

Aborder les directives médicales anticipées et la DAAMM un travail d'équipe!

JOËLLE RICHARD

TTS ET RESPONSABLE DU PROJET SORTIR DE L'OMBRE

ET

KARINE MÉNARD

RESSOURCE TERRITORIALE PLAN ALZHEIMER ET INFIRMIÈRE GMF

Conflits d'intérêt

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt pour cette présentation



Introduction



- Différents soins de fin de vie offerts.
- Particularité des personnes vivants avec un TNCM : perte d'appétit inévitable
- Informer tôt dans la maladie, dès l'annonce du diagnostic
- Présence d'un proche aidant
- Évolution de la maladie = importance de l'interdisciplinarité

Processus clinique interdisciplinaire GMF

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>

1/27/2025

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF

TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS ET MAJEURS (TNCL-TNCM)

VOLET SUIVI (2)

ASSURER LE SUIVI À LA SUITE DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN (GMF OU CLINIQUE SPÉCIALISÉE)

LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN

1 = Travailleur social 2 = Pharmacien 3 = Organismes communautaires 4 = Autres professionnels du GMF ou hors GMF

1. 1^{ER} APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR TOUS LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS TNCM (2-4 SEMAINES)

- Établir une relation de confiance et un partenariat avec l'utilisateur et le proche aidant;
- Évaluer le besoin d'information, répondre aux questions et proposer l'ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE;
- Débuter le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et compléter le plan d'intervention (PI);
- S'assurer que l'utilisateur et son proche aidant ont les coordonnées de l'infirmière;
- Vérifier si l'utilisateur a une responsabilité de personne proche aidante dans son environnement;
- Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'utilisateur pour communiquer le nouveau diagnostic;
- Informé du prochain rendez-vous, des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'aînés. 3

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2^e rencontre peut être nécessaire en présence ou téléphonique)

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : [Maladie Alzheimer 1](#) et [MA2](#), [Démence Vasculaire](#), [Corps Lewy](#), [Dégénérescence fronto-temporale](#). Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager](#)) (Professionnel, [p.2](#));
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1](#))⁷ ([Info-2](#))⁸; ([Info 3](#))⁸⁸
- Votre médication ([Usager](#))⁹.

2A. VISITE À 6 MOIS (TNCM) PUIS CHAQUE ANNÉE (TNCM et TNCL)- SUIVIS PAR L'INFIRMIÈRE

Privilégier la même infirmière du GMF

Planifier les rendez-vous de suivi avec l'utilisateur/proche aidant ; Augmenter la fréquence des visites si besoin

- Évaluer la condition physique;
- Évaluer la condition mentale;
 - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteurs NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE;
 - si présence de symptômes comportementaux de la démence ([NPI-R](#)¹⁰ version courte), [identifier les causes, p. 8](#))¹¹ et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées (ex. : équipe SCPD) si nécessaire;
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif; 4
 - Outils pour obtenir l'impression du proche aidant : ex. : [OAF](#)¹², [IFD](#)¹³, [IQCODE](#)¹⁴, etc.;
- Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment;
- Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et mettre à jour le PI;
 - Selon l'évaluation, appliquer les interventions infirmières pertinentes et selon le besoin, référer aux professionnels appropriés du GMF, du réseau et des organismes communautaires. 1 2 3 4

2B. VISITE DE RÉÉVALUATION selon l'évolution de l'utilisateur (médecin et IPS en 1^{re} ligne)

- Discuter avec l'infirmière, l'utilisateur et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués);
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser;
- Si SCPD, identifier les causes ([p. 8](#))¹⁵ et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées si nécessaire;
- Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue);
- Discuter du [niveau de soins](#)¹⁶ et des directives médicales anticipées ([DMA](#))¹⁷ selon la situation clinique;
 - Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou antagonistes récepteurs NMDA; 2
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin].

SUIVI COGNITIF STANDARD

5 ÉTAPES DU PROCESSUS SELON LA SITUATION DE L'USAGER ET PROCHE AIDANT

observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou les antagonistes

nt de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
e la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement

le

Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de

particulièrement le délirium, les hallucinations, les signes de détresse, d'anxiété, de dépression,
au besoin; 1

encourageant l'adoption de saines habitudes de vie ([tabac](#)¹⁹, [alimentation](#)²⁰, [activité physique](#)²¹,
facteurs de risque ([HTA](#)²⁴ [G]²⁵, [diabète](#)²⁶ [G]²⁷ et le soutien à l'observance thérapeutique).

choix individuel;

²⁰, [Procuration, mandat et régime de protection](#)³¹;

rières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière).

[précocement](#)³² de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les alternatives (moyen de
évaluation du risque ([test sur la route](#))³³;

(feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner des conseils d'usage; 4
capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés/enjeux liés à l'[aptitude](#)³⁴ à administrer

ersonne; 1 4

e et de [maltraitance](#)³⁵. 1

vie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible

our maintenir [une qualité de vie au domicile](#)³⁶; 1 3

s pour [Les repas](#)³⁷, [les soins d'hygiène personnelle](#)³⁸, [le sommeil](#)³⁹;

offertes par les [organismes communautaires](#)⁴⁰; 1 3

le [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI; 4

ntien à domicile si nécessaire. 1 3 4

es symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]

[la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent]; 3

(p.5) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)⁴³ 3; [Recadrer](#) (p.8)⁴⁴ si

[macologique](#) (pages 9 et +)⁴⁵ si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD. 4

changement de rôle ([stress](#))⁴⁶ ([intimité](#))⁴⁷ ([deuil blanc](#))⁴⁸;

e : Grille de Zarit, les risques suicidaires et homicidaires, etc.;

et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent; 3 4

cial, référer au besoin;

aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation).

outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions

es délais, prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif.

référence et le lien internet, vous référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.

Infirmières cliniciennes, travailleuses sociales et autres

Enseignement prioritaire après diagnostic de TNCM

Suivi après 6 mois

Suivis annuels

Médecin et IPSPL

2B. VISITE DE RÉÉVALUATION selon l'évolution de l'utilisateur (médecin et IPS en 1^{re} ligne)

- A. Discuter avec l'infirmière, l'utilisateur et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués);
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser;
- B. Si SCPD, identifier les causes ([p. 8](#))¹⁵ et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées si nécessaire;
- C. Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue);
- D. Discuter du [niveau de soins](#)¹⁶ et des directives médicales anticipées ([DMA](#))¹⁷ selon la situation clinique;
 - Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou antagonistes récepteurs NMDA; **2**
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin].

Différents soins de fin de vie offerts

Objectif de gérer les symptômes et de soulager les douleurs physiques et psychologiques.

Objectifs de soins

Directives médicales anticipées (DMA)

Soins médicaux servant à prolonger la vie des personnes en phase terminale d'une maladie.

Soins de fin de vie/soins palliatifs

L'objectif est d'assurer le confort, la dignité et la qualité de vie de la personne, et de contrôler la douleur (physique ou psychologique)



Comment aborder le sujet

- Pour pouvoir vivre quelques mois ou années de plus...seriez-vous prêt à dépendre de quelqu'un (un proche, un employé un préposé, etc.) pour vous déplacer , vous laver ou vous alimenter ?
- Est-ce que vous seriez prêt à renoncer à des traitements pour être le plus indépendant possible le plus longtemps possible?
- Comment voyez-vous la mort?
- Dans quelles conditions, votre vie ne devrait pas être prolonger ? Quel état mental, quel état physique ne serait pas tolérable...
- [À propos des directives médicales anticipées | Gouvernement du Québec](#)

Respect des volontés de fin de vie

En parler

Testament

Mandat

Un écrit

Un vidéo



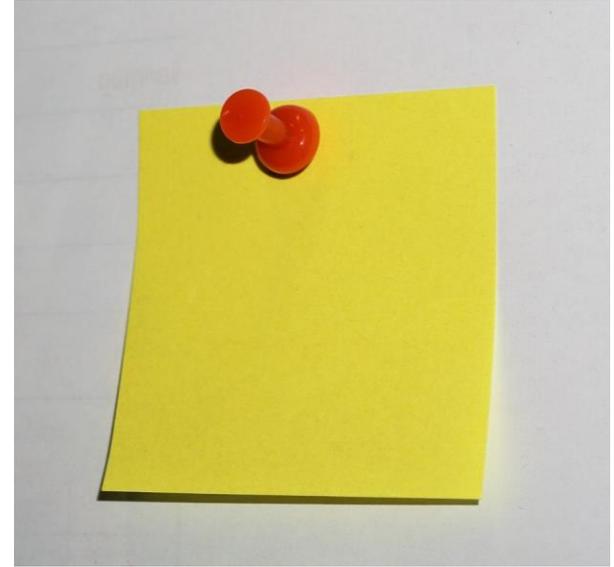
Rappel DAAMM

1. Information préalable à la demande

Autres professionnels GMF pouvant contribuer (infirmière clinicienne, travailleuse sociale, psychologue..)

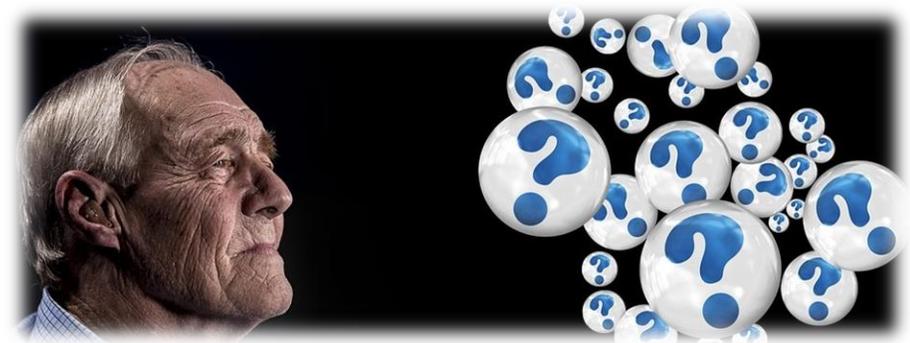
2. Formulation de la demande

Infirmière praticienne spécialisée ou médecin



L'importance du diagnostic

Afin d'évaluer si la maladie dont souffre la personne qui désire formuler une DAAMM répond aux critères de MGII exigés par la loi, le professionnel compétent doit s'assurer qu'un diagnostic a été posé.



Quel est le diagnostic?

TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER

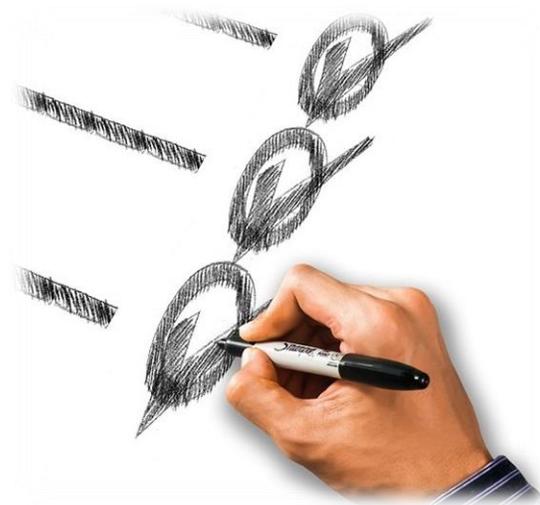
- ✓ Déclin cognitif modeste dans 1 ou plusieurs domaines
- ✓ Pas de déclin fonctionnel

TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

- ✓ Symptômes cognitifs ou comportementaux qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien
- ✓ Déclin par rapport au fonctionnement antérieur
- ✓ Sx non expliqués par autres causes (Délirium, désordres métaboliques, trouble psy..)

Critères de MGI

1. Maladie **grave** = dont les symptômes physiques ou psychiques sont intenses et portent préjudice à la personne
2. Maladie **incurable** = absence de chance d'amélioration avec le temps, malgré les traitements appropriés
3. Menant à une **inaptitude à consentir aux soins** (dans le contexte d'une DAAMM, loi impose que l'inaptitude soit directement liée au diagnostic de MGI)



Alors, est-ce qu'un TNCM est considéré comme une MGII?

Les **TNC majeurs** s'accordent avec les critères de MGII soit:

- ✓ Conduit à des symptômes de grande intensité qui causent des préjudices à la personne
- ✓ Incurabilité malgré les traitements appropriés
- ✓ Le TNCM s'aggrave avec le temps et l'évolution de la maladie mène à l'inaptitude permanente et irréversible de la personne à consentir aux soins.



Rôle infirmière clinicienne et TS

Avant la DAAMM

- Répondre aux questions des personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM qui souhaitent formuler une DAAMM
- Accompagner ces personnes dans leur démarche (RV médical ou avec IPS)

Lors des suivis suivant la DAAMM

- Aviser les tiers de confiance lorsque l'inaptitude sera confirmée.
- Être avisé par le tiers de confiance lorsque la personne présentera les manifestations cliniques qu'elle a décrites dans sa DAAMM
- Aviser le médecin ou l'IPS concerné pour que la personne soit examinée

Quelles informations transmettre?



- La maladie, son évolution prévisible et son pronostic.
- Les possibilités thérapeutiques envisageables tout au long de la maladie (traitements symptomatiques, soins de confort..)
- Comment se préparer à la complétion de la DAAMM (tiers de confiance, manifestations cliniques, RV médical...)
- La possibilité que la DAAMM ne conduise pas à l'administration de l'aide médicale à mourir

Les manifestations cliniques

Les **manifestations cliniques** doivent être :

- **Liées à la maladie** dont la personne est atteinte;
- **Observables** par un médecin ou une IPS avant l'administration

Abstrait et difficile pour les personnes

Évolution Société Alzheimer

STADE AVANCÉ

Ce document fait partie d'une série de cinq feuillets d'information sur les divers stades de la maladie d'Alzheimer qui s'adresse aux personnes atteintes de la maladie, et à leurs aidants. Il porte sur le stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Pour des renseignements sur les autres stades de la maladie d'Alzheimer, veuillez consulter les feuillets suivants de la série *Évolution* de la maladie d'Alzheimer disponibles à alzheimer.ca/stades : « Stade léger », « Stade modéré » et « Fin de vie ». Pour une vue d'ensemble de la maladie d'Alzheimer, de ses divers stades et de l'approche préconisée en matière de soins, veuillez consulter le feuillet « Survol » de la série.

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer?

La maladie d'Alzheimer est une maladie du cerveau caractérisée par l'accumulation de protéines anormales dans les cellules du cerveau. Elle se manifeste par des symptômes dont les pertes de la mémoire, des difficultés à poursuivre ses activités quotidiennes et des altérations dans le jugement, le raisonnement, le comportement et les émotions. Ces symptômes sont irréversibles, c'est-à-dire que les capacités disparues ne reviendront plus jamais.

La maladie d'Alzheimer est une forme courante de troubles neurocognitifs, mais il existe plusieurs autres troubles neurocognitifs. Parmi les autres troubles neurocognitifs irréversibles, mentionnons ceux causés par la maladie cérébro-vasculaire, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences fronto-temporales, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Parkinson ou la maladie de Huntington.

Ces maladies peuvent présenter des symptômes similaires ou qui se chevauchent, et le diagnostic de plusieurs d'entre elles ne peut être posé avec certitude qu'au moment de l'autopsie du cerveau. Il n'existe pour l'instant aucun moyen de guérir la maladie d'Alzheimer. Cependant, grâce à certains traitements et à un mode de vie sain, il est possible d'en ralentir l'évolution. Les chercheurs tentent de trouver des moyens de prévenir ou d'enrayer la maladie d'Alzheimer et de rétablir les capacités perdues et la mémoire.

Stade avancé – Savoir pour prévoir

Au stade avancé de la maladie (auss appelé « stade grave »), la personne qui en est atteinte témoigne d'une détérioration mentale et physique accrue et a besoin de soins constants. Notamment, la personne :

- présente des déficits graves touchant la mémoire, la capacité de traiter l'information et l'orientation dans le temps et l'espace
- perd la capacité de parler de manière à se faire comprendre, même si elle peut à l'occasion prononcer des mots ou des phrases; la communication non verbale devient alors de plus en plus importante
- a besoin d'aide pour manger et pour aller aux toilettes, et elle est souvent incontinente (urine et selles)
- perd la capacité de marcher sans aide, puis celle de rester assise sans appui, de sourire, de garder la tête droite; le cerveau ne semble plus pouvoir dire au corps quoi faire
- peut avoir de la difficulté à avaler
- peut perdre du poids

Évolution Société Alzheimer

STADE MODÉRÉ

Ce document fait partie d'une série de cinq feuillets sur les stades de la maladie d'Alzheimer aux personnes vivant avec la maladie et à leurs aidants. Il porte sur le stade modéré de la maladie d'Alzheimer. Pour des renseignements sur les autres stades de la maladie d'Alzheimer, consultez les feuillets suivants de la série, disponibles à alzheimer.ca/stades : « Stade léger », « Stade avancé » et « Fin de vie ». Pour une description générale des stades et des approches de soins, consultez le feuillet intitulé *Évolution – survol*.

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer?

La maladie d'Alzheimer est une maladie du cerveau caractérisée par l'accumulation anormale de protéines dans les cellules cérébrales. Elle se manifeste par des symptômes neurocognitifs, dont les pertes de mémoire, des difficultés à mener ses activités quotidiennes et des altérations du raisonnement, du comportement et des émotions. Ces symptômes sont irréversibles, c'est-à-dire que les capacités perdues ne reviendront pas.

La maladie d'Alzheimer constitue un trouble neurocognitif courant, mais il en existe d'autres, dont les troubles neurocognitifs cérébro-vasculaires, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences frontotemporales, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Huntington.

Ces troubles peuvent présenter des symptômes similaires ou concomitants, et ne peuvent être diagnostiqués avec certitude qu'après une autopsie du cerveau.

Bien que la maladie d'Alzheimer soit actuellement incurable, certains traitements et habitudes de vie peuvent en atténuer les symptômes. La recherche s'emploie à trouver de nouveaux moyens de la prévenir ou de l'enrayer, et de restaurer la mémoire ainsi que les capacités perdues.

Le stade modéré

En règle générale, le stade modéré (auss appelé « stade grave »), la personne qui en est atteinte témoigne d'une détérioration mentale et physique accrue et a besoin de soins constants. Notamment, la personne :

Toutefois, la personne touchée peut tout de même accomplir certaines tâches et faciliteront la vie (voir la section sur les stratégies et les suggestions ci-dessous s'adressent surtout aux aidants).

Échelle de détérioration globale de Reisberg et ses collaborateurs, 1982¹

Stade 1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pas de déclin cognitif (fonctionnement normal) : <ul style="list-style-type: none"> • n'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif très léger (il peut s'agir de changements normaux associés à l'âge ou de signes précoces de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • oublie les noms et l'emplacement des objets; • peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif léger (présent, dans certains cas, dans la phase initiale de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu; • a de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif modéré (stade léger de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif relativement grave (stade modéré de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a besoin d'aide pour choisir ses vêtements; • a besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif grave (stade modéré à sévère de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • perd la notion des expériences et événements récents de sa vie; • a besoin d'aide pour prendre son bain ou a peur de prendre son bain; • a de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinente.
Stade 7	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclin cognitif très grave (stade sévère de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement; • perd la capacité de marcher et de s'asseoir; • a besoin d'aide pour manger.

Un peu de pratico pratique!



L'Histoire de Mme Kamala

- L'année dernière, Mme Kamala a reçu un DX de Démence à corps de Lewy
- Aujourd'hui elle est accompagnée de ses deux enfants pour sa rencontre de suivi avec une travailleuse sociale.
- Elle demeure seule en RPA et est toujours capable de préparer son déjeuner, de faire ses soins d'hygiène et de participer aux activités organisées à la RPA (bingo, chant, tricot..)



• Madame souhaite faire une DAAMM

- La TS décide de rencontrer Mme Kamala seule au début.
- TS: « Mme Kamala, pouvez-vous m'expliquer dans vos mots ce qu'est une DAAMM? »
- Mme: « C'est une façon de pouvoir choisir, aujourd'hui, le moment de ma mort, lorsque ma maladie sera devenue trop difficile à vivre. Je ne veux pas souffrir comme ma sœur à cause de son Alzheimer. J'ai beaucoup réfléchi. »
- « Vous savez, ce n'est pas facile de vivre en sachant qu'un jour, je ne serai plus capable de prendre mes propres des décisions. »



Deuxième partie de la rencontre

Information sur les étapes entourant la complétion et l'acceptation d'une DAAMM.

Mme: « Je veux que mes 2 enfants soient mes tiers de confiance». Ceux-ci acceptent de le faire et comprennent bien leur rôle.

Mme comprend qu'il y a des critères à respecter avant l'administration de l'AMM et qu'il se pourrait qu'elle ne puisse pas l'obtenir.

La TS remet le **Guide DAAMM pour la personne et ses proches.**

Mme est avisée de poursuivre sa réflexion et de prendre RV avec son médecin, si elle désire toujours aller de l'avant avec la DAAMM

La TS lui conseille d'inscrire les manifestations cliniques dans ses mots sur une feuille qu'elle apportera au RV médical.



L'histoire de M. Blais

M. Blais a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer il y a 3 ans.

Il est actuellement au stade modéré de sa maladie et a besoin d'aide pour la plupart de ses AVD et AVQ.

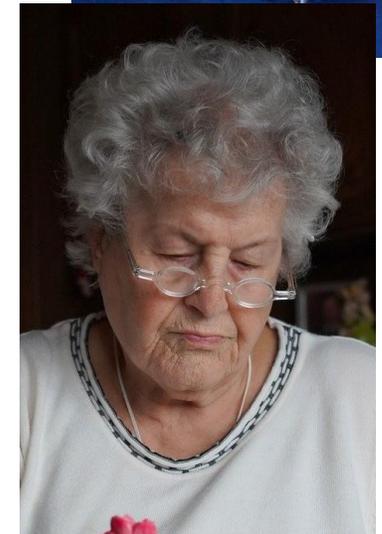
Vit avec son épouse. Il ne peut plus rester seul à la maison.

Lors du suivi cognitif annuel au GMF avec l'infirmière, l'épouse de M. Blais vous demande comment elle doit procéder pour faire la DAAMM.

Elle en aurait parlé avec son conjoint et il serait d'accord.



- L'infirmière questionne M. Blais en compagnie de son épouse concernant ses volontés de fin de vie, comment il entrevoit l'évolution de sa maladie d'Alzheimer.
- M Blais lui répond: « Quelle maladie d'Alzheimer? Je ne suis pas malade! »
- Il ajoute ensuite: « Je vieillis comme tout le monde et chu pas prêt de mourir, j'en connais qui sont pas mal plus maganés que moi! »
- Mme : « Ben voyons Roger, tu l'sais que t'as l'Alzheimer! Fiez-vous pas à ce qu'il dit aujourd'hui. Quand il a reçu son diagnostic, c'est la première chose qu'il m'a dit. Il en a même parlé plusieurs fois aux enfants ! »



Que faites-vous?



- Mme insiste: « Aujourd'hui, ce n'est pas une bonne journée. Je suis certaine que c'est ce qu'il veut même, s'il n'est pas capable de vous le dire. »
- Elle vous dit: « Merci beaucoup pour votre temps. Je vais prendre RV avec le médecin pour en discuter avec lui. C'est notre médecin depuis quelques années. Il connaît bien mon mari et comprendra ses volontés. »

RV médicale

- M. Blais et son épouse rencontrent le médecin. Mme a décidé d'amener leur fille aînée avec eux afin qu'elle puisse confirmer le désir de M. Blais concernant DAAMM.
- À la suite de son évaluation, le médecin confirme que M. Blais n'est plus apte à consentir aux soins et donc qu'il ne peut procéder à une DAAMM.
- La fille comprend la situation, mais Mme semble découragée et fâchée.
- Elle dit : « Si c'est comme ça, j'vais m'arranger à ma manière! »



Qu'allez-vous faire?

Référence TS

Comment accompagner si la demande n'est plus possible?



Finalement



- Il y a différents moyens d'exprimer ses volontés en prévision d'une inaptitude à consentir à des soins.
- Il est important d'aborder le sujet tôt après le diagnostic de TNCM et régulièrement par la suite lors des suivis.
- Les professionnels en GMF peuvent tous apporter leur contribution

Soutien aux établissements de la Capitale-Nationale

Groupe interdisciplinaire de soutien de la Capitale-Nationale (GIS)

Disponible les jours ouvrables de 8h30 à 16h30



581-993-4483



amm.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

DSP du CIUSSS de la Capitale-Nationale

DSPAM du CHU de Québec – Université Laval

DSP de l'IUCPQ Université Laval

Maison Michel-Sarrazin



: 581-993-4483



: 418-525-4444, poste 15521



: 418-656-8711 poste 3850

Dr. Alain-Philippe Lemieux



: amm.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca



: amm@chudequebec.ca



: iucpq.dsp@ssss.gouv.qc.ca



: [418-688-0878](tel:418-688-0878)

Formations recommandées

Plateforme ENA provinciale

- Bloc 1: Principes et pratiques entourant la Loi concernant les soins de fin de vie (no 16706)
- Bloc 2 : Évaluation de l'admissibilité, la compréhension des processus DAAMM et la demande contemporaine (no 16738)
- Niveaux de soins : Normes et standards de qualité (no 2732)
- Loi 2 : les soins de fin de vie - Aide médicale à mourir (AMM) (no 912)

Site du CEVQ

- [RAM Le diagnostic de TNCM en GMF 2022-2023](#)

RÉSUMÉ SOINS DE FIN DE VIE

	Objectifs de soins	Directives médicales anticipées (DMA)	Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM)
Définition	Écrit qui indique les valeurs et les volontés d'une personne concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir sous forme d'objectifs de soins	Écrit qui indique à l'avance les soins médicaux qu'une personne accepte ou refuse de recevoir dans certaines situations ⁱ	Écrit qui permet à une personne de donner à l'avance son consentement à
Par qui?	Personne majeure et apte (ou son représentant) dont le pronostic actuel laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie.	Personne majeure et apte	P
Démarches	Formulaire disponible sur le site de l'INESSS et du MSSS Complété par le médecin ou IPSPL	1. Formulaire papier complété par la personne (clicSÉCUR), signer 2 témoins majeurs et envoyer par la poste à la RAMQ ou 2. Si par acte notarié, le notaire fera parvenir formulaire à la RAMQ.	• • • • * n la

RÉSUMÉ SOINS DE FIN DE VIE

	Objectifs de soins	Directives médicales anticipées (DMA)	Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM)
Quel(s) soins?	Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	5 soins suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Réanimation cardiorespiratoire • Ventilation assistée • Traitement de dialyse • Alimentation forcée ou artificielle • Hydratation forcée ou artificielle 	Aide médicale à mourir
Disponible où? Avec registre?	Dossier médical de la personne (copie au domicile, RI, CHSLD..)	Registre des directives médicales anticipées Une copie peut aussi être déposée au dossier médical	Dépôt obligatoire au Registre des DAAMM par le médecin, l'IPS ou le notaire

ⁱ Le formulaire de DMA permet d'accepter ou de refuser des soins dans les 3 situations suivantes:

- Si vous souffrez d'une condition médicale grave et incurable, et que vous êtes en fin de vie
- Si vous êtes dans un état comateux jugé irréversible ou dans un état végétatif permanent
- Si vous êtes atteint de démence grave, sans possibilité d'amélioration (exemples : démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé)

ⁱⁱ Pour consentir aux soins, la personne doit être en mesure de comprendre :

- la nature de la maladie pour laquelle un soin lui est proposé;
- les risques et avantages de recevoir le soin proposé;

Documents intéressants à remettre

- [Échelle de Reisberg](#)
- [Fiches Évolution Société Alzheimer](#)
- [Maladie à corps de Lewy](#)
- [Dégénérescence fronto-temporale](#)
- [Prise de décision : respecter le choix individuel](#)
- [Dépliant information niveaux de soins INESSS](#)
- [DAAMM Guide pour la personne et ses proches](#)

Références utiles

- <https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Conversation-About-Decision-Making-fr-Alzheimer-Society.pdf>
- <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/demande-anticipe-aide-medicale-mourir>
- https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Soins-en-fin-de-vie_Section-II_Que-dois-je-savoir-concernant-les-soins_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer-Canada.pdf
- [Discutons de niveau de soins - Dre Bois et Dr Wittmer](#)
- <https://educaloi.qc.ca/capsules/directives-medicales-anticipees/>
- https://cms.cmq.org/files/documents/Fiches/f-sfv_daamm-formulation.pdf
- <https://cms.cmq.org/files/documents/Fiches/f-sfv-daamm-engagement-legal.pdf>
- [f-sfv_daamm-formulation](#)
- [Guide technique pour les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées - Formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir - Décembre 2024](#)
- [Le médecin et le consentement aux soins](#)

Centre de prévention du Suicide de Québec

- La ligne d'intervention du CPSQ 1-866-APPELLE (277-3553) est accessible partout au Québec et fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

