

Administration de l'aide médicale à mourir (AMM) chez l'adulte

Ce protocole médical national a été élaboré avec la collaboration d'un comité consultatif formé de cliniciens et d'experts québécois. Il remplace les lignes directrices pharmacologiques de la version 2019 du [guide d'exercice québécois sur l'AMM](#).

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne qui :

- ▶ satisfait à toutes les conditions prévues par la [Loi concernant les soins de fin de vie \(LCSFV\)](#) ainsi qu'aux critères d'admissibilité à l'AMM établis par le [Code criminel](#).

ET

- ▶ dont la demande d'AMM a été acceptée en considérant les éléments cliniques et le processus décisionnel présenté dans le [guide d'exercice québécois sur l'AMM](#).

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

- ▶ Impossibilité d'installer un accès veineux fonctionnel

DIRECTIVES

1. APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

Avant de procéder à l'administration de l'aide médicale à mourir:

- ▶ S'assurer que la personne satisfait à toutes les conditions prévues par la LCSFV ainsi que par le [Code criminel](#).
- ▶ Si la personne a consenti à un don d'organes ou de tissus, confirmer auprès de [Transplant Québec](#) ou [Héma Québec](#) les procédures en vigueur et si des médicaments doivent être ajoutés¹. Pour plus d'information sur le don d'organes ou de tissus dans un contexte d'AMM, consulter le [Feuillelet d'information](#).

Histoire de santé

1.1 Rechercher la présence des éléments suivants (pour plus de détails, consulter la section 4.3) :

- ▶ Oxygénothérapie
- ▶ Défibrillateur cardiaque implantable (DCI)
- ▶ Obésité importante (≥ 150 kg)²

1.2 Histoire médicamenteuse

Se renseigner sur :

- ▶ Les risques de tolérance aux benzodiazépines (p.ex. troubles actuels ou passés liés à l'usage d'alcool ou prise régulière et concomitante de dépresseurs du système nerveux central)³
- ▶ Un éventuel antécédent de réaction allergique sévère à un ou plusieurs des médicaments administrés dans le cadre de l'AMM

¹ L'administration de ce type de médicament n'est pas abordée dans le présent PMN.

² Les dosages recommandés dans ce PMN sont indiqués pour les personnes pesant jusqu'à 150 kg. Au-delà de ce poids, une consultation avec un collègue expérimenté devrait être envisagée.

³ Pourrait orienter le choix du sédatif à action prolongée (voir section 3), mais ne devrait pas influencer la dose de midazolam à utiliser pour induire une anxiolyse.

1.3 Potentiel veineux

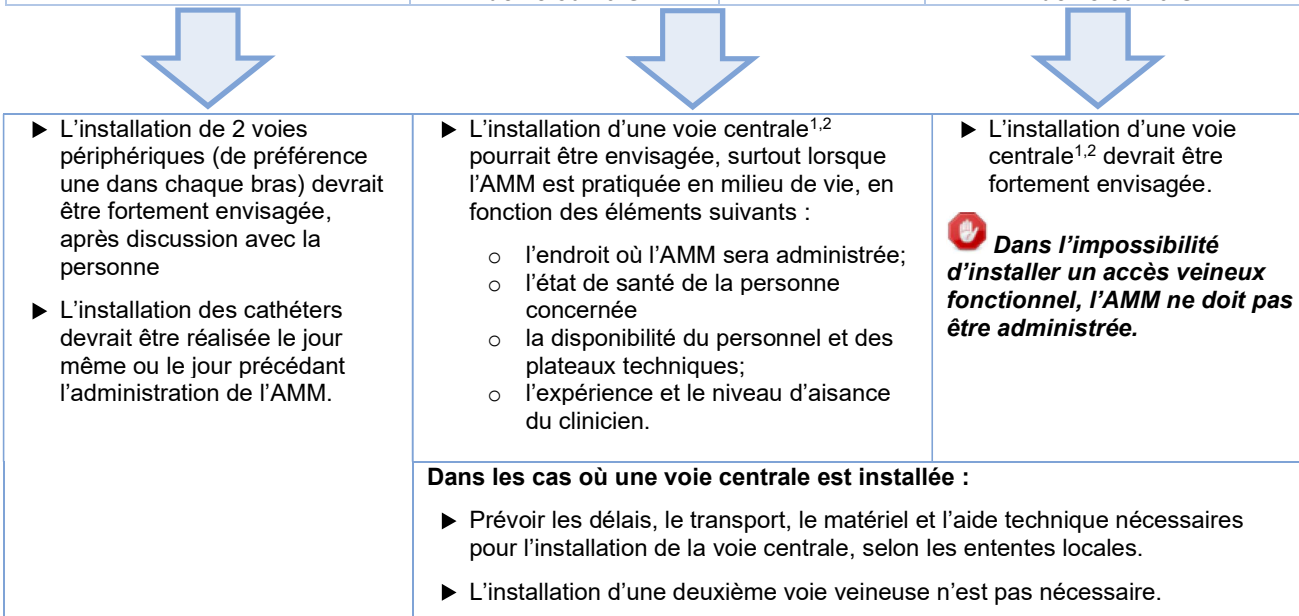
- ▶ Évaluer le potentiel veineux de la personne idéalement au cours des 24 heures précédant l'administration.
 - Dans un contexte d'AMM en milieu de vie⁴, il peut être nécessaire d'évaluer le potentiel veineux plus tôt, soit dès l'approbation de la procédure ou de 48 à 72 heures avant la date prévue de son administration afin d'être en mesure de prévoir l'installation d'une voie centrale au besoin.
- ▶ Porter une attention particulière aux situations ou conditions médicales suivantes qui pourraient compromettre l'installation d'une voie veineuse périphérique, par exemple (liste non exhaustive) :
 - Anasarque
 - Antécédent de chimiothérapie prolongée
 - Déshydratation
 - Obésité importante
 - Personne « difficile à piquer » à la suite de plusieurs essais infructueux ou en raison d'accès veineux périphériques difficiles à obtenir durant les derniers mois

1.4 Installation des voies d'accès en fonction de la qualité du potentiel veineux

! L'algorithme suivant a été élaboré pour soutenir la prise de décision concernant l'installation des accès veineux. **Il ne remplace toutefois pas le jugement clinique.**

* Il est important de souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans ce processus, notamment avec le personnel infirmier.

QUALITÉ DU POTENTIEL VEINEUX			
Permet la pose de <u>deux</u> cathéters de 18 ou 20 G	Permet la pose de <u>seulement un</u> cathéter de 18 ou 20 G	Équivoque/ douteux	Ne permet pas la pose d'au moins un cathéter de 18 ou 20 G



¹ Une voie centrale sous-clavière, jugulaire ou fémorale peut être utilisée selon les compétences et le niveau d'aisance du clinicien. Un cathéter veineux central peut également être installé via les veines périphériques du bras (cathéter central inséré par voie périphérique; CCIVP ou PICC line). Pour les personnes qui ont déjà un cathéter veineux central sous-cutané (souvent appelé port-a-cath), il est possible d'utiliser cette voie d'accès ou encore tout autre cathéter que l'équipe interprofessionnelle juge suffisant, perméable et d'assez bon calibre.

² Dans certains cas particuliers et dans la mesure où cette option n'est pas contre-indiquée (voir section 3) et a été discutée avec la personne, la voie intraosseuse pourrait être envisagée, selon le jugement du clinicien ainsi que son niveau d'aisance, en considérant le manque de données sur l'utilisation de cette voie dans un contexte d'AMM et en prenant les mesures appropriées pour limiter la douleur associée.

- ▶ Après leur installation, irriguer les voies d'accès (périphériques ou centrale) régulièrement, selon les processus en vigueur, pour s'assurer qu'elles sont fonctionnelles et perméables.

⁴ Dans tout le document, l'utilisation de la mention « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique - p. ex. à domicile, en CHSLD, en maison de soins palliatifs.

2. INFORMATION À TRANSMETTRE

Dès l'acceptation de la demande d'AMM et avant de procéder à l'administration de l'AMM, il est conseillé de discuter de certains des aspects suivants avec la personne concernée et ses proches, si elle le souhaite :

DÉLAI AVANT LE DÉCÈS

- ▶ Le décès peut survenir plus ou moins rapidement :
 - un arrêt respiratoire peut survenir rapidement pendant l'administration de l'agent qui induit le coma et il peut être précédé d'un court ronflement.
 - l'arrêt cardiaque survient généralement environ 5 minutes après l'arrêt respiratoire, mais le délai peut être plus long – jusqu'à 20 minutes dans de rares cas. Par conséquent, certaines personnes peuvent subir un changement de couleur (p.ex., cyanose) au visage et aux extrémités.

PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX ET PLAN DE RATTRAPAGE

- ▶ Puisque l'administration de l'AMM comporte un certain risque de perdre les accès veineux périphériques au cours de la procédure, il est important de prévoir un plan de rattrapage, surtout si l'AMM est administrée en milieu de vie, et d'en discuter avec la personne et ses proches afin d'en vérifier l'acceptabilité (voir section 3).

PLANIFICATION DE L'AMM EN MILIEU DE VIE

- ▶ Vérifier avec les proches si des arrangements funéraires ont été planifiés afin qu'une entreprise de services funéraires puisse prendre en charge la dépouille lorsque la procédure est terminée, en rappelant que le corps devrait si possible être facilement accessible pour la prise en charge post-mortem.
- ▶ Lorsqu'il n'y a pas de proches présents lors de la procédure, un membre de l'équipe interprofessionnelle pourrait devoir appeler la maison funéraire pour la prise en charge du corps.

3. PLANS DE RATTRAPAGE ENVISAGEABLES EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX

- ▶ Les différentes options de rattrapage peuvent varier en fonction des éléments suivants :
 - l'état de santé et de sédation de la personne ainsi que le moment où l'accès veineux est perdu;
 - l'endroit où l'AMM est administrée;
 - la disponibilité des ressources et des plateaux techniques;
 - l'expérience et le niveau d'aisance du clinicien.

En cas de perte de l'accès veineux pendant le processus :

- ▶ Tenter de retrouver un accès veineux fonctionnel (périphérique ou central⁵) et installer le cathéter rapidement dans des conditions les moins inconfortables possible pour la personne.
- ▶ L'utilisation de certaines techniques telle que l'induction de la vasodilatation (p. ex. utilisation de la chaleur) ou le guidage échographique⁶ pourraient être envisagés.
- ▶ S'il est impossible de retrouver un accès veineux adéquat, surtout lorsque **l'AMM est administrée en milieu de vie** et à partir de l'étape d'induction du coma, certaines options peuvent être envisagées selon le contexte, par exemple :
 - Prolonger l'état d'inconscience de la personne en injectant un sédatif par voie sous-cutanée ou intramusculaire en attendant de trouver une solution et d'évaluer les différentes options possibles – voir le tableau ci-dessous. Prévoir le matériel et l'aide technique nécessaires pour l'administration du sédatif par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

⁵ L'installation d'une voie fémorale en urgence en cas de perte d'un accès veineux n'est pas recommandée lors d'une AMM en milieu de vie.

⁶ Même si le guidage échographique peut faciliter le positionnement, cette technique demande un équipement spécialisé (p. ex. échographie de type Butterfly) qui n'est pas disponible dans tous les milieux de soins et dont l'utilisation requiert une certaine formation.

PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE, SI BESOIN

! Sélectionner uniquement **UN** des deux médicaments¹. Pour plus d'information, consulter l'Annexe I.

NOM DES MÉDICAMENTS	QUANTITÉ TOTALE PAR TROUSSE	POSOLOGIE PROPOSÉE	
Lorazépam ² 4 mg/ml	1 fiole de 4 mg	2 mg SC ou IM	• Administrer au besoin une dose supplémentaire après 60 minutes
OU -----	-----	-----	
Méthotriméprazine 25 mg/ml	2 fioles de 25 mg	12,5 à 25 mg SC ou IM	

¹ Le médicament choisi devra idéalement être fourni en fiole et uniquement dans la première trousse.

² Certaines personnes peuvent être plus tolérantes à cette molécule.

- S'il n'y a pas de contre-indication⁷, la voie intraosseuse pourrait être envisagée, selon le jugement du clinicien ainsi que son niveau d'aisance, et en considérant le manque de données sur l'utilisation de cette voie dans un contexte d'AMM. Le cas échéant, prévoir le matériel et l'aide technique nécessaires et prendre les mesures appropriées pour limiter la douleur associée.
- ▶ Dans la mesure où ces options ont été discutées à l'avance et sont jugées acceptables par la personne:
 - Le report de l'AMM pourrait être envisagé.
 - Le transport de la personne en ambulance vers un centre hospitalier pourrait être nécessaire pour compléter la procédure d'AMM – en tenant compte des différents impacts de cette option et en s'assurant que la personne demeure suffisamment en état de sédation dans l'attente de l'ambulance et pendant le transport.
 - La sédation palliative continue pourrait être envisagée dans certains cas si cela est jugé pertinent. Le cas échéant, les médicaments, le matériel et l'aide technique nécessaires devront avoir été prévus à l'avance, surtout si cette option est envisagée en milieu de vie.



Lorsqu'un accès veineux a été restauré, il est nécessaire de réadministrer l'inducteur de coma et de **vérifier consciencieusement l'instauration d'un coma profond** avant d'administrer le bloqueur neuromusculaire.

4. ADMINISTRATION DE L'AMM

4.1 Principes généraux

- ▶ L'AMM se déroule en trois temps. Elle débute par une anxiolyse suivie de l'induction d'un coma artificiel et enfin de la provocation d'un arrêt respiratoire qui mènera à un arrêt cardiaque.
 - Si le décès ne survient pas dans les délais attendus malgré l'instauration adéquate d'un coma profond et d'un arrêt respiratoire, il pourrait être pertinent d'administrer un médicament supplémentaire pour provoquer un arrêt cardiaque.
- ▶ Même en cas d'arrêt cardiorespiratoire durant l'induction du coma, la totalité de la dose de l'inducteur de coma doit être administrée, de même que le bloqueur neuromusculaire, pour éviter tout doute quant au décès de la personne.

4.2 Objectif

Apporter une aide médicale à mourir qui permettra :

- ▶ de provoquer un décès rapide en limitant au maximum le risque de complications;
- ▶ d'éviter toute souffrance supplémentaire à la personne et lui permettre de décéder sereinement.

⁷ Principales contre-indications à la voie intraosseuse dans le contexte d'une AMM : fracture du membre perfusé, prothèse ou matériel d'ostéosynthèse présent sur l'os, maladie osseuse congénitale (contre-indication relative), obésité morbide (possibilité d'utiliser une aiguille adaptée).

4.3 Préalables, selon les situations cliniques

- ▶ Poursuivre l'administration des médicaments habituels jusqu'au moment de l'administration de l'AMM afin de maintenir le bien-être de la personne.
 - En cas de doute, discuter avec l'équipe interprofessionnelle du besoin de diminuer les doses ou de cesser la prise de certains médicaments avant le début de la procédure.
- ▶ En présence d'un défibrillateur cardiaque implantable (DCI), désactiver sa fonction « défibrillateur » immédiatement avant d'administrer l'AMM⁸. Dans le contexte de cette procédure en milieu de vie, envisager les différentes options de désactivation selon le modèle du DCI, par exemple :
 - s'informer auprès du fabricant de la possibilité de désactiver le DCI à distance;
 - fixer un aimant de qualité médicale⁹ sur la poitrine de la personne, vis-à-vis du DCI.
- ▶ Dans le cas d'un don d'organes ou de tissus après l'AMM, suivre les procédures en vigueur des instances concernées.
- ▶ Cesser l'oxygénothérapie lorsque la personne est en état de sédation.

4.4 Médicaments et posologies


- ▶ Les concentrations des médicaments mentionnées au tableau suivant sont présentées à titre indicatif¹⁰. Pour plus de détails sur la préparation des médicaments, consulter le [guide d'exercice québécois sur l'AMM](#).
- ▶ Au besoin, un modèle d'[ordonnance préimprimée](#) est disponible.

NOM DU MÉDICAMENT	QUANTITÉ TOTALE PAR TROUSSE	POSOLOGIE	VOIE ET VITESSE D'ADMINISTRATION	NOTES
1. RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION				
NaCl 0,9 %	10 ml	10 ml	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de s'assurer que les voies d'accès (périphériques ou centrale) sont fonctionnelles et perméables.
2. ANXIOLYSE				
Midazolam 1 mg/ml	1 x 10 mg (10 ml)	10 mg (10 ml)	IV en 15 à 20 secondes	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre de 45 à 60 secondes avant de passer à l'étape suivante. • En cas d'agitation paradoxale, passer immédiatement à l'étape d'induction du coma (étape 4).
3. ANALGÉSIE LOCALE (sélectionner uniquement <u>UN</u> des deux médicaments)				
En première intention :				
Lidocaïne SANS ÉPINÉPHRINE 20 mg/ml	40 mg (2 ml)	40 mg (2 ml)	IV en 30 secondes	
Option de remplacement si la lidocaïne ne peut être administrée :				
Sulfate de magnésium 500 mg/ml	1000 mg (2 ml)	1000 mg (2 ml) Compléter ad 10 ml avec NaCl 0,9 %	IV lente en 5 minutes	

⁸ Lorsque cette fonction est désactivée, le DCI fonctionne comme un stimulateur cardiaque (*pacemaker*). Il n'est pas nécessaire de désactiver un stimulateur cardiaque avant d'administrer l'AMM.

⁹ Cet aimant peut être fourni par le département concerné de l'établissement (p. ex., cardiologie). Pour l'utilisation de tout autre type d'aimant, vérifier auprès du fabricant du DCI les spécifications minimales nécessaires à la désactivation du dispositif.

¹⁰ En cas de disparité entre les concentrations des médicaments présentées ici et celles du guide d'exercice québécois sur l'AMM, ce dernier à priorité.

NOM DU MÉDICAMENT	QUANTITÉ TOTALE PAR TROUSSE	POSOLOGIE	VOIE ET VITESSE D'ADMINISTRATION	NOTES
4. INDUCTION DU COMA (sélectionner uniquement <u>UN</u> des deux médicaments)				
En première intention :				
Propofol 10 mg/ml	4 x 500 mg (50 ml)	1000 mg (100 ml) Utiliser 2 seringues de 500 mg (50 ml chacune)	IV lente en 2 à 5 minutes (soit 1 à 2,5 minutes par seringue)	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la vitesse d'injection; une injection trop rapide risque d'entraîner une irritation de la veine. • Au moindre doute concernant l'instauration du coma, poursuivre l'induction en augmentant la dose de propofol jusqu'à l'instauration du coma¹
Option de remplacement si le propofol ne peut être administré :				
Phénobarbital 120 mg/ml	2 x 3000 mg (25 ml)	3000 mg (25 ml) Compléter ad 50 ml avec NaCl 0,9 %	IV lente en 2 à 5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Au moindre doute concernant l'instauration du coma, poursuivre l'induction en augmentant la dose de phénobarbital jusqu'à l'instauration du coma¹
 AVANT DE PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE, VÉRIFIER CONSCIENCIEUSEMENT SI LE COMA EST BIEN INSTAURÉ SELON LES CRITÈRES SUIVANTS :				
NIVEAU DE CONSCIENCE		<ul style="list-style-type: none"> • Réveil impossible (aucune réponse aux stimuli verbaux) et • Absence de réflexes de protection (p. ex. perte du réflexe ciliaire)² 		
FONCTION CARDIOVASCULAIRE		<ul style="list-style-type: none"> • Compromise (p. ex. pouls lent, faible ou absent) 		
FONCTION VENTILATOIRE		<ul style="list-style-type: none"> • Ventilation spontanée inadéquate, respiration lente, superficielle ou absente 		
5. RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION				
NaCl 0,9 %	10 ml	10 ml	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de s'assurer que la totalité de la dose de l'inducteur de coma a été administrée et évite que l'inducteur de coma et le bloqueur neuromusculaire ne précipitent dans la seringue ou la tubulure.
6. INDUCTION D'UN ARRÊT RESPIRATOIRE – BLOCAGE NEUROMUSCULAIRE (sélectionner uniquement <u>UN</u> des deux médicaments)				
Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml)	200 mg (20 ml)	IV rapide	<ul style="list-style-type: none"> • Au choix
Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml)	30 mg (15 ml)	IV rapide	
7. RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION				
NaCl 0,9 %	10 ml	10 ml	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de s'assurer que la totalité de la dose a été administrée

¹ Il n'est pas nécessaire de procéder au rinçage du dispositif d'injection entre ces deux doses.

² La perte du réflexe ciliaire (oculo-palpébral) signifie une perte de connaissance acquise et elle survient avant la perte du réflexe cornéen qui indique le coma profond.

! À UTILISER UNIQUEMENT EN CAS DE BESOIN

La bupivacaïne devrait être fournie uniquement dans la première trousse, à la demande du prescripteur et idéalement en fiole.

NOM DU MÉDICAMENT	QUANTITÉ TOTALE PAR TROUSSE	POSOLOGIE ¹	VOIE ET VITESSE D'ADMINISTRATION	NOTES
8. INDUCTION D'UN ARRÊT CARDIAQUE				
Bupivacaïne 5 mg/ml	2 x 200 mg	400 mg (80 ml) Utiliser 2 seringues de 200 mg (40 ml chacune)	IV en 2 à 4 minutes (soit 1 à 2 minutes par seringue)	<ul style="list-style-type: none">L'usage pourrait être plus fréquent chez les personnes plus jeunes ou qui ont une bonne santé cardiovasculaire.Pourrait être envisagé, par exemple, lorsque le délai avant l'arrêt cardiaque dépasse 10 minutes suivant la fin de l'injection du bloqueur neuromusculaire.

5. SUIVI

- ▶ Constater cliniquement le décès.
 - Dans le cas où un don d'organes est prévu après l'AMM, se référer à la procédure en vigueur pour la constatation d'un décès par arrêt circulatoire auprès de l'équipe de Transplant Québec.
 - Dans le cas où un don de tissus est prévu, s'assurer d'aviser Héma-Québec lorsque l'AMM a été administrée. Le prélèvement doit être réalisé dans un délai maximal de 24 heures après l'administration de l'AMM.
- ▶ Compléter les différentes étapes telles que décrites dans le [guide d'exercice québécois sur l'AMM](#), notamment :
 - Dresser le constat de décès et remplir le formulaire SP-3.
 - Consigner l'information relative à l'AMM au dossier de la personne.
 - Remplir le formulaire unique de déclaration des renseignements relatifs à l'AMM sur la plateforme SAFIR.
 - Disposer de manière sécuritaire et rendre au pharmacien tous les médicaments et le matériel non utilisés, les emballages et les seringues vides.

6. SITUATIONS QUI, À LA SUITE DU DÉCÈS, EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

- ▶ Situation familiale complexe où un suivi psychologique ou de deuil serait nécessaire (p. ex. malaise d'un proche) :
 - Accompagner les proches pendant la période de deuil.
 - Au besoin, diriger les proches vers une autre ressource telle que leur CLSC ou un groupe communautaire qui offre le suivi de deuil.
- ▶ Membres de l'équipe interdisciplinaire qui auront été en relation avec la personne décédée ou ses proches et qui ont besoin d'un suivi particulier :
 - Soutenir les membres de l'équipe interprofessionnelle pendant la période de deuil.
 - Au besoin, dirigez-les vers le Programme d'aide aux employés (PAE), le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) de leur établissement ou encore le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).
- ▶ Pour plus de détails, consulter le [guide d'exercice québécois sur l'AMM](#).

RÉFÉRENCES

Ce protocole s'appuie sur les données scientifiques et les recommandations de bonne pratique les plus récentes, bonifiées à l'aide de l'information contextuelle et du savoir expérientiel de cliniciens et d'experts québécois. Pour les détails sur le processus d'élaboration de ce protocole médical national et pour consulter les références, voir le [rapport en soutien](#) aux travaux.

PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES DES SÉDATIFS À PLUS LONGUE DURÉE D'ACTION

	LORAZÉPAM (SC) ¹	MÉTHOTRIMÉPRAZINE (SC) ¹
Début d'action	30 minutes	20-40 minutes
T_{max}	30 minutes	30-90 minutes
Durée d'action	6 à 8 heures	4 heures
Demi-vie	10-20 heures	15-30 heures
Précautions	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'agitation paradoxale • Les personnes aux prises avec un trouble actuel ou passé lié à l'usage d'alcool ou qui prennent de façon régulière et concomitante des dépresseurs du système nerveux central peuvent être plus tolérantes aux benzodiazépines 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut abaisser le seuil convulsif

¹. La pharmacocinétique de la voie SC est extrapolée de la voie IM.