CSSFV - 043M
C.P. - Loi
conernant les
soins de fin de vie

Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET
DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC

Présenté dans le cadre des consultations particulières de la

Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie

11 août 2021



À propos de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec regroupe plus de 15 000 membres. Son mandat est d'assurer la protection du public. Les travailleurs sociaux œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais également en milieu communautaire, en pratique autonome ainsi que dans les milieux de l'enseignement et de la recherche. Les thérapeutes conjugaux et familiaux exercent essentiellement dans le secteur privé, en pratique autonome.

Mission de l'Ordre

Pour la protection du public et dans l'intérêt de celui-ci, l'Ordre se donne pour mission de soutenir et d'encadrer l'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que de se prononcer sur les enjeux touchant le travail social et la thérapie conjugale et familiale, l'accès aux services à la population, de même que les lois, règlements et programmes qui ont un impact sur la prévention des problèmes sociaux et le bien-être des personnes, des familles et de la société. Ces interventions se fondent sur les principes de justice sociale et de droits humains.

Équipe de rédaction

Alain Hébert, T.S., M.Sc.
Conseiller principal aux affaires professionnelles

Marielle Pauzé, T.S., Ph.D.
Consultante

Claudie Morin, T.S.
Consultante

Marie-Lyne Roc, T.S., M.Sc.
Directrice des affaires professionnelles

Le projet de mémoire a été adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre le 28 juillet 2021.

Le genre masculin est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard du féminin, dans le seul but d'alléger le texte.



Table des matières

Sommaire des principales positions de l'Ordre 4

Introduction 5

Les travailleurs sociaux et l'aide médicale à mourir 6

Observations générales 6

L'élargissement de l'aide médicale à mourir pour les personnes inaptes 7

L'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes ayant pour seul problème médical un trouble mental 8

Conclusion 10

Sommaire des principales positions de l'Ordre

1. L'Ordre réitère la pertinence de permettre aux personnes devenues inaptes d'avoir accès à l'aide médicale à mourir dans la mesure où elles en avaient préalablement fait la demande sur la base d'un consentement libre et éclairé. L'Ordre estime toutefois que les autres critères mentionnés à l'article 26 de la Loi québécoise actuelle doivent s'appliquer.

2. Pour l'Ordre, le consentement substitué ne pourrait pas permettre de recourir à l'aide médicale à mourir pour une personne qui n'en avait pas fait la demande de façon anticipée.

3. L'Ordre est d'avis que les directives anticipées de la personne pour recevoir l'aide médicale à mourir devraient être non exécutoires et validées par les évaluations médicale et interdisciplinaire.

4. L'Ordre considère que les personnes majeures aptes qui le souhaitent devraient pouvoir faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir en prévision de toute situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de leurs capacités ainsi que par le fait d'éprouver des souffrances constantes et insupportables, incluant un accident.

5. L'Ordre reconnaît que certaines personnes se retrouvent à devoir vivre avec un problème de santé mentale pendant plusieurs années sans qu'un ou des traitements parviennent à soulager leur souffrance. L'Ordre manifeste par conséquent une réelle ouverture à l'aide médicale à mourir pour ces personnes, c'est-à-dire dans des situations très exceptionnelles, dites de cas réfractaires.

6. Dans le cas de demande d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de troubles mentaux, il nous apparaît nécessaire qu'un processus d'évaluation différent de celui qui est généralement prévu soit mis en œuvre compte tenu des particularités de la situation présentée par ces personnes et des enjeux soulevés par rapport au suicide.

7. Dans le cas des personnes atteintes de troubles mentaux, l'Ordre estime qu'une évaluation du fonctionnement social effectuée par un travailleur social contribuerait substantiellement à documenter l'histoire de vie de la personne, sa souffrance et son caractère réfractaire. L'évaluation du travailleur social permettrait aussi de s'assurer qu'elle a eu toutes les opportunités raisonnables d'accès aux soins et services requis par sa situation et souhaités par elle dans une perspective d'équité.

Introduction

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec[1] est constitué en vertu du *Code des professions* et regroupe plus de 15 000 membres. Dans le cadre de son mandat de protection du public et dans l'intérêt de celui-ci, l'OTSTCFQ se donne comme mission de soutenir et d'encadrer l'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que de se prononcer sur les enjeux touchant le travail social et la thérapie conjugale et familiale, l'accès aux services à la population ainsi que les lois, les règlements et les programmes qui ont un impact sur la prévention des problèmes sociaux et le bien-être des personnes, des familles et de la société. Ces interventions se fondent sur les principes de justice sociale et de droits de la personne, et elles visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en général, et des personnes vulnérables en particulier.



En ce sens, l'OTSTCFQ considère comme un devoir incontournable de participer aux travaux de la Commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie. L'Ordre tient par ailleurs à saluer la tenue de cette Commission spéciale créée par l'Assemblée nationale du Québec dans une perspective transpartisane et remercie les parlementaires de l'avoir invité à présenter son point de vue sur les questions relatives à l'élargissement de l'aide médicale à mourir pour les personnes inaptes et les personnes ayant un trouble mental. Nous recevons cette invitation à la fois comme une reconnaissance de notre expertise et une volonté de prendre en compte les aspects psychosociaux impliqués dans les enjeux qu'elle soulève.

Par le présent mémoire, l'Ordre veut en effet contribuer à la réflexion sociétale en cours au regard de l'expérience professionnelle de ses membres et dans l'esprit des valeurs qui lui sont chères, soit l'autodétermination des personnes, le respect de leurs droits, le développement et le maintien de politiques publiques en phase avec l'évolution sociale, la protection des personnes vulnérables ainsi que la personnalisation et l'équité en matière de services sociaux et de santé. Ce mémoire s'inscrit de plus en continuité avec les prises de position publiques de l'Ordre dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, en 2010, de même que dans le cadre des travaux de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 52 qui a conduit à l'adoption, en 2014, de la *Loi concernant les soins de fin de vie*[2] (ci-après la Loi) actuellement en vigueur.

1 Ci-après l'OTSTCFQ, ou l'Ordre.

2 RLRQ chap. S-32.0001

Les travailleurs sociaux et l'aide médicale à mourir

Bien que la question de l'aide médicale à mourir interpelle tous les membres de l'Ordre, les travailleurs sociaux sont majoritairement visés par les enjeux qui y sont reliés en raison des contextes de pratique dans lesquels ils exercent. Plusieurs interviennent auprès de personnes âgées, de personnes malades ou ayant subi un accident laissant des séquelles. Certains ont développé une expertise particulière au niveau du deuil, des soins palliatifs, de la réadaptation et plus spécifiquement sur les questions entourant la mort.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi en 2015, les travailleurs sociaux sont fréquemment appelés à intervenir auprès de personnes souhaitant obtenir ou ayant été autorisées à recevoir l'aide médicale à mourir ainsi qu'auprès de leur famille et de leurs proches. Bien présents dans les équipes interdisciplinaires de soins palliatifs et au sein des groupes interdisciplinaires de soutien (GIS) à l'aide médicale à mourir, notamment, les travailleurs sociaux jouent un rôle d'accompagnement auprès de la personne concernée, l'informant des différents soins et services de fin de vie possibles et discutant des enjeux qui y sont reliés tout en la soutenant, au besoin, dans sa prise de décision.

Le travailleur social, par ailleurs, est un professionnel de la santé et des services sociaux autorisé à contresigner le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit en vertu de la Loi[3]. Dans les faits, il est fréquent que les personnes s'adressent spontanément à lui pour des questions inhérentes à l'aide médicale à mourir, que ce soit pour de l'information générale sur les lois en vigueur, les critères d'admissibilité, la procédure pour y recourir et les impacts sur les proches. Le travailleur social peut en outre accompagner la personne dans ses démarches, tout au long du processus et, avec son accord, faire valoir ses droits ou intervenir auprès de membres de sa famille et de ses proches. Il apporte aussi un soutien émotionnel à la personne, à sa famille et à ses proches. Il arrive également que le travailleur social procure un soutien aux autres professionnels impliqués dans une démarche d'aide médicale à mourir.

Une des contributions majeures du travailleur social membre de l'équipe interdisciplinaire prend la forme d'une évaluation du fonctionnement social de la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou qui songe à le faire. Celle-ci constitue un geste professionnel par lequel il porte un regard global sur la situation de la personne et témoigne de sa réalité, de ses besoins, de ses forces, de sa souffrance et de ses aspirations. L'histoire sociale s'avère la pièce maîtresse de cette évaluation dans laquelle le travailleur social retrace le parcours de vie de la personne sous l'angle de son fonctionnement social[4] et se fait un devoir de recueillir son opinion et ses volontés et d'y donner voix. Cette évaluation apporte un éclairage unique sur les aspects sociaux qui sont présents dans la situation de la personne et que le médecin évaluateur peut prendre en compte dans sa propre démarche d'évaluation.

Observations générales

L'OTSTCFQ constate que le contexte ayant donné lieu à l'élaboration, puis à l'adoption de la Loi en 2014, a passablement évolué. Celle-ci s'appuyait sur un consensus assez large qui se dessinait progressivement au sein de la population québécoise depuis une décennie. Selon ce consensus, il était légitime, voire devenu nécessaire pour l'État, de rendre accessible par voie législative en qualité de soin au sens de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, pour les personnes majeures aptes et atteintes d'une maladie grave le demandant, une aide médicale afin de mettre fin à leurs souffrances dans un contexte de fin de vie. Quoique des craintes de dérives aient été alors exprimées par certains groupes au sein de la population, le projet de loi 52 déposé à l'Assemblée nationale en 2014 fut adopté à la majorité avec un certain nombre d'amendements, notamment concernant la question de l'accessibilité pour les personnes inaptes.

3 Article 26.

4 La notion de fonctionnement social est au cœur du champ d'exercice de la profession de travailleur social (article 37 du Code des professions, c. C-26. En ligne : **http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-26**).

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* au Québec, de telles dérives ne se sont pas produites[5]. Aujourd'hui, il semble qu'un consensus encore plus large en faveur de l'aide médicale à mourir soit présent dans la population québécoise. De nouvelles questions et possibilités surgissent toutefois, notamment avec la jurisprudence récente, en lien avec l'élargissement de l'aide médicale à mourir à d'autres personnes que celles qui étaient visées au départ. De plus, la question de son accès pour les personnes inaptes et les personnes atteintes d'un trouble mental continue de susciter des réflexions dans la population, les milieux professionnels et chez les décideurs. En témoignent, par exemple, le document de réflexion de l'Association des médecins psychiatres du Québec publié en 2015[6], la publication du rapport *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude* du groupe d'experts Fillion et Maclure[7] et la tenue de deux forums nationaux en 2020 à l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux sur ces questions[8].

L'OTSTCFQ souhaite apporter des pistes de réflexion à propos de ces importantes questions qui sont au centre des travaux de la Commission, tout en étant conscient que les travailleurs sociaux ne dispensent pas eux-mêmes l'aide médicale à mourir, ce qui commande une attitude de réserve et de prudence à certains égards.

L'élargissement de l'aide médicale à mourir pour les personnes inaptes

L'Ordre estime important de faire remarquer d'entrée de jeu que la question de l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes devenues inaptes n'est pas entièrement nouvelle. Celle-ci se posait déjà au moment de l'étude du projet de loi 52 en commission parlementaire. En effet, le projet de loi n'excluait pas des directives anticipées concernant l'aide médicale à mourir à titre de soin de fin de vie; c'est plutôt un amendement adopté dans le cadre des travaux législatifs à la suite des discussions lors de l'étude détaillée qui a retiré cette possibilité. Dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi 52, l'OTSTCFQ s'était prononcé en faveur de la disposition initiale tant dans son mémoire qu'en commission parlementaire[9]. L'Ordre en avait même fait une recommandation précédemment dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité en 2010[10].

Aussi, l'Ordre réitère, à l'attention de la Commission spéciale, la pertinence de permettre aux personnes devenues inaptes d'avoir accès à l'aide médicale à mourir dans la mesure où elles en avaient préalablement fait la demande sur la base d'un consentement libre et éclairé. L'Ordre estime toutefois que les autres critères mentionnés à l'article 26 la Loi québécoise actuelle doivent s'appliquer. En effet, pour l'Ordre il importe qu'au moment de recevoir l'aide médicale à mourir, alors qu'elles sont devenues inaptes, les personnes visées soient manifestement en situation de souffrance physique ou psychique ainsi que dans une situation

5 Rapports de la commission sur les soins de fin de vie 2015-2016 (**https://bit.ly/3flpNAo**), 2016-2017 (**https://bit.ly/2VfuiFI**), 2017-2018 (**https://bit.ly/3lkMpok**), 2018-2019 (**https://bit.ly/3ihNMC5**) et 2019-2020 (**https://bit.ly/3fjISCX**).

6 Roy-Desruisseaux, J., Poulin, P., Hassoun, J et A. Tremblay, avec la collaboration de François Primeau (2015). *Document de réflexion : enjeux cliniques et éthiques en soins de fin de vie*, Association des médecins psychiatres du Québec. En ligne : **https://ampq.org/wp-content/uploads/2015/01/montage-findeviemod5.pdf**

7 Hamrouni, N. (2017). *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude*, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. **https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-828-04W.pdf**

8 **https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-national-sur-l-evolution-de-la-Loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/**

9 Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *Mémoire présenté dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques de la Commission sur la santé et les services sociaux au sujet du projet de loi 52, Loi concernant les conditions de fin de vie*. En ligne : **https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/12/pl-52-memoire-otstcfq-18-09-2013.pdf**.

10 Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2010). *Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*. En ligne : **https://bit.ly/3imJF7X**

médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible. L'Ordre considère en effet qu'il est nécessaire que la souffrance soit contemporaine, c'est-à-dire que la personne manifeste de la souffrance au moment du soin, et non seulement anticipée, par exemple au moment de l'annonce du diagnostic. Le fait de faire ou d'avoir fait une demande pour recevoir l'aide médicale à mourir en étant en mesure de consentir aux soins demeure un critère essentiel pour pouvoir la recevoir. Pour cette raison, l'Ordre n'est pas en accord avec le fait que le consentement substitué puisse permettre de recourir à l'aide médicale à mourir pour une personne qui n'en avait pas fait la demande de façon anticipée.

L'Ordre est par ailleurs d'avis que les directives anticipées de la personne pour recevoir l'aide médicale à mourir devraient être non exécutoires, mais validées par les évaluations médicale et interdisciplinaire. De plus, l'Ordre estime qu'une fois devenue inapte, un proche de la personne ayant fait la demande anticipée d'aide médicale à mourir ou un professionnel de la santé et des services sociaux intéressé pourrait déclencher, en consultant un registre de directives anticipées d'aide médicale à mourir[11] distinct des directives médicales anticipées, le processus d'évaluation par les deux médecins qui est prévu selon les termes de la Loi actuelle[12]. Pour éclairer la décision d'autoriser l'aide médicale à mourir, l'évaluation interdisciplinaire peut s'avérer utile, voire nécessaire en complément des évaluations médicales. Dans ce contexte, l'évaluation du travailleur social contribue à procurer au médecin évaluateur devant prodiguer l'aide médicale à mourir des considérations pertinentes pour déterminer dans quelle mesure la décision qu'il s'apprête à prendre va bel et bien dans l'intérêt de la personne concernée en cohérence avec les volontés qu'elle a préalablement exprimées, tout en assurant la primauté de ces volontés.

En somme, les recommandations de l'OTSTCFQ s'alignent pour l'essentiel sur celles du Groupe d'experts sur la question de l'inaptitude et de l'aide médicale à mourir[13]. L'Ordre s'explique mal, cependant, les raisons qui amèneraient à restreindre la possibilité de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir aux seules personnes ayant reçu un diagnostic de maladie dégénérative. Nous sommes d'avis que les personnes majeures aptes qui le souhaitent devraient pouvoir faire une telle demande en prévision de toute situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de leurs capacités ainsi que par le fait d'éprouver des souffrances constantes et insupportables, incluant un accident. Nous reconnaissons par ailleurs le défi qu'une telle éventualité puisse poser aux professionnels en termes d'évaluation. Il nous apparaît, toutefois, que le principe d'autodétermination devrait amener à retenir cette option. En ce sens, nous proposons que le libellé du texte législatif de l'alinéa 4 de l'article 26 soit revu, si le besoin est, afin de permettre à ces personnes de pouvoir bénéficier également de l'aide médicale à mourir.

L'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes ayant pour seul problème médical un trouble mental

Cette dernière proposition nous amène à aborder la question de l'accès de l'aide médicale à mourir pour les personnes vivant avec un trouble mental. Nous parlons bien ici d'accès à l'aide médicale à mourir plutôt que d'élargissement, car selon notre compréhension, il s'agit en fait d'une option qui est déjà envisageable dans le cadre de la Loi québécoise actuelle et d'une éventualité qui est simplement différée dans le temps par la nouvelle Loi fédérale[14]. Cela resitue donc à notre avis la question principale à l'étude autrement. En effet, l'Ordre a plutôt réfléchi aux modalités selon lesquelles l'aide médicale à mourir pourrait être accessible aux personnes ayant pour seul problème médical un trouble mental.

11 Via un registre ou un acte notarié.

12 Article 29.

13 Hamrouni, N. (2017). *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude*, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

14 En vertu de la nouvelle Loi canadienne sur l'aide médicale à mourir, les personnes atteintes d'une maladie mentale pourront se prévaloir de l'aide médicale à mourir à compter du 17 mars 2023.

La philosophie qui sous-tend les interventions des professionnels, dont les travailleurs sociaux, et celles de plusieurs autres intervenants en santé mentale, constitue l'un de ces enjeux. Ces interventions, en effet, se fondent sur une philosophie du rétablissement de la personne qui engage l'espoir d'un changement ou d'une adaptation à sa situation à partir d'une approche axée sur les forces personnelles et environnementales. Envisager la possibilité d'un échec en cette matière n'est pas chose aisée, sans compter la perception qui pourrait en découler, en termes de message social, et les débats actuels sur la maladie mentale et son caractère chronique ou non. L'Ordre rappelle, en effet depuis toujours, l'influence majeure des déterminants sociaux sur la santé mentale et continue d'insister sur l'importance de poser des gestes concrets qui visent à réduire, voire à mettre fin, aux inégalités sociales afin de contribuer au mieux-être des personnes.

Nonobstant l'absence de consensus scientifique sur le caractère incurable des troubles mentaux, l'Ordre reconnaît que certaines personnes se retrouvent à devoir vivre avec un problème de santé mentale pendant plusieurs années sans qu'un ou des traitements parviennent à soulager leur souffrance. L'Ordre manifeste par conséquent une réelle ouverture à l'aide médicale à mourir pour ces personnes, c'est-à-dire dans des situations très exceptionnelles, dites de cas réfractaires. Cela suppose en outre que la personne concernée ait eu un accès à des soins et services pertinents en fonction de sa situation à travers une histoire assez longue pour conclure qu'aucun traitement raisonnable ne parvient, selon son point de vue subjectif, à la soulager adéquatement. Il nous semble que c'est la notion de soins et de services raisonnables pour la personne qui doit prévaloir dans de telles situations, plutôt que tout soin ou service possible.

D'autre part, il est important pour l'Ordre que l'ensemble des critères de la Loi soient pris en compte pour déterminer l'admissibilité de la personne souffrant d'un problème de santé mentale à l'aide médicale à mourir. Il nous apparaît nécessaire, de plus, qu'un processus d'évaluation différent de celui qui est généralement prévu soit mis en œuvre compte tenu des particularités de la situation présentée par ces personnes et les enjeux soulevés par rapport au suicide. L'Ordre, à cet égard, est en accord avec la position exprimée par l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), lors de son passage devant la Commission le 20 mai dernier à l'effet que deux médecins psychiatres se prononcent sur la situation d'une personne atteinte de troubles mentaux formulant une demande d'aide médicale à mourir[15]. L'Ordre estime par ailleurs qu'une évaluation du fonctionnement social effectuée par un travailleur social contribuerait substantiellement à documenter l'histoire de vie de la personne, sa souffrance et son caractère réfractaire. L'évaluation du travailleur social permettrait aussi de s'assurer qu'elle a eu toutes les opportunités raisonnables d'accès aux soins et services requis par sa situation et souhaités par elle dans une perspective d'équité.

L'Ordre tient tout de même ici à exprimer certaines inquiétudes devant la perspective énoncée précédemment. En effet, il est de notoriété publique que les soins et les services en santé mentale sont insuffisamment développés à l'heure actuelle au Québec. Ainsi, il importe d'éviter à tout prix qu'une personne souffrant d'un trouble mental en vienne à demander l'aide médicale à mourir par manque d'options, en raison d'une déficience de l'accès aux services, sans quoi il serait impossible de parler de consentement véritable. L'État et les professionnels portent donc une responsabilité de déployer les services nécessaires sur l'ensemble du territoire québécois pour toute personne dont la situation le requiert. Il n'est pas ici seulement question des services de consultation, mais également de soutien et d'accompagnement qui améliorent la qualité de vie tels que l'accès à un logement adapté, un suivi de proximité, un revenu décent et des possibilités de participation à une vie sociale et communautaire.

15 Journal des débats de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, 20 mai 2021, *Témoignage de l'Association des médecins psychiatres du Québec*, En ligne : **http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cssfv-42-1/journal-debats/CSSFV-210520.html**

Conclusion

L'Ordre estime que les positions exprimées dans ce mémoire sont en phase avec l'évolution sociale que les mentalités connaissent ces dernières années au Québec tout en répondant à des requêtes légitimes de personnes souffrantes en raison de leur condition médicale. Par contre, l'Ordre estime que le consensus social qui prévaut actuellement ne va pas jusqu'à appuyer une aide médicale à mourir en l'absence de souffrance, pour des raisons de dignité seulement. C'est pourquoi l'Ordre estime que, dans l'ensemble, les critères présentés à l'article 26 de la Loi répondent, pour le moment, aux besoins de la population en étant centrés sur une volonté d'apaiser les souffrances d'une personne qui demande en toute connaissance de cause, et en toute liberté, une aide médicale à cette fin.

L'Ordre anticipe cependant que les questions d'accès à une aide médicale à mourir dans d'autres contextes ou situations que celles qui sont prévues par la Loi actuelle devront fort probablement faire l'objet de réflexions. Nous pensons notamment à l'accès à l'aide médicale à mourir pour les mineurs qui seraient en mesure d'y consentir, les mineurs matures, comme on les appelle parfois. Nous pensons également aux personnes qui anticipent pour elles-mêmes ou pour autrui un état dont la souffrance échapperait à leur conscience, mais qui serait considéré comme étant incompatible avec leur vision personnelle de la dignité humaine. La question de l'aide à mourir en dehors du concept de soin, actuellement fort peu présente dans la conversation sociale au Québec, pourrait revenir à l'avant-plan.

Enfin, tout en réitérant l'implication indispensable des médecins qui se voient confier la lourde responsabilité de dispenser l'aide médicale à mourir ainsi que celle des autres professionnels engagés auprès de la personne, l'Ordre désire rappeler l'importance que, dans l'avenir, ce soin ne devienne pas strictement une affaire de professionnels et que, dans cet esprit, la personne concernée soit toujours placée au centre de la démarche dans une perspective collaborative. Il importe également de se rappeler que la Loi introduit une possibilité d'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes admissibles qui le souhaitent, non un impératif. En ce sens, les autres soins et services de fin de vie, ainsi que dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, doivent être bonifiés et offerts de manière suffisante et adéquate à la population. De plus, des efforts additionnels significatifs doivent être consentis à la prévention du suicide au Québec. Il en va de la responsabilité de l'État.

Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec