

# AIDE MÉDICALE À MOURIR ET DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES : SOINS DE FIN DE VIE DISTINCTS

CONFÉRENCE À L'INVITATION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSS DE LAVAL

---

**AXION 50+ LAVAL**  
**6 JUIN 2023**

[www.heleneguay.com](http://www.heleneguay.com)

---

# PERSPECTIVE

---

1. PRIMAUTÉ DES VOLONTÉS
2. VOLONTÉS DE SOINS EN FIN DE VIE
3. DÉCISIONS EN CONNAISSANCE DE CAUSE

---

# CADRE DE PRÉSENTATION

---

1. Droits fondamentaux
2. Loi concernant les **soins de fin de vie** : deux innovations
3. Aide médicale à mourir (AMM) :
  1. Accès selon des critères rigoureux
  2. Élargissement prévisible
4. Directives médicales anticipées (DMA) :
  1. Accès par toute personne majeure
  2. Caractère contraignant
5. Conclusion et discussion

# DROITS FONDAMENTAUX

**TOUTE PERSONNE** JOUIT DU DROIT À LA

VIE

LIBERTÉ

SAUVEGARDE DE SA **DIGNITÉ**



art. 1 et 4 de la *Charte des droits et libertés de la personne*

# DIGNITÉ + ÉGALITÉ (1/2)

---

La *Charte des droits et libertés de la personne* énonce dans son préambule que la dignité constitue une valeur sous-jacente aux droits et libertés qui y sont garantis :

« Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi. »

# DIGNITÉ + ÉGALITÉ (2/2)

La notion de **dignité humaine** trouve son expression dans presque tous les droits et libertés garantis par la *Charte*. Les individus se voient offrir le **droit de choisir** leur propre religion et leur **propre philosophie de vie**, de choisir qui ils fréquenteront et comment ils s'exprimeront, où ils vivront et à quelle occupation ils se livreront.

Ce sont tous là des exemples de la théorie fondamentale que sous-tend la *Charte*, savoir que l'État respectera les **choix de chacun** et, dans toute la mesure du possible, évitera de subordonner ces choix à toute conception particulière d'une vie de bien.

*R. c. Morgentaler, CSC 1988, par. 227*

# AUTONOMIE DE LA PERSONNE

TOUTE PERSONNE EST **PRÉSUMÉE APTE** (art. 4 C.c.Q.)



L'inaptitude est l'exception et doit être démontrée.

« La personne humaine, quel que soit son âge, a droit qu'on reconnaisse son autonomie, son indépendance, sa volonté. »

la juge Hélène Lebel, JCS, 2006

---

# LOI SUR LES SOINS DE FIN DE VIE (2014)

---

- ADOPTION
- OBJET
- INNOVATIONS
- MODIFICATIONS

# AIDE MÉDICALE À MOURIR (« AMM »)



# AIDE MÉDICALE À MOURIR – DÉFINITION

« un soin consistant en **l'administration de médicaments** ou de substances **par un médecin** à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès. » (art. 3(6) LCSFV)

= Le **médecin administre directement une substance qui cause la mort** (ex. : l'injection d'un médicament).



Actuellement, au Québec, seul un médecin peut administrer l'AMM, et l'AMM auto-administrée n'est pas autorisée.

# DISTINCTION

## AMM

- Geste fait par le médecin **DANS l'intention de causer la mort**
- Très encadrée

## Cessation de traitement

- **Arrêt de traitement** (ex. : assistance respiratoire, dialyse, etc.) même s'il est vital
- À la demande de la **personne apte** à consentir (ou si inapte, même règles que pour refus de traitement)
- Entraîne la mort (court, moyen ou long terme) **SANS** geste supplémentaire
- Éviter l'acharnement thérapeutique

> Nancy B.

# HISTORIQUE (1/11)

« Ce que demande Nancy B., invoquant le principe de **l'autonomie de sa volonté**, son **droit à l'autodétermination**, c'est que l'on **cesse de lui appliquer le traitement de soutien respiratoire pour que la nature suive son cours**, c'est qu'on la libère de l'esclavage d'une machine, sa vie dût-elle en dépendre. Pour que cela soit fait, incapable de le réaliser elle-même, il faut l'aide d'un tiers. Là et alors, c'est la maladie qui suivra son cours naturel. »

**1892**

Code criminel (art. 241) interdiction

**1992**

Nancy B., j. Dufour  
(1992) RJQ 365

Lorsque la poursuite du traitement s'avère inutile, l'arrêt du traitement à la demande de la personne ou de ses proches est approprié.

Les tribunaux ont condamné des médecins qui ont volontairement causé la mort de leurs patients pour mettre fin à leurs souffrances.

# HISTORIQUE (2/11)

**1993**

Cour suprême du Canada  
– Sue Rodriguez (5:4)

**2012**

Juge Smith de Colombie-Britannique – Carter : art. 241b) C.cr. contrevient à l'art. 7 de la Charte canadienne

- Suicide assisté est un acte criminel
- Art. 241 Code criminel n'est pas contraire à la Charte
- Pente glissante (majorité)
- Réalité médicale (minorité)

# HISTORIQUE (3/11)

Art. 14 et 241b) Code criminel sont **inconstitutionnels** en ce qu'ils interdisent aux médecins l'AMM à une personne apte à consentir qui en fait la demande et qui souffre d'une condition irrémédiable lui causant des souffrances intolérables et irrémédiables

Délai 1 an au gouvernement pour modifier la loi

**2015** (février)  
Cour suprême du Canada  
- **Carter** (unanime)

**2015** (décembre)  
Entrée en vigueur de la  
**Loi concernant les soins  
de fin de vie (Qc)**

1. Personne **majeure**
2. Détenir une carte d'**assurance-maladie**
3. **Capable** de prendre des décisions relatives à ses soins de santé
4. Atteinte d'une **maladie grave et incurable**
5. ~~Être en fin de vie~~ (*Truchon*, 2019)
6. Être affectée par un **déclin avancé et irréversible** de ses capacités
7. Éprouver des **souffrances** physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables (sédation, soins palliatifs, etc.)

Art. 26 LCSFV

# HISTORIQUE (4/11)

**2016**

PL C-14 (fédéral) : exigences (art. 241.2(1) et 241.2(2) C.cr.)

Lois fédérale et provinciale similaires, mais contradictoires à certains égards, rendant la situation complexe au chevet du patient

- Admissible à un programme d'**assurance-maladie**
- Être âgé de **18 ans et plus**, et être **capable de consentir à des soins**
- Souffrir d'une **condition médicale grave et irrémédiable** :
  - **Maladie sérieuse et incurable ou déficience**
  - État irréversible et déclin des capacités
  - Endurer des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, qui sont intolérables et qui ne peuvent être soulagées dans des conditions qu'elle juge acceptables,
  - ~~La mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, vu toutes les circonstances (Truchon, 2019)~~
- **Demander l'AMM** de manière **libre et éclairée**

# HISTORIQUE (5/11)

Parce qu'ils sont inconstitutionnels, i.e. qu'ils violent les droits à la liberté et à la sécurité, garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, les critères de « fin de vie » (Québec) et de « mort raisonnablement prévisible » (Canada) doivent être retirés des lois.

**2019** (septembre)

*Jean Truchon* (dcd 2020) et  
*Nicole Gladu* (dcd 2022) c. *PG*  
*Québec et autres* – juge C.  
Baudouin, JCS (760 par.)

Délai 6 mois aux gouvernements pour modifier leurs lois  
(prolongations accordées par la suite)

- Au Québec, le critère de « fin de vie » de la *Loi sur les soins de fin de vie* ne s'applique plus depuis le 12 mars 2020.
- Au fédéral, le critère de « mort raisonnablement prévisible » a été abrogé depuis le 17 mars 2021 dans la *Loi modifiant le Code criminel* (aide médicale à mourir).

# HISTORIQUE (6/11)

**2021** (17 mars)

Entrée en vigueur du projet de loi fédéral C-7

- Abrogation de l'**exigence** de « mort naturelle raisonnablement prévisible » pour être admissible à l'AMM
- Non permise, jusqu'au 17 mars 2023, lorsque la **maladie mentale** est la seule condition médicale invoquée (rapport du groupe d'experts dû le 17 mars 2022 et finalement déposé le 13 mai 2022)
- Permise à la personne jugée admissible dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et **qui a perdu, avant la prestation, la capacité à consentir** à recevoir l'aide médicale à mourir, si elle a conclu une entente préalable avec le médecin ou l'infirmier praticien (renonciation au consentement final)
- Permise à la personne qui a **perdu la capacité à y consentir**, après s'être administrée une substance qui lui a été fournie dans le cadre des dispositions régissant l'aide médicale à mourir pour qu'elle cause sa mort.

# HISTORIQUE (7/11)

**2021** (décembre)

Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie* : 11 **recommandations**, dont celles-ci :

« Étudier les **enjeux reliés à l'élargissement** de l'aide médicale à mourir pour les personnes **en situation d'inaptitude** et les personnes souffrant de **problèmes de santé mentale**. »

- Assemblée nationale du Québec

- Permettre une **demande anticipée** d'AMM à la suite de l'obtention d'un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude
- Ajouter au **registre** des DMA les demandes anticipées d'AMM
- Permettre l'inscription au dos de la carte d'assurance-maladie la mention d'une demande anticipée d'AMM
- Ne pas élargir l'accès aux personnes dont le seul problème médical est un **trouble mental**

# HISTORIQUE (8/11)

2022 (mai)

Rapport final du Groupe d'experts **fédéral** sur l'AMM et la maladie mentale :  
19 **recommandations**, dont celles-ci :

- En réponse au projet de loi C-7, qui permettra l'AMM MM-SPMI à partir du 17 mars 2023, un Groupe d'experts a vu le jour en août 2021. Son mandat était de faire « un **examen indépendant** portant sur les **protocoles**, les **lignes directrices** et les **mesures de sauvegarde** recommandés pour les **demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale** ».

- Collaboration des différentes autorités pour établir des **normes de pratique** en matière d'AMM
- Établir l'**incurabilité** et l'**irréversibilité** en fonction des tentatives de traitement
- Évaluations complètes de la **capacité**
- **Cohérence, durabilité et caractère réfléchi** d'une demande d'AMM (vérifier que le souhait de mourir ne résulte pas d'une situation de crise)
- **Évaluateur indépendant** ayant une expertise (ex. : psychiatre pour AMM TM-SPMI)
- **Formation** des évaluateurs et des prestataires sur des sujets spécialisés (ex. : évaluation capacité, soins tenant compte traumatismes et sécurité culturelle)

# HISTORIQUE (9/11)

**2022** (mai)

Dépôt du PL 38

Déposé en mai 2022 par le ministre de la Santé mais fin de la session parlementaire en juin 2022 avant son adoption.

- **Élargissement de l'accès à l'AMM :**
  - aux **personnes devenues inaptes** à consentir aux soins, via **une demande anticipée**
    - Registre des DMA et demandes anticipées d'AMM
  - aux personnes atteintes d'un **handicap neuromoteur grave et incurable** (l'article du PL à ce sujet a finalement été retiré)
- Retrait du critère de « fin de vie » (déjà inopérant)
- Mention qu'un **trouble mental n'est pas** considéré comme une **maladie grave et incurable** au sens du projet de loi.
- Administration de l'AMM possible par une **infirmière praticienne spécialisée** œuvrant dans un établissement public.
- Exclusion de l'AMM des soins offerts dans une **maison de soins palliatifs** seulement sur autorisation du ministre.

# HISTORIQUE (10/11)

**2023** (février)

Dépôt du PL 11

Déposé le 16 février 2023 par la ministre déléguée aux Aînés et aux personnes proches aidantes.

- **Élargissement de l'accès à l'AMM :**
  - aux **personnes devenues inaptes** à consentir aux soins, via **une demande anticipée**
  - aux personnes atteintes d'un **handicap neuromoteur grave et incurable**
- Le **trouble mental n'est pas** considéré comme une **maladie grave et incurable** au sens du projet de loi.
- Administration de l'AMM possible par une **infirmière praticienne spécialisée** œuvrant dans un établissement public.
- Exclusion de l'AMM des soins offerts dans une **maison de soins palliatifs** n'est pas permise.

# HISTORIQUE (11/11)

**2023 (juin)**

- **Élargissement de l'accès à l'AMM :**
  - Consultations + recommandations groupe d'experts (handicap)
    - **Sujets qui font consensus**
    - **Demandes anticipées : 2 ans**
    - **« Déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes »** plutôt que handicap
  - **Lieu** de l'administration de l'AMM : autre que le milieu de soins, sur permission

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC : loi actuelle

- **Toute personne**, dont l'état le requiert, a **droit de recevoir** l'aide médicale à mourir, sous réserve des exigences de la loi.
- Ce soin peut être offert dans une **installation** maintenue par un **établissement** de santé (CLSC, CH, CHSLD), dans les locaux d'une **maison de soins palliatifs** ou à **domicile**.
- Le **droit de recevoir** l'aide médicale à mourir s'applique en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement des établissements, des orientations, des politiques et des approches de maisons de soins palliatifs, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

Art. 4 LCSFV

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC – CONDITIONS

1. Personne **majeure**
2. Détenir une carte d'**assurance-maladie**
3. **Capable** de prendre des décisions relatives à ses soins de santé
4. Atteinte d'une **maladie** grave et incurable
5. Être affectée par un déclin avancé et **irréversible** de ses capacités
6. Éprouver des **souffrances** physiques ou psychiques **constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées** dans des conditions qu'elle juge tolérables (sédation, soins palliatifs, etc.)

Art. 26 LCSFV

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC – DÉMARCHE (1/4)

1. **Exprimer verbalement son choix** et en discuter avec son médecin (ou autre professionnel de la santé)
2. Remplir le **formulaire** :
  - Le dater et le signer en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux et d'un témoin indépendant (≠ bénéficiaire testamentaire), qui devront également le signer.
  - En cas d'incapacité de la personne, un tiers (≠ bénéficiaire testamentaire, mineur, majeur inapte, personne de l'équipe de soins) comprenant la nature de la demande d'AMM peut le signer en sa présence (art. 27 LCSFV).
3. La **demande** doit être **réitérée** à chaque visite médicale

À noter : La **demande peut être retirée** ou **reportée** en tout temps et par tout moyen (art. 28 LCSFV).

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC – DÉMARCHE (2/4)

Avant de l'administrer, le **médecin** doit :



- 1) Être d'avis que la personne satisfait aux **conditions**, notamment en s'assurant :  
→ Art. 26 LCSFV
  - Du caractère **libre et éclairé** de la demande
  - De la persistance de ses **souffrances** et de sa **volonté réitérée** d'obtenir l'aide médicale à mourir
  - D'avoir des entretiens avec les membres de l'**équipe de soins**
  - De s'entretenir de sa demande avec les **proches** de la personne, si celle-ci le souhaite

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC – DÉMARCHE (3/4)

- 2) S'assurer que la **personne** a eu l'occasion de **s'entretenir de sa demande** avec les personnes qu'elle souhaitait contacter
- 3) Obtenir l'**avis d'un second médecin** confirmant que les conditions sont remplies



Les médecins doivent être indépendants.

# AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC – DÉMARCHE (4/4)



Le médecin qui conclut qu'il **peut** administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, **doit** la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès (art. 30 al. 1 LCSFV).



Le médecin qui conclut qu'il **ne peut** administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, **doit** informer la personne des motifs de sa décision (art. 30 al. 2 LCSFV).



Un médecin qui refuse de l'administrer en raison de ses **valeurs personnelles** doit aviser la direction qui doit alors trouver un nouveau médecin (art. 31 LCSFV).

Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'AMM en 2021	Pourcentage
<b>Perte de la capacité à s'engager dans des activités significatives</b>	<b>86,3%</b>
<b>Perte de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne</b>	<b>83,4%</b>
<b>Contrôle inadéquat de la douleur (ou inquiétude)</b>	<b>57,6%</b>
<b>Perte de dignité</b>	<b>54,3%</b>
Contrôle insuffisant des symptômes autres que la douleur (ou inquiétude)	46%
Charge perçue sur la famille, les amis ou les aidants	35,7%
Perte de contrôle des fonctions corporelles	33,8%
Isolement ou solitude	17,3%
Détresse émotionnelle/anxiété/peur/souffrance existentielle	3%
Aucune qualité de vie/mauvaise qualité de vie/perte de qualité de vie	2,8%
Perte de contrôle/d'autonomie/d'indépendance	1,7%
Autre	0,7%

Source : SANTÉ CANADA, *Rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada (2021)*, 3e éd., Ottawa, 2022, p. 31.

# AIDE MÉDICALE À MOURIR – STATISTIQUES (1/2)

	2021	2020	2019
Demandes d'AMM déclarées au Canada	12 286	9 375	7 336
Cas d'AMM déclarés au Canada (pourcentage de tous les décès)	10 064 (3,3%)	7 595 (2,5%)	5 631 (2%)
Proportion hommes/femmes	52,3%/47,7%	51,9%/48,1%	50,9%/49,1%
Âge moyen	76,3 ans	75,3 ans	75,2 ans
Problème de santé le plus souvent cité	Cancer (65,6%)	Cancer (69,1%)	Cancer (67,2%)
Troubles neurologiques	12,4%	10,2%	10,4%
	Plus de 80% des personnes ont reçu des soins palliatifs		
	Le plus souvent à domicile ou à l'hôpital		

SOURCE : SANTÉ CANADA, *Rapports annuels sur l'aide médicale à mourir au Canada (2021, 2020, 2019)*, Ottawa.

# AIDE MÉDICALE À MOURIR – STATISTIQUES (2/2)

Demandes d'AMM qui n'ont **pas abouti** (2021) : 19%

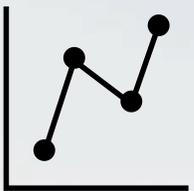
- Retrait de la demande (1,9%) : changé d'avis ou soins palliatifs suffisants
- Inadmissible (4%)
- Décès (13%)

Source : SANTÉ CANADA, *Rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada (2021)*, Ottawa.

Entre avril 2021 et mars 2022, 5,1% des décès découlent de l'AMM

Le nombre de personnes qui ont eu recours à l'AMM est passé de 1 774 pour la période de 2019-2020 à 3 663 pour la période de 2021-2022.

Source : Commission des soins de fin de vie, Rapport annuel décembre 2022.



# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (« DMA »)

Légalisées en 2014 et  
en vigueur depuis 2015  
(*Loi concernant les  
soins de fin de vie*)



Je déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES – DÉFINITION



**Écrit** par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins **indique à l'avance ses volontés** relatives aux **soins médicaux** qui pourraient être requis par son état de santé, auxquels elle consent ou non, **en cas d'inaptitude** (art. 51 LCSFV).

↑ Toute personne **majeure** et **apte** à consentir à des soins de santé peut formuler des DMA.

A pour objet des décisions de soins et couvre certains types de soins bien précis.



Il peut être utile de prendre le temps d'y réfléchir, d'en discuter avec un médecin / ses proches, et surtout prendre en compte ses propres valeurs.

# PORTÉE DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

- Les DMA reposent sur le **respect des volontés** d'une personne devenue inapte en matière de soins, comme si elle était apte.



Sans DMA, il reviendra au **représentant légal** de consentir aux soins ou de les refuser.

- **Valeur contraignante** : Les professionnels de la santé y ayant accès **doivent** les verser à votre dossier médical et **les respecter**.



Bien que ce ne soit pas obligatoire, afin d'assurer le respect des volontés et de faciliter la vie des proches, il peut être avantageux de compléter des DMA.

# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES - APTITUDE

**Toute personne majeure et apte** à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

La personne qui peut **consentir aux soins** pour une personne mineure, mineure de 14 ans ou plus, ou personne majeure inapte peut également prendre une telle décision.

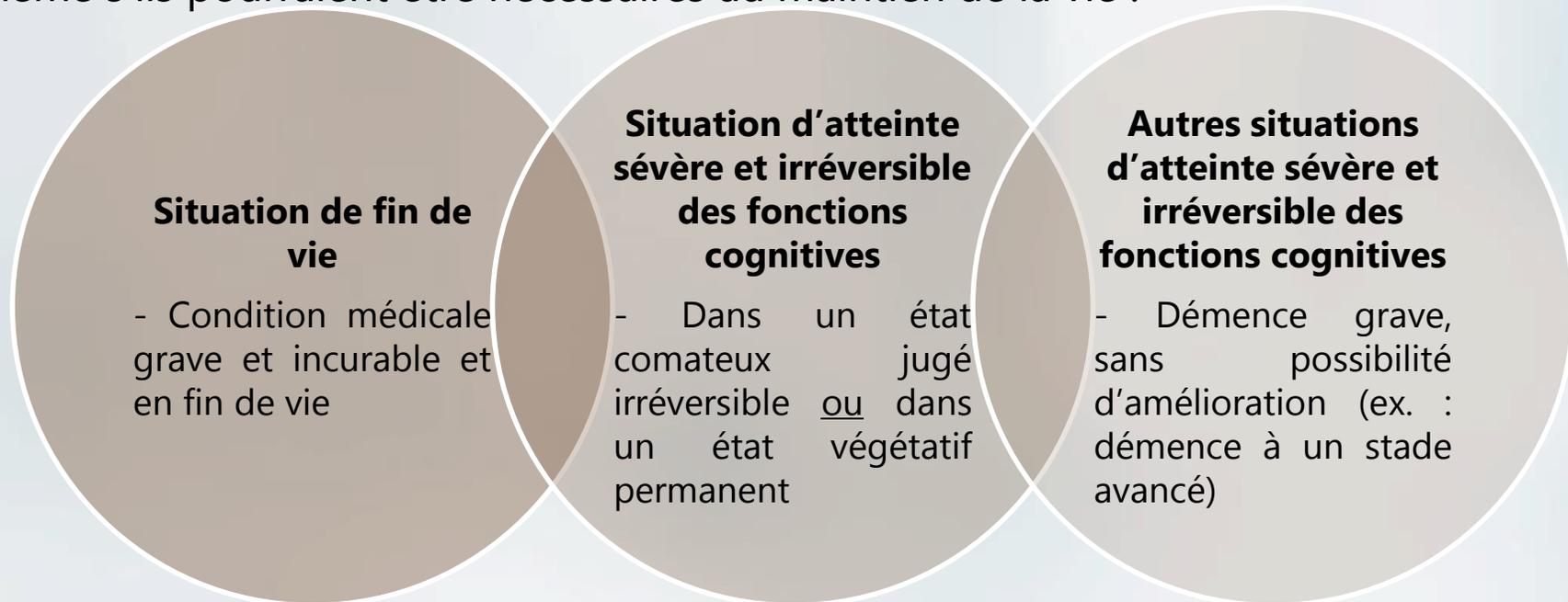
Le **refus de soin** ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen.

Une personne ne peut se voir refuser des **soins de fin de vie** au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin.

Art. 5 et 6 LCSFV

# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES : 3 SITUATIONS CLINIQUES

**Trois situations cliniques** sont visées par les DMA ; elles sont rencontrées le plus souvent. On peut **s'interroger sur la pertinence de certains soins** dans le contexte de ces situations, même s'ils pourraient être nécessaires au maintien de la vie :



# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES : 5 CLAUSES DE SOINS



Ces soins, si acceptés dans le formulaire des DMA, ne seront fournis que si le médecin les considère médicalement nécessaires. Le refus de ces soins dans le formulaire devra être respecté.

**Réanimation  
cardio-  
respiratoire**

**Ventilation  
assistée** (par  
un respirateur  
ou autre  
support  
technique)

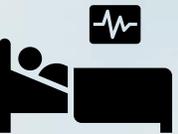
**Traitement  
de dialyse**

**Alimentation  
forcée ou  
artificielle**

**Hydratation  
forcée ou  
artificielle**



L'AMM n'est pas incluse dans les DMA (art. 51 LCSFV).



# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES – INAPTITUDE

La mise en œuvre des **DMA** est **subordonnée à la survenance de l'inaptitude à consentir aux soins.**



L'inaptitude d'une personne à consentir aux soins repose sur la **compréhension** qu'elle a de la nature de sa **maladie**, des **soins proposés**, des **bienfaits et des inconvénients** liés aux soins et des **risques** de ne pas se soumettre à des soins (*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994).

- La constatation de l'inaptitude est faite par le médecin à la suite d'une évaluation clinique. Aucun jugement du tribunal n'est nécessaire.



# INAPTITUDE DE LA PERSONNE À CONSENTIR (1 de 3)

---

**Aptitude** à consentir aux soins **est présumée**

**Inaptitude** à consentir aux soins **doit être démontrée**

# INAPTITUDE DE LA PERSONNE À CONSENTIR (2 de 3)

« Un diagnostic d'Alzheimer ne sonne pas le glas à la possibilité de donner son consentement. Tout dépend de l'évolution de la maladie et de la personne qui en est atteinte.

Pour certains individus, comme le soulignent les experts, ils peuvent continuer d'exercer des activités qui leur étaient routinières durant leur vie, et ce, très longtemps après le prononcé du diagnostic, alors que pour d'autres, ces mêmes activités seraient tout simplement inimaginables.

Chaque cas, doit faire l'objet d'une analyse particulière. »

Juge Lalande, 2015 QCCS 3443, par. 277

# INAPTITUDE DE LA PERSONNE À CONSENTIR (3 de 3)

Qui peut **consentir** aux soins **pour une personne inapte** à consentir ?

- Mandataire, tuteur (s'il y en a un), sinon
- Conjoint (marié, en union civile ou de faits), (si c'est le cas), sinon
- Proche parent ou personne qui démontre un intérêt particulier (p.ex. personne proche aidante)

Art. 15 Code civil du Québec

# FORMES DE DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Il est possible d'émettre des DMA de deux façons (art. 52 al. 1 LCSFV)

**Formulaire**  
*Directives  
médicales  
anticipées en cas  
d'inaptitude à  
consentir à des  
soins* (art. 53 LCSFV)

**Acte notarié** en  
minute

# FORMES DE DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (SUITE)

Formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins* (art. 53 LCSFV)

- (1) Obtenir le **formulaire** prescrit par le ministre (RAMQ) : le télécharger en ligne et l'imprimer OU le faire venir par la poste (1 800 561-9749).
- (2) **Remplir** soi-même le formulaire papier (personnalisé), parapher chaque page, le signer et le dater devant deux témoins aptes et majeurs, qui devront également le signer, en votre présence.  
→ Toutes les pages, mêmes celles contenant de l'information générale!
- (3) S'assurer de l'accessibilité du formulaire dûment complété : en **l'envoyant à la RAMQ** (C.P. 16000, Québec (Québec), G1K 9A2) qui le déposera au Registre des directives médicales anticipées, en le remettant à votre médecin (qui vérifiera leur conformité avec vos volontés) pour que celui-ci puisse le déposer dans votre dossier médical ou à l'un de vos proches qui pourra le remettre à votre médecin si vous devenez inapte.

# FORMES DE DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES (SUITE)

## Acte notarié en minute

- (1) Consulter un **notaire** qui va consigner vos volontés dans un acte notarié, en reprenant essentiellement le même contenu que le formulaire.
- (2) Lui demander de **transmettre l'acte à la RAMQ** pour dépôt au Registre des directives médicales anticipées.
- (3) Remettre une **copie** à votre médecin (qui vérifiera leur conformité avec vos volontés) pour que celui-ci puisse le déposer dans votre dossier médical ou à l'un de vos proches qui pourra le remettre au médecin si vous devenez inapte.

# REGISTRE DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

- Dans tous les cas, il est préférable de déposer votre formulaire au **Registre des directives médicales anticipées** (« Registre »).
  - De cette manière, en cas d'inaptitude à consentir à des soins, votre médecin, qui a l'obligation de vérifier le Registre, aura accès à vos DMA et devra respecter vos volontés.
- Le Registre est une base de données qui permet aux **professionnels de la santé** autorisés (ex. : médecins, infirmier.ère.s; *Règlement sur les modalités d'accès au registre des directives médicales anticipées et son fonctionnement*) d'accéder aux formulaires des DMA qui y sont déposés pour pouvoir les appliquer.
- Votre médecin a l'obligation de le consulter lorsqu'il constate votre inaptitude à consentir à des soins.

# MANDAT DE PROTECTION ET DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES



Les volontés relatives aux soins exprimées dans un **mandat de protection** ne constituent **pas** des directives médicales anticipées.

En **cas de conflit** entre ces volontés et celles exprimées dans des **directives médicales anticipées**, ces dernières prévalent (art. 62 al. 2 LCSFV).

# DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES – STATISTIQUES

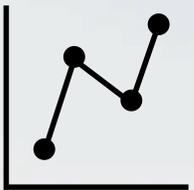
Au 30 juin 2022

Nombre de formulaires enregistrés depuis le 10 décembre 2015 :

- Inscriptions : 89 848
- Actes notariés : 28 029
- Révocations : 96

Nombre de consultations du registre cumulatif depuis juin 2016 :

- 88 697



# CONCLUSION

---

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

RESPECT DES VOLONTÉS RELATIVES À LA PERSONNE

SITUATION D'INAPTITUDE CONSTATÉE MÉDICALEMENT



**Dans tous les cas, n'hésitez pas à consulter un professionnel pour vous conseiller !**

# MERCI DE VOTRE ATTENTION!

---

**À VOUS LA PAROLE**

# RÉFÉRENCES UTILES

**Hélène Guay, avocate** – 200, av. Laurier Ouest, Montréal, H4E 2C1 – 514 272-1164 poste 3 - [www.heleneguay.com](http://www.heleneguay.com) / [hguay@heleneguay.com](mailto:hguay@heleneguay.com)

## Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

1-800-561-9749; 514 864-3411; 418 646-4636

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/exprimer-directives-soins-cas-inaptitude>

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/volontes/Pages/directives-medicales-anticipees.aspx>

## Éducaloi - site internet de vulgarisation de la loi

<https://educaloi.qc.ca/capsules/directives-medicales-anticipees/>

<https://educaloi.qc.ca/capsules/laide-medicale-a-mourir/>

<http://www.educaloi.qc.ca/search/node/directives%20m%C3%A9dicales%20anticip%C3%A9es>

## Chambre des notaires du Québec

<https://www.cmq.org/vos-services-notariaux/protection-des-personnes/les-soins-medicaux-et-les-directives-de-fin-de-vie/#faq-1106>

## *Loi concernant les soins de fin de vie*

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001>

## Gouvernement du Québec

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/description>

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-828-03F.pdf>

## Collège des médecins

La sédation palliative en fin de vie (08/2016)

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>

Guide sur l'aide médicale à mourir (2017)

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-11-20-fr-aide-medicale-a-mourir-2017.pdf?t=15167293633955>

Soins médicaux de fin de vie (2019)

<http://www.cmq.org/page/fr/Soins-medicaux-fin-de-vie.aspx>