



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

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

**CONSULTATIONS PARTICULIÈRES
PORTANT SUR LA QUESTION DU DROIT DE MOURIR
DANS LA DIGNITÉ**

Le 15 février 2010

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
La FMOQ	3
RÉSUMÉ	4
Introduction.....	6
I. Le sondage réalisé par la FMOQ.....	6
II. Clarifier les définitions	7
a. Soins de fin de vie.....	8
b. Soins palliatifs.....	8
c. Arrêt de traitement	8
d. Euthanasie.....	8
e. Aide au suicide	9
III. Droits des personnes de refuser des soins en fin de vie.....	9
IV. Attentes et besoins face aux soins de fin de vie.....	10
V. Cadre juridique	12
VI. Directives préalables concernant les soins de fin de vie.....	14
CONCLUSION.....	15
RECOMMANDATIONS DE LA FMOQ.....	16

LA FMOQ

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

La FMOQ a pour mission d'étudier et de défendre les intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques de ses associations constituantes et de leurs membres.

Depuis sa création, la Fédération 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 l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper les médecins omnipraticiens sur l'échiquier des services de santé au Québec. En matière d'organisation de services et de politiques liés à la qualité de notre système de santé et de services sociaux, la FMOQ a toujours été soucieuse de partager son expertise. Elle a à cœur tant l'intérêt des médecins que celui de la population en général. Elle aspire à la viabilité d'un système de santé fiable, efficace et performant.

La FMOQ négocie également, depuis plus de quarante ans, les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens québécois avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle conclut avec lui les ententes relatives à ces questions dans le cadre de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre une part active aux consultations particulières se rattachant à la question du droit de mourir dans la dignité.

RÉSUMÉ

En raison des progrès dans le domaine des soins médicaux, les gens vivent désormais plus longtemps, et il est possible de retarder la mort de façon parfois significative. La capacité de vivre plus longtemps a toutefois un revers puisque de plus en plus de personnes sont frappées de maladies dégénératives ou incurables, comme l'Alzheimer ou le cancer, qui leur impose une qualité de vie très amoindrie. L'évolution des technologies médicales et la meilleure compréhension de celles-ci poussent les gens à vouloir contrôler les décisions entourant la fin de leur vie afin de mourir dans la dignité. Cette évolution de la médecine ouvre donc inévitablement le débat des soins en fin de vie et de l'euthanasie.

Un débat public sur ces sujets est donc une heureuse initiative. La FMOQ croit toutefois que le débat social devrait demeurer large de façon à bien englober l'ensemble des soins appropriés en fin de vie et non dévier uniquement sur la question de l'euthanasie

Pour conduire une réflexion fructueuse, il sera impératif de bien clarifier les différentes définitions entourant les soins reçus en fin de vie car ces concepts génèrent actuellement beaucoup de confusion dans la population. Des exemples seront également requis car les définitions pourraient demeurer trop conceptuelles.

Il sera également nécessaire de bien clarifier l'étendue des droits existants sur le consentement aux soins car trop de personnes ignorent qu'elles peuvent refuser un traitement ou en exiger l'interruption. Ces droits qui favorisent largement l'autonomie de la personne sont déjà prévus au Code civil du Québec. Ils s'appliquent à toute étape de la vie. Ils visent autant les personnes aptes que les personnes inaptes à consentir.

Comment déterminer l'étendue des soins en fin de vie susceptibles de répondre aux attentes et aux besoins des Québécois ? Suivant le Collège des médecins, les soins appropriés seraient par définition des soins proportionnés et individualisés qui résultent d'un processus décisionnel évolutif. Le patient, ses proches, le médecin et le personnel soignant devraient tous en convenir dans le cadre d'une communication continue. La FMOQ adhère complètement à cette vision. Mais qu'en pensent les citoyens du Québec ?

En ce qui concerne l'euthanasie, la FMOQ est d'avis qu'elle devrait s'inscrire dans le prolongement des soins prodigués en fin de vie.

Inévitablement, tout débat portant sur les soins de fin de vie et l'euthanasie met en cause également l'organisation générale des soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs.

Advenant que nous fassions un choix de société en faveur de la légalisation de l'euthanasie, des modifications au Code criminel seraient requises pour la décriminaliser. Il nous faudrait également tracer les limites et choisir le véhicule légal ou réglementaire approprié pour ce faire.

Pour terminer, la réflexion publique devrait également servir à encourager chacun d'entre nous à planifier ses volontés concernant l'intensité des soins qu'il souhaite recevoir en fin de vie par le biais d'un mandat donné en cas d'inaptitude ou d'un testament de vie.

Introduction

Le 4 décembre dernier, l'Assemblée nationale du Québec décidait de procéder à des consultations particulières en vue d'étudier la question du droit de mourir dans la dignité.

C'est dans ce contexte que vous souhaitez nous entendre sur cette question et plus particulièrement sur les conditions entourant les soins de fin de vie ainsi que l'euthanasie et les différents enjeux juridiques, médicaux, éthiques que ces questions soulèvent. Vous espérez que cette consultation préalable pourra vous être utile pour la rédaction d'un document de réflexion destiné à la population en vue d'une consultation générale.

Fort de l'expertise de ses membres appelés au premier rang à accompagner les personnes en fin de vie, la FMOQ désire donc vous exposer les différents enjeux qui lui paraissent les plus en cause dans le cadre d'une réflexion de société sur le thème du droit de mourir dans la dignité. S'il est incontestable que notre société est mûre pour engager un débat sur l'euthanasie, la FMOQ est toutefois convaincue que la réflexion ne doit pas se restreindre à cette seule question. C'est l'ensemble des conditions entourant les soins de fin de vie qui méritent réflexion.

Les questions soulevées par ces enjeux sont complexes, délicates et, d'un point de vue médical, elles mettent en cause une multitude de situations cliniques. Aussi, à l'heure de lancer une vaste consultation publique, la FMOQ croit plus utile de s'attarder à l'identification des éléments qui devraient guider une réflexion sociale éclairée plutôt que dresser une nomenclature des modalités éventuelles d'encadrement de l'euthanasie.

I. Le sondage réalisé par la FMOQ

À l'automne 2009, la FMOQ a mené un sondage auprès de ses membres sur l'euthanasie. Pas moins de 1086 omnipraticiens ont participé à cette consultation. Plus du trois quarts (79%) des médecins ont révélé qu'ils étaient parfois ou souvent confrontés à des enjeux éthiques et déontologiques concernant les soins appropriés en fin de vie. Pour 75% des répondants, l'euthanasie devrait être considérée comme une étape ultime de soins en fin de vie, acceptée et reconnue au Québec. Plus de la moitié des omnipraticiens (53%) estiment d'ailleurs que l'euthanasie se pratique de façon indirecte actuellement au Québec. Pour 74% des médecins interrogés, l'euthanasie devrait être l'un des moyens permettant au médecin de remplir pleinement son devoir déontologique d'accompagner son patient vers une mort digne. Parmi les répondants, 74% estimaient que de nouvelles balises réglementaires et législatives devraient être adoptées pour permettre le recours à l'euthanasie. Selon 87% des répondants, la décision de recourir à l'euthanasie devrait cependant s'exercer à l'intérieur d'un cadre bien défini.

L'expérience de ce sondage est instructive pour la FMOQ. Aussi, malgré la tendance plutôt favorable à l'euthanasie, les médecins ont généralement ajouté à leurs réponses au sondage des

commentaires qui démontrent qu'ils ont le plus souvent des opinions nuancées sur le sujet. Certains médecins ont souligné leurs craintes face aux dérives de l'euthanasie, particulièrement concernant les patients les plus vulnérables ou les patients inaptes. Par ailleurs, en aucun cas, les médecins ne voudraient-ils être ceux qui décideront de la mort et de la vie d'un patient ou de la valeur de cette vie. Les médecins souhaitent également tous conserver leur droit à l'objection de conscience et aucun ne voudrait être contraint de mettre fin à la vie lorsque ce geste va à l'encontre de ses valeurs personnelles.

La FMOQ retient que les médecins d'aujourd'hui sont confrontés à des situations cliniques difficiles à interpréter dans le cadre juridique actuel, particulièrement au niveau du soulagement de la souffrance chez les personnes en phase terminale.

Il est à noter que le sondage a porté uniquement sur l'euthanasie et non sur le suicide assisté, cette dernière question n'étant pas au cœur des préoccupations quotidiennes des médecins québécois.

À l'issue de sa consultation, la FMOQ a retenu que les médecins omnipraticiens souhaitaient que le cadre clinique et juridique entourant les soins appropriés en fin de vie, incluant l'euthanasie, soit redéfini, afin qu'il corresponde davantage aux réalités et aux valeurs d'aujourd'hui.

La FMOQ recommande que le cadre clinique et juridique entourant les soins de fin de vie incluant l'euthanasie, le cas échéant, soit redéfini.

II. Clarifier les définitions

Pour débattre de la question du droit de mourir dans la dignité, il s'avère impératif de clarifier l'ensemble des définitions rattachées aux soins de fin de vie et à l'euthanasie. Nous constatons qu'il existe beaucoup de confusion dans la population sur les différents termes entourant ces sujets.

Nos concitoyens comprennent-ils ce que sont les soins de fin de vie, les soins palliatifs, l'euthanasie, l'arrêt de traitement, l'aide au suicide ? Sans une compréhension véritable de ces termes appuyée par des exemples concrets révélant la diversité des cas cliniques, il est douteux que nous puissions parvenir à une réflexion sociale de grande qualité. Cet exercice est d'autant plus important que les définitions peuvent varier. Nous croyons que les définitions qui suivent reflètent un consensus chez les médecins.

a. Soins de fin de vie

Les soins en fin de vie sont ceux auxquels toute personne peut s'attendre dans ses derniers moments de vie. L'étendue de ces soins demeure individualisée au cas par cas pour tenir compte des besoins de la personne.

Le document de réflexion du Collège des médecins du Québec, intitulé « *Les médecins, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie* », porte essentiellement sur ces soins dits « soins appropriés ». Le Collège explique en quoi les soins les plus appropriés reposent sur un processus décisionnel complexe, dynamique et individualisé qui est évolutif dans le temps. De façon générale, c'est ce processus auquel tendent les médecins face aux soins en fin de vie.

b. Soins palliatifs

Les soins palliatifs représentent une approche spécifique qui vise à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et à accompagner une personne vers le décès, en l'absence d'une cure disponible pour sa maladie dans son cas. Ces soins sont prodigués pour aider les patients, leur famille et leurs proches à faire face aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels causés par la maladie.

L'objectif recherché par les soins palliatifs est spécifiquement d'assurer le confort et la dignité des personnes au seuil de la mort.

c. Arrêt de traitement

Il s'agit de la renonciation à certaines interventions de réanimation ou autres traitements médicaux parfois nécessaires pour maintenir une personne en vie.

d. Euthanasie

L'étymologie du mot euthanasie mérite d'être soulignée. Il s'agit d'un mot d'origine grecque qui signifie mort douce et sans souffrance.

Suivant le Petit Robert, l'euthanasie est décrite comme étant « un usage de procédés qui permettent d'anticiper ou de provoquer la mort pour abrégier l'agonie d'un malade incurable ou lui épargner des souffrances extrêmes ». Selon le Comité sénatorial spécial du parlement fédéral sur l'euthanasie et le suicide assisté, l'euthanasie est un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui

pour mettre fin à sa souffrance. L'euthanasie est un acte criminel au Canada et, en théorie, on s'attendrait à ce qu'il soit traité comme une affaire de meurtre au premier degré. En effet, l'intention est de causer la mort, ce qui correspond à la définition du meurtre et l'acte est généralement commis avec préméditation, ce qui correspond à la définition de meurtre au premier degré.

e. Aide au suicide

On emploie l'expression aide au suicide pour désigner le fait de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide, quelles que soient ses motivations. Dans ce cas, c'est le patient lui-même qui déclenche sa mort et non un tiers.

En vertu du Code criminel du Canada, conseiller, aider ou permettre le suicide d'une personne est un acte criminel et le consentement de la personne qui se suicide n'exonère en rien la responsabilité de la personne qui lui a procuré l'assistance nécessaire.

La FMOQ recommande que soient définies et circonscrites les notions :

- soins de fin de vie ;
- soins palliatifs ;
- euthanasie ;
- arrêt de traitement ;
- aide au suicide.

III. Droits des personnes de refuser des soins en fin de vie

La tenue d'un débat public soulève également la nécessité de clarifier les droits des personnes d'accepter ou de refuser les soins qui peuvent leur être offerts en fin de vie. Beaucoup de personnes ignorent qu'il est possible pour elles ou leurs mandataires de refuser les soins mêmes vitaux qui leur sont proposés, par exemple : refus de la réanimation, de la ventilation mécanique, de l'intubation, des thérapies d'hydratation et d'alimentation incluant le gavage, de traitement par intraveineuse y compris les antibiotiques, etc. Aussi, une personne atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit a le droit de demander que l'on débranche le respirateur qui la maintient en vie.

Ce refus peut même être donné de façon anticipée ou être communiqué par les proches. Le Code civil du Québec donne en effet beaucoup de pouvoirs aux patients et, en cas d'incapacité, à leurs proches, concernant le consentement aux soins médicaux. Les patients et leurs proches peuvent refuser des soins qu'ils jugent inappropriés, et ce, même si ces soins sont médicalement requis ou nécessaires au maintien de la vie, comme dans le cas des manœuvres de réanimation ou d'assistance

respiratoire. C'est uniquement dans les cas de refus injustifiés ou de refus catégoriques qu'une demande pourrait être présentée devant un tribunal afin d'obtenir l'autorisation d'un juge.

Il est donc important que dans le cadre de leur réflexion sur l'intensité des soins appropriés en fin de vie, les citoyens connaissent l'étendue des droits que leur confère la loi. Les exigences liées au consentement ou au refus de traitements sont les mêmes à la fin de la vie qu'à tout autre moment.

La FMOQ recommande d'intégrer au document de consultation un inventaire exhaustif et vulgarisé des droits existant actuellement en matière de consentement aux soins.

IV. Attentes et besoins face aux soins de fin de vie

La phase des soins de fin de vie commence lorsque la mort apparaît inéluctable, et que l'ensemble des moyens curatifs disponibles a été épuisé. Dans ces situations, le médecin doit aider son patient à vivre le mieux possible cette ultime étape de la fin de sa vie. Tel que prévu à son code de déontologie, le « médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés » (article 58).

En quoi consistent alors « le soutien et le soulagement approprié pour que la mort survienne dans la dignité » ? Comment s'assurer que les soins seront les plus appropriés possibles ? Comment assurer que l'intensité des soins appropriés respectera les désirs d'une personne qui n'est souvent plus apte à prendre part aux décisions ou même à communiquer ? Quel mécanisme peut permettre d'identifier les soins appropriés pour une personne en particulier ? Comment faire pour favoriser l'atteinte d'un consensus ou à tout le moins d'une entente entre les personnes impliquées ? Et que faire en cas de désaccord sur les soins adéquats entre la famille du patient inconscient et le personnel soignant sur le maintien ou l'arrêt de traitements vitaux pour éviter le recours aux tribunaux ?

Dans le document de réflexion publié en octobre 2009, « *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie* », le Collège des médecins du Québec conclut que les soins appropriés en fin de vie sont des soins proportionnés et individualisés qui résultent d'un processus décisionnel dynamique entre le patient, ses proches et le personnel soignant.

Les soins de fin de vie soulèvent des questions très concrètes sur les attentes des patients tant au niveau médical, qu'au niveau personnel et relationnel.

Il est donc nécessaire de considérer les attentes des citoyens pour déterminer la façon dont notre système doit ou devrait prendre en charge l'accompagnement des moments ultimes dans la vie des individus.

Pour la FMOQ, les soins de fin de vie impliquent généralement les attentes suivantes :

Au niveau médical:

- Soulagement et traitement de la souffrance ;
- Absence d'acharnement thérapeutique ;
- Processus décisionnel et communication fonctionnels.

Au niveau personnel :

- Traitement dans le respect et la compassion ;
- Respect de la dignité de la personne ;
- Communication et respect des attentes individuelles ;
- Sentiment de maîtrise.

Au niveau relationnel :

- Respect du désir de renforcer les liens avec les êtres proches ;
- Diminution du fardeau de la maladie pour la famille ;
- Implication active dans les interactions aussi longtemps que possible.

La FMOQ recommande que la consultation générale porte sur l'ensemble des soins appropriés en fin de vie et comporte une réflexion sur les éléments suivants :

- Identifier les mécanismes permettant de convenir des soins appropriés, notamment dans les cas particuliers.
- Déterminer un processus décisionnel dynamique impliquant à la fois le patient, les proches et le personnel soignant.
- Clarifier et affirmer que le médecin n'est pas tenu de fournir les soins demandés qu'il juge inappropriés.
- Déterminer si l'euthanasie devrait être considérée dans la gamme des soins offerts pour assurer des soins de fin de vie de qualité.
- Identifier les situations où l'euthanasie pourrait être considérée comme une étape ultime pour assurer des soins de fin de vie de qualité, le cas échéant.

La FMOQ recommande que la consultation englobe les questions d'orientations sociales liées à la qualité des soins reçus en fin de vie et à l'accessibilité des soins palliatifs.

V. Cadre juridique

Les conditions dans lesquelles notre système de santé accompagne la fin de vie des citoyens ne font pas l'objet de lois dites de bioéthique. Cependant, ceci ne veut pas pour autant dire qu'on fait face à un vide juridique. En effet, plusieurs dispositions législatives et réglementaires au Québec encadrent indirectement le droit de mourir dans la dignité.

D'une part, les Chartes consacrent les valeurs de respect de l'autonomie de la personne et du droit à son intégrité. Le droit au respect de la dignité de la personne est également consacré par la Charte québécoise.

Le Code civil du Québec est par ailleurs axé sur l'autonomie de la personne ainsi que le respect de son intégrité et de sa vie privée (articles 10 et 11). Ces principes généraux sous-tendent toutes les autres dispositions concernant les soins, dont le droit d'y consentir ou de les refuser.

D'autre part, le Code de déontologie des médecins précise, pour sa part, que « Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés » (article 58).

Selon le Collège des médecins, il serait possible de soutenir que le Code de déontologie des médecins permet une certaine forme d'euthanasie dans les seules circonstances où elle apparaît nécessaire pour assurer le soutien et le soulagement approprié au patient dont la mort est inévitable.

Cependant, dans l'état actuel du droit au Canada, tout acte visant à mettre fin de manière active à la vie est considéré comme une infraction passible de sanctions criminelles. En conséquence, même si l'on admettait socialement que l'euthanasie puisse faire partie des soins appropriés, elle demeurerait donc un crime si aucune modification n'est apportée au Code criminel.

Les changements législatifs proposés par la députée Francine Lalonde au parlement fédéral dans le projet de loi C-384, déposé en mai 2009, sont inspirés de ceux qui ont été adoptés aux Pays-Bas et en Belgique.

Ces changements législatifs reposent sur l'imposition de conditions précises pour que certains actes visant à aider une autre personne à mourir ne soient pas passibles de sanctions criminelles.

Ces conditions sont les suivantes en ce qui concerne la personne aidée :

- doit avoir au moins 18 ans ;
- doit souffrir continuellement de douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement et avoir essayé ou refusé les traitements appropriés et disponibles;
- doit être atteinte d'une maladie en phase terminale ;
- doit, alors qu'elle était apparemment lucide, avoir émis deux demandes à plus de 10 jours d'intervalle indiquant expressément son désir de mourir et avoir désigné une personne pour agir en son nom si elle devient inapte.

Ces conditions sont les suivantes en ce qui concerne la personne aidante :

- doit être un médecin ou être assistée d'un médecin ;
- doit avoir reçu la confirmation du diagnostic de deux médecins ;
- doit être assistée d'une équipe autorisée, agir selon les modalités indiquées par la personne qui veut mourir et remettre au coroner une copie de confirmations du diagnostic.

À l'instar du Collège, la FMOQ ne croit pas que ces critères soient adéquats car ils ne correspondent pas aux diverses situations rencontrées dans la réalité de la pratique médicale.

Premièrement, avec de telles conditions, on ne pourrait inscrire l'euthanasie comme une étape ultime des soins appropriés en fin de vie. Deuxièmement, on réserverait l'euthanasie aux seules personnes en mesure d'en faire la demande. On exclurait de ce fait toutes les personnes inaptes, en phase terminale, qui souffrent de douleurs impossibles à soulager. Finalement, l'euthanasie résulterait de l'application de conditions rigides sans place pour un processus décisionnel évolutif entre le patient, ses proches et le personnel médical. On évacuerait toute place au jugement clinique du médecin qui en serait réduit à jouer un rôle de simple exécutant. Chose certaine, plusieurs médecins ne souhaitent pas procéder à l'euthanasie et on ne devrait jamais les y forcer.

La FMOQ recommande d'engager la réflexion sur les questions suivantes :

- Quel serait l'encadrement juridique idéal permettant une certaine ouverture à l'euthanasie en évitant toute dérive ?
- Serait-ce dans le cadre d'une loi du Québec, tel que le Code civil ? Dans des lignes directrices déontologiques ?
- Quel genre de modification au Code criminel du Canada devrait être envisagé pour décriminaliser l'euthanasie ?
- Quelles sont les dérives possibles à la légalisation de l'euthanasie et comment les éviter ?

Prenant pour hypothèse que notre société conviendrait de permettre l'euthanasie, il sera nécessaire d'en déterminer les conditions associées. Le sort des personnes vulnérables et celui des personnes inaptes à consentir devrait être scruté avec attention afin de leur assurer toute la protection qui s'impose.

La FMOQ recommande que les éléments suivants soient débattus si l'euthanasie était admise socialement :

- Quelles sont les circonstances dans lesquelles l'euthanasie pourrait être considérée comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie ?
- Devrait-on limiter l'euthanasie aux seules personnes lucides qui en font la demande ?
- La mort devrait-elle être obligatoirement imminente ?
- La souffrance devrait-elle être impossible à soulager ?
- L'euthanasie devrait-elle être pratiquée seulement par un médecin ?
- Un processus impliquant au moins deux médecins devrait-il être mis en place pour avoir recours à l'euthanasie ?
- Devrait-on tenir compte des mandats ou des testaments de vie antérieurs des mourants devenus inaptes pour tenir compte de leurs volontés ?

VI. Directives préalables concernant les soins de fin de vie

Certaines personnes croient que la planification des soins de fin de vie pourrait être une piste de solution pour régler certains problèmes entourant l'intensité des soins médicaux en fin de vie chez une personne devenue inapte à consentir aux traitements. Une telle planification permet en effet de communiquer son consentement anticipé à des soins éventuels susceptibles d'être reçus en fin de vie. Le fait de déterminer à l'avance les niveaux de soins que l'on est prêt à recevoir est également susceptible d'éviter bien des interrogations ou même des conflits.

Le Code civil du Québec contient un système souple et efficace permettant à chacun de faire connaître ses volontés en fin de vie. Deux moyens sont offerts : le mandat donné en prévision de son inaptitude et le testament biologique ou testament de vie qui est en fait l'expression de ses volontés à l'égard des soins à recevoir en fin de vie. Suivant le Barreau du Québec, le testament de vie est le véhicule plus souple parce qu'il est moins formaliste et arrêté dans le temps.

Ces documents permettent autant d'exprimer son consentement anticipé à des soins éventuels que son souhait de ne pas être réanimé ou maintenu en vie artificiellement. Ce sont donc 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.

La FMOQ recommande de mieux diffuser l'utilité que peuvent avoir le mandat en cas d'inaptitude et le testament de vie, comme l'une des solutions permettant d'assurer des soins de qualité en fin de vie à tous les citoyens devenus inaptes.

En conclusion, c'est donc très positivement que la FMOQ accueille l'idée d'un débat de société. La FMOQ espère toutefois que ce débat favorisera une véritable discussion sur les soins appropriés en fin de vie et non uniquement l'expression de prises de position polarisées pour ou contre l'euthanasie.

RECOMMANDATIONS DE LA FMOQ

- La FMOQ recommande que le cadre clinique et juridique entourant les soins de fin de vie incluant l'euthanasie, le cas échéant, soit redéfini.
- La FMOQ recommande que soient définies et circonscrites les notions :
 - soins de fin de vie ;
 - soins palliatifs ;
 - euthanasie ;
 - arrêt de traitement ;
 - aide au suicide.
- La FMOQ recommande d'intégrer au document de consultation un inventaire exhaustif et vulgarisé des droits existant actuellement en matière de consentement aux soins.
- La FMOQ recommande que la consultation générale porte sur l'ensemble des soins en fin de vie et comporte une réflexion sur les éléments suivants :
 - Identifier les mécanismes permettant de convenir des soins appropriés notamment dans les cas particuliers.
 - Déterminer un processus décisionnel dynamique impliquant à la fois le patient, les proches et le personnel soignant.
 - Clarifier et affirmer que le médecin n'est pas tenu de fournir les soins demandés qu'il juge inappropriés.
 - Déterminer si l'euthanasie active devrait être considérée dans la gamme des soins offerts pour assurer des soins de vie de qualité.
 - Identifier les situations où l'euthanasie pourrait être considérée comme une étape ultime pour assurer des soins de qualité, le cas échéant.
- La FMOQ recommande que la consultation englobe les questions d'orientations sociales liées à la qualité des soins reçus en fin de vie et à l'accessibilité des soins palliatifs.
- La FMOQ recommande d'engager la réflexion sur les questions suivantes :
 - Quel serait l'encadrement juridique idéal permettant une certaine ouverture à l'euthanasie en évitant toute dérive ?
 - Serait-ce dans le cadre d'une loi du Québec, tel que le Code civil ? Dans des lignes directrices déontologiques ?
 - Quel genre de modification au Code criminel du Canada devrait être envisagé pour décriminaliser l'euthanasie ?
 - Quelles sont les dérives possibles à la légalisation de l'euthanasie et comment les éviter ?

- La FMOQ recommande que les éléments suivants soient débattus si l'euthanasie était admise socialement :
 - Quelles sont les circonstances dans lesquelles l'euthanasie pourrait être considérée comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie ?
 - Devrait-on limiter l'euthanasie aux seules personnes lucides qui en font la demande ?
 - La mort devrait-elle être obligatoirement imminente ?
 - La souffrance devrait-elle être impossible à soulager ?
 - L'euthanasie devrait-elle être pratiquée seulement par un médecin ?
 - Un processus impliquant au moins deux médecins devrait-il être mis en place pour avoir recours à l'euthanasie ?
 - Devrait-on tenir compte des mandats ou des testaments de vie antérieurs des mourants devenus inaptes pour tenir compte de leurs volontés ?

- La FMOQ recommande de mieux diffuser l'utilité que peuvent avoir le mandat en cas d'inaptitude et le testament de vie, comme l'une des solutions permettant d'assurer des soins de qualité en fin de vie à tous les citoyens devenus inaptes.