



AIDE MÉDICALE À MOURIR

INTRODUCTION

La légalisation de l'aide médicale à mourir pose une multitude de défis complexes d'ordre éthique et pratique qui ont des répercussions à la fois sur les politiques et sur la pratique. L'AMC appuie le maintien d'un équilibre entre trois facteurs tout aussi légitimes les uns que les autres : le respect de l'autonomie décisionnelle des Canadiens admissibles qui souhaitent y avoir accès, la protection des personnes vulnérables par l'application attentive de mesures appropriées et la création d'un environnement dans lequel les praticiens peuvent respecter leurs engagements moraux.

En raison des changements éducationnels, législatifs, réglementaires et pratiques résultant de la légalisation, l'AMC recommande que les processus législatifs et réglementaires soient coordonnés aux échelles fédérale et provinciale ou territoriale afin de guider de façon cohérente les systèmes de santé, les praticiens et les patients. Pour ce faire, l'AMC demande que la collecte de renseignements se fasse avec rigueur à tous les niveaux et que l'expérience concrète des effets de cette nouvelle pratique et la recherche à ce sujet soient documentées au fur et à mesure. L'AMC encourage les facultés de médecine à intégrer au premier cycle et aux cycles supérieurs des possibilités de formation qui suscitent la réflexion et portent sur tous les aspects de l'exercice de la profession médicale qui pourraient être touchés par cette nouvelle intervention. De plus, l'AMC reconnaît que tous les systèmes de santé et les praticiens ont la possibilité de faciliter l'accès des patients à de l'information sur toutes les options de soins de fin de vie.

L'AMC reconnaît également l'importance d'établir une distinction entre la pratique de l'aide médicale à mourir et les autres actes relevant des soins de fin de vie. En outre, la mise en place d'évaluations précises pour déterminer si les patients sont admissibles à l'accès à l'aide médicale à mourir est un service distinct non lié aux consultations en soins palliatifs généraux de fin de vie.

Il importe que les médecins soient conscients de cette distinction et des interrelations entre les normes légales, médicales et éthiques concernant l'aide médicale à mourir. Les organes judiciaire et législatif du gouvernement ont apporté des changements à la loi canadienne dans ce domaine. La société a donné aux praticiens autorisés le droit de pratiquer l'aide à mourir. Pourtant, les normes éthiques et les devoirs des médecins, issus de traditions millénaires

comportant un impératif moral de préservation et de protection de la vie, n'ont pas changé. L'AMC appuie le droit de tous les médecins d'agir selon leur conscience lorsqu'ils décident de participer ou non à l'aide à mourir en vertu de la loi régissant l'aide médicale à mourir. L'AMC appuie tout autant la participation moralement assumée des médecins à l'aide à mourir que leur objection de conscience relative à celle-ci.

PORTÉE DE LA POLITIQUE

La présente politique vise à donner des conseils sur les principes fondamentaux à appliquer tout en respectant les obligations éthiques, professionnelles et légales des médecins. Ces derniers doivent connaître les lois fédérales et provinciales du lieu où ils exercent la médecine, les normes et les attentes énoncées par leur organisme de réglementation, les conseils de l'Association canadienne de protection médicale, ainsi que les politiques et les procédures des milieux où ils travaillent (p. ex., autorité régionale de la santé, hôpital, etc.).

PRINCIPES FONDAMENTAUX PERTINENTS

Les principes suivants sous-tendent la position de l'AMC sur ce qui devrait constituer la base de toute loi, réglementation ou ligne directrice évolutive quant à l'application concrète de l'aide médicale à mourir. Ils ne sont pas classés en ordre de priorité ou d'importance. Comme tous principes fondamentaux, ils donnent un point de départ pour la réflexion éthique, et leur application en cas de conflit demande une analyse poussée.

- 1. *Respect de l'autonomie du patient*** : L'AMC accorde une grande importance au respect de l'autonomie décisionnelle des patients juridiquement capables – soit des personnes qui sont libres de faire des choix éclairés et de prendre des décisions autonomes au sujet de leur intégrité corporelle, de leurs objectifs personnels et de leurs soins qui correspondent à leurs valeurs et à leurs croyances personnelles. L'AMC soutient aussi que les personnes sont foncièrement dignes, quelle que soit leur situation. Les services devraient être fournis et les processus et les traitements devraient être appliqués de façon à préserver et à favoriser la dignité. Par les soins de fin de vie, on cherche à maintenir l'intégrité de l'identité individuelle, même quand les fonctions corporelles se détériorent avant le décès.
- 2. *Respect de la vulnérabilité*** : Compte tenu de l'importance de la décision d'un patient concernant l'aide médicale à mourir, et de la permanence de l'issue si celui-ci choisit l'aide médicale à mourir, l'AMC croit que l'exploration attentive et dépourvue de jugement avec les patients des raisons pour lesquelles ils souhaitent obtenir une aide à mourir est toujours justifiée. Les soins à cet égard aident les médecins à remplir le devoir de veiller à ce que les facteurs de vulnérabilité soient relevés et gérés de manière satisfaisante. Les médecins devraient accorder une grande attention à reconnaître les influences coercitives indues sur le patient. Les lois et les règlements, au moyen d'un système soigneusement conçu de mesures

de protection et de suivi, devraient chercher à réduire au minimum la souffrance de tous les patients et traiter des questions de la vulnérabilité et du risque de coercition.

- 3. Respect de la liberté de conscience :** L'AMC croit que les médecins doivent être capables d'agir selon leur conscience sans subir de discrimination lorsqu'ils décident de participer ou non à l'aide médicale à mourir. L'AMC appuie les médecins qui, pour des raisons d'engagement moral envers les patients et pour toute autre raison morale, choisiront de ne pas donner de conseils relatifs à la décision de recourir à l'aide médicale à mourir, de ne pas faire d'évaluations de l'admissibilité ou de ne pas fournir une aide médicale à mourir. Afin de permettre aux médecins de respecter ces engagements moraux sans causer de retard excessif pour les patients qui choisissent une telle intervention, les systèmes de santé devront mettre en place un mécanisme convivial auquel les patients auront un accès direct. Par ailleurs, l'AMC croit que les conditions d'embauche en général et les possibilités de contrat des médecins ne devraient pas être influencées par leur décision de participer ou non aux divers aspects de l'aide médicale à mourir. Le droit des patients de demander une aide médicale à mourir n'oblige pas tous les médecins à l'offrir. Les étudiants devraient être également libres d'obéir à leur conscience sans risque pour leurs évaluations et la progression de leur formation.
- 4. Responsabilité :** Les médecins qui offrent l'aide à mourir ou y participent de quelque façon que ce soit doivent s'assurer d'acquérir la formation et les compétences nécessaires et d'être en mesure d'évaluer la capacité de décision du patient ou de faire appel à un collègue pour l'évaluer dans les cas plus complexes. Les médecins devront user de leur jugement médical de façon appropriée pour déterminer l'admissibilité d'un patient : 1) en évaluant la capacité d'un adulte à consentir à l'interruption de la vie; et 2) en déterminant si le patient a exploré ses options (et les effets présumés de chaque option). Si le patient souhaite encore recevoir l'aide médicale à mourir, les médecins devront user de leur jugement médical de façon appropriée pour déterminer s'il respecte les critères d'admissibilité en vertu des lois régissant l'aide médicale à mourir. Il doit s'agir d'une décision partagée, prise au terme d'un processus de discussion dans le contexte de la relation médecin-patient. L'AMC encourage les médecins à participer aux processus régissant la responsabilité dans leur province ou territoire, qui garantissent l'accès équitable à toutes les options de fin de vie, y compris aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie fournis par des praticiens compétents, selon les besoins et les valeurs de leurs patients. À cette fin, l'AMC croit qu'un organisme de surveillance fédéral et un protocole de déclaration devraient être mis en place pour garantir le respect de tous les processus.

AUTRES PRINCIPES À CONSIDÉRER : DEVOIRS DES MÉDECINS

- 5. Devoir de non-abandon des patients :** Les médecins ont l'obligation de répondre à une demande d'aide à mourir, quels que soient leurs principes moraux. Les patients ne

doivent jamais être abandonnés et doivent toujours recevoir l'appui de leur médecin et des autres membres de leur équipe de soins. Le médecin se doit d'explorer les raisons motivant la demande et de tenir compte des antécédents du patient et des questions culturelles tout au long du processus de fin de vie, quelle que soit la décision du patient. Il ne devrait pas y avoir de retard indu pour l'accès à l'aide à mourir et à toutes les autres options de fin de vie, autant à l'échelle clinique que systémique ou institutionnelle. Pour ceux qui choisissent de fournir l'aide à mourir, le devoir de non-abandon signifie que les médecins ont le devoir d'être disponibles pour les patients durant l'acte mettant un terme à leur vie. Les médecins devraient être présents ou disponibles immédiatement pour prendre en charge toute complication inattendue durant l'intervention médicale, que la substance soit administrée par le patient ou par un praticien autorisé.

6. **Devoir de soutenir les équipes interdisciplinaires** : L'AMC encourage les médecins à travailler dans des équipes interdisciplinaires, à soutenir les membres de leur équipe, à porter une grande attention aux répercussions de leur décision de participer ou non à l'aide médicale à mourir sur leurs collègues qui ne sont pas médecins et à faire preuve de solidarité avec les membres de leur équipe alors qu'ils s'initient ensemble aux nouvelles notions légales et éthiques.
7. **Devoir envers les étudiants** : L'AMC reconnaît l'importance de respecter les valeurs de chacun dans le milieu d'apprentissage. Elle encourage les étudiants à réfléchir à leur compréhension morale de l'aide à mourir et à leur opinion sur celle-ci, et à chercher à recueillir un large éventail d'opinions et d'expériences auprès de leurs patients, de leurs enseignants et de leurs collègues.

ABORDER LE RESPECT DES ENGAGEMENTS MORAUX

La position de l'AMC sur la participation moralement assumée et l'objection de conscience vise à harmoniser deux considérations légitimes : 1) l'accès réel des patients à un service médical autorisé par la loi; et 2) la protection de la liberté de conscience des médecins (c'est-à-dire de leur intégrité morale) de façon à respecter les divergences morales.

- a) L'AMC croit que les médecins ne sont pas obligés de satisfaire eux-mêmes à la demande d'aide à mourir d'un patient, mais que tous les médecins sont tenus de répondre à la demande d'un patient. Cela signifie que les médecins qui choisissent de ne pas participer à l'aide à mourir :
 - i) ne sont pas obligés de la fournir, ni d'y participer, ni de diriger le patient vers un médecin ou un administrateur médical qui lui fournira l'aide à mourir; mais
 - ii) sont quand même tenus de respecter leur devoir de non-abandon en répondant à la demande d'aide à mourir du patient.

Il ne devrait y avoir aucune discrimination à l'égard d'un médecin qui décide de ne pas

participer à l'aide à mourir.

- b) L'AMC croit que les médecins sont obligés de répondre dans des délais raisonnables à une demande d'aide à mourir formulée par un patient. Cela signifie que les médecins sont obligés, quelles que soient leurs croyances :
 - i) de fournir au patient des renseignements complets sur toutes les options offertes, y compris l'aide à mourir;
 - ii) d'indiquer au patient comment accéder à une instance indépendante et centralisée pouvant offrir des renseignements, du counseling et une recommandation;
 - iii) de transférer les soins du patient à un autre médecin ou à un autre établissement, si le patient le demande, pour l'évaluation et le traitement de son problème de santé et l'exploration des options pertinentes. Le cas échéant, ces options peuvent comprendre des soins palliatifs, des soins de santé mentale et, si le patient respecte les critères d'admissibilité, la prestation de l'aide à mourir. Le devoir de non-abandon s'applique encore à tous les autres aspects des soins du patient.
- c) Les médecins devront mettre les dossiers médicaux pertinents (c.-à-d. le diagnostic, les analyses en pathologie, le traitement et les consultations) à la disposition du médecin qui accepte de prodiguer des soins au patient lorsque ce dernier donne son autorisation.
- d) Les médecins devront faire preuve de bonne foi. Ils ne devraient jamais abandonner un patient qui demande de l'aide à mourir ou faire preuve de discrimination à son égard, ni entraver ou bloquer l'accès à une demande d'aide à mourir. Les médecins devraient informer leurs patients de leur objection de conscience et de ce que cela signifie pour eux. Aucun médecin ne peut demander à un patient de prendre l'engagement de ne pas chercher d'aide à mourir comme condition d'acceptation ou de maintien du patient dans sa clientèle.

GLOSSAIRE

CE QU'ENGLOBE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

1. **L'aide médicale à mourir** englobe l'évaluation de l'admissibilité d'un patient à l'aide à mourir, les discussions avec lui, l'accompagnement du patient tout au long du processus de décision et, si le patient en fait le choix, la prestation de l'aide à mourir, soit :
 - a) l'administration par un praticien, un infirmier ou une infirmière à une personne, à la demande de celle-ci, d'une substance qui cause sa mort;
 - b) le fait pour un praticien, un infirmier ou une infirmière de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.
2. Dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême du Canada a utilisé les termes **aide médicale à mourir** et **aide médicale au suicide**.

Ces termes font référence aux deux notions suivantes :

 - a) **Euthanasie volontaire, ou aide à mourir administrée par un médecin** :
Le médecin pose le geste final qui mettra fin à la vie d'une personne, généralement par l'injection d'une substance létale par voie intraveineuse, à la demande et avec le consentement du patient.
 - b) **Aide au suicide, ou suicide assisté; aide à mourir prescrite par un médecin et autoadministrée** :
La personne pose le geste final qui met fin à sa propre vie, généralement en ingérant une substance létale prescrite ou fournie par le médecin, à la demande et avec le consentement du patient.
3. Parmi les autres termes utilisés pour désigner cette réalité, notons **la mort provoquée, la mort provoquée par le médecin et la mort provoquée prescrite par le médecin et administrée par le patient**.
 - a) Ces termes sont proposés pour faire une distinction claire entre les soins palliatifs et les autres pratiques qui accélèrent ou provoquent la mort, comme le retrait légitime des interventions de maintien de la vie ou le fait de fournir ou d'administrer des substances chimiques.
4. **L'aide médicale à mourir** a une signification juridique et technique distincte au Québec, décrite dans le projet de loi n° 52, où elle se limite à l'administration par les médecins de la substance létale à la demande de la personne.

CE QU'ELLE N'ENGLOBE PAS

1. **Les soins palliatifs** sont une approche intégrée qui vise à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie des personnes qui font face à des problèmes aigus ou chroniques limitant l'espérance de vie par la définition, l'évaluation et le traitement

rapides de la douleur et d'autres symptômes.

2. **Le traitement par sédation palliative continue**¹ fait référence à la sédation complète, avec l'intention de rendre le patient inconscient de son environnement, de ses sensations ou de ses pensées, jusqu'à ce qu'il meure naturellement de la maladie sous-jacente.
3. **Le retrait ou la non-administration d'interventions ou l'interruption des traitements** désignent le retrait ou la non-administration des traitements de maintien de la vie lorsqu'ils ne sont plus indiqués ou désirés.
4. **Le refus volontaire d'hydratation et d'alimentation** est le choix réfléchi et délibéré de refuser et d'arrêter toute consommation d'aliments et de liquides, par voie orale et parentérale, dans le but d'accélérer la mort.

Approuvé par le conseil d'administration de l'AMC en mai 2017

¹ Cadre consensuel concernant le traitement par sédation palliative continue : www.chpca.net/media/343120/final_cpst_framework.pdf. (en anglais)
