

Le 19 octobre 2015

Harvey Max Chochinov, M.D., Ph. D., FRCPC
Président du comité

Catherine Frazee, D.Litt., LL.D.
Membre du comité

Benoît Pelletier, O.Q., Ad. E., LL.B., LL.M., LL.D., LL.D.
Membre du comité

Objet : Soumission de l'AMC au comité externe chargé d'examiner des options pour une réponse législative à l'affaire *Carter c. Canada*

Madame,
Messieurs,

Au nom de l'Association médicale canadienne (AMC), je vous remercie de cette occasion de participer à la consultation nationale du comité externe chargé d'orienter la réponse législative du gouvernement fédéral à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter c. Canada*.

En tant qu'association professionnelle nationale représentant les médecins du Canada, l'AMC joue un rôle de premier plan dans le dialogue public sur les soins de fin de vie, y compris sur l'aide à mourir. En 2014, l'AMC a mené une consultation nationale sur les soins de fin de vie, dans le cadre de laquelle des assemblées publiques et des assemblées des membres ont eu lieu d'un bout à l'autre du pays. Le dialogue national était axé sur trois grands enjeux : la planification préalable des soins, les soins palliatifs et l'aide à mourir. Comme le souligne le rapport synthèse (Annexe 1), les Canadiens ont insisté sur la nécessité que l'aide à mourir, advenant sa légalisation, soit encadrée par des protocoles et des garanties stricts.

Ces consultations initiales ont été grandement utiles aux discussions approfondies tenues en parallèle par l'AMC avec ses membres et des intervenants des domaines médical et de la santé lorsqu'elle a agi comme intervenante devant la Cour suprême ainsi qu'à la suite de l'arrêt *Carter*. L'AMC a sollicité la participation de son Comité d'éthique, en plus d'organiser des débats politiques dans le cadre de ses assemblées annuelles de 2014 et 2015, des assemblées des membres dans l'ensemble du pays ainsi qu'un dialogue en ligne. Ces consultations ont été essentielles à l'élaboration de l'*Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada* (Annexe 2 ci-jointe).

.../2

Les recommandations formulées dans cette approche reposent sur un ensemble de 10 principes fondateurs et portent sur les critères d'admissibilité des patients, les étapes de la prise de décision, les mesures de protection en lien avec les critères d'admissibilité, les rôles et responsabilités du médecin traitant et du médecin consultant, ainsi que sur l'objection de conscience. L'ensemble de ces recommandations représente la position de l'AMC quant aux cadres législatifs et réglementaires à venir sur l'aide à mourir au Canada.

En plus de ces recommandations, nous aimerions insister sur quelques éléments particulièrement pertinents pour les médecins.

CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE POUR L'ENSEMBLE DU PAYS

L'AMC recommande fortement la mise en place de processus et systèmes législatifs et réglementaires coordonnés à l'échelle nationale en réponse à l'arrêt *Carter*.

L'AMC craint fortement que l'absence d'une structure fédérale appuyant l'établissement de lignes directrices nationales sur l'aide à mourir donne lieu à un ensemble disparate d'approches potentiellement contradictoires selon la province ou le territoire. Des mesures législatives devront être prises à l'échelle fédérale pour guider les médecins et leurs patients ainsi que pour favoriser la mise en place d'une approche coordonnée et uniforme dans l'ensemble du Canada.

OBJECTION DE CONSCIENCE

Comme le comité externe le sait, l'arrêt *Carter* a rappelé que toute réponse réglementaire ou législative doit concilier les droits garantis par la Charte aux patients (désir d'obtenir une aide à mourir) ainsi qu'aux médecins (refus de participer à l'aide à mourir en raison d'une objection de conscience). La notion d'objection de conscience n'est pas monolithique : certains jugent acceptable la recommandation à un autre médecin, tandis que pour d'autres, elle revient à être lié ou à prendre part à un acte répréhensible sur le plan moral.

L'AMC est d'avis qu'une bonne conciliation doit respecter les différences en matière de conscience et en tenir compte, tout en permettant l'accès à l'aide à mourir selon des principes d'équité.

19 octobre 2015

Page 3

C'est pourquoi les membres de l'AMC appuient fortement la recommandation portant sur l'objection de conscience décrite à la section 5.2 de *l'Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada* ci-jointe.

APPUI SUPPLÉMENTAIRE

L'AMC comprend qu'il faudra élaborer des formations pour les médecins, et elle entend y contribuer. Dans cette optique, elle a fait un survol des cours offerts et discuté avec d'autres entités (p. ex. l'Association médicale royale des Pays-Bas), et elle travaille actuellement à la mise au point de modules de formation. L'AMC est appuyée dans cette initiative par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne de protection médicale.

Enfin, comme elle l'a déjà exprimé, l'AMC invite fortement le gouvernement fédéral à rendre public le rapport du comité externe une fois qu'il sera prêt. Elle prie donc les membres du comité d'appuyer cette recommandation auprès du gouvernement.

Une fois de plus, merci d'avoir accueilli notre contribution. L'AMC se réjouit à l'avance de sa rencontre avec le comité externe le 20 octobre prochain.

Recevez, Madame, Messieurs, mes salutations distinguées.

La présidente de l'AMC,

Cindy Forbes, MD, CCMF, FCMF

Le vice-président, Professionnalisme médical

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Blackmer', with a long horizontal line extending to the right.

Jeff Blackmer, MD, M.Sc.S., FRCPC

19 octobre 2015

Page 4

Pièces jointes

Annexe 1 – [Rapport synthèse Les soins de fin de vie : Un dialogue national](#)

Annexe 2 – *Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada de l'AMC*

Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada

Le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada a rendu une décision unanime abolissant les dispositions législatives interdisant aide à mourir. La Cour a suspendu l'application de sa décision pour 12 mois, ce qui a donné à l'Association médicale canadienne (AMC) l'occasion de poursuivre son travail dans ce dossier en continuant à consulter les associations médicales provinciales et territoriales, les intervenants du domaine médical et non médical, ses membres, les assemblées législatives et les patients dans le but de formuler les éléments d'une démarche – qu'il s'agisse de procédures légales ou réglementaires, ou de lignes directrices – qui respecte les besoins des patients tout en tenant compte du point de vue des médecins.

Ce processus avait une double visée : a) animer une discussion et formuler des recommandations sur la base de principes éthiques-juridiques; b) donner un avis sur certains éléments sensibles pour les médecins et qui sont ambigus ou passés sous silence dans la décision de la Cour. Le but est d'arriver à un compromis raisonnable reflétant tous les points de vue tout en mettant le patient au cœur de la réflexion.

Par souci de précision, soulignons que l'AMC recommande des mécanismes et des systèmes législatifs et réglementaires nationaux et coordonnés. L'élaboration de ces lois et de ces règlements devrait se faire sans tarder. Les principes ci-dessous n'ont pas été élaborés pour servir d'outil d'évaluation de la conformité des lois d'une province ou d'un territoire donnés ni de norme en matière de soins. L'AMC souhaite plutôt qu'ils servent à guider les médecins et à leur donner une idée de ce qu'ils peuvent faire pour mieux remplir leurs obligations professionnelles et légales dans un domaine complexe.

L'AMC recommande l'adoption au Canada de l'approche fondée sur des principes décrite ci-dessous.

Principes fondateurs

L'approche de l'AMC en matière d'aide à mourir se fonde sur les principes ci-dessous. Les principes fondateurs proposés constituent un point de départ pour toute réflexion éthique; toutefois, leur application en cas de conflit demande une analyse poussée.

1. **Respect de l'autonomie du patient** : Un adulte capable est libre de prendre ses propres décisions au sujet de son intégrité corporelle. Compte tenu du caractère irréversible de l'aide à mourir, il y a lieu d'imposer des critères précis.

2. **Équité** : Dans la mesure du possible, tous les patients qui satisfont aux critères d'admissibilité à l'aide à mourir devraient y avoir accès. Les médecins travailleront avec les parties concernées pour favoriser l'augmentation des ressources et l'accès à des soins palliatifs de grande qualité, de même qu'à l'aide à mourir. Aucune considération clinique, systémique ou institutionnelle ne doit être à l'origine d'un retard d'accès indu à l'aide à mourir. Pour ce faire, l'AMC recommande la création d'une instance indépendante et centralisée pouvant offrir des renseignements, du counseling et un aiguillage vers les ressources appropriées.
3. **Respect des valeurs du médecin** : Le médecin peut suivre sa conscience lorsqu'il décide de fournir ou non une aide à mourir, et ce, sans faire l'objet de discrimination. Cela ne doit pas entraîner de délai excessif pour le patient qui demande cette aide. Personne ne doit être contraint à fournir une aide à mourir.
4. **Consentement et capacité** : Toutes les exigences relatives au consentement éclairé doivent être clairement satisfaites. On doit notamment déterminer que le patient est apte à prendre des décisions éclairées, en tenant compte de la vulnérabilité des patients et du contexte délicat des soins de fin de vie. Le consentement est considéré comme un processus évolutif durant lequel les médecins doivent constamment communiquer avec le patient.
5. **Clarté** : Les critères d'admissibilité à l'aide à mourir doivent être clairs pour tous. Il ne doit y avoir aucune zone grise dans la législation et la réglementation.
6. **Dignité** : Tous les patients, les membres de leur famille et leurs proches doivent être traités avec dignité et respect en tout temps, y compris durant l'ensemble du processus de soins de fin de vie.
7. **Protection des patients** : Les lois et les règlements, au moyen d'un système soigneusement conçu de mesures de protection et de suivi, doivent réduire au minimum la souffrance des patients et traiter des questions de vulnérabilité et de risque de coercition.
8. **Imputabilité** : Il importe d'établir un organisme de surveillance et un mécanisme de rapports sur les données afin de veiller au respect de tous les processus. Les médecins qui participent à la prestation d'aide à mourir doivent s'assurer de posséder les compétences techniques nécessaires, de même que l'aptitude à évaluer la capacité de décision du patient, ou à faire appel à un collègue pour l'évaluer dans les cas plus complexes.
9. **Solidarité** : Des médecins et des intervenants en soins de santé sensibles aux antécédents du patient et aux enjeux culturels doivent l'appuyer tout au long du processus de fin de vie, quelle que soit sa décision.
10. **Respect mutuel** : Il doit exister une relation de respect mutuel entre le patient qui fait la demande d'aide à mourir et le médecin qui décide si elle devrait être acceptée. Une demande d'aide à mourir ne peut être faite que lorsque le médecin et le patient entretiennent une relation privilégiée et que les deux parties reconnaissent la gravité d'une telle demande.

Recommandations

S'appuyant sur ces principes, sur l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Carter c. Canada* (2015)¹ et sur une étude de l'expérience d'autres administrations, l'AMC formule les recommandations suivantes pour l'élaboration de cadres législatifs et réglementaires possibles en matière d'aide à mourir. Nous soulignons que le présent document ne vise pas à aborder toutes les dimensions de la question de aide à mourir et que certaines de celles-ci devront faire l'objet d'une réglementation subséquente.

1. Critères d'admissibilité du patient à l'aide à mourir

1.1 Le patient doit être un adulte capable de décision et répondre aux critères établis dans l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Carter c. Canada* (2015).

1.2 Décision éclairée

- Le médecin traitant doit informer le patient de son état de santé, de son diagnostic, de son pronostic, de la certitude que le médicament létal entraînera la mort, ainsi que des options qui s'offrent à lui, notamment les soins de confort et palliatifs, et l'atténuation de la douleur et des symptômes.

1.3 Capacité

- Le médecin traitant doit être convaincu que :
 - le patient est mentalement capable de prendre une décision éclairée au moment de la ou des demandes;
 - le patient est capable de donner son consentement à l'aide à mourir, et que toutes les sources de vulnérabilité du patient dans un contexte de fin de vie ont été prises en compte;
 - la communication explore les priorités, les valeurs et les craintes du patient, l'informe sur son diagnostic et son pronostic ainsi que sur les options de traitement, y compris les soins palliatifs, et répond à ses questions.
- Si le médecin traitant ou le médecin consultant juge le patient incapable de décision, le patient doit être dirigé vers un autre médecin pour une évaluation plus approfondie.
- Les patients peuvent seulement faire une demande eux-mêmes, seulement lorsqu'ils en sont jugés capables.

1.4 Libre arbitre

- Le médecin traitant doit être convaincu, par des motifs raisonnables, que tous les critères suivants sont satisfaits :

¹ *Carter c. Canada* (Procureur général), 2015 CSC 5, [2015] 1 R.C.S. 331 (CanLII)

- La décision du patient a été prise librement, sans coercition ni influence indue de la part de membres de la famille, d'intervenants en santé ou d'autres personnes.
- Le patient a une intention claire et ferme de mettre fin à ses jours après y avoir bien réfléchi.
- Le patient a fait la demande lui-même, après y avoir bien réfléchi, et de manière répétée, libre et éclairée.

2. Étapes de la prise de décision concernant l'aide à mourir

Étape 1 : Demande d'aide à mourir

1. Le patient formule au moins deux demandes d'aide à mourir à son médecin traitant durant une période qui dépend de son espérance de vie (compte tenu de son état : phase terminale ou non). Selon l'AMC, il ne conviendrait pas d'imposer la même période de recul pour toutes les demandes.
2. L'AMC recommande généralement d'attendre au moins 14 jours entre les deux demandes orales.
3. Le patient soumet ensuite à son médecin traitant une demande écrite d'aide à mourir sur un formulaire spécialement conçu à cette fin par le gouvernement, le ministère de la Santé, l'administration régionale de la santé ou l'établissement de soins de santé.
4. Une analyse de l'état du patient et une évaluation de sa demande devraient être effectuées si la période de recul est de plus de deux semaines.

Étape 2 : Mesures préalables à l'intervention

5. Après avoir reçu la demande écrite, le médecin traitant y répond au plus tard dans les 48 heures, ou dès qu'il lui est possible de le faire.
6. Il évalue ensuite la capacité de décision et le libre arbitre du patient ou, dans une situation plus complexe, il recommande le patient pour une évaluation spécialisée de sa capacité.
7. Le médecin traitant informe le patient de son droit de retirer sa demande en tout temps.
8. Un deuxième médecin, consultant indépendant, évalue aussi la capacité de décision et le libre arbitre du patient.
9. Si les deux médecins sont d'accord sur l'admissibilité du patient, le processus peut se poursuivre.
10. Le médecin traitant remplit les documents nécessaires et répond aux exigences de déclaration.

Étape 3 : Mesures subséquentes à l'intervention

11. Le médecin traitant, ou un médecin désigné par celui-ci, prend soin du patient jusqu'à sa mort.

3. Rôle du médecin

3.1 Le médecin traitant doit avoir reçu une formation pour pratiquer l'aide à mourir.

3.2 Évaluation du patient

- Le médecin traitant doit déterminer si le patient satisfait aux critères d'admissibilité à l'aide à mourir énoncés ci-dessus à la section 1.
- Le médecin traitant doit s'assurer que tous les autres traitements raisonnables ont été envisagés pour atténuer la souffrance physique et psychologique du patient en fonction de ses besoins. Ces traitements, qui peuvent être suivis indépendamment ou simultanément, comprennent : les soins palliatifs, l'évaluation psychiatrique, le soutien spirituel, le counseling en toxicomanie et la consultation d'un spécialiste de la douleur ou d'un gériatologue.

3.3 Consultation d'un autre médecin

- Le médecin traitant doit consulter un autre médecin, qui n'entretient pas de lien avec le patient ni avec le médecin traitant, avant que le patient soit considéré comme admissible à recevoir une aide à mourir.
- Le médecin consultant doit :
 - être qualifié, par sa spécialité ou son expérience, pour rendre un diagnostic et un pronostic relatif à la maladie du patient, ainsi que pour évaluer la capacité du patient, comme mentionné à l'étape 2 ci-dessus.

3.4 Retrait de la demande

- Le médecin traitant doit offrir au patient la possibilité de retirer sa demande à tout moment. Cette offre et la réponse du patient doivent être consignées au dossier.

3.5 Documentation

- Le médecin traitant doit consigner dans le dossier médical du patient :
 - toutes les demandes verbales et écrites du patient;
 - son diagnostic et son pronostic, ainsi que son évaluation selon laquelle le patient est capable de décision et a pris une décision libre et éclairée;
 - le diagnostic et le pronostic du médecin consultant, ainsi que son évaluation selon laquelle le patient est capable de décision et a pris une décision libre et éclairée;
 - un rapport du résultat et des conclusions de l'accompagnement;
 - l'offre faite au patient de retirer sa demande d'aide à mourir;
 - une note indiquant que tous les critères sont satisfaits, ainsi que les étapes suivies pour accéder à la demande.

3.6 Organisme de surveillance et rapports

- Il importe d'établir un organisme de surveillance officiel et un mécanisme de rapports officiel qui utilise les données du médecin traitant.

- Après la prestation d'aide à mourir, le médecin traitant doit fournir à l'organisme de surveillance :
 - le rapport du médecin traitant;
 - le rapport du médecin consultant;
 - le dossier médical du patient;
 - la demande écrite du patient.
- L'organisme de surveillance doit vérifier la conformité à l'aide des documents fournis.
- Les provinces et les territoires doivent se doter de lois et/ou de règlements qui facilitent l'examen des cas d'aide à mourir par les systèmes territoriaux ou provinciaux existants.
- Des lignes directrices pancanadiennes doivent être élaborées sur la façon de déclarer un décès causé par l'aide à mourir sur un certificat de décès.

4. Responsabilités du médecin consultant

- Le médecin consultant doit évaluer si le patient satisfait aux critères d'admissibilité, notamment sa capacité de décision et son libre arbitre.
- Le médecin consultant doit consigner le diagnostic, le pronostic, la capacité et la volonté du patient, ainsi que la mise à sa disposition de toute l'information nécessaire pour qu'il prenne une décision éclairée. Le médecin consultant doit passer en revue le dossier médical du patient et noter ce fait.

5. Opposition morale à l'aide à mourir

5.1 Opposition morale d'un établissement de santé ou d'une administration de la santé

- Un hôpital ou une administration de la santé qui s'oppose à l'aide à mourir ne doit pas interdire à un médecin de fournir ce service dans un autre lieu. Il ne doit y avoir aucune discrimination envers les médecins qui décident de fournir l'aide à mourir.

5.2 Objection de conscience d'un médecin

- Les médecins ne sont pas tenus d'accéder aux demandes d'aide à mourir. Il ne doit y avoir aucune discrimination envers les médecins qui choisissent de ne pas participer à la prestation d'aide à mourir. Afin de concilier l'objection de conscience des médecins et l'accès des patients à l'aide demandée, les médecins doivent fournir à leurs patients des renseignements complets sur toutes les options qui leur sont offertes, y compris l'aide à mourir, et les conseiller sur l'accès à une instance indépendante et centralisée pouvant offrir des renseignements, du counseling et une recommandation.

