



L' AIDE MÉDICALE À MOURIR 2022

Rencontre

Association nationale des retraités fédéraux

Section Outaouais

Date : 20 avril 2022

Dr Guy Morissette

Conseiller médical à la Direction des services
professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC)
et coordonnateur médical de l'AMM

OBJECTIFS

1. Familiariser les participants au concept général de l'aide médicale à mourir
2. Faire connaître les règles d'admissibilité et la procédure d'analyse d'une demande
3. Décrire l'administration du soin et tout ce qui l'entoure

PLAN DE PRÉSENTATION

- Historique
- Définition
- Quelques chiffres
- Règles d'admissibilité
- Trajectoires et mesures de sauvegarde
- Objection de conscience
- Évaluation de la demande
- La procédure d'administration
- La régulation
- Les assurances

L'AMM au Canada : Ce qui a tout déclenché



1993 – Sue Rodriguez

Décès 12 février 1994
avec l'assistance d'un médecin
non-identifié

L'AMM au Canada : Évolution de la question

2012 – Rapport sur la mort dans la dignité de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale du Québec

LA CONCLUSION

« ... nous croyons qu'une option supplémentaire est nécessaire dans le continuum de soins de fin de vie : l'euthanasie sous la forme d'une aide médicale à mourir. »



L'AMM au Canada : Évolution de la question



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 52

Loi concernant les soins de fin de vie

Présentation

Présenté par
Madame Véronique Hivon
Ministre déléguée aux Services sociaux et
à la Protection de la jeunesse

Éditeur officiel du Québec
2013

Juin 2014 –

La loi 2 est adoptée (elle doit être en vigueur en janvier 2016)

L'AMM au Canada



Kay et Lee Carter, BCCLA

Février 2015
Carter c. Canada

L' Arrêt Carter

L'AMM au Canada : Évolution de la question



Mai 2016 – Adoption du projet de loi C-14 : *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*

Loi fédérale qui rend l'Aide médicale à mourir légale au Canada.

L'AMM au Canada : Évolution de la question



11 septembre 2019

Décision Truchon – Jugement Baudoin (Christine)

La loi viole le droit à la vie, à la liberté et la sécurité, et discrimine les personnes avec handicap à la fin de leur vie

Nicole Gladu et son avocat Jean-Pierre Ménard, National Observer

L'AMM au Canada : la finale légale ... pour le moment

Deuxième session, quarante-troisième législature,
69-70 Elizabeth II, 2020-2021

LOIS DU CANADA (2021)

CHAPITRE 2

Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)

SANCTIONNÉE

LE 17 MARS 2021

PROJET DE LOI C-7

Le projet de loi C7 est adopté
17 mars 2021

DÉFINITION DE L'AMM

- Considérée comme un soin au même titre qu'un traitement antibiotique pour une pneumonie ou une prothèse du genou et qui possède les caractéristiques suivantes :
 - Médical
 - D'exception
 - Légitime
 - Moral
 - Éthique
 - Légal

DÉFINITION DE L'AMM (suite...)

- « (...) Soins consistant en l'administration de médicaments 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 le décès (...). » *Loi du Québec, art. 3*
- Accompagnement de fin de vie
- Partie intégrante des options de fin de vie
 - Refus ou arrêt de traitement
 - Soins palliatifs (SP)
 - Sédation palliative continue terminale (SPC)
 - Aide médicale à mourir (AMM)
- En complémentarité avec d'autres options de fin de vie, pas en opposition.
- C'est beaucoup plus que l'injection finale : « LA PIQÛRE »

Les chiffres : on aime toujours les chiffres

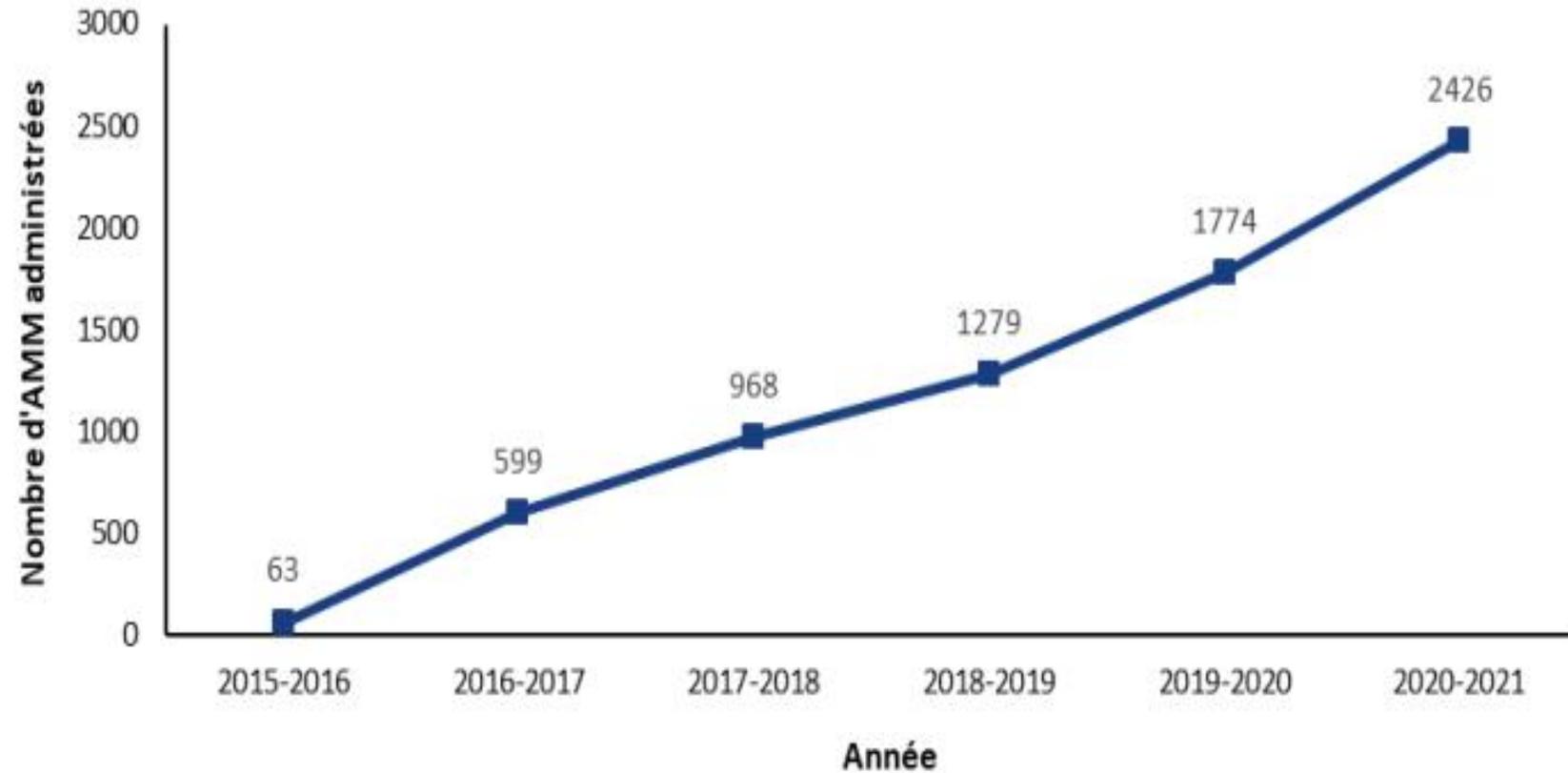
- AMM depuis 2015-2016 (entrée en vigueur de la loi)
 - Au Canada : plus de 22 500
 - Au Québec : plus de 7500
 - En Outaouais : plus de 230
- Croissance linéaire de 30 à 40% par année
- 3,3% des décès au Québec en 2020
- En Outaouais
 - Avant 2020 : 1 AMM aux 2 semaines
 - En 2020 : 1 AMM par semaine
 - En 2021 : 1,5 AMM par semaine

Âge moyen 71 ans

Plus jeune : 36 ans plus vieux : 100 ans

- Sources : Rapports annuels des organisations concernées

Commission sur les soins de fin de vie - Rapport



Environ 7 500 AMM administrées au Québec – décembre 2015 au 31 mars 2021

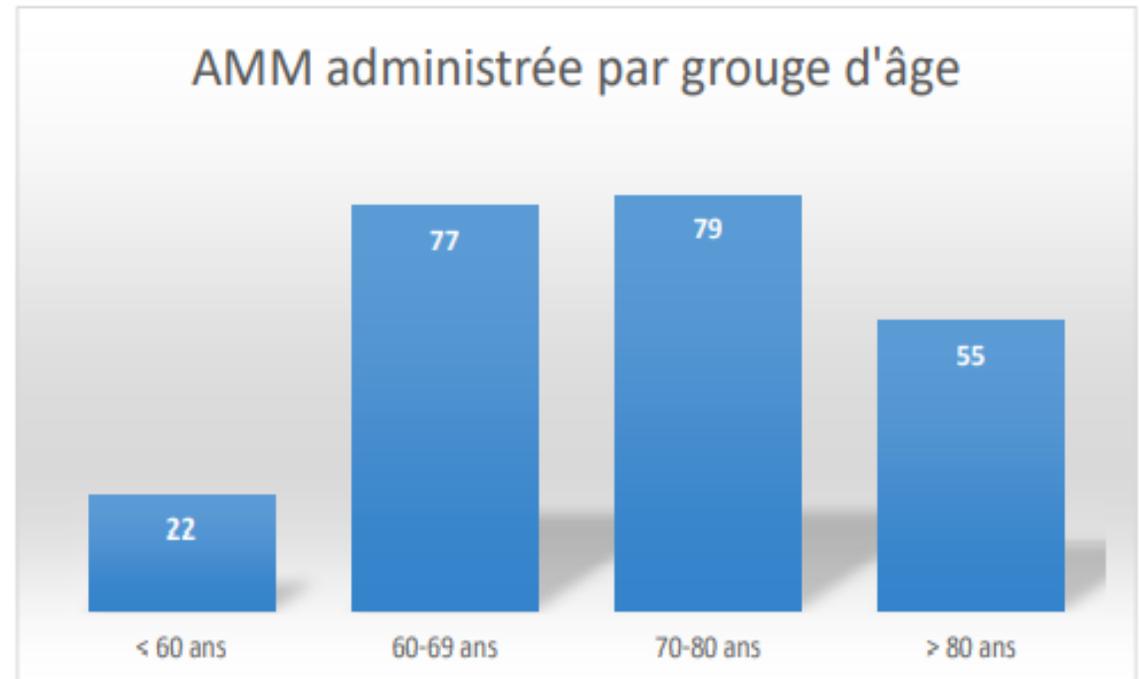
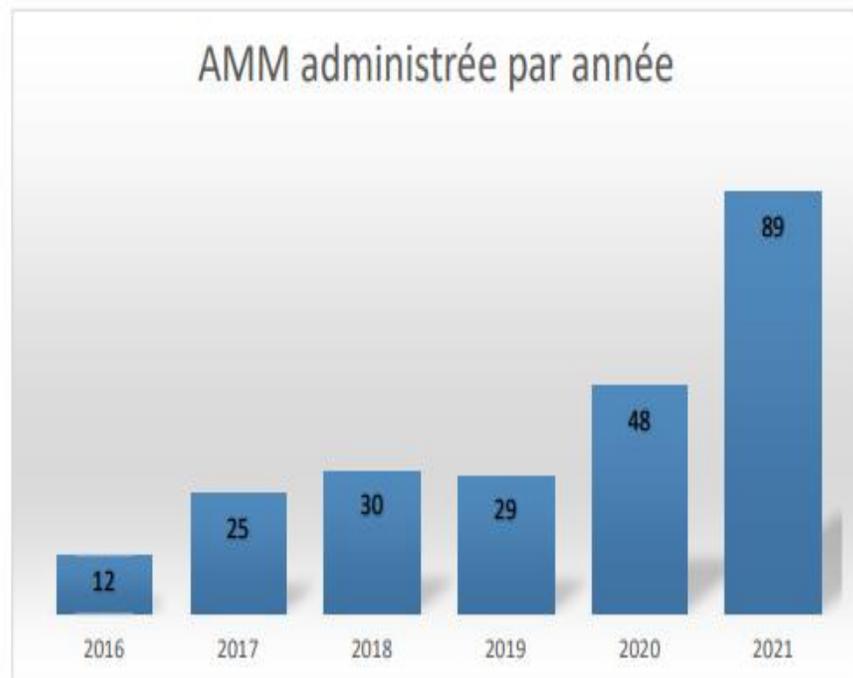
Profil des personnes qui ont reçu l'AMM (Commission de fin de vie)

- 60 ans et plus (89%)
- Cancer (74%)
- Maladie neurodégénérative (9%)
- Maladie cardiovasculaire et pulmonaire (11%)

- Pronostic vital < 3 mois (74%)
- Pronostic vital < 12 mois (99%)

- CH(60%), domicile (27%), CHSLD (9%), maison de soins palliatifs (3%)
 - Profil changera à compter du 17 mars 2021

STATISTIQUES DANS LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS DU 10 DÉCEMBRE 2015 AU 31 DÉCEMBRE 2021



LES LOIS

- Deux lois encadrent la gouverne des activités reliées à l'AMM
 - La loi Québécoise : la loi 2
 - La loi Canadienne (C-7) : modification du Code criminel
- Certaines différences entre les 2 lois
- Ne touchent pas exactement les mêmes aspects
- ... Complémentaires
- Pas idéal – zones grises et quelques fois contradictoires

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (LOI 2, ARTICLE 26)

- Majeur (18 ans et plus) et apte à consentir aux soins
- Assuré par la RAMQ (préséance de la Loi fédérale)
- Atteint de maladie grave et incurable
- Déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que le patient juge tolérables
- ~~En fin de vie (pas depuis mars 2020)~~
- Le consentement doit être libre et éclairé
- Problèmes de santé mentale exclus

Deux trajectoires pour le patient

- DEUX TRAJECTOIRES D'ÉVALUATION POUR LES PATIENTS QUI FONT UNE DEMANDE D'AMM
- DÉCOULENT DE LA LOI C-7, PAS DANS LA LOI QUÉBÉCOISE
 - Trajectoire 1: mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP)
 - Trajectoire 2: mort naturelle non-raisonnablement prévisible (MN-nRP)

... concrètement

Mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP)

- Cancers (avec ou sans traitement curatif)
- Maladies neurologiques (Parkinson, SLA, SEP, AVC...)
- Maladies chroniques (MCAS/IC, MPOC, fibrose pulmonaire, insuffisance rénale)

Mort naturelle non-raisonnablement prévisible (MN-nRP)

- Diabète
- Fibromyalgie, sténose spinale, ostéoarthrite
- Arthrite rhumatoïde
- Tétraplégie, quadraplégie
- Maladies héréditaires débilitantes
- Dépendances
- Autres ... démences dans ses premières phases !!!

Quelle trajectoire ?

Pourquoi est-ce important ?

Va déterminer les mesures de sauvegarde spécifiques à chacune des trajectoires à respecter sans faute

1. Mort naturelle raisonnablement prévisible

- Pas nécessairement en fin de vie (ad 2-3 ans)
- Aucun délai pour l'administration
- Possibilité de renoncement au consentement final

2. Mort naturelle non-raisonnablement prévisible

- Délai de 90 jours entre début de l'analyse de la demande et l'administration de l'AMM
- Renoncement au consentement final non-autorisé

... Mesures de sauvegarde

A – Médecins impliqués

Un deuxième médecin indépendant atteste que la personne rencontre les critères d'éligibilité

B - Témoins

La demande est signée et datée devant un seul témoin indépendant

C – Informations à transmettre

La personne doit être informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, incluant les soins palliatifs

... Mesures de sauvegarde

D - Délais

- **MNRP** : Abolition de la période d'attente de 10 jours francs entre la demande signée et l'administration du soin
- **MN-nRP** : 90 jours doivent s'être écoulés entre la première journée d'évaluation et la journée d'administration de l'AMM, à moins que les évaluations aient été complétées et que les 2 médecins sont d'avis que la personne est à risque de perdre la capacité de consentir

E- Renonciation au consentement final

- **MNRP** : La personne avoir l'aptitude à consentir à l'AMM juste avant son administration, doit donner son accord et doit pouvoir le retirer, à moins qu'elle ait autorisé de procéder en renonçant au consentement final
- **MN-nRP** : La personne n'a pas accès à la renonciation au consentement final
 - Entente écrite que l'AMM peut être administrée si le patient perd la capacité de consentir avant cette date. L'AMM peut être administrée à cette date ou avant

OBJECTION DE CONSCIENCE

- Un médecin, une infirmière ou un professionnel peuvent refuser d'administrer l'AMM en raison de leurs convictions personnelles. C'est légitime.
- L'objection de conscience est protégée par les ordres professionnels (art. 24) et les lois actuelles (art. 50).
- Le médecin et le professionnel qui s'objectent doivent s'assurer de la continuité des soins offerts au patient (Obligation déontologique de suivi).
- Le médecin a aussi l'obligation de transférer la demande à un autre médecin en cas d'objection de conscience

PROCESSUS D'ANALYSE ET D'ADMINISTRATION DE L'AMM

- Processus bien encadré, de l'évaluation de la demande jusqu'à son administration, mais flexible jusqu'à un certain point dans la séquence des différentes composantes.
- L'analyse doit être pilotée par un médecin, en grande collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire
- L'administration de l'AMM doit être réalisée par un médecin

IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- ❖ Travailleur social
- ❖ Intervenant en soins spirituels
- ❖ Pharmacien
- ❖ Infirmière
- ❖ Médecin



- Cruciale, incontournable et attendue par les patients
- Peut se faire tout au long du processus – évaluation, cheminement de la demande, préparation et administration du soin, après l’administration du soin

DEMANDE D'AMM

- Demande écrite dans un formulaire réglementaire (mise-à-jour à venir)
- Signée par la personne (ou un tiers autorisé dans certaines circonstances)
- Présence de deux témoins :
 - Un professionnel de la santé des services sociaux membre d'un ordre professionnel du Québec – contresignature;
 - Une personne indépendante.
- Peut être annulée par le patient en tout temps

LA SOUFFRANCE

Souffrances physiques

- Cachexie
- Douleurs
- Dyspnée
- Dysphagie
- Épuisement
- Hémorragies
- Obstruction digestive
- Paralysies
- Plaies importantes
- Transfusions répétées
- Etc.

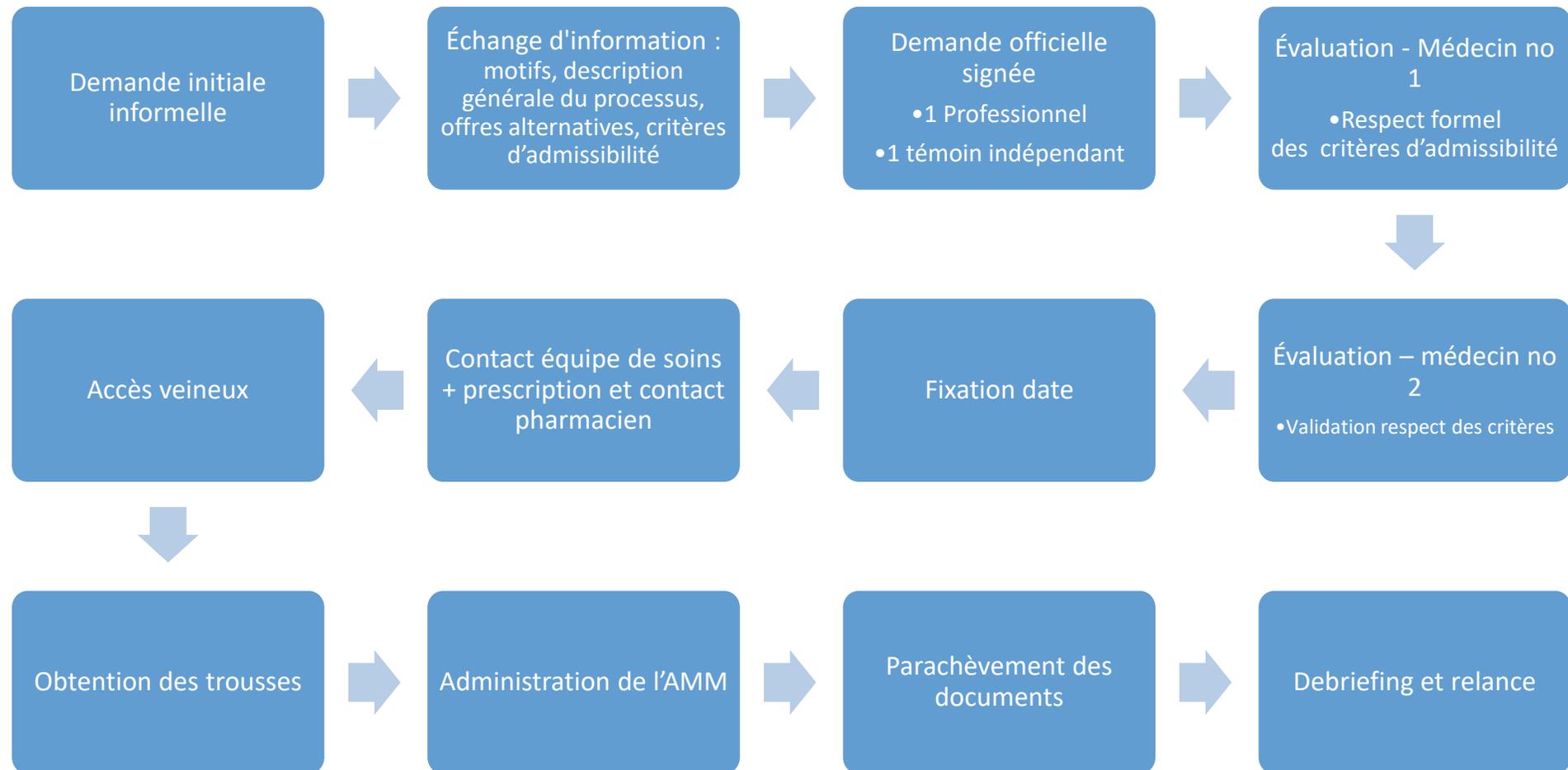
Souffrances psychiques

- Dépendance totale
- Perte de dignité
- Désespérance face à une situation sans issue
- Souffrance existentielle
- Perte d'autonomie
- Perte de contrôle
- Perception d'être un fardeau
- Perte de rôle
- Atteinte à l'image de soi
- Perte de qualité de vie

MYTHES ET FAUSSETÉS AU SUJET DE L'AMM

- L'AMM ne peut être offerte si le patient est en Maison de soins palliatifs.
 - FAUX, pas tous le font mais c'est possible
- Un refus de traitement disqualifie un patient pour recevoir l'AMM.
 - FAUX, toute personne peut légalement refuser tout traitement si elle est apte à consentir.
- L'accord des proches est obligatoire.
 - FAUX, l'AMM n'a pas été développée pour soulager les proches
 - Il faut soulager le patient d'abord
 - Les proches peuvent le vivre difficilement

Cheminement séquentiel d'une demande



ÉLÉMENTS CRUCIAUX DANS L'ANALYSE D'UNE DEMANDE

- Demande doit être libre et éclairée : pronostic, alternatives, conséquences
- Ne doit pas résulter de pressions externes, de menaces, de contraintes ou de promesses (médecin, famille, entourage)
- Le patient n'a pas à essayer tous les traitements pour soulager sa souffrance.
- Présence de persistance des souffrances : C'est le patient qui juge des moyens acceptables pour le soulagement et du degré de soulagement.
- La personne peut en tout temps et par tout moyen retirer sa demande
- La volonté de recevoir l'AMM doit être réitérée
- Entretiens avec le patient doivent idéalement être multiples (plus qu'unique), à des moments différents et espacés par un délai raisonnable
- Les entretien(s) avec les proches se tiennent si le patient le désire

ÉLÉMENTS DISCUTÉS LORSQUE PATIENT JUGÉ ADMISSIBLE

Préparation du patient et ses proches à l'administration de l'AMM

- Explications de la procédure
- Domicile, CH, CHSLD ?
- Scénario ?
- À quelle heure ?
- Qui va être présent lors de l'administration ?
- Arrangements funéraires

LIEU D'ADMINISTRATION

➤ DOMICILE

- Souvent souhaité par le patient et sa famille
- Contexte idéal qui favorise l'intimité et permet des variantes au niveau de l'environnement
- Nécessite préparation attentionnée des proches et de la famille

(Impact sur la famille et les proches après le décès)

➤ Hôpital

➤ CHSLD

➤ Maison de soins palliatifs

➤ Autres endroits

DÉTAILS DE LA PROCÉDURE

Le médecin doit lui-même administrer les médicaments

Se déroule en trois phases :

« *Équivalent d'une anesthésie générale* »

- Anxiolyse;
- Induction du coma artificiel;
- Bloqueur neuromusculaire provoquant :
 - l'arrêt respiratoire;
 - l'arrêt cardiaque;
 - le décès.

PROCÉDURE D'ADMINISTRATION

- Par voie intraveineuse
- Sept seringues (ou plus exceptionnellement)
- Durée de la procédure : 6 à 8 minutes
- Aucune douleur ressentie
- Peuvent être présentes les personnes « invitées » par le patient et qui acceptent d'y être
- Possibilité de présence à distance (... Zoom – Face time)
- Musique, prières, etc. sont possibles
- Présence des enfants demandent une préparation

La régulation

- Pas de comité de sélection ou d'analyse des demandes : tout se passe entre le médecin qui administre, le second médecin et le patient
- Pas d'instance d'appel
- Toutes les administrations d'AMM sont révisées par un comité de 12 personnes (Commission des soins de fin de vie)
- Le Collège des médecins ou les établissements de santé révisent eux aussi certains aspects de tous les cas.
- Déclaration est aussi faite à Santé Canada pour le respect des conditions édictées par le Code criminel

ASSURANCE-VIE ET AMM

- Tout contrat d'assurance-vie comporte une clause sur le suicide

« L'assurance-vie n'est pas payable si la mort résulte d'un suicide survenu au cours des deux premières années de la souscription du contrat. Il devient payable si le suicide survient après deux ans. »

- L'AMM n'est pas considérée comme un suicide au sens de la loi – c'est un soin de santé
- N'est pas considérée comme un suicide du point de vue de l'assurance-vie si elle est administrée selon les règles prévues par les lois en vigueur.

ASSURANCE-VIE ET AMM (Suite ...)

- L'assureur ne peut utiliser l'AMM pour refuser d'indemniser les prestataires désignés au décès de l'assuré suite à l'administration d'AMM.

(Article 49 de la loi concernant les soins de fin de vie)

- L'assureur considère le décès comme une mort naturelle. La cause de décès est la maladie qui a mené à demander l'AMM.
- On présume que la déclaration de l'assuré au moment de la souscription est exacte, non trompeuse, non frauduleuse et qu'il est en bonne santé, que ce soit pour les décès occasionnés par l'AMM ou tout autre cause
- Ne touche qu'un petit nombre de décès

OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LE SOIN D'AMM

- Accompagner et soutenir le patient et ses proches
- Soulagement de la souffrance
 - Physique
 - Morale
 - Surtout les deux
- Respect de la liberté de choix de la personne au sujet de son traitement
- Respect de l'unicité de l'être
 - Croyances
 - Valeurs
 - Parcours de vie

CONCLUSION

Il n'y a aucune opposition entre les soins palliatifs, l'AMM, la sédation palliative et le refus (arrêt) de traitements. Ce sont toutes des options légitimes de fin de vie dont le choix libre et éclairé appartient exclusivement à la personne compétente, en accord avec ses propres valeurs, croyances et convictions.

MERCI!

- ❖ Les médecins, infirmières, professionnels et gestionnaires impliqués dans les soins de fin de vie au CISSS de l'Outaouais et au Québec
- ❖ Les patients et les familles touchées par les soins de fin de vie

