



CSSS – 009M
C.P. – P.L. 52
Loi concernant les
soins de fin de vie

**MÉMOIRE DE LA FMOQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 52
LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE**

Le 17 septembre 2013

TABLE DES MATIÈRES

La FMOQ	3
Introduction	4
Résumé	5
1.0 Droits des personnes relatifs aux soins en fin de vie (articles 4 à 7)	7
2.0 Règles particulières applicables aux établissements (articles 8 à 13).....	8
3.0 Règles applicables aux maisons de soins palliatifs (articles 14 à 16).....	9
4.0 Règles applicables aux cabinets privés (article 17).....	9
5.0 Fonctions des agences de la santé et des services sociaux (articles 18 et 19).....	10
6.0 Fonctions du ministre (articles 20 à 24).....	11
7.0 Sédation palliative terminale (article 25)	11
8.0 Aide médicale à mourir (articles 26 à 31)	11
9.0 Fonctions du CMDP (articles 32 à 34)	14
10.0 Commission sur les soins de fin de vie (articles 35 à 38)	14
11.0 Directives médicales anticipées et Registre des directives médicales anticipées (articles 45 à 58)	15
12.0 Loi médicale (article 63).....	16
13.0 Conclusion.....	16
14.0 Liste des recommandations	17

La FMOQ

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec regroupe 19 associations affiliées et représente l'ensemble des quelque 8000 médecins omnipraticiens exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

La FMOQ célèbre cette année ses 50 ans d'existence. Cinquante ans au service de ses membres, et ce, au plus grand bénéfice des patients qu'ils accompagnent à tous les stades de leur vie.

Depuis sa création, la FMOQ propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à la participation des médecins omnipraticiens au régime public d'assurance maladie du Québec, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper ses membres sur l'échiquier des services de santé au Québec. Elle contribue sans relâche à faire du système de santé québécois, un réseau certes toujours plus fiable, efficace et performant, mais un réseau d'abord et avant tout centré sur la personne.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre part à l'étude du projet de loi n° 52.

INTRODUCTION

La Fédération a participé de façon active il y a trois ans aux travaux de la commission spéciale portant sur la question de mourir dans la dignité. Elle y a alors exprimé le point de vue, selon elle, de la grande majorité des médecins omnipraticiens québécois.

Lors des audiences qu'avait tenues la commission, la Fédération avait sans équivoque souligné que la discussion ne devait pas se restreindre aux seules questions liées à l'aide médicale à mourir. Il était essentiel pour elle que la discussion englobe l'ensemble des soins de fin de vie.

Selon la FMOQ, l'aide médicale à mourir ne pouvait constituer une manière alternative de pallier à un manque d'organisation et de ressources.

Dans cette perspective par ailleurs, la Fédération avait de surcroît insisté sur le fait que toute nouvelle mesure législative devait énoncer clairement le respect des valeurs personnelles de chaque médecin face à tout nouvel acte autorisant l'aide médicale à mourir.

La FMOQ est donc heureuse de constater que le projet de loi a d'abord pour objet d'assurer, dans le respect de la dignité et de l'autonomie des personnes, un accès à un ensemble de soins de qualité adaptés aux besoins de ces dernières. Cette déclaration de principe revêt pour la Fédération une grande importance. En effet, l'objet du projet de loi est d'abord axé sur les soins de fin de vie dans toutes leurs différentes dimensions.

La FMOQ prend également acte avec satisfaction que le projet de loi consacre la liberté de choix des médecins quant aux soins de fin de vie. Elle tient à saluer cette vision des choses.

Les membres de la FMOQ sont au cœur des activités médicales liées aux soins de fin de vie. Au niveau médical, ils sont les acteurs clés de la finalité que vise à atteindre le projet de loi n° 52.

Dans les pages qui suivent, la Fédération fait part de ses commentaires à l'égard du contenu du projet de loi aux membres de la commission parlementaire. Elle souhaite que ses observations et ses remarques soient reçues avec ouverture et intérêt.

Résumé du mémoire

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se rallie aux grands principes que met de l'avant le projet de loi n° 52. Elle estime que ce projet de loi reflète bien les valeurs contemporaines de la société québécoise. La Fédération croit qu'il s'agit là d'une avancée très importante en matière de soins médicaux et en matière de droits de la personne. Elle en félicite l'ensemble des membres de l'Assemblée nationale.

La FMOQ est satisfaite de constater que les éléments suivants ont été mis en évidence :

- législation englobant les droits liés à l'ensemble des soins de fin de vie dispensés dans tous les milieux;
- législation fondée sur des principes de respect de la personne et d'autonomie décisionnelle;
- législation consacrant la liberté de conscience des médecins quant aux soins de fin de vie;
- législation limitant l'aide médicale à mourir aux seules personnes majeures, aptes et en fin de vie.

Selon la FMOQ par ailleurs, le projet de loi n° 52 devra néanmoins faire l'objet d'une attention importante relativement aux éléments qui suivent.

Ainsi estime-t-elle que le projet de loi ne devrait pas imputer aux médecins, comme il semble vouloir le faire, des obligations qui, à prime abord, devraient être plus largement dévolues au réseau de la santé lui-même. Les médecins sont prêts à assumer le rôle central qui est le leur dans la mise en œuvre du projet de loi. Ce rôle doit cependant demeurer dans la sphère médicale.

Dans cette foulée, la FMOQ croit aussi que les médecins devront obtenir du réseau de la santé toutes les ressources humaines et techniques que nécessiteront la dispensation des services qu'ils rendront à leurs patients, et ce, quel que soit leur milieu d'exercice. Il en va du succès des objectifs que le projet de loi vise à atteindre. Le succès de ces politiques repose en grande partie sur la capacité que pourront avoir les médecins de bien s'y adapter. Une approche fondée sur une dynamique pénale ne pourrait être que négative.

Au niveau organisationnel, les établissements et les agences devront pleinement assumer leur rôle et leurs obligations. À l'échelle d'une région, l'apport du département régional de médecine générale s'avèrerait plus que constructif dans l'évaluation de l'organisation, des besoins et des ressources.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'aide médicale à mourir, la Fédération insiste pour que celle-ci ne soit disponible que dans un contexte de mort imminente et pour ceux et celles ayant, de façon concomitante, la capacité d'exprimer clairement leurs choix. Pour elle, il s'agit de la meilleure façon de marier la logique de soins et la logique de droits.

En terminant, la FMOQ croit qu'il sera primordial de bien élaborer les modalités de fonctionnement d'un éventuel registre de directives médicales anticipées, et ce, de manière à ce qu'elles soient pratiques et bien adaptées aux réalités des médecins et des patients.

1.0 Droits des personnes relatifs aux soins en fin de vie (articles 4 à 7)

Le projet de loi édicte que les soins de fin de vie sont ceux auxquels peut s'attendre une personne dans les derniers moments de sa vie lorsque son état le requiert. Elle peut recevoir ces soins en établissement, dans une maison de soins palliatifs et à domicile.

Cet aspect du projet de loi n° 52 est capital pour les médecins omnipraticiens. Comme plusieurs l'ont déjà signalé, le cadre juridique actuel ne permet pas vraiment d'exiger des soins palliatifs. Les établissements ne sont pas formellement tenus d'en dispenser. L'accès à ces soins est inégal et souvent difficile. La FMOQ est donc satisfaite de constater que le projet de loi pose en principe général le droit de recevoir des soins palliatifs. Elle se rallie à cette déclaration puisqu'elle est fondée, de manière individualisée, sur les besoins de la personne. Le projet de loi ne se limite donc pas à encadrer la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir. Au contraire, il encadre l'ensemble des soins dont ont besoin les Québécois en pareilles circonstances.

La Fédération se rallie également au principe relatif à l'autonomie décisionnelle, lui-même rattaché à la notion de consentement libre et éclairé. Pour les médecins et leurs patients, il s'agit de droits fondamentaux. L'article 6 du projet de loi stipule qu'il revient au médecin de s'assurer du caractère libre et éclairé de la décision d'une personne de recourir ou non aux soins de fin de vie. Il doit également lui donner toute l'information lui permettant de prendre une décision avertie. Deux obligations sont donc consacrées ici :

- s'assurer du consentement libre et éclairé d'une personne;
- donner toute l'information permettant à cette dernière de décider, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.

Ces obligations sont importantes. Le Code de déontologie des médecins édicte déjà que ces derniers doivent, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir un consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal. Ils doivent s'assurer de fournir les explications pertinentes relatives à la nature des soins, à leur but et à leurs conséquences possibles. Ils doivent faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

Pour la Fédération, ces obligations doivent cependant demeurer dans la sphère médicale et ne pas déborder dans la sphère organisationnelle. En effet, la FMOQ estimerait excessif que l'obligation liée à la transmission de « toute l'information », tel

que le présente l'article 6, n'en vienne à être interprétée de façon à rendre le médecin imputable de donner aux personnes la totalité des renseignements pouvant être liés à l'organisation des services, à leur disponibilité, à l'état des ressources ou, encore, aux délais systémiques. L'étendue et l'importance de ces renseignements dépassent le champ strictement médical des soins de fin de vie.

Compte tenu de ce qui précède, la Fédération tient à s'assurer que les obligations qui incombent au médecin demeurent dans son champ de compétence. Elle suggère donc d'ajouter les mots « de nature médicale » après le mot « l'information » dans le deuxième alinéa de l'article 6 du projet de loi.

2.0 Règles particulières applicables aux établissements (articles 8 à 13)

Le projet de loi n° 52 énonce que les établissements devront notamment :

- offrir des soins de fin de vie;
- mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité;
- prévoir des programmes cliniques de soins de fin de vie (incluant des soins de fin de vie à domicile dans le cas des Centres de santé et de services sociaux (CSSS));
- adopter des politiques portant sur les soins de fin de vie;
- inclure dans leur code d'éthique une nouvelle section portant sur les droits des personnes en fin de vie.

La FMOQ partage les grandes lignes des responsabilités attribuées aux établissements dans le cadre du projet de loi. Elle tient cependant à préciser que la politique que chaque établissement doit adopter au sujet des soins de fin de vie (article 10), devrait comprendre expressément l'obligation spécifique de remettre aux personnes en fin de vie, de même qu'à toutes celles qui le requièrent, toute l'information pertinente relativement aux services auxquels elles sont en droit de s'attendre en matière de soins de fin de vie.

Dans la foulée de ce qui précède, la Fédération tient également à rappeler que le contenu de tout document d'information et de tout code d'éthique relatifs à la disponibilité des soins de fin de vie au sein d'un établissement, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile, devraient comprendre des renseignements non équivoques au sujet de la liberté que possède tout médecin de refuser de fournir de tels soins ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles.

La FMOQ note par ailleurs à l'article 12 du projet de loi que si la condition de la personne, ou son environnement, ne lui permet pas de recevoir des soins de fin de vie à

domicile, l'établissement doit alors lui offrir de les lui dispenser dans ses installations ou lui offrir de la diriger vers un autre établissement. La Fédération est d'accord avec cette approche.

La FMOQ recommande par ailleurs que les programmes cliniques de soins de fin de vie, de même que les politiques portant sur ces mêmes services devraient, dans la mesure du possible, être uniformes d'un établissement à l'autre à l'échelle du Québec.

3.0 Règles applicables aux maisons de soins palliatifs (articles 14 à 16)

La FMOQ réitère à ce niveau les mêmes commentaires qu'elle formulait précédemment au sujet de l'importance de bien expliquer à toutes les personnes concernées que les politiques, programmes ou codes relatifs à la dispensation des soins de fin de vie n'affectent en rien le droit qu'ont les médecins de ne pas collaborer à la fourniture de certains soins en vertu de leurs valeurs personnelles.

4.0 Règles applicables aux cabinets privés (article 17)

Le projet de loi pose en principe qu'un médecin de cabinet privé peut dispenser des soins de fin de vie à domicile.

Dans le cas de la sédation palliative terminale et de l'aide médicale à mourir cependant, un tel médecin ne pourrait rendre ces services qu'en association (entente écrite) avec le CSSS du territoire où est situé son cabinet. N'aurait-il pas été plus logique de cibler le CSSS du territoire où réside le patient ? Le CSSS d'un territoire donné acceptera-t-il de fournir les services et les ressources accessoires aux soins médicaux à domicile que le médecin rendrait dans le cadre des soins de fin de vie pour un de ses patients résidant dans un autre territoire ? Cela pourrait-il avoir pour conséquence de priver un patient des services que pourrait lui rendre son médecin de famille si ce dernier acceptait de lui fournir des soins de fin de vie à domicile ?

La FMOQ recommande que l'article 17 soit modifié de façon à prévoir que le CSSS concerné par l'association avec un médecin exerçant en cabinet soit celui du territoire du domicile du patient.

Comme nous venons de l'évoquer, l'article 17 prévoit que les modalités de l'association entre un CSSS et un médecin exerçant en cabinet soient convenues par le biais d'une entente écrite. La FMOQ est d'avis que la forme et le contenu de cette entente devraient être standardisés à l'échelle québécoise afin d'éviter toute possibilité de dérive contractuelle, surtout au niveau des ressources dont auront besoin les médecins

et des mécanismes de surveillance. Elle recommande donc que la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article 17 soit modifiée afin d'ajouter, après les mots : « Cette entente doit notamment », les mots : « respecter les modalités contractuelles fixées par le ministre dans le cadre des pouvoirs que lui accorde l'article 20 de la présente loi, prévoir la nature des ressources techniques et humaines que l'instance locale devra fournir au médecin et ».

À cet égard la Fédération estime d'ailleurs impératif d'être consultée par le ministre sur cet aspect singulier des choses. La confiance des médecins dans tout le processus, croit-elle, commande une telle approche.

Par ailleurs, la FMOQ croit que l'obligation contenue dans le dernier alinéa de l'article 17, au plus grand bénéfice du patient lui-même, devrait être réciproque et non à sens unique. Dans cette mesure, la FMOQ recommande que cet alinéa soit modifié afin d'indiquer que l'une et l'autre des parties à l'entente écrite évoquée puissent demander d'avoir accès à tout renseignement nécessaire à son application.

5.0 Fonctions des agences de la santé et des services sociaux (articles 18 et 19)

Le projet de loi n° 52 confie un rôle important aux agences de la santé et des services sociaux. En effet, celles-ci devront notamment déterminer les modalités générales d'accès aux différents soins de fin de vie dispensés par les établissements et les maisons de soins palliatifs de son territoire.

Puisqu'il s'agit de soins dispensés par un grand nombre de médecins omnipraticiens, la FMOQ estime que l'apport du département régional de médecine générale, le DRMG, pourrait alors être pertinent.

En effet, le DRMG regroupe tous les médecins d'un même territoire qui pratiquent à l'intérieur du régime public d'assurance maladie, et ce, quel que soit le lieu de leur exercice. Le DRMG est l'organisme coordonnateur de leurs activités. La Loi sur les services de santé et les services sociaux confie d'importantes responsabilités au DRMG en matière d'organisation de services médicaux généraux. Chaque DRMG a d'ailleurs l'obligation de définir et de proposer un plan régional d'organisation des services médicaux généraux qui précise, pour chaque territoire de réseau local de services, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles. La loi stipule que le DRMG doit également réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'agence relativement aux services médicaux généraux.

Compte tenu de ce qui précède, la FMOQ recommande que l'article 18 du projet de loi soit modifié de manière à ajouter, après la première phrase, la phrase suivante : « Elle doit, dans la réalisation de cette fonction, obtenir l'avis du département régional de médecine générale. »

6.0 Fonctions du ministre (articles 20 à 24)

La FMOQ prend acte des pouvoirs que le projet de loi n° 52 confère au ministre. Compte tenu des impacts que peut avoir ce projet de loi sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens et sur leur responsabilité professionnelle, la Fédération réitère également ici toute l'importance qu'elle accordera au fait d'être consultée par le ministre dans l'élaboration de la réglementation et dans l'application de ces services médicaux à la population.

7.0 Sédation palliative terminale (article 25)

La FMOQ réitère ici ce qu'elle soumettait déjà à la commission spéciale en août 2010.

Pour la Fédération, la sédation palliative est une technique qui consiste à créer un état de coma artificiel par le biais d'une pharmacopée. Elle est parfois utilisée par les médecins qui exercent dans le domaine des soins palliatifs à la suite d'un échec des thérapeutiques palliatives pour soulager les souffrances physiques et morales d'une personne.

La FMOQ est donc satisfaite de voir que le projet de loi consacre la sédation palliative terminale pour ce qu'elle est, c'est-à-dire une activité distincte de l'aide médicale à mourir. Pour elle, il s'agit d'une chose différente. La sédation palliative terminale n'a pas pour objet fondamental de causer la mort. Elle vise d'abord et avant tout à soulager la souffrance en attendant que la mort naturelle survienne.

8.0 Aide médicale à mourir (articles 26 à 31)

La Fédération endosse la finalité de l'article 26 du projet de loi. L'approche doit être restrictive.

Dans le mémoire qu'elle soumettait en août 2010, la FMOQ proposait déjà de limiter aux seules personnes aptes la possibilité d'obtenir l'aide médicale à mourir. Il s'agit d'un des aspects fondamentaux de son mémoire. La Fédération croit que la personne qui demande l'aide médicale à mourir doit avoir, de façon concomitante, la capacité d'exprimer clairement ses choix.

Puisque les soins palliatifs ont leurs limites et qu'ils ne parviennent pas toujours à soulager les souffrances des malades, la FMOQ est d'opinion que ces douleurs commandent, au nom de la compassion, de trouver des solutions. L'aide médicale à mourir constitue donc une nouvelle avenue, exceptionnelle, dans le continuum de soins pour les personnes en fin de vie. Elle souscrit donc, sous réserve des précisions qui suivent, aux conditions générales établies par le projet de loi.

En effet, la Fédération tient à préciser, à toutes fins de clarté, que la notion de fin de vie à laquelle elle réfère correspond à une mort imminente. Pour elle, les demandes d'aide médicale à mourir qui ne se situent pas dans un cadre de soulagement de la souffrance en fin de vie, ne sont pas admissibles. Outrepasser cette limite équivaldrait, pense-t-elle, à ne plus faire de médecine. Elle recommande donc de réécrire le 4^e paragraphe de l'article 26 du projet de loi de manière à ce qu'il se lise : « elle est en fin de vie et éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. »

La Fédération note par ailleurs au terme de sa lecture de l'article 28 du projet de loi, que de nombreuses obligations incombent au médecin qui accepte de fournir l'aide médicale à mourir. Ces obligations s'ajoutent notamment aux autres obligations déjà prévues aux articles 6, 33, 41, 49, 50 et 51 du projet de loi (consentement, devoir d'information, avis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), avis à la commission sur les soins de fin de vie, devoirs envers les directives médicales anticipées, actualisation des directives médicales anticipées, recherches préventives au registre des directives médicales anticipées).

En plus de ces dernières obligations, le projet de loi, à l'article 28, prévoit donc spécifiquement que le médecin doit :

- être d'avis que la personne satisfait aux conditions prévues à l'article 26, c'est-à-dire:
 - que la personne est majeure;
 - qu'elle est apte à consentir aux soins;
 - qu'elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie;
 - qu'elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
 - que sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

- qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables;
 - que la personne a exprimé, de manière libre et éclairée, une demande d'aide médicale à mourir en conformité avec les règles administratives prescrites.
- vérifier que la demande de la personne ne résulte pas de pressions extérieures, en l'informant du pronostic, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences, en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
 - discuter de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec la personne;
 - s'entretenir de la demande avec les proches de la personne, si elle le souhaite;
 - s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
 - s'assurer d'obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prescrites ci-haut.

Les responsabilités sont donc nombreuses. La FMOQ rappelle que le comité de juristes experts avançait dans son rapport que si le législateur québécois adoptait une loi pour encadrer les soins de fin de vie et comprenant des dispositions régissant l'aide médicale à mourir, le Procureur général du Québec pourrait déterminer qu'aucune poursuite ne serait déposée contre quiconque agirait en conformité avec les dispositions de la loi adoptée par l'Assemblée nationale. Est-ce alors à dire que le Procureur général pourrait porter une plainte criminelle contre un médecin parce qu'il aurait omis d'avoir bien respecté le contenu de l'article 28 ?

Dans cette perspective et sans vouloir enlever au médecin des responsabilités qui relèvent exclusivement de sa compétence, la Fédération s'attend à ce que les responsables de l'application de cette nouvelle loi au ministère de la Santé et des Services sociaux, à tous les échelons, fournissent aux médecins tout le support professionnel et matériel dont ils pourraient avoir besoin dans la dispensation de ces soins.

Le projet de loi édicte par ailleurs que l'avis d'un deuxième médecin doit être obtenu afin de confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26. Le deuxième médecin doit être indépendant face au premier. Qui décide de l'indépendance ? Qu'est-ce qu'être indépendant ? La FMOQ présume que le Collège des médecins du Québec répondra à ces questions en formulant des standards acceptables.

En ce qui concerne l'article 30 du projet de loi, qui consacre le droit d'un médecin de refuser une demande d'aide médicale à mourir, la FMOQ tient à réitérer qu'elle n'aurait jamais appuyé un projet de loi qui n'aurait pas clairement prévu cette possibilité. La Fédération est en contrepartie d'accord pour que le médecin qui exprime un refus soit tenu d'aviser les autorités d'un établissement afin que celles-ci puissent entreprendre des recherches pour trouver un autre médecin.

En terminant, la FMOQ croit que des problèmes peuvent survenir relativement à la notion de médecin traitant. Le dernier alinéa de l'article 26 du projet de loi énonce que le formulaire de demande d'aide médicale à mourir doit être remis au médecin traitant du patient. La FMOQ recommande que le guide d'exercice que le Collège des médecins publiera au sujet des soins de fin de vie circoncrive bien cette notion, et ce, de manière à ce qu'aucune ambiguïté ne puisse exister.

9.0 Fonctions du CMDP (articles 32 à 34)

La FMOQ prend acte du contenu des articles 32 à 34 du projet de loi. Elle présume que le Collège des médecins du Québec en précisera les indications et les règles.

10.0 Commission sur les soins de fin de vie (articles 35 à 38)

La Fédération est d'accord pour que soit instituée une commission sur les soins de fin de vie. La création d'un organisme de contrôle chargé d'évaluer l'application de la loi peut effectivement être pertinente.

Elle s'oppose toutefois vivement à l'introduction d'une infraction pénale punissable par voie d'amende et ne visant que le seul médecin dans le cas où le signalement à la commission de l'administration de l'aide médicale à mourir n'aurait pas, d'une part, été fait dans les dix (10) jours, ou, d'autre part, s'il n'aurait pas été effectué selon des normes réglementaires encore inconnues.

La menace et les amendes ont toujours eu un effet délétère chez les médecins. La FMOQ recommande de biffer le dernier alinéa de l'article 41 du projet de loi.

La revue systématique par la Commission (article 42) des actes posés par le médecin et la transmission d'un résumé de ses conclusions au Collège et aux autres autorités concernées si le médecin n'a pas respecté, selon les deux tiers des membres de la Commission, le contenu de l'article 28, laisse également la Fédération fort soucieuse. Quelles peuvent être, à part le Collège, les « autres autorités »?

Le Code des professions du Québec et le Code de déontologie des médecins contiennent déjà une foule de dispositions visant à régir, et à sanctionner s'il le faut, le comportement des médecins. En établissement, le CMDP pourrait de son côté soumettre à l'attention du médecin examinateur la qualité des services rendus par un médecin dans le présent cadre. L'article 33 du projet de loi le prévoit d'ailleurs déjà. Dans ces circonstances, la FMOQ recommande donc de biffer les mots « et, le cas échéant, aux autres autorités concernées » dans la dernière phrase de l'article 42.

La Fédération signale à nouveau qu'elle s'attend à être consultée au niveau de l'élaboration des règlements évoqués aux articles 41 et 42 du projet de loi.

11.0 Directives médicales anticipées et Registre des directives médicales anticipées (articles 45 à 58)

En février 2010, la FMOQ recommandait déjà de mieux diffuser l'utilité que peut avoir le testament de vie comme l'une des solutions permettant d'assurer des soins de qualité en fin de vie à toutes les personnes devenues inaptes. Le fait de déterminer à l'avance les niveaux de soins que l'on est prêt à recevoir peut permettre d'éviter bien des interrogations et même des conflits. Pour la Fédération, les directives doivent permettre autant d'exprimer un consentement anticipé à des soins éventuels que son souhait de ne pas être réanimé ou maintenu en vie artificiellement. Il importe d'avoir des outils qui peuvent prévenir l'acharnement thérapeutique et qui peuvent favoriser la prestation des soins pendant la phase terminale, particulièrement en cas d'inaptitude.

Le projet de loi énonce que toutes les modalités d'accès et de fonctionnement devront faire l'objet d'un processus réglementaire (article 58). Il est donc bien difficile à ce stade-ci de considérer ces nouveautés législatives à leur juste valeur.

Certaines dispositions laissent cependant la FMOQ perplexe. L'article 49 du projet de loi énonce que lorsque des directives anticipées sont remises à un professionnel de la santé, celui-ci doit les verser au registre. Qui sont ces professionnels et où exercent-ils ? Un psychologue exerçant en cabinet est-il lié par cette disposition ?

De son côté, l'article 51 mentionne qu'un médecin qui constate l'inaptitude d'une personne à consentir aux soins doit consulter le registre afin de vérifier l'existence de directives médicales anticipées. Si des directives s'y trouvent, il les verse au dossier du patient. Le cas échéant, que doivent faire les médecins exerçant en cabinet et qui sont inactifs en matière de soins de fin de vie, que ce soit en établissement, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile ? Par ailleurs, l'inaptitude n'est pas toujours évidente à établir. Le médecin doit parfois consulter un collègue d'une autre spécialité. L'un et l'autre des médecins devront-ils faire des vérifications au registre ? Il arrive parfois aussi que les patients d'un médecin exerçant en cabinet soient hospitalisés sans que ces derniers n'en soient informés. De fait, certains de ses patients peuvent même décéder sans qu'il ne le sache.

La Fédération recommande donc d'examiner avec minutie les modalités de fonctionnement d'un éventuel registre de directives médicales anticipées, et ce, de manière à ce qu'elles soient pratiques et bien adaptées aux réalités des patients et des médecins qui leur fournissent des soins. Compte tenu des impacts que ces mécanismes auront sur la pratique des médecins, la FMOQ s'attend à être consultée en temps opportun sur cet aspect du projet de loi n° 52.

12.0 Loi médicale (article 63)

La FMOQ endosse le fait que l'aide médicale à mourir soit une activité réservée aux médecins seulement.

13.0 Conclusion

La FMOQ est d'avis que l'Assemblée nationale aura réussi à élaborer un projet de loi de grande qualité. Estimant que celui-ci reflète bien les valeurs qu'elle a mises de l'avant au cours des dernières années, la Fédération en appuie les grands principes. Il s'agira d'une avancée très importante en matière de soins médicaux et en matière de droits de la personne.

Le projet de loi n° 52 demeure cependant perfectible. Certaines choses devront être précisées, d'autres modifiées ou corrigées. La FMOQ invite donc les membres de la Commission parlementaire à bien considérer ses commentaires et à tenir compte de ses recommandations.

La FMOQ réitère en terminant ses plus sincères remerciements à tous les parlementaires de l'Assemblée nationale pour l'intérêt qu'ils auront manifesté envers

les points de vue qu'elle aura exprimés tout au long des différents processus de consultation.

14.0 Liste des recommandations

1. La FMOQ recommande d'ajouter les mots « de nature médicale » après le mot « l'information » dans le deuxième alinéa de l'article 6 du projet de loi.
2. La FMOQ recommande que la politique de soins de fin de vie que chaque établissement doit prévoir, comprenne pour ce dernier l'obligation spécifique de remettre aux personnes concernées, de même qu'à toutes celles qui le requièrent, toute l'information pertinente relativement aux services auxquels elles sont en droit de s'attendre en matière de soins de fin de vie.
3. La FMOQ recommande que tout document d'information et que tout code d'éthique relatifs à la disponibilité des soins de fin de vie au sein d'un établissement, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile, contiennent des renseignements non équivoques au sujet de la liberté que possède tout médecin de refuser de fournir de tels soins ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles.
4. La FMOQ recommande que les programmes cliniques de soins de fin de vie, de même que les politiques portant sur ces mêmes services, soient uniformes d'un établissement à l'autre à l'échelle du Québec.
5. La FMOQ recommande que l'article 17 soit modifié de façon à prévoir que le CSSS concerné par l'association avec un médecin exerçant en cabinet soit celui du territoire du domicile du patient.
6. La FMOQ recommande que la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article 17 soit modifiée afin d'ajouter, après les mots : « Cette entente doit notamment », les mots : « respecter les modalités contractuelles fixées par le ministre, prévoir la nature des ressources techniques et humaines que l'instance locale devra fournir au médecin et ».
7. La FMOQ recommande que le dernier alinéa de l'article 17 soit modifié afin d'indiquer que l'une et l'autre des parties à l'entente écrite évoquée, puissent demander d'avoir accès à tout renseignement nécessaire à son application.

8. La FMOQ recommande que l'article 18 du projet de loi soit modifié de manière à ajouter, après la première phrase, la phrase suivante : « Elle doit, dans la réalisation de cette fonction, obtenir l'avis du département régional de médecine générale. »
9. La FMOQ recommande de réécrire le 4^e paragraphe de l'article 26 du projet de loi de manière à ce qu'il se lise : « elle est en fin de vie et éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. »
10. La Fédération recommande que les responsables de l'application de cette nouvelle loi au ministère de la Santé et des Services sociaux, à tous les échelons, fournissent aux médecins tout le support professionnel et matériel dont ils pourraient avoir besoin dans la dispensation de ces soins.
11. La FMOQ recommande de bien circonscrire les notions de médecin indépendant et de médecin traitant.
12. La FMOQ recommande de biffer le dernier alinéa de l'article 41 du projet de loi.
13. La FMOQ recommande de biffer les mots « et, le cas échéant, aux autres autorités concernées » dans la dernière phrase de l'article 42.
14. La Fédération recommande d'examiner avec minutie les modalités de fonctionnement d'un registre de directives médicales anticipées, et ce, de manière à ce qu'elles soient pratiques et bien adaptées aux réalités des patients et des médecins qui leur fournissent des soins.

.....