

Table des matières

**APERÇU : Cheminement complet du volet 2 pour l'AMM****SECTION 1 : Demande de renseignements du patient**

- Examen de la motivation du patient à présenter une demande
- Exigences auxquelles le clinicien doit satisfaire relativement à l'objection de conscience et à l'aiguillage du patient

**SECTION 2 : Évaluation de l'admissibilité du patient et mesures de sauvegarde**

- Critères d'admissibilité et ressources complémentaires pour l'évaluation de l'admissibilité
- Examen des mesures de sauvegarde pour ce volet
- Considérations clés relatives à l'élaboration du plan de soins pour l'AMM

**SECTION 3 : Prestation de l'AMM**

- Principales étapes de la prestation de l'AMM, certificat de décès et déclaration du décès

**SECTION 4 : Liste de contrôle du volet 2**

- Étapes importantes du processus d'AMM et documents à verser au dossier médical du patient

**SECTION 5 : Documents complémentaires et bibliographie**

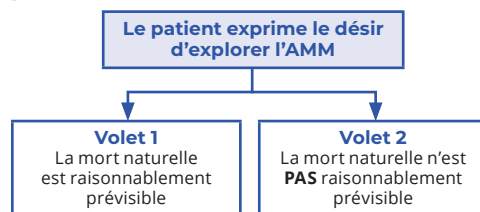
- Ressources pertinentes, adresses URL complètes des hyperliens référencés dans la présente ressource, documents d'orientation, énoncés de politique et outils à l'intention des cliniciens

Introduction

Le 17 mars 2021, des modifications à la loi sur l'AMM sont entrées en vigueur dans le cadre du [projet de loi C-7](#).¹ Ces modifications autorisent l'AMM pour les personnes admissibles qui envisagent un décès médicalement assisté, que leur mort naturelle soit raisonnablement prévisible (volet 1) ou non (volet 2).²

La présente ressource expose les considérations principales et recommande des processus aux [cliniciens](#) pour la prestation de l'AMM. Elle est fondée sur les vastes consultations auprès d'intervenants clés et d'organismes de réglementation. Elle vise à étayer, et non à contourner, les prescriptions juridiques en vigueur, les exigences des organismes de réglementation ou les processus institutionnels qui ont été mis en place. Cette ressource est fondée sur les meilleurs renseignements disponibles. Cependant, le processus pourrait présenter des lacunes qui ne peuvent être comblées pour l'instant. Tous les efforts seront déployés pour actualiser la ressource au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont disponibles.

Cheminement clinique de haut niveau pour l'AMM



La loi révisée crée une approche en deux volets quant aux mesures de sauvegarde que doivent suivre les cliniciens selon que la mort naturelle d'une personne est raisonnablement prévisible ou non.²

Volet 1 : La mort naturelle est raisonnablement prévisible

Les récentes modifications législatives n'ont pas modifié la signification de « mort naturelle raisonnablement prévisible ». Les cliniciens peuvent continuer de s'appuyer sur les orientations fournies précédemment par le tribunal et la communauté clinique pour déterminer si la mort naturelle d'un patient est raisonnablement prévisible ou non et, par conséquent, quelles mesures de sauvegarde s'appliquent.³ Pour de plus amples renseignements au sujet du volet 1, consulter la ressource de CEP sur le [Volet 1 de l'aide médicale à mourir \(AMM\) en Ontario : La mort naturelle est raisonnablement prévisible](#).⁴

Volet 2 : La mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible

Des mesures de sauvegarde supplémentaires s'appliquent aux patients dont la mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible. Il s'agit par exemple d'exiger que les patients subissent une [période d'évaluation de 90 jours](#) avant de recevoir l'AMM.^{2,3}

Projet de loi 84 de l'Ontario Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir

Le [projet de loi 84 Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir](#) modifie six lois ontariennes existantes.⁵ Plus particulièrement, le projet de loi 84 modifie la *Loi sur les coroners* afin d'assurer la surveillance efficace du processus d'AMM.

Définition*

Praticien

Un médecin qui est autorisé à exercer la médecine en Ontario.

Infirmier praticien (IP)

Un infirmier autorisé qui a le droit d'exercer la profession d'infirmier praticien en Ontario.

Clinicien

Dans la présente ressource, le terme clinicien s'entend du praticien ou de l'infirmier praticien qui supervise la prestation de l'AMM à un patient individuel. Ce rôle peut comprendre, entre autres, la réception de la demande d'AMM du patient, l'évaluation initiale de l'admissibilité et l'administration ou la prescription des médicaments pour l'AMM.

Il est recommandé que le clinicien soit responsable d'obtenir tous les documents requis et de les inclure au dossier médical du patient. Dans les cas où le clinicien qui est responsable d'offrir l'AMM n'est pas le **fournisseur de soins principal (FSP)** (p. ex. en cas d'objection de conscience ou d'aiguillage du patient), le FSP continue de coordonner directement les soins du patient (sauf l'AMM).

Dans la présente ressource, l'expression deuxième clinicien désigne le médecin ou l'infirmier praticien qui effectue la seconde évaluation indépendante de l'admissibilité du patient. Ce rôle peut aussi comprendre la prescription ou l'administration des médicaments pour l'AMM.

Un clinicien ayant une « expertise »

Dans le cas des patients dont la mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible, il est exigé que l'un des deux cliniciens (qui confirment l'admissibilité du patient à l'AMM) ait une expertise relative au problème de santé qui cause la souffrance du patient ou qu'un clinicien qui possède une telle expertise soit consulté.³ Le gouvernement fédéral a précisé que l'expertise doit porter sur le problème de santé qui cause la plus grande souffrance au patient.³

Pour de plus amples renseignements, se reporter à [Consultation d'un clinicien ayant une « expertise » relative au problème de santé du patient](#).

Le service de coordination des soins (SCS)

Le SCS apporte un soutien aux patients, aux membres de leur famille/aidants qui agissent en leur nom, ainsi qu'aux cliniciens en leur offrant des informations au sujet des options de soins en fin de vie, y compris l'AMM et en les aiguillant vers des services d'AMM.

- Les patients et les membres de leur famille/aidants qui agissent en leur nom peuvent avoir accès à ce service afin de demander d'être aiguillés vers un clinicien qui accepte de fournir des services d'AMM, y compris des évaluations de l'admissibilité.
- Les cliniciens qui ne peuvent pas ou qui ne souhaitent pas offrir l'AMM peuvent aussi communiquer avec ce service afin d'aiguiller leurs patients vers des cliniciens qui offrent des services d'AMM.

- Ce service favorisera aussi l'accès des patients à l'AMM en aidant les cliniciens à entrer en contact :
 - avec un clinicien qui peut effectuer la deuxième évaluation nécessaire pour confirmer qu'un patient répond à tous les critères d'admissibilité fixés par la législation fédérale en matière d'AMM;
 - avec un pharmacien communautaire qui préparera les médicaments requis pour l'AMM;
 - avec un clinicien qui prescrira ou administrera les médicaments nécessaires pour l'AMM, au besoin.

i **INFO** : La ligne d'information du service de coordination des soins est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et on peut l'appeler sans frais au 1 866 286-4023.

« Consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration »

Les patients qui choisissent de s'administrer l'AMM peuvent conclure des ententes écrites permettant l'administration de l'AMM par le clinicien en cas d'échec de l'autoadministration.³ Ceci s'applique au volet 1 ou au volet 2. Les cliniciens peuvent administrer l'AMM à un patient qui perd la capacité de consentir après l'autoadministration s'il répond aux critères énoncés dans le [« Consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration »](#).³

*Le FSP et le clinicien OU le deuxième clinicien pourraient avoir des rôles et des responsabilités qui se chevauchent ou pourraient être la même personne.

Voir la [Section 4 : Liste de contrôle du volet 2](#) pour une liste de documents à verser au dossier médical du patient. Ces documents doivent être disponibles et accessibles pour faciliter la tenue d'une enquête efficace et efficiente par le Bureau du coroner en chef. Remarque : L'utilisation des outils cliniques A, B et C est volontaire et constitue dans la présente ressource une option pour documenter les demandes d'AMM et évaluer l'admissibilité.

SECTION 1 :

Demande de renseignements du patient

Le patient demande des renseignements au sujet de l'AMM.

Le clinicien choisit de ne pas participer à la discussion sur l'AMM.

Le clinicien choisit de participer à la discussion sur l'AMM.

Le clinicien :

- Informe le patient qu'il ne veut pas discuter de l'AMM en raison d'une [objection de conscience](#).
- Aiguille le patient vers un autre clinicien, établissement ou organisme (p. ex. [SCS](#)) qui accepte d'offrir l'AMM et qui est en mesure de le faire.
- Continue de prodiguer des soins au patient.
- Doit déclarer toutes les demandes d'AMM.
- Pour de plus amples renseignements, voir les [exigences fédérales en matière de rapports](#).

Le clinicien :

- Discute avec le patient et examine la motivation et la souffrance à l'origine de sa demande d'AMM.
 - Informe le patient de toutes les options de traitement et de soins disponibles, y compris l'AMM.
- Remarque : Les cliniciens doivent déclarer toutes les demandes d'AMM même si elles n'entraînent pas de décès. Pour de plus amples renseignements, voir les [exigences fédérales en matière de rapports](#).

Le patient choisit de procéder à l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

Le patient choisit de ne pas poursuivre l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM pour l'instant et décide d'explorer les autres options de soins.

Le clinicien :

- Choisit de ne pas participer à l'évaluation de l'admissibilité et/ou à la prestation de l'AMM.
- Aiguille le patient vers un autre clinicien, établissement ou organisme (p. ex. [SCS](#)) qui accepte d'offrir l'AMM et qui est en mesure de le faire.

Le clinicien choisit de participer à l'évaluation de l'admissibilité et/ou à la prestation de l'AMM.

SECTION 2 :

Évaluation de l'admissibilité du patient et mesures de sauvegarde

INFO : Le ministère a créé des outils cliniques afin de consigner la demande du patient et les résultats de l'évaluation de l'admissibilité.

- [Outil clinique A](#) – demande officielle d'AMM présentée et remplie par le patient
- [Outil clinique B](#) – rempli par le clinicien évaluant le patient ou lui offrant l'AMM et utilisé pour consigner l'admissibilité du patient
- [Outil clinique C](#) – rempli par le deuxième clinicien qui confirme l'admissibilité du patient

Le clinicien évalue l'admissibilité à l'AMM ([outil clinique B](#) [pour le clinicien évaluant/offrant l'AMM] et [outil clinique C](#) [pour le deuxième clinicien]). Critères d'admissibilité :

- Le patient a au moins 18 ans et a la capacité de prendre des décisions.
- Il est admissible aux services de santé publics.
- Il a présenté une demande volontairement (il n'a pas subi de pressions ou d'influences externes).
- Il a donné un consentement éclairé pour recevoir l'AMM après avoir été informé d'autres soins disponibles pour atténuer sa souffrance, y compris les soins palliatifs.
- Il souffre d'une maladie, d'un problème de santé ou d'un handicap grave et incurable.*
- Il est dans un état avancé de déclin qui ne peut pas être inversé.
- Il a éprouvé des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables.

*Les patients dont le seul problème médical est une maladie mentale ne seront pas admissibles à l'AMM avant mars 2023.

Le patient répond à TOUS les critères d'admissibilité à l'AMM.

Le patient ne répond pas aux critères d'admissibilité à l'AMM.

Le clinicien détermine quelle mesure de sauvegarde a été prise pour le patient.

Le clinicien informe le patient qu'il n'est pas admissible et qu'il a le droit de consulter un autre clinicien pour obtenir une seconde évaluation de l'admissibilité.

Volet 1 : La mort naturelle est raisonnablement prévisible

Volet 2 : La mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible

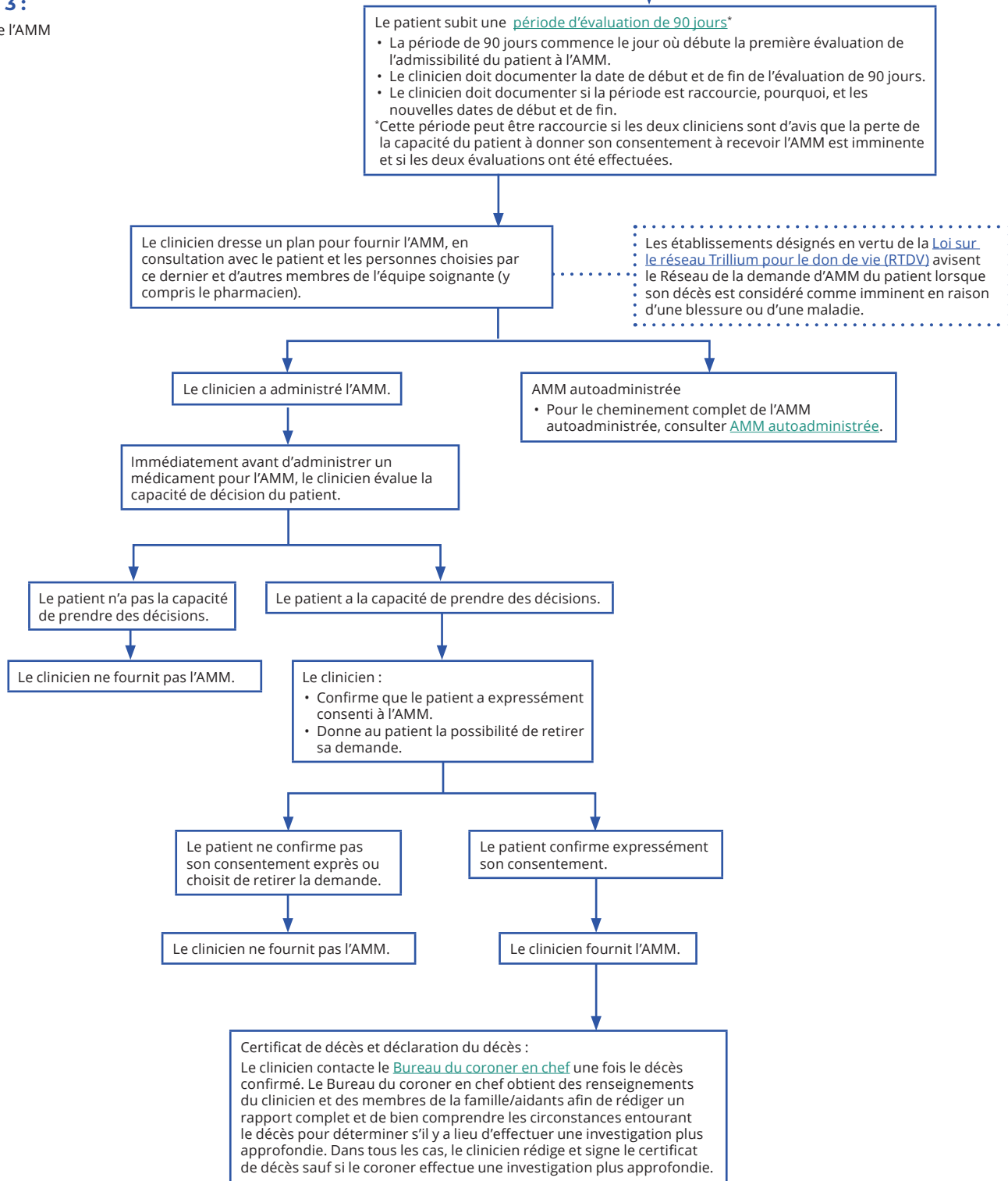
Pour de plus amples renseignements au sujet des patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, consulter la ressource de CEP sur le [volet 1](#).

Mesures de sauvegarde du volet 2 pour les patients dont la mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible :

- La demande d'AMM doit être faite par écrit. Elle doit être signée par un témoin indépendant et doit être présentée après que le patient ait été informé qu'il souffre d'un « problème de santé grave et irrémédiable ». ([Outil clinique A](#))
- Deux cliniciens indépendants doivent fournir une évaluation et confirmer que tous les critères d'admissibilité sont remplis.
- Si aucun des deux cliniciens qui évaluent l'admissibilité ne possède une expertise relative au problème de santé qui cause la souffrance du patient, ils doivent [consulter un clinicien qui possède une telle expertise](#).
- Le patient doit être informé des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris, le cas échéant, des services de counseling, des services de soutien en santé mentale et en invalidité, des services communautaires et des soins palliatifs, et le patient doit se voir proposer des consultations avec les professionnels disponibles qui fournissent ces services.
- Le patient et les cliniciens doivent avoir discuté des moyens raisonnables et disponibles pour soulager les souffrances du patient et convenir que le patient a sérieusement envisagé ces moyens.
- Le patient doit être informé qu'il peut retirer sa demande en tout temps, de quelque manière que ce soit.

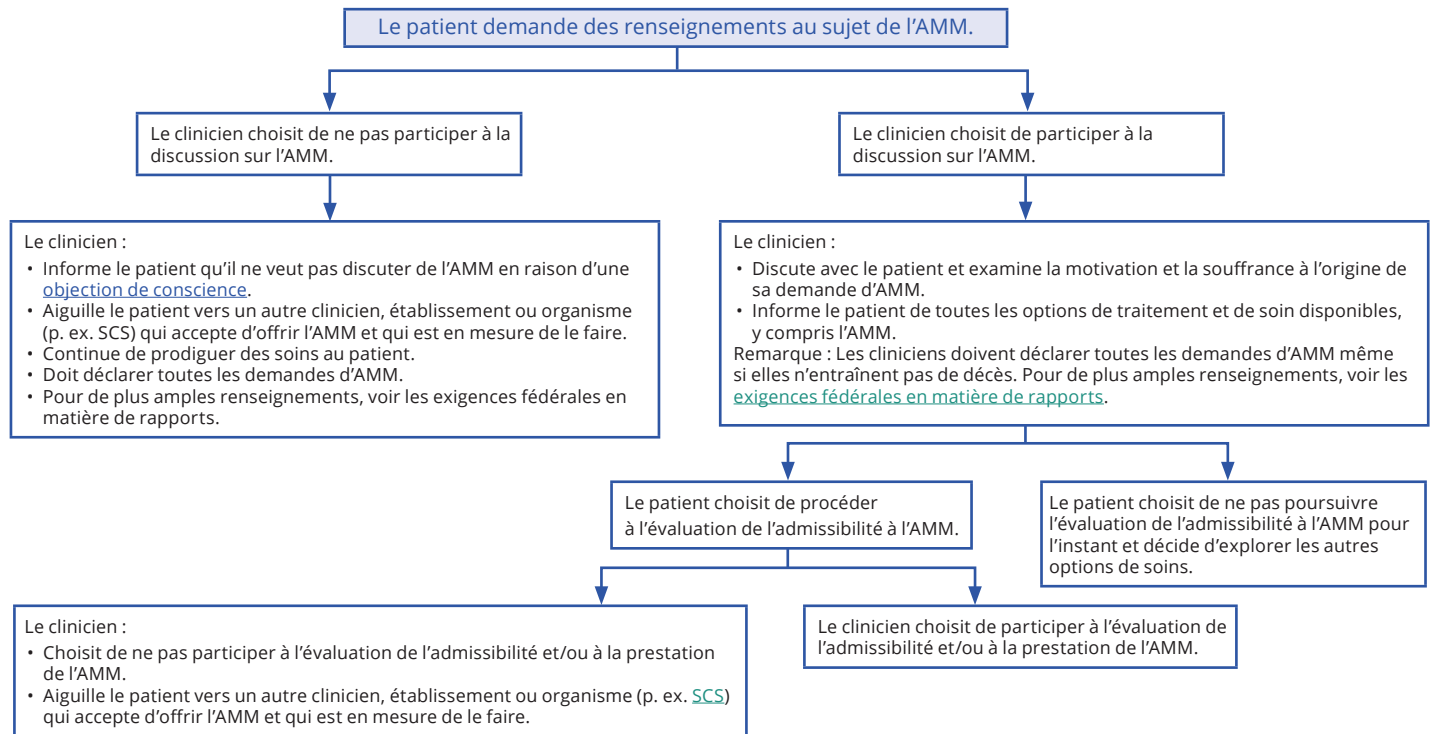
SECTION 3 :

Prestation de l'AMM





SECTION 1 : Demande de renseignements du patient



Le patient présente une demande de renseignements sur l'AMM

La demande de renseignements du patient peut prendre plusieurs formes :⁷

- Une demande explicite au sujet de l'AMM;
- Une demande générale au sujet de toutes les options disponibles pour atténuer la souffrance et accélérer la mort (y compris l'AMM);
- Un souhait exprimé de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un médecin ou infirmier praticien.

Objection de conscience et aiguillage du patient

Les cliniciens ayant une objection de conscience doivent informer respectueusement leurs patients qu'ils ne les évalueront pas ou ne leur offriront pas l'AMM et ils doivent les aiguiller vers un autre médecin, infirmier praticien, établissement ou organisme qui peut leur fournir cette aide (p. ex. le SCS du MSSLD). L'aiguillage doit être effectué rapidement pour que les patients ne subissent pas de délais inutiles ou de résultats cliniques défavorables (p. ex. une diminution de leur capacité). Même si un patient souhaite explorer la possibilité d'obtenir de l'AMM d'un autre clinicien, établissement ou organisme (p. ex. le SCS) n'ayant pas d'objection, le clinicien doit continuer à prodiguer des soins (sauf l'AMM) au patient.^{3,8,9}

Les cliniciens doivent se conformer aux exigences, politiques et directives adoptées par leur organisme de réglementation relativement à l'objection de conscience et à l'aiguillage des patients.

Les cliniciens doivent se conformer à d'autres directives établies par leur établissement ou organisme (p. ex. les établissements peuvent mettre en œuvre des politiques et processus particuliers pour faciliter l'aiguillage des patients et assurer l'accès aux soins).

Les cliniciens qui choisissent de ne pas offrir l'AMM peuvent procéder à un aiguillage par l'entremise de leur réseau professionnel ou du SCS du MSSLD.

Ressources renfermant des directives sur l'aiguillage pour les médecins :

- [College of Physicians and Surgeons of Ontario \(CPSO\) Policy Statement #18 Medical Assistance in Dying](#)
- [CPSO's Effective Referrals: What Physicians Need to Know](#)

Ressources renfermant des directives sur l'aiguillage pour les infirmiers praticiens :

- [College of Nurses of Ontario \(CNO\) Practice Standard](#)

Ressources renfermant des directives sur l'aiguillage pour les pharmaciens :

- [Ontario College of Pharmacists' \(OCP\) Code of Ethics](#)

i **INFO** : Le ministère a créé le SCS pour faciliter les aiguillages pour les cliniciens, patients et familles/aidants qui agissent en leur nom. La ligne info du SCS [1 866 286-4023] est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les services d'aiguillage sont offerts de 9 h à 17 h du lundi au vendredi (HE). Les demandeurs peuvent laisser un message dans la boîte vocale après les heures d'ouverture. La ligne info et les services d'aiguillage sont offerts en français et en anglais (il est possible de demander des services d'interprètes pour d'autres langues au besoin) et le numéro ATS est 1 844 953-3350).

Le patient présente une demande écrite officielle

Un patient doit présenter une demande officielle par écrit pour l'AMM, qui doit être signée et datée en présence d'un témoin indépendant[‡] (p. ex. [Outil clinique A](#)).¹⁰ Le patient peut seulement signer et dater la demande après qu'un clinicien l'a informé qu'il souffre d'un problème de santé grave et irrémédiable.

[‡]Pour satisfaire aux prescriptions juridiques relatives au témoin indépendant, les critères suivants doivent être remplis :¹

- La personne doit être âgée d'au moins 18 ans.
- Elle doit comprendre la nature de la demande d'AMM.
- Elle peut être une personne rémunérée pour fournir des soins de santé et des soins personnels dans le cadre de sa profession ou de son occupation*.¹¹
- Elle ne doit pas savoir ou croire être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient faisant la demande ou d'un autre avantage financier ou autre résultant du décès du patient.
- Elle ne doit pas être le propriétaire ou l'exploitant d'un établissement de soins de santé où est soigné le patient faisant la demande ou d'un foyer où réside le patient.
- Elle ne doit pas être un clinicien qui évalue l'admissibilité du patient à l'AMM ou qui fournit l'AMM au patient.¹¹

*Ces personnes seraient également exclues de la fonction de témoin si elles sont bénéficiaires du testament de la personne ou si le décès de la personne leur permettrait de recevoir un avantage financier.¹¹

Autres considérations :

- Dans le cas des patients qui sont incapables d'écrire, la demande officielle peut être transcrite.
- Concernant les patients qui ne peuvent signer et dater la demande, une autre personne — qui est âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient ou
- de tout autre avantage financier ou matériel résultant du décès du patient — peut le faire en présence du patient, en son nom et à sa demande expresse.¹



Discussion pour comprendre la motivation du patient à s'informer de l'AMM

Le souhait exprimé de mettre fin à sa vie par le recours à l'AMM nécessite un examen minutieux permettant de comprendre la souffrance du patient et les motivations qui peuvent découler de circonstances et de problèmes psychosociaux ou non médicaux. Si des facteurs psychosociaux (p. ex. le deuil, la solitude, la stigmatisation, la honte) ou le manque de ressources (p. ex. des obstacles à l'accès à des soins médicaux, à des accessoires fonctionnels, à des soutiens psychologiques) motivent la demande du patient, des efforts devraient être déployés pour dissiper ces inquiétudes. C'est une occasion pour le clinicien de faire ce qui suit :

- évaluer les motifs qui poussent le patient à présenter une demande;

- discuter des préoccupations du patient et de ses besoins insatisfaits;
- explorer avec le patient les autres formes de traitement disponibles (p. ex. soins de confort/palliatifs, maîtrise de la douleur ou des symptômes, accessoires fonctionnels, soutien psychologique), y compris l'AMM.

! Les patients ne sont pas tenus de subir de procédures ou de traitements qui leur sont inacceptables.

Exigences fédérales en matière de rapports

Législation fédérale en matière d'AMM :

- Les médecins, infirmiers praticiens et pharmaciens fournissent des renseignements pour la surveillance de l'AMM.

En vertu des exigences fédérales en matière de rapports, il est nécessaire de déclarer les décès liés à l'AMM, mais aussi les demandes d'AMM écrites, et ce, même si le décès par AMM ne se produit pas (par exemple, si le patient décède avant, s'il est jugé inadmissible ou s'il change d'avis).

La demande écrite d'AMM d'un patient peut prendre n'importe quelle forme, y compris celle d'un message texte ou d'un courrier électronique. Il n'est pas nécessaire que le patient présente une demande écrite officielle (c.-à-d. dire signée, datée et attestée) pour qu'elle soit déclarée. Dès lors qu'il s'agit d'une demande explicite d'AMM, quelle que soit la forme écrite, les cliniciens doivent la déclarer. Le **fournisseur de soins principal** (FSP) déclarerait une demande écrite d'AMM d'un patient. **Si aucun FSP n'est identifié en ce qui concerne la réception d'une demande écrite, les cliniciens concernés (ou le SCS ou l'organe administratif, le cas échéant) doivent déterminer quel clinicien sera responsable de la déclaration. Remarque : Ni la législation fédérale ni le Règlement ne permettent de déléguer à d'autres personnes ou au personnel administratif la responsabilité de faire rapport sur l'AMM.**¹² Il est également possible que plusieurs cliniciens reçoivent une demande écrite d'AMM de la part d'un patient et ne sachent pas que ce même patient a demandé l'AMM à d'autres cliniciens. Dans ce scénario, chaque clinicien est tenu de faire une déclaration. Le Portail canadien de collecte de données relatives à l'aide médicale à mourir sera en mesure de discerner plusieurs rapports indépendants liés à un patient grâce aux points de données communs qui sont déclarés (c.-à-d. la date de naissance et le numéro de carte d'assurance-maladie).¹³

L'Ontario a adopté une approche hybride pour se conformer à l'exigence fédérale en matière de rapports :

- Tous les cas où une AMM administrée par des cliniciens ou autoadministrée entraîne le décès du patient sont déclarés au Bureau du coroner en chef.
- Tous les autres cas qui doivent faire l'objet d'une déclaration et qui n'entraînent pas le décès du patient à la suite d'une AMM sont déclarés à Santé Canada.

Après réception d'une demande écrite d'AMM, les cliniciens feront une déclaration à Santé Canada au moyen du Portail canadien de collecte de données relatives à l'AMM dans les situations suivantes :

- Le patient est jugé inadmissible à l'AMM.
- Le patient est aiguillé vers un autre praticien ou vers un SCS.
- Le patient est décédé d'une cause autre que le fait d'avoir reçu une AMM.
- Le patient a retiré sa demande d'AMM.

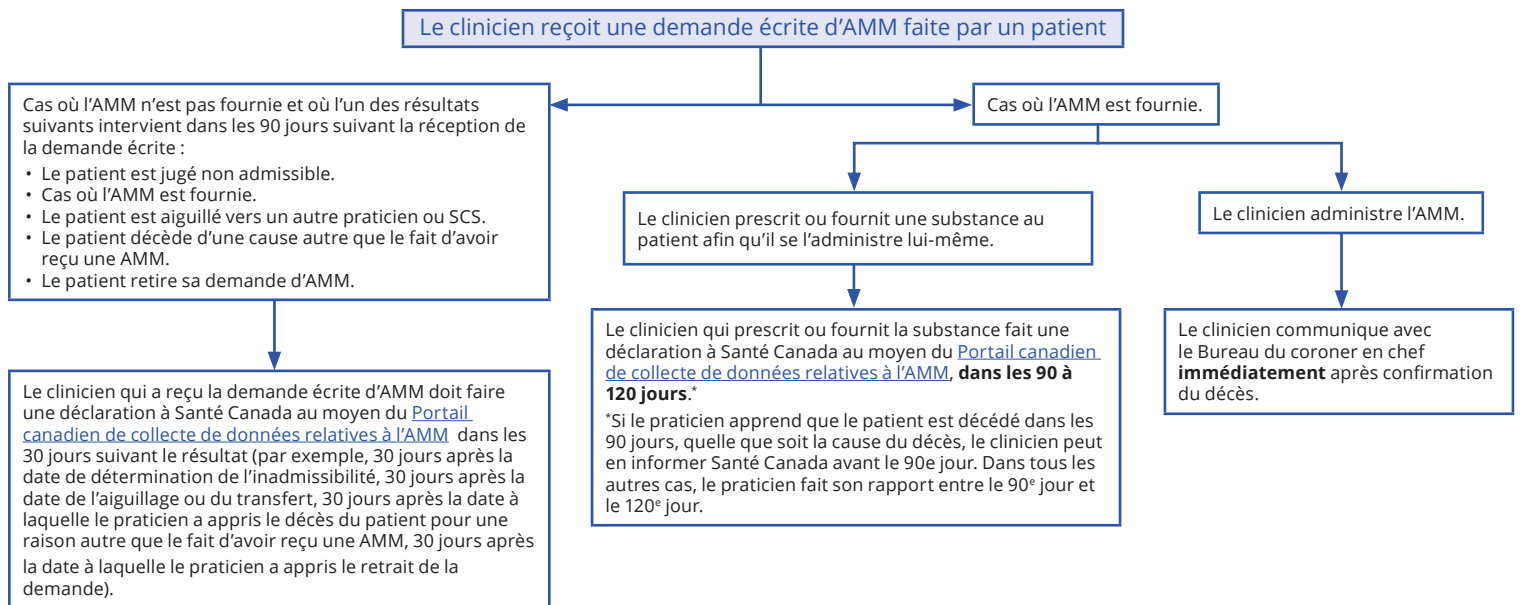
Les délais de déclaration à respecter figurent dans l'ordonnogramme ci-dessous.

Remarque : Les exigences en matière de rapports sont susceptibles d'être modifiées une fois que Santé Canada aura terminé la mise à jour des règlements sur la surveillance de l'AMM. Les renseignements présentés ici seront mis à jour au fur et à mesure de la publication des nouveaux règlements.



On peut consulter des ressources sur les délais et les exigences fédérales en matière de rapports en cliquant [ici](#).

Portail canadien de collecte de données relatives à l'AMM de Santé Canada : [Accéder au portail](#)



REMARQUE : Une déclaration est systématiquement requise lorsqu'une AMM est fournie, quel que soit le délai écoulé depuis la réception de la demande écrite. Pour tous les autres résultats, une déclaration n'est requise que si le résultat se produit dans un délai de 90 jours.



SECTION 2 : Évaluation de l'admissibilité du patient et mesures de sauvegarde

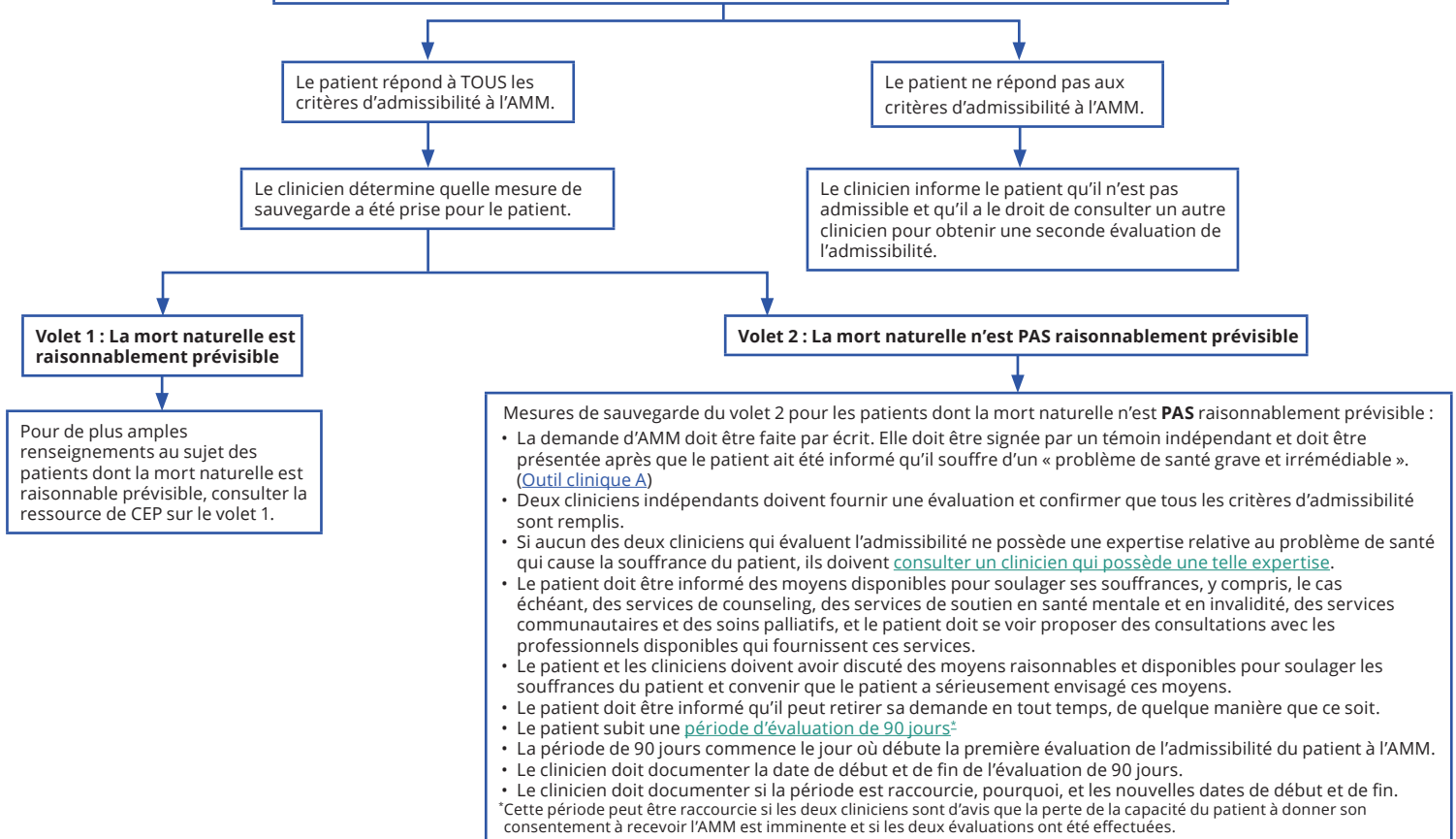
INFO : Le ministère a créé des outils pour aider les cliniciens à documenter la demande des patients et les résultats des évaluations de l'admissibilité :

- [Outil clinique A](#) – demande officielle d'AMM présentée et remplie par le patient
- [Outil clinique B](#) – rempli par le clinicien évaluant le patient ou lui offrant l'AMM et utilisé pour consigner l'admissibilité du patient
- [Outil clinique C](#) – rempli par le deuxième clinicien qui confirme l'admissibilité du patient

Le clinicien évalue l'admissibilité à l'AMM ([outil clinique B](#) [pour le clinicien évaluant/offrant l'AMM] et [outil clinique C](#) [pour le deuxième clinicien]). Critères d'admissibilité :

- Le patient a au moins 18 ans et a la capacité de prendre des décisions.
- Il est admissible aux services de santé publics.
- Il a présenté une demande volontairement (il n'a pas subi de pressions ou d'influences externes).
- Il a donné un consentement éclairé pour recevoir l'AMM après avoir été informé d'autres soins disponibles pour atténuer sa souffrance, y compris les soins palliatifs.
- Il souffre d'une maladie, d'un problème de santé ou d'un handicap grave et incurable.*
- Il est dans un état avancé de déclin qui ne peut pas être inversé.
- Il a éprouvé des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables.

*Les patients dont le seul problème médical est une maladie mentale ne seront pas admissibles à l'AMM avant mars 2023.





SECTION 2 : Évaluation de l'admissibilité du patient et mesures de sauvegarde


Adulte compétent et évaluation de la capacité

- La loi fédérale précise que le patient doit être âgé d'au moins 18 ans et avoir la capacité de prendre des décisions au sujet de sa santé pour être admissible à l'AMM.¹
- Puisque la capacité est associée au temps et au traitement :
 - La capacité du patient doit être évaluée expressément par rapport au consentement à l'AMM.
 - Le patient doit être capable une entente par écrit avec son clinicien pour renoncer au consentement final s'il n'en a pas la capacité immédiatement avant la prestation de l'AMM, sauf dans le cas d'un échec de l'autoadministration de l'AMM avec une entente écrite de « consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration ».

Les conditions de capacité relatives à l'AMM sont identiques à celles visant les soins de santé. Il est recommandé d'utiliser les procédures existantes pour évaluer la capacité.¹⁴

Question à deux volets pour évaluer la capacité :¹⁵

1. Le patient est-il en mesure de comprendre les renseignements pertinents pour donner ou refuser son consentement à l'AMM?
2. Le patient peut-il comprendre et peser les conséquences raisonnablement prévisibles de son consentement à l'AMM ou de son refus de l'AMM?

 Les ressources suivantes peuvent aider les cliniciens à évaluer la capacité :

- [Aide à l'évaluation de la capacité \(AEC\)](#)
Aide à évaluer systématiquement la capacité lorsqu'un patient doit prendre une décision médicale.
- [Assessment of Capacity to Consent to Treatment \(ACCT\) Interview](#)
Sert à évaluer quatre capacités décisionnelles ainsi que la capacité à consentir des patients atteints de maladies neurocognitives ou neuropsychiatriques
- [CPSO - Consent to Treatment](#)
- [OIIO - Directive professionnelle : Le consentement](#)

Demande volontaire et consentement éclairé concernant l'AMM

La demande du patient relative à l'AMM doit être volontaire et ne doit pas résulter de pressions ou d'influences externes.^{1,8,14}

Des mesures raisonnables devraient être prises pour déterminer le patient a pris une décision librement, sans subir si de coercition ou d'influence induite de la part des membres de sa famille/aidants, des fournisseurs de soins de santé ou d'autres personnes.

Le patient doit donner un consentement éclairé pour recevoir l'AMM, après avoir été informé d'autres soins disponibles pour atténuer sa souffrance, y compris l'accès à des accessoires fonctionnels, à des spécialistes et à des soins palliatifs.¹

Pour que le consentement soit éclairé, le patient doit comprendre les six aspects du consentement éclairé, énoncés dans la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* :¹⁵

- La nature du traitement;
- les avantages attendus du traitement;
- les risques importants associés au traitement;
- les effets secondaires importants associés au traitement;
- les solutions de rechange ;
- les conséquences probables de ne pas subir le traitement.



Le patient doit comprendre qu'il peut retirer son consentement en tout temps avant de recevoir l'AMM, sans que cela nuise à sa relation avec le clinicien ou aux soins qui lui sont prodigués.

Le clinicien est tenu de prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que le patient a compris l'information communiquée au sujet de son état de santé et de l'AMM.

Si le patient éprouve de la difficulté à communiquer, le clinicien doit prendre les mesures voulues pour offrir au patient un moyen fiable de comprendre l'information et de communiquer sa décision.^{1,8,14}



La ressource suivante peut être utile aux cliniciens pour les aider à évaluer le consentement volontaire et la prise de décisions éclairées des patients issus de populations vulnérables :

- [Évaluation de la vulnérabilité](#)

Les cliniciens devraient tenir compte des éléments suivants afin de déterminer si leur patient remplit les critères de consentement éclairé.

Le patient doit :

- consentir expressément à l'AMM et comprendre qu'il décedera après avoir reçu le médicament légal ou se l'être administré;²
- être pleinement informé du processus de l'AMM, y compris l'heure, le lieu et le mode d'administration du médicament;
- avoir la capacité de comprendre son état de santé, son diagnostic, son pronostic et sa mort probable résultant de la dose létale de médicament;
- être au courant des complications potentielles associées à l'AMM, y compris l'inefficacité possible du médicament;
- être pleinement informé d'autres formes de traitement disponibles et plans d'action, tels que les soins de confort, palliatifs et de fin de vie, la maîtrise de la douleur et des symptômes et la consultation psychologique ou spirituelle;
- être informé qu'à son décès, son corps peut être transféré au Bureau du coroner en chef aux fins d'examen. L'envergure de l'enquête du coroner ne peut être déterminée à l'avance et, bien que peu probable, peut comprendre une autopsie.* Si le coroner détermine qu'il y a lieu d'enquêter sur le décès, et fait enquête, il rédigera et signera le certificat de décès. Si le coroner détermine qu'il n'y a pas lieu de mener une enquête sur le décès, le clinicien rédigera et signera le certificat de décès;
- recevoir réponse à toutes ses questions et demandes de renseignements supplémentaires au sujet de l'AMM ou des éléments ci-dessus

*Un total de 52 cas ont fait l'objet d'une autopsie complète ou externe depuis la légalisation de l'AMM en 2016. Sur ces 52 cas, 45 se sont produits en 2016, avant l'entrée en vigueur de la Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir de l'Ontario, qui a modifié la Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, chap. C.37. Depuis 2017, tous les cas d'aide médicale à mourir sont examinés par le Bureau du coroner en chef (BCC), mais ne répondent pas nécessairement aux critères d'enquête en vertu de la Loi sur les coroners modifiée, L.R.O. 1990, chap. C.37, ce qui entraîne peu d'autopsies. Depuis les modifications, il y a eu un total de 7 autopsies de 2017 à 2021.¹⁶

Problème de santé grave et irrémédiable

L'état d'un patient est considéré comme grave et irrémédiable si TOUS les critères ci-dessous sont remplis :¹⁷

- souffrir d'une maladie, d'un problème de santé ou d'un handicap grave et incurable;
- être dans un état avancé de déclin qui ne peut pas être inversé;
- éprouver des souffrances physiques ou psychologiques persistantes causées par une maladie, un problème de santé ou un handicap, qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables.



Les ressources suivantes peuvent être utiles aux cliniciens pour évaluer l'état de santé d'un patient :

- [Clinical Frailty Scale](#) : Un outil basé sur le jugement pour dépister la fragilité et pour stratifier de manière générale les degrés d'aptitude et de fragilité. Il ne s'agit pas d'un questionnaire, mais d'un moyen de résumer les informations issues d'une rencontre clinique.
- [Échelle d'invalidité Sheehan \(SDS\)](#) : Un bref outil d'auto-évaluation que les patients utilisent pour évaluer dans quelle mesure le travail/l'école, la vie sociale, la vie domestique ou les responsabilités familiales sont perturbés par leurs symptômes.
- [36-Item Short Form Survey Instrument \(SF-36\)](#) : Une série de mesures de la qualité de vie faciles à administrer et reposant sur l'autoévaluation des patients.
- [QMortality-2017](#) : Une calculatrice qui aide les patients à évaluer leur risque de décès en répondant à quelques questions simples. Cette calculatrice est destinée aux patients de plus de 65 ans.



Mesures de sauvegarde

Voici les mesures de sauvegarde du volet 2 tirées de la loi :

- la demande par écrit d'AMM doit être signée par un seul témoin indépendant;²
- l'utilisation de l'entente écrite « consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration »;
- deux cliniciens indépendants doivent fournir une évaluation et confirmer que tous les critères d'admissibilité sont remplis;
- si aucun des deux cliniciens (qui évaluent l'admissibilité) ne possède une expertise relative à l'état médical causant la souffrance du patient, l'un d'eux doit consulter un [clinicien qui possède une telle « expertise »](#);²
- le patient doit être informé des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris, le cas échéant, des services de counseling, des services de soutien en santé mentale et en invalidité, des services communautaires et des soins palliatifs, et le patient doit se voir proposer des consultations avec les professionnels disponibles qui fournissent ces services;²
- le patient et les cliniciens doivent avoir discuté des moyens raisonnables et disponibles pour soulager les souffrances du patient et convenir que le patient a sérieusement envisagé ces moyens;²
- les évaluations de l'admissibilité doivent s'étaler sur une période [d'au moins 90 jours](#), mais cette durée peut être moindre si la personne est sur le point de perdre sa capacité décisionnelle en matière de soins de santé, à condition que les deux évaluations soient terminées.²

Évaluation par deux cliniciens indépendants

Deux cliniciens indépendants* (c.-à-d. deux médecins, deux infirmiers praticiens ou un médecin et un infirmier praticien) doivent effectuer séparément une évaluation pour vérifier si le patient remplit TOUS les critères d'admissibilité à l'AMM. Ils doivent ensuite fournir leur avis par écrit pour confirmer l'admissibilité du patient.^{1,8,9,14}

*Afin de satisfaire les prescriptions juridiques relatives à l'indépendance, chaque clinicien doit s'assurer qu'il :

- n'est pas un mentor du clinicien effectuant la seconde évaluation ou ne supervise pas son travail ;
- ne sait pas ou ne croit pas être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient faisant la demande ou de tout autre avantage financier ou matériel résultant du décès du patient, autre que ses honoraires ordinaires pour les services offerts se rapportant à la demande;
- ne sait pas ou ne croit pas être lié au clinicien effectuant la seconde évaluation ou au patient faisant la demande d'AMM dans une capacité quelconque qui limiterait son objectivité.

Consultation d'un praticien ou d'un infirmier praticien ayant une « expertise » relative au problème de santé causant la souffrance de la personne^{3,18}

Si aucun des cliniciens ne possède une expertise relative au problème de santé qui cause la souffrance du patient, le clinicien qui fournit l'AMM doit consulter un praticien ou un infirmier praticien qui possède une telle expertise et doit communiquer les résultats de cette consultation au praticien qui fournit l'avis écrit confirmant que le patient est admissible à l'AMM.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une désignation ou une certification de spécialité pour posséder une expertise. L'expertise peut être obtenue par l'éducation, la formation ou l'expérience (p. ex. en traitant des patients souffrant d'un problème similaire).

Période d'évaluation de 90 jours^{3,11,18,19}

Dans le cas des patients dont la mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible, il est nécessaire de prendre un minimum de 90 jours pour l'évaluation de l'admissibilité du patient. Cette période peut être raccourcie par le clinicien qui fournit l'AMM si les deux cliniciens sont d'avis que la perte de la capacité du patient à consentir à recevoir l'AMM est imminente et si les deux évaluations ont été effectuées.¹

Cette évaluation permettra de s'assurer que suffisamment de temps est consacré à l'exploration de tous les aspects pertinents de la situation du patient, y compris la question de savoir si certains traitements ou services pourraient contribuer à réduire sa souffrance, tels que des services de counseling, des services de soutien en santé mentale et en invalidité, des services communautaires et des soins palliatifs.

La période de 90 jours commence le jour de la première évaluation des critères d'admissibilité à l'AMM du patient (p. ex. le jour où le clinicien réfléchit pour la première fois aux renseignements qui font partie d'une évaluation pour l'AMM, comme l'examen du dossier du patient ou une rencontre avec le patient).



La ressource suivante peut aider les cliniciens à comprendre les critères d'admissibilité à l'AMM :

- [La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir \(AMM\)](#)

IParticipation des membres de la famille, des aidants et des amis

Il n'existe pas de processus officiel pour informer la famille et les aidants de la décision d'un patient de demander l'AMM. Les cliniciens peuvent demander au patient s'il aimerait que les membres de sa famille ou ses aidants participent. Le patient n'est cependant pas obligé d'informer sa famille ou ses aidants de sa décision concernant l'AMM. Avec le consentement du patient, la discussion entre le clinicien et la famille et les aidants peut avoir lieu avant ou après que la demande officielle d'AMM soit présentée. Il est également important de noter que les membres de la famille ou les aidants ne peuvent pas annuler la demande d'AMM du patient.

Équipe soignante

L'AMM nécessite l'intervention d'une équipe soignante travaillant en collaboration, y compris des fournisseurs de soins de santé associés, des préposés aux soins de soutien ou des administrateurs, d'après le milieu clinique. Au début du processus, les cliniciens sont invités à désigner et à impliquer les personnes compétentes et à discuter des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe dans la prestation de l'AMM (p. ex. le pharmacien).

Il est conseillé que l'équipe soignante effectue un examen et un compte rendu après que l'AMM a été fournie à un patient. Cette expérience peut être bouleversante et susciter de vives émotions chez le clinicien et l'équipe soignante. Le recours aux ressources de bien-être et aux soutiens est encouragé pour faciliter l'autogestion de la santé.



Ressource pour la santé mentale des médecins :

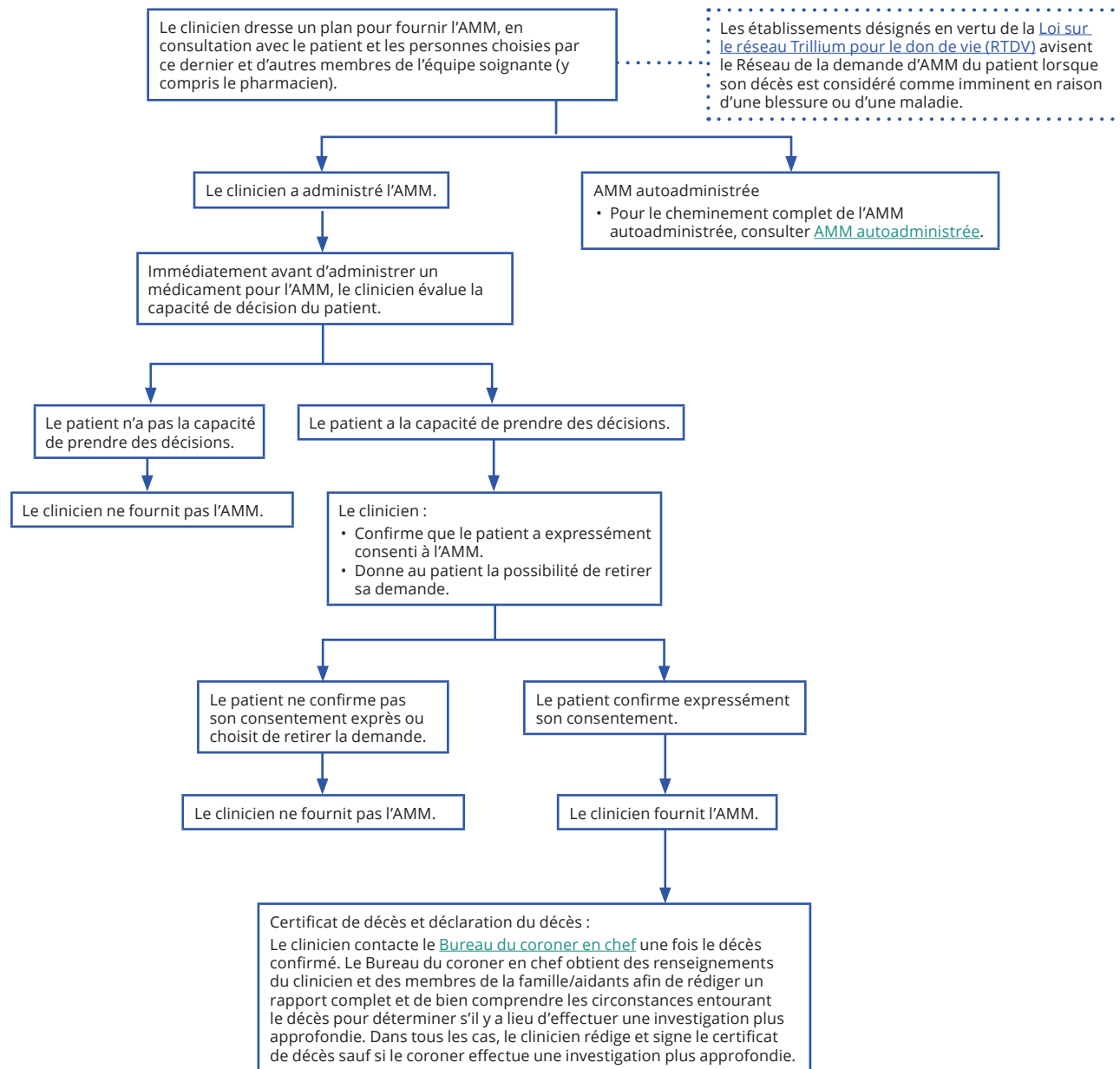
- [OMA Physician Health Program](#)



APPELER la ligne sans frais confidentielle : 1 800 851-6606

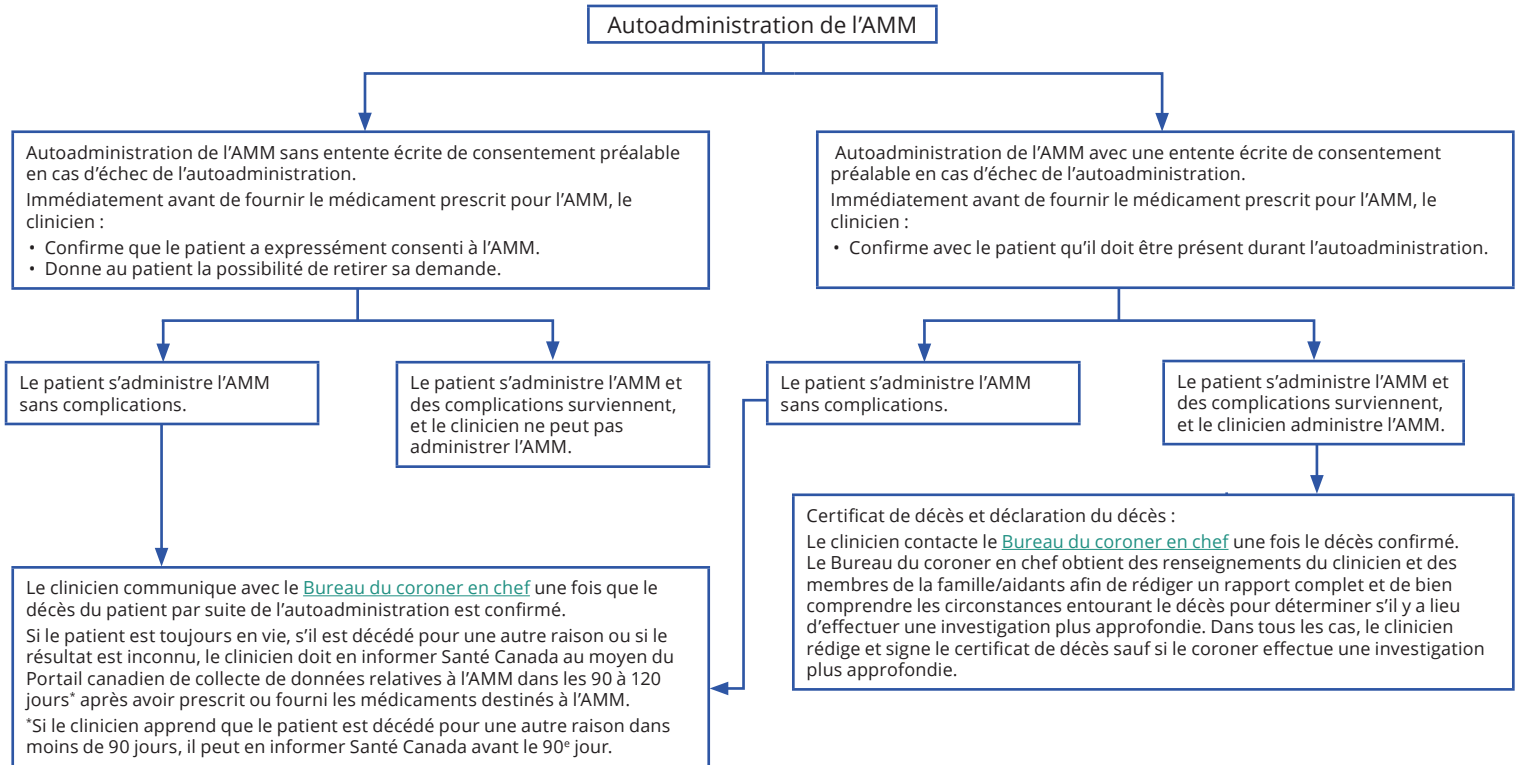
SECTION 3 : Prestation de l'AMM

Administration de l'AMM par le clinicien



SECTION 3 : Prestation de l'AMM

Autoadministration de l'AMM



Le clinicien dresse un plan de soins pour la prestation de l'AMM

Le clinicien dresse un plan de soins pour la prestation de l'AMM en menant des discussions avec le patient, les personnes choisies par ce dernier et les autres membres de l'équipe soignante.

Considérations relatives au plan de soins:

- Déterminer la méthode la plus appropriée de fournir l'AMM au patient, compte tenu de ses préférences, de son état de santé et des soutiens disponibles.
- Si le patient prévoit s'administrer le médicament pour l'AMM à la maison, les cliniciens devraient aider le patient, ainsi que les personnes qu'il a choisies, à déterminer s'il s'agit d'une option pratique. Dans ce cas, le patient peut conclure une entente écrite avec son clinicien pour qu'il soit présent et intervienne en cas d'échec de l'autoadministration (pour de plus amples renseignements, voir « [Consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration](#) »).
- S'assurer que l'équipe soignante est informée du processus convenu pour fournir l'AMM au patient.
- Informer le pharmacien que le médicament prescrit sera utilisé pour l'AMM.
- Prendre les dispositions pertinentes en conformité aux protocoles de médicaments (p. ex. s'assurer d'avoir accès à l'appareil pour injection intraveineuse avant l'administration de l'AMM, si on n'installe pas soi-même l'appareil pour injection intraveineuse, désigner une personne au sein de son équipe qui sait comment installer ces appareils comme il se doit; s'assurer que les membres de l'équipe soignante connaissent leurs rôles, etc.).

Les cliniciens doivent demander le consentement de leurs patients avant de contacter les membres de leur famille ou leurs aidants pendant cette période. La ressource suivante peut être utile aux cliniciens pour aider leurs patients et les membres de leur famille ou aidants à se préparer aux soins de fin de vie :

- [Planning for and Providing Quality End-of-Life Care](#)

Dons d'organes et de tissus

Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV)

Les patients pourraient être admissibles à un don d'organes et de tissus après l'AMM. La possibilité de faire un don fait partie des soins de fin de vie de qualité. En collaboration avec le clinicien et le RTDV, une conversation à ce sujet devrait avoir lieu suffisamment tôt pour que la décision du patient de faire un don s'inscrive dans le processus de planification de l'AMM.

Les établissements et les sites désignés doivent aviser le RTDV de tous les patients dont la mort est considérée comme imminente en raison d'une blessure ou d'une maladie, conformément au paragraphe 8.1 de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*.²⁰



L'hyperlien ci-dessous renvoie à la liste des établissements et des sites désignés du RTDV :

- [Établissements et sites désignés](#)



COMPOSER le numéro sans frais
(1 877 363-8456) RGT (416 363-4438)



Préparation de l'autoadministration

- Les membres de la famille ou les aidants sont légalement autorisés à aider le patient à s'administrer la dose létale de médicament pour l'AMM, dans la mesure où ce dernier demande explicitement leur aide.
- S'assurer que le patient, les membres de la famille ou l'aidant peuvent entreposer le médicament à un endroit sûr, de sorte que d'autres personnes n'y aient pas accès.
- Dresser un plan pour le retour des médicaments non utilisés, dans l'éventualité où le patient décide de ne pas procéder à l'AMM.
- S'assurer que le patient et les membres de la famille ou les aidants sont informés et préparés à ce qui les attend une fois que le patient a pris le médicament létal et que sa mort est imminente.
- S'assurer que les membres de la famille ou les aidants sont préparés à ce qui les attend et à ce qu'ils doivent faire après le décès du patient (p. ex. déclarer le décès au Bureau du coroner en chef, etc.).
- Le clinicien n'a pas besoin d'être présent, sauf s'il a conclu une entente écrite qui l'autorise à fournir l'AMM si le patient ne meurt pas dans un délai déterminé après s'être administré une substance et a perdu la capacité de donner son consentement.³ Si le patient a une entente écrite pour que le clinicien intervienne en cas de complications lors de l'autoadministration de l'AMM, le clinicien doit être présent pour pouvoir intervenir. Voir « [Consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration](#) » pour en savoir plus.
- Le clinicien pourrait vouloir encourager le patient à l'inclure pendant l'autoadministration même s'il n'y a pas d'entente écrite. Cependant, le clinicien doit expliquer qu'en l'absence d'une entente écrite, il ne peut pas intervenir et administrer une autre substance qui causera la mort si l'autoadministration se prolonge ou échoue, à moins que le patient ne soit capable de donner son consentement immédiatement avant que le clinicien n'administre l'AMM.³

« Consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration »

Les patients qui choisissent de s'administrer l'AMM peuvent conclure des ententes écrites permettant l'administration de l'AMM par un clinicien si des complications surviennent après l'autoadministration. Les cliniciens peuvent administrer l'AMM à un patient qui perd la capacité de consentir après s'être administré si :³

- Avant que le patient ne procède à l'autoadministration de l'AMM, l'entente écrite stipule ce qui suit :
 - o le clinicien sera présent lors de l'autoadministration de l'AMM;
 - o le consentement a été donné pour que le clinicien administre une autre substance qui entraînera la mort en cas d'échec de l'autoadministration (c'est-à-dire si le patient ne meurt pas dans un délai déterminé et perd sa capacité à consentir);
 - o après un temps déterminé, le clinicien peut administrer la seconde substance, si l'autoadministration a échoué;
- Le patient perd sa capacité après s'être administré l'AMM et ne meurt pas dans le délai prévu par l'entente écrite;
- Le clinicien administre l'AMM au patient conformément aux termes de l'entente écrite.²¹

Informé le pharmacien

Le clinicien qui prescrit ou obtient une substance pour l'AMM doit informer le pharmacien qu'il utilisera la substance à cette fin, avant que le pharmacien la délivre.

Il est recommandé d'informer le pharmacien le plus tôt possible, dès que le clinicien apprend que le patient est admissible à l'AMM.⁹

La collaboration aux premières étapes facilite l'accès en temps opportun des patients admissibles aux médicaments et aux fournitures nécessaires.

Les discussions avec le pharmacien devraient porter sur les éléments suivants :⁹

- Le protocole de médicaments retenu;
- L'heure prévue et le lieu de l'administration du médicament pour l'AMM;
- Le temps requis pour préparer (ou obtenir) l'agent ou les agents pharmacologiques;
- La date précise après laquelle l'ordonnance ne doit pas être délivrée;
- La marche à suivre pour retourner les médicaments inutilisés à la pharmacie pour leur élimination sécuritaire;
- Toute autre information pertinente à communiquer au pharmacien.

Dans les 30 jours suivant la délivrance des médicaments, le pharmacien habilité à délivrer les médicaments doit faire une déclaration à Santé Canada au moyen du Portail canadien de collecte de données relatives à l'AMM.

Protocoles de médicaments

Les cliniciens doivent exercer leur jugement clinique afin de déterminer le protocole de médicaments approprié à appliquer pour fournir l'AMM.

Quel que soit le protocole retenu pour l'AMM, le clinicien devrait s'assurer que le patient est à l'aise et voir à atténuer sa douleur et son anxiété. Le coût des médicaments, y compris de la trousse de secours, pour tous les patients admissibles est couvert, quel que soit le mode d'administration.

Notification du coroner

En vertu de la loi en vigueur, tous les décès par l'AMM, qu'elle soit administrée par le clinicien ou autoadministrée, doivent être déclarés au Bureau du coroner en chef. Après qu'un décès est déclaré, le Bureau du coroner en chef communique avec les cliniciens et membres de la famille et aidants. Les cliniciens doivent se préparer à fournir l'information nécessaire pour que le processus soit le plus efficace, efficace et conforme possible. Il est recommandé que les cliniciens offrant l'AMM disposent de dossiers médicaux complets et les rendent accessibles au coroner afin que ce dernier ait les informations qu'il juge nécessaires à la rédaction d'un rapport complet et pour déterminer s'il y a lieu d'effectuer une investigation plus approfondie sur le décès. Dans tous les cas, le clinicien rédige et signe le certificat de décès sauf si le coroner effectue des investigations plus approfondies.



Bureau du coroner en chef :
1 855 299-4100



REMARQUE : Au moment du décès du patient, il est recommandé que le clinicien soit présent pour offrir un soutien à la famille et aux aidants (p. ex. notification du Bureau du coroner en chef), si le patient y consent, même dans les cas d'autoadministration.

SECTION 4 : Liste de contrôle pour le volet 2

Les documents à inclure au dossier médical du patient sont énumérés ci-dessous. Ces documents devraient être disponibles et accessibles pour faciliter la tenue d'une enquête efficace et efficiente par le Bureau du coroner en chef.

Liste de contrôle pour le volet 2	Date et initiales (terminé)
<p>Demande de renseignements du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Date de la demande de renseignements initiale du patient <input type="checkbox"/> Date et détails de la discussion pour comprendre la motivation et la souffrance derrière la demande d'AMM par le patient <input type="checkbox"/> Le patient est informé des moyens qui sont disponibles pour alléger sa souffrance, y compris les soins palliatifs <input type="checkbox"/> Déclaration à Santé Canada des demandes écrites du patient pour l'AMM 	
<p>Objection de conscience et aiguillage du patient (le cas échéant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déclaration à Santé Canada de la demande écrite du patient pour l'AMM, même si le clinicien n'a pas procédé aux discussions et à la prestation de l'AMM. 	
<p>Consentement du patient à discuter de l'AMM avec la famille/les aidants et le parent proche (cochez uniquement la case pertinente ci-dessous)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consentement du patient donné <input type="checkbox"/> Consentement du patient non donné 	
<p>Évaluations de l'admissibilité : effectuées par deux différents cliniciens</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les formulaires suivants sont remplis : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Outil clinique B <input type="checkbox"/> Outil clinique C <input type="checkbox"/> Confirmation que les critères relatifs à l'indépendance sont remplis 	
<p>Mesures de sauvegarde</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demande écrite remplie, signée et datée par le patient (Outil clinique A) <input type="checkbox"/> Demande signée et datée par un témoin indépendant (confirmer que les critères relatifs à l'indépendance sont remplis) <input type="checkbox"/> Transcription de la demande au nom du patient (s'il est incapable d'écrire) <input type="checkbox"/> Demande signée et datée au nom du patient (s'il est incapable d'écrire) <input type="checkbox"/> Consultation d'un clinicien possédant une expertise (s'il y a lieu) <input type="checkbox"/> Communication des résultats de la consultation avec un clinicien ayant une expertise relative au problème de santé à l'origine de la souffrance du patient (si elle a été menée) à l'autre clinicien responsable de l'évaluation de l'admissibilité <input type="checkbox"/> Le patient est informé qu'il peut retirer sa demande en tout temps, de quelque manière que ce soit. 	
<p>Période d'évaluation de 90 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dates de début et de fin de l'évaluation de 90 jours <input type="checkbox"/> Si la période d'évaluation de 90 jours est raccourcie, la raison de le faire et les nouvelles date de début et de fin 	
<p>Notification habituelle de l'admissibilité à un don d'organes ou de tissus (obligatoire pour les établissements et sites désignés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notification du Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) COMPOSER : 1 877 363-8465 	
<p>Détails du plan de soins pour l'AMM- administration par le clinicien (le cas échéant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les membres de l'équipe soignante pour l'AMM sont désignés et informés <input type="checkbox"/> Consentement du patient à l'inclusion des membres de la famille/aidants/personnes choisies par le patient <input type="checkbox"/> Heure et lieu de l'AMM administrée par le clinicien <input type="checkbox"/> Protocole de médicaments choisi <input type="checkbox"/> Autres considérations pertinentes; veuillez préciser : _____ 	


SECTION 4 : Liste de contrôle pour le volet 2 (suite)

Liste de contrôle pour le volet 2	Date et initiales (terminé)
<p>Détails du plan de soins pour l'AMM – autoadministration (le cas échéant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les membres de l'équipe soignante pour l'AMM sont désignés et informés <input type="checkbox"/> Si le patient choisit de créer une entente écrite de « consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration » pour l'AMM administrée par le clinicien en cas d'échec de l'autoadministration, les détails de l'entente écrite <input type="checkbox"/> Heure et lieu de l'autoadministration de l'AMM avec l'entente écrite de « consentement préalable en cas d'échec de l'autoadministration » et la présence du clinicien <input type="checkbox"/> Plan pour l'élimination sécuritaire des restes de médicaments <input type="checkbox"/> Autres considérations pertinentes; veuillez préciser : _____ 	
<p>Rencontre avec le patient et sa famille avant la procédure d'AMM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion avec le patient et les personnes choisies par ce dernier pour le préparer à l'AMM 	
<p>Documents relatifs à l'administration de l'AMM par le clinicien</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mode d'administration (à l'hôpital/dans le cabinet du médecin) <input type="checkbox"/> Note sur la procédure d'AMM <input type="checkbox"/> Tout autre document exigé par l'établissement du clinicien (p. ex. ordonnance remplie et signée pour l'AMM, dossier pharmacologique, fiche d'administration de médicaments pour l'AMM) <input type="checkbox"/> Lorsque l'AMM est fournie, les cliniciens doivent consigner ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'analyse effectuée pour déterminer si la mort naturelle du patient était ou non raisonnablement prévisible <input type="checkbox"/> les mesures prises pour s'assurer que les mesures de sauvegarde pertinentes ont été respectées <input type="checkbox"/> le protocole de médicaments utilisé [c.-à-d. le(s) type(s) de médicaments et les posologies] <input type="checkbox"/> l'heure du décès du patient <input type="checkbox"/> toute information supplémentaire nécessaire pour se conformer aux obligations de déclaration du clinicien au Bureau du coroner en chef lorsque l'AMM est fournie 	
<p>Documents relatifs à l'autoadministration de l'AMM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mode d'administration <input type="checkbox"/> Note sur la procédure d'AMM <input type="checkbox"/> Tout autre document exigé par l'établissement du clinicien (p. ex. ordonnance remplie et signée pour l'AMM, dossier pharmacologique, fiche d'administration de médicaments pour l'AMM) <input type="checkbox"/> Lorsque l'AMM est autoadministrée, les cliniciens doivent consigner ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'analyse effectuée pour déterminer si la mort naturelle du patient était ou non raisonnablement prévisible <input type="checkbox"/> les mesures prises pour s'assurer que les mesures de sauvegarde pertinentes ont été respectées <input type="checkbox"/> le protocole de médicaments utilisé [c.-à-d. le(s) type(s) de médicaments et les posologies] <input type="checkbox"/> l'heure du décès du patient <input type="checkbox"/> toute information supplémentaire nécessaire pour se conformer aux obligations de déclaration du clinicien au Bureau du coroner en chef lorsque l'AMM est fournie 	
<p>Déclaration du décès au Bureau du coroner en chef</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notification du Bureau du coroner en chef : composer le 1 855 299 4100 pour déclarer un décès résultant de l'AMM <input type="checkbox"/> Dossier médical complet du patient fourni au Bureau du coroner en chef aux fins d'enquête 	

SECTION 5 : Documents complémentaires*

- [i] CPSO Policy Statement #18: Medical Assistance in Dying <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying>
- [ii] CPSO Fact Sheet: Ensuring Access to Care – Effective Referral <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Professional-Obligations-and-Human-Rights/Advice-to-the-Profession-Professional-Obligations#:~:text=Physicians%20make%20an%20effective%20referral,a%20health%2Dcare%20professional%20who>
- [iii] CNO Guidance on Nurses' Roles in Medical Assistance in Dying <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41056-guidance-on-nurses-roles-in-maid.pdf>
- [iv] OCP Code of Ethics <http://www.ocpinfo.com/library/council/download/CodeofEthics2015.pdf>
- [v] Outil clinique A Demande d'aide médicale à mourir faite par le patient <https://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=&ENV=WWF&TIT=3889&NO=014-3889-22F>
- [vi] Outil clinique B Médecin ou infirmier praticien (principal) fournissant les services d'aide médicale à mourir <https://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/MinistryDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&ENV=WWF&NO=014-3890-22F>
- [vii] Outil clinique C Médecin ou infirmier praticien consultant (secondaire) fournissant l'aide médicale à mourir <https://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/MinistryDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&ENV=WWF&NO=014-3891-22F>
- [viii] Document d'orientation en matière de production des rapports sur l'aide médicale à mourir - Sommaire <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir/orientation-rapports-sommaire.html>
- [ix] Portail canadien de collecte de données relatives à l'aide médicale à mourir <https://surveys-enquetes.statcan.gc.ca/goc-gdc/en/login-connexion/open-ouvrir>
- [x] Aide à l'évaluation de la capacité (AEC) https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/education-and-events/resident-symposium/aid_to_capacity_evaluation-f.pdf
- [xi] Assessment of Capacity to Consent to Treatment (ACCT): Challenges, the "ACCT" Approach, Future Directions <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074108/>
- [xii] College of Physicians and Surgeons of Ontario Policy Statement #5: Consent to Treatment <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Consent-to-Treatment>
- [xiii] OIIO – Directive professionnelle : Le consentement https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51020_consent.pdf
- [xiv] Norme sur la protection des personnes vulnérables <https://www.vps-npv.ca/french>
- [xv] Clinical Frailty Scale <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>
- [xvi] The GSF Prognostic Indicator Guidance <https://goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
- [xvii] Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) http://hpc.providencehealthcare.org/sites/hpc.providencehealthcare.org/files/349_spict_tool.pdf
- [xviii] Mississauga Halton Regional Hospice Palliative Care Early Identification and Prognostic Indicator Guide <http://www.mhpcn.net/sites/default/files/Early%20ID%20Guide%20MHPCN%20revised%20March%202017.pdf>
- [xix] Murray S.A., Kendall M., Boyd K., Sheikh A. Illness Trajectories and Palliative Care. BMJ. 2005; vol. 330, no 7498, p. 1007-1011 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074108/>
- [xx] La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>
- [xxi] Ontario Medical Association: Physician Health Program <https://php.oma.org/>
- [xxii] CPSO Policy Statement #25: Planning for and Providing Quality End-of-Life Care <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Planning-for-and-Providing-Quality-End-of-Life-Care>
- [xxiii] RTDV : Présentation de rapports destinés au public (Liste des établissements et des sites désignés) <https://www.giftoflife.on.ca/fr/publicreporting.htm>
- [xxiv] CPSO Advice to the Profession: Medical Assistance in Dying <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying/Advice-to-the-Profession-Medical-Assistance-in-Dying#:~:text=This%20criminal%20prohibition%20applied%20to,the%20request%20of%20the%20patient.>
- [xxv] British Columbia Ministry of Health's Waiver of Final Consent - Instructions for Completion https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/forms/1645_instructions.pdf
- [xxvi] Alberta Health Services Waiver of Final Consent - Instructions for Completion <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/maid/if-hp-maid-instructions-waiver-of-final-consent.pdf>
- [xxvii] Alberta Health Services Waiver of Final Consent Form <https://www.albertahealthservices.ca/frm-21806.pdf>
- [xxviii] Dying With Dignity https://www.dyingwithdignity.ca/get_the_facts_assisted_dying_law_in_canada#safeguards
- Documents et ressources complémentaires pouvant être utiles aux cliniciens :
- [xxix] Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM <https://camapcanada.ca/resources/>
- [xxx] Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada : Aide médicale à mourir : Ce que toute infirmière ou tout infirmier devrait savoir <https://spic.ca/article/laide-medecale-a-mourir-ce-que-toute-infirmiere-ou-tout-infirmier-devrait-savoir/>
- [xxxi] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario Aide médicale à mourir - FAQ <https://www.cno.org/fr/trending-topics/aide-medecale-a-mourir/aide-medecale-a-mourir/>
- [xxxii] Questions sur la Norme sur la protection des personnes vulnérables <https://www.vps-npv.ca/les-questions>
- [xxxiii] OCP: Medical Assistance in Dying: Guidance to Pharmacists and Pharmacy Technicians <https://www.ocpinfo.com/library/practice-related/download/PhysicianAssistedDeath.pdf>
- [xxxiv] TGLN: Routine Notification for Designated Hospitals FAQ <https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/Routine%20Notification.pdf>
- [xxxv] CMA Module de base en ligne sur l'aide médicale à mourir (AMM) <https://shop.cma.ca/products/00002166#>
- Ressources additionnelles concernant les soins palliatifs et décès communautaires :
- [xxxvi] Réseau ontarien des soins palliatifs Trousse à outils pour les soins palliatifs : La trousse à outils pour les soins palliatifs comprend des liens vers les outils de pratiques exemplaires en provenance du monde entier pour aider les fournisseurs de soins primaires dans la prestation des soins palliatifs <https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/fr/ressources/trousse-outils-pour-les-soins-palliatifs>
- [xxxvii] Symptom Response Kits : outil à l'intention des patients qui reçoivent des soins palliatifs à la maison qui pourraient nécessiter des soins pour soulager des symptômes non prévus ou pour les personnes dont les symptômes évoluent rapidement. <http://hpcconnection.ca/symptom-response-kits/>
- [xxxviii] Hospice Palliative Care Ontario (HPCO): le site Web de HPCO comprend une série d'hyperliens vers des ressources éducatives à l'intention des cliniciens, patients et familles/aidants. <http://www.hpcoco.ca>

*Les documents complémentaires sont hébergés par des organismes externes. L'exactitude de leur contenu et l'accessibilité des hyperliens ne peuvent donc être garanties. Le CEP ne ménage cependant aucun effort pour actualiser les hyperliens.

SECTION 5 : Bibliographie

- [1] *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* (Projet de loi C-7), 2e session, 43e législature, Canada, 2021 (sanctionnée le 17 mars 2021).
- [2] Ministère de la Justice du gouvernement du Canada. La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir. 2021. [cité le 5 avril 2021]. Disponible à : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>
- [3] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario Advice to the Profession: Medical Assistance in Dying. 2021. [cité le 20 avril 2021]. Disponible à : <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying/Advice-to-the-Profession-Medical-Assistance-in-Dying#:~:text=This%20criminal%20prohibition%20applied%20to,the%20request%20of%20the%20patient.>
- [4] Centre for Effective Practice. L'aide médicale à mourir (AMM) en Ontario : Volet 2. 2021. [cité le 10 avril 2021]. Disponible à :
- [5] *Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir* – Projet de loi 84 : Loi modifiant diverses lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir (Ont.). 2017. [cité le 2 novembre 2017]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/s17007>
- [6] Centre for Effective Practice. AMM. 2021. [cité le 10 avril 2021]. Disponible à :
- [7] Branigan M. Desire for hastened death: exploring the emotions and the ethics. 2015. [cité le 30 septembre 2016]. Curr Opin Support Palliat Care. Vol. 9, no 1, p. 64-71.
- [8] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : Guidance on Nurses' Roles in Medical Assistance in Dying. 2021. [cité le 27 juin 2016]. Disponible à : <https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41056-guidance-on-nurses-roles-in-maid.pdf>
- [9] Ordre des pharmaciens de l'Ontario : Medical Assistance in Dying - Guidance to Pharmacists and Pharmacy Technicians. 2021. [cité le 30 avril 2021]. Disponible à : <http://www.ocpinfo.com/library/practice-related/download/PhysicianAssistedDeath.pdf>
- [10] Répertoire central des formulaires de l'Ontario. Outil clinique A Demande d'aide médicale à mourir faite par le patient. 2021. [cité le 3 mai 2021]. Disponible à : <https://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=&ENV=WW-F&TIT=3889&NO=014-3889-22F>
- [11] Ministère de la Justice du gouvernement du Canada. Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec - Partie III – Mesures de sauvegarde pour l'AMM. 2021. [cité le 10 avril 2021]. Disponible à : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/p4.html>
- [12] Gouvernement du Canada. Document d'orientation en matière de production des rapports sur l'aide médicale à mourir. 2021. [cité le 15 juin 2021]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir/orientation-rapports-sommaire/document.html>
- [13] Groupe d'experts de Santé Canada.
- [14] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario Policy Statement #4-16: Medical Assistance in Dying. 2016. [cité en juin 2016].
- [15] *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, chap. 2, annexe A
- [16] Comité d'experts du ministère de la Santé de l'Ontario.
- [17] Gouvernement du Canada. G Avoir un problème de santé grave et irrémédiable. 2021. [cité le 10 avril 2021]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>
- [18] *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*, L.R.O., 1990.
- [19] Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 241.2 (3.5).
- [20] Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 241.2 (3.2) – (3.4).

La présente ressource a été élaborée dans le cadre de la Knowledge Translation in Primary Care Initiative, dirigée par le CEP en collaboration avec l'Ontario College of Family Physicians et la Nurse Practitioners' Association of Ontario. Le Dr Sandy Buchman, MD, CCMF (PC), FCFP a assuré la direction clinique pour l'élaboration de la ressource et le Dr Jocelyn Downie, CM, MSRC, MACSS, J.S.D. a fourni de la rétroaction sur le contenu juridique pour la mise à jour de 2021. La ressource a fait l'objet d'un examen externe auprès de fournisseurs de soins de santé et d'autres intéressés. La ressource a été financée par le gouvernement de l'Ontario dans le cadre de la Knowledge Translation in Primary Care Initiative.

La présente ressource est destinée aux professionnels de la santé agréés de l'Ontario uniquement à titre de guide et ne constitue pas un avis médical ou professionnel. Les professionnels de la santé doivent exercer leur jugement clinique dans l'utilisation de cette ressource. Ni le Centre for Effective Practice (CEP), l'Ontario College of Family Physicians, la Nurse Practitioners' Association of Ontario, le gouvernement de l'Ontario, ni leurs représentants, mandataires, administrateurs, dirigeants, employés, entrepreneurs, membres ou bénévoles respectifs : (i) n'offrent de service médical, de diagnostic ou de traitement par le biais de cette ressource; (ii) n'assument aucune responsabilité, dans la mesure autorisée par la loi, pour l'utilisation licite ou abusive de la ressource par toute personne, notamment les fournisseurs ou établissements de soins primaires, y compris à l'égard de perte, de dommage ou de préjudice (incluant le décès) résultant de l'utilisation en tout ou en partie de la ressource; et (iii) ne donnent aucune recommandation, assurance ou approbation relativement aux sources externes qui y sont mentionnées (qu'elles soient explicitement nommées ou non) et qui sont possédées ou exploitées par des tiers, ce qui comprend l'information et les conseils figurant aux présentes.



Volet 2 de l'aide médicale à mourir (AMM) en Ontario : La mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible a été produit par le Centre for Effective Practice, qui en autorise l'utilisation, la reproduction et la diffusion à des fins non commerciales et de recherche, sous réserve que l'avis de non-responsabilité ci-dessus, le présent paragraphe et les paragraphes suivants ainsi que la citation proposée figurent dans l'ensemble des copies, modifications et diffusions. L'utilisation de cette ressource à des fins commerciales ou de toutes ses modifications est visée par des frais et doit être négociée au préalable avec le Centre for Effective Practice (courriel : info@cep.health).

À des fins statistiques et bibliographiques, veuillez aviser le Centre for Effective Practice (info@cep.health) de l'utilisation ou de la reproduction de la ressource. Veuillez utiliser la citation ci-dessous pour tout renvoi à la ressource :

Reproduit avec l'autorisation du Centre for Effective Practice. (Révisé en septembre 2021). Volet 2 de l'aide médicale à mourir (AMM) en Ontario : La mort naturelle n'est PAS raisonnablement prévisible. Toronto : Centre for Effective Practice.

Élaboré par :



Centre
for Effective
Practice

En collaboration avec :



Leaders for a healthy Ontario.

