



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

MÉMOIRE RELATIF AU PROJET DE LOI N° 52

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Hôtel du Parlement - Québec

MARDI 17 SEPTEMBRE 2013

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
Les fondements du projet de loi n° 52.....	4
La forme du projet de loi n°52.....	5
Les conditions nécessaires au respect de la vie humaine	6
Le consentement libre et éclairé.....	7
Le consentement à la sédation palliative terminale.....	7
Le consentement à l'aide médicale à mourir.....	8
Une décision d'équipe nécessaire.....	9
L'importance de la transmission du consentement au pharmacien.....	10
Le droit à l'objection de conscience de la part du pharmacien	12
Des modifications nécessaires à la <i>Loi sur la pharmacie</i>	14
Commission sur les soins de fin de vie	15
Organisation des soins de fin de vie	16
Les établissements.....	16
Le rapport du directeur général de l'établissement (article 10).....	17
Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les standards de pratique clinique.....	18
L'acquisition des médicaments et la gestion des médicaments utilisés dans les soins de fin de vie	19
La gestion des médicaments contrôlés par les cabinets privés de professionnels et les maisons de soins palliatifs	19
L'ajustement de la thérapie médicamenteuse et des médicaments désignés par le pharmacien.....	21
Conclusion.....	23

INTRODUCTION

Le 12 juin 2013, M^{me} Véronique Hivon, ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du dossier Mourir dans la dignité, a présenté à l'Assemblée nationale du Québec le projet de *Loi concernant les soins de fin de vie* (PL 52) conformément à la recommandation 23 du rapport final de mars 2012 de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Ce projet de loi a pour but d'assurer, à toute personne en fin de vie, des soins respectueux de sa dignité et de son autonomie et de reconnaître la primauté de sa volonté relative aux soins exprimée clairement et librement. La volonté du gouvernement québécois d'offrir aux personnes en situation de soins de fin de vie un accès légitime et légal à l'aide médicale à mourir doit être saluée.

La fin de vie n'en est pas moins un enjeu sociétal majeur et d'intérêt public qui concerne tous les citoyens.

La décision de légaliser l'aide médicale à mourir, au-delà du strict plan juridique, fait intervenir des principes éthiques et des valeurs sociétales qui peuvent entrer en conflit et parfois faire en sorte que les intérêts individuels se heurtent à l'intérêt collectif. Les fondements du PL 52 doivent en tenir compte.

Par ailleurs, le contexte des soins de fin de vie touche significativement le pharmacien qui est un soignant ayant souvent un lien professionnel privilégié avec le patient et ses proches et qui accompagne fréquemment les personnes dans les derniers jours de leur existence. Investi de la mission de protéger le public, l'Ordre des pharmaciens du Québec (l'Ordre) désire, au nom de cette mission, se prononcer autant sur les principes de cet enjeu de société, que sur les modalités d'application du PL 52.

LES FONDEMENTS DU PROJET DE LOI N° 52

Sur le fond, le PL 52 prévoit à l'article 5 que toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des « soins de fin de vie ». Selon l'article 3(3), l'expression « soins de fin de vie » inclut « les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie, y compris la sédation palliative terminale, de même que l'aide médicale à mourir ».

L'Ordre des pharmaciens du Québec comprend aussi que le PL 52 introduit la terminologie « aide médicale à mourir » qui inclut à la fois les concepts d'euthanasie volontaire et d'aide au suicide, dans le contexte exclusif d'une relation patient/médecin.

L'Ordre constate également que la légitimité éthique et juridique du nouveau droit à l'aide médicale à mourir repose, selon l'article 1 du projet de loi, sur le respect de la dignité et de l'autonomie des patients. Or, consentir à ce que la mort nous soit donnée (euthanasie volontaire) est une chose et être l'acteur et l'agent causal de sa propre mort (suicide) en est une autre. Il n'y a pas de commune mesure entre le degré d'autonomie ou d'autodétermination que requiert un suicide et celui que requiert une euthanasie volontaire. Bien qu'il puisse être non valide, le consentement dans le cas du suicide est généralement indubitable, car il est peu probable qu'une personne se suicide contre son gré. Dans le contexte où l'aide médicale à mourir inclut également l'euthanasie volontaire, l'Ordre des pharmaciens du Québec considère que les mesures d'encadrement prévues à la loi et la surveillance de l'application de la loi demandent une rigueur peu commune pour préserver les droits des personnes vulnérables.

L'Ordre accueille favorablement les fondements du PL 52, mais le risque d'abus et de dérives étant plus important dans le cas de l'euthanasie que dans celui de l'aide au suicide, il faudra que le législateur impose des mesures de suivi rigoureuses et continues devant les risques possibles engendrés par l'ouverture légale de l'aide à mourir qui comporte l'euthanasie volontaire.

LA FORME DU PL 52

Le médicament est l'instrument le plus utilisé dans le domaine des soins palliatifs. De surcroît, les changements de médicaments, de doses, de formes et de l'intervalle posologique y sont très fréquents. L'Ordre invite donc les parlementaires à prendre conscience de l'importance du rôle du pharmacien dans le domaine des soins palliatifs. En effet, plusieurs des membres de l'Ordre ont développé une expertise reconnue dans ce domaine. Ainsi, le pharmacien conseille l'équipe sur l'utilisation judicieuse des médicaments en situation de fin de vie, il ajuste la dose des analgésiques, il propose l'utilisation de co-analgésiques, il trouve des solutions à différents effets indésirables et problèmes rencontrés par les patients en raison de l'utilisation de leurs médicaments, il trouve des alternatives aux méthodes d'administration usuelles (ex. pour les patients qui n'arrivent plus à avaler leurs médicaments) et il adapte, par le biais de préparations magistrales, la forme posologique des médicaments sur une base individuelle pour améliorer le confort des patients.

D'ailleurs, l'Ordre des pharmaciens du Québec tient à souligner l'existence du Guide pratique des soins palliatifs rédigé par le Regroupement de pharmaciens experts (RPE) en soins palliatifs (constitué de pharmaciens qui ont une expertise particulière dans le secteur spécialisé des soins palliatifs) de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Il s'agit d'une référence unique et essentielle en soins palliatifs qui illustre la contribution du pharmacien à ce domaine d'activités. Il s'agit d'un outil développé pour réunir et diffuser les connaissances en évolution fulgurante dans ce domaine et pour fournir des approches de traitement validées à tous les praticiens en soins de fin de vie.

Or, si tous les membres de l'équipe de soins en contact régulier avec les personnes qui reçoivent des soins de fin de vie sont interpellés par le PL 52, le pharmacien l'est plus encore (à l'instar du médecin) parce qu'il sera celui qui, dans l'exercice de sa profession, préparera et remettra aux médecins les médicaments que ces derniers administreront dans le cadre de l'aide médicale à mourir. Lorsqu'il accomplit des gestes professionnels, le pharmacien n'est pas un simple exécutant, il doit faire appel à son jugement professionnel. La jurisprudence est constante sur ce point. Dans ce contexte, le pharmacien engagera, dans l'aide médicale à mourir, ses responsabilités professionnelle et criminelle. On comprendra dès lors que les notions de consentement, de respect des objections de conscience et d'élargissement de l'objet du champ d'exercice de la pharmacie sont des incontournables.

Considérant ce qui précède, considérant l'importance de l'utilisation de la thérapie médicamenteuse dans les soins de fin de vie et l'expertise reconnue du pharmacien dans ces domaines, l'Ordre ne peut que constater que, dans sa forme, le PL 52 occulte complètement la dimension des soins et services pharmaceutiques. Cela pourrait éventuellement placer le pharmacien dans des situations problématiques qui, à terme, nuiront à la personne en fin de vie (délai de traitement, par exemple), s'il n'est pas, minimalement, informé des décisions de cette dernière et de l'équipe traitante.

LES CONDITIONS NECESSAIRES AU RESPECT DE LA VIE HUMAINE

Le respect de la vie signifie « que la vie est précieuse, qu'elle doit être respectée, protégée et traitée avec considération et qu'il s'agit d'un principe fondamental de notre société »¹.

Dans le débat de l'aide médicale à mourir, l'Ordre est de l'école de pensée philosophique des modérés. Ainsi, l'Ordre croit que la valeur de la vie dépend à la fois de sa valeur intrinsèque relative (caractère sacré de la vie) et de son contenu (la qualité de vie). La mort est préférable à la vie (le suicide est rationnel) si la qualité de vie d'une personne est à ce point dégradée (et s'il est raisonnable de croire que cette condition demeurera inchangée) que sa vie n'a alors plus aucune valeur en dépit de sa valeur intrinsèque relative. Encore faut-il toutefois avoir la certitude que la condition dégradée ne peut être améliorée et que la personne a reçu tout le soutien psychologique (notamment que l'évolution à travers les différentes phases du deuil dans le temps a été prise en compte) ou thérapeutique, incluant une thérapie médicamenteuse optimale, dont elle avait besoin et que la personne considère que la mort est préférable à la vie (consentement libre et éclairé).

Selon le comité de juristes experts, il appert, à travers un grand nombre de décisions judiciaires et d'autres sources, que le droit québécois favorise, pour la personne, des choix de vie qui reposent sur l'appréciation que se fait la personne elle-même de sa qualité de vie et de la dignité qui en découle². Une dérivation possible de ce courant juridique

¹ Commission de réforme du droit du Canada, Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie, 1979, à la p.45.

² Comité de juristes experts, Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité, 2013 à la p.182.

pourrait être que les personnes qui ont perdu toute qualité de vie ou qui n'ont plus conscience d'elles-mêmes et de leur propre dignité (par exemple les personnes gravement handicapées mentalement et les personnes âgées en lourde perte d'autonomie) n'auraient alors plus le droit à la vie étant alors incapables, en raison de leur état de conscience altéré par la maladie, d'accomplir des gestes donnant un sens à leur vie et par conséquent d'avoir une qualité de vie. Cette école de pensée s'inspire notamment de la philosophie utilitariste qui nie la valeur intrinsèque des êtres humains et qui récuse la valeur de la dignité humaine³. Or, pour l'Ordre des pharmaciens du Québec, comme pour la Cour suprême du Canada⁴, tous les êtres humains, même ceux qui n'ont plus conscience d'eux-mêmes, ont un droit intrinsèque à la vie. Ce droit découle de la dignité humaine inhérente qui confère à chaque être humain une égale valeur intrinsèque indépendante des contingences et des aléas de la vie (vieillesse, accident...). Cette dignité humaine qui sous-tend le droit intrinsèque à la vie (en particulier des personnes vulnérables et inaptes) est, selon l'article 1 du projet de loi, l'un des deux principes éthiques et juridiques (avec l'autonomie des personnes aptes) sur lequel repose la légitimité éthique et juridique du droit à l'aide médicale à mourir.

Il faut donc prendre garde, avec l'ouverture à l'aide médicale à mourir, de vérifier que ce soin de fin de vie soit strictement réservé aux personnes aptes, majeures et consentantes et qui ont reçu des soins palliatifs optimaux, et ce, dans le but de protéger, plus particulièrement, les personnes vulnérables de notre société.

LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Le PL 52 prévoit deux niveaux de consentement pour les patients. L'un à l'article 25 qui concerne la sédation palliative terminale et l'autre aux articles 26 à 28 qui concerne l'aide médicale à mourir. L'un (sédation palliative terminale) est assorti d'un processus beaucoup moins contraignant que l'autre (l'aide médicale à mourir).

LE CONSENTEMENT A LA SEDATION PALLIATIVE TERMINALE

Comme le prévoit le projet de loi, le consentement écrit à la sédation palliative terminale devrait toujours être obtenu. Néanmoins, la sédation palliative terminale revêt parfois un caractère urgent qui fait en

³ H.L.A. Hart, « Between Utility and Rights », (1979) 79(5) Colum. L. Rev. 828 à la p.830.

⁴ Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519

sorte que les professionnels de santé n'ont pas toujours l'opportunité d'obtenir ce consentement par voie écrite. Or, ce soin, sur le plan médical, se distingue grandement de l'aide médicale à mourir. En effet, la sédation palliative terminale ne s'inscrit pas comme une rupture dans le continuum des soins visant à soulager les patients ; elle en est plutôt une suite logique. Sur le plan pratique, cette contrainte supplémentaire risque fort de se traduire par une incapacité, dans certaines occasions, à soulager adéquatement la personne, faute de consentement écrit au dossier. Bien que conscient de la controverse juridique qui sévit sur la nécessité de légiférer ou non sur cette pratique de soins, l'Ordre des pharmaciens du Québec croit que sur le plan pratique l'article 25 pourrait être inopérant dans certaines circonstances.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE, CONSIDERANT LE CARACTERE PARFOIS URGENT D'AVOIR RECOURS A UNE SEDATION PALLIATIVE TERMINALE POUR SOULAGER ADEQUATEMENT LA PERSONNE, DE REVOIR L'ARTICLE 25 PUISQU'IL POURRAIT ETRE INOPERANT DANS CERTAINES CIRCONSTANCES.

LE CONSENTEMENT A L'AIDE MEDICALE A MOURIR

Dans un contexte d'aide médicale à mourir, l'expression du consentement libre et éclairé de la personne constitue dans le PL 52 la pierre angulaire du respect de la vie humaine. À cet égard, à l'instar de l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec part du principe qu'il est beaucoup plus difficile de s'assurer de l'existence et de la validité du consentement du patient dans le cas de l'euthanasie volontaire que dans le cas de l'aide au suicide. Ainsi, l'Office des personnes handicapées du Québec s'exprimait ainsi :

« Le suicide assisté et l'euthanasie sont deux pratiques qui, bien qu'elles puissent paraître semblables, se distinguent sur au moins un élément fondamental. Lorsque l'on parle d'une assistance au suicide, c'est la personne elle-même, et non un tiers, qui pose le geste de mettre fin à ses jours, témoignant par le fait même de sa volonté de mourir. Dans le cas de l'euthanasie, le geste ultime relève entièrement d'un tiers, rendant de ce fait plus difficile l'encadrement de cette pratique, notamment en ce qui a trait au consentement de la personne ⁵ ».

⁵ Québec, Office des personnes handicapées du Québec, Document synthèse, Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur le droit de mourir dans la dignité, octobre 2010 aux pp.1-2.

On comprend donc dès lors que le mécanisme conduisant à l'obtention du consentement libre et éclairé est le rempart ultime à l'euthanasie involontaire. Le consentement doit donc non seulement être strictement balisé par la loi ; mais la société, par le biais de ses institutions démocratiques, doit veiller à ce que les balises mises en place pour le recueillir soient efficaces, effectives et respectées par tous.

UNE DECISION D'EQUIPE NECESSAIRE

D'abord, bien que l'Ordre des pharmaciens du Québec ne doute en aucun cas du professionnalisme avec lequel deux médecins s'acquitteront des vérifications prévues aux articles 26 et 28 du PL 52, il considère que ces mesures sont insuffisantes devant les enjeux éthiques liés à l'obtention du consentement de la personne et des dérives possibles dans ce domaine, mais aussi face aux variations observées dans la qualité de l'organisation locale des soins palliatifs au Québec.

L'obligation morale de notre société de protéger les plus démunis conduit donc l'Ordre à suggérer que le médecin traitant doive, en plus de s'entretenir avec l'équipe de soins en contact avec le patient et avec les proches de ce dernier, obtenir un second avis, non seulement d'un second médecin, mais également de la part d'une équipe interdisciplinaire composée, minimalement, d'une infirmière en relation avec le patient, d'un second médecin reconnu pour son expertise en soins de fin de vie, d'un psychologue et d'un pharmacien reconnu dans le même domaine d'expertise. Bien que cette mesure puisse paraître contraignante, c'est à ce prix seulement que le médecin traitant pourra être certain que la personne éprouve des souffrances physiques ou psychiques qui sont constantes, qui lui sont insupportables, qui ne peuvent être apaisées, que la demande est libre et qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures ou de facteurs contrôlables par des soins auxquels elle n'a pas eu accès.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE L'ARTICLE 28(3), PLUTOT QUE DE PREVOIR L'OBTENTION DE L'AVIS D'UN SECOND MEDECIN UNIQUEMENT, PREVOIT L'OBTENTION DE L'AVIS D'UNE EQUIPE INTERDISCIPLINAIRE COMPOSEE, MINIMALEMENT, D'UNE INFIRMIERE EN RELATION AVEC LE PATIENT, D'UN SECOND MEDECIN RECONNU POUR SON EXPERTISE EN SOINS DE FIN DE VIE, D'UN PSYCHOLOGUE ET D'UN PHARMACIEN RECONNUS DANS LE MEME DOMAINE D'EXPERTISE.

L'IMPORTANCE DE LA TRANSMISSION DU CONSENTEMENT AU PHARMACIEN

On comprend que si le PL 52 est adopté, l'aide médicale à mourir, en dehors des strictes balises qui y seraient prévues, serait toujours un acte répréhensible au sens du *Code criminel*. Ainsi, dans l'état actuel du droit, l'euthanasie est punissable sous le chef d'accusation de meurtre prévu aux articles 222(5) et 229 du *Code criminel* (car il n'existe pas d'infraction spécifique pour l'euthanasie)⁶ alors que l'aide au suicide, qui constitue une infraction spécifique, est punissable en vertu de l'article 241b) du *Code criminel*⁷. La peine encourue en cas d'euthanasie est, en vertu de l'article 235 du *Code criminel*, l'emprisonnement à perpétuité alors que la peine encourue en cas d'aide au suicide est, en vertu de l'article 241 du *Code criminel*, un emprisonnement maximal de 14 ans.

Devant la gravité des peines en cause, on comprend qu'il devient impératif que le pharmacien, pour qui une ordonnance est une autorisation et non un ordre de servir un médicament (ce qui implique qu'il doit utiliser son jugement professionnel chaque fois qu'il remet un médicament), soit convaincu du consentement libre et éclairé du patient et de l'intégrité du processus qui a servi à le recueillir.

L'Ordre des pharmaciens du Québec croit donc que le pharmacien appelé à fournir des médicaments dans un contexte d'aide médicale à mourir doit recevoir une copie du consentement du patient et une confirmation que l'avis du second médecin (ou du groupe interdisciplinaire, si notre proposition est acceptée) a été obtenu. Pour s'assurer de l'intégrité du processus de consentement, l'ordonnance devrait donc prévoir une obligation de comporter la signature des deux médecins impliqués. Or les articles 26 à 28 du PL 52 ne prévoient rien en ce sens.

⁶ Art. 222(5) et 229 *C.cr.*; *R c. Latimer*, [2001] 1 R.C.S. 3; Canada, Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1982 à la p.21; Groupe d'experts de la Société royale du Canada, *Prise de décisions en fin de vie*, Société royale du Canada, Ottawa (Ontario), 2011 à la p.42.

⁷ Groupe d'experts de la Société royale du Canada, *Prise de décisions en fin de vie*, Société royale du Canada, Ottawa (Ontario), 2011 à la p.41. Voir aussi Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519 au para.191.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE LE PHARMACIEN QUI AURA A PREPARER ET A REMETTRE LES MEDICAMENTS UTILISES POUR AIDER UN PATIENT A MOURIR DOIVE, AVANT DE SERVIR LES MEDICAMENTS, OBTENIR UNE COPIE DU CONSENTEMENT DU PATIENT ET UNE ORDONNANCE SIGNEE PAR LES DEUX MEDECINS IMPLIQUES AU DOSSIER SELON LES ARTICLES 26 A 28 DU PL 52.

De plus, nonobstant la responsabilité criminelle du pharmacien à titre de citoyen, les parlementaires doivent savoir que la *Loi sur la pharmacie* et le *Code de déontologie des pharmaciens* imposent, dans un souci de protection du public, diverses obligations au pharmacien qui peuvent difficilement être assumées dans un contexte de soins de fin de vie si celui-ci ne possède pas un minimum de renseignements. Or, le pharmacien de pratique privée (soins de fin de vie à domicile) n'a généralement pas accès au dossier du patient, ni aux renseignements qui circulent au sein de l'équipe traitante.

D'abord, l'article 17(4) de la *Loi sur la pharmacie* confie l'activité de surveiller la thérapie médicamenteuse au pharmacien. Cette obligation de surveillance consiste, selon le guide d'interprétation de l'Ordre des pharmaciens du Québec, à « *valider la réponse thérapeutique ou chimique au traitement médicamenteux ou la résolution des signes cliniques du patient, [à] prévenir, détecter et gérer les réactions indésirables ou les interactions entre médicaments, entre médicaments et aliments, etc. Par cette activité, le pharmacien contribue, d'une manière unique en raison de son champ d'exercice, à l'évaluation de l'efficacité de la pharmacothérapie* ». Or, en 2011, la Cour d'appel du Québec a confirmé l'interprétation que l'Ordre donne à cette activité réservée prévue à l'article 17(4) de la *Loi sur la pharmacie*. La cour d'appel affirme : « *Je suis d'accord avec la description que fait l'Ordre des pharmaciens de l'obligation de « surveiller la thérapie médicamenteuse »*⁸.

Ensuite, l'article 33 du *Code de déontologie des pharmaciens* prévoit que lorsque le pharmacien fournit un service pharmaceutique à un patient, il doit évaluer et assurer l'usage approprié de sa thérapie médicamenteuse afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques.

De même, l'article 37 du *Code de déontologie des pharmaciens* prévoit qu'il doit refuser d'exécuter une ordonnance ou de fournir tout

⁸ Simard c. Larouche (2011) QCCA 911 au para.59, J.Thibault (pour la Cour)

autre service pharmaceutique s'il a des motifs raisonnables de croire que l'intérêt du patient l'exige.

Par conséquent, afin de permettre au pharmacien de bien s'acquitter de ses responsabilités professionnelles, il serait raisonnable, voire impératif, que lorsqu'il exécute une ordonnance qui a pour objet la sédation palliative terminale ou l'aide médicale à mourir, il sache dans quel contexte clinique il doit s'acquitter de ses obligations professionnelles. Dans ce contexte, l'Ordre des pharmaciens du Québec croit que l'intention thérapeutique devrait être *ipso facto* communiquée au pharmacien qui doit traiter des ordonnances de médicaments administrés dans le cadre d'un soin de fin de vie.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC SUGGÈRE QUE L'INTENTION THÉRAPEUTIQUE DEVRAIT ÊTRE IPSO FACTO COMMUNIQUÉE AU PHARMACIEN QUI DOIT TRAITER DES ORDONNANCES DE MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS DANS LE CADRE D'UN SOIN DE FIN DE VIE AFIN DE LUI PERMETTRE DE S'ACQUITTER DE SES RESPONSABILITÉS DE SURVEILLANCE DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

LE DROIT A L'OBJECTION DE CONSCIENCE DE LA PART DU PHARMACIEN

Dans le contexte des soins de fin de vie, le Collège des médecins du Québec a reconnu l'importance du droit à l'objection de conscience : « *Il est impensable que les médecins deviennent de simples exécutants et que les soins soient prodigués sur demande* »⁹. La liberté de conscience et de religion, garantie par les chartes, et qui sous-tend le droit à l'objection de conscience est d'ailleurs, selon la Cour suprême du Canada, fortement liée à la dignité humaine¹⁰.

L'Ordre des pharmaciens du Québec, à l'instar du Collège des médecins du Québec, considère qu'il ne peut contraindre sur le plan déontologique l'un de ses membres à préparer et à remettre des médicaments dans un contexte d'aide médicale à mourir sans restreindre indûment sa liberté de conscience.

⁹ Québec, Collège des médecins du Québec, Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie : document de réflexion, 16 octobre 2009 à la p.6.

¹⁰ R. c. Big M Drug Mart Ltd., [1985] 1 R.C.S. 295 au para.121, j. Dickson (pour la majorité).

Le droit du pharmacien (et des autres professionnels) à l'objection de conscience dans un contexte d'aide médicale à mourir ne doit pas être restreint dans le projet de loi considérant que sa légitimité éthique et juridique repose notamment sur le principe de dignité humaine. Toutefois, l'article 44 du PL 52 relatif au droit d'un professionnel de la santé à l'objection de conscience stipule que :

« La présente loi n'a pas pour effet de limiter le droit pour un professionnel de la santé de refuser, conformément à son code de déontologie, de fournir des soins de fin de vie ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles ».

La compréhension de cet article par l'Ordre des pharmaciens du Québec est qu'il a simplement pour but de réitérer que le PL 52 n'a pas pour effet de restreindre un droit garanti par les chartes, soit le droit à l'objection de conscience. Néanmoins, les mots « *conformément à son code de déontologie* » n'ajoutent rien au PL 52 et laissent entendre qu'un code de déontologie peut restreindre le droit d'un professionnel de s'opposer à la fourniture d'un soin pour un motif de conscience, ce qui n'est pas le cas.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC RECOMMANDE QUE L'ARTICLE 44 DU PL 52 SOIT MODIFIÉ EN ÉLIMINANT LES MOTS : « *CONFORMÉMENT À SON CODE DE DÉONTOLOGIE* ».

Ceci étant, le droit à l'objection de conscience, sans le limiter, doit malgré tout s'exercer dans le respect des règles déontologiques du professionnel. Pour le pharmacien, les articles 26 et 29 du *Code de déontologie des pharmaciens* prévoient que le pharmacien a le droit de refuser d'offrir des soins et services pharmaceutiques pour des raisons de conscience et de convictions personnelles. Néanmoins, ce droit lui est refusé lorsque la vie du patient est en péril ou lorsqu'un tel refus entraînerait un préjudice grave à la santé du patient. Étant entendu que l'aide médicale à mourir est accessible seulement aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable et qui éprouvent des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables, il est raisonnable de penser qu'un patient subirait un préjudice grave à sa santé¹¹ dans l'éventualité où un pharmacien refuserait d'exécuter une

¹¹ La définition de la santé selon l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », en ligne : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Voir aussi l'article 1 de la LSSSS.

ordonnance d'aide médicale à mourir. Si telle était l'interprétation retenue, il faudrait en conséquence, pour contrecarrer la négation du droit du pharmacien à l'objection de conscience dans un contexte d'aide médicale à mourir, que l'Ordre des pharmaciens du Québec prévoise une exception pour l'aide médicale à mourir dans son code de déontologie ou encore il pourrait en abolir l'article 29 en prenant exemple sur le *Code de déontologie des médecins*. Des discussions postérieures sont donc à prévoir avec l'Office des professions du Québec, ainsi qu'avec le gouvernement qui doit approuver les modifications que l'Ordre adopterait.

DES MODIFICATIONS NECESSAIRES A LA *LOI SUR LA PHARMACIE*

Le PL 52 prévoit que le médecin doit évaluer et consentir à la demande du patient de l'aider à mourir et qu'il doit lui administrer lui-même le médicament. Or, à moins que le médecin ne commande et ne prépare lui-même les médicaments qu'il utilisera, le pharmacien pourrait être appelé à préparer et à remettre au médecin les médicaments utilisés dans ce contexte. Dès lors, il apparaît évident à l'Ordre des pharmaciens du Québec que cette situation entre en contradiction avec le champ d'exercice du pharmacien qui se lit comme suit :

« 17. L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé ». Nos soulignements.

En effet, le but ultime de l'exercice de la pharmacie consiste à maintenir ou à rétablir la santé. Or, dans la mesure où un pharmacien serait appelé à préparer et à remettre des médicaments dans le but de mettre fin à la vie d'un patient, il ne se situerait plus dans le champ d'exercice de sa profession avec tous les risques juridiques que cette situation comporterait. Dans ce contexte, l'Ordre des pharmaciens du Québec recommande que la *Loi sur la pharmacie* soit modifiée afin de s'assurer que le pharmacien qui fournit un soin pharmaceutique dans un contexte d'aide médicale à mourir soit reconnu comme étant pleinement dans son champ d'exercice et que les actes professionnels qui en découlent soient pleinement assurés sur le plan de la responsabilité professionnelle.

L'ORDRE SUGGERE DE REMPLACER LE PREMIER ALINEA DE L'ARTICLE 17 DE LA *LOI SUR LA PHARMACIE* PAR LE SUIVANT : « ART. 17 L'EXERCICE DE LA PHARMACIE CONSISTE A EVALUER ET A ASSURER L'USAGE APPROPRIE DES MEDICAMENTS AFIN NOTAMMENT DE DETECTER ET DE PREVENIR LES PROBLEMES PHARMACOTHERAPEUTIQUES, A PREPARER, A CONSERVER ET A REMETTRE DES MEDICAMENTS DANS LE BUT DE MAINTENIR OU DE RETABLIR LA SANTE OU DANS LE CADRE DES SOINS VISES PAR LE TROISIEME PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 3 DE LA *LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE* ».

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

L'Ordre salue la constitution d'une Commission sur les soins de fin de vie. Le projet de loi n° 52 prévoit que cette Commission relève du gouvernement. Néanmoins, nous croyons, considérant l'importance du mandat de la Commission et des enjeux éthiques qui y sont liés, que ses membres devraient être désignés par l'Assemblée nationale. Un tel statut contribuerait à préserver l'indépendance des personnes désignées par rapport au gouvernement. Bien qu'au vu de la situation politique québécoise actuelle cette précaution puisse paraître superflue, l'histoire du XX^e siècle recèle plusieurs exemples de politiques eugéniques, comme la politique eugénique de stérilisation forcée adoptée dans des pays démocratiques comme le Canada et les États-Unis¹². On ne peut donc ignorer cette possibilité, même si elle semble peu probable au Québec.

AFIN D'ASSURER LEUR INDEPENDANCE, L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE L'ASSEMBLEE NATIONALE NOMME LES MEMBRES DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.

L'article 39 du PL 52 prévoit que la Commission soumet au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec. Toutefois, puisque l'aide médicale à mourir repose sur le respect de droits fondamentaux comme le droit à la vie et sur le respect de la dignité humaine, l'Ordre des pharmaciens du Québec suggère que la Commission sur les soins de fin de vie doive soumettre un rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec non pas au ministre, mais bien à l'Assemblée nationale. De plus, bien qu'une fréquence quinquennale puisse être acceptable à terme, l'Ordre croit qu'avec la

12 : Arrêt de la Cour suprême :E. (Mme) c. Eve[1986] 2 R.C.S. 388, par. 57 et 78

mise en vigueur initiale de la loi, il est nécessaire que le rapport soit soumis à intervalle plus rapproché.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE L'ARTICLE 39 DU PL 52 PREVOIT QUE LE RAPPORT SUR LA SITUATION DES SOINS DE FIN DE VIE AU QUEBEC SOIT SOUMIS A L'ASSEMBLEE NATIONALE (ET NON AU MINISTRE) ET QU'IL LE SOIT A UN INTERVALLE PLUS RAPPROCHE AU COURS DES CINQ PREMIERES ANNEES QUI SUIVRONT L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA LOI.

Finalement, l'article 36 du PL 52 prévoit que la Commission est composée de sept membres nommés par le gouvernement, parmi lesquels quatre membres sont des professionnels de la santé ou des services sociaux, dont au moins deux sont médecins, nommés après consultation des ordres professionnels concernés. Or, l'Ordre des pharmaciens du Québec recommande, considérant l'importance de l'utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse dans les soins de fin de vie, son évolution constante, incluant le recours régulier à de nouvelles molécules, et l'expertise reconnue d'un grand nombre de pharmaciens dans ce domaine, que la présence d'un pharmacien sur la Commission doive, à l'instar de celle des médecins, être statutaire.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE LA PRESENCE D'UN PHARMACIEN SOIT PREVUE DE FAÇON STATUTAIRE AU SEIN DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE A L'ARTICLE 36 DU PL 52.

ORGANISATION DES SOINS DE FIN DE VIE

LES ETABLISSEMENTS

Plus que dans d'autres domaines d'activités, les soins de fin de vie justifient le travail en collaboration d'une équipe interdisciplinaire soudée autour d'un objectif commun, une offre de soins de fin de vie de qualité. Cette collaboration semble d'ailleurs aussi importante aux yeux du législateur puisqu'à l'article 8(2), le PL 52 prévoit que l'établissement doit mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession.

La question que se pose l'Ordre, considérant que les soins de fin de vie pourront également être offerts par des maisons de soins palliatifs (MSP) et des cabinets privés de professionnels du réseau local de services (RLS) de l'instance locale : pourquoi limiter l'implantation de mesures pour favoriser l'interdisciplinarité seulement aux professionnels qui exercent leur profession dans les établissements ; pourquoi ne pas étendre cette obligation également au soutien à l'interdisciplinarité entre les professionnels du réseau local, en incluant notamment le pharmacien de pratique privée qui offre fréquemment des services aux maisons de soins palliatifs, services qui dépassent le fait de distribuer simplement des médicaments ?

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC SUGGERE QUE L'ARTICLE 8(2) DU PL 52 ETENDE LE DEVOIR DE L'ETABLISSEMENT DE METTRE EN PLACE DES MESURES FAVORISANT L'INTERDISCIPLINARITE A TOUT LE RESEAU LOCAL DE SERVICES, EN INCLUANT NOTAMMENT LE PHARMACIEN DE PRATIQUE PRIVEE.

LE RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ETABLISSEMENT (ARTICLE 10)

L'article 10 du PL 52 prévoit que le directeur général d'un établissement doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de la *Politique portant sur les soins de fin de vie* que l'établissement doit adopter en vertu du même article. Le PL 52 prévoit que le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en situation de fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives terminales administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre d'aides médicales à mourir administrées, de même que le nombre de demandes d'aide médicale à mourir refusées et les motifs de ces refus.

L'Ordre considère que le suivi de données quantitatives est essentiel. Néanmoins, il est aussi important, si ce n'est plus, que le rapport prévoie une section qualitative qui répertorie les écarts observés entre l'énoncé de la politique et la façon dont elle a été appliquée. L'apport du comité en éthique clinique des établissements dans l'analyse des écarts pourrait d'ailleurs être envisagé.

Cette mesure est nécessaire puisqu'ailleurs, malgré la présence de mesures encadrantes similaires à celles en voie d'être adoptées par le Québec, des écarts entre « *la théorie et la pratique ont été observés* ». En effet, des écarts existent déjà aux Pays-Bas. Dans son rapport du 25 août 2009, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies dénonce l'étendue de l'euthanasie et de l'aide au suicide aux Pays-Bas et

souligne les écarts entre la réalité sur le terrain et les exigences rigoureuses de la loi de 2002 ayant décriminalisé l'euthanasie volontaire :

« Le Comité reste préoccupé par l'étendue de l'euthanasie et de l'aide au suicide dans l'État. En application de la loi relative à l'interruption de la vie sur demande et à l'aide au suicide, même s'il faut l'avis d'un second médecin, un médecin peut mettre fin à la vie d'un patient sans que la décision ne fasse l'objet d'un examen indépendant conduit par un juge ou un magistrat pour s'assurer qu'elle n'est pas le résultat de pressions morales ou d'une mauvaise appréciation¹³ ».

Des écarts existent également en Belgique. Une étude de 2009 démontre qu'en Flandre, il y avait en 2007 presque autant d'euthanasies non volontaires (sans le consentement du patient inapte)¹⁴ que d'euthanasies volontaires (avec le consentement du patient apte à le donner). De plus, le pourcentage d'euthanasies non volontaires est en croissance depuis 2001.

L'ORDRE SUGGÈRE QUE L'ARTICLE 10 DU PL 52 PRÉVOIE DE FAÇON PLUS EXPLICITE QUE LE RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR GÉNÉRAL SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE DOIVE ÉGALEMENT PORTER SUR DES DONNÉES QUALITATIVES PERMETTANT DE DOCUMENTER D'ÉVENTUELS ÉCARTS ENTRE L'ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE ET LA SITUATION RÉELLE OBSERVÉE DANS L'ANNÉE.

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) ET LES STANDARDS DE PRATIQUE CLINIQUE

Nos experts du domaine nous rapportent qu'ils observent une grande variabilité dans les pratiques de sédation palliative terminale et dans les protocoles de détresse respiratoire en situation de fin de vie. Devant ce constat, l'Ordre accueille favorablement la responsabilité confiée aux CMDP d'adopter des protocoles cliniques dans ce contexte.

¹³ Organisation des Nations-Unies, Comité des droits de l'homme, *Examen des rapports soumis par les États parties conformément à l'article 40 du Pacte : projet d'observations finales du comité des droits de l'homme*, Pays-Bas, 25 août 2009, par. 7.

¹⁴ L'euthanasie est non volontaire « lorsqu'elle est pratiquée sans qu'on connaisse les vœux du patient, soit parce qu'il a toujours été incapable, soit parce qu'il l'est devenu sans avoir laissé de directive préalable ». L'euthanasie non volontaire concerne tous les êtres humains vulnérables qui ne sont pas autonomes et qui ont perdu leur capacité « de façon irréversible ».

En effet, l'article 32 du PL 52 prévoit que le CMDP institué pour un établissement doit, compte tenu des standards cliniques élaborés par les ordres professionnels concernés, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative terminale et à l'aide médicale à mourir.

Néanmoins, on retrouve plus de 90 CMDP au Québec et au moins 4 ordres (médecins, pharmaciens, inhalothérapeutes et infirmières), sinon plus, qui sont concernés par les standards cliniques dans ce domaine. Bien que des particularités régionales existent et qu'elles doivent être prises en compte, tout comme les préférences du patient à une approche de soins, l'Ordre des pharmaciens du Québec croit que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pourrait jouer un rôle actif dans ce domaine, et ce, en lien avec sa mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC SUGGÈRE DE CONFIER À L'INESSS LE MANDAT DE SOUTENIR LES CMDP ET LES ORDRES PROFESSIONNELS DANS L'ÉLABORATION ET LA MISE À JOUR RÉGULIÈRE DES STANDARDS CLINIQUES.

L'ACQUISITION DES MÉDICAMENTS ET LA GESTION DES MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS LES SOINS DE FIN DE VIE

LA GESTION DES MÉDICAMENTS CONTRÔLÉS PAR LES CABINETS PRIVÉS DE PROFESSIONNELS ET LES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS

Le PL 52 prévoit que les soins de fin de vie peuvent être dispensés dans une maison de soins palliatifs (MSP) ou à domicile par un médecin et, dans les limites de sa compétence, par une infirmière qui exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnels au sens de l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Or, si nous excluons l'aide médicale à mourir qui n'est généralement pas un soin urgent, la nature même de l'état de santé des patients en fin de vie requiert des changements rapides et immédiats de leur thérapie médicamenteuse palliative qui rendent nécessaire l'accès rapide à la médication du patient dans un contexte hors établissement. Dans la

réalité, cet accès rapide passe, entre autres, par l'utilisation d'une réserve de médicaments contenant les médicaments les plus susceptibles d'être administrés de façon urgente, notamment des substances désignées (ex. opiacés) ou des substances ciblées (ex. benzodiazépines) visant à soulager les patients souffrants. Or, ces médicaments sont extrêmement convoités sur le marché noir.

L'utilisation des médicaments à fort potentiel d'abus et de détournement est encadrée par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) et par le *Règlement sur les stupéfiants*. Il s'agit de réglementations de niveau fédéral. Or, le palier fédéral ne prévoit aucune disposition pour permettre d'inclure ces médicaments, dans une trousse d'urgence (qui peut être transportée par une infirmière qui se rend à domicile, par exemple) ou dans une réserve de médicaments (dans une MSP). Selon notre compréhension de la réglementation actuelle, ces façons de faire seraient donc illégales. Pourtant, l'expérience des établissements de santé quant à l'utilisation de réserves de stupéfiants (« *au commun* ») dans les unités de soins démontre qu'il s'agit d'un moyen efficace pour favoriser un accès raisonnable aux médicaments tout en minimisant les risques de détournement et d'abus.

Dans un contexte où, d'un côté, le législateur québécois met les soins de vie à l'ordre du jour et où, de l'autre, le gouvernement fédéral met en avant une stratégie de santé publique pour minimiser le détournement et l'abus de médicaments (comme les opiacés) qui sont massivement utilisés comme drogues de rue et qui causent annuellement un grand nombre de décès volontaires ou accidentels, il apparaît important à l'Ordre de mettre en lumière la question de la constitution des réserves ou des trousse d'urgence de médicaments contrôlés dans le but d'assurer l'encadrement nécessaire, d'une part, de la qualité des soins et, d'autre part, à la minimisation des risques de détournement.

L'Ordre des pharmaciens du Québec croit que la question de la constitution de réserves de médicaments (« *au commun* » ou trousse d'urgence) ou de leur transport par des personnes autres que des médecins (trousse d'urgence) devrait être à l'ordre du jour des discussions fédérale, provinciales et territoriales ou, à tout le moins, faire l'objet d'un encadrement dans le cadre de l'entente conclue en vertu de l'article 108.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* si, après analyse juridique, cette voie est acceptable pour le gouvernement. La révision des critères d'accréditation des MSP qui aurait pour effet de prévoir des mesures encadrantes pourrait également s'avérer être une voie intéressante à évaluer.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC SUGGÈRE QUE LE GOUVERNEMENT ÉVALUE LES DIFFÉRENTES ALTERNATIVES JURIDIQUES QUI CONDUIRAIENT À TERME À PERMETTRE LA CONSTITUTION DE RÉSERVES (MÉDICAMENT « AU COMMUN » ET TROUSSE D'URGENCE) DE MÉDICAMENTS VISÉS PAR LA *LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES (LRCDAS)*.

Par ailleurs, à l'article 16, le PL 52 prévoit qu'une MSP, à l'instar d'un établissement, doit adopter une *Politique portant sur les soins de fin de vie*. Or, cette politique devrait prévoir l'obligation de mettre en place des mécanismes efficaces de gestion des médicaments ayant pour objectif d'atteindre un équilibre entre l'accès raisonnable et la prévention des détournements. Ainsi, l'Ordre des pharmaciens du Québec recommande que la *Politique sur les soins de fin de vie* dans les MSP renvoie obligatoirement à des procédures portant sur la gestion de l'utilisation des médicaments (notamment la constitution de réserves ou de trousse d'urgence, s'il s'agit d'une solution légalement acceptable), la gestion des incidents/accidents et des pertes ou des vols de médicaments comportant des risques d'abus, la gestion des médicaments périmés ainsi que la gestion des rappels de médicaments. L'Ordre travaille d'ailleurs à l'élaboration d'une procédure type qui sera rendue disponible afin de contribuer à une meilleure utilisation des médicaments. Le Collège des médecins du Québec et l'Alliance des maisons de soins de palliatifs sont consultés dans le cadre des travaux devant conduire à sa publication.

L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC SUGGÈRE QUE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE QUI DOIT ÊTRE ADOPTÉE PAR LES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS DOIVE RÉFÉRER À DES PROCÉDURES PORTANT SUR LA GESTION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS SOIT : LA GESTION DES INCIDENTS/ACCIDENTS ET DES PERTES OU DES VOLS DE MÉDICAMENTS, LA GESTION DES MÉDICAMENTS PÉRIMÉS AINSI QUE LA GESTION DES RAPPELS DE MÉDICAMENTS.

L'AJUSTEMENT DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE ET DES MÉDICAMENTS DESIGNÉS PAR LE PHARMACIEN

En terminant, dans le cadre d'un soin palliatif ou d'une sédation palliative terminale, le pharmacien qui considère la dose ou la posologie d'un médicament comme étant préjudiciable ou délétère pour le patient (pouvant entraîner par exemple une détresse respiratoire) peut tout au plus, selon l'article 37 du *Code de déontologie des pharmaciens*, refuser

d'exécuter une ordonnance s'il a des motifs raisonnables de croire que l'intérêt du patient l'exige. Avec l'entrée en vigueur à venir de la *Loi 41*, le pharmacien pourra, nonobstant l'article 21 de la *Loi sur la pharmacie*, ajuster une ordonnance d'un médecin en modifiant la forme, la dose, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit. Néanmoins, il ne pourra pas ajuster une ordonnance de médicaments prescrits en situation de fin de vie faite par un médecin s'ils appartiennent à des classes de médicaments qui relèvent de la loi fédérale en l'occurrence de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Bien que la question ne dépende pas directement du législateur québécois, l'Ordre des pharmaciens du Québec croit que, en tant que spécialiste des médicaments, le pharmacien devrait avoir la possibilité, en collaboration avec le médecin, d'ajuster la dose ou la posologie des médicaments prescrits en situation de fin de vie, incluant les médicaments narcotiques, les médicaments contrôlés et les substances ciblées. Le gouvernement fédéral a déjà indiqué qu'il serait disposé à modifier la réglementation en vigueur dans la mesure où une demande en ce sens serait soutenue par différentes juridictions provinciales. À la connaissance de l'Ordre des pharmaciens du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux aurait déjà soutenu une telle approche auprès du gouvernement fédéral. Une volonté politique clairement exprimée allant dans ce sens serait certainement de nature à accélérer le processus.

CONCLUSION

La mise en œuvre du projet de loi n° 52 qui confère aux personnes un droit d'accès à des soins de fin de vie est souhaitable et l'Ordre des pharmaciens du Québec salue cette initiative. Pour les proches aidants, pour qui la vie continuera après le départ non précipité, mais non inutilement prolongé de l'un de leurs proches, le PL 52 permettra que la mort survienne légitimement dans un profond respect de la personne vivant ses derniers moments et assumant sa situation avec lucidité et sérénité.

Le PL 52 n'en comporte pas moins des enjeux de protection du public et des enjeux sociétaux à plus large spectre considérant que la vie humaine comporte des dimensions à la fois physique, psychique et spirituelle. Ce projet de loi renvoie à la conception même de la société et à la place de l'humain au sein de celle-ci. Dans ce contexte, les droits conférés en fin de vie par le projet de loi ne sont pas sans conséquence sur l'intérêt public. Ils renvoient à des principes éthiques et juridiques de valeur égale (autonomie, caractère sacré de la vie humaine, dignité humaine), qui peuvent entrer en conflit et entre lesquels la société doit trouver un équilibre judicieux et respectueux des intérêts individuels et collectifs.

Nous espérons que l'éclairage particulier amené par l'Ordre des pharmaciens du Québec permettra de bonifier la réflexion entourant l'adoption de cet important projet de loi.