



DEMANDES ANTICIPÉES D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

ADAPTER LA RÉMUNÉRATION À UNE NOUVELLE RÉALITÉ CLINIQUE

BENOIT BRODEUR

Depuis le 30 octobre 2024, date d'entrée en vigueur des dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) permettant la formulation d'une demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM), le Québec a franchi une étape importante dans l'évolution de son régime de soins de fin de vie.

Pour les médecins de famille, cette nouveauté législative ne se limite pas à l'ajout d'un formulaire ou d'une procédure administrative. Elle transforme l'accompagnement clinique de certaines personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins, tout en introduisant de nouvelles responsabilités professionnelles, organisationnelles et médico-administratives.

UN CONTEXTE NOUVEAU

Depuis cette entrée en vigueur, la LCSFV distingue la demande contemporaine d'aide médicale à mourir (AMM), prévue pour une administration à court terme, de la DAAMM, formulée alors que la personne est encore apte, en prévision d'une incapacité future. Cette dernière vise des situations précises (encadré 1).

Cette évolution amène les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées à accompagner la personne dans une démarche plus prospective. Ils doivent s'assurer que la personne comprend la portée de sa demande, qu'elle décrit dans ses propres mots des manifestations cliniques observables liées à sa maladie, qu'elle peut désigner des tiers de confiance si elle le souhaite et que la demande est ensuite déposée au registre tenu par la RAMQ. L'exercice clinique revêt donc une dimension à la fois médicale, relationnelle, éthique et administrative.

DES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES À NOTRE ENTENTE

Dans ce contexte, malgré les délais pour parvenir à une entente, les parties négociantes ont convenu d'adapter les mécanismes de rémunération afin de tenir compte de la réalité propre aux DAAMM. Les travaux ont notamment porté sur une modalité inspirée de l'intervention clinique réalisée à la suite d'une demande d'AMM, sur les formulaires encadrant la

ENCADRÉ 1

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ POUR FORMULER UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

La Loi concernant les soins de fin de vie établit les conditions pour formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir. Plus précisément, la personne doit :

- ▶ être majeure et apte à consentir aux soins ;
- ▶ être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie, sauf certaines exceptions prévues par la Loi ;
- ▶ être atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins ;
- ▶ faire la demande de son plein gré, sans contrainte ou pression de ses proches ou de quiconque ;
- ▶ faire la demande de manière éclairée, c'est-à-dire en toute connaissance de cause. Plus précisément, la personne doit avoir obtenu tous les renseignements sur sa maladie, notamment son évolution, les manifestations ou les symptômes et les traitements possibles pour soulager ses souffrances, si elles sont présentes ;
- ▶ pouvoir discuter de sa demande avec qui elle le souhaite.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux. *Conditions d'admissibilité pour formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir* (en ligne). Québec : MSSS ; 2025. Site internet : <https://bit.ly/demande-aide-medecale>

demande anticipée, y compris sa modification ou son retrait, ainsi que sur la rémunération des activités des groupes interdisciplinaires de soutien (GIS).

L'approche retenue s'inscrit dans la continuité des règles existantes applicables à l'AMM contemporaine, tout en reconnaissant les particularités d'une demande anticipée formulée en amont de l'administration éventuelle du soin. À l'instar de l'intervention clinique prévue pour une demande contemporaine d'AMM, les parties négociantes ont convenu d'adopter

Le Dr Benoit Brodeur, omnipraticien, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

une modalité similaire pour la DAAMM. Cette intervention demeure assimilable, par son contenu clinique, à un examen, à une visite ou à une consultation. Elle comprend notamment la révision du dossier, les contacts avec la personne ou ses proches, l'information transmise, le soutien offert ainsi que les échanges nécessaires avec l'équipe de soins et les professionnels concernés.

L'INTERVENTION CLINIQUE : UNE RÉMUNÉRATION ADAPTÉE AU PROCESSUS ANTICIPÉ

La rémunération de l'intervention clinique vise à reconnaître le travail du médecin qui accompagne la personne dans le processus d'évaluation, que la demande soit contemporaine ou anticipée. Dans le cas d'une DAAMM, même si la tarification sur une base de temps demeure la même, l'intervention est souvent plus longue, peut nécessiter plus d'une rencontre et implique fréquemment plusieurs personnes. Elle comporte également une dimension particulière : le médecin doit apprécier les conditions prévues par la Loi, consigner la situation clinique actuelle, comprendre l'évolution prévisible de la maladie et aider la personne à exprimer, de façon suffisamment claire et observable, les manifestations cliniques qui guideront une éventuelle évaluation future.

Les adaptations discutées prévoient aussi que l'intervention clinique puisse s'appliquer, avec les ajustements nécessaires, lorsqu'un patient souhaite retirer une demande anticipée déjà formulée. Cette précision est importante puisque la possibilité de retirer ou de modifier une demande fait partie intégrante de l'autonomie de la personne et requiert un accompagnement professionnel adéquat.

Il faut souligner que l'intervention clinique pour l'AMM et celle liée aux DAAMM bénéficient d'une rémunération bonifiée par rapport à l'intervention clinique « régulière », son tarif étant établi à 43,60 \$ par période de 15 minutes.

L'entente précise par ailleurs que le mentorat en AMM s'étend aux DAAMM. Les modalités de rémunération — incluant le formulaire de déclaration de l'administration, le formulaire relatif à une demande anticipée, le formulaire de retrait d'une demande anticipée, les démarches afférentes, le rapport de consultation du second médecin ainsi que les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments — peuvent être réclamées par deux médecins pour un même patient lorsqu'un médecin agit comme mentor ou fait l'objet d'un mentorat.

Trois types de mentorat sont reconnus : le mentorat pour l'évaluation et l'administration d'une AMM contemporaine, le mentorat pour l'évaluation d'une DAAMM et le mentorat pour l'administration de l'AMM découlant d'une demande anticipée. Le texte prévoit aussi des balises d'accès : par exemple, le médecin qui souhaite bénéficier d'un mentorat ne doit pas

avoir réclamé plus de cinq interventions cliniques dans le contexte visé au cours des quatre années précédentes, que ce soit comme médecin évaluateur, médecin accompagnateur ou médecin appelé à donner une deuxième opinion.

LES FORMULAIRES : PLUS QU'UNE FORMALITÉ

Les formulaires associés aux DAAMM ont aussi fait l'objet de travaux spécifiques. Le formulaire relatif à une DAAMM et le formulaire de retrait d'une telle demande ne constituent pas de simples documents administratifs. Ils matérialisent la volonté de la personne, encadrent la conformité de la démarche et permettent le dépôt de la demande au registre de la RAMQ ou sa radiation.

Une rémunération distincte est prévue pour le formulaire relatif à une DAAMM ainsi que pour celui lié au retrait d'une telle demande. À titre indicatif, le tarif prévu pour le formulaire et les démarches afférentes à une demande anticipée est de 261,50 \$, tandis que celui associé au formulaire de retrait et aux démarches connexes est de 52,30 \$. Les codes d'acte correspondants devront toutefois être confirmés selon les textes finaux et les modalités publiées par la RAMQ.

LE RÔLE DU GIS : SOUTENIR LES MÉDECINS DANS UN CADRE EN ÉVOLUTION

Les GIS jouent déjà un rôle central dans l'accompagnement des professionnels appelés à intervenir en AMM. Les modifications apportées à la LCSFV ont d'ailleurs formalisé cette responsabilité en rendant obligatoire la constitution d'un GIS dans tout établissement public de santé et de services sociaux. Avec les DAAMM, leur contribution devient encore plus stratégique. Les situations cliniques peuvent être complexes et les enjeux éthiques nombreux, c'est pourquoi les étapes légales doivent être respectées avec rigueur. Les GIS peuvent donc soutenir les médecins dans l'analyse des situations, la compréhension des exigences légales et l'organisation des trajectoires de soins.

La rémunération de la participation des médecins de famille aux activités du GIS constitue un enjeu distinct. Elle vise à reconnaître le temps consacré aux rencontres, aux discussions de cas, au soutien interdisciplinaire et aux responsabilités organisationnelles qui dépassent la prestation clinique individuelle du médecin dans le cadre de l'AMM et des DAAMM. L'entente prévoit une rémunération équivalente à deux forfaits de 70,75 \$ par heure de participation aux réunions du GIS, jusqu'à concurrence de huit forfaits facturables par demi-journée.

Comme pour la rémunération de la participation à d'autres comités, les réunions doivent faire l'objet d'un avis de convocation et comporter un ordre du jour. Les présences doivent être consignées, et un procès-verbal doit être préparé et remis aux membres. La participation peut se faire en présence ou au moyen d'une technologie permettant la participation à

distance. En cas de contrôle par la RAMQ, les présences doivent pouvoir être vérifiées à partir du procès-verbal ou, à défaut d'une prise de présence contemporaine à la réunion, au moyen d'une attestation de présence du directeur médical des services professionnels (DMSP) ou de la personne qu'il désigne.

OBJECTION DE CONSCIENCE : RAPPEL

La Fédération reçoit régulièrement des demandes d'information de médecins qui ne souhaitent pas participer au processus lié aux DAAMM ni à celui de l'AMM contemporaine. Il importe de rappeler que la responsabilité de trouver un professionnel compétent disposé à offrir ces services ne revient pas au médecin qui invoque un refus fondé sur ses convictions personnelles. Les articles 50 et 31 de la LCSFV (encadré 2) sont clairs à cet égard. L'article 50 prévoit qu'un professionnel compétent peut refuser d'administrer l'AMM ou d'y participer pour des motifs liés à ses convictions personnelles. Il doit toutefois respecter la procédure prévue à l'article 31 de cette même loi. Cette disposition précise que le professionnel doit aviser le président-directeur général (PDG) de l'établissement de son territoire, ou la personne qu'il désigne. Il appartient alors à ce dernier de faire les démarches nécessaires afin de trouver, le plus tôt possible, un professionnel compétent qui accepte de prendre le relais.

CONCLUSION

L'entrée en vigueur des DAAMM constitue une évolution importante du cadre québécois des soins de fin de vie. Pour les médecins de famille, elle instaure un processus exigeant qui dépasse largement la simple formalité administrative. La DAAMM requiert une compréhension rigoureuse des nouvelles obligations légales, une documentation clinique précise, un accompagnement attentif de la personne ainsi qu'une coordination avec ses proches et les autres intervenants du réseau. Dans ce contexte, les ajustements de rémunération prévus visent à reconnaître le travail requis, tant pour les activités cliniques liées aux DAAMM que pour la participation des médecins aux travaux des GIS. ■



DES OUTILS DE RÉFÉRENCE ET DE FORMATION

- ▶▶ <https://bit.ly/caducée-cours>
- ▶▶ <https://bit.ly/cm-q-daamm>
- ▶▶ <https://bit.ly/msss-daamm>
- ▶▶ <https://bit.ly/msss-gis>

ENCADRÉ 2

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE (LCSFV)

50. Un professionnel compétent peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif.

Ces professionnels doivent alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à leur code de déontologie et à la volonté de la personne.

Le professionnel compétent doit en outre respecter la procédure prévue à l'article 31.

2014, c. 2, a. 50 ; 2023, c. 15, a. 40.

31. Tout professionnel compétent qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement doit aviser le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir dans les cas suivants :

- 1° il refuse une demande pour un motif non fondé sur l'article 29 ou l'article 29.19 ;
- 2° il refuse de prêter assistance à une personne pour la formulation d'une demande anticipée en application de l'article 29.3 ou pour le retrait d'une telle demande en application de l'article 29.11 ;
- 3° il refuse d'effectuer l'examen exigé par l'article 29.13, 29.14 ou 29.15.

Le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un professionnel compétent qui accepte de remédier à la situation.

Si le professionnel compétent exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, il doit plutôt transmettre l'avis de son refus au directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au président-directeur général de l'établissement territorial de Santé Québec qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée. Le professionnel lui transmet, le cas échéant, le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Les démarches visées au deuxième alinéa sont alors entreprises.

Dans le cas où aucun établissement territorial de Santé Québec ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne, l'avis mentionné au troisième alinéa est transmis au directeur général de l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire ou à la personne qu'il a désignée.

2014, c. 2, a. 31 ; 2023, c. 15, a. 22 et 58 ; 2023, c. 34, a. 1413.