

Commission
sur les soins de
fin de vie

RAPPORT ANNUEL
D'ACTIVITÉS

Du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

Commission
sur les soins de
fin de vie

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS

Du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

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 la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé, ce document sera disponible en version électronique sur le site Web de l'Assemblée nationale : www.assnat.qc.ca à la section Documents déposés ainsi que sur le site Web de la Commission sur les soins de fin de vie : www.csfv.gouv.qc.ca à la section Publications.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024

ISBN 978-2-550-98718-5 (PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2024

LETTRE DE LA MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET MINISTRE DÉLÉGUÉE À LA SANTÉ À 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 2023 au 31 mars 2024.

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.

Original signé

Madame Sonia Bélanger
Ministre responsable des Aînés
Ministre déléguée à la Santé

MOT DU PRÉSIDENT

Madame Sonia Bélanger
Ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame la Ministre,

Instituée par la Loi concernant les soins de fin de vie, 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 (AMM). Elle 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 évalue, en temps réel, les AMM administrées et est en mesure de déceler les tendances dans le recours à l'AMM au Québec.

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 2023 au 31 mars 2024. Ce rapport fait état des réalisations de la Commission, de l'analyse des données provenant des formulaires de déclaration de l'administration d'une 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, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Le point marquant de ce rapport est la stabilité relative des soins palliatifs et de fin de vie au Québec. Particulièrement, le taux de décès par AMM tend à se stabiliser. Ce rapport reste succinct laissant au rapport quinquennal prévu pour l'automne 2024 les analyses en profondeur des soins palliatifs et de fin de vie au Québec.

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

Le président,

A handwritten signature in blue ink that reads "Michel 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 (AMM). 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 (SPFV) pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024.

Aide médicale à mourir

- 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).
- 5 717 personnes ont reçu l'AMM entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024 (7,3 % des décès). C'est une augmentation de 9 %, étant la plus faible augmentation annuelle depuis 2015.
 - Elles étaient en majorité âgées de 70 ans et plus (75 %), atteintes de cancer (60 %), avaient un pronostic de survie de 1 an ou moins (84 %) et présentaient à la fois des souffrances physiques et psychiques persistantes, insupportables et inapaisables (96 %).
 - Elles ont reçu l'AMM en centre hospitalier (55 %), à domicile (28 %), en CHSLD (9 %) ou en maison de soins palliatifs (6 %).
 - L'AMM a été administrée en moyenne 38 jours après la demande signée.
- La presque totalité des AMM ont été administrées conformément à la LCSFV (99,7 %).
- Près des deux tiers des demandes d'AMM formulées ont été administrées (65 %).
- Les principaux motifs pour lesquels les personnes qui ont demandé l'AMM et qui ne l'ont pas reçue sont qu'elles sont décédées avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM (29 %), qu'elles ne répondaient pas ou plus aux critères d'admissibilité prescrits par la LCSFV (18 %) ou qu'elles ont retiré leur demande (15 %).
- 1 804 médecins ont participé à l'AMM; il s'agit d'une augmentation de 10 % comparativement à l'année 2022-2023. 81 % sont des omnipraticiens et 19 % sont des médecins spécialistes.

Soins palliatifs et de fin de vie et sédation palliative continue

- 61 659 personnes étaient en SPFV. Il s'agit d'une augmentation du nombre de personnes en SPFV pour la majorité des régions en 2023-2024 comparativement à l'année 2022-2023.
- 2 091 personnes ont reçu une sédation palliative continue (2,7 % des décès).
- 411 médecins ont administré une sédation palliative continue. 95 % sont des omnipraticiens et 5 % des médecins spécialistes.

Conclusion

La Commission constate que l'AMM est en demande croissante et occupe une place importante dans la sphère publique au Québec. Avec les modifications législatives adoptées en juin 2023 et entrées en vigueur, le nombre d'AMM continuera d'augmenter au cours des prochaines années. C'est avec rigueur et vigilance que la Commission remplit son mandat de s'assurer que les exigences relatives à l'AMM soient bien appliquées au Québec et que l'AMM ne soit pas un soin choisi à défaut d'avoir accès à d'autres soins curatifs, palliatifs ou de fin de vie.

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 2023 au 31 mars 2024. 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 qui en découlent.

À ma connaissance, cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024 à la lumière des renseignements transmis à la Commission.

Le président,



Michel A. Bureau

TABLE DES MATIÈRES

Lettre de la ministre responsable des Aînés et ministre déléguée à la Santé à la Présidente de l'Assemblée nationale	i
Mot du président.....	ii
Résumé	iii
Déclaration de fiabilité	iv
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	viii
Sigles et acronymes	ix
Définitions	x
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	2
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.....	5
2.1. Examen des formulaires de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir	5
2.2. Rapport des établissements publics de santé et de services sociaux, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.....	5
2.3. Représentation et participation à des colloques, forums et conférences	6
2.4. Demandes d'information des citoyens, d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des médias	6
2.5. Rencontres avec divers groupes et personnes du milieu des soins palliatifs et de fin de vie	6
2.6. Transmission de notes aux médecins prestataires d'aide médicale à mourir	6
2.7. Analyses et élaboration du rapport quinquennal sur la situation des soins de fin de vie	7
3. DONNÉES DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	8
3.1. Décisions rendues.....	8
3.2. Aides médicales à mourir administrées	9
4. DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC.....	16
4.1. Soins palliatifs et de fin de vie	16
4.2. Sédation palliative continue	17
4.3. Aide médicale à mourir	18
4.4. Sédation palliative continue et aide médicale à mourir.....	20

5. CONSTATS.....	21
6. CONCLUSION	23
7. ÉTATS FINANCIERS.....	24
Annexe A - Composition de la Commission sur les soins de fin de vie.....	25
Annexe B - Dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie portant sur les exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir	27
Annexe C - Données de la Commission concernant les aides médicales à mourir administrées .	29
Annexe D - Données des rapports des établissements publics de santé et de services sociaux, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec concernant les soins palliatifs et de fin de vie	32

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 Résumé du traitement des formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM	8
Figure 3.2 Nombre d'AMM administrées par année entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2024...	9
Figure 3.3 Nombre d'AMM administrées par mois entre janvier 2023 et août 2024	10
Figure 3.4 Nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire.....	10
Figure 3.5 Proportion annuelle de décès par AMM entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2024 ..	11
Figure 3.6 Proportion de décès par AMM selon la région sociosanitaire	11
Figure 3.7 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le groupe d'âge	12
Figure 3.8 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le diagnostic principal	12
Figure 3.9 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le pronostic vital estimé	13
Figure 3.10 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le type de souffrance	13
Figure 3.11 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le délai entre la demande et l'administration du soin	14
Figure 3.12 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le lieu de l'administration du soin .	15
Figure 4.1 Nombre déclaré de personnes en SPFV selon la région sociosanitaire	16
Figure 4.2 Nombre déclaré de SPC administrées selon la région sociosanitaire	17
Figure 4.3 Proportion de décès précédés d'une SPC selon la région sociosanitaire	18
Figure 4.4 Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées.....	19
Figure 4.5 Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées selon la région sociosanitaire	19
Figure 4.6 Proportion de décès précédés d'une SPC et des décès par AMM selon la région sociosanitaire	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Motifs ayant mené la Commission à conclure qu'une exigence de la LCSFV n'était pas respectée.....	8
Tableau 4.1 Tableau 4.1 Nombre et proportion des demandes d'AMM non administrées selon le motif de la non-administration de l'AMM.....	20
Tableau C1 Caractéristiques des personnes qui ont reçu l'AMM.....	29
Tableau C2 Incapacités des personnes qui ont reçu l'AMM.....	30
Tableau C3 Type de souffrance des personnes qui ont reçu l'AMM.....	30
Tableau C4 Souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM.....	30
Tableau C5 Raisons pour lesquelles les souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM ne pouvaient être apaisées dans des conditions qu'elles jugeaient tolérables.....	30
Tableau C6 Délai entre la demande et l'administration de l'AMM.....	31
Tableau C7 Nombre et proportion d'AMM selon le lieu de l'administration du soin.....	31
Tableau D1 Nombre de personnes en SPFV selon l'établissement.....	32
Tableau D2 Nombre déclaré de SPC administrées selon l'établissement, le CMQ et l'OIIQ.....	33
Tableau D3 Nombre déclaré de SPC administrées et proportion de décès précédés d'une SPC selon la région sociosanitaire.....	33
Tableau D4 Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement, le CMQ et l'OIIQ.....	34

SIGLES ET ACRONYMES

AMM	Aide médicale à mourir
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
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
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SPC	Sédation palliative continue
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie

DÉFINITIONS

En vigueur au 31 mars 2024

Aide médicale à mourir

Soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un professionnel compétent à une personne, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

C'est un soin particulier, unique décrété par la société civile et autorisé après consensus sociétal. Il est encadré dans la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) et, a contrario de tous les soins médicaux, son administration est régulée par la LCSFV qui en définit les conditions d'admissibilité, en désigne les prestataires autorisés et édicte les mécanismes de surveillance par une Commission représentant la société civile.

Directives médicales anticipées

Forme d'expression des volontés 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 en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette Loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes qui utilisent ses services.

Professionnel compétent

Un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée.

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 prescrit par le ministre de la Santé que tout professionnel compétent 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 LCSFV et du règlement du gouvernement qui permettent à la Commission de vérifier le respect des critères de la LCSFV dont le diagnostic de maladie grave et incurable ou de déficience physique grave, 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 professionnel compétent doit faire avant d'administrer l'AMM, entre autres concernant l'aptitude à consentir aux soins, le caractère libre et éclairé de la demande ainsi que le caractère persistant, insupportable et inapaisable des souffrances et la volonté réitérée de recevoir l'AMM.

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

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. [\[En ligne\]](#).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Directives médicales anticipées. [\[En ligne\]](#).

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).

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.

Il est à noter que le 7 juin 2023, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi 11 « Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives ». Au cours de l'année 2023-2024, les modifications législatives suivantes sont entrées en vigueur :

- Depuis le 7 décembre 2023, les maisons de soins palliatifs ne peuvent exclure l'AMM des soins qu'elles offrent;
- Depuis le 7 décembre 2023, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) partage les mêmes privilèges et responsabilités que le médecin concernant l'évaluation d'une demande d'AMM et son administration (ainsi que pour la SPC);
- Depuis le 7 mars 2024, une personne ayant une déficience grave entraînant des incapacités significatives et persistantes est admissible à l'AMM.

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 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° faire des analyses et produire des informations statistiques requises afin notamment de suivre l'évolution des soins de fin de vie, de cibler les besoins en la matière et de déterminer ce qui peut constituer une limite à l'accès à ces soins.

La Commission effectue tout autre mandat en lien avec les soins de fin de vie que le ministre lui confie.

La Commission a également pour mandat de surveiller [...] l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir ».

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. [\[En ligne\]](#).

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.

1.3. Composition

La Commission est composée de treize commissaires nommés par le gouvernement après consultation des organismes représentatifs des milieux concernés par ses activités³. 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 (annexe A).

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 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 neuf 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 indemnités des commissaires⁴.

1.4.5. Financement

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

³ Au moment de l'adoption du rapport, deux postes étaient vacants.

⁴ Décret concernant les allocations et indemnités des membres de la Commission sur les soins de fin de vie. Décret numéro 1619-2022 du 17 août 2022. [\[En ligne\]](#).

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 gouvernement⁵. Le *Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir* prescrit par le ministre est un 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 prévues à l'article 26 de la LCSFV soient satisfaites et que les vérifications du professionnel compétent (médecin ou IPS) ont été effectuées en vertu de l'article 29 avant d'administrer l'AMM (annexe B).

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 professionnel compétent ayant administré l'AMM. Ce dernier 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 professionnel compétent 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 et au directeur des soins infirmiers des établissements et au Collège des médecins du Québec (CMQ) et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'objectif 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 AMM

La Commission procède à l'examen de chaque formulaire de déclaration de l'administration d'une AMM en séance plénière, et ce, dans un délai maximal de deux mois suivant la réception du formulaire. Son examen est encadré par les balises prévues dans la LCSFV et dans le règlement du gouvernement.

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 professionnel compétent 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 s'assurer du caractère persistant, insupportable et inapaisable de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'AMM et qu'il a obtenu l'avis d'un second professionnel compétent pour confirmer son admissibilité.

⁵ 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. [\[En ligne\]](#).

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, 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.

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 professionnel compétent qui a administré l'AMM, au second professionnel compétent 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 en séance plénière afin de prendre une décision.

1.5.3. Avis de rétroaction aux professionnels compétents ayant administré l'AMM

Le professionnel compétent 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 professionnel compétent qui en a fait la demande. Dans la majorité (58 %) des formulaires examinés pour la première fois en 2023-2024, le professionnel compétent a demandé une telle rétroaction.

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

Conformément à 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 ou à l'OIIQ et, lorsque le professionnel compétent a administré l'AMM à titre de médecin ou d'IPS exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement, à l'établissement concerné, pour que ceux-ci prennent les mesures appropriées.

2. ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS PRINCIPALES

Le présent rapport couvre la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024. La Commission a procédé à 17 journées de rencontre en séance plénière (et les rencontres de sous-groupes au préalable) et autres rencontres au besoin. Ses activités ont porté principalement sur l'examen des déclarations d'AMM 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). Elle a répondu à des demandes d'information des citoyens, d'intervenants du réseau et des médias et a rencontré divers groupes et personnes concernant les SPFV.

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

Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, la Commission a reçu 5 815 formulaires de déclaration de l'administration d'une AMM^{6,7} et elle a examiné 5 791 formulaires en séance plénière. Parmi les 5 742 formulaires examinés pour la première fois, 4 % ont nécessité un suivi afin que les commissaires parviennent à une décision quant au respect des exigences de la LCSFV. Plus spécifiquement, 3 % 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 (68 %) et les dates d'examen du second médecin consulté (28 %). Lorsque requis, les entretiens téléphoniques auprès du médecin ayant administré l'AMM ont été faits par le président ou un commissaire médecin.

Pour 6 % des déclarations, la Commission a 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. Un total de 34 formulaires ont fait l'objet d'un suivi auprès de l'établissement pour porter à son attention une situation particulière soulevée par le médecin prestataire, notamment en lien avec des difficultés d'accès à l'AMM.

En date du 31 mars 2023, 602 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, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers 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 sur l'application de cette politique. Le rapport doit indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, 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. Le rapport doit indiquer, le cas échéant, le nombre de SPC et d'AMM administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un professionnel compétent à titre de médecin ou d'IPS exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

⁶ Ce nombre représente le nombre de formulaires reçus à la Commission et non le nombre de personnes ayant reçu l'AMM pendant cette période. Ce nombre 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.

⁷ Bien que, depuis le 7 décembre 2023, l'IPS peut évaluer une demande d'AMM et administrer l'AMM, le terme « médecin » est employé dans le présent rapport en raison du faible nombre d'AMM administrées par une IPS (n=16) en 2023-2024.

Conformément à l'article 37 de la LCSFV, le CMQ et l'OIIQ doivent respectivement, chaque année, préparer un rapport concernant les soins de fin de vie dispensés par des médecins et des IPS 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 et par ces IPS et selon qu'elles l'ont été à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs.

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

La Commission compile les données transmises et les utilise, non seulement dans le cadre de ses rapports, mais également lorsqu'elle est sollicitée par le ministre pour toute question qu'il lui soumet ou pour la réalisation d'un mandat qu'il lui confie.

2.3. Représentation et participation à des colloques, forums et conférences

La participation de la Commission a été sollicitée dans le cadre de divers événements québécois et internationaux portant sur les SPFV. À l'échelle québécoise, le président a donné une conférence au congrès annuel de la Fédération des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes. La Commission était aussi présente à divers événements du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie. À l'échelle internationale, le président a participé et présenté les travaux de la Commission et le portrait de l'AMM au Québec lors d'une audition de la Commission des affaires sociales du Sénat français dans le cadre d'une mission d'information sur la fin de vie. À ces représentations s'ajoutent des présentations offertes par les commissaires dans le cadre de divers événements sur les SPFV.

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

Les demandes d'information reçues des citoyens concernaient surtout les SPFV en général, la LCSFV, la démarche d'AMM ainsi que les directives médicales anticipées. Les demandes provenant du réseau ont porté principalement sur la clarification d'éléments des lois provinciale et fédérale concernant l'AMM et sur les obligations de déclaration. Les demandes des médias ont porté sur des précisions sur les statistiques concernant les SPFV et les tendances observées concernant l'AMM depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV.

2.5. Rencontres avec divers groupes et personnes du milieu des soins palliatifs et de fin de vie

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

- Dans le cadre du rapport quinquennal sur la situation des soins de fin de vie, consultation auprès de quinze organismes et experts du milieu des SPFV impliqués dans l'organisation, la prestation de soins et de services, la recherche et l'enseignement et sondage soumis aux participants du congrès annuel de l'Association québécoise des soins palliatifs;
- Échanges avec le Coroner en chef de l'Ontario concernant l'évolution de l'AMM au Québec;
- Échanges avec la présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM concernant l'évolution de l'AMM au Québec.

2.6. Transmission de notes aux médecins prestataires d'aide médicale à mourir

La Commission a transmis trois notes aux prestataires d'AMM afin de rappeler les exigences de la LCSFV relatives à l'admissibilité à l'AMM au Québec et à la déclaration de l'administration d'une AMM à la Commission.

2.7. Analyses et élaboration du rapport quinquennal sur la situation des soins de fin de vie

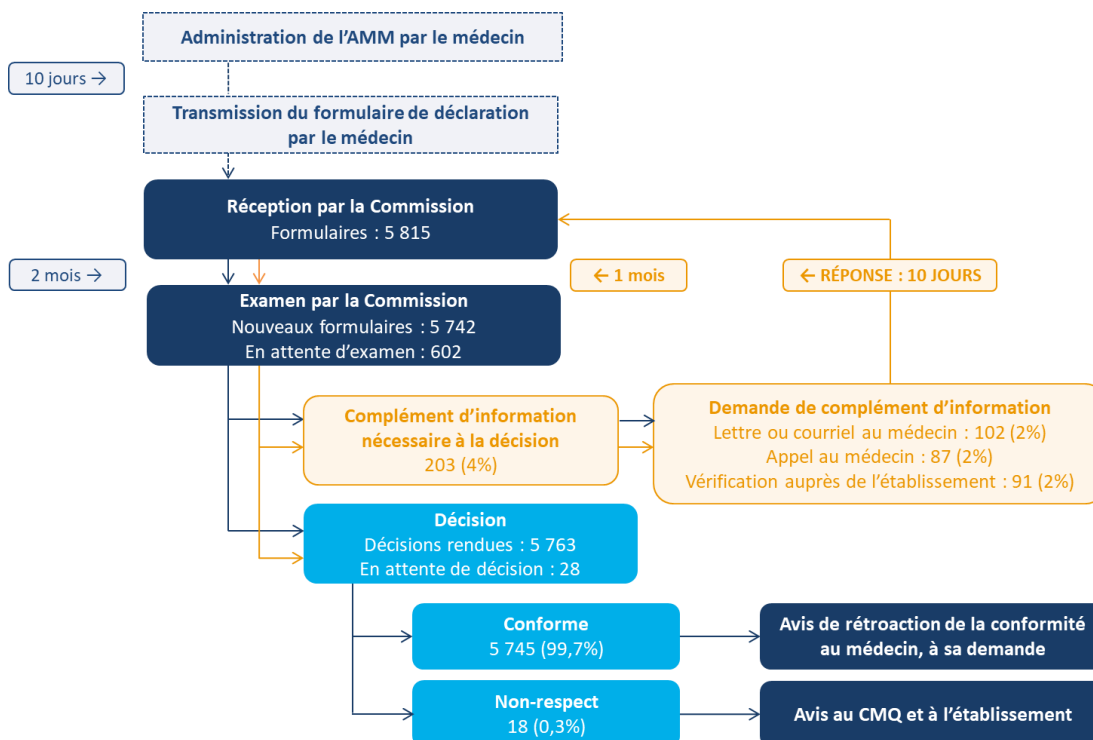
Conformément à l'article 42 de la LCSFV, la Commission doit soumettre au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie. La Commission a analysé en profondeur les données transmises par les médecins dans leurs déclarations d'AMM pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2023 ainsi que les données détaillées transmises par les établissements relatives aux SPC administrées, aux demandes d'AMM formulées, aux AMM administrées et aux AMM non administrées. À cet égard, plusieurs suivis ont été nécessaires auprès des établissements.

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

3.1. Décisions rendues

Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, la Commission a rendu une décision pour 5 763 formulaires. Dans la presque totalité des cas (99,7 %), 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 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 0,3 % des cas pour lesquels une décision a été rendue (tableau 3.1).

Tableau 3.1 Motifs ayant mené la Commission à conclure qu'une exigence de la LCSFV n'était pas respectée

Motif de non-respect	Nombre d'AMM
Critères relatifs aux conditions d'admissibilité à l'AMM	16
La personne n'était pas atteinte d'une maladie grave et incurable	13
Le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin, de façon contemporaine à la demande, pour confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26	3
Critères relatifs aux vérifications préalables par le médecin	2
La demande d'AMM a été contresignée par une personne qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux	1
La personne qui a obtenu l'AMM n'était pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie	1

Dans treize cas, bien que le médecin ait indiqué la présence d'une maladie grave et incurable, la Commission, après analyse détaillée, a conclu que la condition de la personne ne constituait pas une maladie grave et incurable. Dans quatre cas, elle présentait une perte d'autonomie sévère reliée au vieillissement, mais sans qu'une maladie grave et incurable spécifique puisse être identifiée par la Commission. Dans quatre cas, elle présentait un ou des symptômes graves, mais sans qu'un diagnostic de maladie grave et incurable ait été posé. Dans cinq cas, la personne était atteinte d'un handicap alors que la déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes n'était pas encore permise par la LCSFV. Dans tous les cas, la personne avait fait une demande libre et éclairée d'AMM, était apte et rencontrait tous les autres critères d'admissibilité, dont la présence de souffrances persistantes, insupportables et inapaisables.

Dans trois cas, le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin, de façon contemporaine à la demande, pour confirmer le respect des conditions d'admissibilité à l'AMM. Dans deux cas, le second médecin avait examiné la personne plus d'un mois avant que celle-ci n'ait formulé sa demande et n'avait pas eu d'autres entretiens avec elle par la suite. Dans un cas, le médecin a administré l'AMM sans avoir obtenu l'avis du second médecin.

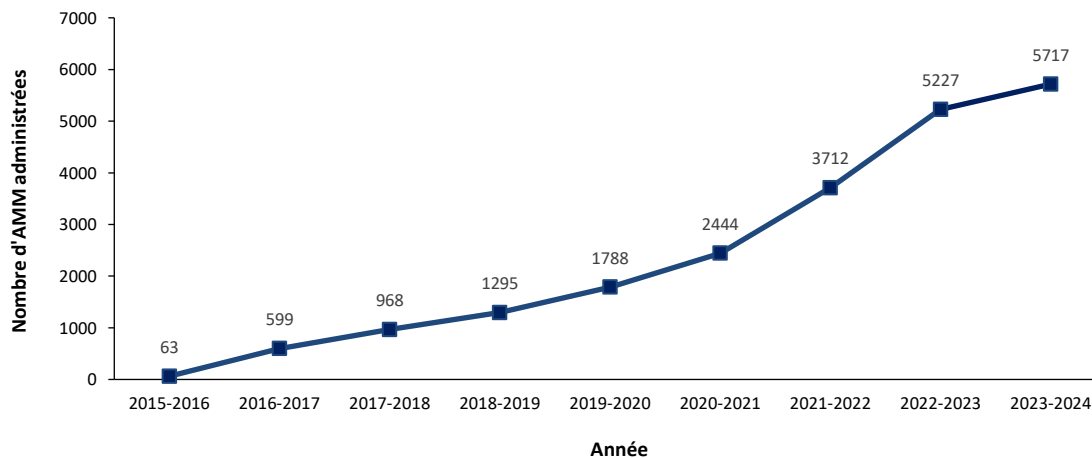
Dans un cas, le formulaire de demande a été contresigné par un soignant qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux dont le titre d'emploi est régi par un ordre professionnel. Dans un cas, la personne détenait une carte d'assurance maladie valide dans une autre province canadienne.

3.2. Aides médicales à mourir administrées

3.2.1. Nombre d'AMM administrées

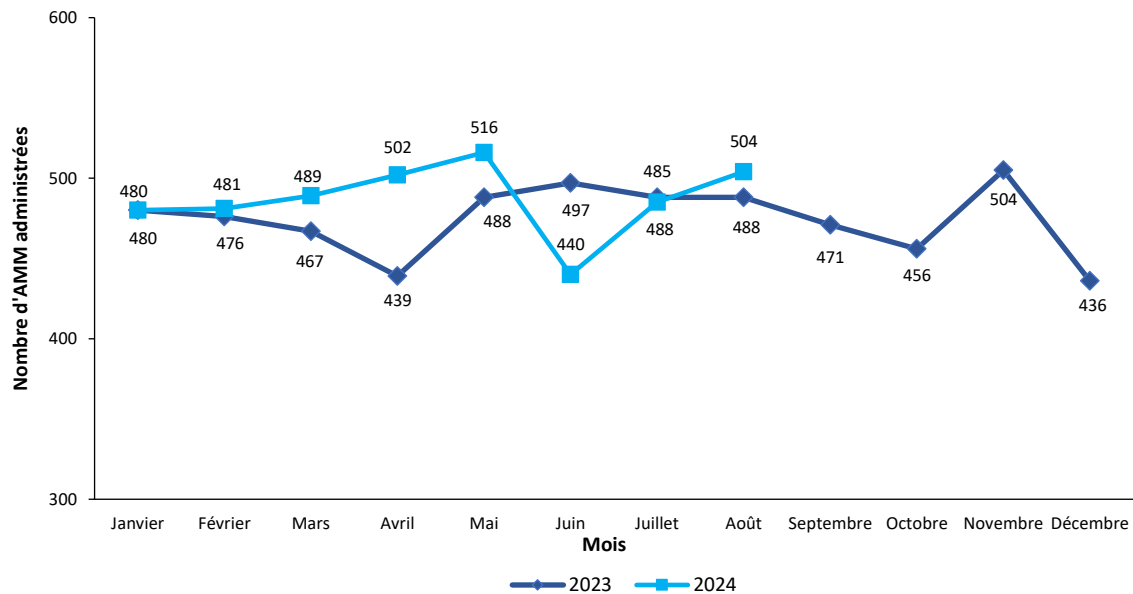
Le nombre d'AMM administrées est en augmentation au Québec (figures 3.2 et 3.3). Selon les données indiquées aux formulaires de déclaration reçus à la Commission, 5 717 AMM ont été administrées entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024. Le Québec comptant une population de près de 8 984 918 personnes⁸, cela représente 636 AMM par million d'habitants. Néanmoins, l'augmentation du nombre d'AMM en 2023-2024 par rapport à l'année 2022-2023 (9 %) est très inférieure à celle survenue les années précédentes. La figure 3.4 présente le nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire.

Figure 3.2 Nombre d'AMM administrées par année entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2024



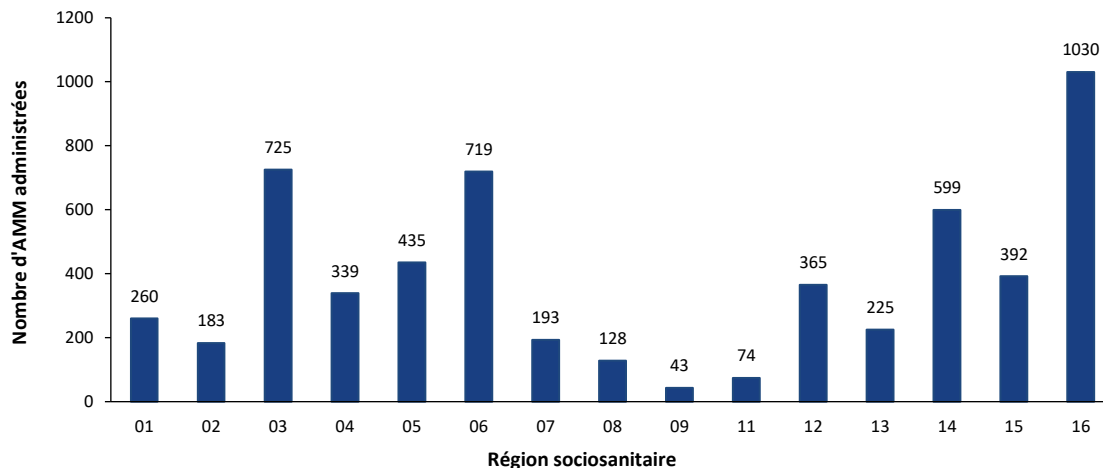
⁸ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Population et composantes de l'accroissement démographique par année, Québec, 1971-2024. Mise à jour le 25 juillet 2024. [\[En ligne\]](#).

Figure 3.3 Nombre d'AMM administrées par mois entre janvier 2023 et août 2024



Note. Le nombre d'AMM administrées pour les mois de juillet et août 2024 peut être légèrement sous-estimé, car des formulaires de déclaration peuvent ne pas avoir été reçus au moment de la compilation de ces données.

Figure 3.4 Nombre d'AMM administrées selon la région sociosanitaire



Notes. 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 dans les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9 AMM).

En utilisant les données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) relatives au nombre de décès, peu importe l'âge ou la cause, on constate que les décès par AMM ont représenté 7,3 % des décès survenus au Québec en 2023-2024, comparativement à 6,8 % en 2022-2023. La figure 3.5 présente l'évolution de la proportion annuelle de décès par AMM depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV. La figure 3.6 présente la proportion de décès par AMM en 2023-2024 selon la région sociosanitaire⁹. Les proportions de décès par AMM les plus élevées dans les régions 14 et 01 et les proportions les plus basses dans les régions 09 et 06 attirent l'attention de la Commission.

⁹ 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. 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 annuelle de décès par AMM entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2024

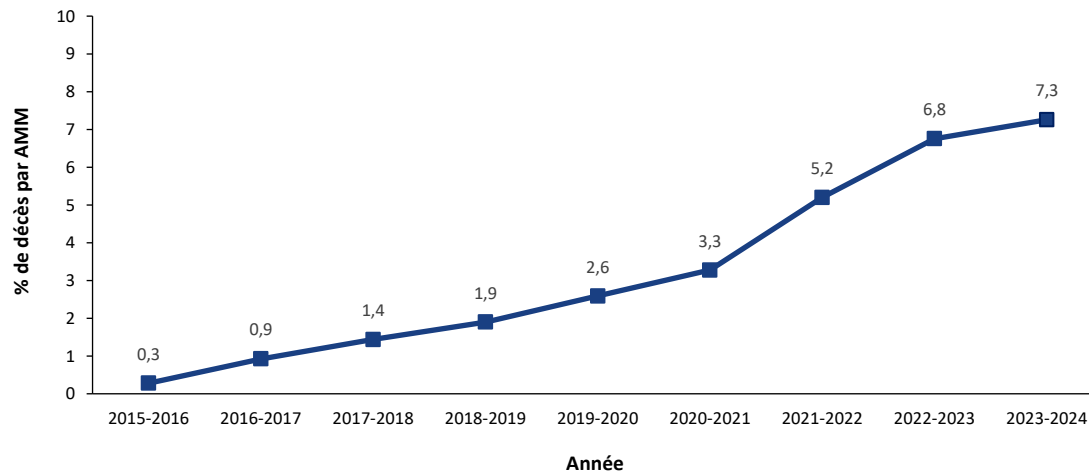
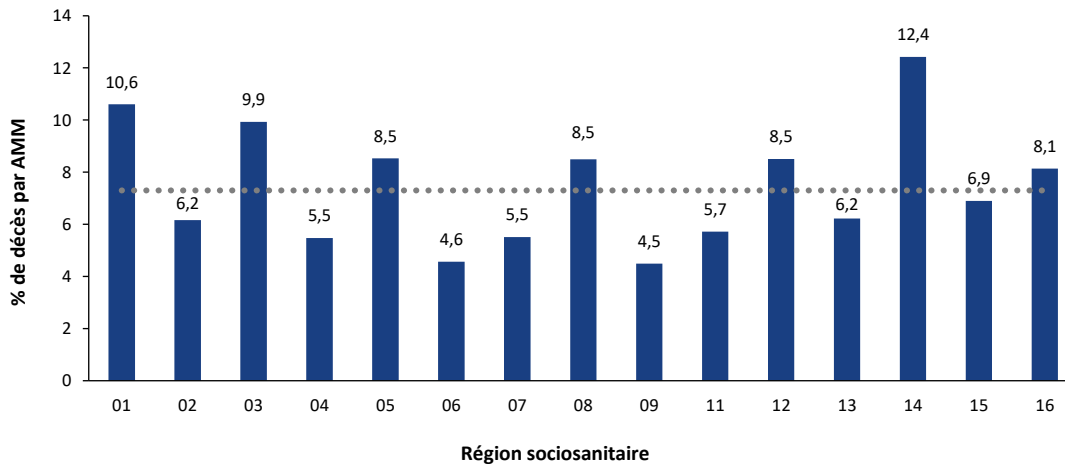


Figure 3.6 Proportion de décès par AMM selon la région sociosanitaire

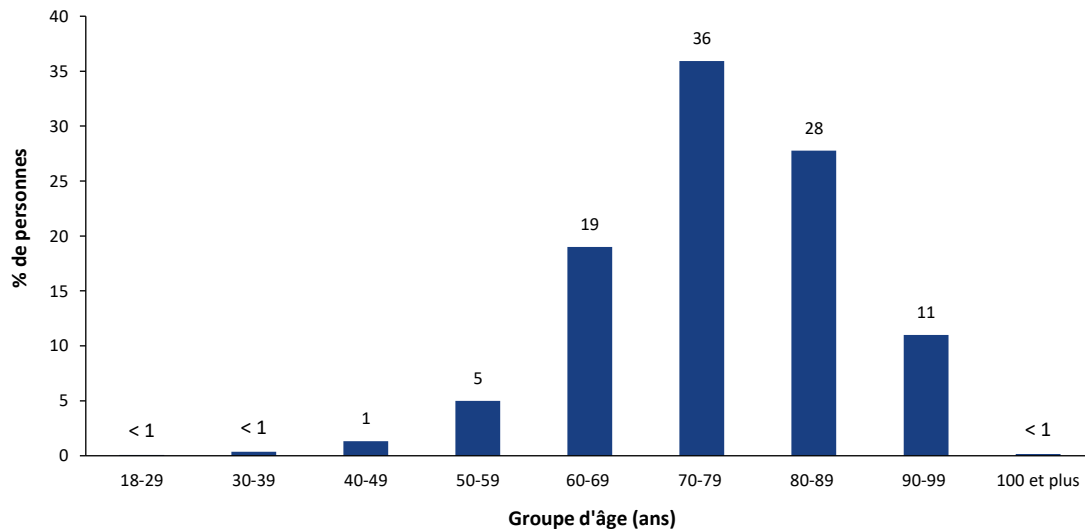


Notes. La région administrative indiquée au formulaire a été utilisée. Certaines AMM administrées dans la région administrative de la Montérégie ont été réalisées dans la région sociosanitaire de l'Estrie. La proportion de décès par AMM pour les régions 10, 17 et 18 n'est pas indiquée afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9 AMM). La ligne pointillée représente la moyenne provinciale pour l'année 2023-2024 (7,3 %).

3.2.2. Caractéristiques des personnes ayant reçu l'AMM

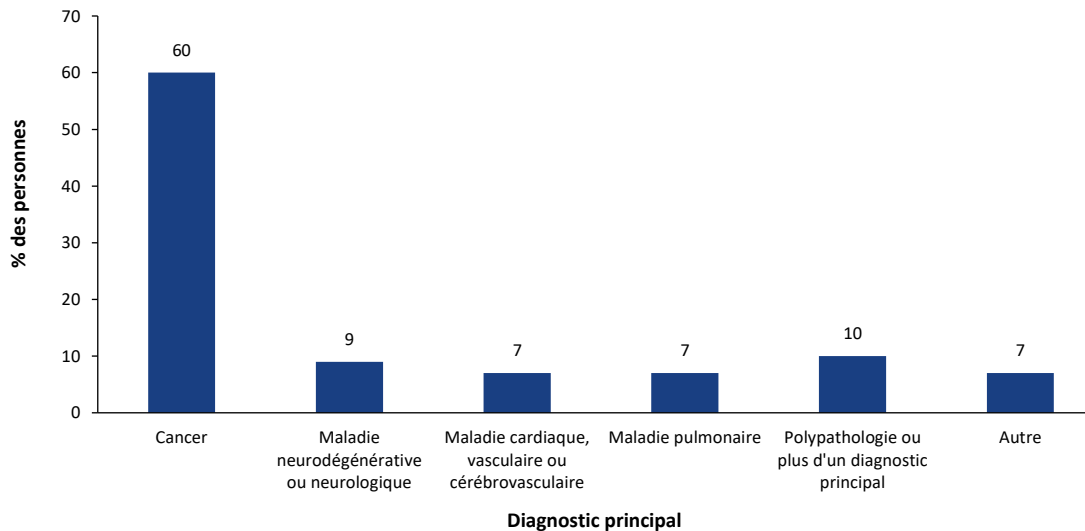
Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, 53 % des personnes qui ont reçu l'AMM étaient des hommes et 47 % étaient des femmes. Elles étaient âgées en moyenne de 76 ans et la grande majorité étaient âgées de 70 ans et plus (75 %; figure 3.7). La Commission observe une augmentation de la proportion des personnes âgées de 70 ans et plus qui ont reçu l'AMM depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV. En effet, la proportion est passée de 55 % en 2016-2017 à 75 % en 2023-2024. Les données brutes des caractéristiques des personnes qui ont reçu l'AMM se trouvent à l'annexe C.

Figure 3.7 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le groupe d'âge



La majorité des personnes (60 %) qui ont reçu l'AMM étaient atteintes d'un cancer (figure 3.8). Les autres diagnostics principaux les plus fréquents étaient les maladies neurodégénératives ou neurologiques¹⁰ (9 %), les maladies cardiaques, vasculaires ou cérébrovasculaires (7 %) et les maladies pulmonaires (7 %). 10 % des personnes avaient plus d'un diagnostic principal ou une combinaison de plusieurs maladies les rendant admissibles à l'AMM; cela représente le double de la proportion de l'année 2022-2023. La catégorie « Autre » représente 7 % des AMM administrées et inclut, entre autres, des maladies musculosquelettiques, inflammatoires, digestives, rénales et infectieuses.

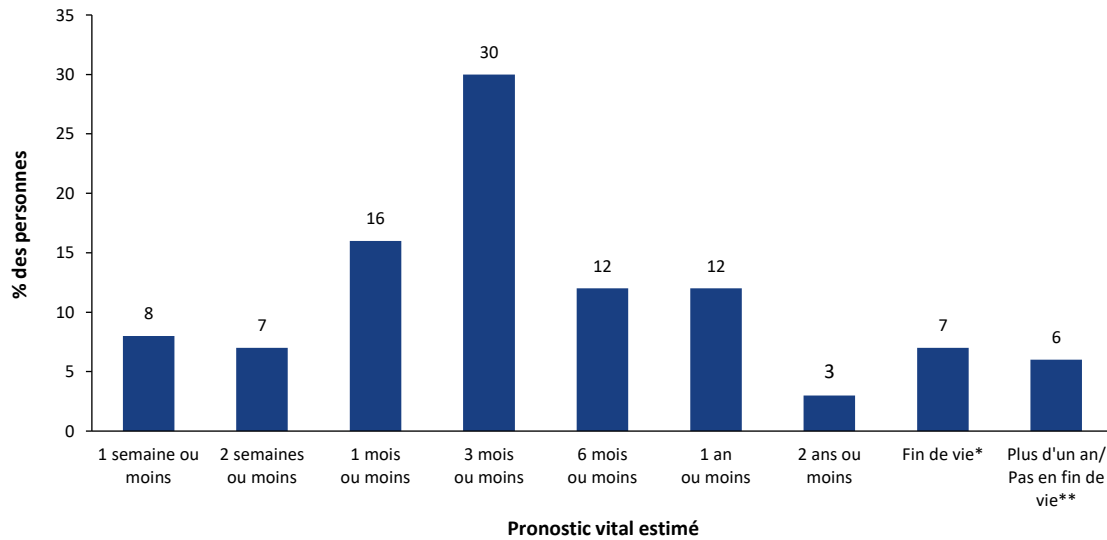
Figure 3.8 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le diagnostic principal



La majorité des personnes qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital estimé de 1 semaine ou moins à 3 mois ou moins (61 %) et la grande majorité avaient un pronostic de 1 semaine ou moins à 1 an ou moins (84 %; figure 3.9). 7 % des personnes étaient considérées en fin de vie (sans autre précision) et 6 % avaient un pronostic estimé à plus d'un an ou n'étaient pas considérées en fin de vie.

¹⁰ Les personnes dont le diagnostic principal était un trouble neurocognitif majeur représentent environ 1 % des AMM administrées.

Figure 3.9 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le pronostic vital estimé



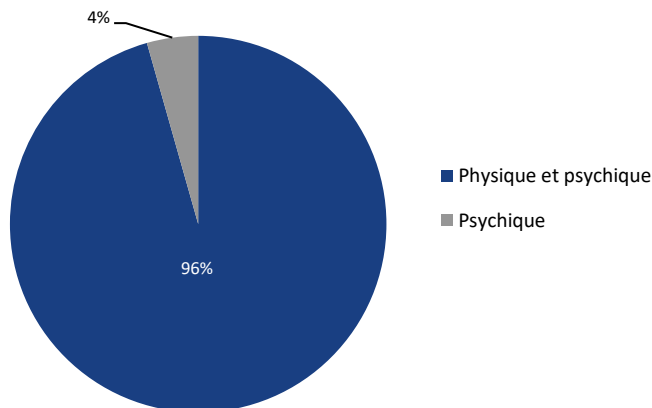
*Dans la plupart des cas, les pronostics vitaux indiqués variaient de quelques jours à quelques mois, sans qu'il soit possible de les préciser davantage, ou encore, les formulations indiquées étaient de nature qualitative (p. ex. pronostic réservé ou sombre).

** 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, mais pour lesquels le médecin considérait que la personne n'était pas en fin de vie.

Les principales incapacités de la personne rapportées dans les déclarations sont l'asthénie (88 %), la cachexie (43 %), une difficulté importante à faire ses activités de la vie quotidienne (40 %), une difficulté importante à se mobiliser (39 %), de la dyspnée au repos ou à l'effort (37 %), un alitement la plupart du temps (27 %), l'anorexie (28 %) et une dysphagie importante (11 %).

La très grande majorité des personnes qui ont reçu l'AMM présentaient à la fois des souffrances physiques et psychiques (96 %; figure 3.10). Les souffrances sont celles mentionnées dans le formulaire de déclaration; il est possible qu'une personne ait pu présenter des souffrances qui n'ont pas été inscrites au formulaire.

Figure 3.10 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le type de souffrance



La grande majorité des formulaires font mention que les souffrances de la personne étaient en lien avec la perte de capacité à effectuer les activités significatives (97 %) ou les activités de la vie quotidienne (91 %) et en lien avec une perte de dignité (73 %). Plus de la moitié (53 %) indiquent un contrôle inadéquat de la douleur ou des préoccupations à ce sujet ou un contrôle inadéquat d'autres

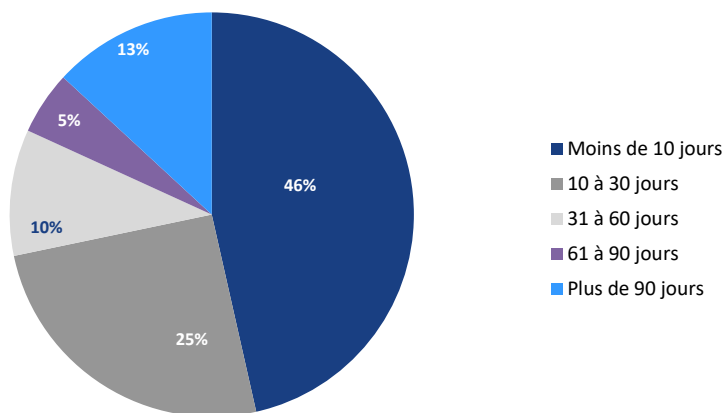
symptômes ou des préoccupations à ce sujet (54 %). Environ 47 % indiquent des souffrances en lien avec la perception de la personne d’être un fardeau pour sa famille, ses amis ou ses soignants, 44 % des souffrances en lien avec une perte d’indépendance (p. ex. de son autonomie complète ou majeure sur sa vie), 35 % rapportent une détresse émotionnelle, de l’anxiété, de la peur ou une souffrance existentielle¹¹, 32 % font référence à une perte des fonctions corporelles et 24 % rapportent un sentiment 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 (63 %), l’absence de traitement (38 %), le refus de traitement (32 %) et des effets secondaires des traitements inacceptables pour la personne (18 %).

3.2.3. Demande et administration de l’AMM

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 38 jours. Ce délai est légèrement plus élevé par rapport à celui de 2022-2023 (32 jours). La grande majorité des personnes (72 %) ont obtenu l’AMM dans les 30 jours suivant leur demande formelle. Près de la moitié des personnes (46 %) l’ont reçue en moins de 10 jours et 13 % plus de 90 jours après leur demande (figure 3.11).

Figure 3.11 Proportion des personnes qui ont reçu l’AMM selon le délai entre la demande et l’administration du soin

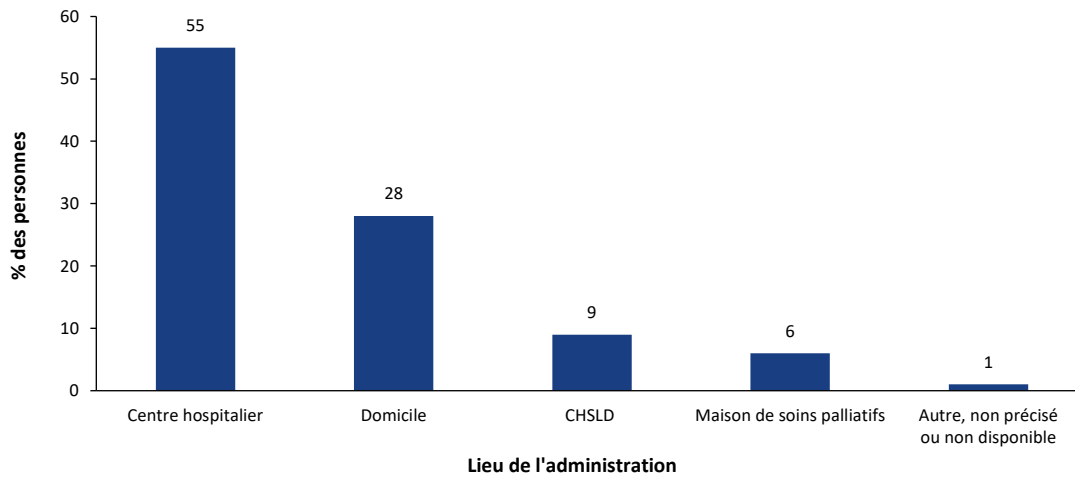


Les proportions des personnes ayant reçu l’AMM moins de 10 jours et de 10 à 30 jours après la signature du formulaire de demande ont légèrement diminué par rapport à l’année précédente, alors que les proportions des personnes ayant reçu l’AMM de 61 à 90 jours et de plus de 90 jours après cette signature ont légèrement augmenté. Pour les AMM administrées moins de 10 jours après la formulation de la demande, plusieurs raisons sont mentionnées, notamment la détérioration importante de la condition de la personne, un état précaire ou l’imminence du décès, l’intensité élevée des souffrances malgré les traitements ou une crainte des souffrances à venir ou encore, un risque ou une crainte de perdre l’aptitude à consentir. Dans plusieurs formulaires, le médecin 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.

Un peu plus de la moitié des AMM ont été administrées en centre hospitalier (55 %), 28 % l’ont été à domicile, 9 % en CHSLD et 6 % en maison de soins palliatifs (figure 3.12). Ces proportions sont similaires à celles de l’année 2022-2023.

¹¹ Les souffrances en lien avec une perte d’indépendance et une détresse émotionnelle/anxiété/peur/souffrance existentielle sont des choix de réponse ayant été ajoutés au formulaire au cours de l’année. Les proportions présentées au rapport sont donc possiblement sous-estimées.

Figure 3.12 Proportion des personnes qui ont reçu l'AMM selon le lieu de l'administration du soin



3.2.4. Professionnels compétents impliqués dans l'administration de l'AMM

Selon les données préliminaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 1 804 médecins ont facturé des honoraires pour des actes relatifs à l'AMM en 2023-2024. Parmi ceux-ci, 952 ont facturé des honoraires pour l'administration d'au moins une AMM. La majorité des médecins impliqués dans l'AMM et de ceux qui ont administré l'AMM sont des omnipraticiens (81 %) et 19 % sont des médecins spécialistes. La majorité (78 %) des médecins qui ont administré l'AMM ont administré entre 1 et 5 AMM, ce qui représente 27 % de toutes les AMM facturées à la RAMQ. Environ 10 % des médecins ont administré entre 6 et 10 AMM, soit 14 % de l'ensemble des AMM, et 13 % ont administré plus de 10 AMM.

Depuis le 7 décembre 2023, l'IPS partage les mêmes privilèges et responsabilités que le médecin concernant l'évaluation d'une demande d'AMM et son administration. Selon les données contenues dans les déclarations reçues à la Commission, 16 AMM ont été administrées par une IPS en 2023-2024.

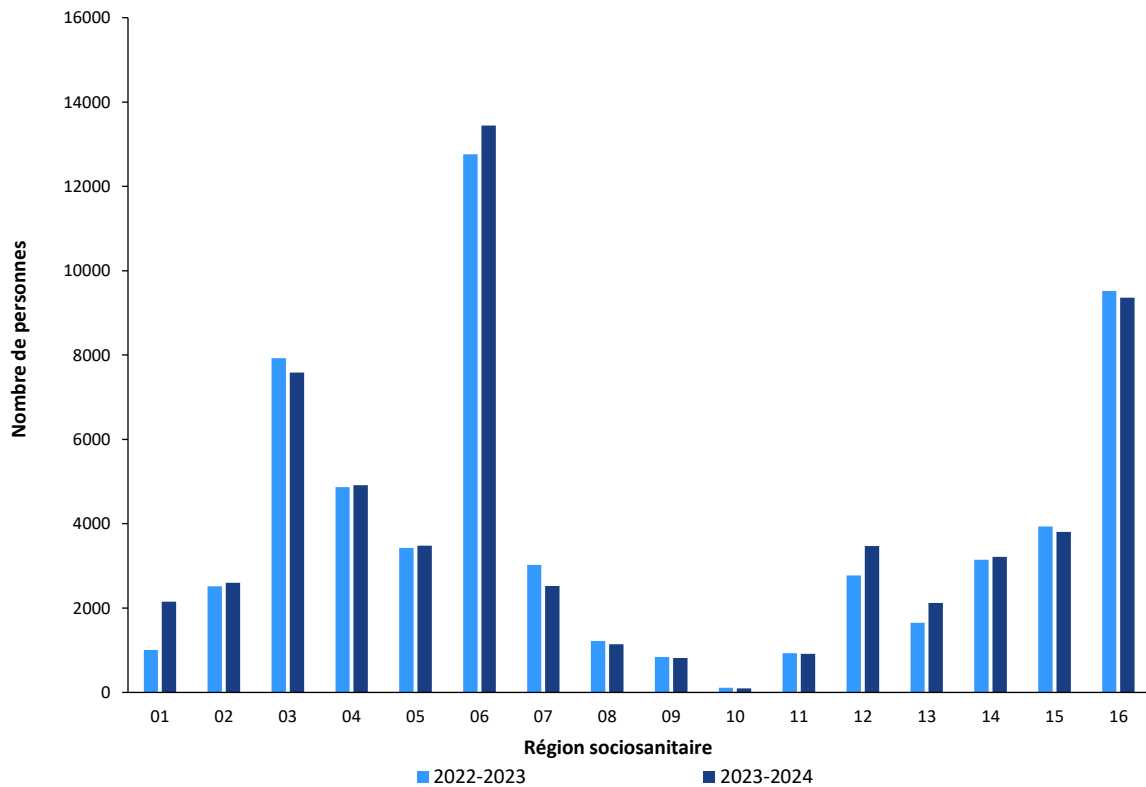
4. DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

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 et l'OIIQ pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024. Les données brutes se trouvent à l'annexe D.

4.1. Soins palliatifs et de fin de vie

Selon les rapports des établissements, 61 659 personnes étaient en SPFV, alors que 59 670 personnes l'étaient au cours de l'année 2022-2023¹². 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



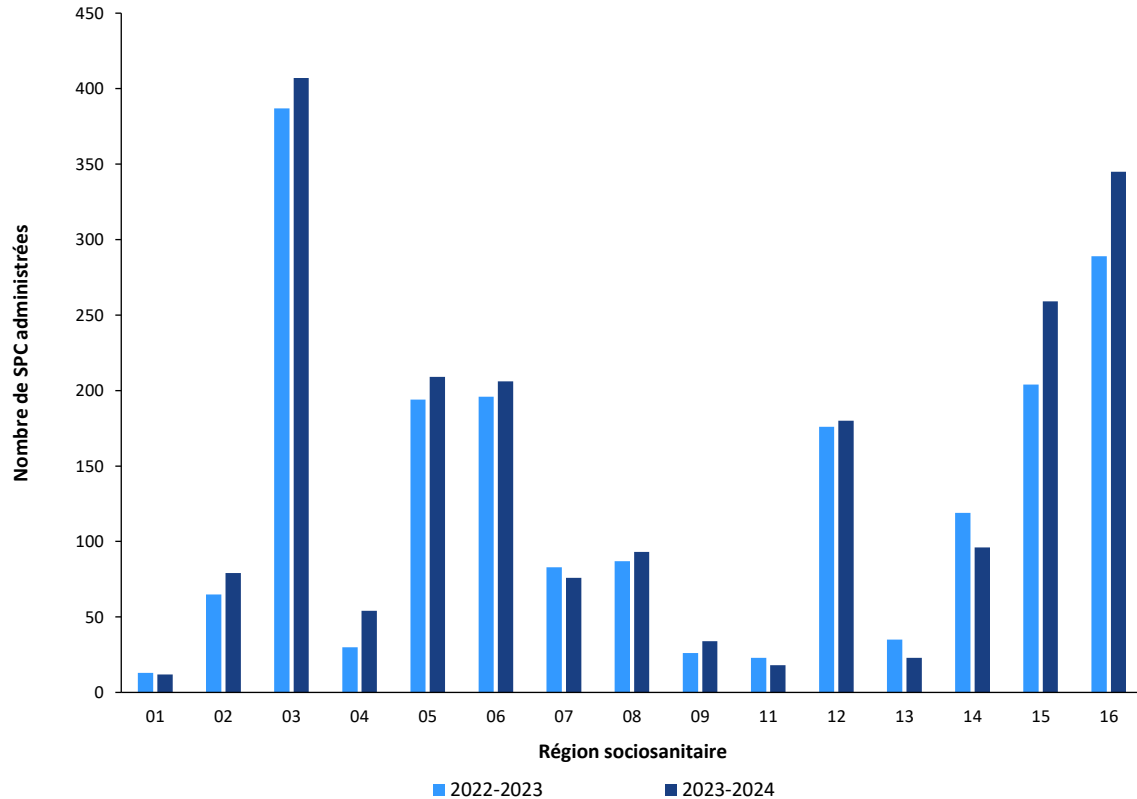
Notes. Les nombres déclarés de personnes en SPFV pour la région 17 sont si petits qu'ils n'apparaissent pas à la figure. La Commission n'a pas reçu le rapport 2023-2024 de la région 18.

¹² Ces données doivent être interprétées avec prudence compte tenu de la variabilité des sources. Elles ne représentent pas le nombre absolu de personnes qui ont reçu des SPFV puisqu'une même personne peut en avoir reçu dans plus d'un lieu de soins.

4.2. Sédation palliative continue

Selon les rapports des établissements, du CMQ et de l'OIIQ, un total de 2 091 SPC administrées ont été déclarées entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, ce qui correspond à une augmentation de 8,5 % comparativement à l'année 2022-2023. Comme l'indique la figure 4.2, le nombre de SPC administrées varie selon la région sociosanitaire.

Figure 4.2 Nombre déclaré de SPC administrées selon la région sociosanitaire

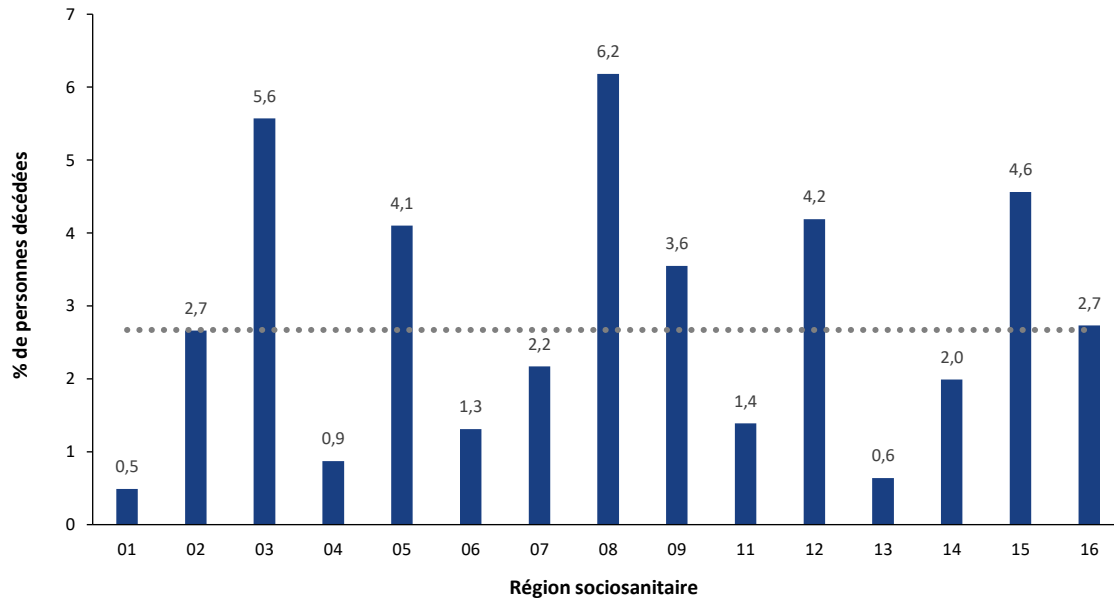


Notes. Le nombre de SPC administrées pour les régions 10 et 17 n'est pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9 SPC). La Commission n'a pas reçu le rapport 2023-2024 de la région 18.

En utilisant les données de l'ISQ relatives au nombre total de décès, on constate que les décès précédés d'une SPC ont représenté 2,7 % des décès survenus au Québec en 2023-2024, ce qui est similaire à la proportion de 2,5 % en 2022-2023. La figure 4.3 présente la proportion de décès précédés d'une SPC selon la région sociosanitaire¹³. On y constate que certaines régions ont une proportion de décès précédés d'une SPC plus élevée que d'autres régions comptant une population nettement plus importante; il est possible que les SPC soient sous-déclarées dans certains établissements.

¹³ 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. 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 4.3 Proportion de décès précédés d'une SPC selon la région sociosanitaire



Notes. La proportion pour les régions 10 et 17 n'est pas indiquée afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9 SPC). La Commission n'a pas reçu le rapport de la région 18. La ligne pointillée représente la moyenne provinciale (2,7 %).

Selon les données préliminaires de la RAMQ, 411 médecins ont facturé des honoraires pour l'administration d'une SPC en 2023-2024. La très grande majorité de ces derniers sont des omnipraticiens (95 %) et 5 % sont des médecins spécialistes.

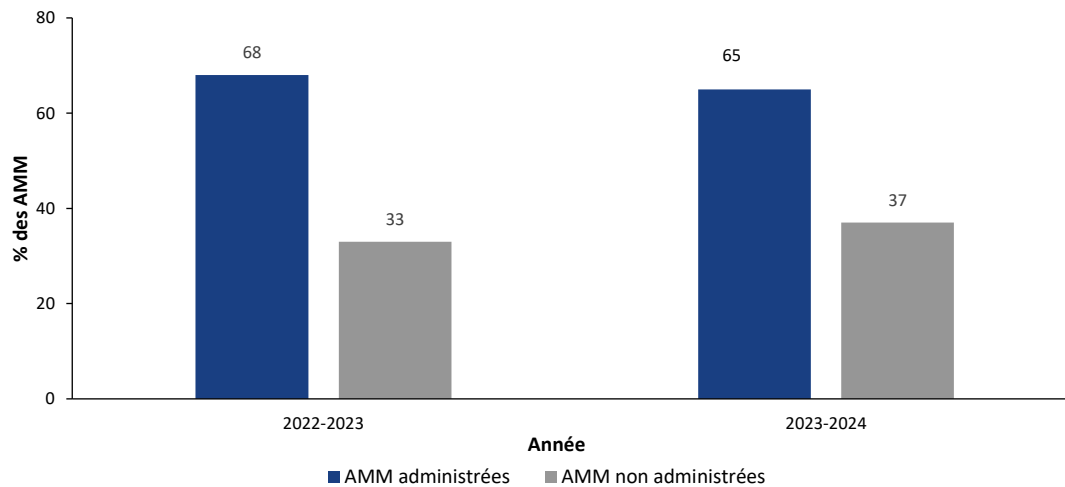
4.3. Aide médicale à mourir

Selon les rapports des établissements¹⁴, 8 473 demandes d'AMM ont été formulées entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024. Il s'agit d'une augmentation de 13,5 % comparativement à l'année 2022-2023. Au total, 65 % des demandes d'AMM formulées ont été administrées (n = 5 523)¹⁵ et 37 % n'ont pas été administrées (n = 3 139). Malgré une hausse en termes de nombres, la Commission constate que les proportions provinciales des demandes formulées, administrées et non administrées demeurent similaires que celles de l'année précédente (figure 4.4).

¹⁴ Le CMQ et l'OIQ reçoivent respectivement les déclarations des AMM administrées par les médecins et par les IPS exerçant leur profession dans un cabinet privé de professionnel; ils ne reçoivent pas les informations sur les demandes formulées et les AMM non administrées.

¹⁵ Ce nombre n'inclut pas les 351 AMM administrées au cours de l'année 2023-2024 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. Elle fera les vérifications nécessaires.

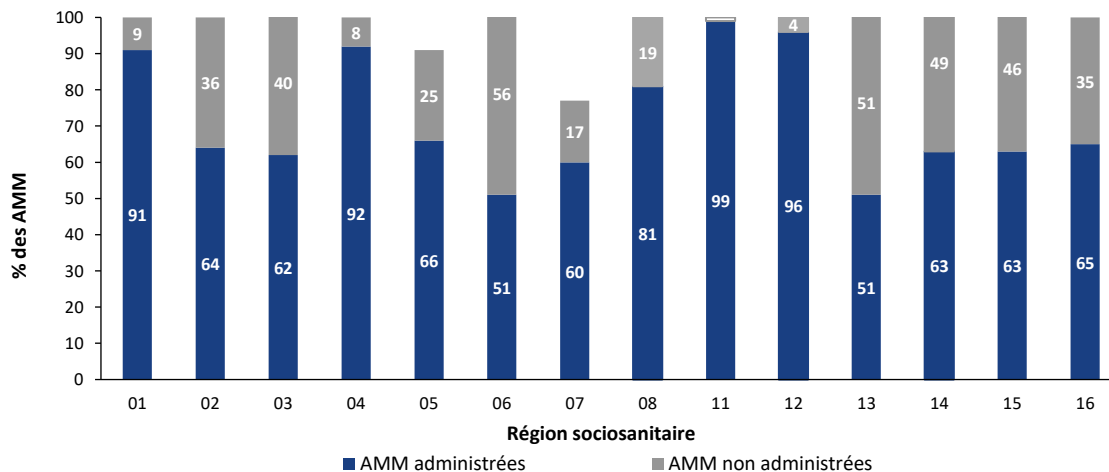
Figure 4.4 Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées



Notes. La somme des AMM administrées et non administrées ne correspond pas au nombre de demandes d'AMM formulées déclaré par les établissements. La somme des proportions dépasse 100 %. En effet, des demandes d'AMM formulées et en évaluation au cours de l'année 2022-2023 ont été administrées ou non administrées en 2023-2024.

La figure 4.5 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 établissements¹⁶. La Commission n'est pas en mesure de vérifier ces données. À l'instar des proportions provinciales, la Commission constate que les proportions des AMM administrées et des AMM non administrées demeurent similaires pour la majorité des régions à celles de l'année 2022-2023.

Figure 4.5 Proportion des AMM administrées et des AMM non administrées selon la région sociosanitaire



Notes. La proportion des AMM administrées et non administrées n'est pas indiquée pour la région 09 puisque le nombre de demandes d'AMM formulées n'est pas disponible. Les proportions pour les régions 10 et 17 ne sont pas indiquées afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9). Pour cette même raison, la proportion des AMM non administrées est illustrée à l'aide de pointillés lorsque le nombre transmis est < 10. La Commission n'a pas reçu le rapport 2023-2024 de la région 18. La somme des AMM administrées et des AMM non administrées ne correspond pas toujours au nombre de demandes formulées déclaré par les établissements. Par conséquent, la somme des proportions parfois n'atteint pas ou dépasse 100 %. En effet, des demandes d'AMM formulées et en évaluation à la fin de l'année 2022-2023 ont été administrées ou non administrées en 2023-2024.

¹⁶ 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.

Pour l'année 2023-2024, 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 (29 %), soit que la demande était en cours d'évaluation ou de processus (22 %), soit qu'elle ne répondait pas ou ne répondait plus aux critères d'admissibilité à l'AMM prescrits par la LCSFV (18 %), soit qu'elle a retiré sa demande (15 %; tableau 4.1).

Tableau 4.1 Nombre et proportion des demandes d'AMM non administrées selon le motif de la non-administration de l'AMM

Motif de la non-administration de l'AMM	Nombre de demandes d'AMM (%)	
	2022-2023	2023-2024
La personne est décédée avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM	765 (32 %)	920 (29 %)
La demande était en cours d'évaluation ou de processus	448 (18 %)	674 (22 %)
La personne ne répondait pas ou plus aux critères d'admissibilité	452 (19 %)	579 (18 %)
La personne a retiré sa demande	362 (15 %)	464 (15 %)
La personne est retournée à domicile ou a été transférée en maison de soins palliatifs ou dans un autre centre hospitalier ^a	266 (11 %)	331 (11 %)
Autre motif ^b	78 (3 %)	104 (3 %)
Une autre option de traitement a été privilégiée	47 (2 %)	63 (2 %)
Total^c	2 418 (100 %)	3 135 (100 %)

Note. Les motifs de non-administration de l'AMM de certains établissements ne sont pas disponibles.

^a Les renseignements transmis 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.

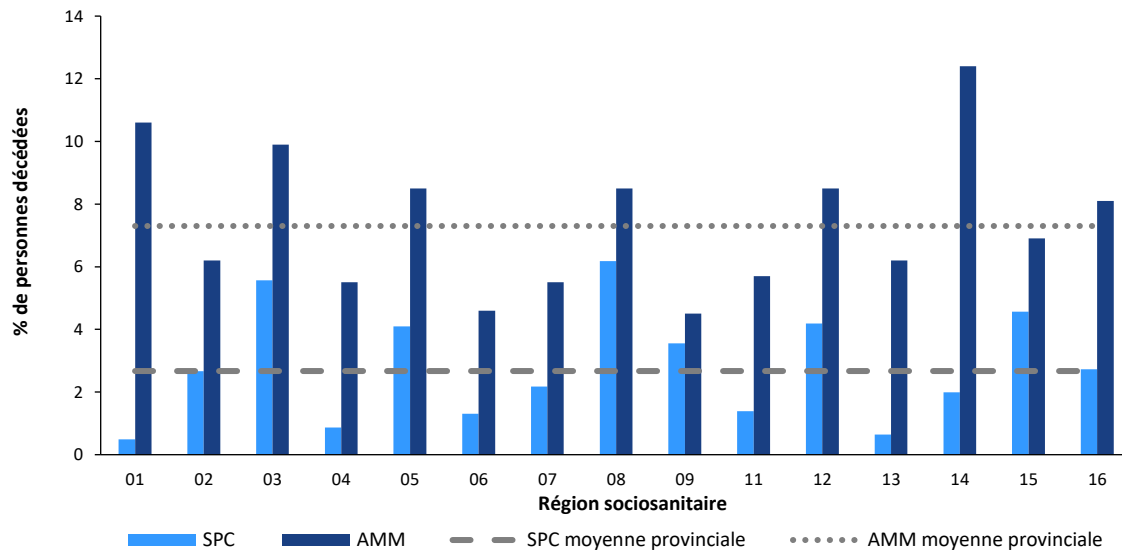
^b Les autres motifs sont sans précision (2022-2023, n=68; 2023-2024, n=78), en suspens ou en attente d'une date (2022-2023, n=10; 2023-2024, n=26).

^c La somme des motifs de non-administration ne correspond pas au nombre d'AMM non administrées déclaré par les établissements.

4.4. Sédation palliative continue et aide médicale à mourir

La SPC et l'AMM sont deux soins ultimes pour soulager les souffrances insupportables 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 2023-2024, la proportion de décès précédés d'une SPC a été de 2,7 % et la proportion de décès par AMM a été de 7,3 %; c'est donc près de 10 % des décès pour l'ensemble du Québec. Ces proportions varient selon la région sociosanitaire (figure 4.6).

Figure 4.6 Proportion de décès précédés d'une SPC et des décès par AMM selon la région sociosanitaire



Notes. Le nombre de SPC administrées et déclarées par les établissements, le CMQ et l'OIIQ a été utilisé pour calculer la proportion de décès précédés d'une SPC. La Commission n'a pas reçu le rapport 2023-2024 de la région 18. 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. La proportion de décès n'est pas indiquée pour les régions 10 et 17 afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9).

5. CONSTATS

Au cours de l'année 2023-2024, la Commission a consolidé ses liens avec le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec différents partenaires concernés par les SPFV. 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 les analyses et l'élaboration de son rapport quinquennal sur la situation des soins de fin de vie. Les principaux constats de la Commission qui découlent de ses activités sont les suivants :

Concernant l'aide médicale à mourir

- La croissance du nombre d'AMM administrées, observé depuis l'entrée en vigueur de la LCSFV, tend à ralentir. Le nombre de demandes formelles d'AMM en 2023-2024 a augmenté de 13,5 % comparativement à l'année 2022-2023. Un total de 5 717 personnes ont reçu l'AMM, ce qui représente 7,3 % des décès au Québec. C'est une augmentation de 9 % comparativement à l'année précédente, étant la plus faible augmentation annuelle depuis 2015.
 - Les proportions de diagnostic dans les diverses catégories de maladie grave et incurable rendant la personne admissible à l'AMM sont comparables d'une année à l'autre. L'augmentation du nombre d'AMM administrées n'est pas due à des personnes qui sont nouvellement admissibles.
 - Depuis le 7 mars 2024, la personne ayant une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes est admissible à l'AMM au Québec. La Commission pourra présenter les premières données dans son prochain rapport annuel d'activités.
 - Le retrait du critère de fin de vie comme condition d'admissibilité n'est à l'origine que de 6 % des AMM. La très grande majorité des personnes qui ont reçu l'AMM étaient en fin de vie ou sur une trajectoire de mort prévisible.
 - La presque totalité des AMM ont été administrées conformément à la LCSFV.
- Un nombre très faible d'AMM administrées ont été considérées par la Commission non conformes à la LCSFV, soit 0,3 %, ce qui est similaire à l'année précédente. Bien que ce nombre soit minime, il impose une vigilance accrue, une communication claire avec les prestataires et une concertation des divers partenaires et instances régulatrices impliqués dans l'AMM.
- Le retrait du critère de fin de vie ouvre l'admissibilité à l'AMM à des cas complexes, pour lesquels il peut être difficile d'évaluer l'admissibilité. Les maladies graves et incurables à l'origine d'une demande d'AMM sont ainsi de plus en plus variées et complexes.
- La majorité des AMM ont été administrées en centre hospitalier (55 %), alors que 28 % l'ont été à domicile, 9 % en CHSLD et 6 % en maison de soins palliatifs. Comme pour les SPFV, la Commission est d'avis que l'AMM devrait être administrée au lieu respectant les volontés de la personne.
- Les proportions des AMM administrées et des AMM non administrées ont été de 65 % et 37 %. Elles sont similaires aux dernières années; elles varient selon les régions et les établissements.
- Les principaux motifs de la non-administration de l'AMM sont que la personne est décédée avant la fin de l'évaluation ou avant l'administration de l'AMM, la personne ne rencontrait pas ou plus les critères d'admissibilité et la personne a retiré sa demande d'AMM.
- En date du 31 mars 2024, 21 820 personnes ont reçu l'AMM au Québec depuis que ce soin est disponible. C'est plus par million de population que l'Ontario, le Canada et la Belgique. À cet égard, le Consortium interdisciplinaire de recherche sur l'aide médicale à mourir (CIRAMM) a été constitué pour mieux comprendre le recours à l'AMM en contexte québécois.

Concernant la sédation palliative continue

Le nombre déclaré de SPC administrées au cours de l'année 2023-2024 a augmenté de 8,5 % comparativement à l'année précédente et représente 2,7 % des décès survenus au Québec.

Concernant les soins palliatifs et de fin de vie

Ce rapport observe une augmentation du nombre de personnes en SPFV pour la majorité des régions en 2023-2024 comparativement à l'année précédente. La Commission ne peut toutefois se prononcer quant à savoir si les besoins des personnes pouvant bénéficier de SPFV sont comblés.

Concernant l'information du public et des soignants et des intervenants du réseau sur les soins palliatifs et de fin de vie

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. CONCLUSION

Le présent rapport annuel de la Commission présente ses activités au cours de la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024 et fait état des déclarations reçues des prestataires d'AMM ainsi que des données lui ayant été transmises par les établissements publics de santé et de services sociaux, le CMQ et l'OIIQ en ce qui concerne les SPFV, la SPC et l'AMM.

Le maître-mot se dégageant de ce rapport est « stabilité ». En effet, la courbe du nombre d'AMM administrées s'infléchit et annonce un plateau en 2024¹⁷. Par ailleurs, les données relatives aux SPFV, à la SPC et à l'AMM demeurent similaires à l'année 2022-2023. Cette stabilité est telle que, à la veille de la 10^e année de la mise en œuvre de la LCSFV, on serait tenté de prédire les données de 2024-2025.

Quelques éléments découlant des données présentées méritent toutefois mention. Tout d'abord, la démographie des personnes qui reçoivent les SPFV reste stable. Quant à l'AMM, la Commission constate que la variabilité régionale persiste. Bien que la presque totalité des AMM administrées ont été conformes à la LCSFV (99,7 %), mentionnons qu'un certain nombre de cas d'AMM complexes ont été médiatisés, lesquels ont soulevé des questionnements. En effet, la LCSFV ne peut prévoir tous les cas de figure et d'exception. Enfin, précisons que le nombre d'AMM jugées non conformes, c'est-à-dire les AMM qui outrepassent les limites des critères de la LCSFV, demeure très marginal. Ces cas, bien que peu nombreux, sont les sentinelles qui invitent à la prudence.

Selon les données présentées, les proportions de décès précédés d'une SPC et de décès par AMM, lorsque combinées, correspondent à 10 % du nombre total des décès survenus au Québec en 2023-2024. En soustrayant ces décès, les morts résultant d'accidents, tels que des accidents de la route ou de travail, de suicide, etc., et les morts subites médicales, il reste les personnes décédées des suites d'une maladie chronique les rendant susceptibles de bénéficier de SPFV. En effet, ces dernières nécessitent une approche palliative intégrée, mais la Commission ne peut toutefois se prononcer quant à savoir si les besoins des personnes pouvant bénéficier de SPFV sont comblés. C'est là un défi à relever pour les années futures!

En conclusion, au moment de déposer ce 9^e rapport annuel d'activités, la Commission termine son rapport quinquennal sur la situation de soins de fin de vie au Québec pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2023. Ce rapport tant attendu livrera une analyse en profondeur des diverses données rapportées succinctement dans les rapports annuels. Il traitera de la variabilité des SPFV selon les régions et les établissements et présentera un portrait de la SPC et de l'AMM en abordant les proportions de décès par AMM selon les catégories de diagnostic, les AMM chez les plus de 90 ans, le profil des prestataires d'AMM, les AMM complexes, les AMM jugées non conformes, et fera des comparaisons internationales. La Commission proposera des recommandations visant à bonifier les soins palliatifs et de fin de vie et à en améliorer l'accès au Québec.

¹⁷ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE. Nombre d'AMM administrées par année et par mois (16 septembre 2024). [\[En ligne\]](#).

7. ÉTATS FINANCIERS

Résultats cumulatifs du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

	2022-2023	2023-2024
	\$	\$
Revenu		
Solde (au 1 ^{er} avril)	(6 834)	(192 358)
Gouvernement du Québec	978 500	1 962 991
	<u>971 666</u>	<u>1 770 633</u>
Charges		
Traitements et avantages sociaux	619 403	878 793
Contractuels et prêts de services	-	103 824
Honoraires des membres	332 893	407 170
Honoraires professionnels	5 872	24 938
Frais de réunion	20 924	23 793
Informatique	8 996	28 967
Papeterie, impression et frais de bureau	149	383
Frais de déplacement employés	6 561	5 982
Frais de formation, congrès et représentation	4 226	4 060
Frais de location d'espace et de soutien administratif	165 000	165 000
	<u>1 164 024</u>	<u>1 642 911</u>
Excédent (déficit) de l'exercice	(192 358)*	127 722

* Ce déficit a été comblé par une subvention supplémentaire pour l'exercice financier 2023-2024.

ANNEXE A - COMPOSITION DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Membres actifs au cours de l'année 2023-2024, de la rédaction et de l'adoption du présent rapport

D^r Michel 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.

D^{re} Josée Courchesne, vice-présidente

Médecin de famille

Nommée le 16 décembre 2015 après consultation du CMQ et désignée vice-présidente. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020.

M^{me} Maryse Carignan

Infirmière, retraitée du réseau de la santé depuis 2022, agit maintenant comme consultante experte en SPFV et formatrice

Nommée le 16 décembre 2015 après consultation de l'OIIQ. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020 ayant pris fin le 21 août 2024.

M^e 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^{me} Véronique Fraser

Infirmière de pratique avancée, aide médicale à mourir, mission des soins de cancer, Centre universitaire de santé McGill et éthicienne

Nommée le 27 septembre 2023 après consultation des établissements d'enseignement universitaires.

M^{me} Gizelia-Zelda Freitas

Travailleuse sociale, conseillère cadre en services cliniques des Pratiques professionnelles avec services multidisciplinaires au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et professeure adjointe à l'École de travail social de l'Université McGill

Nommée le 27 septembre 2023 après consultation de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

M^{me} Catherine Lapointe-Girard

Pharmacienne à l'Hôtel-Dieu de Lévis et adjointe au chef du département régional de pharmacie du CISSS de Chaudière-Appalaches

Nommée le 27 septembre 2023 après consultation de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

D^r David Lussier

Gériatre et directeur de la clinique de gestion de la douleur chronique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal au 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 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} Marielle Philibert

Présidente du comité des usagers et membre du conseil d'administration du 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. Marc Rochefort

Vice-président du Comité de direction de l'Observatoire québécois de la proche aide du Québec

Nommé le 27 septembre 2023 après consultation des organismes représentant les comités des usagers des établissements.

Membres actifs au cours de l'année 2023-2024 et dont le mandat était terminé au moment de la rédaction et de l'adoption du présent rapport

M^e Josée Bédard

Notaire

Nommée le 27 septembre 2023 après consultation de la Chambre des notaires du Québec. Démission le 3 juin 2024.

M. Patrick Durivage

Travailleur social en soins palliatifs à domicile, CLSC René-Cassin et coordonnateur du domaine d'expertise en soins palliatifs au 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 ayant pris fin le 27 septembre 2023.

M^e Jean Lambert

Notaire

Nommé le 16 décembre 2015 après consultation de la Chambre des notaires du Québec. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020 ayant pris fin le 27 septembre 2023.

M Robert Thiffault

Pharmacien, retraité du réseau de la santé depuis 2020

Nommé le 16 décembre 2015 après consultation de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Mandat renouvelé le 16 décembre 2020 ayant pris fin le 27 septembre 2023.

M^{me} Bilkis Vissandjée

Professeure à la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche en santé publique 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 ayant pris fin le 27 septembre 2023.

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

En vigueur au 31 mars 2024¹⁸

CHAPITRE IV

EXIGENCES PARTICULIÈRES RELATIVES À CERTAINS SOINS DE FIN DE VIE

[...]

SECTION II

AIDE MÉDICALE À MOURIR

26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

1° elle est majeure et apte à consentir aux soins, sauf exception relativement à cette aptitude de la personne prévue au troisième alinéa de l'article 29;

2° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

3° elle est dans une des situations suivantes :

a) elle est atteinte d'une maladie grave et incurable et sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

b) elle a une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes (en vigueur depuis le 7 mars 2024);

4° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Pour l'application du paragraphe 2° du premier alinéa, est assimilée à une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie une personne dont le coût des services de santé assurés qu'elle reçoit ou peut recevoir est assumé autrement qu'en application de cette loi du fait de sa détention au Québec ou du fait qu'elle y réside et qu'elle soit en service actif dans les Forces armées canadiennes.

Pour l'application du sous-paragraphe a du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande.

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 professionnel compétent qui traite la personne, le remet à celui-ci.

[...]

29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le professionnel compétent 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 ou de l'évolution clinique prévisible de la déficience physique en considération de son état, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences ou des mesures appropriées pour compenser ses incapacités;

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) si elle le souhaite, en s'entretenant de sa demande avec ses proches ou avec toute autre personne qu'elle identifie;

2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;

2.1° si la personne a une déficience physique, s'assurer qu'elle a évalué la possibilité d'obtenir des services de soutien, de conseil ou d'accompagnement, notamment de l'Office des personnes handicapées du Québec, d'un organisme communautaire ou d'un pair aidant, tels que de l'assistance aux fins d'amorcer une démarche de plan de services à son égard;

3° obtenir l'avis d'un second professionnel compétent confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

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

¹⁸ Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001. [\[En ligne\]](#).

Lorsqu'une personne en fin de vie est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande, le professionnel compétent 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 au moyen du formulaire prescrit par le ministre et en présence d'un professionnel compétent, 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 C - DONNÉES DE LA COMMISSION CONCERNANT LES AIDES MÉDICALES À MOURIR ADMINISTRÉES

Tableau C1 Caractéristiques des personnes qui ont reçu l'AMM

Sexe	Nombre	%
Homme	3 029	53
Femme	2 688	47
Total	5 717	100
Âge	Nombre	%
Groupe d'âge (ans)		
18-29	5	< 1
30-39	22	< 1
40-49	67	1
50-59	261	5
60-69	1 063	19
70-79	2 042	36
80-89	1 604	28
90-99	630	11
100 et plus	23	< 1
Total	5 717	100
Âge moyen	76 ans	
Diagnostic principal	Nombre	%
Cancer	3 456	60
Maladie neurodégénérative ou neurologique ^a	528	9
Maladie cardiaque, vasculaire ou cérébrovasculaire	388	7
Maladie pulmonaire	385	7
Polypathologie ou plus d'un diagnostic principal ^b	555	10
Autre ^c	397	7
Aucune maladie grave et incurable telle que définit par la LCSFV	8	0
Total	5 717	100
Pronostic vital ^d	Nombre	%
1 semaine ou moins	431	8
2 semaines ou moins	393	7
1 mois ou moins	942	16
3 mois ou moins	1 708	30
6 mois ou moins	672	12
1 an ou moins	658	12
2 ans ou moins	160	3
Fin de vie ^e	425	7
Plus d'un an / Pas en fin de vie ^f	328	6
Total	5 717	100

^a Les maladies neurodégénératives ou neurologiques 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.

^b 10 % 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 ou encore, une combinaison de plusieurs maladies les avaient rendues admissibles à l'AMM (polypathologie).

^c Les autres diagnostics principaux incluent, entre autres, des maladies musculo-squelettiques, inflammatoires, digestives, rénales et infectieuses.

^d Les catégories sont mutuellement exclusives. Lorsque le pronostic est exprimé à l'aide d'un intervalle temporel, la limite supérieure a été utilisée. La 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.

^e 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, ou encore la formulation était de nature qualitative telle que pronostic sombre ou réservé.

^f 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, mais pour lesquels le médecin considérait que la personne n'était pas en fin de vie.

Tableau C2 Incapacités des personnes qui ont reçu l'AMM

Incapacités ^a	Nombre	% ^b
Incapacités générales	5 096	90
Asthénie	4 987	88
Cachexie	2 431	43
Incapacités neuromotrices	2 401	42
Difficulté importante à faire ses activités de la vie quotidienne	2 244	40
Difficulté importante à se mobiliser	2 214	39
Alitement la plupart du temps	1 509	27
Mobilité limitée au fauteuil roulant	699	12
Contractures/myotonie/tremblements	301	5
Plaies de pression	198	3
Incapacités respiratoires	2 175	38
Dyspnée au repos ou à l'effort léger (parole)	2 128	37
Dépendance au supplément d'oxygène	563	10
Incapacités digestives/nutritionnelles	2 031	36
Anorexie	1 602	28
Dysphagie importante	636	11
Occlusion digestive ou intestinale	371	7
Dépendance au gavage gastrique	92	2
Incapacités cardiaques	403	7
Œdème pulmonaire aigu répété anasarque	265	5
Dépendance au supplément d'oxygène	132	2
Dépendance cardiaque (stimulateur, pace maker, cœur mécanique)	111	2
Incapacités sensorielles	257	5
Cécité acquise partielle	152	3
Cécité acquise totale	48	1
Surdit�e acquise partielle	128	2
Surdit�e acquise totale	26	0,5

^a Choix de réponse inclus dans le formulaire de déclaration électronique. Les formulaires dont la version était antérieure à mai 2019 (n=38) ont été exclus, car le choix de réponses n'existait pas.

^b Pourcentage de formulaires comprenant les choix de réponse (n=5 679) pour lequel chaque réponse est indiquée. La majorité des formulaires contiennent plus d'une réponse.

Tableau C3 Type de souffrance des personnes qui ont reçu l'AMM

Type de souffrance	Nombre	%
Physique et psychique	5 464	96
Psychique	251	4
Physique	2	< 1
Total	5 717	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 C4 Souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM

Souffrance ^a	Nombre	% ^b
Perte de capacité à effectuer des activités significatives	5 492	97
Perte de capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne	5 184	91
Perte de la dignité	4 119	73
Contrôle inadéquat de symptômes autres que la douleur ou préoccupations à ce sujet	3 077	54
Contrôle inadéquat de la douleur ou préoccupations à ce sujet	3 022	53
Fardeau perçu sur la famille, les amis ou les soignants	2 659	47
Perte d'indépendance (p. ex. autonomie complète ou majeure sur sa vie)	2 508	44
Détresse émotionnelle/anxiété/peur/souffrance existentielle	1 968	35
Perte de contrôle des fonctions corporelles	1 841	32
Isolement ou solitude	1 342	24

^a Choix de réponse inclus dans le formulaire de déclaration électronique. Les formulaires dont la version était antérieure à mai 2019 (n=38) ont été exclus, car le choix de réponses n'existait pas. Onze formulaires ont également été exclus, car la réponse était manquante.

^b Pourcentage de formulaires comprenant les choix de réponse (n=5 668) pour lequel chaque réponse est indiquée. La majorité des formulaires contiennent plus d'une réponse.

Tableau C5 Raisons pour lesquelles les souffrances des personnes qui ont reçu l'AMM ne pouvaient être apaisées dans des conditions qu'elles jugeaient tolérables

Raison ^a	Nombre	% ^b
Traitements jugés inefficaces	3 587	63
Aucun traitement	2 131	38
Refus de traitement	1 822	32
Effets secondaires inacceptables	995	18
Traitements existants, mais inaccessibles	106	2

^a Choix de réponse inclus dans le formulaire de déclaration électronique. Les formulaires dont la version était antérieure à mai 2019 (n=38) ont été exclus, car ils ne contenaient pas le choix de réponses.

^b Pourcentage de formulaires comprenant ces choix de réponse (n=5 679) pour lequel chaque réponse est indiquée. La majorité des formulaires contiennent plus d'une réponse.

Tableau C6 Délai entre la demande et l'administration de l'AMM

Délai	Nombre	%
Moins de 10 jours	2 640	46
10 à 30 jours	1 452	25
31 à 60 jours	572	10
61 à 90 jours	303	5
Plus de 90 jours	750	13
Total	5 717	100
Moyenne (jours)		38
Écart type (jours)		93
Médiane (jours)		11

Tableau C7 Nombre et proportion d'AMM selon le lieu de l'administration du soin

Lieu	Nombre	%
Centre hospitalier	3 164	55
Domicile	1 614	28
CHSLD	497	9
Maison de soins palliatifs ^a	364	6
Autre, non précisé, non disponible ^b	78	1
Total	5 717	100

^a 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. Les modifications en conséquence ont été apportées.

^b Les autres lieux incluent, entre autres, une ressource en soins palliatifs et le domicile d'un proche.

ANNEXE D - DONNÉES DES RAPPORTS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC CONCERNANT LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Tableau D1 Nombre de personnes en SPFV selon l'établissement

Région	Établissement	Total
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	2 149
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	2 596
03	CHU de Québec – Université Laval	2 570
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale ^a	4 354
03	IUCPQ – Université Laval	659
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	4 913
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	3 482
06	CHUM	489
06	CUSM	707
06	CHU Sainte-Justine	85
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	4 741
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	1 803
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	1 500
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	1 930
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	1 864
06	Institut de cardiologie de Montréal	327
07	CISSS de l'Outaouais	2 525
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 140
09	CISSS de la Côte-Nord	815
10	CRSSS de la Baie-James	92
11	CISSS de la Gaspésie	806
11	CISSS des Îles	109
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	3 473
13	CISSS de Laval	2 123
14	CISSS de Lanaudière	3 214
15	CISSS des Laurentides	3 805
16	CISSS de la Montérégie-Centre	2 860
16	CISSS de la Montérégie-Est	4 288
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	2 214
17	Centre de santé Inuulitsivik	14
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	12
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ^b	-
Total		61 659

^a Les données de l'établissement incluent celles de la Maison Michel-Sarrazin.

^b La Commission n'a pas reçu le rapport de l'établissement.

Tableau D2 Nombre déclaré de SPC administrées selon l'établissement, le CMQ et l'OIIQ

Région	Établissement	Nombre de SPC administrées	
		2022-2023	2023-2024
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	12	11
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	65	78
03	CHU de Québec – Université Laval	217	256
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	87	73
03	IUCPQ – Université Laval	33	37
03	Maison Michel-Sarrazin	45	37
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	25	39
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	193	208
06	CHUM	16	15
06	CUSM	10	14
06	CHU Sainte-Justine	< 10	< 10
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	69	86
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	< 10	< 10
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	39	27
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	16	19
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	36	33
06	Institut de cardiologie de Montréal	< 10	< 10
07	CISSS de l'Outaouais	83	74
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	86	91
09	CISSS de la Côte-Nord	25	34
10	CRSSS de la Baie-James	< 10	< 10
11	CISSS de la Gaspésie	20	18
11	CISSS des Îles	< 10	0
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	168	179
13	CISSS de Laval	34	23
14	CISSS de Lanaudière	119	96
15	CISSS des Laurentides	198	255
16	CISSS de la Montérégie-Centre	112	156
16	CISSS de la Montérégie-Est	83	92
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	76	83
17	Centre de santé Inuulitsivik	< 10	< 10
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	< 10	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ^a	-	-
-	Collège des médecins du Québec ^b	49	50
-	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ^b	-	0
Total		1 927	2 091

Note. Le nombre de SPC administrées n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9, < 10).

^a La Commission n'a pas reçu le rapport de l'établissement.

^b Le CMQ et l'OIIQ doivent, chaque année, préparer un rapport concernant les soins de fins de vie dispensés par des médecins et par des IPS qui exercent leur profession dans un cabinet privé de professionnel. Depuis le 7 décembre 2023, les IPS peuvent fournir la SPC.

Tableau D3 Nombre déclaré de SPC administrées et proportion de décès précédés d'une SPC selon la région sociosanitaire

Région sociosanitaire	Nombre de SPC administrées (% de décès après une SPC)	
	2022-2023	2023-2024
01 - Bas-Saint-Laurent	13 (0,5 %)	12 (0,49 %)
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	65 (2 %)	79 (2,66 %)
03 - Capitale-Nationale	387 (4,8 %)	407 (5,57 %)
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	30 (0,5 %)	54 (0,87 %)
05 - Estrie	194 (3,8 %)	209 (4,10 %)
06 - Montréal	196 (1,2 %)	206 (1,31 %)
07 - Outaouais	83 (2,5 %)	76 (2,17 %)
08 - Abitibi-Témiscamingue	87 (5,4 %)	93 (6,18 %)
09 - Côte-Nord	26 (2,8 %)	34 (3,55 %)
10 - Nord-du-Québec	< 10	< 10
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23 (1,9 %)	18 (1,39 %)
12 - Chaudière-Appalaches	176 (4,3 %)	180 (4,19 %)
13 - Laval	35 (1 %)	23 (0,64 %)
14 - Lanaudière	119 (2,5 %)	96 (1,99 %)
15 - Laurentides	204 (3,6 %)	259 (4,56 %)
16 - Montérégie	289 (2,3 %)	345 (2,73 %)
17 - Nunavik	< 10	< 10
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James ^a	-	-
Total	1 927 (2,5 %)	2 091 (2,67 %)

Notes. Le nombre de SPC administrées n'est parfois pas indiqué afin de respecter les règles de confidentialité (0 à 9, < 10). Les SPC déclarées par le CMQ ont été incluses dans chacune des régions.

^a La Commission n'a pas reçu le rapport de l'établissement.

Tableau D4 Nombre déclaré de demandes d'AMM formulées, d'AMM administrées et d'AMM non administrées selon l'établissement, le CMQ et l'OIIQ

Région	Établissement	Nombre d'AMM (%)		
		Demandées	Administrées	Non administrées
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	263	239 (91 %)	24 (9 %)
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	208	134 (64 %)	74 (36 %)
03	CHU de Québec – Université Laval	557	328 (59 %)	229 (41 %)
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	488	307 (63 %)	181 (37 %)
03	IUCPQ – Université Laval	90	64 (71 %)	26 (29 %)
03	Maison Michel-Sarrazin ^a	< 10	< 10	< 10
	Demandes formulées dans un autre établissement	-	< 10	12
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	300	275 (92 %)	25 (8 %)
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	661	435 (66 %)	164 (25 %)
06	CHUM	318	175 (55 %)	177 (57 %)
06	CUSM	177	65 (37 %)	112 (63 %)
06	CHU Sainte-Justine	< 10	< 10	< 10
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	322	160 (50 %)	180 (56 %)
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	144	85 (59 %)	70 (49 %)
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	164	88 (54 %)	101 (62 %)
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	161	89 (55 %)	79 (49 %)
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	115	54 (47 %)	68 (59 %)
06	Institut de cardiologie de Montréal	12	< 10	< 10
07	CISSS de l'Outaouais	319	192 (60 %)	53 (17 %)
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	151	123 (81 %)	28 (19 %)
09	CISSS de la Côte-Nord	N\D	40	< 10
10	CRSSS de la Baie-James	< 10	< 10	< 10
11	CISSS de la Gaspésie	60	60 (100 %)	< 10
11	CISSS des Îles	< 10	< 10	< 10
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	394	380 (96 %)	14 (4 %)
13	CISSS de Laval	434	220 (51 %)	222 (51 %)
14	CISSS de Lanaudière	950	597 (63 %)	463 (49 %)
15	CISSS des Laurentides	610	384 (63 %)	283 (46 %)
16	CISSS de la Montérégie-Centre	576	351 (61 %)	215 (37 %)
16	CISSS de la Montérégie-Est	750	454 (61 %)	296 (39 %)
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	227	200 (88 %)	27 (12 %)
17	Centre régional de santé Inuulitsivik ^b	< 10	< 10	< 10
17	Centre de santé régional Tulattavik de l'Ungava	< 10	< 10	< 10
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ^b	-	-	-
--	Collège des médecins du Québec ^c	-	351	-
	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ^c	-	< 10	-
Total		8 473	5 874 (69 %)	3 139 (37 %)

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 (0 à 9, < 10). La somme des AMM administrées et des AMM non administrées ne correspond pas toujours au nombre de demandes d'AMM formulées déclaré par les établissements. Par conséquent, la somme des proportions parfois n'atteint pas ou dépasse 100 %. En effet, des demandes d'AMM formulées en évaluation au cours de l'année 2022-2023 ont été administrées ou non administrées en 2023-2024.

^a Quelques demandes d'AMM formulées dans d'autres établissements ont été administrées ou non administrées à la Maison Michel-Sarrazin.

^b La Commission n'a pas reçu le rapport de l'établissement.

^c Le CMQ et l'OIIQ doivent, chaque année, préparer un rapport concernant les soins de fins de vie dispensés par des médecins et par des IPS qui exercent leur profession dans un cabinet privé de professionnel. Depuis le 7 décembre 2023, les IPS peuvent évaluer une demande d'AMM et administrer le soin.

