

Mémoire du Réseau FADOQ

Les soins de fin de vie, une avancée pour la dignité

Présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie

© Réseau FADOQ 2013

Responsables : Maurice Dupont, président et Danis Prud'homme, directeur général

Rédaction : Caroline Bouchard, attachée politique – dossiers socio-économiques

Révision et correction : Sophie Gagnon – conseillère en communications

Catherine Morel-Tison – conseillère en communications et médias

LES SOINS DE FIN DE VIE, UNE AVANCÉE POUR LA DIGNITÉ

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE	3
DESCRIPTION DE L'ORGANISME SIGNATAIRE	4
PRINCIPES GÉNÉRAUX	5
RÉFLEXIONS ADDITIONNELLES	7
PRÉCISIONS ET RESTRICTIONS DANS LA LOI	7
LE PALLIATIF AU CŒUR DES PRIORITÉS	10
FORMATION ET ÉDUCATION POUR LES PRESTATAIRES	13
QUESTIONS SANS RÉPONSES	16
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	17
BIBLIOGRAPHIE	20

*« Il n'existe pas d'autre voie vers la solidarité humaine
que la recherche et le respect de la dignité individuelle »*

- Pierre Lecompte de Noüy

Mise en contexte

Mourir dans la dignité revêt une signification lourde de sens. Qu'est-ce que la dignité et comment rester digne à travers l'étape ultime du cycle de la vie ? À notre avis, la société québécoise fait preuve d'une grande maturité en poussant cette réflexion jusque dans une proposition de projet de loi.

La réconciliation entre la vie et la mort reste un sujet encore difficile à aborder en société, particulièrement en raison du caractère très personnel de cet exercice philosophique et spirituel. Cependant, une chose est certaine : pour la majorité des gens, la mort est la phase suivant celle de la vieillesse. Ainsi, il nous apparaît évident que nous devons également réfléchir aux assises sociales qui permettent un vieillissement dans la dignité.

La corrélation entre la vieillesse et la mort implique donc nécessairement une réflexion complémentaire entre ces deux grandes phases de la vie. En somme, en tant qu'observatoire et défenseur des droits des aînés, le Réseau FADOQ est heureux de

prendre part au débat de société sur la mort digne, tout en précisant l'importance de la dignité à travers la vieillesse.

Description de l'organisme signataire

Le Réseau FADOQ est un regroupement de personnes de 50 ans et plus dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie de ses membres et, par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois.

Actif dans le domaine du loisir, le Réseau FADOQ a également pour mission de défendre les droits de ses membres depuis maintenant 43 ans sur des sujets aussi variés que la santé, le logement, les revenus, le transport, le vieillissement et les conditions de vie des aînés. Le Réseau FADOQ défend les droits de ses membres afin de leur offrir un terrain propice à leur épanouissement, quel que soit l'endroit où ils habitent au Québec. L'implication sociale de ses membres contribue aussi au mieux-être des communautés et à l'équilibre de notre société. Aujourd'hui, le Réseau FADOQ est présent dans l'ensemble du Québec et rassemble plus de 275 000 personnes autour de sa mission.

Le présent avis s'inscrit dans un esprit de continuité de notre mémoire de 2010 intitulé *Vieillir et mourir dans la dignité : deux réflexions complémentaires*. Dans ce mémoire, nous soulignons l'importance de la complémentarité entre l'accompagnement dans la

vieillesse et l'accompagnement dans la mort. Nous recommandions au comité de 1) revaloriser le rôle et l'apport des personnes âgées et malades et de mieux encadrer le processus de vieillissement par le système de santé et de services sociaux. Nous proposons également 2) d'améliorer les services de soins palliatifs au Québec et surtout de les rendre plus accessibles. Nous demandions également 3) d'assurer que les pratiques d'aide à mourir ne se réalisent qu'en cas d'exception. Et, finalement, nous réclamions 4) de penser la législation en fonction des termes du principe de « l'excuse absolutoire », de manière à ne pas normaliser l'aide à mourir.

Le Réseau FADOQ maintient ces demandes, mais tient à vous partager sa réflexion quant à la proposition de projet de loi n°52. Nous vous présenterons d'abord quelques précisions quant à l'importance de 1) la clarté au sens du texte de loi et dans l'utilisation d'une terminologie précise, 2) valoriser les soins palliatifs, et finalement, 3) prévoir l'obligation du corps médical de suivre une formation spécialisée en accompagnement de fin de vie.

Il faut rappeler que cet argumentaire est développé en constante corrélation avec l'accompagnement dans le vieillissement ainsi qu'en fonction du caractère exceptionnel d'application de la loi.

Principes généraux

À la suite de l'analyse du projet de loi, nous sommes heureux de constater que les mots d'ordre sont *autodétermination*, *autonomie*, *libre-choix* et *dignité* du patient. Ainsi, l'intention du législateur rejoint un principe de société moral et rassembleur. En ce sens, le Réseau FADOQ donne son appui sur le principe du projet de loi proposé par la Commission sur les soins de fin de vie.

D'abord, nous tenons à féliciter les membres de la Commission qui ont mené ce débat social avec rigueur et intégrité, de manière démocratique et ouverte. Nous sommes ravis du courage qu'a eu le gouvernement quant au dépôt d'un tel projet de loi et quant à l'aboutissement d'une telle initiative. Puisqu'il s'agit d'un sujet pointu, sensible et éthique, il est d'autant plus remarquable que nos instances gouvernementales choisissent de mettre la main à la pâte pour produire un document aussi cohérent et subtil. Nous vous en remercions.

En ce sens, nous sommes d'avis que :

- ❖ Le Québec doit être dans les rangs des sociétés avant-gardistes qui permettent l'accompagnement dans la mort par l'aide médicale à mourir.
- ❖ Nous sommes heureux de constater que des balises précises ont été pensées, de manière à tenter de prévenir les dérapages.

- ❖ Nous convenons de l'importance de respecter la volonté d'autrui et de valoriser son autonomie, particulièrement en fin de vie.
- ❖ Nous sommes également d'avis que l'aide médicale à mourir doit rester une exception dans un contexte de soins de fin de vie.

Pour toutes ces raisons, le Réseau FADOQ maintient que le projet de loi n° 52 devrait être adopté en principe. Cependant, nous souhaitons vous faire part de réflexions additionnelles ayant pour but de suggérer certaines modifications.

Réflexions additionnelles

Ci-après, nous vous présenterons quelques réflexions que nous avons formulées à la suite de l'analyse du projet de loi n° 52. Nous sommes d'avis que plusieurs bémols et clarifications doivent être apportés, de manière à éviter tout flou dans l'application du projet de loi. La nature même de cette initiative législative ne laisse aucune place à l'erreur.

Précisions et restrictions dans la loi

Le Québec vieillit à un rythme effarant. De fait, nous sommes la société occidentale qui vieillit le plus rapidement au monde. Cette révolution démographique amène son lot de défis, notamment celui de la santé. Nous vivons plus longtemps, que l'on soit malade ou en santé. Effectivement, le perfectionnement de la médecine favorise le maintien en vie. Les soins palliatifs représentent une grande avancée pour la médecine

moderne. Cependant, nous réalisons qu'ils sont toujours au rang des soins rares donnés à certains privilégiés.

De fait, selon la Société québécoise des médecins en soins palliatifs, seulement 20 % des malades du Québec ont accès aux soins palliatifs.¹ Il s'agit d'un pourcentage inacceptable lorsque nous considérons l'importance de la dignité humaine jusque dans la mort.

Le projet de loi n°52 intègre l'aide médicale à mourir au sein des soins de fin de vie ou soins palliatifs. À ce titre, nous souhaitons mettre un bémol. La distinction ténue entre les termes amène un risque important, soit celui d'associer la sédation terminale à la sédation palliative, ou encore, l'euthanasie à l'accompagnement en soins palliatifs. Cette zone grise comporte son lot de risques. Les prestataires de soins de santé doivent être en mesure de se positionner de manière à faire face aux divers mécanismes de surveillance, à la famille et aux proches des gens en phase terminale ainsi qu'à l'opinion publique. Ce projet de loi met donc une importante pression sur les prestataires de soins de santé, qu'ils soient médecins, infirmières, etc. Un guide pratique doit être élaboré, définissant les termes utilisés dans le texte de loi (par exemple celui *d'aide médicale à mourir*) tout comme les bonnes pratiques à mettre en

¹ Mémoire de la société Québécoise des médecins de soins palliatifs, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, 1er octobre 2013 p.2

place au sein d'un établissement de soins de santé. Accompagner les prestataires de soins de santé dans la mise en œuvre d'une telle initiative législative, c'est mettre en place les balises pratiques assurant le respect de la loi dans son intégrité.

Le Réseau FADOQ craint également le manque de reddition de comptes, mais surtout de suivi quant aux décisions prises dans le cadre du projet de loi n°52. Au fil des années, nous avons pu constater que plusieurs initiatives gouvernementales ont été mises en place et portaient de principes de bonne foi. Cependant, leur mise en application entraînait des irrégularités qui faisaient l'objet de rapports sans toutefois être corrigées par la suite, un manque de suivi aux conséquences fâcheuses. Dans le cas qui nous intéresse, il ne faut absolument pas que les rapports fournis par les institutions de santé soient tablettés et que les correctifs nécessaires à la bonne gestion de l'aide médicale à mourir et à la prestation de soins palliatifs ne soient pas apportés.² En ce sens, le Réseau FADOQ demande un mécanisme de surveillance efficace, indépendant et rigoureux. Qui plus est, nous demandons la mise en place d'un mécanisme de reddition de comptes et de suivi qui rendra imputables les prestataires de ces soins de fin de vie. Nous sommes conscients qu'un coût important y sera associé. Cependant, le caractère irréversible des décisions prises dans le cadre

² <http://www.newswire.ca/en/story/930075/soins-aux-aines-en-chsld-le-reseau-fadoq-veut-plus-de-suivi-et-une-harmonisation-des-pratiques>, consulté le 2 octobre 2013

de ce projet de loi rend le processus de surveillance d'autant plus important et impératif.

En dernier lieu, nous tenons à souligner l'importance du caractère indépendant des décideurs dans le cadre de ce projet de loi. Nous considérons que les articles 10 (1), ainsi que 20 à 24 du projet de loi n°52 accordent des prérogatives trop importantes au gouvernement. Les changements de gouvernement impliquent nécessairement des variations de philosophie et de valeurs, transposées de manière systémique. En ce sens, nous devons envisager la prise de pouvoir par un gouvernement moins enclin à favoriser l'aide médicale à mourir.

Ainsi, nous recommandons que la prérogative d'orientation des politiques de l'aide médicale à mourir soit accordée à la Commission d'évaluation des soins de fin de vie et non au gouvernement, afin de protéger le droit à la dignité des patients.

Le palliatif au cœur des priorités

Le Réseau FADOQ est heureux de constater les avancées en matière d'aide médicale à mourir. Cependant, il est impératif de mettre la priorité sur l'amélioration et le développement de l'offre en matière de soins palliatifs. Ces soins permettent aux patients de vivre leurs derniers moments dans le confort, l'intimité, la compréhension et l'accompagnement.³ En ce sens, nous devons faire en sorte que le projet de loi

³ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/palliat/index-fra.php>, consulté le 2 octobre 2013

priorise la qualité, l'accessibilité et le développement des soins palliatifs, et ce, dans différents centres de santé. Il nous faut mettre l'accent sur l'accompagnement en fin de vie des malades. Ainsi, les soins palliatifs doivent être accessibles et disponibles gratuitement pour les patients voulant en bénéficier. Pourtant, les chiffres sont alarmants lorsque nous constatons que seulement 20 % des malades ont accès à ces types de soins. C'est dire que 80 % de la population malade risque de mourir dans la souffrance, l'isolement, la solitude et la dépression. Dans une société qui valorise ses aînés, ces chiffres sont inacceptables à notre avis. La mise en œuvre d'un programme de valorisation des soins de fin de vie doit avoir comme priorité l'accessibilité. Au Canada, mais plus particulièrement au Québec, nous devrions atteindre 100 % de gens malades ayant un accès gratuit à des soins palliatifs et de fin de vie. Le Réseau FADOQ croit qu'il est impératif pour le gouvernement de penser les soins palliatifs de manière indépendante de l'aide médicale à mourir et de faire de leur accessibilité une priorité sociale. Nous devons développer une offre de services complète et large, à la fine pointe des nouvelles techniques, afin de garantir une qualité de vie et de mort adéquate aux citoyens du Québec.

En effet, nous devons nous inspirer des différentes techniques d'accompagnement en fin de vie qui existent de par le monde. Ces techniques peuvent contribuer au développement du domaine palliatif chez nous. Peut-être que l'aide médicale à mourir

et le suicide assisté ne sont pas les seuls apports que nous pouvons proposer pour permettre à nos patients de mourir en toute dignité. Notre société ne peut se priver de méthodes et pratiques qui ont du succès dans d'autres pays. L'ouverture d'esprit dont nous faisons preuve actuellement doit s'étendre afin que nous repoussions les frontières des bonnes pratiques, comme nous le faisons ici avec l'aide médicale à mourir.

Par ailleurs, la proposition de projet de loi qui nous intéresse amène plusieurs questions, par exemple celle de la mort digne. Qu'est-ce que pourrait inclure la « bonne mort » ? D^{re} Shelly Waskiewich s'est penchée sur la question et stipule que :

"An environment that facilitates a "good death" is characterized by privacy, a peaceful atmosphere, and convenience for visiting family members. Yet the physical space in some facilities lacks these qualities and may be noisy, crowded, or have an "institutional" atmosphere. A lack of specialized equipment in facilities, such as pain pumps, can be another barrier to the provision of quality end-of-life care."⁴

En ce sens, le Réseau FADOQ recommande que nous assurions le maintien des maisons de fin de vie en leur offrant l'aide financière nécessaire au développement et à l'amélioration de leurs services. Nous croyons aussi que l'octroi de nouvelles

⁴ WASKIEWICH, Shelly, *End-of-life Care in Residential Care*, La revue canadienne du vieillissement, 31 (4), P.413.

subventions pour favoriser l'accessibilité aux soins palliatifs gratuits ainsi que pour le déploiement de l'aide médicale à mourir serait souhaitable. Ainsi, nous pourrions faciliter l'achat d'équipement de pointe, par exemple des pompes implantables à antalgiques,⁵ l'embauche de personnel adéquat interdisciplinaire et la mise en place d'infrastructures répondant aux besoins des patients. Ces services permettraient de contribuer à l'allègement des souffrances physiques, psychologiques, spirituelles et morales des patients.

Il faut savoir que d'ici 20 ans, le Québec sera composé de près de 50 % de gens de 50 ans et plus, augmentant ainsi la pression autant sur le système de santé que sur le filet social. Les demandes en matière de soins palliatifs et de fin de vie ne feront que croître. Il nous faut planifier en fonction de ce défi démographique et considérer les maisons spécialisées comme des alliées nous permettant de déployer nos forces de manière à assurer la prestation de soins adéquats.

Formation et éducation pour les prestataires

Mourir dans la dignité, but du projet de loi n° 52, nous pousse à nous questionner sur ce qu'est la dignité. Comment mourir dignement ? Qu'est-ce qu'une bonne mort ? Comment accompagner de façon adéquate quelqu'un qui est en fin de vie ? Etc.

⁵ J.B. Thiebaut, P. Baud, A. Margot-Duclot, B. Silhouette, H. Andrianasolo, Techniques de neurostimulation et douleur chronique, Service de neurochirurgie et centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Fondation Rothschild, Paris, 2003, France

Non seulement ces questions nous touchent tous, mais dans le cadre de l'aide médicale à mourir, elles se poseront davantage pour les prestataires de soins de santé. Effectivement, ils côtoieront de près cette réalité. C'est pourquoi, les questionnements éthiques qu'elle implique devront être au coeur d'une formation intensive.

Nous croyons que le caractère inéluctable de l'aide médicale à mourir nécessite le déploiement d'une formation médicale spécialisée en accompagnement de fin de vie, de manière à outiller les intervenants du réseau de santé.⁶ Ils doivent être formés adéquatement puisqu'ils devront travailler aux limites du suicide et de l'euthanasie. L'obligation de formation devrait être incluse dans les articles de loi pour ainsi assurer la qualité des soins prescrits.

Qui plus est, nous sommes d'avis que le projet de loi n° 52 devra s'arrimer au projet d'assurance autonomie que propose le gouvernement. Mourir dans la dignité peut

⁶ Agence QMI, "Oui à l'aide médicale à mourir" dit la commission, TVA nouvelles, 22 mars 2012, <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2012/03/20120322-115402.html>, consulté le 4 octobre 2013

également vouloir dire mourir à la maison selon le choix du patient.⁷ Cette réalité nécessitera un réaménagement des soins de santé et impliquera peut-être un retour à la vocation itinérante des médecins d'autrefois, qui rendra à la médecine son rôle d'accompagnement initial. D'où l'importance de définir un guide des meilleures pratiques en accompagnement de fin de vie et d'arrimer investissements et ressources humaines afin de faciliter le déplacement des intervenants en santé et de favoriser la proximité des spécialistes de la santé avec leurs patients.

Peu importe le lieu où les services seront donnés, les prestataires de soins de santé devront faire preuve de qualités particulières nécessaires à l'accompagnement en fin de vie. Nous croyons qu'il est requis de souligner l'importance de la formation, de l'éducation et de la sensibilisation du corps professionnel dans le texte de loi même.

D'ailleurs, le Sénat français, dans le cadre de son projet de loi relatif à l'assistance médicalisée pour mourir, prévoit, à l'article 6, « qu'une formation à l'assistance médicalisée pour mourir sera dispensée »⁸ dans le cadre des formations médicales.

En ce sens, le Réseau FADOQ recommande la création d'une formation spécialisée en la matière afin que les spécialistes de la santé soient habilités et sensibilisés aux

⁷ GAGNON, Katia, Un projet de loi sur le droit de mourir, La presse, Montréal, 6 juin 2013, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201306/06/01-4658243-un-projet-de-loi-sur-le-droit-de-mourir.php>, consulté le 04 octobre 2013

⁸ Art 6, Projet de loi n° 629, relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Sénat, session ordinaire de 2012-2013, déposé le 5 juin 2013

réalités entourant ces types de soins, qu'ils soient donnés à domicile, en maison spécialisée ou en milieu hospitalier.

Questions sans réponses

Selon le Réseau FADOQ, quelques questions de nature éthique restent en suspens. En effet, plusieurs éléments implicites dans le projet de loi nous amènent à nous questionner sur l'étendue et la portée qu'aura la loi pour la société québécoise. Nous souhaitons les soulever en toute humilité puisque nous ne prétendons pas en détenir les réponses.

1) D'abord, en considérant que l'autodétermination et l'autonomie du patient à décider de ce qui est mieux pour lui sont les fondements de l'intention du législateur et considérant qu'au sens de la loi, le patient peut refuser tout traitement, mais aura acquis le droit de mourir dans la dignité, comment justifier la demande de mourir d'un patient qui aurait préalablement refusé tout traitement palliatif ?

2) Ensuite, comment pouvons-nous justifier le refus de l'aide médicale à mourir à quelqu'un qui n'est pas en fin de vie, qui est atteint d'un handicap ou d'une maladie grave et qui souffre quotidiennement tant de manière psychologique, physique, que spirituelle ?

3) Sachant que les coûts entourant les soins de fin de vie sont très élevés en milieu hospitalier, comment arriverons-nous à prévenir des dérapages de nature pécuniaire dans un contexte d'aide médicale à mourir ?

Conclusion et recommandations

En conclusion, le Réseau FADOQ appuie le projet de loi n° 52 sur le principe tout en mettant d'importants bémols à la proposition déposée par la Commission de la santé et des services sociaux. Nous sommes d'avis que l'aide médicale à mourir doit rester une exception à la loi. Elle ne doit pas devenir pratique courante et ne doit surtout pas être normalisée.

Le caractère exceptionnel de ce projet de loi doit être respecté et ne doit jamais faire l'objet d'un relâchement législatif. Le Réseau FADOQ tient à réitérer qu'il ne faut nullement décriminaliser l'euthanasie ou le suicide assisté. Cela pourrait avoir comme effet collatéral de diminuer les efforts de prévention du suicide. Les personnes en phases terminales qui demandent le suicide assisté ne disposent souvent pas de tous les moyens d'écoute et de prévention dont dispose l'ensemble de la société.⁹ Or, ces personnes gravement malades souffrent souvent de dépression, ce qui empêche de prendre une décision complètement objective et éclairée. En effet, plus de 80% des

⁹ Primeau, François. 2010. L'euthanasie : la mort ensauvagée ou l'aliénation totalitaire de la personnes, mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (Assemblée nationale du Québec : Québec).

demandes d'euthanasie viennent de patients chez qui la dépression est présente dans 15% à 25% des cas. Ainsi, la détresse psychologique est souvent au cœur des demandes de mort. Ces chiffres témoignent de l'importance d'un accompagnement dans la vieillesse jusque dans la mort.

De plus, la terminologie du projet de loi doit être précisée de manière à éviter les zones grises et à favoriser la pleine compréhension des impacts et implications des gestes permis par le texte de loi. Comme précédemment mentionné, le caractère irréversible des gestes posés dans l'aide médicale à mourir fait en sorte qu'il y a très peu de marge de manœuvre et qu'une grande rigueur doit prévaloir dans la mise en œuvre de ce projet de loi.

Également, le Réseau FADOQ soutient qu'il est primordial de faciliter l'accès gratuits aux soins palliatifs avant même de fournir les services d'aide médicale à mourir. Les statistiques sont claires et démontrent qu'une personne accompagnée, dont les souffrances sont contrôlées et qui a le loisir d'être bien entourée et conseillée, ne souhaitera plus l'aide médicale à mourir. Ces informations viennent renforcer le caractère exceptionnel de l'application de cette mesure législative.

Qui plus est, il est impératif que les prestataires de soins de santé soient particulièrement sensibilisés aux réalités qui entourent les soins palliatifs, l'aide médicale à mourir ou encore le suicide assisté. Ils doivent être formés de manière à pouvoir accompagner les patients dans un esprit de bonne communication, de

compassion et de soutien. En ce sens, l'accompagnement médical devient un outil préventif à l'application de l'aide médicale à mourir.

Finalement, le Réseau FADOQ souhaite que le débat et la réflexion quant à la mise en œuvre d'une telle initiative continuent et s'intéressent à quelques-unes des inquiétudes que nous mentionnions. De fait, l'aspect éthique et moral du projet de loi soulève plusieurs questionnements de nature délicate qu'il devient difficile de prévoir. Aurons-nous les mécanismes de surveillance, les ressources financières et humaines afin d'éviter les dérapages possibles ?

En somme, le projet de loi n° 52 représente une avancée pour la société québécoise et pour la dignité individuelle. Il s'agit d'une initiative courageuse qui mérite d'être menée jusqu'au bout. Nous espérons que le débat social se poursuivra afin de profiter au maximum des expertises de la société civile. Le Réseau FADOQ continuera de prendre part à la réflexion, au nom de la qualité de vie et de la dignité de nos aînés, et ce, dans toutes les phases de leur vieillissement.

Bibliographie

Mémoires:

- BEVILACQUA, Vanessa, Vieillir et mourir dans la dignité: deux réflexions complémentaires, mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (Assemblée nationale du Québec) Réseau FADOQ, 30 août 2010
- LEBLOND, Ghislain, Yvon Bureau, Soins appropriés de fin de vie, une dignité et sérénité pour tous, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, 25 septembre 2013
- PRIMEAU, François. 2010. L'euthanasie : la mort ensauvagée ou l'aliénation totalitaire de la personne, mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (Assemblée nationale du Québec : Québec)
- Mémoire du Protecteur du citoyen, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, Québec, 24 septembre
- Mémoire du Barreau de Québec, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et

auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, 18 Septembre 2013

- Mémoire de l'Alliance des maisons de soins palliatifs, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, 1er octobre 2013
- Mémoire de la société Québécoise des médecins de soins palliatifs, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, 1er octobre 2013

Articles:

- WASKIEWICH, Shelly, End-of-life Care in Residential Care, La revue canadienne du vieillissement, 31 (4), P.413
- J.B. Thiebaut, P. Baud, A. Margot-Duclot, B. Silhouette, H. Andrianasolo, Techniques de neurostimulation et douleur chronique, Service de neurochirurgie et centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Fondation Rothschild, Paris, 2003, France
http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou03/html/d03_11/dou03_11.htm, consulté le 4 octobre 2013

- Agence QMI, "Oui à l'aide médicale à mourir" dit la commission, TVA nouvelles, 22 mars 2012, <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2012/03/20120322-115402.html>, consulté le 4 octobre 2013
- GAGNON, Katia, Un projet de loi sur le droit de mourir, La presse, Montréal, 6 juin 2013, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201306/06/01-4658243-un-projet-de-loi-sur-le-droit-de-mourir.php>, consulté le 04 octobre 2013
- BUSBY, Colin, William B.P. Robson, La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante: le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé, Institut C.D. Howe, 7 février 2013

Sites web:

- <http://www.newswire.ca/en/story/930075/soins-aux-aines-en-chsld-le-reseau-fadoq-veut-plus-de-suivi-et-une-harmonisation-des-pratiques>, consulté le 2 octobre 2013
- <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/palliat/index-fra.php>, consulté le 2 octobre 2013

Rapports:

- Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, Rapport, mars 2012, p.181

Textes de loi:

- Projet de loi n°52, Loi concernant les soins de fin de vie, Assemblée nationale, première session, quarantième législature, Éditeur officiel du Québec, 2013
- Projet de loi n° 629, relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Sénat, session ordinaire de 2012-2013, déposé le 5 juin 2013