



Loi concernant les soins de fin de vie

Projet de loi n°52

Mémoire de

**L'Association des conseils des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec**

Présenté à la

Commission de la santé et des services sociaux

19 septembre 2013

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
INTRODUCTION	3
PREMIER CHAPITRE – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	4
DES ENJEUX COMPLEXES	4
DEUXIÈME CHAPITRE – COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES	5
LES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES.....	5
RÈGLES PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX DISPENSATEURS DES SOINS DE FIN DE VIE.....	6
LES CABINETS PRIVÉS DE PROFESSIONNEL	6
LES CONDITIONS ENTOURANT L’AIDE MÉDICALE À MOURIR.....	7
FONCTIONS PARTICULIÈRES DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	9
COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	10
DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES.....	11
CONCLUSION	12
RECOMMANDATIONS DE L’ACMDPQ	13
CRÉDITS	14
ANNEXE I – LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT MÉMOIRE	15

PRÉAMBULE

L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) est un organisme sans but lucratif qui est voué à l'excellence et à la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Depuis plus de 66 ans, l'ACMDPQ est l'unique porte-parole des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) au niveau provincial. Les assises de l'ACMDPQ reposent sur une tradition de promotion de la qualité de l'acte professionnel ainsi que sur la promotion d'une concertation des instances médicales et administratives au sein des établissements dans le cadre des dispositions légales en vigueur.

L'ACMDPQ est un lieu où expertise et partage vont de pair afin de faciliter des processus essentiels pour les établissements : élections des officiers des exécutifs de CMDP, octroi et renouvellement de privilèges aux praticiens, fonctionnement des comités du CMDP, tels que le comité des titres, le comité d'évaluation de l'acte professionnel et le comité de pharmacologie.

L'ACMDPQ a pour mission de fournir aux CMDP et à leurs membres le support à la réalisation des responsabilités et obligations qui leur sont dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) par des activités de formation, des tournées et des rencontres régionales favorisant les échanges, des activités de consultations administratives et juridiques, et par la diffusion d'informations légales concernant les CMDP ou toute autre action jugée opportune.

L'ACMDPQ est dirigée par un conseil d'administration composé de professionnels qui sont membres actifs d'un CMDP membre de l'ACMDPQ. Les administrateurs proviennent des seize régions administratives du Québec.

INTRODUCTION

Le présent mémoire se veut être une réflexion sur les enjeux engendrés par le PL 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*. Nous sommes d'accord pour affirmer que l'opinion de la population québécoise a évolué par rapport aux soins de fin de vie qu'elle souhaite recevoir. Nous reconnaissons aussi que l'ensemble du corps médical n'a pas nécessairement cheminé à la même vitesse. C'est pourquoi nous estimons que le PL 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* doit obligatoirement prendre en considération les préoccupations des acteurs principaux.

À cet égard, nous soulèverons certaines interrogations, mises en garde et aborderons quelques pistes de solutions qui nous apparaissent raisonnables et rassurantes. Nos réflexions reflètent les préoccupations ressenties dans les milieux.

PREMIER CHAPITRE – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Des enjeux complexes

Le projet de loi n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* qui s'inscrit dans la foulée du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité¹, soulève des enjeux complexes. Ceux-ci demandent une réflexion approfondie sur les impacts qu'ils généreront tant sur les professionnels de la santé que sur le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

Mais au-delà de toutes ces technicités, nous voulons souligner le caractère humain de l'aide médicale à mourir que le législateur désire enchâsser dans une loi concernant les soins de fin de vie. Bien que les valeurs sociales ont évoluées, l'application des soins de fin de vie comporte son lot d'aspects psycho-sociaux incontournables. Ce volet *humain* doit teinter le projet de loi en lui imposant une accessibilité et une simplification des processus.

À la lumière de la lecture du projet de loi n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* trois aspects nous interpellent, plus particulièrement. Nommément, l'accessibilité aux ressources humaines, matérielles et financières, la responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel et enfin la complexité des processus administratifs. Nous élaborerons, plus en détails, notre point de vue au deuxième chapitre.

Dans l'optique de s'assurer de l'application des dispositions législatives et réglementaires entourant les droits des personnes aux soins de fin de vie proposées dans le projet de loi, nous soutenons que le développement d'équipes interdisciplinaires compétentes est un incontournable et que les diverses ressources doivent être disponibles tant en première ligne qu'en deuxième et troisième ligne.

Au niveau de la responsabilité, il appert essentiel qu'une instance autorisée, tel que le Collège des médecins du Québec ou les CMDP, le cas échéant, s'assure de la qualité et de la pertinence de l'acte professionnel. L'évaluation de la qualité doit être basée sur des critères similaires peu importe l'instance qui évalue l'acte professionnel.

¹ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. Rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012, www.assnat.qc.ca/fr/document/54787.html (Consulté le 30 août 2013)

Quant aux processus administratifs, ils doivent être simplifiés et fluides de manière à ce qu'ils n'engendrent ni contraintes administratives ni surcharges de travail pour les médecins qui dispensent les soins de fin de vie.

DEUXIÈME CHAPITRE – COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

Les ressources humaines, matérielles et financières

Bien que les dispositions de l'article 5 s'appliquent en tenant compte de nombreux facteurs incluant les ressources humaines, matérielles et financières dont disposent les établissements, nous sommes d'avis que les ressources nécessaires à l'offre de service de soins de fin de vie doivent être disponibles dès l'entrée en vigueur de la loi. Il ne faudrait pas mettre en opposition des services et forcer l'arrêt de certains d'entre eux, afin d'assurer les soins de fin de vie. L'octroi d'enveloppes budgétaires déterminées et récurrentes qui permettront la rémunération des établissements, des médecins et du personnel de l'équipe traitante est donc un incontournable pour éviter les désagréments du sous-financement de certaines activités.

Il nous apparaît essentiel pour garantir une qualité de soins que ces derniers soient dispensés par une équipe interdisciplinaire, incluant un médecin traitant, formée en soins de fin de vie. On ne saurait faire reposer le fardeau de la qualité uniquement sur le corps médical. De plus, l'équipe interdisciplinaire doit être en mesure d'offrir des soins de fin de vie dans l'ensemble des programmes de l'instance locale.

Le développement professionnel des membres de l'équipe sera essentiel, particulièrement au début du programme puisqu'on peut s'attendre à ce que peu de professionnels soient d'emblée à l'aise avec l'aide médicale à mourir. Il pourrait s'articuler par le biais de séminaires, d'un guide de pratique, de formation en ligne ou autre. Il devra être reconnu pour que chaque professionnel, peu importe son association, puisse l'inclure dans son plan de développement professionnel continu et ainsi réclamer des crédits de formation. De plus, la formation devra être obligatoire pour les médecins désirant obtenir de leur CMDP des privilèges rattachés à cet acte médical.

L'ACMDPQ recommande que les instances locales s'assurent que les ressources humaines, matérielles et financières soient disponibles pour permettre l'application des dispositions prévues par le projet de loi dès l'entrée en vigueur de la loi.

L'ACMDPQ recommande qu'une équipe interdisciplinaire, adéquatement formée en soins de fin de vie, incluant un médecin traitant, soit constituée lorsque de tels soins sont offerts et ce, en établissement, à domicile ou en maison de soins palliatifs.

L'ACMDPQ recommande qu'une formation pour les médecins soit requise pour l'obtention, auprès du CMDP, de privilèges rattachés aux soins de fin de vie.

Règles particulières applicables aux dispensateurs des soins de fin de vie

À notre avis, l'élaboration d'une politique² portant sur les soins de fin de vie pourrait servir d'assise afin de bien camper l'offre de service incluant les lieux où la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir peuvent être pratiquées. Devraient être aussi incluses, les modalités d'accès au second médecin pour l'aide médicale à mourir (niveau local, régional ou suprarégional). Néanmoins, la politique ne doit pas se substituer à la réflexion du programme clinique de soins de fin de vie. En d'autres mots, la politique doit répondre aux besoins découlant du programme clinique de soins de fin de vie.

Les paragraphes 2 et 3 de l'article 10 requièrent des données statistiques qu'à l'heure actuelle nos systèmes informatiques ne peuvent soutenir. Cependant, certaines de ces données peuvent être fournies dans le rapport annuel qu'un CMDP présente au conseil d'administration d'un établissement.

Les cabinets privés de professionnel

Nous comprenons du libellé de l'article 17 qu'un médecin qui œuvre dans un cabinet privé de professionnel au sens de l'article 95 de la *LSSSS*³ ne peut offrir une sédation palliative terminale ou l'aide médicale à mourir qu'en association avec l'instance locale du territoire où est situé son cabinet privé. Ceci nous amène à questionner le législateur sur le fardeau de la responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel.

Dans un établissement, cette responsabilité revient au CMDP et est assurée par son comité d'évaluation de l'acte. Cependant, là où le bât blesse dans l'application de l'article 17, c'est que le médecin œuvrant dans un cabinet privé n'est pas nécessairement membre en règle du CMDP de l'instance locale du territoire où est situé son cabinet privé. Conséquemment, le CMDP n'a pas juridiction sur les activités professionnelles de ce médecin. Il ne peut donc pas être tenu responsable de l'évaluation de la qualité de l'acte posé par ce médecin. Dans un tel cas, qui sera imputable de cette responsabilité?

Nous croyons que le Collège des médecins du Québec, à titre d'organisme de réglementation dont la mission est la protection du public, devrait être l'entité

² PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 10, page 7

³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2

responsable de la qualité de l'acte professionnel posé par un de ses membres, lorsque ce dernier n'est pas un membre en règle du CMDP de l'instance locale du territoire où est situé son cabinet privé de professionnel. Par ailleurs, il est très complexe pour un CMDP de procéder à l'évaluation d'un médecin en cabinet privé, c'est pourquoi le Collège des médecins du Québec a toujours assumé cette responsabilité.

L'ACMDPQ recommande que la responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel soit assumée par le Collège des médecins du Québec lorsqu'un médecin œuvre dans un cabinet privé de professionnel.

Nous ne saurions cautionner la création d'un statut particulier au sein d'un CMDP de manière à inclure le médecin œuvrant en cabinet privé de professionnel. Il importe de rappeler que le CMDP est une entité légale comportant un système de règles et de procédures auxquelles tous les membres doivent se conformer. Aucun avantage ne découle de cette proposition et nous croyons qu'elle minimise le rôle des CMDP.

Les conditions entourant l'aide médicale à mourir

Le projet de loi n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* stipule quatre (4) conditions nécessaires pour obtenir l'aide à mourir et précise les règles administratives à suivre pour l'obtenir. L'interprétation de ces quatre (4) conditions dans un contexte de maladie mentale où la souffrance psychique prend beaucoup d'ampleur se complexifie avec l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins. Comment déterminer la fin de vie chez ces personnes souffrantes? Qu'en est-il de la personne atteinte de trouble cognitif qui voit son déclin approcher? Dans une telle situation, parle-t-on de fin de vie sociale? L'aptitude à consentir prend aussi toute son importance dans un tel contexte.

À ces quelques questions, spontanément, on aurait tendance à dire que l'aide à mourir ne s'adresse pas à ces personnes mais après réflexion, y aurait-il une ouverture? Qui répondra à leurs questionnements si ce n'est pas leur équipe de soins? Il devient évident que le personnel de soins et les médecins devront avoir reçu une formation et des orientations provinciales claires à cet effet, car ces questions seront toutes empreintes de beaucoup d'émotions et susciterons, inévitablement, des questions éthiques.

Il faut se rappeler qu'une demande d'aide à mourir n'est pas une simple formalité en passant par une demande écrite, mais bien un cheminement clinique entre la personne et son équipe de soins qui doit nécessairement s'inscrire dans un processus de choix de

soins (ou de niveau d'intervention thérapeutique). Il nous apparaît donc très important de préciser davantage les balises entourant l'article 28⁴ de manière à éviter toute zone grise.

L'ACMDPQ recommande que le législateur précise les règles entourant les conditions que doit remplir une personne pour demander l'aide médicale à mourir, lorsque cette personne souffre de maladie mentale ou de troubles cognitifs, par exemple.

L'ACMDPQ recommande que soit prévue une formation reconnue par les diverses instances du milieu de la santé et des services sociaux aux équipes de soins en lien avec une demande d'aide médicale à mourir.

Puisque nous considérons que le médecin est un membre à part entière de l'équipe de soin, nous croyons que le point d) de l'article 28 alinéa 1⁵ est superflu. Au surplus, il s'agit d'une façon de faire usuelle qui relève plus du savoir-être d'un professionnel que d'une loi.

L'ACMDPQ recommande que le législateur retire le libellé de l'article 28 alinéa 1 d) puisque le médecin traitant fait partie de l'équipe de soin.

Toujours dans l'article 28, l'alinéa 3⁶ nous pose problème en ce qui concerne le principe d'indépendance. Il apparaît fort difficile, voire irréaliste, de croire qu'un médecin œuvrant dans un petit établissement pourra, à la fois, être indépendant tant à l'égard de la personne qui demande l'aide à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. On aurait avantage à définir les niveaux d'indépendance et à baliser cette modalité, particulièrement pour les petites équipes de soins. Cet aspect nous apparaît mieux défini dans le rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité⁷ particulièrement lorsqu'on se réfère aux pratiques des Pays-Bas.

L'ACMDPQ tient à souligner au législateur que des délais pourraient être encourus dans le cas où le médecin traitant refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 28. Nous croyons qu'il y aurait lieu d'initier une réflexion au sein de chaque CMDP et prévoir un mécanisme pour pallier à ce refus et éviter que des délais inutiles ne viennent nuire au processus d'une demande d'aide médicale à mourir.

⁴ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, page 11

⁵ Idem, page 12

⁶ Idem

⁷ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. Rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012, www.assnat.qc.ca/fr/document/54787.html (Consulté le 30 août 2013)

Il est fort à parier que cette réflexion aurait avantage à être faite aussi dans chaque réseau local, chaque région et chaque réseau universitaire intégré de santé (RUIS). L'élaboration d'une liste de médecins experts par territoire de RUIS pourrait s'avérer une solution intéressante, advenant l'impossibilité d'avoir accès à un second médecin dans sa localité ou sa région. Il faut se rappeler qu'il s'agit d'un soin d'exception. Les Agences de santé et de services sociaux auront un rôle important à jouer dans ce contexte⁸.

L'ACMDPQ recommande que soit clarifiée la notion d'indépendance du médecin consulté dans le contexte d'une demande d'aide médicale à mourir.

Fonctions particulières du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

L'ACMDPQ reconnaît que la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir, tel que prévu dans le projet de loi n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* sont considérées comme étant des actes médicaux et qu'en raison de cet état de fait, il importe au CMDP d'en effectuer l'évaluation de la qualité de l'acte. Nous approuvons que des standards cliniques soient élaborés par les ordres professionnels ou l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) concernant la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir et que les protocoles cliniques en découlant soient, par la suite, approuvés par chaque CMDP⁹. Par contre, nous tenons à souligner que le CMDP, selon l'article 214, alinéa 1 de la LSSSS¹⁰, doit aussi évaluer la pertinence de l'acte médical. On ne saurait dissocier l'acte du cheminement clinique. L'évaluation du respect des critères pour l'aide médicale à mourir par une commission telle que le propose l'article 42¹¹ doit relever de l'évaluation de l'acte (qualité et pertinence) par le CMDP. L'article 33¹² oblige tout médecin qui fournit une sédation palliative ou une aide médicale à mourir de transmettre un avis au CMDP. On assure donc une traçabilité prospective de ces actes. Le rapport annuel du CMDP au Conseil d'administration de l'établissement pourra inclure ces données et les résultats de l'évaluation de l'acte tant au niveau de la qualité que de la pertinence.

De plus, tel que mentionné précédemment, nous ne pouvons pas cautionner le fait qu'un médecin en cabinet privé, non membre en règle du CMDP de l'instance locale du territoire où se situe son cabinet privé, soit sous la responsabilité de ce CMDP. Cela va à l'encontre de plusieurs dispositions de la LSSSS et du ROAE. L'évaluation de l'acte

⁸ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 18, page 9

⁹ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 32, page 13

¹⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2

¹¹ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, page 15

¹² PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, page 13

(qualité et pertinence) de ce médecin relève du Collège des médecins et devra être faite selon les mêmes critères.

L'ACMDPQ recommande de modifier l'article 33 de manière à ce qu'il soit clairement indiqué que si le médecin exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, cet avis est transmis au Collège des médecins du Québec pour fin de l'évaluation de l'acte, qualité et pertinence des soins fournis, dans le respect des articles 25 et 28 du projet de loi.

L'ACMDPQ recommande que le CMDP ou son comité compétent évalue la qualité et la pertinence des soins fournis dans le respect des articles 25 et 28 du projet de loi.

Bien que cela fasse partie des obligations du CMDP, nous osons croire que le législateur ne saurait exiger de celui-ci le fardeau de tâches médico-administratives supplémentaires sans pour autant s'assurer que l'établissement fournira les ressources nécessaires à leur accomplissement.

Commission sur les soins de fin de vie

Dans un souci d'économie des ressources humaines, matérielles et financières, l'ACMDPQ croit qu'il n'y a pas lieu de créer une nouvelle commission pour examiner toute question relative aux soins de fin de vie. Il existe déjà une instance dont la crédibilité en matière d'évaluation d'excellence en soins de santé et de recherche n'est plus à faire, soit l'INESSS.

Nous croyons que l'INESSS possède l'expertise nécessaire, les ressources scientifiques et sociales ainsi que la notoriété pour s'acquitter du mandat que le législateur désire confier à une commission.

L'ACMDPQ recommande que le mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie soit confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pour son expertise, ses compétences en soins de santé et services sociaux et la reconnaissance que lui accorde le monde scientifique.

L'ACMDPQ reconnaît qu'il faille conserver une trace de toute aide médicale à mourir, autre que dans le dossier médical de la personne qui en a fait la demande, cependant nous ne saurions pas être en faveur de la complexification des procédures médico-administratives. Nous croyons qu'il est possible de maintenir un haut niveau de standard

quant à la méthodologie et la conservation des informations relatives à l'aide médicale à mourir, et ce, au sein même d'une gestion interne. Il faut absolument éviter de sur-bureaucratiser un acte médical qui a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Il n'est pas souhaitable que les soins de fin de vie deviennent un fardeau administratif entraînant, conséquemment, une diminution de l'offre de service. Toutefois, il existe une solution intéressante, peu coûteuse et simple d'application soit, l'ajout d'informations à cocher sur le bulletin de décès (formulaire SP-3).

Nous ne saurions passer sous silence l'aspect punitif du paragraphe 2 de l'article 41¹³ et nous nous questionnons sur l'intention du législateur. Il nous apparaît comme étant un manque de respect pour des professionnels qui, cela étant dit, sont assujettis à un code de déontologie et à un règlement sur l'inspection professionnelle.

L'ACMDPQ recommande que soit ajouté au bulletin de décès (formulaire SP-3) des questions concernant l'aide médicale à mourir et la sédation palliative.

L'ACMDPQ recommande au législateur de retirer du libellé de la loi l'article 41 qui se rapporte aux sanctions monétaires infligées au médecin traitant.

Directives médicales anticipées

Nous nous interrogeons sur la pertinence des articles 50 et 51¹⁴ qui selon nous relève plus des règles de l'art que de la loi.

Le médecin ne peut, en toute circonstance, vérifier auprès du registre des directives médicales si la personne a modifié ses directives médicales. Il nous apparaît évident que la personne qui a recours aux directives médicales anticipées est pleinement responsable de transmettre ses volontés elle-même par le biais d'un porte-parole et qu'elle a l'obligation d'aviser son médecin si elle effectue des changements à sa décision. Les articles 50 et 51 sous-tendent une déresponsabilisation de l'utilisateur.

De plus, puisqu'un professionnel de la santé impliqué auprès d'un usager en fin de soins de vie fait partie de l'équipe de soins, nous estimons qu'il devrait tout comme le médecin pouvoir consulter le registre.

L'ACMDPQ recommande que le législateur retire du libellé du projet de loi les articles 50 et 51.

¹³ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, page 15

¹⁴ PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie*, page 17

CONCLUSION

L'ACMDPQ reconnaît que l'évolution de la société québécoise en matière de soins de santé force un positionnement par rapport aux soins de fin de vie. Néanmoins, cette évolution ne se vit pas au même rythme pour tous et chacun. Le PL n° 52 *Loi concernant les soins de fin de vie* démontre une ouverture en ce sens et un respect pour la personne qui demande les soins de fin de vie de même que pour le médecin traitant qui refuserait de prodiguer de tels soins.

Toutefois, certains articles laissent croire que cette ouverture d'esprit et ce respect ne subsistent pas face aux médecins qui procureront lesdits soins. Il nous apparaît important de souligner que les médecins sont des professionnels de la santé et qu'à ce titre le législateur doit tenir compte de ce statut, et par ricochet, de leur autonomie professionnelle dans l'encadrement qu'il souhaite apporter aux modalités entourant les soins de fin de vie.

La responsabilité de l'évaluation de la qualité et de la pertinence de l'acte professionnel est selon nous un enjeu majeur. Force est de constater que les CMDP n'ont pas juridiction sur les médecins qui ne sont pas membres en règle d'un CMDP. Comment le législateur pourrait-il leur confier la responsabilité de la qualité et la pertinence de l'acte médical dans un tel contexte? Selon nous, afin d'assurer la protection de la population québécoise, le législateur doit mandater le Collège des médecins du Québec pour assurer une vigie sur la qualité et la pertinence de l'acte médical posé par les médecins qui œuvrent en cabinet privé de professionnel.

Le succès de l'offre de service de soins de fin de vie est tributaire des moyens et des ressources qui seront déployés pour mettre en œuvre et maintenir un tel projet. L'information qui sera véhiculée doit, indubitablement, être unique, claire et concise. Une attention particulière devra être portée sur la facilité de l'ensemble du processus de mise en œuvre des soins de fin de vie. Ce nouvel acte médical comporte un volet psychosocial qui impose une réflexion au-delà de l'acte technique. Une équipe de professionnels formés adéquatement en soins de fin de vie, est essentielle. Les soins de fin de vie sont des soins d'exception qui commandent une expertise et des compétences particulières. Tous professionnels ne sauraient être aptes à les dispenser sans formation. Au surplus, l'ajout de tâches médico-administratives nécessitera un support monétaire et clérical.

Afin de s'assurer que les soins de fin de vie soient administrés dans le respect et la dignité qu'ils confèrent au contexte d'une telle demande, l'ACMDPQ croit qu'il importe de garantir l'accès à ces services. Or, plusieurs facteurs médico-administratifs pourraient

nuire à l'accessibilité. Nul ne souhaiterait qu'ils deviennent un frein à l'offre de service réclamée par la population québécoise.

En ce sens, nous souhaitons avoir sensibilisé le législateur par rapport aux contraintes résultantes de certains de ces facteurs. Des processus bien définis, clairs et simples valent souvent mieux qu'un arsenal de mesures compensatoires.

RECOMMANDATIONS DE L'ACMDPQ

1. Que les instances locales s'assurent que les ressources humaines, matérielles et financières soient disponibles pour permettre l'application des dispositions prévues par le projet de loi dès l'entrée en vigueur de la loi.
2. Qu'une équipe interdisciplinaire, adéquatement formée en soins de fin de vie, incluant un médecin traitant, soit constituée lorsque de tels soins sont offerts et ce, en établissement, à domicile ou en maison de soins palliatifs.
3. Qu'une formation pour les médecins soit requise pour l'obtention, auprès du CMDP, de privilèges rattachés aux soins de fin de vie.
4. Que la responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel soit assumée par le Collège des médecins du Québec lorsqu'un médecin œuvre dans un cabinet privé de professionnel.
5. Que le législateur précise les règles entourant les conditions que doit remplir une personne pour demander l'aide médicale à mourir, lorsque cette personne souffre de maladie mentale ou de troubles cognitifs, par exemple.
6. Que soit prévue une formation reconnue par les diverses instances du milieu de la santé et des services sociaux aux équipes de soins en lien avec une demande d'aide médicale à mourir.
7. Que le législateur retire le libellé de l'article 28 alinéa 1 d) puisque le médecin traitant fait partie de l'équipe de soin.
8. Que soit clarifiée la notion d'indépendance du médecin consulté dans le contexte d'une demande d'aide médicale à mourir.

9. De modifier l'article 33 de manière à ce qu'il soit clairement indiqué que si le médecin exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, cet avis est transmis au Collège des médecins du Québec pour fin de l'évaluation de l'acte, qualité et pertinence des soins fournis, dans le respect des articles 25 et 28 du projet de loi.
10. Que le CMDP ou son comité compétent évalue la qualité et la pertinence des soins fournis dans le respect des articles 25 et 28 du projet de loi.
11. Que le mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie soit confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pour son expertise, ses compétences en soins de santé et services sociaux et la reconnaissance que lui accorde le monde scientifique.
12. Que soit ajouté au bulletin de décès (formulaire SP-3) des questions concernant l'aide médicale à mourir et la sédation palliative.
13. Que le législateur retire du libellé de la loi l'article 41 qui se rapporte aux sanctions monétaires infligées au médecin traitant.
14. Que le législateur retire du libellé du projet de loi les articles 50 et 51.

CRÉDITS

Nous tenons à remercier, pour leur précieuse collaboration à la rédaction de ce mémoire portant sur le projet de loi n° 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*, les personnes suivantes :

Docteur Martin Arata, Président, ACMDPQ
Docteur Denis Coulombe, Vice-président, ACMDPQ
Docteure Geneviève Desbiens, administratrice, ACMDPQ
Docteure Nathalie East, administrateur, ACMDPQ
Docteure Michèle Hébert, administratrice, ACMDPQ
Docteure Annie Léger, conseillère et administratrice, ACMDPQ
Docteur Mario Pelletier, administrateur, ACMDPQ
Madame Annick Lavoie, directrice générale, ACMDPQ

ANNEXE I – Lexique des abréviations utilisées dans le présent mémoire

- ACMDPQ : Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
- CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
- PL : Projet de loi
- ROAE : Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
- RUIS : Réseau universitaire intégré de santé