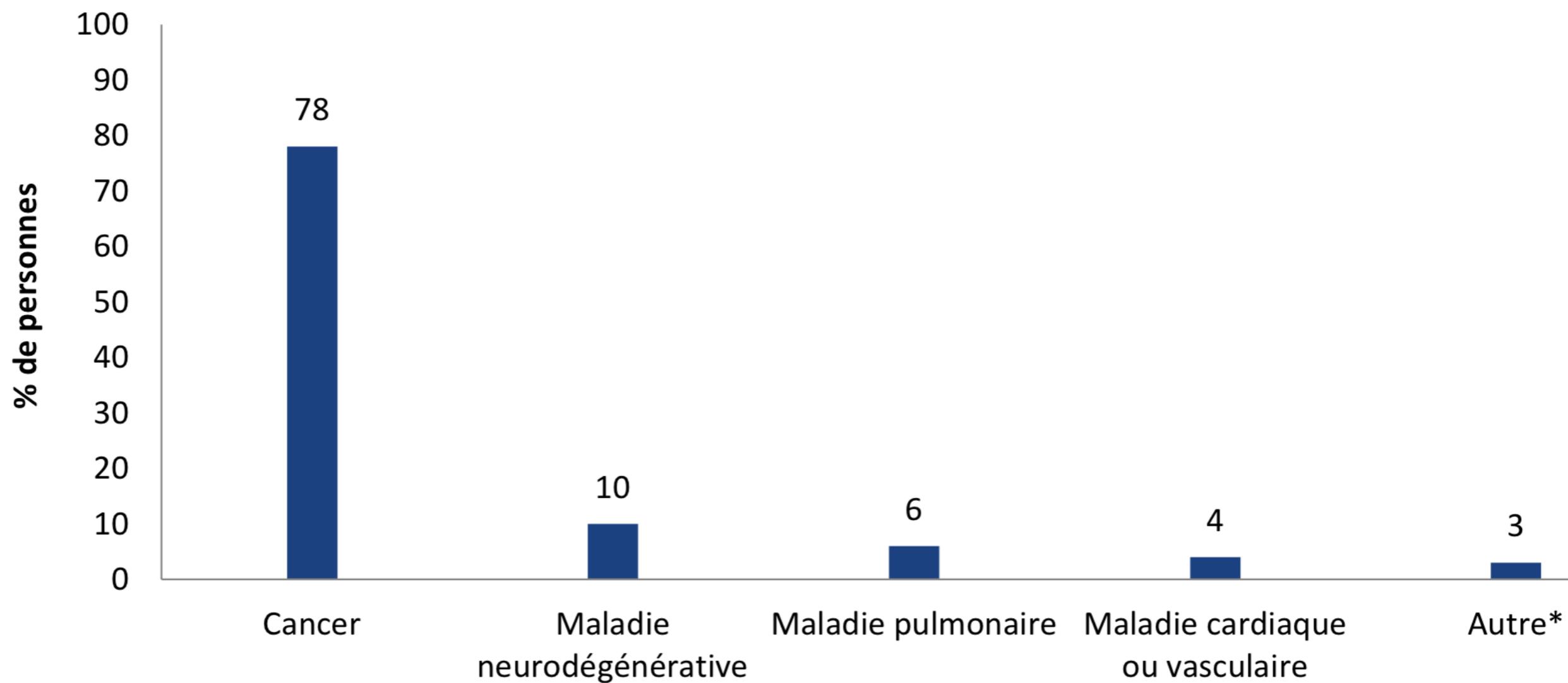
Nombre de cas (2011)	4133 (4.6 %)	3695 (7.7 %)	
Lieu de l'euthanasie	Maison 42 %	Maison 81%	
Cancer	72 %	87 %	
Maladie neurologique	7 %	5.5 %	
Maladie cardio-vasculaire	5 %	3.1 %	
Maladie pulmonaire	1.9 %	2.8 %	
Homme / Femme	50/50	54-46	

Diminution de la durée de vie d'environ 1 mois

Nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire



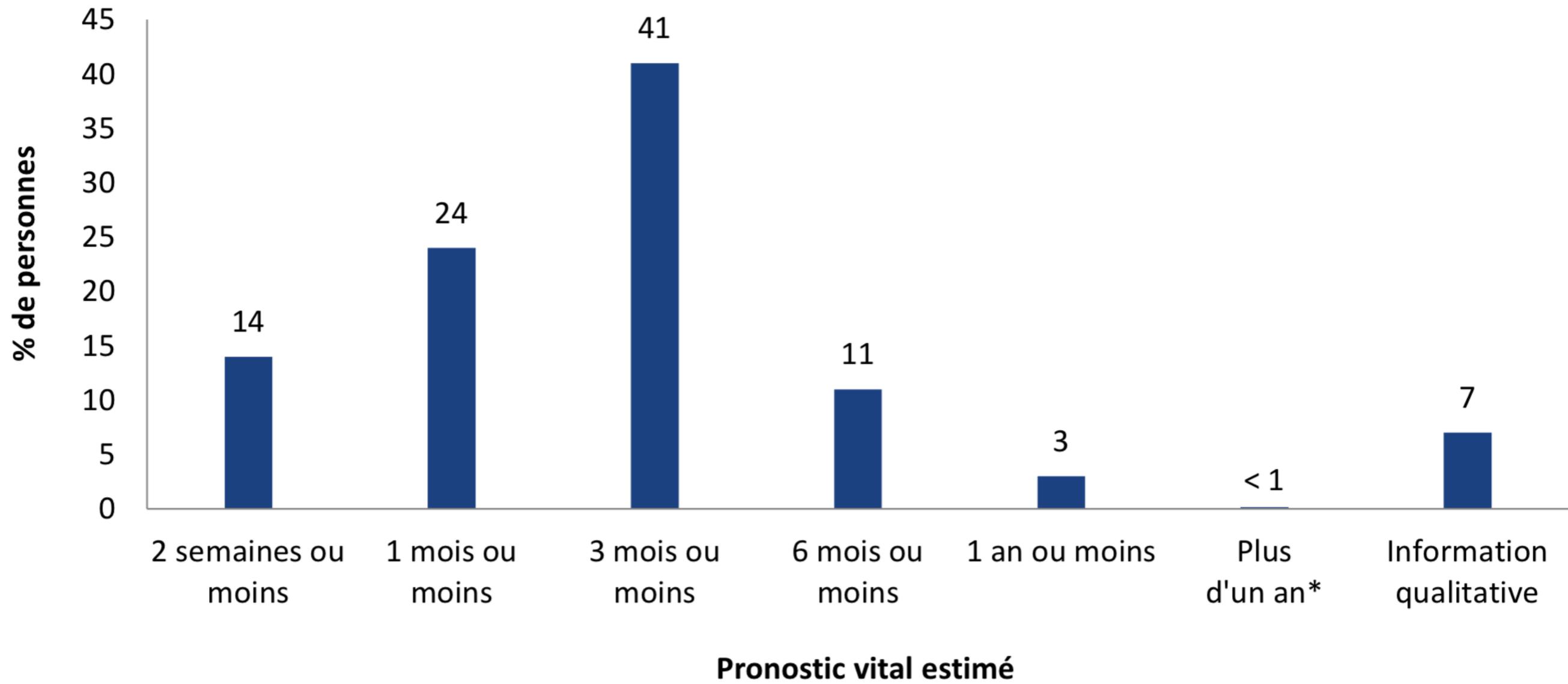
Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le diagnostic principal



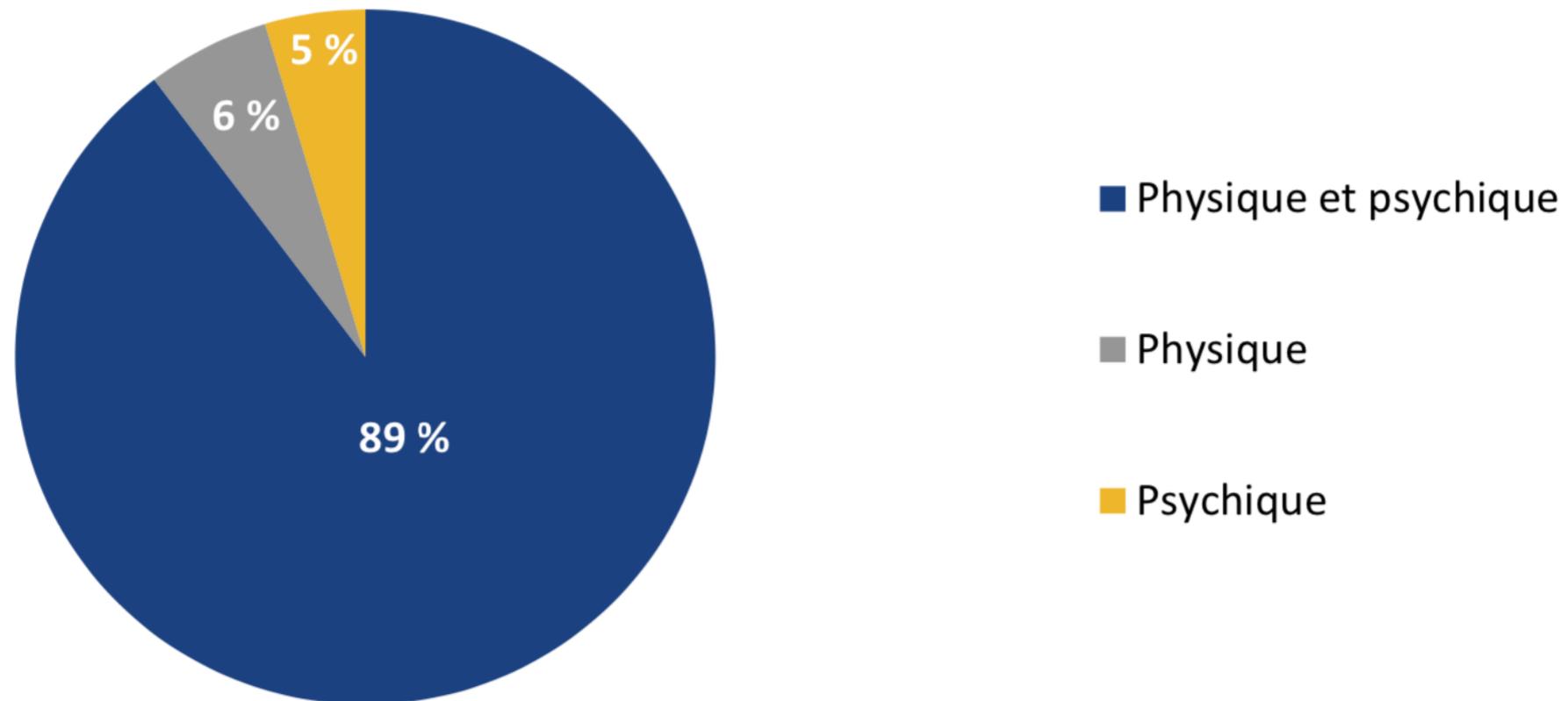
NOMBRE DÉCLARÉ DE DEMANDES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR FORMULÉES, D'AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES ET NON ADMINISTRÉES ENTRE LE 10 DÉCEMBRE 2015 ET LE 31 MARS 2018*

Aides médicales à mourir	Établissements	CMQ	Total
Demandes formulées	2 482	–	2 482
Administrées	1 603	61	1 664
Non administrées	887	–	887

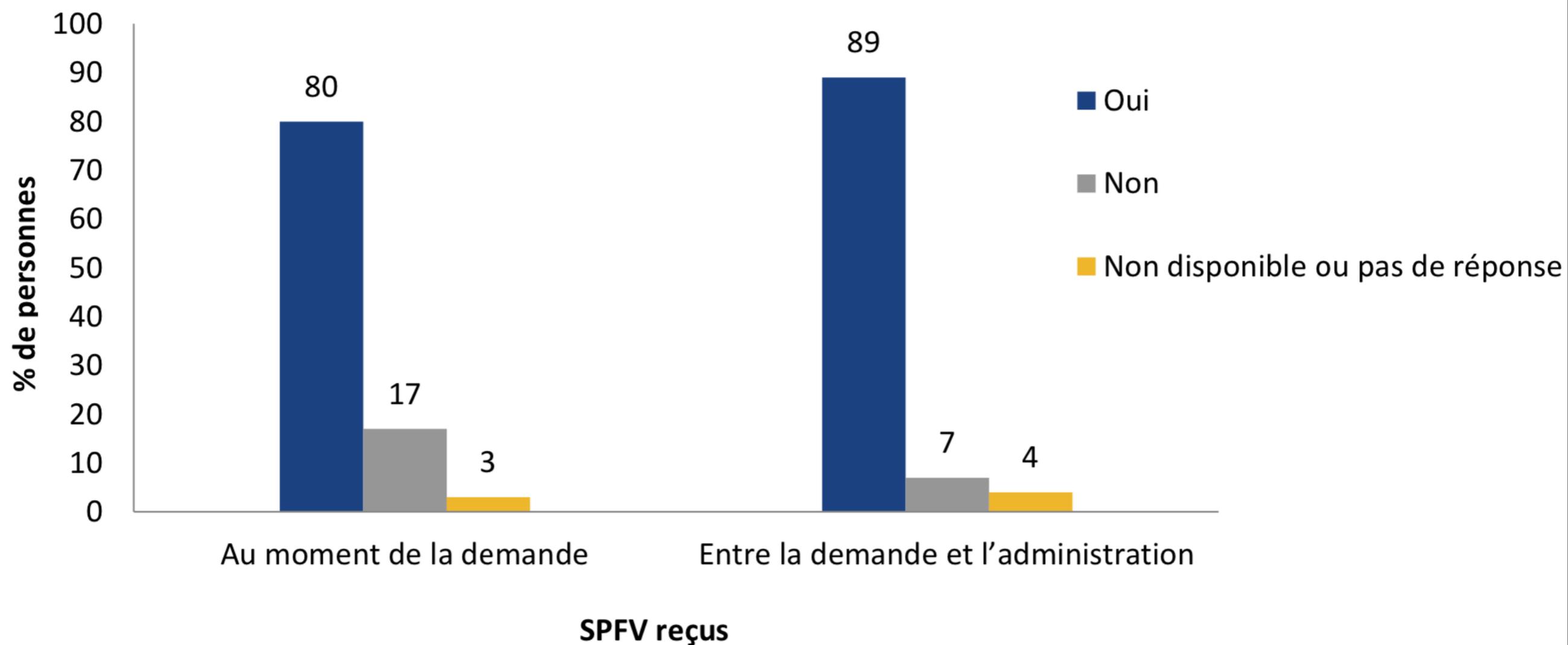
Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le pronostic



Type de souffrances indiqué dans les formulaires de déclaration pour les personnes qui ont reçu l'AMM



Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM et qui bénéficiaient de SPFV





Loi 2



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI CONCERNANT LES SOINS
DE FIN DE VIE

2014, chapitre 2

Sanctionnée le 10 juin 2014

Entrée en vigueur décembre 2015

Historique de la Loi 2

- Commission sur la question de mourir dans la dignité
- Projet de Loi 52
- Adoption de la Loi 2 (juin 2014)
- Mise en vigueur de la Loi 2 (décembre 2015)
- Contestation légale
- Modification de l'application suite à l'adoption de la Loi C-14
- Jugement Truchon c. Procureur général du Canada septembre 2019
 - Invalidation du critère de fin de vie depuis mars 2020.

Les 2 grands volets de la Loi

- Les droits, l'organisation et l'encadrement relatifs aux soins de fin de vie, lesquels comprennent :
 - soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie
 - aide médicale à mourir.
- La mise en place du régime des directives médicales anticipées.



Aide médicale à mourir

Article 26:

Aide médicale à mourir

- 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.

Article 26:

Aide médicale à mourir

- La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre.
- Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.
- Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci. La présence de deux témoins indépendants et majeurs.

Article 26:

Aide médicale à mourir, le médecin

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;
- 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;

Article 26:

Aide médicale à mourir, le médecin

- ← 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.

Article 30:

Aide médicale à mourir, le 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.

Article 50:

Aide médicale à mourir, le médecin

- Un médecin peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif.
- Un tel médecin ou un tel professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne.

Article 42:

commission sur les soins de fin de vie

La Commission a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie. À cette fin, elle doit notamment:

- 1° donner des avis au ministre sur toute question qu'il lui soumet;
- 2° évaluer l'application de la loi à l'égard des soins de fin de vie;
- 3° saisir le ministre de toute question relative à ces soins qui mérite l'attention ou une action du gouvernement et lui soumettre ses recommandations;
- 4° soumettre au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec;
- 5° effectuer tout autre mandat que le ministre lui confie.



Loi canadienne

Loi canadienne

- Février 2015 : arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Carter c. Canada;
- Loi canadienne (Bill C-14) en vigueur depuis juin 2016;
- Les provinces/territoires peuvent créer leurs propres lois ou règlements supplémentaires tant qu'ils sont conformes à ce qui est contenu dans le droit criminel;
- Jugement Truchon c. Procureur général du Canada septembre 2019- Projet de loi C-7

Loi C-14:

Définitions «aide médicale à mourir»

- un médecin ou un infirmier praticien:
 - ← administrer une substance qui cause la mort;
 - ← prescrire ou fournir une substance à une personne afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Loi C-14:

Aide médicale à mourir

- Adulte apte à consentir aux soins;
- Problèmes de santé graves et irrémédiables:
 - ← maladie, affection ou handicap grave et incurable
 - ← déclin avancé et irréversible
 - ← souffrances physiques ou psychologiques persistantes et intolérables
 - ← mort naturelle raisonnablement prévisible

Différences entre la loi québécoise et la loi canadienne

- Définitions différentes de l'AMM
- Fin de vie obligatoire au Québec vs mort naturelle raisonnablement prévisible au Canada
- Patient avec handicap grave et incurable admissible au Canada
- Délai de 10 jours entre la demande écrite et l'administration de l'AMM
- AMM peut être administrée par un médecin et un infirmier praticien (dans les provinces où c'est permis)
- 2^e avis peut être donné par un médecin ou un infirmier praticien

Projet de Loi C-7:

- La juge Baudoin a invalidé et a déclaré inconstitutionnel le critère fédéral sur la mort raisonnablement prévisible.
- Prolongation en cours pour l'étude du projet de loi jusqu'au 18 décembre 2020 et modification du Code criminel.

Loi adoptée 2016

Critères d'admissibilité:

- *Avoir un problème de santé grave et irrémédiable
- *La mort naturelle doit être raisonnablement prévisible

Mesures de sauvegarde pour toute personne admissible

Consentement final à fournir avant l'administration de l'AMM

Modification législatives proposées présentées le 24 février 2020

Critères d'admissibilité:

- *Avoir un problème de santé grave et irrémédiable
- *Le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible est abrogé
- *L'admissibilité des personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale est exclue

Pour les personnes admissibles dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible:

- *1 seul témoin indépendant
- *Abolition du délai de 10 jours
- * Possibilité de renonciation au consentement final

Pour les personnes admissibles dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible:

- *1 seul témoin indépendant
- *Confirmation du respect des critères par deux médecins dont un possédant une expertise concernant la condition dont souffre la personne
- *Période d'évaluation minimale de 90 jours (sauf en cas de perte imminente de l'aptitude ou si les évaluations sont terminées et clarification du consentement éclairée
- * Consentement final avant l'administration de l'AMM

Aide médicale à mourir



Le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir

Cas clinique

- Homme 54 ans, avocat
- Adénocarcinome du poumon métastatique
- Arrêt de la chimiothérapie car progression de la maladie (métastases hépatiques, pulmonaires, carcinomatose abdominale)
- Occlusion intestinale (TNG quelques jours, Sandostatine)
- Délirium résolu
- Souffrance morale (se voit décliner) et douleur mal contrôlée
- Veut l'AMM (et rapidement car a peur de devenir inapte)
- Divorcé, 3 filles
- Une conjointe de fait depuis 5 ans qui vit difficilement avec l'idée de l'AMM...
- Comment abordez-vous la situation?



Que demanderiez-vous au patient ?

Cas clinique

- Depuis quand pense-t-il à l'AMM? Pourquoi?
- Que sait-il à propos de sa maladie et de son pronostic?
- Connaît-il les alternatives thérapeutiques ?
- Que sait-il à propos de l'AMM?
- Quand envisage-t-il l'AMM?
- En a-t-il discuté avec ses proches?

Comment évaluer la souffrance?

- Être à l'écoute
- Explorer plutôt qu'évaluer
- Évaluer l'état mental
- Explorer les motivations pour demander l'AMM
- Réviser ce qui a été fait pour soulager la souffrance
- Faire appel à d'autres professionnels au besoin

Référence: Exploration de la souffrance psychique, site du CMQ

Évaluation de la demande d'aide médicale à mourir² (AMM)

<p>Aptitude à consentir aux soins d'une personne majeure</p>	<p>Évaluation clinique de l'inaptitude à consentir aux soins.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Inaptitude avérée à consentir aux soins : L'AMM n'est pas une option. Réévaluer les soins.</p> <p>Aptitude à consentir aux soins : L'AMM demeure une option. Réévaluer les soins.</p>
<p>Indications cliniques de l'AMM</p>	<p>Évaluation des indications cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des souffrances : souffrances constantes et insupportables? • Évaluation du pronostic vital : patient en fin de vie? • Élaboration du diagnostic : maladie grave, incurable et déclin avancé et irréversible des capacités? 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Non, à l'une au moins des indications cliniques : L'AMM n'est pas une option. Réévaluer les soins.</p> <p>Oui à l'ensemble des indications : L'AMM demeure une option. Réévaluer les soins.</p>
<p>Convictions personnelles du médecin</p>	<p>Objection de conscience du médecin?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Oui : aviser le plus tôt possible les instances responsables afin qu'elles trouvent un autre médecin. Ne pas abandonner le patient. Continuer à lui prodiguer les meilleurs soins.</p> <p>Non : Poursuivre la procédure, tout en continuant à prodiguer les soins appropriés.</p>

Est-il apte à consentir à l'AMM?

- La majorité des patients déprimés sont aptes;
- La dépression avec éléments psychotiques et la dépression sévère peuvent entraîner l'inaptitude à consentir;
- Les symptômes dépressifs peuvent « teinter » la perception du patient par rapport à sa situation.

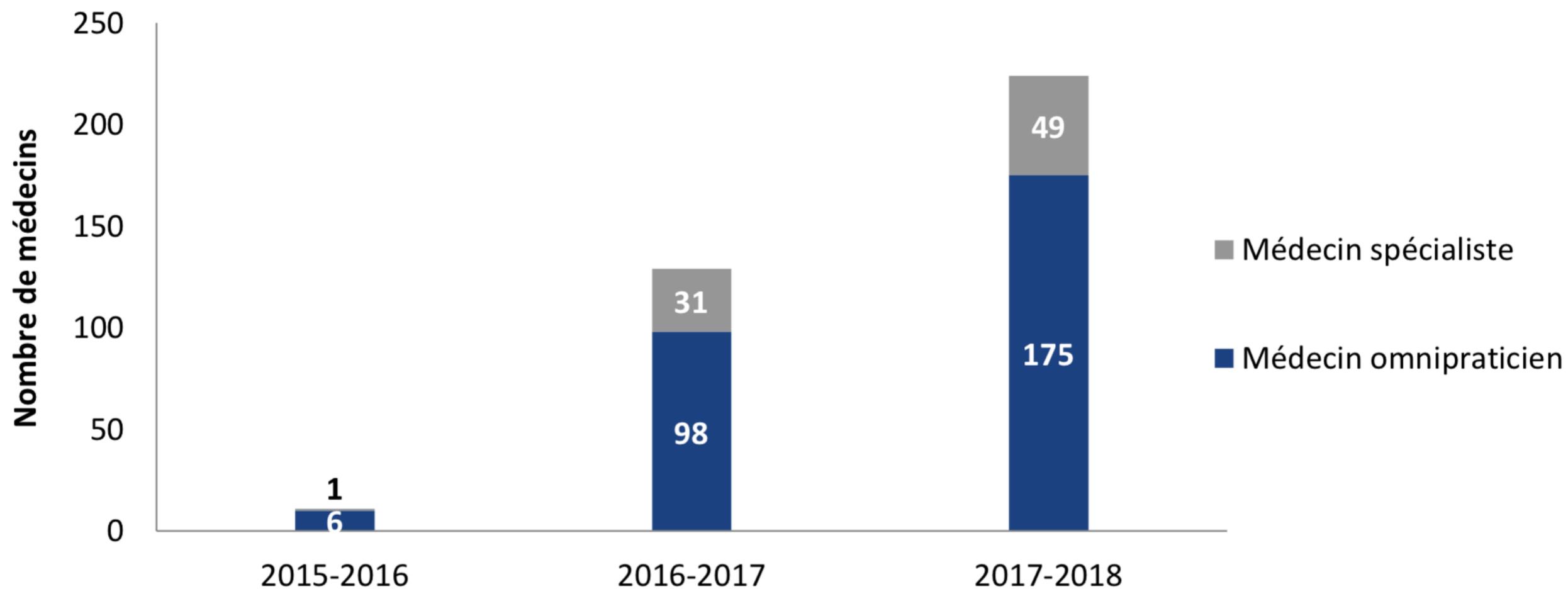
Évaluation de l'aptitude

1. Compréhension de l'information selon les 5 critères de la Nouvelle-Écosse
2. Appréciation de l'information sur un plan personnel
3. Raisonnement sur l'information
4. Expression de son choix

Je suis d'accord avec l'AMM mais...

- Mal à l'aise avec l'idée de donner la mort
- Objection morale
- Lourdeur du processus
- Manque de compétence
- Risques médico-légaux
- Répondre aux demandes la Commission des soins de fin de vie

Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes identifiés par la RAMQ comme ayant administré l'AMM selon la période



Ratio d'AMM administrées par médecin

Période	Omnipraticien (n)			Spécialiste (n)			Total (n)		
	Médecins	AMM	Ratio	Médecins	AMM	Ratio	Médecins	AMM	Ratio
2015-2016	6	6	1	1	1	1	7	7	1
2016-2017	98	219	2,2	31	62	2	129	281	2,2
2017-2018	175	483	2,8	49	139	2,8	224	622	2,8



NOM		
PRÉNOM		
PROFESSEUR	PHARMACIEN	INFORMATICIEN
INTELLIGENT	ÉVALUÉ	INTELLIGENT
PROFESSEUR	PHARMACIEN	INFORMATICIEN
INTELLIGENT	ÉVALUÉ	INTELLIGENT

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Tiers autorisé¹, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (adresse) :

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :

Signature : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire ² :		Date
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

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

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

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

Cas clinique

- Un premier médecin vient donner un premier avis le lendemain et conclut que le patient est admissible.
- Il demande à son collègue, chef du service de chirurgie de bien vouloir donner un 2^e avis. Est-ce approprié?
- Le patient est à risque de redevenir en délirium. Quel est le délai approprié entre la demande d'AMM et son administration dans ce cas?

Quand et comment fixer la date pour l'AMM?

- Le choix du patient
- Délai de 10 jours et ses exceptions (décès imminent OU perte de l'aptitude selon 2 médecins)
- Selon le lieu de l'AMM (particularités à domicile, en établissement et en maison de soins palliatifs)
- Disponibilités du médecin et des autres professionnels impliqués

Obtention des médicaments et relation médecin-pharmacien⁴

Démarche systématique de collaboration médecin-pharmacien

Discussion médecin-pharmacien en personne.
Au besoin, s'identifier à l'aide d'une pièce d'identité avec photo.

Discuter des points suivants :

- antécédents médicaux et pharmacologiques du patient;
- protocole choisi selon le profil pharmacologique du patient;
- moment prévu pour l'AMM;
- délai pour la préparation des trousse de médicaments;
- façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments (RUM) ;
- procédure de retour à la pharmacie et de destruction des médicaments.

Médecin :
Rédaction de l'ordonnance

Utiliser l'ordonnance préimprimée (recommandé)

Remise des documents requis au pharmacien

- Ordonnance
- Copie du formulaire de demande d'AMM signé par le patient, s'il y a consenti.

Récupération des trousse de médicaments fournies par le pharmacien

En mains propres

Pharmacien :
Préparation de deux trousse identiques avec le matériel d'injection et les médicaments.

Les seringues sont :

- étiquetées;
- prêtes à l'emploi;
- et numérotées selon l'ordre d'administration des médicaments.

Les trousse sont scellées et accompagnées du RUM.

Remise des trousse au médecin

En mains propres

Vérification de leur contenu par le médecin et le pharmacien

1^{er} paragraphe du médecin et du pharmacien dans le RUM

Consignation au dossier pharmacologique

- ordonnance du médecin;

Administration de l'AMM et travail d'équipe

Dans les 24 heures précédant l'AMM :
Évaluation du potentiel veineux

UNE VOIE VEINEUSE PRÉCAIRE EST UNE CONTRE-INDICATION ABSOLUE À L'ADMINISTRATION

Identification à l'avance d'un deuxième site potentiel, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et prévision le cas échéant du matériel et des médicaments de même que de l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence.

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

Dans les 4 heures précédant l'AMM :
Installation de l'accès veineux

Assurance que le cathéter est bien inséré et perméable.

Calibre du cathéter : 20 G (18 à 22 G, en adaptant le débit d'injection)

Convictions personnelles de l'infirmière

Objection de conscience de l'infirmière?

Avis sans tarder aux instances responsables, telle que la directrice des soins infirmiers de l'établissement. Elles feront le nécessaire pour trouver une infirmière en mesure d'apporter les soins et le soutien appropriés au patient et à ses proches.

Explication à donner au patient et aux personnes présentes (proches et soignants)

AMM : anxiolyse, induction d'un coma artificiel et arrêt cardiorespiratoire.

- Modalités du geste (effet immédiat, délai, etc.);
- Risques inhérents à l'AMM;
- Principale complication appréhendée (perte de l'accès veineux);
- Procédure qui suivra l'AMM.

Le médecin doit s'assurer du maintien de la volonté du patient d'être aidé à mourir à chaque étape du processus et jusqu'au moment de procéder à l'AMM.

Respecter l'heure convenue. Choisir un lieu paisible et approprié.

Informers les personnes présentes et agir avec compassion et dans le respect de la dignité de chacun.

Atténuer les aspects techniques et éviter les interruptions.

Le médecin doit accompagner le patient et rester près de lui jusqu'à son décès.

Après l'AMM

Juste après le décès	Demeurer présent, au chevet	<input type="checkbox"/>	Entretiens avec les proches
		<input type="checkbox"/>	Entretiens avec l'équipe interdisciplinaire
	Récupérer les médicaments et le matériel non utilisé et remplir le registre d'utilisation des médicaments (RUM).	<input type="checkbox"/>	2 ^e paragraphe du médecin dans le RUM : Indiquer la date, les volumes administrés et parapher chacune des cases appropriées.

À la suite du décès

Retour des trousseaux de médicaments à la pharmacie par le médecin	Retour des médicaments et du matériel restants à la pharmacie et décompte avec le pharmacien.	<input type="checkbox"/>	3 ^e paragraphe du médecin et du pharmacien dans le RUM : Indiquer la date, les volumes des médicaments et la quantité de matériel rapportés et parapher chacune des cases appropriées.
	Destruction des médicaments restants avec le pharmacien.	<input type="checkbox"/>	4 ^e paragraphe du médecin et du pharmacien dans le RUM
	Discussion avec le pharmacien	<input type="checkbox"/>	Le pharmacien garde l'original du RUM et le verse au dossier pharmacologique. <ul style="list-style-type: none">• Déroulement de l'AMM;• Problèmes survenus le cas échéant;• Façons d'améliorer le processus.
Suivi et travail de deuil	<ul style="list-style-type: none">• Auprès des proches;	<input type="checkbox"/>	<u>Références :</u> <ul style="list-style-type: none">• équipe interdisciplinaire, centre local de

	<ul style="list-style-type: none"> • Auprès de l'équipe interdisciplinaire; • Auprès du ou des médecins. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>services communautaires (CLSC) ou groupe communautaire offrant des suivis de deuil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • réunion d'équipe, groupe de parole, consultation individuelle auprès d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un thérapeute conjugal et familial, programme d'aide aux employés (PAE) de l'établissement. • collègues et/ou instances à leur disposition, tels qu'un groupe de parole dans un établissement, ou encore le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).
<p>Déclarations</p>	<p>Constat de décès (formulaire DEC-101) et bulletin de décès (formulaire SP-3)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>La maladie ou l'affection morbide ayant justifié l'AMM et provoqué la mort est apportée comme cause immédiate de décès.</p>
	<p>Vérification de la conformité à la loi et évaluation de la qualité de l'acte</p> <p>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Remplir et transmettre le formulaire dans les 10 jours suivant le décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quel que soit le lieu d'exercice du médecin : - À la Commission sur les soins de fin de vie (parties 1 et 3 du formulaire seulement); • selon le lieu d'exercice du médecin⁹ : Au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), ou au Collège des médecins du Québec (CMQ)
	<p>Inscription au dossier médical de tout renseignement ou document en lien avec une demande d'AMM</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande d'AMM; • Motifs de la décision du médecin; • Avis du 2^d médecin consulté, le cas échéant; • Dates et résumés des rencontres avec les proches du patient; • Dates et résumés des rencontres avec l'équipe interdisciplinaire; • Décision du patient de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration, le cas échéant; • Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir¹⁰.



Votre conclusion?

