

PROJET DE LOI N° 11



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

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec déposé à la Commission des relations avec les citoyens

Le 24 mars 2023

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	3
1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	5
1.1 ACCÈS AUX DIFFÉRENTES OPTIONS DE SOINS DE FIN DE VIE	6
PROPOSITION N° 1	8
PROPOSITION N° 2	9
1.2 PRÉPARATION, DISTRIBUTION ET SUPERVISION DES TROUSSES D'AMM	9
1.3 AVIS AU PHARMACIEN ET DÉLAIS	12
PROPOSITION N° 3	13
PROPOSITION N° 4	13
PROPOSITION N° 5	13
2. DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI	14
2.1 ARTICLE 6	14
PROPOSITION N° 6	15
2.2 ARTICLE 18 (AJOUT DE 29.4 B)	15
PROPOSITION N° 7	15
2.3 ARTICLE 35 (AJOUT DE 47.2)	16
PROPOSITION N° 8	17
PROPOSITION N° 9	17
CONCLUSION	18
ANNEXE 1	19
ANNEXE 2	21
ANNEXE 3	24

AVANT-PROPOS

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels* (RLRQ, chapitre S-40). Sa mission comprend deux volets, soit la valorisation et l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur l'expertise, les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres, puis la défense et la progression des intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente quelque 1 900 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé, en plus d'établissements privés conventionnés. Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie obtenu au terme de quatre années d'études universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux ont obtenu une formation de second cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée (option établissement de santé). Certains pharmaciens, de plus en plus nombreux, détiennent également un certificat de spécialisation dans un domaine spécifique de la médecine (oncologie, psychiatrie, etc.). Ce certificat est émis par le *Board of Pharmacy Specialties* (BPS) des États-Unis.

Les membres de l'A.P.E.S. œuvrent dans des secteurs cliniques variés. Certains d'entre eux font d'ailleurs partie intégrante des équipes de soins palliatifs. Soulignons que l'A.P.E.S. a mis sur pied, il y a plusieurs années, un réseau afin de regrouper les pharmaciens experts selon leur secteur de pratique. Le Regroupement des pharmaciens experts (RPE) en soins palliatifs est constitué de pharmaciens dévoués qui utilisent leurs fines connaissances de la pharmacothérapie en vue,

notamment, de soulager la douleur des patients qu'ils accompagnent. Le RPE a produit cinq éditions du *Guide pratique des soins palliatifs*¹, dont la quatrième était également vendue en anglais, au Canada et aux États-Unis. Le rayonnement des membres du RPE va donc bien au-delà des frontières québécoises et fait la fierté de l'A.P.E.S.

¹ A.P.E.S. Regroupement des pharmaciens experts en soins palliatifs. Guide pratique des soins palliatifs, 5^e ed., Montréal, 2019, 636 p.

INTRODUCTION

Quelques années après l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV)*, le gouvernement du Québec propose des modifications importantes avec le projet de loi n° 11 (PL 11), soit la *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres modifications législatives*. L'A.P.E.S. tient à remercier les membres de la Commission des relations avec les citoyens de prendre le temps de lire ce mémoire. L'Association aurait souhaité présenter son point de vue aux auditions sur le PL 11 mais n'a malheureusement pu s'insérer dans l'agenda chargé de la Commission pour cette consultation.

Les pharmaciens d'établissement ont la responsabilité exclusive de valider l'ordonnance d'aide médicale à mourir (AMM), de préparer la trousse de médicaments et d'assurer le suivi étroit de son utilisation. Depuis l'entrée en application de la *LCSFV*, ils ont pris ce rôle à cœur et se sont investis afin d'appuyer les équipes médicales pour qui, parfois, les médicaments utilisés ne faisaient pas partie de la pratique courante. Les pharmaciens d'établissement ont été disponibles et soucieux d'assurer une grande qualité dans la préparation sous hotte stérile de ces médicaments injectables. Ils ont aussi parfois accompagné les équipes médicales jusqu'au chevet du patient afin de les assister dans l'administration des doses de médicaments et l'enseignement offert au patient et à ses proches.

La mise en place de ce nouveau soin s'est avérée exigeante pour de nombreux pharmaciens et la collaboration étroite des pharmaciens experts en soins palliatifs a été sollicitée. Ce nouveau rôle, en plus de générer une charge émotive parfois importante a aussi engendré un surplus de travail important pour les départements

de pharmacie, au détriment parfois des soins pharmaceutiques, notamment ceux offerts aux clientèles des soins palliatifs.

L'A.P.E.S. est généralement en accord avec les modifications que propose ce projet de loi et ne prétend pas exposer son point de vue sur toutes les dispositions qu'il contient. Toutefois, l'Association souhaite attirer l'attention de la Commission sur certains éléments qui concernent plus particulièrement les pharmaciens d'établissement, en plus de proposer des pistes d'amélioration relatives tant au projet de loi qu'au processus plus opérationnel de l'AMM dans sa globalité.

Ainsi, vous trouverez d'abord dans le présent mémoire des commentaires généraux, suivis d'éléments spécifiques à certaines dispositions du projet de loi. L'ensemble des propositions formulées sont reprises à l'annexe 1.

1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Depuis l'entrée en vigueur de la *LCSEV*, la proportion de décès par l'AMM a fortement augmenté. En 2021-2022, 3 663 personnes ont reçu l'AMM ce qui représente environ 5,1 % des décès au Québec². Ce soin a été prodigué en centre hospitalier (54 %), à domicile (33 %), en CHSLD (8 %) et en maison de soins palliatifs (5 %). En comparaison, 1 279 personnes avaient reçu l'AMM en 2017-2018³. Ce nombre a donc presque triplé en quatre ans.

Peu importe le lieu où est donné le soin, ce sont les pharmaciens d'établissement qui doivent se charger de la préparation des trousse de médicaments et superviser leur utilisation. Au départ, comme l'AMM était un sujet très sensible et qu'une expertise particulière était requise, notamment quant à la préparation sous hotte stérile et à l'utilisation de ces médicaments injectables, il était adéquat de confier cette responsabilité aux pharmaciens d'établissement. Les pharmaciens ont tout de suite su accompagner les équipes médicales, répondre aux questions à distance ou sur place, certains pharmaciens allant même rencontrer les patients et leur famille afin d'évaluer le patient et d'expliquer les étapes du soin. Depuis l'adoption de la *LCSEV*, les médecins ont acquis une plus grande expérience avec l'utilisation des médicaments nécessaires pour l'AMM puisque ce sont souvent les mêmes équipes

² Gouvernement du Québec. Commission sur les soins de fin de vie. Rapport annuel d'activités 2021-2022. [En ligne] <https://aqdmd.org/wp-content/uploads/2022/12/266-20221209.pdf>

³ Gouvernement du Québec. Commission sur les soins de fin de vie. Rapport annuel d'activités 2017-2018. [En ligne] <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2718720?docref=eL5Kjy2HvNcjemLJk1VGJ>
[A](#)

qui prodiguent le soin. Les pharmaciens sont encore parfois interpellés sur des questions d'ordre clinique, mais le plus souvent, leur rôle consiste à assurer les services de base, soit à préparer les trousseaux et à vérifier leur utilisation.

1.1 Accès aux différentes options de soins de fin de vie

Les patients peuvent choisir parmi trois options de soins de fin de vie : les soins palliatifs traditionnels, la sédation palliative continue et l'AMM. Ces soins peuvent être offerts dans une installation d'un établissement de santé, par exemple un hôpital ou un CHSLD, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile⁴.

Or, comme mentionné précédemment, dans 50 % des cas, l'AMM est prodiguée dans les hôpitaux. Suivant un très court préavis au département de pharmacie, le patient est admis pour recevoir ce soin. Les hôpitaux n'ayant pas de lieu réservé à l'AMM, le patient occupe généralement un lit de médecine ou de soins palliatifs afin d'obtenir le soin.

Compte tenu du nombre limité de lits disponibles dans un établissement de santé, il peut arriver qu'un patient admis à l'urgence alors qu'il a besoin de soins palliatifs doive attendre qu'un lit de soins palliatifs se libère, ce lit étant « réservé » pour un patient ayant demandé l'AMM. Cette situation est préoccupante notamment pour les soins palliatifs au Québec. L'élargissement de l'accès que prévoit le projet de loi est louable et l'A.P.E.S. y est favorable. Toutefois, nul doute que le nombre de décès par AMM va conséquemment continuer à augmenter et le fait que de nombreux

⁴ Gouvernement du Québec. Chapitre S-32.0001. Loi concernant les soins de fin de vie. [En ligne] <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001>

patients ne veulent pas recevoir l'AMM à domicile doit être pris en considération. Ne devrions-nous pas réfléchir à consacrer des ressources spécifiques à l'AMM dans nos établissements de santé ou nos maisons de soins palliatifs pour que les personnes qui choisissent l'AMM puissent y avoir accès au moment voulu sans devoir limiter l'accès aux soins palliatifs traditionnels?

Par ailleurs, en matière de soins pharmaceutiques, le pharmacien d'établissement a un apport considérable dans de nombreuses sphères spécialisées (oncologie, cardiologie, néphrologie, soins critiques, psychiatrie, infectiologie, etc.). Les soins palliatifs requièrent une connaissance pointue de la médication puisque chaque patient est unique. Les pharmaciens sont appelés à proposer des combinaisons de médicaments, à doses variables et par différentes voies d'administration, afin de pallier la douleur parfois très importante des patients en fin de vie. Leur contribution au sein des équipes médicales est reconnue depuis de nombreuses années.

Malheureusement, depuis l'introduction de l'AMM, les pharmaciens d'établissement ont constaté un recul dans leur apport aux soins palliatifs notamment, mais aussi dans d'autres secteurs de soins où ils peinent déjà à offrir des soins adéquats compte tenu du manque d'effectifs. La complexité des thérapies médicamenteuses associées aux soins palliatifs traditionnels et à la sédation palliative continue requiert pourtant que les pharmaciens soient présents au sein des équipes de soins.

Pendant la pandémie, des initiatives ont vu le jour afin d'aider les professionnels de la première ligne dans la prestation des soins palliatifs à domicile alors que les admissions à l'hôpital étaient limitées. Dans la région de Québec, des pharmaciens experts en soins palliatifs ont mis en place un service de garde, afin d'être accessibles

24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour soutenir la prescription des médicaments, aider à soulager la douleur et à contrôler les symptômes des patients à domicile. L'A.P.E.S. considère que de telles initiatives sont porteuses. La mise en place de corridors de services permettant la consultation d'un pharmacien expert en soins palliatifs permettrait de soutenir les équipes de première ligne et les pharmaciens communautaires dans la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

En résumé, pour toutes ces raisons et pour pallier la hausse attendue du nombre de demandes d'AMM, il est essentiel de prévoir des ressources supplémentaires dans les départements de pharmacie, sans quoi ce sont des patients vulnérables d'autres secteurs cliniques qui écoperont des coupes qui devront malheureusement être faites par le chef du département de pharmacie.

PROPOSITIONS

Proposition n° 1

L'A.P.E.S. recommande que des ressources humaines et financières supplémentaires soient réservées dans les établissements de santé et les maisons de soins palliatifs aux patients qui ne veulent pas recevoir l'AMM à domicile, afin de ne pas réduire l'accès à des soins pour les patients en attente d'admission, notamment ceux en soins palliatifs

Proposition n° 2

L'A.P.E.S. recommande que des ressources additionnelles soient allouées aux départements de pharmacie pour gérer les demandes d'AMM et pour que les équipes de soins palliatifs des établissements de santé et des maisons de soins palliatifs puissent compter sur la présence d'un pharmacien afin de les soutenir dans les soins palliatifs traditionnels, la sédation palliative continue et l'AMM. Cet ajout de ressources pourrait également contribuer à offrir un meilleur soutien à la première ligne, y compris aux pharmaciens de pratique privée.

1.2 Préparation, distribution et supervision des trousse d'AMM

Le soin ultime que constitue l'AMM repose sur l'utilisation de trois médicaments, généralement présentés en seringues préparées sous hotte stérile. Ces médicaments sont remis au médecin dans une trousse scellée. Une deuxième trousse contenant les mêmes médicaments servis cette fois en fioles est également remise au médecin en cas de problèmes avec la première trousse, le tout accompagné du matériel d'injection et d'un registre d'utilisation des médicaments. Tout ce processus comporte de multiples signatures, non requises lorsque ces mêmes médicaments sont employés dans d'autres circonstances que l'AMM. Après le soin, le médecin rapporte les médicaments restants et ceux inutilisés au pharmacien. Le pharmacien et le médecin procèdent ensuite au décompte des médicaments résiduels et non

utilisés puis vérifient la correspondance avec le registre. Cette vérification s'applique aussi à la seconde trousse même si elle n'a pas été utilisée⁵ (voir annexes 2 et 3).

En 2021-2022, les départements de pharmacie ont servi près de 7 000 trousse d'AMM (à raison généralement de deux trousse par patient), incluant 33 % de trousse utilisées à domicile. Cet ajout important aux tâches des départements de pharmacie s'est fait à même les ressources existantes, aucun financement additionnel n'ayant été accordé.

Or, les pharmaciens évaluent que chaque cas d'AMM requiert de leur part de deux à trois heures de travail, notamment en raison du lourd encadrement administratif. Le temps nécessaire est encore plus long lorsque le patient n'est pas connu de l'établissement et qu'il reçoit l'AMM à domicile puisque des démarches doivent être faites pour obtenir et analyser son dossier pharmacologique afin de valider l'ordonnance.

Au moment de l'entrée en vigueur de la *LCSFV* en décembre 2015, le Québec se trouvait devant un soin nouveau et un enjeu d'une grande sensibilité pour la population. Les autorités gouvernementales et les ordres professionnels concernés voulaient donc s'assurer que tout le processus encadrant et permettant la fin de vie soit exempt de tout élément pouvant inquiéter la population québécoise. C'est ainsi

⁵ Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec. Actualisation Chapitre 5 : La gestion des médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir. Tiré de : L'aide médicale à mourir, 2022. [En ligne]

https://opq.en1clic.ca/document/3687/AMM_Gestion_medicaments_chap_5_OPQ_V02.pdf

que des guides ont été publiés afin d'encadrer cette pratique, notamment les interventions des médecins et des pharmaciens.

Aujourd'hui toutefois, le contexte a beaucoup changé. Les équipes de soins ont acquis une expertise en la matière et ont su intégrer ce soin parmi les outils thérapeutiques offerts à leurs patients. En outre, l'expérience démontre clairement que le processus est réalisé dans le respect et la dignité et que la population québécoise y a généralement accès sans entrave lorsque les critères cliniques sont respectés.

Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de demandes d'AMM suivant l'adoption du PL 11, l'A.P.E.S. croit qu'il est temps que les pharmaciens de pratique privée soient inclus au processus de validation des ordonnances d'AMM, puis à la préparation et à la distribution des trousse de médicaments pour les patients qui choisissent de recevoir ce soin à domicile. D'abord, ces pharmaciens sont les mieux placés pour évaluer le dossier de patients qu'ils connaissent déjà. De plus, ils détiennent les compétences requises et pourront être soutenus, au départ, par leurs collègues du secteur hospitalier au besoin. Notons que pour permettre aux pharmacies privées de servir les trousse d'AMM, les médicaments doivent tous être inscrits à la liste des médicaments remboursés par le Régime public d'assurance médicaments, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En outre, l'A.P.E.S. recommande que le processus soit allégé afin de réduire le fardeau administratif important qui incombe aux pharmaciens et aux médecins. Le nombre de signatures requises et le nombre d'entrées à faire aux différents registres (fédéral et provincial) alourdissent considérablement le processus et n'ont plus

autant leur place en 2023 (voir annexes 2 et 3). En effet, les médicaments utilisés dans l'AMM le sont au quotidien pour d'autres indications et ne font pas l'objet d'une surveillance aussi étroite. Il faut faire confiance aux professionnels de la santé déjà formés pour exercer une surveillance et assurer la sécurité des soins dispensés, afin de réduire le fardeau administratif au strict minimum. Autrement, ces éléments pourraient éventuellement réduire l'offre du soin en mobilisant trop de ressources professionnelles pour un volet purement administratif sans aucune valeur ajoutée.

1.3 Avis au pharmacien et délais

Un enjeu lié au processus d'AMM est l'absence de délais suffisants pour permettre au pharmacien de valider l'ordonnance et le dossier clinique du patient, puis au département de pharmacie pour préparer les trousse de médicaments. La préparation en seringues exige du temps technique et aussi la disponibilité de hottes stériles qui, très souvent, sont déjà utilisées à pleine capacité. Par conséquent, les délais parfois très courts entre le moment où l'ordonnance est transmise à la pharmacie et la date et l'heure prévues pour le soin créent fréquemment un branle-bas au département de pharmacie et entraînent l'arrêt soudain d'activités afin de prioriser la préparation des médicaments pour l'AMM.

Évidemment, les pharmaciens sont et demeureront disponibles pour que les médicaments soient prêts, peu importe le moment choisi par la personne en fin de vie. Toutefois, dès que la décision est prise par le professionnel compétent, qu'il s'agisse d'une demande anticipée ou d'une demande contemporaine, ce professionnel devrait avoir l'obligation de prévenir le pharmacien immédiatement.

Cela permettra une organisation du travail plus fluide et évitera des pertes de productivité parfois importantes au département de pharmacie.

PROPOSITIONS

Proposition n° 3

Pour les patients qui désirent recevoir l'AMM à domicile, l'A.P.E.S. recommande que les trousseaux de médicaments soient distribués par les pharmacies privées.

Proposition n° 4

L'A.P.E.S. recommande que le processus de reddition de comptes et de surveillance soit revu afin de réduire le fardeau administratif qui incombe aux professionnels de la santé, notamment aux pharmaciens et aux médecins.

Proposition n° 5

L'A.P.E.S. recommande que le professionnel compétent avise le pharmacien de sa décision d'administrer l'AMM et du moment fixé par la personne en fin de vie dès que cette décision est prise.

2. DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI

2.1 Article 6

Cet article prévoit la constitution d'un « groupe interdisciplinaire composé d'experts, notamment afin de soutenir et d'accompagner sur demande, les professionnels de la santé ou des services sociaux ou les autres intervenants concernés qui participent à l'offre de soins de fin de vie ». L'A.P.E.S. comprend de ce libellé que ce groupe est en fait l'actuel groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) créé en vertu des *Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir*⁶.

Les pharmaciens d'établissement font partie de ces GIS. Compte tenu de l'omniprésence de la pharmacothérapie dans les soins de fin de vie, l'A.P.E.S. est d'avis que ce groupe doit continuer à inclure, parmi ses experts, le pharmacien d'établissement. Ce dernier pourra d'ailleurs assurer la liaison avec le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), particulièrement si la distribution des trousseaux d'AMM se fait en pharmacie privée pour les patients à domicile. Cette liaison permettrait alors un appui aux pharmaciens de pratique privée et assurerait une transition harmonieuse vers la préparation et la distribution des trousseaux par les pharmacies communautaires.

⁶ Gouvernement du Québec. Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir, 2015. 21 p.

PROPOSITION

Proposition n° 6

L'A.P.E.S. recommande que le groupe interdisciplinaire proposé à l'article 6 du projet de loi inclue obligatoirement un pharmacien d'établissement.

2.2 Article 18 (ajout de 29.4 b)

Cet article mentionne que le professionnel compétent, qui prête assistance à la personne demandant l'AMM, doit l'informer de l'évolution prévisible de la maladie et du pronostic relatif à celle-ci, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences. L'A.P.E.S. est d'avis que ce libellé, bien qu'il puisse inclure les options de fin de vie, mériterait d'être plus précis afin que soient présentées à la personne les autres options thérapeutiques de fin de vie offertes, à savoir les soins palliatifs traditionnels et la sédation palliative continue. Cette approche vise à s'assurer que ces éléments sont bel et bien mentionnés par le professionnel compétent et que la personne sera clairement informée du fait que l'AMM n'est pas la seule possibilité qui s'offre à elle.

PROPOSITION

Proposition n° 7

L'A.P.E.S. recommande que soit ajoutée, dans l'article 18 (à la fin de l'article ajouté en 29.4 b), la mention « ainsi que des différentes options thérapeutiques de soins de fin de vie qui sont offertes. »

2.3 Article 35 (ajout de 47.2)

Cet article indique que le pharmacien qui fournit un médicament en vue de l'AMM doit transmettre les renseignements déterminés par règlement à la Commission sur les soins de fin de vie. L'A.P.E.S. est préoccupée par cette exigence qui s'ajoute à celles existantes. En ce moment, les pharmaciens ont l'obligation de tenir à jour le dossier pharmacologique du patient ainsi que de compléter le registre de renseignements exigés par le gouvernement fédéral. Comme mentionné précédemment, la charge administrative associée à l'AMM est très lourde. L'A.P.E.S. est d'avis que les renseignements requis par l'un ou l'autre des paliers de gouvernement devraient être les mêmes et ne pas constituer une duplication.

Par ailleurs, nous aurons au Québec, dans les prochains mois, un nouveau titre d'emploi en soutien à la pratique pharmaceutique, soit celui de technicien en pharmacie (TP). Les premiers diplômés arriveront au printemps 2024. À l'instar du gouvernement fédéral qui inclut à son *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* le fait que le technicien en pharmacie peut être désigné à titre de destinataire des renseignements en vue d'aider le praticien à fournir l'AMM⁷, l'A.P.E.S. est d'avis que les TP devraient être inclus au projet de loi pour soutenir les pharmaciens dans la transmission des renseignements exigés par le règlement.

⁷ Gouvernement du Canada. Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir. [En ligne] <https://www.canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2022/2022-11-09/html/sor-dors222-fra.html>

PROPOSITIONS

Proposition n° 8

L'A.P.E.S. recommande d'arrimer les exigences provinciales à celles que prévoit la loi fédérale afin d'alléger le processus administratif associé à la transmission de renseignements sur l'AMM et d'éviter une duplication de saisie des données.

Proposition n° 9

L'A.P.E.S. recommande d'ajouter à l'article 35 (dans l'ajout de l'article 47.2) que le technicien en pharmacie peut agir comme une personne pouvant compléter les renseignements demandés, en soutien au pharmacien.

CONCLUSION

Les pharmaciens d'établissement appuient généralement les modifications proposées au projet de loi n° 11, soit la *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*.

Toutefois, l'expérience des dernières années amène notre organisation à soumettre quelques propositions permettant d'améliorer le processus général de fin de vie, plus précisément d'AMM. Notre préoccupation à l'égard du fardeau administratif que comporte le processus d'AMM a été largement évoquée. À cela s'ajoute la nécessité de revoir immédiatement la préparation et la distribution des trousse de médicaments de manière à inclure les pharmacies privées au processus pour les patients qui choisissent de recevoir le soin à domicile.

Nous avons également mis en lumière le besoin d'un ajout de ressources permettant d'assurer le soin d'AMM pour les patients qui le requièrent sans devoir couper dans d'autres types de soins pharmaceutiques. Citons ici ceux offerts en soins palliatifs qui demeurent une option significative pour de nombreux patients en fin de vie.

En outre, il importe de renchérir sur le fait que d'autres options associées à la fin de vie sont accessibles pour les patients du Québec afin que l'AMM ne soit pas perçue comme la seule issue pour un patient souffrant. La présence d'un pharmacien d'établissement dans les équipes interdisciplinaires des installations des établissements de santé (hôpitaux, CHSLD), dans les maisons de soins palliatifs et en soutien à la première ligne n'a jamais été aussi importante que maintenant, notamment du fait du vieillissement accéléré de la population et de la complexité croissante des thérapies médicamenteuses.

ANNEXE 1

LISTE DES PROPOSITIONS

1. L'A.P.E.S. recommande que des ressources humaines et financières supplémentaires soient réservées dans les établissements de santé et les maisons de soins palliatifs aux patients qui ne veulent pas recevoir l'AMM à domicile, afin de ne pas réduire l'accès à des soins pour les patients en attente d'admission, notamment ceux en soins palliatifs
2. L'A.P.E.S. recommande que des ressources additionnelles soient allouées aux départements de pharmacie pour gérer les demandes d'AMM et pour que les équipes de soins palliatifs des établissements de santé et des maisons de soins palliatifs puissent compter sur la présence d'un pharmacien afin de les soutenir dans les soins palliatifs traditionnels, la sédation palliative continue et l'AMM. Cet ajout de ressources pourrait également contribuer à offrir un meilleur soutien à la première ligne, y compris aux pharmaciens de pratique privée.
3. Pour les patients qui désirent recevoir l'AMM à domicile, l'A.P.E.S. recommande que les trousseaux de médicaments soient distribués par les pharmacies privées.
4. L'A.P.E.S. recommande que le processus de reddition de comptes et de surveillance soit revu afin de réduire le fardeau administratif qui incombe aux professionnels de la santé, notamment aux pharmaciens et aux médecins.
5. L'A.P.E.S. recommande que le professionnel compétent avise le pharmacien de sa décision d'administrer l'AMM et du moment fixé par la personne en fin de vie dès que cette décision est prise.

6. L'A.P.E.S. recommande que le groupe interdisciplinaire proposé à l'article 6 du projet de loi inclue obligatoirement un pharmacien d'établissement.
7. L'A.P.E.S. recommande que soit ajoutée, dans l'article 18 (à la fin de l'article ajouté en 29.4 b), la mention « ainsi que des différentes options thérapeutiques de soins de fin de vie qui sont offertes. »
8. L'A.P.E.S. recommande d'arrimer les exigences provinciales à celles que prévoit la loi fédérale afin d'alléger le processus administratif associé à la transmission de renseignements sur l'AMM et d'éviter une duplication de saisie des données.
9. L'A.P.E.S. recommande d'ajouter à l'article 35 (dans l'ajout de l'article 47.2) que le technicien en pharmacie peut agir comme une personne pouvant compléter les renseignements demandés, en soutien au pharmacien.

ANNEXE 2

ÉTAPES DE CONTRÔLE PAR LE PHARMACIEN ET LE MÉDECIN POUR L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS⁸

Note : Lors de l'administration d'un protocole d'AMM, le pharmacien doit assurer la validation de l'ordonnance, la préparation et la distribution adéquate des deux trousseaux. Il doit être disponible pour répondre aux questions durant la procédure. Il doit convenir du moment et du mode de distribution des trousseaux ainsi que du moment et du mode de leur retour. Il doit compléter avec le médecin les registres d'utilisation des médicaments et assurer la destruction des médicaments non utilisés si nécessaire. Finalement, le médecin et le pharmacien font le point sur la procédure et échangent sur les problèmes imprévus qui ont pu survenir.

ÉTAPES

Actions après réception de l'ordonnance

1. Procéder à la collecte de données :
 - a) Communiquer avec le médecin selon la nécessité de clarifier des éléments ou d'obtenir des précisions ;
 - b) Convenir du moment et du lieu pour la remise des trousseaux au médecin avant la procédure (tenir compte de la saisie/validation/préparation) ;
 - c) Vérifier le poids et les allergies du patient. Noter le diagnostic principal ;

⁸ Ces étapes ont été identifiées à partir du résumé de procédure « Aide médicale à mourir » du département de pharmacie du CHU de Québec – Université Laval ; de la politique « Gestion des demandes d'aide médicale à mourir » du département de pharmacie du CISSS de Laval ainsi que de la « Marche à suivre – Pharmaciens AMM » du département de pharmacie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

- d) Obtenir l'ordonnance papier en mains propres du médecin ou aller la chercher au dossier du patient. L'ordonnance numérisée ne peut remplacer l'originale signée ;
 - e) Prendre connaissance du dossier pharmacologique du patient ;
 - f) Inscrire dans le système informatique de la pharmacie (SIP) le protocole d'AMM selon l'ordonnance reçue. Ajuster le nombre de seringues pour chaque produit en fonction du type de trousse utilisées (trousse n° 1 mise en seringues, trousse n° 2 souvent en fioles).
2. Valider la prescription dans le SIP.
 3. Préparer les trousse :
 - a) Remplir l'étiquette au nom du patient dans la trousse (deux identifiants : nom du patient, numéro RAMQ ou numéro du dossier de l'établissement), nom du médecin, nom du pharmacien qui remet la trousse et date prévue de l'AMM). Joindre cette étiquette aux deux trousse ;
 - b) Préparer les seringues sous hotte stérile.
 4. Vérifier que le contenu en médicaments des seringues est le bon et correspond au volume souhaité (vérification contenant-contenu). S'assurer que la préparation est réalisée selon les normes de sécurité et de stérilité. TOUTES les seringues doivent être signées. Jeter les fioles de médicaments vides. Identifier les seringues avec l'étiquette patient ;
 - a) Préparer deux trousse. Chaque médicament doit être placé dans un sac identifié n° 1, n° 2, n° 3, n° 4. S'assurer du respect de l'ordre d'administration des produits. Si la deuxième trousse contient des fioles, vérifier les dates d'expiration.
 5. Remplir les registres d'utilisation des médicaments (un pour chacune des trousse, n° 1 et n° 2). (Voir annexe 3)
 6. Documenter sur l'ordonnance : cas discuté avec le médecin, signatures médicales conformes, toute autre note pertinente.
 7. Numériser l'ordonnance et la lier au dossier patient dans le système d'information de la pharmacie.

Rencontre avec le médecin avant la procédure

1. Faire le décompte de la trousse avec le médecin ;
2. Parapher les deux registres (seringues préparées et fioles en surplus) ;
3. Mettre les feuilles de registre dans la trousse ;
4. Fermer la trousse avec le sceau ;
5. Remettre la prescription d'AMM au médecin ;
6. S'entendre avec le médecin sur le moment du retour de la trousse ou des modalités de communication pour que celui-ci nous avise de sa venue.

Actions à effectuer au retour de la trousse

1. Décompter les médicaments utilisés avec le médecin et parapher le registre ;
2. Décompter la trousse inutilisée, écrire sur le registre « non utilisée » et signer à deux : pharmacien/pharmacien ou pharmacien/assistant technique en pharmacie ;
3. Détruire les seringues inutilisées avec un pharmacien, un assistant technique en pharmacie désigné ou le médecin, puis parapher le registre. La destruction du phénobarbital doit se faire en présence d'un deuxième pharmacien puisqu'il s'agit d'un médicament contrôlé ;
4. Compléter les feuilles de décompte des narcotiques s'il y a lieu (phénobarbital) ;
5. Compléter les registres d'utilisation des médicaments. Indiquer le numéro de l'ordonnance, l'heure et la date du décès, si la 2^e trousse a été nécessaire et indiquer les détails sur le déroulement de l'AMM ;
6. Numériser et associer les registres d'utilisation des médicaments au dossier pharmacologique du patient, puis garder l'original ;
7. Remplir le formulaire électronique *Safir*. Ce site protégé constitue un registre gouvernemental des aides médicales à mourir réalisées au Québec. Le pharmacien ayant remis les trousse doit être celui qui complète cette étape. Il est important d'assurer la concordance entre les archives et ce registre.

TROUSSE N° 1 – Matériel											
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Matériel	Remis au médecin			Retourné à la pharmacie			Détruit**		
			Date :			Date :			Date :		
TROUSSE N° 1			Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*/Pharm.*	Pharm.*
III-226	32485	Tampons pour désinfection cutanée	3								
III-227	32485	Cathéters courts 20 G	2								
III-228	32485	Cathéter court 22 G	1								
III-229	32485	Rallonge courte	1								
III-230	32485	Dispositifs d'accès veineux intermittent	2								
III-231	32485	Pansements occlusifs stériles transparents	2								
III-232	32485	Ruban adhésif	1								
III-233	32485	Compresses de gaze 10 x 10 cm	2								

* Parapher.

** Le matériel non utilisé peut être recyclé.

Qté : quantité

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

Patient				Médecin				Pharmacien						
Nom : _____				Nom : _____				Nom : _____						
N° de RAMQ : _____				N° de permis d'exercice : _____				N° de permis d'exercice : _____						
N° de dossier : _____				Coordonnées : _____				Coordonnées : _____						
Date du décès : _____														
TROUSSE N° 2 – Médicaments														
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Médicament		Posologie	Remis au médecin			Injecté			Retourné à la pharmacie			Détruit
		Nom	Teneur		Date :			Date :			Date :			
TROUSSE N° 2			Vol. total	Méd.*	Pharm.*	Vol.	Méd.*	Vol.	Méd.*	Pharm.*	Vol.	Méd.*/Pharm.*	Pharm.*	
<i>Anxiolyse - Benzodiazépine</i>														
III-221	32486	Midazolam	1 mg/ml	5 à 10 mg à titrer	10 ml			0			10 ml			10 ml
<i>Anesthésique local (1/trousse)</i>														
III-225	32486	Lidocaïne 2 % (sans épinéphrine)	20 mg/ml	40 mg	2 ml			0			2 ml			2 ml
		Sulfate de magnésium dilué	500 mg/ml	1000 mg	10 ml									
<i>Inducteur de coma (1/trousse)</i>														
III-224	32486	Propofol	10 mg/ml	4 x 500 mg	4 x 50 ml			0			4 x 50 ml			4 x 50 ml
		Phénobarbital dilué	120 mg/ml	2 x 3000 mg	2 x 50 ml									
<i>Bloqueur neuromusculaire (1/trousse)</i>														
III-222	32486	Cisatracurium	2 mg/ml	30 mg	15 ml			0			20 ml			20 ml
		Rocuronium	10 mg/ml	200 mg	20 ml									
<i>Rinçage de la seringue</i>														
III-223	32486	NaCl	0,9 %	4 x 10 ml	4 x 10 ml			0			4 x 10 ml			4 x 10 ml

* Parapher.

Vol. : volume (ml)

Document à verser dans le dossier pharmacologique.

TROUSSE N° 2 - Matériel											
N° de prescription	Trousse (n° du scellé)	Matériel	Remis au médecin			Retourné à la pharmacie			Détruit**		
			Date :			Date :			Date :		
	TROUSSE N° 2		Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd.*	Pharm.*	Qté	Méd./Pharm.*	Pharm.*
111-226	32486	Tampons pour désinfection cutanée	3								
111-227	32486	Cathéters courts 20 G	2								
111-228	32486	Cathéter court 22 G	1								
111-229	32486	Rallonge courte	1								
111-230	32486	Dispositifs d'accès veineux intermittent	2								
111-231	32486	Pansements occlusifs stériles transparents	2								
111-232	32486	Ruban adhésif	1								
111-233	32486	Compresses de gaze 10 x 10 cm	2								

* Parapher.

** Le matériel non utilisé peut être recyclé.

Qté : quantité

Document à verser dans le dossier pharmacologique.