

Commission
sur les soins de
fin de vie

RAPPORT ANNUEL
D'ACTIVITÉS

Du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

A large gray square graphic is positioned in the upper center of the page. It contains the text 'Commission sur les soins de fin de vie' in white, centered within the square.

Commission
sur les soins de
fin de vie

RAPPORT ANNUEL
D'ACTIVITÉS

Du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Le contenu de cette publication a été rédigé par la Commission sur les soins de fin de vie.

Commission sur les soins de fin de vie

2535, boulevard Laurier, 5^e étage

Québec (Québec) G1V 4M3

Téléphone : 418 204-2059 ou 1 844 200-2059 (sans frais)

Courriel : info@csfv.gouv.qc.ca

Dès son dépôt à l'Assemblée nationale du Québec par le ministre de la Santé et des Services sociaux, ce document sera disponible en version électronique sur le site Web de l'Assemblée nationale : www.assnat.qc.ca à la section Documents déposés.

Afin de faciliter la lecture du texte, le genre masculin est utilisé sans aucune intention discriminatoire.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN 978-2-550-92836-2 (imprimé)

ISBN 978-2-550-92837-9 (PDF)

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2022

LETTRE DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE A LA PRÉSIDENTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Madame Nathalie Roy
Présidente de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
1045, rue des Parlementaires
1^{er} étage, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Madame la Présidente,

Conformément à la Loi concernant les soins de fin de vie, je dépose à l'Assemblée nationale le rapport annuel d'activités de la Commission sur les soins de fin de vie, lequel fait état des activités réalisées du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

La Commission sur les soins de fin de vie a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie, de surveiller l'application des exigences particulières concernant l'aide médicale à mourir, de saisir le ministre de toute question liée à ces soins qui mérite l'attention ou une action du gouvernement et de lui soumettre ses recommandations.

La ministre déléguée à la Santé et aux Aînés,

Original signé

Sonia Bélanger
Québec, décembre 2022

MOT DU PRÉSIDENT

Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé
Madame Sonia Bélanger
Ministre déléguée à la Santé et aux Aînés
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,
Madame la Ministre déléguée,

Instituée par l'Assemblée nationale du Québec, la Commission sur les soins de fin de vie a le mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières de l'aide médicale à mourir.

Par la présente, j'ai le plaisir de vous transmettre le rapport annuel d'activités de la Commission couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. Ce rapport fait état des réalisations de la Commission, de l'analyse des données provenant des formulaires de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) transmis à la Commission et des données sur les soins palliatifs et de fin de vie transmises par les établissements publics de santé et de services sociaux et le Collège des médecins du Québec.

L'année 2021-2022 est une année de transition pour l'AMM puisque depuis mars 2021, les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable présentant un déclin avancé et irréversible de leurs capacités et des souffrances constantes, intolérables et inapaisables sont admissibles à l'AMM même si elles ne sont pas en fin de vie. La Commission constate que dans l'ensemble, les personnes qui demandent l'AMM plus tôt dans l'évolution de leur maladie attendent tout de même la fin de vie pour y avoir recours. La croissance de l'AMM au Québec soulève certaines questions et préoccupations à la Commission.

Le 25 mai dernier, le projet de loi 38 – Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives a été déposé à l'Assemblée nationale et la Commission a appuyé ce dernier. La Commission souhaite que le débat social se poursuive et qu'un projet de loi soit déposé dès la reprise des travaux parlementaires à l'automne 2022 afin de respecter les volontés de fin de vie des personnes souffrantes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre et Madame la Ministre déléguée, l'assurance de ma considération.

Le président,

A handwritten signature in blue ink, reading "Michel A. Bureau".

Michel A. Bureau

RÉSUMÉ

La Commission sur les soins de fin de vie a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir. Le présent rapport annuel de la Commission fait état de ses activités et réalisations et présente les données dont elle dispose concernant les soins palliatifs et de fin de vie pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Aide médicale à mourir (AMM)

- Le nombre d'AMM administrées et la proportion de décès par AMM sont en augmentation depuis l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV).
- 3 663 personnes ont reçu l'AMM entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022 (5,1 % des décès). C'est une augmentation de 1 236 AMM (51 %) comparativement à l'année précédente.
 - Elles étaient en majorité âgées de 60 ans et plus (93 %), atteintes de cancer (66 %), avaient un pronostic de survie de 1 an ou moins (84 %) et présentaient à la fois des souffrances physiques et psychiques irrémédiables (95 %).
 - Elles ont reçu l'AMM en centre hospitalier (54 %), à domicile (33 %), en CHSLD (8 %) et en maison de soins palliatifs (5 %).
 - L'AMM a été administrée en moyenne 26 jours après la demande signée.
- La presque totalité des AMM (plus de 99 %) a été administrée conformément aux exigences de la LCSFV.
- Près des deux tiers des demandes d'AMM formulées ont été administrées (68 %).
- Les principaux motifs pour lesquels les personnes qui ont demandé l'AMM ne l'ont pas reçue sont qu'elles sont décédées avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM (34 %), qu'elles ne répondaient pas ou plus aux critères d'admissibilité prescrits par la LCSFV (22 %) ou qu'elles ont retiré leur demande (18 %).
- 1 418 médecins ont participé à l'AMM; il s'agit d'une augmentation de 26 % comparativement à 2020-2021 (85 % sont des omnipraticiens et 15 % sont des médecins spécialistes).

Soins palliatifs et de fin de vie et sédation palliative continue

- 58 846 personnes étaient en soins palliatifs et de fin de vie entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. Elles ont bénéficié de SPFV à domicile (44 %), en centre hospitalier (35 %), en CHSLD (13 %) et en maison de soins palliatifs (8 %).
- 1 838 personnes ont reçu une sédation palliative continue au cours de la présente période (2,6 % des décès).

Conclusion

La Commission constate que l'AMM est en demande croissante et occupe une place importante dans les débats publics au Québec. Pourquoi le Québec a-t-il plus d'AMM par millions de personnes que l'Ontario, le Canada et la Belgique? La Commission souhaite que le débat social se poursuive et qu'un projet de loi permettant aux personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur grave et incurable de faire une demande anticipée d'AMM en prévision de l'incapacité à consentir soit déposé dès la reprise des travaux parlementaires à l'automne 2022.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

L'information présentée dans le présent rapport relève de ma responsabilité. Celle-ci porte sur la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Les résultats et les renseignements du Rapport annuel d'activités de la Commission sur les soins de fin de vie couvrent la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. Le rapport :

- décrit le mandat, la composition, les modalités opérationnelles et les modalités de fonctionnement de la Commission;
- présente les activités et réalisations de la Commission et les principaux constats et recommandations de la Commission.

À ma connaissance, cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022 à la lumière des renseignements transmis à la Commission.

Le président,

A handwritten signature in blue ink, reading "Michel Bureau". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

Michel A. Bureau

TABLE DES MATIÈRES

Lettre de la Ministre déléguée à la présidente de l'Assemblée nationale.....	i
Mot du président	ii
Résumé.....	iii
Déclaration de fiabilité.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des figures.....	vii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des annexes	ix
Sigles et acronymes.....	x
Définitions	xi
1. COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	1
1.1. Valeurs.....	1
1.2. Mandat	1
1.3. Composition	2
1.4. Modalités opérationnelles	3
1.5. Modalités de fonctionnement pour la vérification du respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir	3
2. ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS PRINCIPALES	6
2.1. Examen des formulaires de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir.....	6
2.2. Rapport des établissements publics de santé et de services sociaux et du Collège des médecins du Québec.....	7
2.3. Groupe de travail en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Collège des médecins du Québec.....	7
2.4. Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie	7
2.5. Demandes d'information des citoyens, du réseau de la santé et des services sociaux et des médias	9
2.6. Rencontres avec divers groupes et personnes.....	9
2.7. Transmission d'énoncés aux médecins prestataires d'aide médicale à mourir.....	10
3. DONNÉES DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	11
3.1. Décisions rendues	11
3.2. Aides médicales à mourir administrées	13
4. DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.....	21
4.1. Soins palliatifs et de fin de vie.....	21
4.2. Sédation palliative continue.....	24
4.3. Aide médicale à mourir	25
4.4. Sédation palliative continue et aide médicale à mourir	28
5. CONSTATS ET PRÉOCCUPATIONS	30
Concernant l'aide médicale à mourir.....	30

Concernant la sédation palliative continue	31
Concernant les soins palliatifs et de fin de vie.....	31
6. PERSPECTIVES.....	32
Projet de loi 38 modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives.....	32
7. CONCLUSION	34
8. ÉTATS FINANCIERS.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 Résumé du traitement des formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM ...	11
Figure 3.2 Nombre d'AMM administrées entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2022	13
Figure 3.3 Nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire.....	14
Figure 3.4 Proportion de décès par AMM entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2022	14
Figure 3.5 Proportion de décès par AMM selon la région sociosanitaire	15
Figure 3.6 Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le groupe d'âge	15
Figure 3.7 Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le diagnostic principal	16
Figure 3.8 Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le pronostic vital estimé	17
Figure 3.9 Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le type de souffrance	17
Figure 3.10 Proportion de personnes selon le délai entre la demande et l'administration de l'AMM	18
Figure 3.11 Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le lieu de l'administration	20
Figure 4.1 Nombre déclaré de personnes en SPFV selon la région sociosanitaire	21
Figure 4.2 Proportion des personnes en SPFV selon le lieu de soins.....	22
Figure 4.3 Proportion des personnes en SPFV selon le lieu de soins par région sociosanitaire	23
Figure 4.4 Nombre déclaré de SPC administrées selon la région sociosanitaire	24
Figure 4.5 Proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC selon la région sociosanitaire	25
Figure 4.6 Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées	26
Figure 4.7 Proportion des AMM administrées et non administrées par rapport au nombre de demandes formulées selon la région sociosanitaire.....	27
Figure 4.8 Proportion des personnes décédées ayant reçu une SPC ou une AMM selon la région sociosanitaire	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Motifs ayant mené la Commission à conclure qu'une exigence de la Loi n'était pas respectée.....	12
Tableau 4.1 Nombre de demandes d'AMM non administrées selon le motif déclaré par les établissements	28
Tableau B1 Caractéristiques des personnes qui ont reçu l'AMM	39
Tableau B2 Type de souffrance des personnes qui ont reçu l'AMM	40
Tableau B3 Souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM	40
Tableau B4 Raisons pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables pour les personnes qui ont reçu l'AMM.....	40
Tableau B5 Délai entre la demande et l'administration de l'AMM pour les AMM administrées.....	40
Tableau B6 Nombre et proportion d'AMM selon le lieu de l'administration de l'AMM	41
Tableau C1. Nombre de personnes en SPFV par établissement selon le lieu de soins entre le 1 ^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021.....	42
Tableau C2 Nombre de personnes en SPFV par établissement selon le lieu de soins entre le 1 ^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022.....	43
Tableau C3 Nombre déclaré de SPC administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec.....	44
Tableau C4 Nombre déclaré de SPC administrées et proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC selon la région sociosanitaire.....	45
Tableau C5 Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec entre le 1 ^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021.....	46
Tableau C6 Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec entre le 1 ^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022.....	47

LISTE DES ANNEXES

Annexe A Dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie portant sur les exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir	37
Annexe B Données de la Commission concernant les aides médicales à mourir administrées en 2021-2022	39
Annexe C Données des rapports des établissements publics de santé et de services sociaux et du Collège des médecins du Québec concernant les soins palliatifs et de fin de vie pour 2021-2022	42

SIGLES ET ACRONYMES

AMM	Aide médicale à mourir
CHSLD	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
INESSS	Institut national d’excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LCSFV	Loi concernant les soins de fin de vie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l’assurance maladie du Québec
SPC	Sédation palliative continue
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie

DÉFINITIONS

Aide médicale à mourir

Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne atteinte de maladie grave et incurable (le critère de fin de vie ne s'applique plus), à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Directives médicales anticipées

Forme d'expression des volontés d'une personne en prévision de son inaptitude à consentir à des soins. Plus précisément, elles consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins dans des situations cliniques précises.

Maison de soins palliatifs

Organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui a conclu une entente avec un établissement, en vertu de l'article 108.3 de cette Loi, en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui utilisent ses services.

Sédation palliative continue

Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Soins de fin de vie

Soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et aide médicale à mourir.

Soins palliatifs

Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir

Formulaire fourni par le ministre de la Santé et des Services sociaux que tout médecin qui administre l'aide médicale à mourir (AMM) doit, dans les 10 jours qui suivent, remplir et transmettre aux instances concernées. Il contient les renseignements administratifs et cliniques fondés sur les exigences de la Loi concernant les soins de fin de vie et du règlement du gouvernement qui permettent à la Commission de vérifier le respect des critères de la Loi dont le diagnostic de maladie grave et incurable, le pronostic vital estimé, et la nature et la description des incapacités et des souffrances de la personne. Il contient aussi une description des vérifications que le médecin doit faire avant d'administrer l'AMM, entre autres concernant l'aptitude à consentir aux soins, le caractère libre et éclairé de la demande d'AMM ainsi que la constance des souffrances et la volonté réitérée de recevoir l'AMM. Le formulaire a été élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux et est révisé périodiquement par ce dernier afin de tenir compte de l'évolution de l'AMM et des changements législatifs.

Sources : *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRO, c. S-32.0001, art. 3. [\[En ligne\]](#)

Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin. [\[En ligne\]](#).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*, MSSS, Québec, 2015, 63 p. [\[En ligne\]](#)

1. COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Le 5 juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi concernant les soins de fin de vie (ci-après la LCSFV)¹. La LCSFV a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie ainsi que de reconnaître la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne. Elle précise d'abord les droits relatifs aux soins de fin de vie, notamment en prévoyant le droit, pour une personne, d'obtenir les soins de fin de vie que son état requiert. Elle prévoit également des exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie, soit la sédation palliative continue (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM). La majorité des dispositions de la LCSFV sont entrées en vigueur le 10 décembre 2015.

Les articles 38 à 47 de la LCSFV instituent la Commission sur les soins de fin de vie (ci-après la Commission) et précisent sa composition, son mandat et son fonctionnement.

1.1. Valeurs

La Commission appuie sa réflexion et ses actions sur les valeurs de l'administration publique québécoise, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect².

1.2. Mandat

Le mandat de la Commission est défini par les articles 42 à 47 de la LCSFV. Plus précisément, conformément à l'article 42, « La Commission a pour mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie. À cette fin, elle doit notamment :

- 1° donner des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question qu'il lui soumet;
- 2° évaluer l'application de la loi à l'égard des soins de fin de vie;
- 3° saisir le ministre de toute question relative à ces soins qui mérite l'attention ou une action du gouvernement et lui soumettre ses recommandations;
- 4° soumettre au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec;
- 5° effectuer tout autre mandat que le ministre lui confie. ».

Cet article prévoit également que la Commission doit « surveiller [...] l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir ».

La Commission joue un rôle de surveillance et de conseil à l'égard des soins de fin de vie ainsi que du respect des normes législatives qui les encadrent. Elle a donc une fonction particulière à exercer quant à la vérification du respect des conditions relatives à l'administration de l'AMM.

¹ Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001. [\[En ligne\]](#)

² Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise. [\[En ligne\]](#).

1.3. Composition

La Commission est composée de onze commissaires nommés par le gouvernement après consultation des organismes représentatifs des milieux concernés par ses activités. Elle est composée de professionnels de la santé ou des services sociaux, de juristes, d'usagers, d'un commissaire issu du milieu de l'éthique et d'un gestionnaire du réseau de la santé et des services sociaux. Les commissaires constituent une équipe interdisciplinaire dont l'approche humaniste, les compétences et l'expertise de chacun sont reconnues dans leur domaine respectif.



D^r Michel A. Bureau, président
Médecin universitaire spécialisé en pédiatrie, néonatalogie et pneumologie
Nommé le 3 juillet 2018 après consultation des présidents-directeurs généraux et des directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux et désigné président.



M^r Jean Lambert
Notaire
Nommé le 16 décembre 2015 après consultation de la Chambre des notaires du Québec.
Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



D^{re} Josée Courchesne, vice-présidente
Médecin de famille
Nommée le 16 décembre 2015 après consultation du Collège des médecins du Québec (CMQ) et désignée vice-présidente.
Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



D^r David Lussier
Gériatre et directeur de la clinique de gestion de la douleur chronique, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ainsi que directeur associé à l'innovation et à la valorisation des connaissances du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal.
Nommé le 16 décembre 2015 après consultation du CMQ. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M^{me} Maryse Carignan
Infirmière et conseillère clinique des secteurs oncologie, soins palliatifs et soins de fin de vie, Direction des soins infirmiers, CISSS de Laval
Nommée le 16 décembre 2015 après consultation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M^{me} Marielle Philibert
Présidente du comité des usagers et membre du conseil d'administration, CHU de Québec – Université Laval
Nommée le 16 décembre 2015 après consultation des organismes représentant les comités des usagers des établissements. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M^r Pierre Deschamps
Avocat et membre du Tribunal des droits de la personne du Québec
Nommé le 16 décembre 2015 après consultation du Barreau du Québec.
Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M. Robert Thiffault
Pharmacien
Nommé le 16 décembre 2015 après consultation de l'Ordre des pharmaciens du Québec.
Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M. Patrick Durivage
Travailleur social en soins palliatifs à domicile, CLSC René-Cassin et coordonnateur du domaine d'expertise en soins palliatifs, CREGÉS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Nommé le 16 décembre 2015 après consultation de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.



M^{me} Bilkis Vissandjée
Professeure à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche en santé publique (CRéSP) ainsi qu'au Centre SHERPA, Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
Nommée le 16 décembre 2015 après consultation des organismes représentant les comités des usagers des établissements. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.

1.4. Modalités opérationnelles

Le président dirige la Commission et en est le porte-parole. La vice-présidente est appelée à assurer la présidence de la Commission en cas d'absence ou d'empêchement du président.

1.4.1. Secrétariat

Le président de la Commission est assisté par une cadre supérieure qui assure la fonction de secrétaire général. Au cours de la présente période, le président, la secrétaire générale et les commissaires ont été soutenus par trois professionnelles scientifiques en santé et services sociaux et une technicienne en administration.

1.4.2. Soutien administratif et matériel

La Commission est hébergée dans les locaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le rôle de l'INESSS consiste ici à soutenir la Commission dans la gestion de ses ressources financières, matérielles et informationnelles.

1.4.3. Rencontres

Les commissaires se réunissent une fois par mois. À la réunion plénière s'ajoutent des rencontres en sous-groupes pour l'examen des formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM. Des rencontres de travail et des rencontres extraordinaires sont aussi convoquées, au besoin. Le quorum des réunions est de sept commissaires, dont la présence obligatoire de l'un ou l'autre membre occupant la présidence ou la vice-présidence.

1.4.4. Rémunération et indemnités

En vertu de l'article 39 de la LCSFV, le gouvernement fixe les allocations et les indemnités des commissaires³.

1.4.5. Financement

La Commission est soutenue financièrement, en totalité, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

1.5. Modalités de fonctionnement pour la vérification du respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir

La LCSFV exige que toutes les AMM soient déclarées dans les 10 jours suivant l'administration à la Commission ainsi qu'à l'instance désignée pour évaluer la qualité de l'acte. Les renseignements devant être transmis sont déterminés par règlement du gouvernement⁴. Le *Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir* prescrit par le ministre est un

³ Décret concernant les allocations et indemnités des membres de la Commission sur les soins de fin de vie. Décret numéro 1167-2015 du 16 décembre 2015. [[En ligne](#)].

⁴ Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin. [[En ligne](#)].

document clinico-administratif conçu pour répondre aux exigences de la LCSFV. Ne pas transmettre ces renseignements représente un manquement à la LCSFV.

La Commission a pour mandat de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'AMM en s'assurant que les conditions administratives et cliniques d'admissibilité à l'AMM prévues à l'article 26 de la LCSFV soient satisfaites et que les vérifications du médecin ont été effectuées en vertu de l'article 29 avant d'administrer l'AMM (annexe A). La Commission doit juger de la conformité de l'administration de l'AMM aux exigences édictées par la LCSFV, mais n'a pas le mandat d'évaluer la qualité de l'acte médical.

Pour évaluer la conformité de l'AMM à la LCSFV, la Commission dispose uniquement des renseignements contenus dans le formulaire de déclaration rempli par le médecin ayant administré l'AMM. Le médecin doit décrire le tableau clinique, le processus décisionnel ainsi que les raisons qui l'ont convaincu de l'admissibilité de la personne à la suite de ses entretiens avec elle, avec ses proches et avec les membres de l'équipe de soins. Le tableau clinique comprend le ou les diagnostics principaux, les comorbidités, le pronostic vital estimé, les incapacités, les souffrances et l'aptitude à consentir aux soins. La Commission n'a pas accès au dossier médical de la personne. Si les précisions du tableau clinique et du processus décisionnel contenues dans le formulaire sont insuffisantes pour conclure, la Commission contacte directement le médecin prestataire de l'AMM pour une meilleure compréhension de la situation.

La responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte médical incombe au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements et au Collège des médecins du Québec (CMQ). L'objectif principal de l'évaluation de la qualité de l'acte est l'évaluation de l'ensemble de la démarche clinique (p. ex. contexte clinique, plan de traitement et approche thérapeutique, approche interdisciplinaire, processus décisionnel) et l'optimisation de la qualité des soins offerts par l'amélioration globale des pratiques médicales.

1.5.1. Examen des formulaires de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir

La Commission procède à l'examen de chaque formulaire de déclaration de l'administration d'AMM en séance plénière, et ce, dans un délai maximal de deux mois suivant la réception du formulaire. L'examen des formulaires par la Commission est encadré par les balises prévues dans la LCSFV et dans le règlement du gouvernement, ainsi que par le Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques de l'aide médicale à mourir⁵.

À la réception du formulaire, le secrétariat procède à une première série de vérifications techniques afin d'identifier si des renseignements sont incomplets, manquants ou visiblement erronés. Dans un deuxième temps, les commissaires font l'examen des formulaires. Ils s'assurent que la personne répondait aux conditions d'admissibilité à l'AMM et que le médecin a procédé à toutes les vérifications prévues à l'article 29 de la LCSFV, entre autres que toute l'information a été transmise à la personne pour qu'elle puisse donner un consentement éclairé, qu'elle était apte à consentir aux soins, que la demande était libre et faite sans pression extérieure, qu'il a mené avec elle des entretiens espacés dans un délai raisonnable compte tenu de son état pour

⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, BARREAU DU QUÉBEC ET CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUÉBEC. *L'aide médicale à mourir : Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques, mise à jour 11/2019*, CMQ, Montréal, 2019, 102 p.

s'assurer de la persistance de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'AMM et qu'il a obtenu l'avis d'un second médecin pour confirmer l'admissibilité de la personne.

Compte tenu du nombre croissant de formulaires, la Commission procède à une analyse détaillée en sous-groupes d'au moins trois commissaires, dont un médecin. Lorsque les membres d'un sous-groupe considèrent à l'unanimité la déclaration complète et conforme aux critères de la LCSFV, ils proposent son adoption en plénière. S'ils ne sont pas unanimes, le cas est présenté en plénière pour discussion avec l'ensemble des commissaires. Chaque commissaire peut consulter à l'avance l'ensemble des formulaires et demander qu'un formulaire particulier soit discuté en plénière. Pour toutes les déclarations d'AMM, les commissaires concluent en plénière de la conformité ou non avec les critères de la LCSFV. Cette procédure est inspirée de celle de la commission chargée d'examiner les déclarations d'euthanasie en Belgique⁶.

1.5.2. Demande de complément d'information ou de précisions

Lorsque les renseignements transmis dans le formulaire de déclaration sont incomplets ou que la majorité des commissaires est d'avis qu'elle ne peut parvenir à une décision, la Commission demande un complément d'information ou des précisions au médecin qui a administré l'AMM, au second médecin consulté ou à toute autre personne qui pourrait être en mesure de lui fournir les renseignements. À la réception du complément d'information ou des précisions demandés, la Commission réexamine le dossier afin de prendre une décision.

1.5.3. Avis de rétroaction aux médecins ayant administré l'aide médicale à mourir

Depuis mai 2019, le médecin ayant administré l'AMM qui remplit sa déclaration par voie électronique peut demander à la Commission de lui transmettre un avis de rétroaction. Lorsque la Commission est d'avis que l'AMM a été administrée conformément aux exigences de la LCSFV, elle transmet un avis de conformité au médecin qui en a fait la demande. Dans la majorité (60 %) des formulaires examinés pour la première fois en 2021-2022, le médecin a demandé une telle rétroaction.

1.5.4. Avis relatifs au non-respect de l'article 29 de la LCSFV

Lorsqu'au terme de l'examen du formulaire et, le cas échéant, du complément d'information ou des précisions demandés, au moins les deux tiers des commissaires présents estiment que l'article 29 de la LCSFV, qui inclut les conditions édictées à l'article 26, n'a pas été respecté, la Commission transmet un résumé de ses conclusions au CMQ et, lorsque le médecin a administré l'AMM à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement, à l'établissement concerné, pour que ceux-ci prennent les mesures appropriées.

⁶ COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018-2019*, Bruxelles, CFCEE, 2020, 58 p. [\[En ligne\]](#)

2. ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS PRINCIPALES

Le présent rapport couvre la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. La Commission a procédé à un total de 14 journées de rencontre en séance plénière et autres rencontres virtuelles au besoin. Ses activités ont notamment porté sur l'examen des formulaires de déclaration afin de s'assurer du respect des conditions relatives à l'administration de l'AMM. Elle a effectué différents suivis auprès des établissements et autres instances concernant les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). La Commission a répondu à des demandes d'information d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des médias et des citoyens et a rencontré divers groupes et personnes concernant les SPFV. Elle a également déposé un mémoire et témoigné devant la Commission spéciale sur l'évolution de la LCSFV.

2.1. Examen des formulaires de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir

Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, la Commission a reçu 3 652 formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM⁷ et elle a examiné 3 705 formulaires en séance plénière⁸. Parmi les 3 694 formulaires examinés pour la première fois, environ 4 % ont nécessité un suivi afin que les commissaires parviennent à une décision quant au respect des exigences de la LCSFV. Plus spécifiquement, 2 % des formulaires ont nécessité une demande de complément d'information écrite ou téléphonique auprès du médecin qui a administré l'AMM ou auprès du second médecin consulté et 2 %, un suivi auprès de l'établissement. Les demandes de complément d'information ou de précisions ont porté principalement sur la condition clinique de la personne, le second médecin consulté, l'expiration de la carte d'assurance maladie, le titre d'emploi du professionnel de la santé ou des services sociaux qui a contresigné le formulaire de demande d'AMM et les entretiens des médecins avec la personne. Lorsque requis, les entretiens téléphoniques auprès du médecin ayant administré l'AMM ou du second médecin consulté ont été faits par le président, la vice-présidente ou un commissaire médecin.

Pour environ 2 % des déclarations, la Commission avait été en mesure de prendre une décision quant au respect des exigences de la LCSFV avec l'information transmise au formulaire, mais un suivi a été fait auprès du médecin ayant administré l'AMM ou de l'établissement concerné pour obtenir des précisions ou un renseignement manquant ou visiblement erroné.

Près de 30 formulaires ont fait l'objet d'un suivi concernant une situation particulière soulevée par le médecin qui a administré l'AMM, notamment en lien avec des difficultés d'accès aux soins palliatifs ou à l'AMM. Dans certains cas, le président a contacté le médecin pour avoir des précisions sur la situation et au besoin, discuté avec le président du CMDP ou le directeur des services professionnels de l'établissement concerné. Dans d'autres cas, la Commission a avisé par écrit l'établissement (président du CMDP ou directeur des services professionnels) pour porter la situation à leur attention afin qu'ils puissent apporter les mesures correctrices jugées nécessaires.

⁷ Ce nombre représente le nombre de formulaires reçus à la Commission et non le nombre de personnes à qui l'AMM a été administrée pendant cette période. Ce chiffre pourrait être sous-estimé puisque la Commission n'a pas été en mesure de vérifier si elle avait reçu tous les formulaires; elle procédera aux vérifications nécessaires à cet égard.

⁸ Parmi ces derniers, 3 694 formulaires ont été évalués pour la première fois (435 formulaires en attente d'examen au 31 mars 2020 et 3 259 formulaires reçus au cours de la présente période).

En date du 31 mars 2022, 393 formulaires étaient en attente d'examen. Ces derniers ont été examinés lors de rencontres subséquentes dans un délai de deux mois suivant leur réception.

2.2. Rapport des établissements publics de santé et de services sociaux et du Collège des médecins du Québec

Conformément à l'article 8 de la LCSFV, tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Le président-directeur général de l'établissement doit, chaque année, faire un rapport au conseil d'administration concernant l'application de cette politique. Le rapport doit indiquer le nombre de personnes en SPFV par type d'installation, le nombre de SPC administrées, le nombre de demandes d'AMM formulées, le nombre d'AMM administrées, de même que le nombre d'AMM qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

Conformément à l'article 37 de la LCSFV, le CMQ doit, chaque année, préparer un rapport concernant les soins de fin de vie dispensés par des médecins qui exercent leur profession dans un cabinet privé de professionnel. Le rapport doit indiquer le nombre de SPC et d'AMM administrées par ces médecins selon le lieu de soins.

Les rapports des établissements et du CMQ doivent être publiés sur leur site Web et transmis à la Commission au plus tard le 30 juin de chaque année.

2.3. Groupes de travail en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Collège des médecins du Québec

En collaboration étroite avec la Commission et le CMQ, le MSSS a mis en place un groupe de travail afin d'améliorer les canaux de communication et d'assurer les suivis nécessaires concernant l'AMM, notamment en raison des changements législatifs. Parallèlement, les travaux du groupe de travail de la Commission en collaboration avec le CMQ se sont poursuivis afin de coordonner la réalisation des mandats respectifs des deux organismes et d'assurer les suivis nécessaires relatifs au processus d'AMM.

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

Le 31 mars 2021, l'Assemblée nationale a créé la Commission spéciale sur l'évolution de la LCSFV dont le mandat était d'analyser les enjeux liés à l'élargissement potentiel de l'AMM pour les personnes en situation d'invalidité et celles souffrant de troubles mentaux. Le 14 mai, la Commission a auditionné devant la Commission spéciale⁹. Il s'agissait d'une occasion privilégiée pour la Commission de partager son expérience de l'examen de plus de 7 000 AMM administrées au Québec à ce moment et de faire part de ses recommandations sur les deux questions à l'étude et d'autres enjeux qui méritaient l'attention immédiate de l'Assemblée nationale afin de respecter les volontés de fin de vie des personnes souffrantes qui demandent l'AMM. Elle a par ailleurs déposé un mémoire, lequel comporte les douze recommandations suivantes¹⁰ :

- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour permettre l'AMM aux personnes atteintes d'un handicap grave et incurable et qu'un groupe d'experts soit constitué pour en définir les mesures d'évaluation et de sauvegarde;

⁹ COMMISSION SPÉCIALE SUR L'ÉVOLUTION DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE, *Audition – Commission sur les soins de fin de vie*, 14 mai 2021 (durée : 1:04:13). [\[En ligne\]](#)

¹⁰ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, 2021, 21 p. [\[En ligne\]](#)

- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour ajouter l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) comme évaluateur et prestataire de l'AMM;
- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour mettre en place des mesures de sauvegarde supplémentaires pour les personnes admissibles dont la complexité est liée à la mort naturelle non raisonnablement prévisible, notamment un délai de réflexion et d'évaluation et la consultation d'un médecin expert reconnu;
- Que l'Assemblée nationale revise dès maintenant la LCSFV pour permettre aux personnes jugées admissibles dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible de renoncer au consentement final si elles risquent de perdre leur aptitude à consentir avant la date prévue pour l'AMM et d'en définir les modalités d'application (en vigueur depuis l'amendement à la LCSFV adopté le 10 juin 2021);
- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour permettre aux personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur grave et incurable de faire une demande anticipée d'AMM en prévision de l'incapacité à consentir et d'en définir les modalités d'application;
- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour ajouter des mesures particulières d'évaluation et de sauvegarde pour la demande anticipée d'AMM en contexte d'incapacité à consentir;
- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV pour ajouter des mesures particulières d'évaluation et de sauvegarde pour l'AMM pour cause unique ou principale de troubles mentaux;
- Que le Gouvernement du Québec constitue un groupe d'experts pluridisciplinaire sur la question de l'AMM pour les personnes mineures;
- Que l'Assemblée nationale revise la LCSFV (mise à jour) dès l'automne 2021;
- Que le Gouvernement du Québec réalise une campagne d'information et de sensibilisation sur les SPFV auprès de la population et des professionnels de la santé et des services sociaux;
- Que le Gouvernement du Québec mette à la disposition des professionnels de la santé et des services sociaux impliqués dans l'AMM un service-conseil pour répondre à leurs questions en temps réel, notamment pour des évaluations complexes;
- Que le Gouvernement du Québec mette à la disposition de la population, des personnes souffrantes et de leurs proches les ressources nécessaires pour répondre à leurs questions en temps réel.

En sus de ces recommandations, la Commission demande d'avoir accès aux données anonymes transmises au gouvernement fédéral concernant toutes les demandes d'AMM formulées, les AMM administrées et les AMM non administrées, et ce, afin de lui permettre de remplir son mandat et d'avoir un portrait plus complet de l'évolution de l'AMM au Québec.

Le 8 décembre 2021, la Commission spéciale a déposé à l'Assemblée nationale son rapport contenant onze recommandations visant à encadrer l'élargissement potentiel de l'AMM pour les personnes en situation d'incapacité et celles dont le seul problème médical est un trouble mental¹¹.

¹¹ COMMISSION SPÉCIALE SUR L'ÉVOLUTION DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport*, Québec, Assemblée nationale du Québec, 2021, 90 p. [\[En ligne\]](#)

2.5. Demandes d'information des citoyens, du réseau de la santé et des services sociaux et des médias

Les demandes d'information reçues des citoyens concernaient surtout les soins de fin de vie en général, les lois provinciale et fédérale concernant l'AMM, la démarche d'AMM et le retrait du critère de fin de vie comme condition d'admissibilité ainsi que les directives médicales anticipées. Les demandes provenant du réseau ont porté principalement sur la clarification d'éléments des lois provinciale et fédérale, sur la réglementation fédérale sur la surveillance de l'AMM, les obligations de déclaration et l'utilisation du formulaire électronique unique qui en découlent, ainsi que sur les impacts du retrait de la fin de vie comme condition d'admissibilité à l'AMM. Les demandes des médias ont porté sur des précisions sur les statistiques concernant les SPFV depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV.

2.6. Rencontres avec divers groupes et personnes

La Commission a rencontré plusieurs groupes et personnes dans le but de mieux comprendre les réalités, les préoccupations et les enjeux concernant les SPFV :

- Rencontre avec le comité d'orientation de la communauté de pratique des groupes interdisciplinaires de soutien des établissements sur différentes questions concernant l'AMM;
- Présentation d'une équipe de l'Institut national de santé publique du Québec de la mise à jour des résultats des indicateurs de soins palliatifs pour la population adulte du Québec, de 2002 à 2016¹²;
- Rencontre avec le Coroner en chef de l'Ontario concernant l'AMM et les changements législatifs du fédéral;
- Présentation à la table des directeurs des services professionnels des établissements publics concernant les modifications législatives relatives à l'AMM;
- Présentation d'une équipe de l'INESSS de l'état des pratiques concernant le portrait de l'utilisation des soins et des services de soutien à domicile par les personnes en fin de vie au Québec, de 2013 à 2018¹³;
- Discussion avec un représentant de la Société canadienne du cancer afin d'échanger sur l'état et les défis des soins palliatifs au Québec;
- Échange avec une équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS concernant la possibilité d'une collaboration pour un projet de recherche sur les SPFV;
- Présentation de l'équipe de direction du CHU de Québec – Université Laval des réalisations et des résultats découlant de leur plan d'action 2020-2021 en lien avec l'AMM et de leurs priorités d'action pour 2021-2022;
- Échange avec des professionnels de la santé et des services sociaux experts dans le domaine de la douleur chronique et un patient partenaire;

¹² INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Indicateurs de soins palliatifs : mise à jour des résultats pour la population adulte du Québec (2002-2016)*, Surveillance des maladies chroniques, Numéro 37, Québec, INSPQ, 2021, 65 p. [\[En ligne\]](#)

¹³ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Portrait de l'utilisation des soins et des services de soutien à domicile par les personnes en fin de vie au Québec, 2013 à 2018*, Québec, INESSS, 2021, 52 p. [\[En ligne\]](#)

- Présentation de résultats d’une recherche doctorale portant sur l’analyse de pratiques prometteuses des groupes interdisciplinaires de soutien à l’AMM et les recommandations sur leur implantation.

2.7. Transmission d’énoncés aux médecins prestataires d’aide médicale à mourir

Au cours de l’année 2021-2022, la Commission a transmis des énoncés aux médecins prestataires d’AMM afin d’apporter des clarifications sur les changements législatifs concernant l’AMM et de rappeler les exigences de la LCSFV relatives à l’admissibilité à l’AMM au Québec.

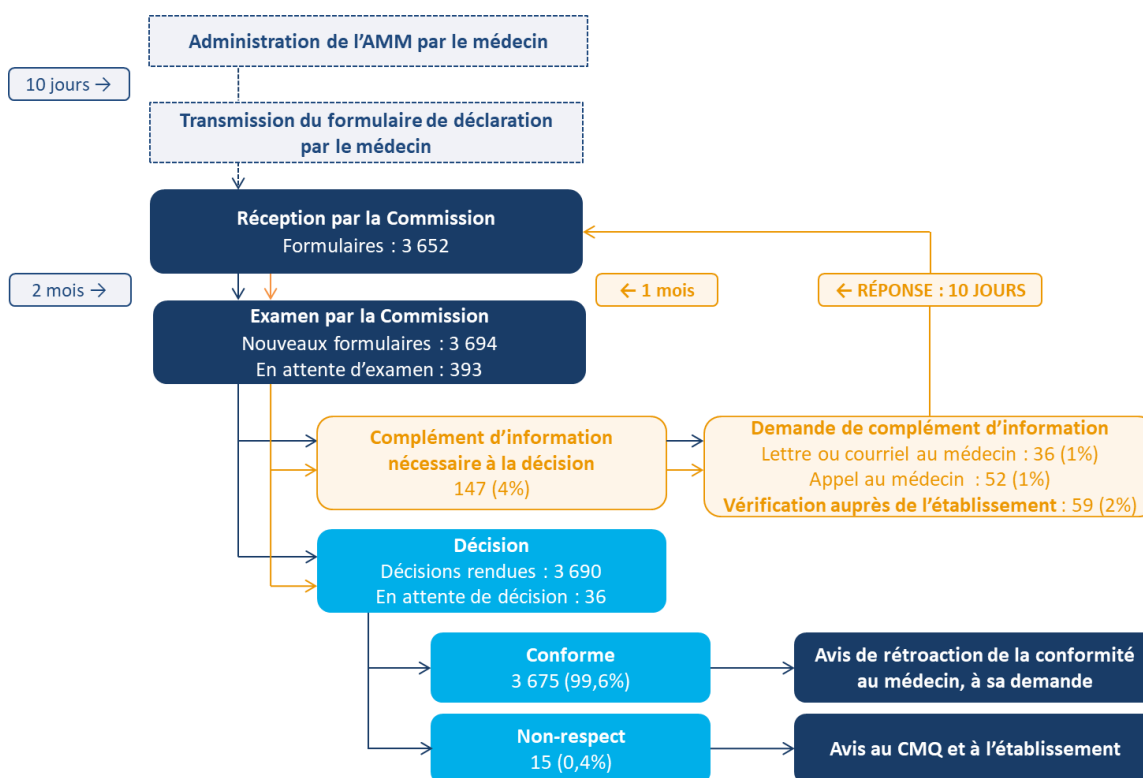
3. DONNÉES DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

3.1. Décisions rendues

Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, la Commission a rendu une décision pour 3 690 formulaires¹⁴. Dans la presque totalité des cas (99,6 %), la Commission a jugé que l'AMM avait été administrée conformément aux critères énoncés dans la LCSFV. Un résumé du traitement des formulaires pour la vérification du respect des conditions relatives à l'administration de l'AMM par la Commission est présenté à la figure 3.1.

Figure 3.1

Résumé du traitement des formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM



À la lumière des renseignements qui lui ont été transmis, la Commission a conclu que l'une des exigences relatives à l'administration de l'AMM édictée par la LCSFV n'avait pas été respectée dans moins de 0,4 % des cas pour lesquels une décision a été rendue (tableau 3.1).

¹⁴ Ces derniers incluent 3 678 formulaires examinés pour la première fois au cours de la présente période et 12 formulaires qui étaient en attente de décision au 31 mars 2021.

Tableau 3.1

Motifs ayant mené la Commission à conclure qu'une exigence de la Loi n'était pas respectée

Motif de non-respect	Nombre d'AMM
Critères relatifs aux conditions d'admissibilité	10
La personne n'était pas atteinte d'une maladie grave et incurable	6
La personne n'était plus apte à consentir au moment de recevoir l'AMM	3
Le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin pour confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26	1
Critères relatifs aux vérifications préalables par le médecin	5
La demande d'AMM a été contresignée par une personne qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux	4
La personne qui a obtenu l'AMM n'était pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie	1

Dans six cas, la Commission a pris en considération le tableau des comorbidités dont souffrait la personne et conclu, après l'analyse de la déclaration et un entretien avec le médecin qui a administré l'AMM, que la personne, bien que souffrante et présentant un déclin de ses capacités, n'était pas atteinte d'une maladie grave et incurable. Dans trois cas, elle était plutôt atteinte d'un handicap. Rappelons que, selon le Code criminel, une personne est admissible à l'AMM si elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable, alors que selon la LCSFV, la personne doit être atteinte d'une maladie grave et incurable. Dans trois cas, bien que la personne présentait des symptômes graves associés à des souffrances et un déclin avancé de ses capacités, et que ceux-ci limitaient son espérance de vie de façon importante, aucun diagnostic de maladie grave et incurable n'était identifié.

Dans trois cas, la personne n'était plus apte à consentir aux soins au moment de recevoir l'AMM. Deux de ces situations sont survenues entre le moment où une entente de renonciation au consentement final a été permise par le Code criminel et le moment où l'amendement à la LCSFV permettant le consentement en cas d'inaptitude est entré en vigueur. Dans l'autre cas, le médecin avait obtenu un consentement verbal alors que la LCSFV exige un consentement écrit.

Dans un cas, le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin pour confirmer le respect des conditions d'admissibilité à l'AMM. Il s'agit d'une erreur que le médecin a signalée à la direction des services professionnels de son établissement et à la Commission aussitôt après l'avoir constatée. La Commission a demandé à un médecin expérimenté en AMM de l'établissement de revoir l'ensemble du dossier et celui-ci était d'avis qu'à la lumière de l'ensemble des renseignements disponibles, la personne rencontrait les conditions d'admissibilité à l'AMM.

Dans quatre cas, le formulaire de demande a été contresigné par un soignant qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux; dans un cas, la personne détenait une carte d'assurance maladie du Québec expirée¹⁵.

¹⁵ Depuis mai 2022, la Commission ne déclare plus ces situations comme non conformes à la LCSFV. Ainsi, dans neuf cas, la Commission a déclaré l'administration de l'AMM conforme bien que la carte d'assurance maladie était expirée, d'une part, parce que la personne était préalablement assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie et, d'autre part, parce que l'exigence pour une personne d'être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie vise à éviter le « tourisme médical » et non d'empêcher un résident du Québec d'avoir accès à un soin auquel il est autrement admissible.

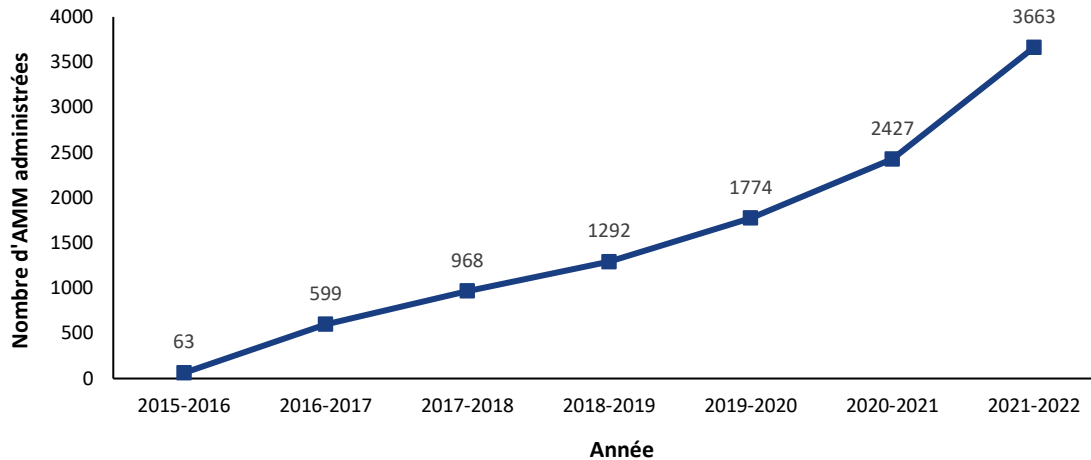
3.2. Aides médicales à mourir administrées

3.2.1. Nombre d'aides médicales à mourir administrées

Le nombre d'AMM administrées est en augmentation constante au Québec depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV (figure 3.2)¹⁶.

Figure 3.2

Nombre d'AMM administrées entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2022



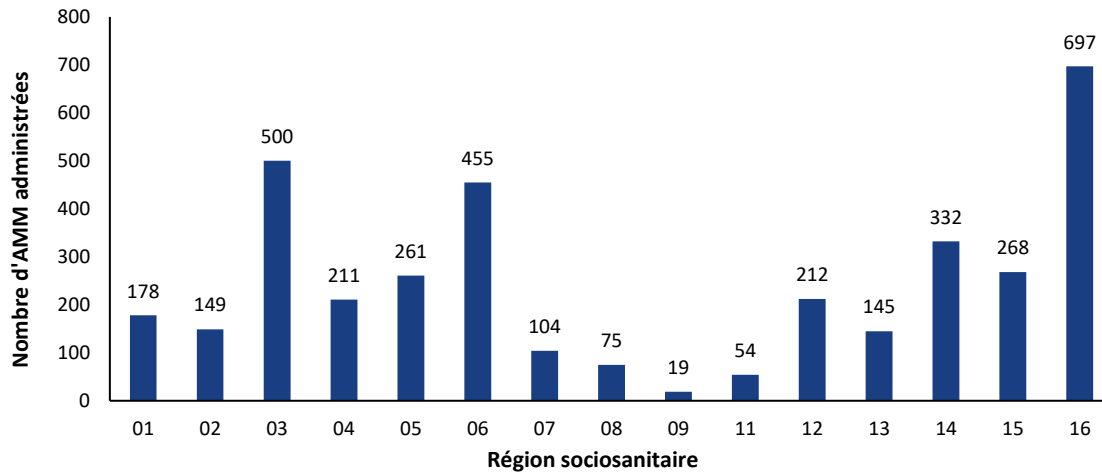
Selon les données indiquées aux formulaires de déclaration reçus à la Commission, 3 663 AMM ont été administrées entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. Le Québec comptant une population de près de 8 604 500 personnes¹⁷, cela représente 426 AMM par million d'habitants. L'augmentation du nombre d'AMM en 2021-2022 par rapport à l'année 2020-2021 (51 %) est supérieure à celle de l'année précédente (37 %). L'élargissement des conditions d'admissibilité à l'AMM avec le retrait du critère de fin de vie de la LCSFV (12 mars 2020) et celui de mort naturelle raisonnablement prévisible au Code criminel (17 mars 2021) semblent avoir contribué pour moins de 10 % à cette augmentation. Une augmentation de l'AMM est aussi observée chez les personnes présentant un diagnostic et un pronostic similaires à ceux des années antérieures. La figure 3.3 présente le nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire. Les données brutes se trouvent à l'annexe B.

¹⁶ Les données ont été mises à jour en juillet 2022. À la lumière des renseignements transmis par les établissements et le CMQ, la Commission a constaté qu'elle n'avait pas reçu tous les formulaires de déclaration pour les AMM administrées entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019. La Commission a aussi reçu tardivement un formulaire pour l'année 2020-2021 à la suite de vérifications réalisées par l'établissement.

¹⁷ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1^{er} juillet 1986 à 2021, Statistique Canada, Estimations démographiques annuelles (régions intraprovinciales, janvier 2022). Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Consulté [en ligne](#) le 14 septembre 2022.

Figure 3.3

Nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire

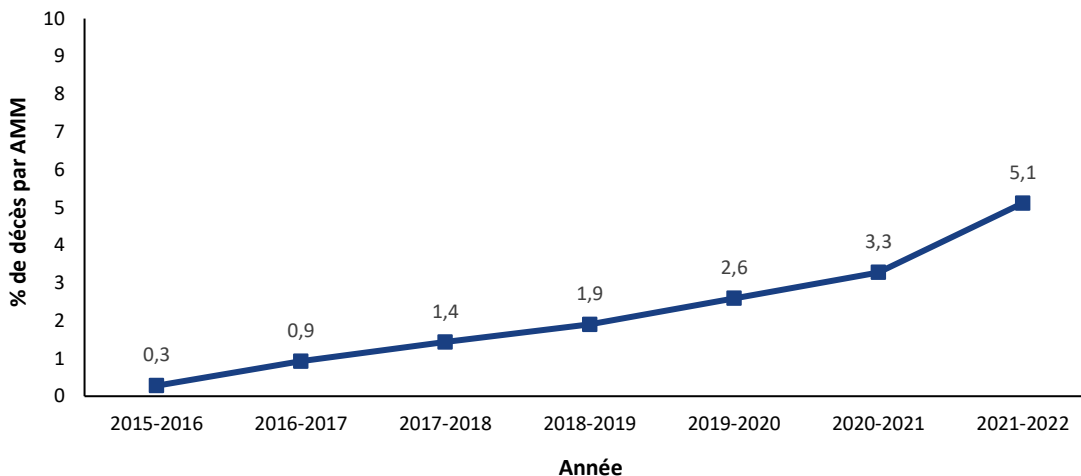


Note : La région administrative indiquée au formulaire a été utilisée. Certaines AMM administrées dans la région administrative de la Montérégie ont été réalisées dans la région sociosanitaire de l'Estrie. Le nombre d'AMM administrées pour les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 AMM).

En utilisant les données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) relatives au nombre de décès¹⁸, peu importe l'âge ou la cause, on constate que les décès par AMM ont représenté 5,1 % des décès survenus au Québec en 2021-2022, comparativement à 3,3 % en 2020-2021. La figure 3.4. présente l'évolution de la proportion de décès par AMM depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV. La figure 3.5 présente la proportion de décès par AMM selon la région sociosanitaire¹⁹.

Figure 3.4

Proportion de décès par AMM entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2022

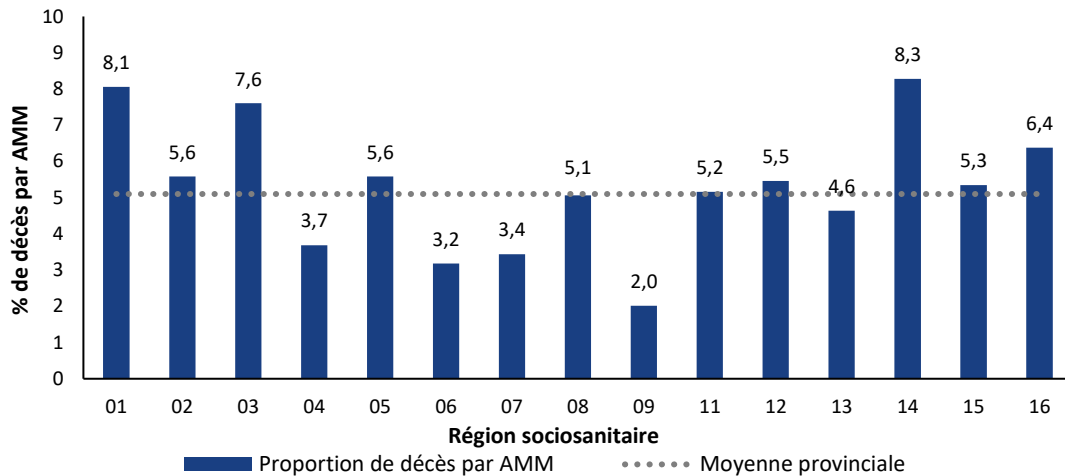


¹⁸ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec 2010-2022*, données du 30 juin 2022. Consulté [en ligne](#) le 29 juillet 2022.

¹⁹ Données provisoires transmises par le MSSS à partir des données de l'ISQ sur le nombre de décès par région sociosanitaire. La région de certains décès est inconnue. À noter que la région du décès est la région de résidence de la personne alors que la région attribuée à l'AMM est celle où le soin a été administré.

Figure 3.5

Proportion de décès par AMM selon la région sociosanitaire



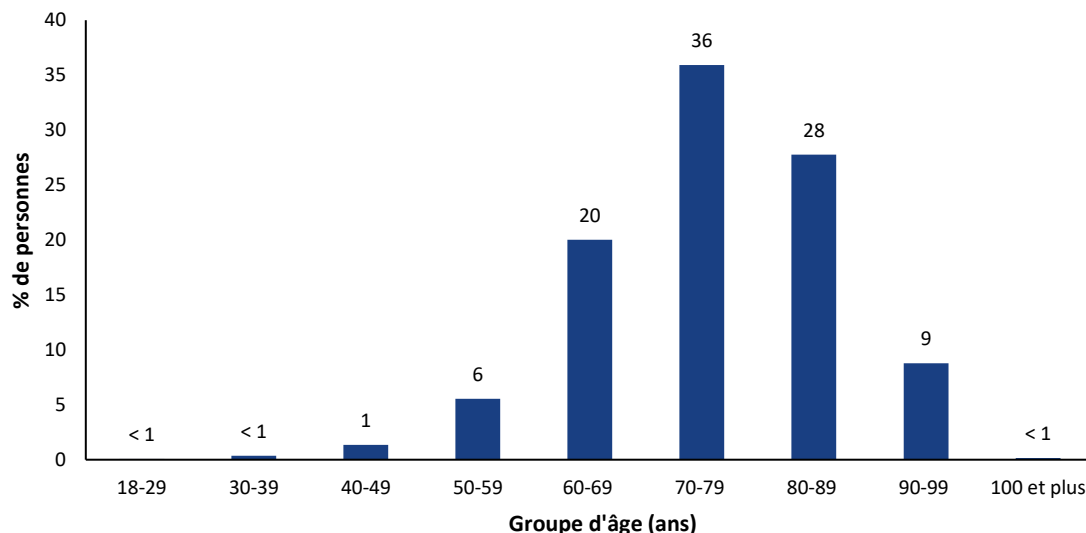
Note : La région administrative indiquée au formulaire a été utilisée. Certaines AMM administrées en Montérégie ont été réalisées dans la région sociosanitaire de l'Estrie. Les proportions de décès par AMM ne sont donc pas exactes pour ces régions. La proportion de décès par AMM pour les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiquée afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 AMM).

3.2.2. Caractéristiques des personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir

Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, 54 % des personnes qui ont reçu l'AMM étaient des hommes et 46 % étaient des femmes. Les personnes qui ont reçu l'AMM étaient âgées en moyenne de 75 ans et la très grande majorité étaient âgées de 60 ans et plus (93 %; figure 3.6). La Commission observe une augmentation de l'âge moyen ainsi que de la proportion de personnes âgées de 70 ans et plus qui ont reçu l'AMM depuis l'entrée en vigueur de la Loi. En effet, la proportion des personnes âgées de 70 ans et plus est passée de 52 % en 2016 à 74 % en 2021-2022. L'âge moyen est passé de 71 ans en 2016 à 75 ans en 2021-2022.

Figure 3.6

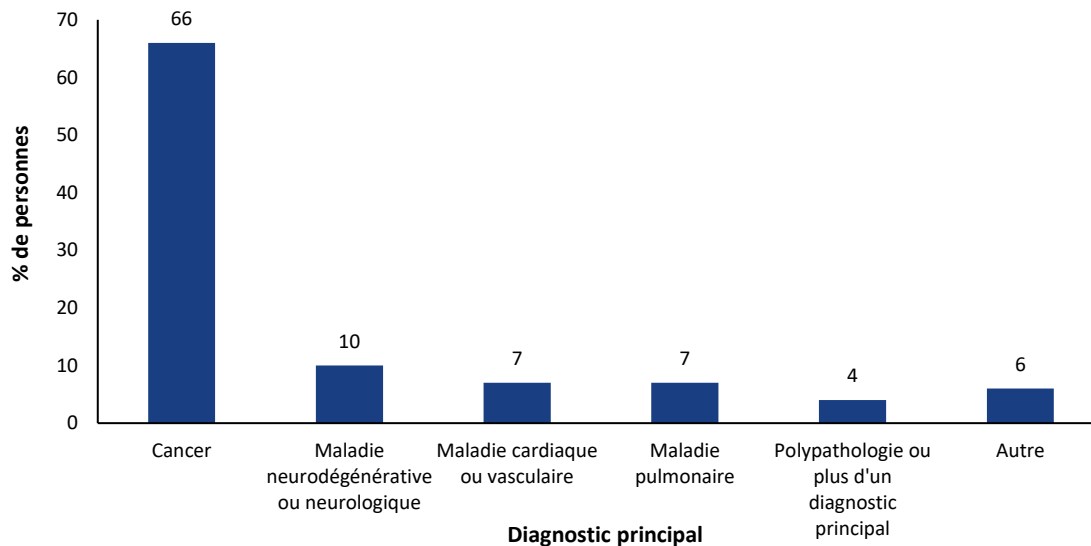
Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le groupe d'âge



Environ les deux tiers (66 %) des personnes qui ont reçu l'AMM étaient atteintes d'un cancer (figure 3.7). Les autres diagnostics principaux les plus fréquents étaient les maladies neurodégénératives ou neurologiques²⁰ (10 %), les maladies cardiaques ou vasculaires (7 %) et les maladies pulmonaires (7 %). La catégorie « Autre » représente 6 % des AMM administrées et inclut, entre autres, des maladies rénales, digestives, musculosquelettiques, inflammatoires et infectieuses. Environ 4 % des personnes avaient plus d'un diagnostic principal ou une combinaison de plusieurs maladies les rendant admissibles à l'AMM.

Figure 3.7

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le diagnostic principal

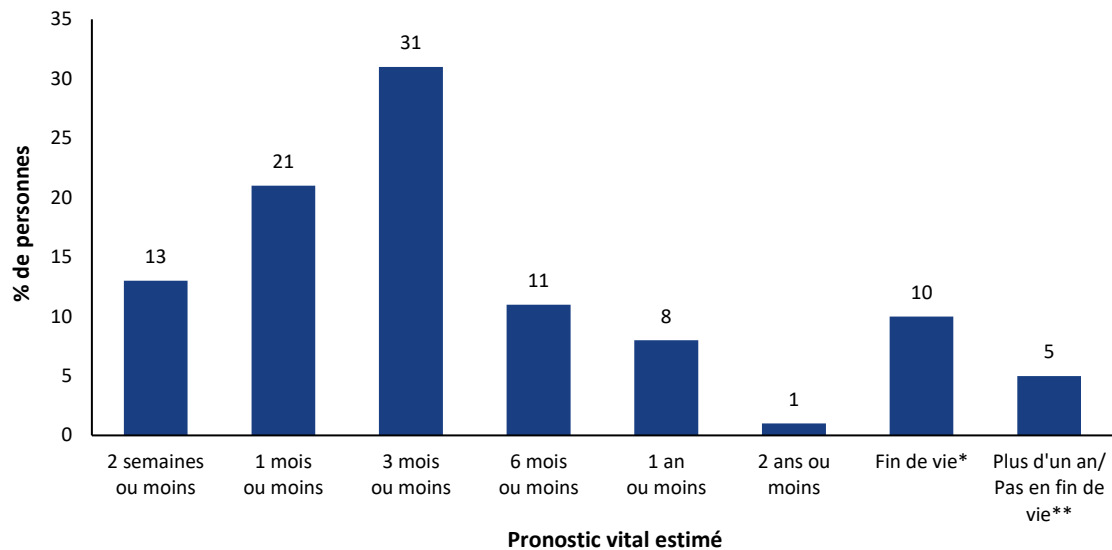


La majorité des personnes qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital estimé à 3 mois ou moins (65 %) et la grande majorité à 1 an ou moins (84 %; figure 3.8). La très grande majorité (95 %) avaient un pronostic de deux ans ou moins ou étaient considérées en fin de vie.

²⁰ Les personnes dont le diagnostic principal était un trouble neurocognitif majeur représentent un peu moins de 1 % des AMM administrées en 2021-2022.

Figure 3.8

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le pronostic vital estimé



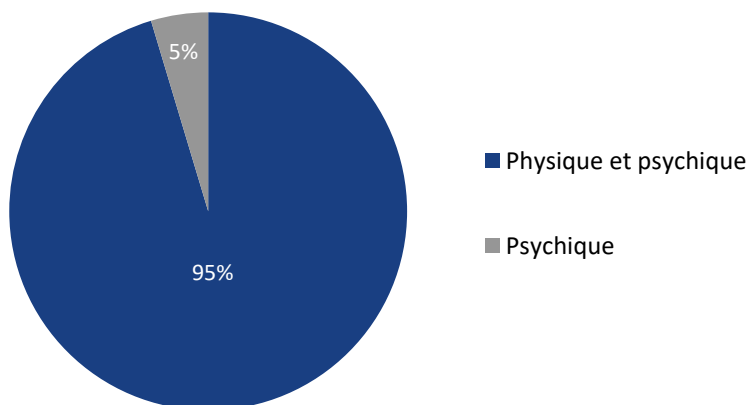
* Dans la plupart des cas, les pronostics vitaux indiqués variaient de « quelques jours » à « quelques mois », sans qu'il soit possible de les préciser davantage.

** Inclut les pronostics estimés à « plus d'un an » et « plus de 18 mois » sans autre précision, les pronostics de deux ans ou plus, et les pronostics non précisés en termes de temps, mais pour lesquels le médecin considérait que la personne n'était pas en fin de vie.

Selon les renseignements contenus dans les formulaires de déclaration, la très grande majorité des personnes qui ont reçu l'AMM présentaient à la fois des souffrances physiques et psychiques (95 %; figure 3.9). Un formulaire faisait mention de souffrances physiques seulement. Les souffrances sont celles mentionnées dans le formulaire de déclaration rempli par le médecin qui a administré l'AMM. Il est possible qu'une personne ait pu présenter des souffrances qui n'ont pas été inscrites au formulaire.

Figure 3.9

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le type de souffrance



Note : La proportion de personnes pour lesquelles seulement des souffrances physiques sont rapportées est moins de 1 %.

Le formulaire de déclaration électronique comprend des choix de réponse que les médecins peuvent utiliser pour décrire la nature des souffrances présentées par la personne. La très grande majorité de ces formulaires font mention de souffrances en lien avec la perte de capacité à effectuer les activités qui donnaient un sens à la vie (98 %) ou les activités de la vie quotidienne (94 %) et la grande majorité font référence à une perte de la dignité (78 %). Un peu plus de la moitié (56 %) indiquent un contrôle inadéquat de la douleur ou des préoccupations à ce sujet et 60 % mentionnent un contrôle inadéquat d'autres symptômes ou des préoccupations à ce sujet. Environ 47 % indiquent des souffrances en lien avec la perception de la personne d'être un fardeau pour sa famille, ses amis ou ses soignants. Un peu plus du tiers (38 %) font référence à la perte des fonctions corporelles et environ le quart (23 %), que la personne rapportait souffrir d'isolement ou de solitude.

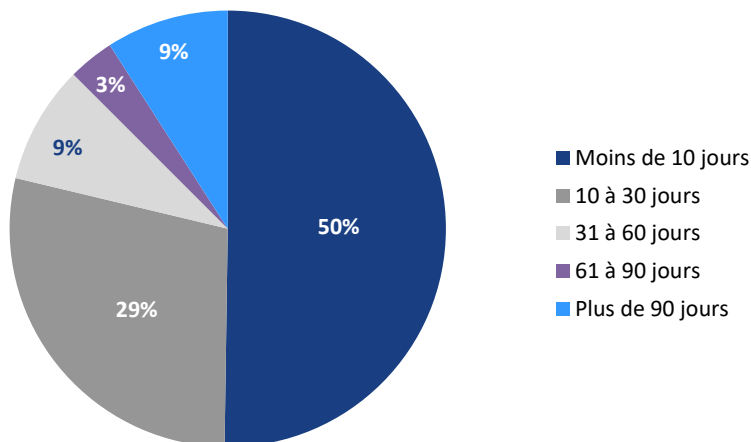
Les raisons les plus fréquentes pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables mentionnées dans les formulaires sont les traitements jugés inefficaces (69 %), l'absence de traitement (33 %), le refus de traitement de la part de la personne (27 %) et des effets secondaires inacceptables (20 %).

3.2.3. Demande et administration de l'aide médicale à mourir

Selon les renseignements transmis à la Commission, le délai moyen entre le moment où la personne a signé le formulaire de demande d'AMM et l'administration de celle-ci a été de 26 jours. La grande majorité des personnes ont obtenu l'AMM dans les 30 jours suivant leur demande formelle (79 %). La moitié des personnes (50 %) l'ont reçue en moins de 10 jours et 9 % plus de 90 jours après leur demande (figure 3.10).

Figure 3.10

Proportion de personnes selon le délai entre la demande et l'administration de l'AMM



Les proportions de personnes ayant reçu l'AMM moins de 10 jours et plus de 90 jours après la signature du formulaire de demande ont augmenté par rapport à l'année précédente, ce qui s'explique notamment par les changements concernant les mesures de sauvegarde apportés dans le Code criminel en mars 2021²¹.

En ce qui concerne les formulaires dans lesquels une raison est mentionnée pour expliquer que la personne a reçu l'AMM moins de 10 jours après sa demande formelle, notons la détérioration importante de la condition de la personne, voire l'imminence du décès dans certains cas, l'importance des souffrances, la crainte de perdre l'aptitude à consentir ou la demande exprime de la personne de recevoir l'AMM rapidement parce qu'elle est incapable de tolérer sa situation plus longtemps ou ne voit pas la pertinence d'attendre davantage. Dans plusieurs formulaires, le médecin ayant administré l'AMM a indiqué que la personne réfléchissait à l'AMM depuis un certain temps, mais a attendu une détérioration encore plus importante de son état avant d'en faire la demande formelle, ce qui explique que l'AMM ait été administrée rapidement.

Le 10 juin 2021, l'Assemblée nationale du Québec a adopté un amendement à la LCSFV permettant aux personnes en fin de vie jugées admissibles à l'AMM de consentir à recevoir l'AMM dans le cas où elles perdraient leur aptitude à consentir aux soins avant son administration. Plusieurs prestataires indiquent dans leurs formulaires de déclaration que ce consentement a été signé par la personne et certains spécifient s'il a été utilisé ou non.

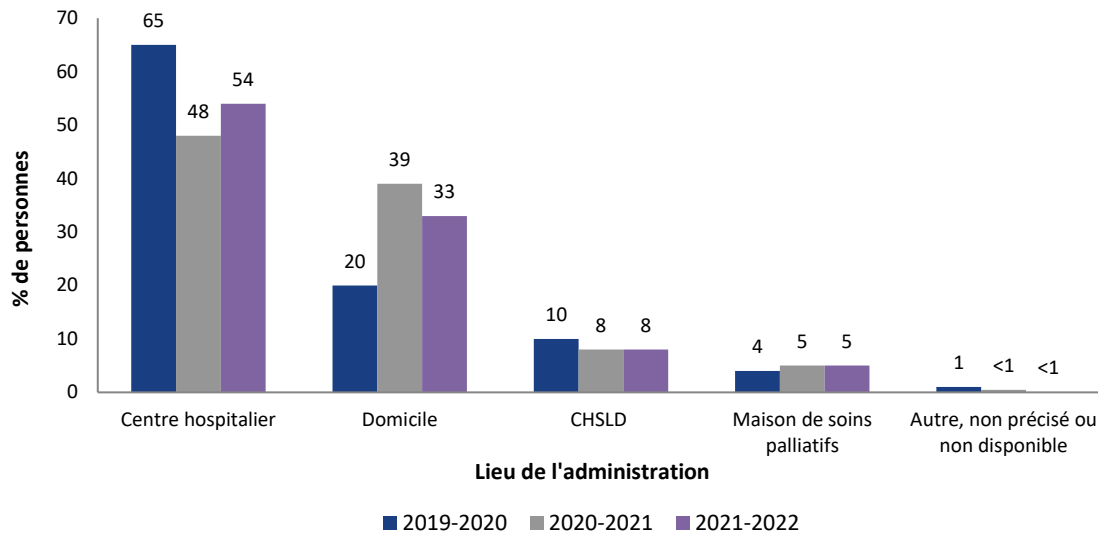
La proportion de formulaires faisant mention que la personne ait refusé ou demandé une diminution de sa médication dans le but de préserver son aptitude à consentir à l'AMM est passée de 25 % entre le 1^{er} avril et le 10 juin 2021, soit avant l'amendement permettant le consentement à l'AMM en cas de perte d'aptitude, à 14 % entre le 11 juin 2021 et le 31 mars 2022. La Commission a constaté que, dans certaines déclarations, le médecin ne semblait pas au courant de cette nouvelle disposition alors que dans d'autres situations, la personne tenait à demeurer le plus lucide possible jusqu'au moment de l'AMM, indépendamment de la possibilité de pouvoir consentir à l'avance à l'AMM en cas de perte d'aptitude.

Environ la moitié des AMM ont été administrées en centre hospitalier (54 %), alors que le tiers (33 %) l'ont été à domicile, 8 % en CHSLD et 5 % en maison de soins palliatifs (figure 3.11). La Commission constate une légère augmentation des AMM administrées en centre hospitalier et une légère diminution des AMM à domicile en 2021-2022 par rapport à 2020-2021. En effet, 48 % des AMM ont été administrées en centre hospitalier et 39 % à domicile en 2020-2021. L'augmentation importante des AMM à domicile en 2020-2021 avait été attribuée, entre autres, aux mesures sanitaires imposées en établissement pendant la pandémie de COVID-19, qui ont entraîné une baisse du nombre de visiteurs autorisés. Notons que les proportions d'AMM à domicile et en centre hospitalier n'ont pas atteint celles d'avant la pandémie de la COVID-19 au Québec.

²¹ D'une part, le délai minimal de 10 jours francs entre la demande et l'administration de l'AMM a été aboli pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. D'autre part, il doit s'écouler au moins 90 jours francs entre le jour où commence la première évaluation et celui où l'AMM est fournie pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, à moins d'un risque imminent de perte de la capacité de la personne à consentir à l'AMM.

Figure 3.11

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM selon le lieu de l'administration



3.2.4. Médecins impliqués dans l'administration de l'aide médicale à mourir

Selon les données préliminaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 1 418 médecins ont facturé des honoraires pour des actes divers relatifs à l'AMM en 2021-2022. Parmi ceux-ci, 648 ont administré au moins une AMM en 2021-2022. Le nombre de médecins ayant administré au moins une AMM a augmenté de 28 % en 2021-2022 par rapport à 2020-2021. La majorité des médecins impliqués dans l'AMM et des médecins qui ont administré l'AMM sont des omnipraticiens (85 %) et 15 %, des médecins spécialistes. La très grande majorité (82 %) des médecins qui ont administré l'AMM ont administré entre 1 et 5 AMM, ce qui représente environ 31 % de toutes les AMM facturées à la RAMQ. Environ 8 % des médecins ont administré entre 6 et 10 AMM, soit environ de 13 % de l'ensemble des AMM. Un peu plus de la moitié des AMM (environ 56 %) ont été administrées par 63 médecins qui ont fait plus de 10 AMM en 2021-2022.

4. DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

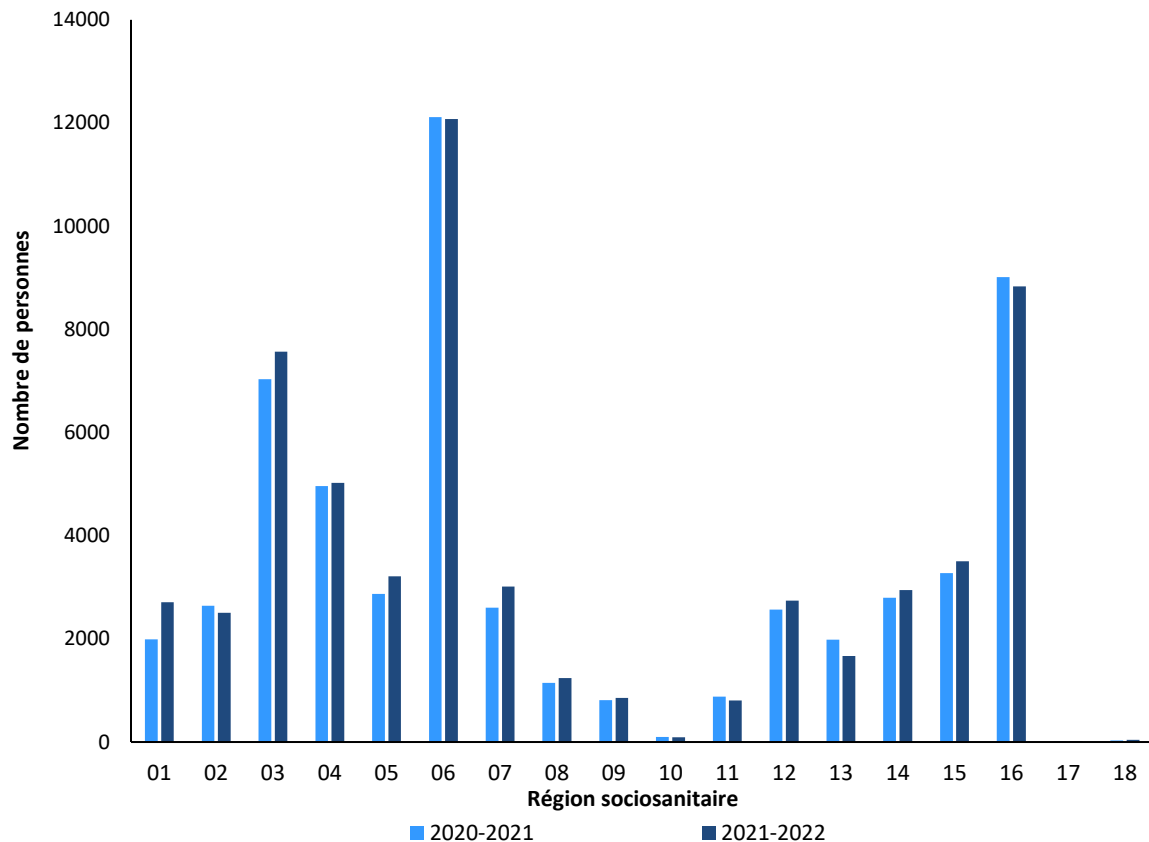
Cette section présente les données transmises à la Commission par les établissements dans les rapports portant sur l'application de leur politique concernant les soins de fin de vie ainsi que par le CMQ pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022. Les données brutes par établissement se trouvent à l'annexe C.

4.1. Soins palliatifs et de fin de vie

Selon les rapports des établissements, 58 846 personnes étaient en SPFV entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, alors que 56 833 personnes l'étaient entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021²². La figure 4.1 illustre le nombre de personnes en SPFV selon la région sociosanitaire.

Figure 4.1

Nombre déclaré de personnes en SPFV selon la région sociosanitaire



Comme l'illustre la figure 4.2, les proportions de personnes selon le lieu où elles ont reçu les SPFV sont exactement les mêmes pour les deux dernières années. Bien que la répartition soit variable d'une région à l'autre, cette tendance se dessine dans la grande majorité des régions (figure 4.3).

²² Ces données doivent être interprétées avec prudence compte tenu de la variabilité des sources rapportées. Elles ne représentent pas le nombre absolu de personnes qui ont reçu des SPFV puisqu'une même personne peut avoir reçu des SPFV dans plus d'un lieu de soins.

Figure 4.2

Proportion des personnes en SPFV selon le lieu de soins

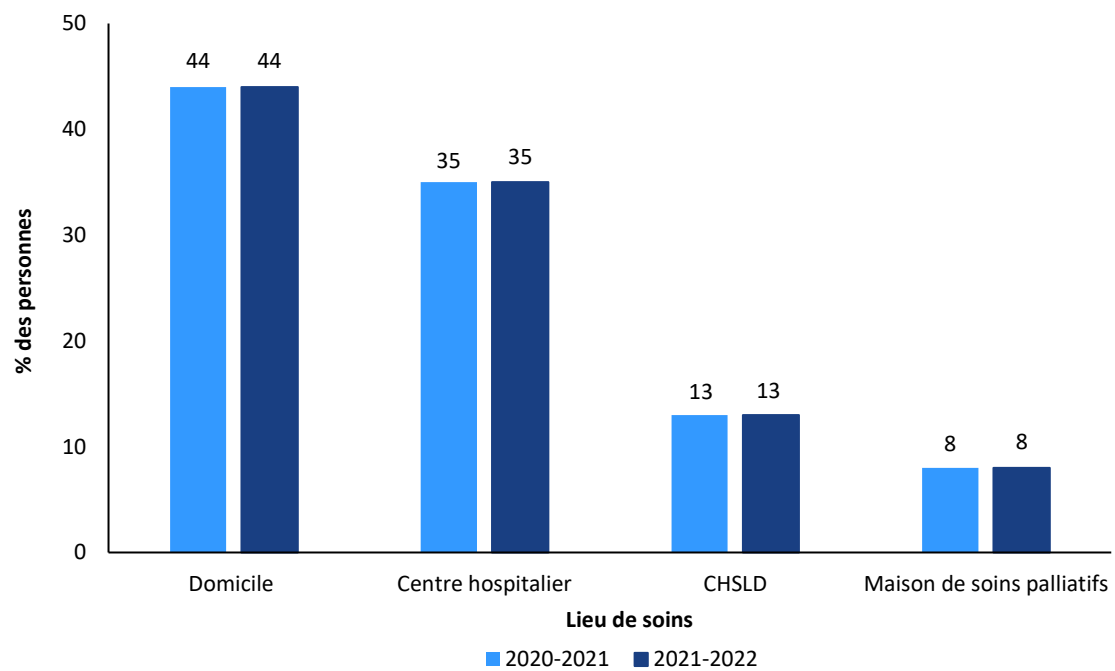
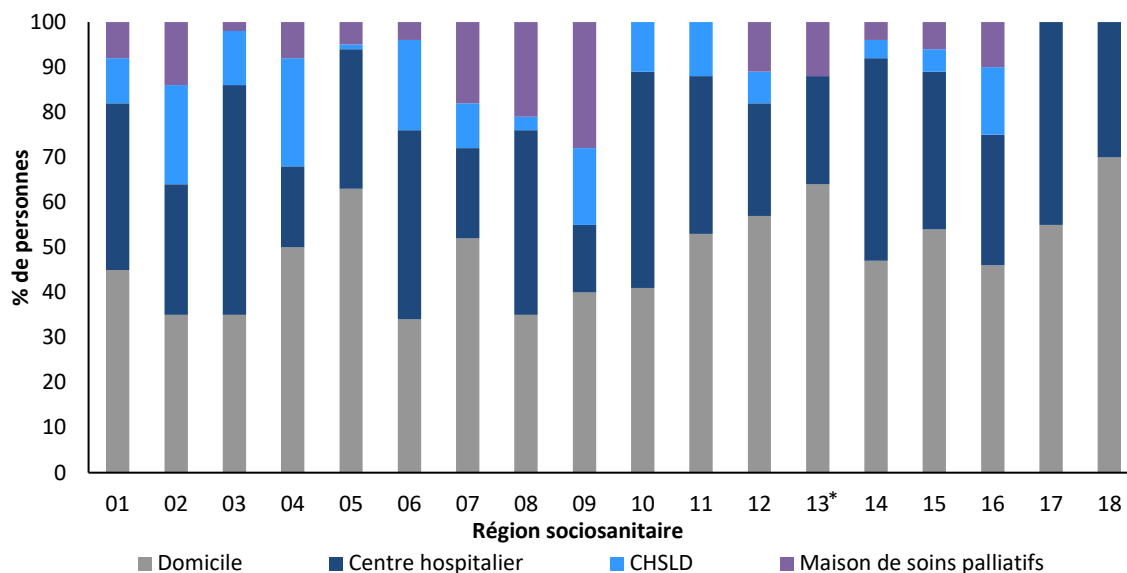


Figure 4.3

Proportion des personnes en SPFV selon le lieu de soins par région sociosanitaire

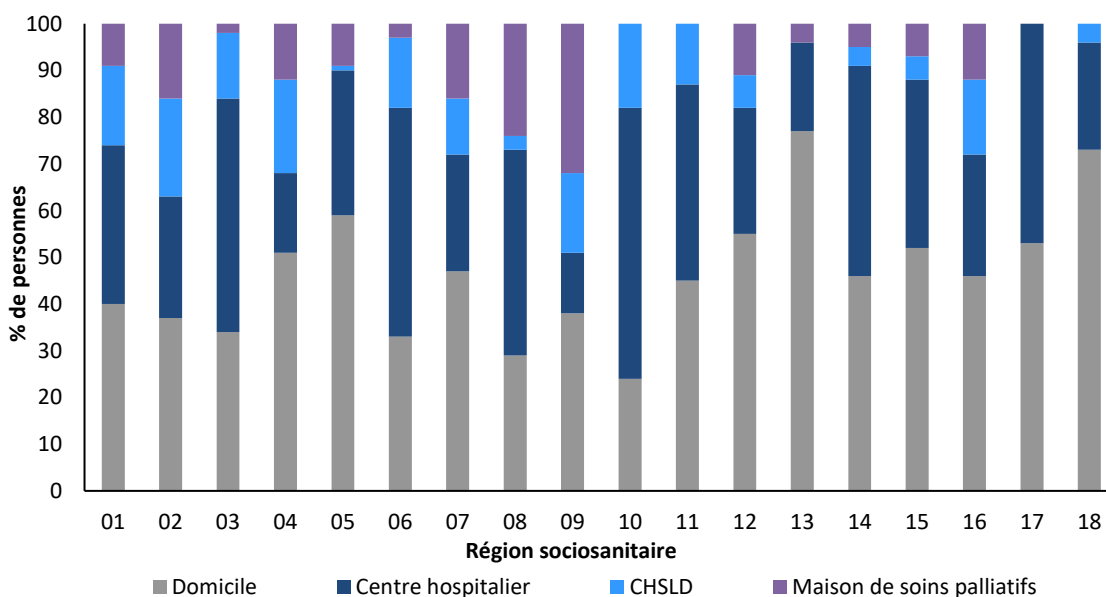
A – Entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021



* Le nombre de personnes en SPFV en centre hospitalier et en CHSLD a été fusionné dans le rapport transmis par l'établissement.

Note : La Commission a reçu les rapports de la région 17 après la rédaction du rapport annuel d'activités 2020-2021. Ces derniers ont été ajoutés dans le présent rapport.

B – Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

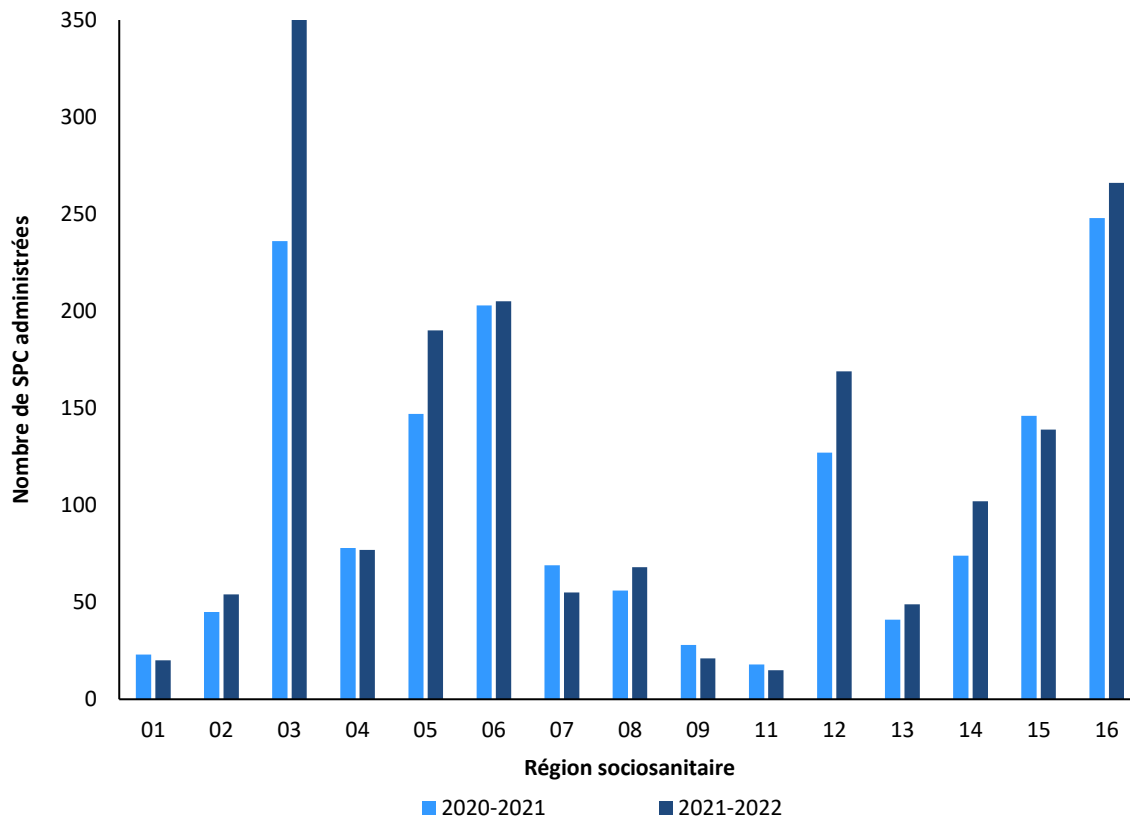


4.2. Sédation palliative continue

Selon les rapports des établissements et du CMQ, un total de 1 838 SPC administrées ont été déclarées entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, ce qui correspond à une augmentation de 19 % comparativement à l'année 2020-2021. Comme l'indique la figure 4.4, le nombre de SPC administrées varie selon la région sociosanitaire.

Figure 4.4

Nombre déclaré de SPC administrées selon la région sociosanitaire



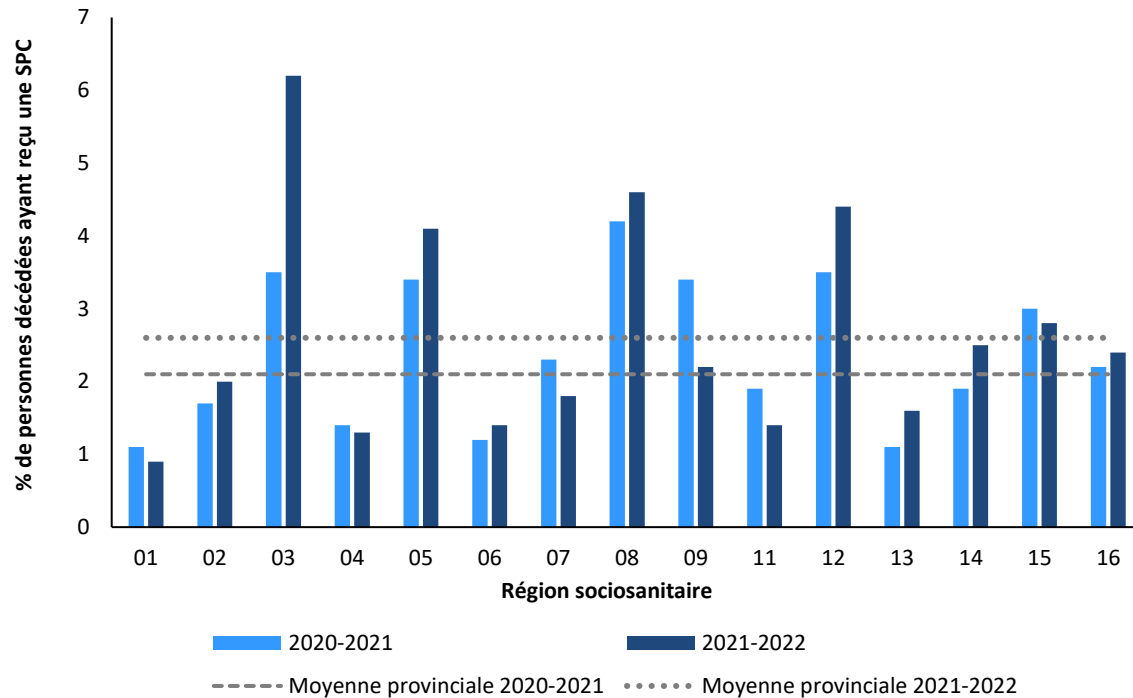
Note : Le nombre de SPC administrées pour les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 SPC).

En utilisant les données de l'ISQ relatives au nombre total de décès sur le territoire québécois, on constate que des SPC ont été administrées dans 2,6 % du nombre total de décès survenus au Québec entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, alors qu'elles l'étaient dans 2,1 % du nombre de décès survenus au cours de l'année 2020-2021. La figure 4.5 présente la proportion de décès après une SPC selon la région sociosanitaire²³. On y constate que certaines régions ont un nombre de SPC déclarées plus élevé que d'autres régions comptant une population nettement plus importante. Malgré l'augmentation de 19 % du nombre déclaré de SPC administrées pour la province, il est possible que les SPC soient sous-déclarées dans certains établissements et certaines régions.

²³ Données provisoires transmises par le MSSS à partir des données de l'ISQ sur le nombre de décès par région sociosanitaire. La région de certains décès est inconnue. À noter que la région du décès est la région de résidence de la personne alors que la région attribuée à la SPC est celle où le soin a été administré.

Figure 4.5

Proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC selon la région sociosanitaire



Note : La proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC pour les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiquée afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 SPC).

4.3. Aide médicale à mourir

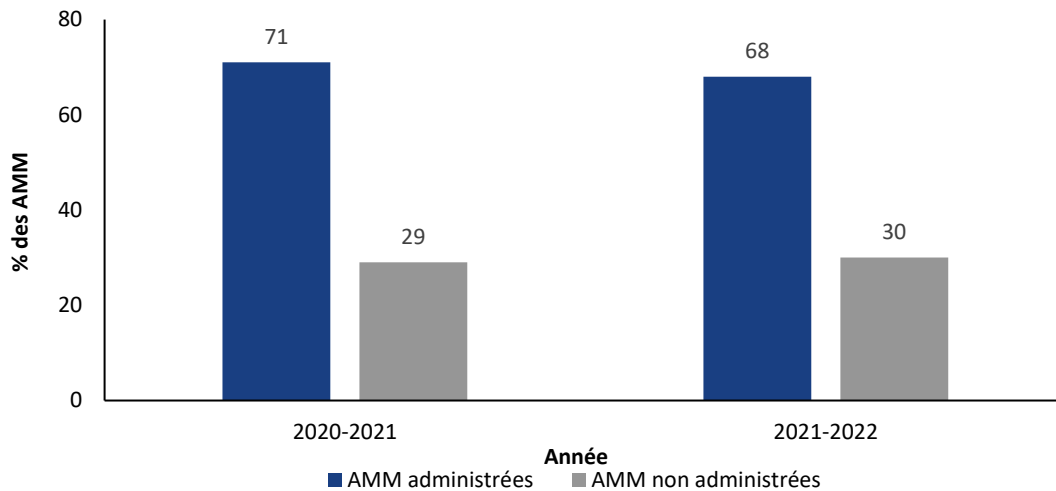
Selon les rapports des établissements²⁴, 5 321 demandes d'AMM ont été formulées entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. Il s'agit d'une augmentation de 56 % du nombre de demandes formulées comparativement à l'année 2020-2021. Au total, 68 % des demandes d'AMM formulées ont été administrées (n = 3 629)²⁵ et 30 % n'ont pas été administrées (n = 1 614). Malgré une hausse considérable en termes de nombres, la Commission constate que les proportions provinciales des demandes formulées, administrées et non administrées demeurent les mêmes que celles de l'année précédente (figure 4.6).

²⁴ Le CMQ reçoit les déclarations des AMM administrées par les médecins exerçant leur profession dans un cabinet privé de professionnels; il ne reçoit pas les informations relatives aux demandes d'AMM formulées et aux AMM non administrées.

²⁵ Ce nombre n'inclut pas les 323 AMM administrées au cours de l'année 2021-2022 déclarées par le CMQ. La Commission constate que le nombre total d'AMM déclarées par les établissements et le CMQ est différent du nombre d'AMM déclarées à la Commission. Cela s'explique en partie par le fait que certaines AMM ont été déclarées en double au CMQ et à un établissement. La Commission fera les vérifications nécessaires.

Figure 4.6

Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées



Note : La somme des AMM administrées et non administrées ne correspond pas au nombre de demandes d'AMM déclaré par les établissements. La somme des proportions n'atteint donc pas 100 %, plus spécifiquement pour l'année 2021-2022.

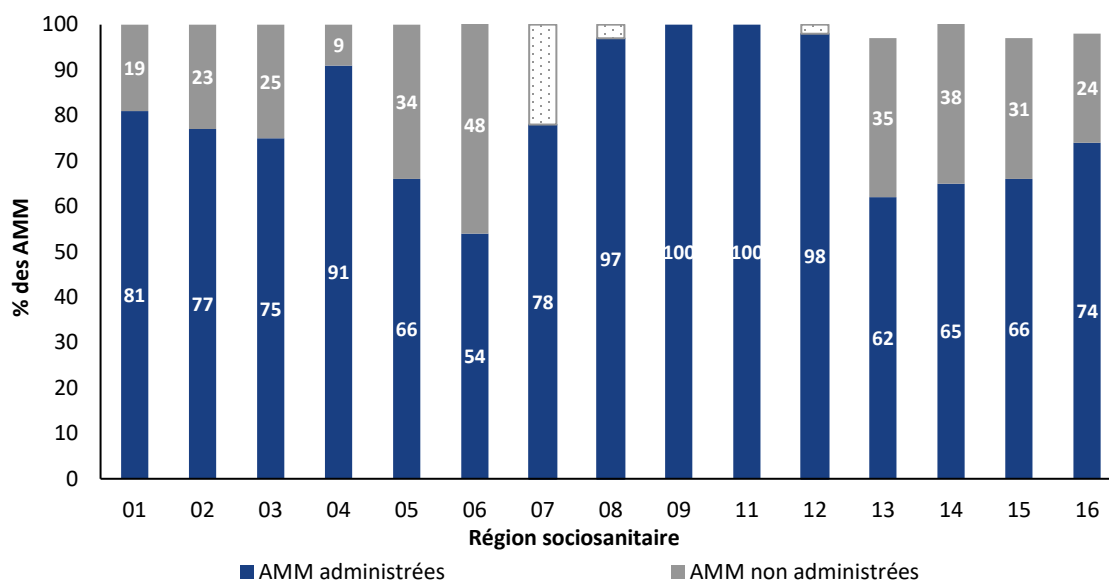
La figure 4.7 illustre la proportion des AMM administrées et des AMM non administrées selon la région sociosanitaire. À la lumière des informations transmises, il semble que le suivi et la compilation des demandes d'AMM formulées ne soient pas faits de façon systématique dans tous les établissements²⁶. La Commission n'est pas en mesure de vérifier ces données. À l'instar des proportions provinciales, la Commission constate que les proportions des demandes formulées, administrées et non administrées demeurent similaires comparativement à l'année précédente.

²⁶ Ceci pourrait expliquer en partie les proportions d'AMM administrées plus élevées dans certains établissements et certaines régions. La Commission a également été informée que l'admissibilité de la personne à l'AMM est parfois évaluée avant de faire signer le formulaire de demande, ce qui peut expliquer la plus faible proportion d'AMM non administrées dans certains établissements et certaines régions.

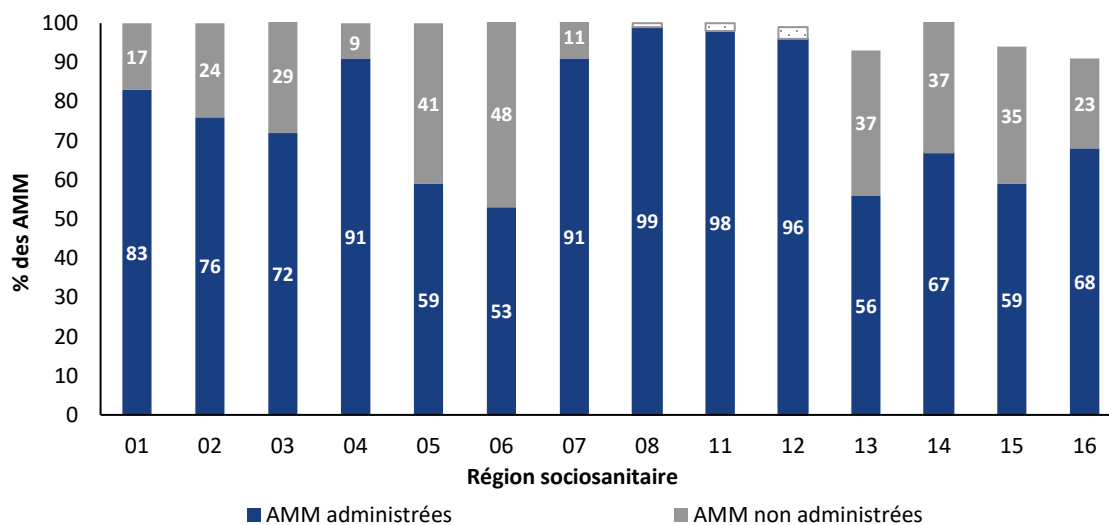
Figure 4.7

Proportion des AMM administrées et non administrées par rapport au nombre de demandes formulées selon la région sociosanitaire

A – Entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021



B – Entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022



Note : Pour l'année 2021-2022, la proportion des AMM administrées et non administrées n'est pas indiquée pour la région 9 puisque le nombre de demandes d'AMM formulées et non administrées n'est pas disponible. Les proportions pour les régions 10, 17 et 18 ne sont pas indiquées afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 AMM). Pour cette même raison, la proportion des AMM non administrées est illustrée à l'aide de pointillés lorsque le nombre transmis à la Commission est < 10. La somme des AMM administrées et non administrées ne correspond pas toujours au nombre de demandes d'AMM formulées déclaré par les établissements. Par conséquent, la somme des proportions parfois dépasse ou n'atteint pas 100 %.

Pour l'année 2021-2022, les principaux motifs de non-administration de l'AMM déclarés par les établissements sont, soit que la personne est décédée avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM (34 %), soit qu'elle ne répondait pas ou ne répondait plus aux critères d'admissibilité à l'AMM prescrits par la LCSFV (22 %), soit qu'elle a retiré sa demande (18 %), soit que la demande d'AMM était en cours d'évaluation ou de processus au 31 mars 2022 (17 %) (tableau 4.1).

Tableau 4.1

Nombre de demandes d'AMM non administrées selon le motif déclaré par les établissements

Motif de la non-administration	Nombre de demandes d'AMM	
	2020-2021	2021-2022
La personne est décédée avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM	334 (34 %)	523 (34 %)
La personne ne répondait pas ou plus aux critères d'admissibilité ^a	324 (33 %)	336 (22 %)
La personne a retiré sa demande	169 (17 %)	277 (18 %)
La demande était en cours d'évaluation ou de processus	74 (7 %)	255 (17 %)
Une autre option de traitement a été privilégiée	17 (2 %)	105 (7 %)
La personne est retournée à domicile ou a été transférée en maison de soins palliatifs ou dans un autre centre hospitalier ^b	47 (5 %)	22 (1 %)
Autre motif ^c	25 (2 %)	7 (1 %)
Total	990 (100 %)	1 525 (100 %)^d

^a Depuis le 11 juin 2021, une personne en fin de vie qui satisfait à toutes les conditions pour obtenir l'AMM peut la recevoir même si elle est devenue inapte à consentir aux soins. Elle doit préalablement avoir consenti aux soins par écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédant l'administration de l'AMM. Ce qui peut expliquer une baisse de la proportion de ce motif qui est passée de 33 % à 22 % en un an.

^b Les renseignements transmis à la Commission ne permettent pas de savoir ce qu'il est advenu de ces demandes puisqu'elles n'ont pas été rapportées par un autre établissement et n'ont pas été administrées.

^c Pour l'année 2020-2021, les autres motifs sont les suivants : en attente de choix d'une date par la personne (n=2) et autres motifs, sans autre précision (n=23). En ce qui concerne l'année 2021-2022, les établissements n'ont apporté aucune précision quant aux autres motifs (n=7).

^d La somme des motifs de non-administration (n=1 525) ne correspond pas au nombre d'AMM non-administrées (n=1 614) déclaré par les établissements.

Note : Pour l'année 2021-2022, les motifs de non-administration de certains établissements ne sont pas disponibles.

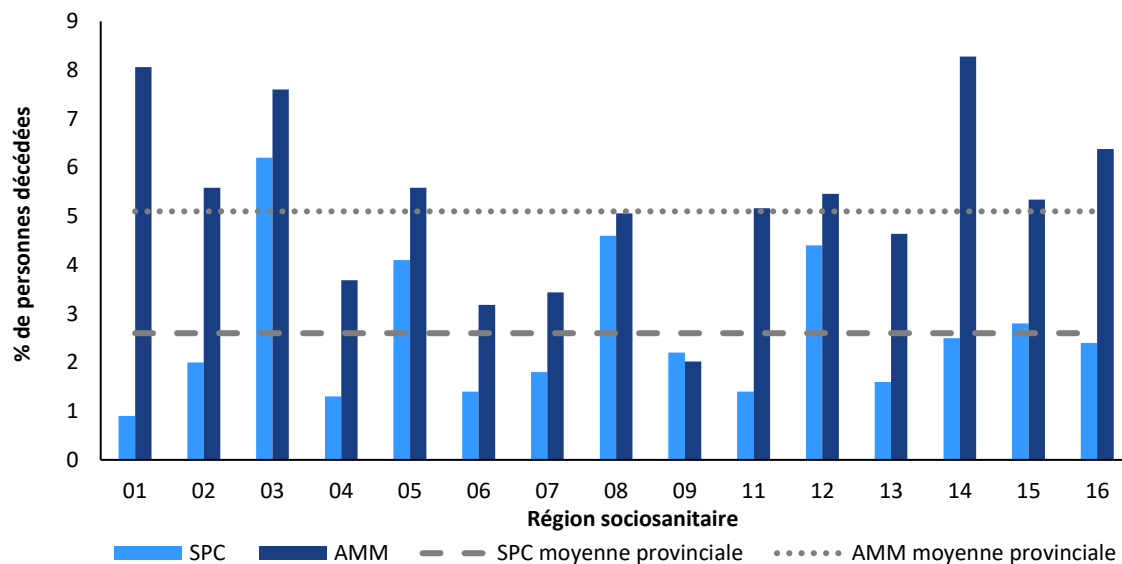
4.4. Sédation palliative continue et aide médicale à mourir

La SPC et l'AMM sont deux soins ultimes pour soulager les souffrances inapaisables de la personne, soit en la rendant inconsciente de façon continue dans ses derniers jours jusqu'à son décès (SPC), soit en entraînant son décès (AMM).

En 2021-2022, la proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC a été de 2,6 % pour l'ensemble du Québec et la proportion de décès par AMM a été de 5,1 %. C'est donc un peu moins de 8 % des Québécois qui sont décédés à la suite d'une SPC ou d'une AMM. Le nombre de SPC et d'AMM administrées varient d'une région à l'autre. La figure 4.8 présente la proportion de décès après une SPC et une AMM selon la région sociosanitaire.

Figure 4.8

Proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC ou une AMM selon la région sociosanitaire



Note : Le nombre de SPC administrées et déclarées par les établissements et le CMQ a été utilisé pour calculer la proportion de décès après une SPC. Le nombre d'AMM administrées selon les formulaires de déclaration reçus à la Commission a été utilisé pour calculer la proportion de décès par AMM puisque le nombre d'AMM déclaré par les établissements et le CMQ est surestimé (des AMM sont déclarées en double à un établissement et au CMQ). La proportion de décès n'est pas indiquée pour les régions 10, 17 et 18 afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9).

5. CONSTATS ET PRÉOCCUPATIONS

Au cours de l'année 2021-2022, la Commission a consolidé ses liens avec le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec différents partenaires concernés par les soins palliatifs et de fin de vie. En ce qui a trait à l'AMM, l'essentiel de ses activités a porté sur la vérification du respect des exigences relatives à l'AMM et sur les réflexions concernant l'élargissement des conditions d'admissibilité à l'AMM. Les principaux constats de la Commission qui découlent des activités réalisées au cours de la dernière année sont les suivants :

Concernant l'aide médicale à mourir

- Le nombre de demandes formelles d'AMM en 2021-2022 a augmenté de 56 % comparativement à l'année 2020-2021.
- Le nombre d'AMM administrées a augmenté de 51 %.
- Les décès par AMM ont représenté 5,1 % du nombre total de décès survenus au Québec entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022, comparativement à 3,3 % pour l'année 2020-2021.
- Le nombre d'AMM administrées est toujours en croissance depuis l'entrée en vigueur de la Loi. En date du 31 mars 2022, 10 786 personnes ont reçu l'AMM au Québec. C'est plus par million de population que l'Ontario, le Canada et la Belgique. La Commission s'interroge sur les raisons sous-jacentes à cette tendance.
- La presque totalité des AMM a été administrée conformément aux exigences de la LCSFV.
- Comme par les années passées, la grande majorité des personnes qui ont reçu l'AMM étaient âgées de 60 ans et plus. Cependant, la proportion des aînés augmente chaque année.
- Même si la maladie grave et incurable motivant la demande d'AMM a légèrement changé, le cancer représente encore la majorité (66 %) des AMM. Le pronostic vital reste majoritairement à un an ou moins et les souffrances sont à la fois physiques et psychiques.
- Les maladies graves et incurables à l'origine d'une demande d'AMM sont de plus en plus variées et soulèvent plus de question concernant l'admissibilité.
- Environ la moitié des AMM ont été administrées en centre hospitalier (54 %), alors que 33 % l'ont été à domicile, 8 % en CHSLD et 5 % en maison de soins palliatifs. Comme pour les soins palliatifs, la Commission est d'avis que l'AMM devrait être administrée au lieu choisi par la personne.
- Les proportions des AMM administrées et des AMM non administrées ont été respectivement de 68 % et 30 % pour l'année 2021-2022 et de 71 % et 29 % pour l'année 2020-2021. Ces proportions varient selon les régions et selon les établissements.
- Les principaux motifs de la non-administration de l'AMM déclarés par les établissements sont le décès avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM, la non-satisfaction aux critères d'admissibilité à l'AMM et le retrait de la demande.
- Selon les commentaires de plusieurs médecins, soignants et intervenants impliqués dans l'AMM, la Commission constate la difficulté d'application sur le terrain en lien avec la coexistence de deux lois.

Concernant la sédation palliative continue

- Le nombre déclaré de SPC administrées au cours de l'année 2021-2022 a augmenté de 19 % comparativement à l'année 2020-2021 et représente maintenant 2,6 % du nombre total de décès survenus au Québec en 2021-2022.

Concernant les soins palliatifs et de fin de vie

- Même si les proportions des personnes qui ont reçu des SPFV selon les lieux de soins sont sensiblement les mêmes pour les années 2020-2021 et 2021-2022, la Commission appuie le plan d'action ministériel, notamment l'objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes en SPFV dans le respect de leur choix.
- La Commission constate que la population québécoise, dans sa diversité tant culturelle, linguistique que régionale, a besoin d'information concernant les SPFV en général, l'AMM et les diverses formes d'expression des volontés. Les soignants et les intervenants du réseau ont également besoin d'information et d'accompagnement concernant les changements législatifs relativement à l'AMM et l'évaluation de demandes d'AMM complexes.

6. PERSPECTIVES

Bien que le texte suivant dépasse le cadre du présent rapport d'activités pour l'année 2021-2022, la Commission croit nécessaire et pertinent au débat actuel sur l'AMM de faire part de certains constats et d'en faire ressortir quelques perspectives.

Projet de loi 38 modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives

Le 25 mai 2022, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait à l'Assemblée nationale le projet de loi 38 modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives²⁷. Le projet de loi a principalement pour objectif de modifier la Loi en matière d'admissibilité à l'AMM. Plus particulièrement, le projet de loi introduit les demandes anticipées d'AMM pour les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins et permet aux IPS d'administrer la sédation palliative continue et l'AMM. Le projet de loi donne en outre à la Commission la fonction de surveiller l'application des exigences particulières à une demande anticipée d'AMM, ainsi qu'aux demandes d'AMM formulées qui n'ont pas été administrées.

La Commission appuie le projet de loi déposé. Dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques du projet de loi, la Commission a présenté un mémoire afin de partager son expérience riche et unique de l'examen de plus de 10 000 AMM administrées et de faire part de ses observations et recommandations concernant les propositions de modifications législatives de la loi de 2014²⁸.

- La Commission appuie la proposition de modification à la Loi qui vise à autoriser les IPS d'évaluer une demande pour une sédation palliative continue et de l'administrer dans le respect des critères et guides d'exercice en vigueur.
- La Commission appuie la proposition de modification à la Loi qui vise à autoriser les IPS à évaluer une demande d'AMM, de donner le deuxième avis concernant le respect des conditions d'admissibilité à l'AMM et d'administrer l'AMM dans le respect des critères et des guides d'exercice en vigueur au Québec.
- La Commission appuie la proposition de modification à la Loi à l'effet que les maisons de soins palliatifs ne puissent exclure l'AMM des soins qu'elles offrent que si elles y sont autorisées par le ministre.
- La Commission appuie les propositions de modification de la Loi permettant aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins de formuler une demande anticipée d'AMM afin qu'elles puissent bénéficier de l'AMM une fois devenues incapables.

²⁷ Projet de loi no 38 - Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, Assemblée nationale du Québec, Deuxième session, Quarante-deuxième législature, Québec : Assemblée nationale du Québec, 2022, 20 p. [\[En ligne\]](#)

²⁸ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Mémoire présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques de la Commission de la santé et des services sociaux pour l'étude du projet de loi 38 - Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*, Québec : Assemblée nationale du Québec, 2022, 7 p. [\[En ligne\]](#)

- La Commission recommande que les balises et les mesures d'évaluation d'une demande anticipée d'AMM soient définies par des lignes directrices élaborées par les ordres professionnels concernés et que les formations pertinentes soient accessibles pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux impliqués.
- La Commission accueille favorablement les propositions de modifications à la Loi augmentant de onze à treize le nombre de membres y siégeant et élargissant son mandat de surveillance de l'évolution des soins palliatifs et de fin de vie au Québec.

La Commission comprend le retrait de l'élargissement de l'accès à l'AMM aux personnes en situation de handicap parce que le mot handicap réfère à une kyrielle de conditions physiques, psychiques et intellectuelles qui ne sont pas et qui ne seront pas concernées par l'AMM au Québec. Cependant, le déficit neuromoteur spécifique de certaines personnes pourrait être assimilé à une maladie grave et incurable.

7. CONCLUSION

Le présent rapport de la Commission fait état des activités réalisées au cours de la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022 ainsi que des données reçues des établissements publics de santé et de services sociaux concernant les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV), la sédation palliative continue (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM).

Selon les données reçues de la part des établissements, le nombre de personnes en SPFV est demeuré relativement stable par rapport à l'année précédente alors qu'un accroissement des soins palliatifs est souhaité, notamment à domicile. À cet effet, les orientations et actions décrites au Plan d'action 2020-2025 du MSSS visent un accès équitable à des SPFV de qualité. En ce qui concerne la SPC, environ 2,6 % des personnes décédées au Québec ont reçu une SPC. Cette proportion continue d'augmenter d'année en année.

En ce qui concerne l'AMM, la Commission reçoit les données des établissements sur le nombre d'AMM demandées, administrées et non administrées. Selon ces données, environ un tiers des demandes d'AMM n'ont pas été administrées en 2021-2022. De plus, la Commission examine toutes les déclarations qui lui sont transmises, ce qui lui permet de suivre l'évolution des AMM administrées en « temps réel ».

La Commission a le devoir d'assurer à la population que l'AMM est administrée conformément aux exigences de la Loi, dont les conditions d'admissibilité et les mesures de sauvegarde ont été déterminées après avoir fait l'objet d'un débat social. En 2021-2022, 99 % des AMM administrées étaient conformes à la Loi. Bien que plus nombreuses, les AMM sont donc administrées dans les limites établies par la Loi.

La Commission constate que le nombre d'AMM administrées a augmenté de 51 % par rapport à la période précédente. Le nombre de déclarations reçues depuis le 1^{er} avril 2022 montre que cette tendance persiste. La Commission observe une augmentation de l'âge moyen ainsi que de la proportion de personnes âgées de 70 ans et plus qui ont reçu l'AMM depuis l'entrée en vigueur de la Loi. Les données indiquent que les proportions d'AMM selon les grandes catégories diagnostiques n'ont pas changé de façon significative depuis l'entrée en vigueur de la Loi. Ce n'est donc pas un profil diagnostic en particulier qui est associé à la hausse du nombre d'AMM administrées.

Les résumés cliniques rédigés par les médecins dans leurs déclarations indiquent que l'AMM n'est pas un choix que la personne fait par défaut au Québec. Il est fréquemment mentionné que la personne recevait des soins palliatifs ou que ceux-ci avaient été proposés, particulièrement pour les personnes atteintes de cancer. Les données dont la Commission dispose ne permettent toutefois pas de vérifier la qualité des soins offerts ni si ceux-ci étaient suffisants et offerts au bon moment pour répondre aux besoins de la personne. Par ailleurs, la Commission se questionne sur l'offre et l'accès aux soins palliatifs des personnes atteintes de maladies graves et incurables autres que le cancer.

La Commission constate une demande de la société en faveur de l'ouverture des critères d'admissibilité de l'AMM à des maladies graves et incurables dont la mise en œuvre présentera des défis importants de protection des personnes vulnérables. Ainsi, le législateur envisage de permettre aux personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur de demander, alors qu'elles sont aptes à y consentir, à recevoir l'AMM alors qu'elles seront devenues incapables. La question de l'accès à l'AMM aux personnes dont la maladie grave et incurable est un trouble mental

n'échappera pas au débat alors que le gouvernement fédéral conclura en mars 2023 sur ce sujet. Par ailleurs, l'administration de l'AMM aux personnes très âgées qui ont plusieurs problèmes de santé reliés à l'âge, mais aucune maladie grave et incurable clairement identifiée suscite des questions et des réflexions.

Quoi qu'il en soit, les soins palliatifs représentent la base des soins de fin de vie. L'AMM se révèle être une option supplémentaire dans l'offre de soins de fin de vie pour répondre, dans certaines circonstances particulières, à un besoin de la personne atteinte d'une maladie grave et incurable et dont les souffrances sont constantes, intolérables et inapaisables.

Au départ, introduite comme un soin d'exception, l'AMM est en augmentation au Québec. Pour l'heure, le nombre d'AMM observé semble témoigner de l'acceptation sociale croissante de ce soin. Les Québécois y ont recours davantage que dans les autres provinces du Canada et des autres pays où elle est permise depuis longtemps, comme en Belgique et aux Pays-Bas. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le nombre et le taux de décès par AMM plus élevé au Québec, entres autres la culture, les valeurs ainsi que le choix d'en avoir fait un « soin médical », à la différence de la Belgique et des Pays-Bas où il est question d'euthanasie. Des études sont nécessaires afin d'être en mesure de mieux expliquer le phénomène.

Les changements importants survenus dans les dernières années quant à la façon dont les Québécois abordent la mort et la façon dont ils souhaitent mourir suscitent des réflexions importantes. Des débats collectifs devront être menés pour déterminer jusqu'où la population québécoise souhaite élargir l'accès à l'AMM et réfléchir aux impacts de cette transformation du mourir sur notre société.

8. ÉTATS FINANCIERS

Résultats cumulatifs du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

	2020-2021	2021-2022
	\$	\$
Revenu		
Solde (au 1 ^{er} avril)	(3 118)	107 038
Gouvernement du Québec	925 300	937 600
Revenus 2021-2022	3 118	
	925 300	1 044 638
Charges		
Traitements et avantages sociaux	421 581	575 133
Honoraires des membres	217 815	292 868
Frais de réunion	693	6 610
Informatique	11 500	4 116
Papeterie, impression et frais de bureau	391	1 200
Frais de déplacement employés	-	4 046
Frais de formation, congrès et représentation	1 282	2 499
Frais de location d'espace et de soutien administratif	165 000	165 000
	818 262	1 051 472
Excédent (déficit) de l'exercice	107 038	(6 834)

ANNEXE A

DISPOSITIONS DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE PORTANT SUR LES EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

CHAPITRE IV²⁹

EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À CERTAINS SOINS DE FIN DE VIE

[...]

SECTION II

AIDE MÉDICALE À MOURIR

26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

- 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;
- 3° elle est en fin de vie (cette condition ne s'applique plus);
- 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.

[...]

29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :

- 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :
 - a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
 - b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
 - c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
 - d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
 - e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- 2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- 3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

²⁹ Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001. [\[En ligne\]](#)

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.

Lorsqu'une personne en fin de vie est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande, le médecin peut tout de même lui administrer l'aide médicale à mourir pourvu qu'alors qu'elle était en fin de vie et avant qu'elle ne soit devenue inapte à consentir aux soins :

1° toutes les conditions prévues au premier alinéa avaient été satisfaites;

2° elle avait consenti, par écrit et en présence d'un professionnel de la santé, dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir, à la recevoir même si elle perdait son aptitude à consentir aux soins avant son administration.

Tout refus de recevoir l'aide médicale à mourir manifesté par une personne visée à l'alinéa précédent doit être respecté et il ne peut d'aucune manière y être passé outre.

ANNEXE B

DONNÉES DE LA COMMISSION CONCERNANT LES AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES EN 2021-2022

Tableau B1

Caractéristiques des personnes qui ont reçu l'AMM

Sexe	Nombre	%
Homme	1 971	54
Femme	1 692	46
Total	3 663	100
Âge	Nombre	%
Groupe d'âge (ans)		
18-29	3	< 1
30-39	13	< 1
40-49	49	1
50-59	203	6
60-69	733	20
70-79	1 316	36
80-89	1 017	28
90-99	322	9
100 et plus	6	< 1
Manquant ^a	1	< 1
Total	3 663	100
Âge moyen	75 ans	
Diagnostic principal	Nombre	%
Cancer	2 400	66
Maladie neurodégénérative ou neurologique ^b	367	10
Maladie cardiaque ou vasculaire	274	7
Maladie pulmonaire	262	7
Polypathologie ou plus d'un diagnostic principal ^c	152	4
Autre ^d	208	6
Total	3 663	100
Pronostic vital ^e	Nombre	%
2 semaines ou moins	463	13
1 mois ou moins	779	21
3 mois ou moins	1 131	31
6 mois ou moins	426	11
1 an ou moins	281	8
2 ans ou moins	52	1
Fin de vie ^f	359	10
Plus d'un an / Pas en fin de vie ^g	172	5
Total	3 663	100

^a Les renseignements transmis au formulaire de déclaration démontrent que la personne était majeure.

^b Les maladies neurodégénératives les plus fréquentes sont la maladie de Parkinson et les autres syndromes parkinsoniens (p. ex. paralysie supranucléaire progressive, atrophie multisystématisée, dégénérescence cortico-basale) et la sclérose latérale amyotrophique. Parmi les autres maladies neurodégénératives ou neurologiques les plus fréquentes, notons la sclérose en plaques, les troubles neurocognitifs majeurs et différents types de dystrophie.

^c Deux pour cent (2 %) des personnes étaient atteintes de plus d'une maladie grave et incurable, sans qu'il soit possible de déterminer laquelle avait contribué davantage à la demande d'AMM et pour la même proportion (2 %), une combinaison de plusieurs maladies les rendaient admissibles à l'AMM (polypathologie).

^d Les autres diagnostics principaux incluent, entre autres, des maladies rénales, digestives, musculosquelettiques, inflammatoires, endocriniennes et infectieuses.

^e Les catégories sont mutuellement exclusives. Lorsque le pronostic est exprimé à l'aide d'un intervalle temporel, la limite supérieure a été utilisée. Le formulaire de déclaration ne permet pas de savoir si le pronostic vital indiqué est celui au moment de la demande, de l'évaluation ou de l'administration de l'AMM.

^f Dans la plupart des cas, les pronostics vitaux indiqués variaient de quelques jours à quelques mois, sans qu'il soit possible de les préciser davantage.

^g Inclut les pronostics estimés à « plus d'un an » et « plus de 18 mois » sans autre précision, les pronostics de deux ans ou plus, et les pronostics non précisés en termes de temps, mais pour lesquels le médecin considérait que la personne n'était pas en fin de vie.

Tableau B2

Type de souffrance des personnes qui ont reçu l'AMM

Type de souffrance	Nombre	%
Physique et psychique	3 492	95
Psychique	170	5
Physique	1	< 1
Total	3 663	100

Note : Les souffrances rapportées sont celles indiquées au formulaire de déclaration rempli par le médecin qui a administré l'AMM. Il est possible qu'une personne ait pu présenter des souffrances qui n'ont pas été consignées dans le formulaire.

Tableau B3

Souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM

Souffrances ^a	Nombre	% ^b
Perte de capacité à effectuer les activités qui donnent du sens à la vie	3 538	98
Perte de capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne	3 389	94
Perte de la dignité	2 814	78
Contrôle inadéquat de symptômes autres que la douleur ou préoccupations à ce sujet	2 156	60
Contrôle inadéquat de la douleur ou préoccupations à ce sujet	2 017	56
Fardeau perçu sur la famille, les amis ou les soignants	1 700	47
Perte de contrôle des fonctions corporelles	1 364	38
Isolement ou solitude	824	23
Autre	132	4

^a Choix de réponse inclus dans le formulaire de déclaration électronique.

^b Pourcentage de formulaires comprenant les choix de réponse (n=3 608) pour lequel chaque réponse est indiquée. La majorité des formulaires contiennent plus d'une réponse à cette question.

Tableau B4

Raisons pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables pour les personnes qui ont reçu l'AMM

Raisons ^a	Nombre	% ^b
Traitements jugés inefficaces	2 500	69
Aucun traitement	1 176	33
Refus de traitement	979	27
Effets secondaires inacceptables	708	20
Autre	190	5

^a Choix de réponse inclus dans le formulaire de déclaration électronique.

^b Pourcentage de formulaires comprenant ces choix de réponse (n=3 608) pour lequel chaque réponse est indiquée. La majorité des formulaires contiennent plus d'une réponse à cette question.

Tableau B5

Délai entre la demande et l'administration de l'AMM pour les AMM administrées

Délai	Nombre	%
Moins de 10 jours	1 840	50
10 à 30 jours	1 044	29
31 à 60 jours	321	9
61 à 90 jours	125	3
Plus de 90 jours	333	9
Total	3 663	100
Moyenne (jours)	26	
Écart type (jours)	47	
Médiane (jours)	9	

Tableau B6

Nombre et proportion d'AMM selon le lieu de l'administration de l'AMM

Lieu	Nombre	%
Centre hospitalier	1 966	54
Domicile	1 204	33
CHSLD	292	8
Maison de soins palliatifs*	198	5
Autre, non précisé, non disponible	3	< 1
Total	3 663	100

*La Commission a constaté qu'il est parfois indiqué que l'AMM a eu lieu en maison de soins palliatifs alors qu'elle a été administrée dans une unité de soins palliatifs d'un centre hospitalier ou d'un CHSLD.

ANNEXE C

DONNÉES DES RAPPORTS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC CONCERNANT LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE POUR 2021-2022

Tableau C1. Nombre de personnes en SPFV par établissement selon le lieu de soins entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021

Région	Établissement	Domicile	Centre hospitalier	CHSLD	Maison de soins palliatifs	Total
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	890 (45 %)	740 (37 %)	20 (10 %)	152 (8 %)	1 990
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	926 (35 %)	759 (29 %)	586 (22 %)	370 (14 %)	2 641
03	CHU de Québec – Université Laval	-	2 378 (100 %)	-	-	2 378
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale ^a	2 455 (60 %)	685 (16 %)	850 (21 %)	113 (3 %)	4 103
03	IUCPQ – Université Laval	-	550 (100 %)	-	-	550
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	2 482 (50 %)	871 (18 %)	1 191 (24 %)	420 (8 %)	4 964
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	1 808 (63 %)	880 (31 %)	23 (< 1 %)	161 (6 %)	2 872
06	CHUM	-	472 (100 %)	-	-	472
06	CUSM	-	847 (100 %)	-	-	847
06	CHU Sainte-Justine	-	69 (100 %)	-	-	69
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	886 (23 %)	1 901 (49 %)	893 (23 %)	174 (5 %)	3 854
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	707 (56 %)	96 (8 %)	184 (15 %)	264 (21 %)	1 251
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	769 (52 %)	463 (31 %)	160 (11 %)	88 (6 %)	1 480
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	796 (38 %)	344 (16 %)	978 (46 %)	-	2 118
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	875 (50 %)	632 (37 %)	230 (13 %)	-	1 737
06	Institut de cardiologie de Montréal	-	287 (100 %)	-	-	287
07	CISSS de l'Outaouais	1 352 (52 %)	510 (20 %)	269 (10 %)	471 (18 %)	2 602
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	402 (35 %)	472 (41 %)	35 (3 %)	240 (21 %)	1 149
09	CISSS de la Côte-Nord	322 (40 %)	126 (15 %)	138 (17 %)	227 (28 %)	813
10	CRSSS de la Baie-James	40 (41 %)	46 (48 %)	11 (11 %)	-	97
11	CISSS de la Gaspésie	418 (54 %)	251 (33 %)	103 (13 %)	-	772
11	CISSS des Îles	44 (41 %)	60 (56 %)	< 10	-	107
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	1 465 (57 %)	628 (25 %)	183 (7 %)	291 (11 %)	2 567
13	CISSS de Laval ^b	1 272 (64 %)	485 (24 %)	-	230 (12 %)	1 987
14	CISSS de Lanaudière	1 321 (47 %)	1 258 (45 %)	99 (4 %)	119 (4 %)	2 797
15	CISSS des Laurentides	1 783 (54 %)	1 140 (35 %)	149 (5 %)	202 (6 %)	3 274
16	CISSS de la Montérégie-Centre	1 198 (39 %)	1 036 (34 %)	418 (14 %)	384 (13 %)	3 036
16	CISSS de la Montérégie-Est	1 765 (42 %)	1 359 (32 %)	739 (17 %)	394 (9 %)	4 257
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	1 169 (68 %)	207 (12 %)	160 (9 %)	185 (11 %)	1 721
17	Centre de santé Inuulitsivik	< 10	< 10	-	-	<10
17	Centre de santé Tulattavik	< 10	< 10	-	-	<10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	20 (67 %)	10 (33 %)	-	-	30
Total		25 171 (44%)	19 567 (35%)	7 610 (13 %)	4 485 (8 %)	56 833

Notes. La Commission a reçu les rapports de la région 17 après la rédaction du rapport annuel d'activités 2020-2021. Le nombre de personnes ayant reçu des SPFV n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9, < 10). ^a Les données de la Maison Michel-Sarrazin ont été répertoriées dans celles transmises par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. ^b Le nombre de personnes en SPFV en centre hospitalier et en CHSLD a été fusionné dans le rapport transmis par l'établissement.

Tableau C2

Nombre de personnes en SPfV par établissement selon le lieu de soins entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

Région	Établissement	Domicile	Centre hospitalier	CHSLD	Maison de soins palliatifs	Total
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	1 094 (40 %)	909 (34 %)	468 (17 %)	242 (9 %)	2 713
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	919 (37 %)	643 (26 %)	537 (21 %)	407 (16 %)	2 506
03	CHU de Québec – Université Laval ^a	-	2 301 (100 %)	-	-	2 301
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	2 586 (56 %)	845 (18 %)	1 040 (23 %)	144 (3 %)	4 615
03	IUCPQ – Université Laval	-	648 (100 %)	-	-	648
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	2 549 (51 %)	863 (17 %)	1 026 (20 %)	588 (12 %)	5 026
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	1 895 (59 %)	1 009 (31 %)	29 (1 %)	280 (9 %)	3 213
06	CHUM	-	508 (100 %)	-	-	508
06	CUSM	-	695 (100 %)	-	-	695
06	CHU Sainte-Justine	-	70 (100 %)	-	-	70
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	938 (24 %)	2 376 (61 %)	558 (14 %)	< 10	3 880
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	753 (49 %)	332 (22 %)	188 (12 %)	256 (17 %)	1 529
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	697 (50 %)	483 (34 %)	142 (10 %)	84 (6 %)	1 406
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	764 (43 %)	393 (22 %)	610 (35 %)	-	1 767
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	863 (45 %)	796 (41 %)	267 (14 %)	-	1 926
06	Institut de cardiologie de Montréal	-	296 (100 %)	-	-	296
07	CISSS de l'Outaouais	1 405 (47 %)	757 (25 %)	378 (12 %)	471 (16 %)	3 011
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	361 (29 %)	545 (44 %)	40 (3 %)	292 (24 %)	1 238
09	CISSS de la Côte-Nord	326 (38 %)	113 (13 %)	140 (17 %)	276 (32 %)	855
10	CRSSS de la Baie-James	22 (24 %)	53 (58 %)	17 (18 %)	-	92
11	CISSS de la Gaspésie	350 (48 %)	280 (38 %)	102 (14 %)	-	732
11	CISSS des Îles	13 (18 %)	55 (75 %)	< 10	-	73
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	1 506 (55 %)	734 (27 %)	194 (7 %)	308 (11 %)	2 742
13	CISSS de Laval ^b	1 277 (77 %)	321 (19 %)	-	69 (4 %)	1 667
14	CISSS de Lanaudière	1 358 (46 %)	1 344 (45 %)	104 (4 %)	139 (5 %)	2 945
15	CISSS des Laurentides	1 825 (52 %)	1 251 (36 %)	166 (5 %)	260 (7 %)	3 502
16	CISSS de la Montérégie-Centre	1 101 (36 %)	910 (30 %)	635 (21 %)	390 (13 %)	3 036
16	CISSS de la Montérégie-Est	1 766 (44 %)	1 261 (32 %)	563 (14 %)	408 (10 %)	3 998
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	1 225 (68 %)	132 (7 %)	227 (13 %)	213 (12 %)	1 797
17	Centre de santé Inuulitsivik	< 10	< 10	-	-	< 10
17	Centre de santé Tulattavik	< 10	< 10	-	-	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	32 (73 %)	10 (23 %)	< 10	-	44
Total		25 633 (44 %)	20 940 (35 %)	7 438 (13 %)	4 835 (8 %)	58 846

Notes. Le nombre de personnes ayant reçu des SPfV n'est parfois pas indiqué au tableau afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9, < 10). ^a Les données de la Maison Michel-Sarrazin ont été répertoriées dans celles transmises par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. ^b Le nombre de personnes en SPfV en centre hospitalier et en CHSLD a été fusionné dans le rapport transmis par l'établissement.

Tableau C3

Nombre déclaré de SPC administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec

Région	Établissement	Nombre de SPC administrées	
		2020-2021	2021-2022
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	20	18
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	45	54
03	CHU de Québec – Université Laval	123	248
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	62	102
03	IUCPQ – Université Laval	25	27
03	Maison Michel-Sarrazin	25	26
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	64	63
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	147	188
06	CHUM	14	11
06	CUSM	11	13
06	CHU Sainte-Justine	< 10	< 10
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	86	86
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	13	< 10
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	34	28
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	13	15
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	21	33
06	Institut de cardiologie de Montréal	0	< 10
07	CISSS de l'Outaouais	69	55
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	56	68
09	CISSS de la Côte-Nord	20	21
10	CRSSS de la Baie-James	< 10	< 10
11	CISSS de la Gaspésie	17	13
11	CISSS des Îles	< 10	< 10
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	127	166
13	CISSS de Laval	41	49
14	CISSS de Lanaudière	74	102
15	CISSS des Laurentides	95	134
16	CISSS de la Montérégie-Centre	55	85
16	CISSS de la Montérégie-Est	96	89
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	73	77
17	Centre de santé Inuulitsivik	< 10	< 10
17	Centre de santé Tulattavik	< 10	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	< 10	< 10
-	Cabinet privé de professionnels ^a	112	55
Total		1 539	1 838

Notes. La Commission a reçu les rapports de la région 17 après la rédaction du rapport annuel d'activités 2020-2021. Les données de ces derniers ont été ajoutées dans le présent rapport. Le nombre de SPC administrées n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 SPC, < 10). ^a Données provenant du rapport du CMQ.

Tableau C4

Nombre déclaré de SPC administrées et proportion de personnes décédées ayant reçu une SPC selon la région sociosanitaire

Région sociosanitaire	Nombre de SPC administrées (% de personnes décédées ayant reçu une SPC)	
	2020-2021	2021-2022
01 - Bas-Saint-Laurent	23 (1,1 %)	20 (0,9 %)
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	45 (1,7 %)	54 (2 %)
03 - Capitale-Nationale	236 (3,5 %)	407 (6,2 %)
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	78 (1,4 %)	77 (1,3 %)
05 - Estrie	147 (3,4 %)	190 (4,1 %)
06 - Montréal	203 (1,2 %)	205 (1,4 %)
07 - Outaouais	69 (2,3 %)	55 (1,8 %)
08 - Abitibi-Témiscamingue	56 (4,2 %)	68 (4,6 %)
09 - Côte-Nord	28 (3,4 %)	21 (2,2 %)
10 - Nord-du-Québec	< 10	< 10
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	18 (1,9 %)	15 (1,4 %)
12 - Chaudière-Appalaches	127 (3,5 %)	169 (4,4 %)
13 - Laval	41 (1,1 %)	49 (1,6 %)
14 - Lanaudière	74 (1,9 %)	102 (2,5 %)
15 - Laurentides	146 (3 %)	139 (2,8 %)
16 - Montérégie	248 (2,2 %)	266 (2,4 %)
17 - Nunavik	< 10	< 10
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	< 10	< 10
Total	1 539 (2,1 %)	1 838 (2,6 %)

Notes. La Commission a reçu les rapports de la région 17 après la rédaction du rapport annuel d'activités 2020-2021. Les données de ces derniers ont été ajoutées dans le présent rapport. Le nombre de SPC administrées n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 SPC, < 10). Les SPC déclarées par le CMQ ont été incluses dans chacune des régions.

Tableau C5

Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021

Région	Établissement	Demandées	Nombre d'AMM (%)	
			Administrées	Non administrées
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	167	136 (81 %)	31 (19 %)
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	116	89 (77 %)	27 (23 %)
03	CHU de Québec – Université Laval	205	149 (73 %)	56 (27 %)
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	188	157 (84 %)	31 (16 %)
03	IUCPQ – Université Laval	42	21 (50 %)	21 (50 %)
03	Maison Michel-Sarrazin	< 10	< 10	< 10
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	131	119 (91 %)	12 (9 %)
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	274	181 (66 %)	93 (34 %)
06	CHUM	122	67 (55 %)	60 (49 %)
06	CUSM	54	22 (41 %)	32 (59 %)
06	CHU Sainte-Justine	< 10	< 10	< 10
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	156	88 (56 %)	69 (44 %)
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	57	36 (63 %)	21 (37 %)
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	69	32 (46 %)	38 (55 %)
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	53	31 (58 %)	24 (45 %)
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	70	40 (57 %)	32 (46 %)
06	Institut de cardiologie de Montréal	< 10	< 10	< 10
07	CISSS de l'Outaouais	64	50 (78 %)	< 10
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	35	34 (97 %)	< 10
09	CISSS de la Côte-Nord	16	16 (100 %)	< 10
10	CRSSS de la Baie-James	< 10	< 10	< 10
11	CISSS de la Gaspésie	28	28 (100 %)	< 10
11	CISSS des Îles	< 10	< 10	< 10
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	135	132 (98 %)	< 10
13	CISSS de Laval	159	99 (62 %)	55 (35 %)
14	CISSS de Lanaudière	355	229 (65 %)	136 (38 %)
15	CISSS des Laurentides	241	159 (66 %)	75 (31 %)
16	CISSS de la Montérégie-Centre	204	180 (88 %)	24 (12 %)
16	CISSS de la Montérégie-Est	324	216 (67 %)	97 (30 %)
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	140	98 (70 %)	42 (30 %)
17	Centre régional de santé Inuulitsivik	< 10	< 10	< 10
17	Centre de santé régional Tulattavik	< 10	< 10	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	< 10	< 10	< 10
Total		3 412	2 415 (71 %)^a	990 (29 %)

Notes. La Commission a reçu les rapports de la région 17 après la rédaction du rapport annuel d'activités 2020-2021. Les données de ces derniers ont été ajoutées dans le présent rapport. Le nombre n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 AMM, < 10). La somme des AMM administrées et des AMM non administrées ne correspond pas toujours au nombre de demandes d'AMM déclaré par les établissements. Par conséquent, la somme des proportions parfois dépasse ou n'atteint pas 100 %. ^a Ce nombre n'inclut pas les 273 AMM administrées en cabinet privé de professionnels déclarées par le CMQ.

Tableau C6

Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement et le Collège des médecins du Québec entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

Région	Établissement	Demandées	Nombre d'AMM (%)	
			Administrées	Non administrées
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	186	154 (83 %)	32 (17 %)
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	186	142 (76 %)	44 (24 %)
03	CHU de Québec – Université Laval	333	219 (66 %)	114 (34 %)
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	270	213 (79 %)	57 (21 %)
03	IUCPQ – Université Laval	72	50 (69 %)	22 (31 %)
03	Maison Michel-Sarrazin	< 10	< 10	< 10
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	185	168 (91 %)	17 (9 %)
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	452	267 (59 %)	185 (41 %)
06	CHUM	182	106 (58 %)	83 (46 %)
06	CUSM	96	41 (43 %)	55 (57 %)
06	CHU Sainte-Justine	< 10	< 10	< 10
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	218	118 (54 %)	100 (46 %)
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	54	36 (67 %)	20 (37 %)
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	106	55 (52 %)	51 (48 %)
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	91	45 (49 %)	48 (53 %)
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	96	50 (52 %)	48 (50 %)
06	Institut de cardiologie de Montréal	12	< 10	< 10
07	CISSS de l'Outaouais	114	104 (91 %)	13 (11 %)
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	73	72 (99 %)	< 10
09	CISSS de la Côte-Nord	N\D	20	N\D
10	CRSSS de la Baie-James	< 10	< 10	< 10
11	CISSS de la Gaspésie	35	35 (100 %)	< 10
11	CISSS des Îles	10	< 10	< 10
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	220	211 (96 %)	< 10
13	CISSS de Laval	289	163 (56 %)	106 (37 %)
14	CISSS de Lanaudière	535	360 (67 %)	200 (37 %)
15	CISSS des Laurentides	445	263 (59 %)	154 (35 %)
16	CISSS de la Montérégie-Centre	416	238 (57 %)	89 (21 %)
16	CISSS de la Montérégie-Est	446	317 (71 %)	129 (29 %)
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	185	158 (85 %)	27 (15 %)
17	Centre régional de santé Inuulitsivik	< 10	< 10	< 10
17	Centre de santé régional Tulattavik	< 10	< 10	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	< 10	< 10	< 10
Total		5 321	3 629 (68 %)^a	1 614 (30 %)

Notes. La majorité des établissements ont mis en place des processus pour documenter toutes les demandes d'AMM formulées, les AMM administrées et les AMM non administrées. Toutefois, certains établissements ont indiqué à la Commission qu'ils n'avaient toujours pas accès à cette information. Le nombre n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité et en raison du risque d'identification relié à la divulgation d'un faible nombre d'individus (0 à 9 AMM, < 10). La somme des AMM administrées et des AMM non administrées ne correspond pas toujours au nombre de demandes d'AMM déclaré par les établissements. Par conséquent, la somme des proportions parfois dépasse ou n'atteint pas 100 %. ^a Ce nombre n'inclut pas les 323 AMM administrées en cabinet privé de professionnels déclarées par le CMQ.