



PAR COURRIEL

Montréal, le 23 mars 2023

PROJET DE LOI N° 11
LOI MODIFIANT LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE ET D'AUTRES
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

COMMENTAIRES DE LA FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC-FIQ ET DE
LA FIQ | SECTEUR PRIVÉ-FIQP DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS PARTICULIÈRES TENUES PAR
LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS

Aux membres de la Commission des relations avec les citoyens,

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec–FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé–FIQP sont des organisations syndicales représentant 80 000 membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Composées de près de 90 % de femmes, la FIQ et la FIQP portent la voix d'une grande majorité de femmes, à la fois professionnelles en soins, travailleuses du réseau public et privé et usagères de soins et de services. Elles visent, par leurs orientations et leurs décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et plus de justice sociale.

C'est donc en lien avec ces valeurs que la FIQ et la FIQP s'impliquent dans les discussions sur les soins de fin de vie. Depuis le début des travaux sur les projets de loi portant sur l'aide médicale à mourir (AMM), les Fédérations y participent. Elles sont heureuses d'y participer à nouveau cette année. En 2021, les professionnelles en soins avaient été consultées en vue de la rédaction d'un mémoire déposé à la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie. Lors de cette participation, plusieurs recommandations avaient été formulées. L'une d'elles était de permettre aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d'administrer l'aide médicale à mourir.

À la lecture du présent projet de loi, les Fédérations sont heureuses de constater que l'expertise et les compétences de ces professionnelles en soins ont été reconnues. Avec les modifications apportées par ce projet de loi à la Loi sur les infirmières et infirmiers¹ et à la Loi concernant les

soins de fin de vieⁱⁱ, les IPS pourront désormais déterminer qu'une patiente ou un patient peut bénéficier de la sédation continue ou de l'aide médicale à mourir ainsi que procéder à son administration comme le permet le Code criminelⁱⁱⁱ depuis 2016.

Les infirmières pourront aussi constater le décès des patient-e-s et remplir la documentation nécessaire. Rappelons qu'elles avaient pu réaliser ces activités durant la pandémie sous les décrets d'urgence sanitaire. Les Fédérations sont satisfaites de voir que cette pratique est maintenant normalisée.

En somme, la FIQ et la FIQP souhaitent souligner que le projet de loi n° 11 s'inscrit dans un long processus démocratique, transpartisan, transparent et public. À cet égard, les Fédérations saluent la participation de plusieurs experts et groupes communautaires dans le débat concernant ce projet de société.

L'impact des tribunaux sur ce projet de loi

Le projet de loi intègre les plus récents enseignements de la Cour supérieure en matière d'aide médicale à mourir à la Loi concernant les soins de fin de vie^{iv}. Avec le retrait de l'exigence de « fin de vie » comme condition préalable pour bénéficier de l'aide médicale à mourir, la législation québécoise se conforme à la récente décision Truchon-Gladu^v ayant invalidé les dispositions du Code criminel^{vi} et de la Loi concernant les soins de fin de vie^{vii} exigeant une « mort naturelle raisonnablement prévisible » ou d'être « en fin de vie ».

La décision Truchon-Gladu^{viii} réaffirme clairement l'essence de l'arrêt Carter^{ix} de la Cour suprême, soit qu'il est inconstitutionnel d'interdire le recours à l'aide médicale à mourir aux personnes affectées par des problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition et qui consentent clairement à mettre fin à leur vie.

En permettant dorénavant des demandes anticipées d'aide médicale à mourir dans le cadre de maladies graves et incurables menant à l'inaptitude et en spécifiant l'inclusion des handicaps neuromoteurs graves et incurables comme condition médicale donnant accès à l'aide médicale à mourir, le nouveau projet de loi respecte les balises imposées par la Cour supérieure du Québec et la Cour suprême du Canada.

La FIQ et la FIQP soulignent également l'intégration à la Loi de plusieurs balises^x encadrant ces demandes anticipées. Les Fédérations sont aussi satisfaites de constater que la Loi maintient qu'aucune professionnelle en soins ne sera forcée d'administrer l'aide médicale à mourir et s'assurera que les patient-e-s en question soient tout de même référés-e-s à d'autres professionnel-le-s compétent-e-s qui seront en mesure de leur administrer.

Soins de fin de vie : une contribution accrue des professionnelles en soins

La FIQ et la FIQP constatent que le projet de loi comprend certaines mesures augmentant de façon marquée la contribution des professionnelles en soins aux soins de fin de vie. Dans l'objectif

d'améliorer l'accessibilité à ces soins si importants pour la dignité des patient-e-s et d'enrichir la pratique professionnelle de ses membres, **les Fédérations accueillent favorablement deux des principaux changements introduits par le projet de loi n° 11, soit la possibilité pour les IPS d'administrer la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir ainsi que l'autorisation donnée aux infirmières de constater les décès.**

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

Dans un premier temps, soulignons que les IPS sont de plus en plus nombreuses au Québec^{xi} et qu'il est grand temps qu'elles puissent jouer un rôle à la hauteur de leurs compétences en matière de soins de fin de vie. En permettant aux IPS d'administrer la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir, le projet de loi est tout à fait en cohérence avec les réflexions ayant eu lieu dans le cadre de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie. En effet, la Commission a suggéré un rôle accru des IPS dans l'aide médicale à mourir. Cette suggestion a bénéficié « d'un solide appui de personnes qui ont participé aux travaux de la Commission »^{xii}.

Permettre aux IPS d'administrer la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir est aussi conforme aux modifications apportées au Code criminel^{xiii} dès 2016 autorisant explicitement les IPS ainsi qu'à l'esprit de la Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions^{xiv} afin de favoriser l'accès aux services de santé, entrée en vigueur en 2021. En effet, les changements législatifs des dernières années ont permis aux IPS de réaliser de nouvelles activités, dont diagnostiquer des maladies. Le législateur a grandement augmenté leur niveau d'autonomie, au bénéfice des patient-e-s et de leur pratique professionnelle. Il apparaît donc cohérent que la pratique contemporaine des IPS se reflète également dans les soins de fin de vie. Ceci est parfaitement aligné sur les interventions des Fédérations qui demandent depuis des années l'élargissement du rôle des IPS et son plein déploiement à travers tout le Québec.

Du fait de leur compétence, de leur niveau de formation et de leur présence dans de nombreux milieux de pratique, tant en première ligne qu'en établissement de santé, les IPS peuvent certainement contribuer de façon importante à l'accessibilité à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir. Il s'agit d'un gain considérable pour la population. Pour les patient-e-s qui souhaiteront obtenir ces soins, il est souhaitable que l'IPS qui les a soutenu-e-s tout au long de leur trajectoire de soins et avec laquelle ils-elles ont développé une relation de confiance puisse jouer un rôle central dans cette ultime étape de vie.

Considérant leurs compétences, il semble également pertinent que les IPS québécoises aient une pratique comparable à celle des autres provinces canadiennes en matière d'aide médicale à mourir. Au palier fédéral, la réglementation en place permet déjà l'administration de l'aide médicale à mourir par les infirmières praticiennes^{xv}. Des provinces telles que la Colombie-Britannique^{xvi}, le Manitoba^{xvii} et l'Ontario^{xviii} ont d'ailleurs déjà officialisé le rôle des IPS dans l'aide médicale à mourir. Lorsqu'on sait que les IPS québécoises ont une formation plus longue et plus complète que celles ailleurs au Canada^{xix}, il semble légitime et plus qu'urgent que l'aide médicale à mourir fasse partie de leurs activités professionnelles. Une telle pratique des IPS québécoises est nécessaire pour que la population puisse bénéficier de leurs compétences, et ce, à toutes les

étapes de la vie. Les Fédérations sont également persuadées que cela contribuera à la rétention des IPS québécoises qui souhaitent que le cadre législatif québécois s'actualise pour permettre une pratique professionnelle à leur plein potentiel.

Constats de décès

Les professionnelles en soins font partie intégrante de l'équipe de soins essentielle à toutes les étapes des soins de fin de vie. En conséquence, les modifications du projet de loi au Code civil^{xx} ainsi qu'à la Loi sur la santé publique permettent aux infirmières de constater des décès, de dresser les constats de décès et de remplir le bulletin de décès. Dès 2015^{xxi}, en attente de changements législatifs, les ordres professionnels concernés s'étaient entendus sur des modalités transitoires permettant au médecin de remplir la documentation nécessaire à distance, à partir de la constatation du décès effectué par l'infirmière. En 2020, le gouvernement avait permis aux infirmières pratiquant dans un établissement public de constater le décès d'une personne majeure, de dresser le constat de décès et de remplir le bulletin de décès. Le gouvernement avait introduit cette mesure durant les premières phases de la pandémie de COVID-19^{xxii}, mais elle est venue à échéance avec la fin de l'état d'urgence sanitaire. Il est fort pertinent que le projet de loi pérennise le rôle infirmier en matière de constats de décès.

Pour la FIQ et la FIQP, permettre aux infirmières de constater les décès constitue une juste reconnaissance de leurs compétences d'évaluation. Ceci est aussi une façon de rendre beaucoup plus fluide le processus suivant le décès. De fait, si la situation s'y prête, l'infirmière pourra constater le décès plus rapidement, sans attendre l'intervention d'autres professionnel-le-s. Ceci ne peut qu'être facilitant pour la famille, à un moment où elle est particulièrement vulnérable.

Enfin, soulignons que le projet de loi démontre une certaine ouverture à l'interdisciplinarité, ce que saluent la FIQ et la FIQP. On y reconnaît notamment que l'équipe de soins régulièrement en contact avec le-la patient-e peut être consultée dans le cadre d'une demande anticipée d'aide médicale à mourir. Un groupe interdisciplinaire peut également soutenir les professionnel-le-s participant à l'offre de soins de fin de vie. Le projet de loi fait ainsi la promotion d'une vision du réseau de la santé et des services sociaux où de nombreuses et nombreux professionnel-le-s et intervenant-e-s peuvent mettre de l'avant leur expérience et leur expertise, le tout au bénéfice des patient-e-s.

Améliorer l'organisation du travail : la condition gagnante pour mieux soigner la population québécoise

Une contribution accrue aux soins de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir, exigera une meilleure organisation du travail. Une organisation du travail adéquate permettra aux professionnelles en soins de prodiguer des soins humains, sécuritaires et de qualité dans un milieu de travail sain. L'organisation du travail est l'environnement de travail immédiat dans lequel les professionnelles en soins exercent leurs activités professionnelles. En d'autres termes, l'organisation du travail détermine qui fait quoi, quand, pendant combien de temps, avec qui, avec quels soutiens et outils, etc. L'organisation du travail comporte de nombreux aspects. Parmi eux,

le soutien clinique, la charge de travail et le soutien psychologique sont particulièrement critiques aux soins de fin de vie.

Un soutien clinique accru pour les professionnelles en soins

Dans la foulée de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, la FIQ et la FIQP avaient invité toutes leurs membres à répondre à un sondage^{xxiii}. Cette consultation, menée à l'été 2021 auprès de 83 professionnelles en soins, a révélé que peu d'entre elles avaient accès à une formation pour se préparer à participer à l'AMM selon leur champ d'exercices. Lorsque cette formation était disponible, elle ne traitait pas spécifiquement du rôle des professionnelles en soins et demeurait très générale. Une grande partie des professionnelles ont exprimé qu'elles ne se sentiraient pas suffisamment outillées pour participer à l'AMM chez une personne inapte. Elles ont exprimé un besoin de formation sur leur pratique professionnelle en contexte de soins de fin de vie et sur l'encadrement légal et déontologique de cette pratique. Pour se sentir à l'aise de prendre part à l'AMM, les conditions identifiées par le plus grand nombre de répondantes sont les suivantes : la formation, les lignes directrices et la collaboration avec au moins un-e autre professionnel-le de la santé.

Accroître le soutien clinique sera essentiel, considérant le rôle que prévoit le projet de loi pour les infirmières et les IPS. Les professionnelles en soins auront besoin de lignes directrices et de formation afin d'exercer adéquatement leurs nouvelles activités. À titre d'exemple, il sera souhaitable que les infirmières aient accès à de l'information sur les constats de décès, notamment qu'elles connaissent les cas où elles devront s'adresser au coroner. Les données scientifiques pertinentes devront aussi leur être transmises. Des outils cliniques, tels que des guides de pratique clinique et protocoles adéquats, seront requis pour que les constats de décès par les infirmières se déploient pleinement.

Une charge de travail réduite pour les professionnelles en soins

Savoir comment procéder est une chose, avoir le temps nécessaire pour le faire en est une autre. La surcharge de travail est un problème que subissent les professionnelles en soins depuis de trop nombreuses années. En 2018, la FIQ a mené une vaste enquête auprès de 653 de ses membres. Celle-ci a révélé que la capacité à réaliser ses activités aux standards de la profession variait entre 16,8 % et 71,2 % selon les activités. Plus spécifiquement, seuls 16,8 % des professionnelles en soins ont dit avoir pu mettre à jour les plans de soins selon les standards professionnels lors de leur dernier quart de travail. Le reste des répondantes ont dit avoir réalisé cette activité trop rapidement, partiellement ou l'avoir complètement omise par manque de temps. L'activité ayant pu être adéquatement réalisée par la plus grande proportion de répondantes (71,2 %) est la réalisation des prélèvements selon l'ordonnance. L'enquête a montré que 82,4 % des professionnelles en soins sondées se disaient tout à fait ou plutôt d'accord pour affirmer que la charge de travail est le principal facteur expliquant que des soins avaient été omis ^{xxiv}_[OBJ].

Comment participer à l'aide médicale à mourir de manière professionnelle, éthique et humaine dans ce contexte? En 2021, les professionnelles en soins ont exprimé leur besoin de temps pour bien accompagner le-la patient-e et ses proches tout au long du processus d'AMM. Toutefois, elles n'étaient pas suffisamment libérées de leurs autres tâches pour s'y consacrer pleinement. Les trois quarts des répondantes ont signalé que leur charge de travail n'était jamais réduite pour tenir compte de leur participation à l'AMM. Plus de la moitié des professionnelles en soins sondées ont constaté que leur employeur ne planifiait jamais leur participation à l'AMM. Avec les changements apportés par le projet de loi, les professionnelles en soins auront d'autant plus besoin de voir leur charge de travail diminuer pour accroître leur participation à l'aide médicale à mourir.

Un soutien psychologique disponible au besoin

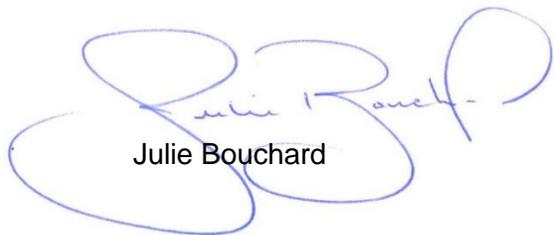
Accompagner les patient-e-s et leurs proches dans un processus d'AMM ou d'autres soins de fin de vie est exigeant émotivement pour les professionnelles en soins. Accompagner les patient-e-s inaptes et leurs proches pourrait l'être davantage. Les proches devront accepter que la patiente ou le patient soit rendu-e au stade de l'AMM sans être apte à l'exprimer au moment venu. Dans un contexte comme celui-ci, qui sera sans précédent, il est impossible de prédire l'impact psychologique sur les professionnelles en soins qui seront impliquées dans l'accompagnement d'une personne inapte et qui recevra l'aide médicale à mourir. Cet accompagnement pourrait engendrer une souffrance ou une détresse psychologique chez les professionnelles impliquées. L'accompagnement posera sans doute un défi, dans ces circonstances, d'exercer sa profession en maintenant une saine distance avec l'émotivité des personnes accompagnées, ou bien avec ses propres émotions. Dès lors, le soutien psychologique sera nécessaire pour les professionnelles en soins vivant ces difficultés. Or, 80 % des 83 membres sondés à l'été 2021 ont déclaré n'avoir eu aucun accès au soutien psychologique à la suite de l'administration de l'aide médicale à mourir. Rien ne nous permet de croire que la situation se soit améliorée aujourd'hui. Les changements proposés à la Loi rendent l'accès au soutien psychologique d'autant plus pertinent.

Pour conclure, la FIQ et la FIQP insistent sur le fait que les soins de fin de vie, dont ceux reliés à l'aide médicale à mourir, doivent être gratuits et accessibles. Cela inclut l'aide médicale à mourir qui serait administrée en résidence privée pour aînés (RPA), en ressource intermédiaire (RI), en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) privé, en maison de soins palliatifs, dans des services associés à un groupe de médecine de famille (GMF) ou autre.

À ce stade-ci et selon la conjoncture du réseau de la santé et des services sociaux, la FIQ et la FIQP trouvent prudent et raisonnable de ne pas inclure les troubles mentaux comme seuls diagnostics admissibles à l'aide médicale à mourir. À défaut de consensus des experts en santé mentale et de soins et de services accessibles, gratuits et en quantité suffisante à la population^{xxv}, il convient de s'abstenir à l'heure actuelle afin de poursuivre la réflexion et les travaux sur cette question.

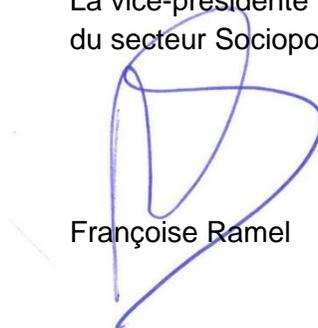
Les Fédérations accueillent favorablement plusieurs aspects de ce projet de loi et espèrent que le gouvernement mettra en place les conditions nécessaires afin que l'aide médicale à mourir puisse être offerte dans les meilleures conditions pour les patient-e-s et pour les professionnelles en soins. Cela permettra ainsi que les soins de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir, se déroulent dans la plus grande dignité et accessibilité.

La présidente,



Julie Bouchard

La vice-présidente responsable
du secteur Sociopolitique,



Françoise Ramel

ⁱ RLRQ, c. I-8.

ⁱⁱ RLRQ, c. S-32.0001.

ⁱⁱⁱ LRC 1985, c. C-46.

^{iv} Préc., note ii.

^v *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.

^{vi} Préc., note iii.

^{vii} Préc., note ii.

^{viii} Préc., note v.

^{ix} *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5.

^x Projet de loi n° 11. *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*. art. 18.

^{xi} Au 31 mars 2022, le Québec comptait 1 097 IPS et 688 professionnelles de plus inscrites à un programme de formation pour devenir IPS. Marleau, Daniel. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

^{xii} Assemblée nationale du Québec. (2021). *Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*. p. 61.

^{xiii} Préc., note iii.

^{xiv} LQ 2020, c. 6.

^{xv} *Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir*, DORS/2018-166.

^{xvi} *Nurses (Registered) and Nurse Practitioner Regulation*, BC Reg 284/2008.

^{xvii} College of Licensed Practical Nurses of Manitoba, College of Registered Nurses of Manitoba, The College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba. (2021). *Medical Assistance in Dying: Guidelines for Manitoba Nurses*.

^{xviii} Ontario. *Medical assistance in dying and end-of-life decisions*. Document consulté en ligne le 1^{er} mars 2023 : <https://www.ontario.ca/page/medical-assistance-dying-and-end-life-decisions>

^{xix} Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2019). *Commentaires sur le projet de loi suivant : Projet de loi 43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*.

^{xx} RLRQ, c. I-8.

^{xxi} Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec. (5 mars 2015). *Modalités transitoires en matière de constat de décès : un partenariat infirmière/médecin*. Document consulté en ligne : <http://www.cmq.org/pdf/activites-partage/lettre-cmq-oiiq-constat-deces.pdf?t=1586785943923>

^{xxii} Arrêté ministériel 2020-020 du 10 avril 2020.

^{xxiii} FIQ (2021). Consultation des membres de la FIQ et de la FIQP concernant l'aide médicale à mourir.

^{xxiv} La firme Repère a mené cette enquête au moyen d'un sondage téléphonique auprès de 653 professionnelles en soins, membres de la FIQ exerçant en soins directs aux patient-e-s. La marge d'erreur est de +/-3,8 % pour l'ensemble des résultats.

^{xxv} Laberge, T. et Lamothe, M. (2022, 25 octobre). SANTÉ MENTALE | Les oppositions dénoncent l'inaction du gouvernement. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2022/10/25/sante-mentale--les-oppositions-denoncent-linaction-du-gouvernement-d3b2ab4e605aa2aae8efc8de9d68f874>