

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire

PRÉPARÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL DU CMFC SUR LES SOINS EN FIN DE VIE

Septembre 2015

Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire

Préparé par le Groupe de travail du CMFC sur les soins en fin de vie



septembre 2015

Table des matières

Introduction.....	1
Changements à la loi	1
Qu'est-ce que ces changements aux lois signifient pour les médecins?.....	2
Qu'entend-on par délibération éthique adéquate?	2
Certains des enjeux éthiques de la profession médicale.....	3
Questions ayant une incidence sur l'identité de la profession.....	3
Enjeux éthiques liés aux systèmes de soins de santé.....	3
Que veut dire liberté de conscience pour le médecin?	4
Que dit le jugement de la Cour Suprême du Canada sur l'autonomie du patient?.....	4
Que signifie le respect de l'autonomie du patient pour le médecin?	5
Quelle terminologie les médecins devraient-ils employer pour ces nouvelles interventions permises?	6
Répondre aux préoccupations des patients en ce qui concerne « perdre sa dignité »	7
Conclusion	8
Autres lectures.....	9
À propos du groupe de travail.....	9
Références.....	10

Introduction

Le suicide assisté par un médecin et l'euthanasie comportent des enjeux complexes pour le médecin de famille et méritent une réflexion profonde. Cette réflexion suscite quelques questions importantes : lorsqu'un patient demande l'aide à mourir, que devrait faire le médecin de famille? Quelles valeurs sont en cause pour le médecin de famille, tant sur le plan personnel que professionnel? Comment peut-il en discuter et répondre avec respect aux valeurs du patient? Quel vocabulaire peut-il utiliser?

Dans l'exercice de leur profession, les médecins de famille utilisent plusieurs approches et peuvent véhiculer des perspectives variées. Cependant, tous conviennent que les enjeux éthiques issus de la pratique doivent être abordés avec soin et attention. Le Groupe de travail sur les soins en fin de vie du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a préparé le présent guide en vue de souligner à nos collègues certains éléments-clés de la réflexion sur les enjeux éthiques suscités par les changements récents à la loi canadienne sur le suicide assisté et l'euthanasie volontaire.

Le CMFC a rédigé ce guide de réflexion pour soutenir les médecins de famille face à des questions difficiles. Nous savons que nos membres chercheront aussi à s'informer davantage sur la question du suicide assisté et de l'euthanasie par l'intermédiaire du développement professionnel continu et par d'autres formations. Le CMFC évalue actuellement les répercussions du jugement de la Cour suprême du Canada (CSC) sur les normes d'enseignement en médecine familiale, sur les programmes d'étude et sur le développement professionnel continu. Le Collège compte développer ou encourager la préparation d'autres outils pour aider les médecins de famille à répondre aux besoins de leurs patients durant la dernière phase de leur vie.

Changements à la loi

En juin 2014, le Québec devenait la première province au Canada à adopter une loi (*Loi concernant les soins de fin de vie*¹) autorisant « l'aide médicale à mourir » dans certaines circonstances. La Loi définit « l'aide médicale à mourir » comme « l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès. » Cette loi entrera en vigueur en décembre 2015.

En février 2015, la Cour suprême du Canada (CSC) a rendu une décision sur le cas *Carter c. Canada (Procureur général)*². La Cour a jugé que l'alinéa 241b) de l'article 14 du *Code criminel du Canada*, qui interdit à quiconque d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort³ ou encore de donner la mort à une personne même si elle y consent⁴, ne s'appliquerait plus dans les cas où un médecin « aide » un patient à mourir, à la demande de ce patient, dans certaines circonstances – il doit notamment s'agir d'un adulte capable de donner son consentement, qui subit d'« intolérables » souffrances causées par des problèmes de santé, une maladie ou une invalidité « graves et irrémédiables ». Les plaignants dans le présent cas définissent « aide médicale à mourir » ou « mort médicalement assistée » comme une situation où « un médecin fournit ou administre des médicaments qui induisent volontairement le décès du patient, à la demande du patient. » La décision de la Cour a été suspendue pour un an afin de permettre aux assemblées législatives et aux facultés de médecine au Canada, si elles le souhaitent, de promulguer des lois ou d'élaborer des politiques qui régissent ces interventions nouvellement permises aux médecins.

Qu'est-ce que ces changements aux lois signifient pour les médecins?

La législation du Québec comme la décision de la CSC relativement à *Carter c. Canada (Procureur général)* sont fondées sur le principe selon lequel, dans certaines conditions, « l'aide à mourir » ou « la mort assistée » devraient faire partie des soins prodigués par la profession médicale au Canada. Toutefois, les deux documents précisent que les médecins ne sont pas légalement obligés de fournir de telles interventions. Une certaine latitude est permise aux médecins de décider, en tant que personnes et, collectivement, en tant que représentant de la profession, de fournir une, plusieurs ou l'ensemble de ces nouvelles interventions et, s'ils les fournissent, dans quelles circonstances. Dans ce contexte, il est de la responsabilité des médecins d'engager, par l'intermédiaire d'une délibération éthique, une réflexion au sujet des enjeux et des répercussions que ces changements légaux apporteront.

Qu'entend-on par délibération éthique adéquate?

Si une consultation médicale concerne une demande d'aide à mourir, que ce soit par suicide assisté ou par euthanasie, le médecin doit évaluer toutes les questions et les alternatives pertinentes liées à cette demande^{5*}. Cette délibération implique qu'une discussion approfondie aura lieu avec le patient, ses proches et d'autres professionnels de la santé impliqués dans les soins prodigués au patient, et que des consultations avec des intervenants appropriés ou ayant l'expertise requise seront faites en vue d'en arriver à une décision éclairée.

Les discussions éthiques entre le médecin et son patient doivent être ciblées et tenir compte des circonstances particulières de la situation. Le raisonnement éthique associé à la délibération et à la prise de décision se doit d'être aussi rigoureux et ce, quelle que soit la situation particulière du patient, la gravité de sa maladie, son niveau de vulnérabilité ou sa proximité avec la mort. Le médecin doit être conscient de l'impact possible de sa propre attitude et de ses croyances à l'égard du handicap, de la souffrance et de la mort lors des discussions avec le patient et ses proches.

Il arrive parfois que des désaccords surviennent lorsque le médecin, le patient ou ses proches ne partagent pas les mêmes valeurs ou principes éthiques. Par le dialogue ou la réflexion, il est possible de trouver un terrain d'entente sur ce qu'il convient de faire malgré le désaccord ou le conflit. Des alternatives ou des options d'actions auparavant négligées peuvent émerger et trouver consensus. Toutefois, en cas de divergences irréconciliables, il est envisageable de transférer le patient à un collègue pour la prise en charge de ses soins, de manière à respecter l'intégrité morale du médecin et la nécessité d'offrir des soins de qualité au patient.

*Pour des exemples de considérations éthiques et leur application à des décisions concrètes, consulter Ogle K et collab., *Ethics in family medicine*. CFPC; 2012

Certains des enjeux éthiques de la profession médicale

Questions ayant une incidence sur l'identité de la profession

Les récents changements à la loi soulèvent des questions importantes pour la profession médicale. Par exemple, quels sont les objectifs et les limites de la médecine? Quelle est la nature de la relation médecin-patient? Différents points de vue adoptés par différents médecins dans leurs délibérations éthiques dans des cas particuliers doivent être reconnus et respectés. Par contre, les organismes professionnels médicaux devraient également initier et encourager l'éducation et la réflexion profonde au sein de leurs professions sur des questions éthiques fondamentales touchant l'identité, les objectifs et la philosophie des soins de la profession dans son ensemble. Ils devraient également promouvoir les discussions concernant les points à la base des différences sur ces questions d'éthique.

Enjeux éthiques liés aux systèmes de soins de santé

Les Canadiens et Canadiennes devraient avoir accès à des soins palliatifs de qualité dans leurs collectivités. C'est une question de justice sociale⁶. L'ouverture à la possibilité de recourir au suicide assisté ou à l'euthanasie volontaire ne doit pas réduire les efforts visant l'amélioration des soins de santé complets et globaux, de la santé mentale et des soins palliatifs. Ces efforts doivent plutôt être intensifiés.

Pour les patients souffrant de maladie grave, de handicaps sévères ou pour ceux étant en fin de vie, l'engagement de chaque médecin et de l'ensemble de la profession doit être soutenu et pourrait inclure les démarches suivantes :

- Reconnaître les limites de la médecine face à la finitude humaine et la mortalité
- Tenir compte de l'évaluation que le patient fait pour soi de la proportionnalité du fardeau par rapport au bénéfice des interventions visant le maintien de la vie
- Identifier les obstacles limitant l'initiation des entretiens avec le patient concernant la fin de vie ainsi que ceux liés à la gestion efficace de la douleur et d'autres symptômes éprouvants. Améliorer la formation dans ce domaine.
- Contester des attitudes et des comportements qui traitent certains patients comme « non-productifs » et des membres de la société qui coûtent cher, par exemple, en faisant référence au profil démographique du vieillissement de la population canadienne comme le « tsunami gris. » Ces attitudes et comportements des professionnels de la santé peuvent renforcer chez le patient l'impression d'être un fardeau pour les autres et la perception d'avoir le « devoir de mourir ».
- Reconnaître les limites des interventions biomédicales pour répondre aux préoccupations existentielles de l'être humain, qui surgissent inévitablement au cours d'une maladie grave et face à la possibilité d'une mort imminente
- Maintenir la continuité des soins primaires lorsque les patients sont référés aux soins spécialisés appropriés, pour assurer la coordination entre les divers secteurs du système de soins de santé et veiller à ce que les patients reçoivent les soins de médecins en qui ils ont confiance et qui les connaissent bien.

Que veut dire liberté de conscience pour le médecin?

En droit et éthique, le droit à la liberté de conscience lui permet à une personne de maintenir son intégrité morale en refusant de participer à une action prescrite par une politique ou une loi pour des raisons d'opposition morale.^{7,8} Dans la révision de sa politique sur l'euthanasie et l'aide au suicide (décembre 2014), l'Association médicale canadienne est d'avis que le droit du médecin à la liberté de conscience comprend son droit d'agir selon sa conscience pour décider de participer ou non à la prestation d'aide médicale à mourir et d'euthanasie volontaire.⁹ Sa liberté serait *de facto* protégée par la loi dans certaines conditions.

En outre, le droit à la liberté de conscience en droit et éthique s'étend normalement au droit d'une personne de limiter sa collaboration avec d'autres à une pratique à laquelle elle s'oppose pour des raisons éthiques. Ceci trouve sa pertinence dans le degré d'engagement du médecin lors d'une demande d'aide médicale à mourir ou d'euthanasie selon ce qu'il juge éthiquement acceptable. Cette implication peut prendre la forme de l'information dispensée au patient sur la façon de mettre fin à sa vie, de la prescription ou de l'administration des médicaments, de la référence ou du transfert d'un patient aux soins d'un autre médecin ou à une tierce partie. En règle générale, plus la collaboration est essentielle ou provoque un résultat direct auquel le médecin s'oppose pour des raisons de conscience, plus la complicité perçue du médecin sera forte. Toutefois, les médecins doivent être conscients de l'étendue de leur responsabilité dans la prestation de soins à un patient. Le CMFC s'oppose en principe à toute action susceptible d'abandonner un patient, sans option ni orientation.

Tous les médecins et tous les responsables des établissements de soins de santé devraient délibérer sur les valeurs ou l'éthos qui guident leurs pratiques à l'égard du suicide médicalement assisté et de l'euthanasie, et devraient communiquer leur politique aux patients concernés.

Que dit le jugement de la Cour Suprême du Canada sur l'autonomie du patient?

Dans son jugement *Carter c. Canada*, la Cour suprême du Canada a affirmé que la protection de la liberté des adultes compétents, telle qu'inscrite dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, comprend la protection du droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État.

Certains ont interprété la décision de la Cour d'une manière qui fait du respect de l'autonomie du patient la considération éthique absolue ou primordiale dans les décisions concernant le suicide médicalement assisté et l'euthanasie volontaire. D'autres font remarquer que la décision de la Cour aborde la question légale de la conciliation des intérêts individuels et des intérêts de l'État.

Bien que la décision aborde le droit d'un groupe particulier de patients à faire des choix personnels concernant « l'aide médicale à mourir » sans interférence indue de l'État, elle ne traite pas de la relation médecin-patient en soi, qui devrait être caractérisée par la prise de décision partagée.

Déterminer les responsabilités éthiques des médecins et des patients ne peut se limiter qu'au seul raisonnement juridique.

*La *Déclaration universelle des droits de l'homme* de l'Organisation des Nations Unies reconnaît le droit de tous les êtres humains à la liberté de conscience (art. 18). Cela a été influencé par la Charte de Nuremberg après la Seconde Guerre mondiale, qui jugeait qu'agir sur les ordres d'un gouvernement ou d'un supérieur ne suffit pas en soi pour excuser la responsabilité des individus pour leurs décisions. Le droit à la liberté de conscience est également garanti par l'article 2 (a) de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Que signifie le respect de l'autonomie du patient pour le médecin?

Certains définissent l'autonomie simplement par la volonté explicite du patient de choisir. Cela dit, la notion éthique d'autonomie porte tant sur la liberté de la personne que sur son exercice en tant qu'agent moral. Dans le présent cas, cela comprend la capacité de raisonnement éthique, c'est-à-dire la capacité de prendre des décisions responsables qui reflètent ses valeurs, ses buts et ses autres préoccupations et engagements moraux. Cette capacité est déterminée dans le cadre de discussions attentives et nuancées avec le patient, discussions qui font appel à la sensibilité éthique du médecin. Le médecin doit continuer à développer ses compétences interpersonnelles par la formation et savoir apprécier le cadre décisionnel du patient comme étant apte à prendre pour lui-même des décisions concernant ses soins. La notion éthique d'autonomie dépasse les critères juridiques de *capacité à donner son consentement*, critères qui se limitent habituellement à la capacité de comprendre et d'apprécier les conséquences de ses décisions, tout en laissant de côté les autres aspects de la responsabilité morale.

Voici quelques considérations pratiques concernant l'autonomie du patient :

- Lorsqu'un patient fait une demande d'aide au suicide ou d'euthanasie, le médecin doit prendre le temps de déterminer si le patient présente une maladie traitable, telle une dépression ou des idéations suicidaires, ce qui pourrait compromettre son autonomie décisionnelle. Il doit, pour ce faire, utiliser ses compétences cliniques et recourir aux ressources appropriées.
- Les médecins acceptent qu'ils ne doivent pas s'approprier la prise de décision des patients compétents. Ils savent aussi qu'ils doivent être conscients de leurs propres réactions pour éviter de projeter ou d'imposer leurs propres valeurs à leur patient et de laisser leurs perceptions personnelles préjuger de la qualité de vie de leur patient.
- Tout aussi important, le médecin ne devrait pas transmettre mécaniquement de l'information médicale à un patient. Le médecin doit offrir aux patients des possibilités de discuter adéquatement de ce qui les préoccupe et des questions éthiques associées en fonction de la condition médicale du patient. Ce processus comprend pour le médecin de discerner avec le patient et ses proches, les valeurs, les craintes et les espoirs que cache la demande et qui pourraient être différentes de celles énoncées plus explicitement. Il importe alors pour le médecin de bien connaître son patient et de se livrer à une écoute attentive, authentique et sans jugement.
- Le médecin doit être attentif aux signes non seulement de détresse psychologique et physique, mais à la souffrance existentielle et, pour beaucoup, à la souffrance spirituelle, qu'ils éprouvent lorsqu'ils sont confrontés à une santé déclinante, à des fonctions diminuées et à la réalité de la mort.
- Comme les patients ne sont pas toujours conscients ni capables d'exprimer ce qu'ils pensent à propos de ces luttes, les médecins doivent être capables de discuter des sentiments, d'interpréter les comportements, et de tirer parti de l'expertise d'autres personnes capables de le faire. L'écoute attentive et empathique du médecin, sa disponibilité pour discuter de questions préoccupantes, son offre de soutien approprié et l'expression de son engagement à poursuivre les soins tout au long de la maladie du patient sont en soi des réponses thérapeutiques importantes pour les patients et leurs proches.

Quelle terminologie les médecins devraient-ils employer pour ces nouvelles interventions permises?

Les termes juridiques *aide médicale à mourir* et *mort médicalement assistée* sont trop génériques en soi pour être utilisés dans la pratique clinique et l'éthique. Lorsqu'ils sont appliqués à des pratiques et à des scénarios cliniques particuliers, ils peuvent générer de l'incertitude et de l'incompréhension pour les médecins et les patients.^{10*} Ils confondent aussi diverses pratiques et des scénarios qui impliquent des considérations éthiques distinctes. Par exemple :

- Le terme *aide médicale à mourir* utilisé dans le jugement de la CSC ne fait pas de distinction entre l'euthanasie volontaire et le suicide médicalement assisté. Il y a cependant des différences psychologiques et éthiques significatives entre ces deux pratiques pour de nombreux médecins et éthiciens. L'euthanasie engage les médecins en tant qu'agents qui mettent intentionnellement fin à la vie de leurs patients, alors que dans le cas du suicide assisté, c'est le patient qui met fin à sa propre vie.
- Le jugement de la CSC ne fait pas de distinction éthique entre « l'aide médicale à mourir » et les pratiques médicales acceptées couramment tels l'abstention ou le retrait d'interventions de maintien de la vie à la demande du patient et la sédation palliative administrée pour contrôler les symptômes. Lorsqu'un médecin pratique la sédation palliative, l'intention est de soulager une souffrance insupportable. De même, lorsqu'un médecin, suivant la demande de son patient, n'administre pas ou retire des interventions de maintien de la vie, l'intention est de soutenir la prise de décision partagée et d'éviter des interventions médicales non voulues.

Lorsque les médecins utilisent les termes *aide médicale à mourir* et *mort médicalement assistée*, ils doivent comprendre les définitions juridiques de ces termes. Ils devraient éviter de les utiliser pour décrire le retrait ou la non-administration d'interventions à la demande du patient ou la sédation palliative. Les termes *suicide assisté par un médecin* et *euthanasie volontaire* sont plus précis que les nouveaux termes juridiques. Les médecins devraient utiliser cette terminologie accompagnée des descriptions des pratiques et des scénarios en cause (par exemple, conseils psychologiques, ordonnance ou administration d'un médicament létal pour induire le décès d'un patient).

*Un sondage récent des médecins et du personnel infirmier au Québec a révélé qu'environ 60 % d'entre eux croyaient à tort que « l'aide médicale à mourir », selon la législation du Québec, exclut l'administration de médicament létal pour mettre fin à la vie d'un patient à sa demande, tandis qu'environ 35 % pensaient à tort que la loi permettant « l'aide médicale à mourir » permet à un médecin de provoquer la mort d'un patient incompétent à la demande d'un membre de sa famille. Voir Marcoux I. et collab., *Le Médecin de famille canadien* 2015;61:e196

Répondre aux préoccupations des patients en ce qui concerne « perdre sa dignité »

En demandant l'aide au suicide ou l'euthanasie, les patients expriment souvent une préoccupation liée à la « perte de dignité » dans leur état actuel ou à un stade ultérieur de leur maladie ou de leur invalidité progressive. Le terme *dignité* peut avoir des sens différents et se prête à diverses interprétations. Il est important pour les médecins et les patients de connaître et de discuter des divers sens afin de cerner les préoccupations du patient et de les aborder adéquatement.

Il est généralement admis que la dignité est intrinsèque à tous les êtres humains parce qu'ils ont tous une valeur égale et appartiennent à la communauté humaine.[†] La dignité dans ce sens ne peut ni être diminuée ni perdue par des changements, comme la défiguration, la maladie ou le déclin des capacités.

La dignité a un autre sens lié au bonheur et au bien-être que les patients éprouvent durant leur vie. La dignité associée à l'épanouissement et au bien-être est susceptible de varier en raison de maladie et d'invalidité pour certaines personnes, en particulier si celles-ci sont préoccupées par leur perte de contrôle ou d'indépendance. Ces craintes chez de nombreux patients peuvent être atténuées ou traitées par des soins efficaces, afin que leur dignité dans ce sens puisse être préservée, voire renforcée. Chez d'autres patients, leur adaptation et leur acceptation des limites imposées par la maladie, l'invalidité et la mort peuvent faire place à un bien-être général chez le patient et peuvent donner un sens à leur vie et inspirer leurs proches et d'autres personnes qui souffrent.^{11*}

Un troisième sens de la dignité, la *dignité attribuée*, est lié à la façon dont les patients se perçoivent eux-mêmes ou perçoivent la façon dont les autres les voient. Une perception de soi négative et la crainte d'être un fardeau pour les autres peuvent souvent inciter les patients à envisager le suicide médicalement assisté et l'euthanasie. Les médecins ont plusieurs options à leur disposition pour explorer et répondre à ces préoccupations :

- Écouter sans porter de jugement, les préoccupations des patients en ce qui concerne leur « perte de dignité » et explorer avec eux ce que sous-tendent ces préoccupations.
- Rassurer-les patients de leur valeur intrinsèque et de leur appartenance à leurs communautés.
- Discuter et chercher avec les patients et leurs proches des options disponibles pour améliorer la « dignité » selon son deuxième sens.-
- Explorer et aborder avec les patients et leurs proches le fondement de la perception de soi négative du patient ou sa perception de la façon dont les autres le voient.
- Orienter le patient vers les ressources appropriées incluant le soutien psychologique et social et, pour les patients qui le souhaitent, le soutien spirituel en vue de soutenir leur cheminement et la recherche de sens dans ces moments difficiles de fin de vie.

Il est possible que des patients compétents qui répondent aux critères juridiques du suicide assisté ou de l'euthanasie persistent à demander ces interventions malgré l'exploration des motifs et tout le soutien offert. Le médecin doit alors réfléchir aux limites que sa conscience lui impose et lui conseille. Pour certains médecins, les considérations liées à l'objection de conscience et au transfert des soins des patients, tels que décrits ci-dessus, pourraient s'appliquer.

*Par exemple, la *Déclaration universelle des droits de la personne* des Nations Unies, ratifiée par la majorité des nations, amorce son *Préambule* en déclarant que « la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde. »⁷

Pour une vue contraire qui rejette toute base solide pour « la dignité de tous les êtres humains » (ou dignité intrinsèque), voir Le Groupe d'experts de la société Royale du Canada sur *la prise de décisions en fin de vie*. Ottawa, ON : SRC; 2011:51-59.51-59.

[†]Il s'agit de la « dignité » dont on parle dans les interventions de soins palliatifs que le Dr Harvey Chochinov et autres ont développées. Consulter Chochinov HM. *Dignity therapy*. Oxford University Press; 2011.

Conclusion

Les récents changements juridiques au Canada concernant le suicide assisté et l'euthanasie volontaire soulèvent de nombreuses questions éthiques à propos desquelles les collègues et les médecins devront délibérer. Les médecins doivent avant tout préserver leur relation avec les patients et leurs proches durant ce dernier chapitre de la vie. Sachant que ceux qui ont une maladie ou un handicap graves et ceux qui sont en train de mourir sont parmi leurs patients les plus vulnérables, les médecins de famille peuvent être les promoteurs de la santé au nom de ces patients. Collectivement et publiquement, nous pouvons leur affirmer ainsi qu'à leurs proches que :

- Nous sommes prêts à prendre soin de vous et à tenter de faire en sorte que chacune des étapes de votre vie soit la plus agréable possible.
- Nous ne douterons jamais de vous lorsque vous dites que vous êtes dans la douleur ou la détresse; nous allons plutôt chercher des moyens efficaces pour soulager votre souffrance.
- Si vous ne voulez pas d'intervention médicale particulière, ou n'en voulez plus, nous ne vous forcerons jamais, mais nous chercherons d'autres façons de vous offrir de bons soins.
- Conformément à nos obligations professionnelles et liés par notre propre conscience, nous militerons pour que vous receviez les interventions disponibles appropriées à votre situation.
- Nous serons toujours à votre écoute. Nous vous demanderons de nous faire part de vos espoirs et de vos préférences; nous écouterons activement et ferons de notre mieux pour développer un plan de soins avec vous qui répond à vos souhaits.
- Nous vous informerons toujours honnêtement de votre santé et du pronostic. Nous vous ferons toujours part de ce que nous découvrons. Nous ne ferons pas de fausses promesses ni n'éveillerons de faux espoirs sur les effets possibles ou les résultats de certaines interventions médicales.
- Nous essaierons de venir à vous. Nous tenterons de vous prodiguer des soins et de vous visiter où vous voulez, que ce soit chez vous, à l'hôpital, à l'hospice ou dans un autre établissement.
- Nous prendrons soin de toute votre famille. Nous veillerons sur les membres de votre famille et autres proches qui prennent soin de vous, et nous serons là pour eux après votre décès.*
- Et, si vous souhaitez le suicide médicalement assisté ou de l'euthanasie, nous écouterons sans jugement, nous suivrons notre conscience, et nous veillerons à ce que vous receviez les soins avec respect et dignité jusqu'à la fin, dans le cadre juridique accepté.

*Adapté d'une liste présentée au colloque du Groupe de travail le 24 juin 2014.

Autres lectures

Les observations de ce document concernant la délibération éthique adéquate sont élaborées en détail dans le guide en ligne du Comité d'éthique du CMFC *L'éthique en médecine familiale : Guide à l'intention du personnel enseignant*.⁵ Le lecteur intéressé y est dirigé.

À propos du groupe de travail

Le Groupe de travail sur les soins en fin de vie du CMFC a été créé en 2013 afin d'examiner, pour le bénéfice de la direction et des membres du CMFC, les enjeux éthiques où les médecins de famille pourraient avoir besoin de formation et de conseils sur les soins en fin de vie, le suicide assisté et l'euthanasie. Les membres sont Isabelle Arsenault, Romaine Gallagher, Eric Mang (membre du personnel du CMFC), Patricia Marturano (membre du personnel du CMFC), Larry Reynolds, Susan MacDonald, Artem Safarov (membre du personnel du CMFC), Dori Seccareccia, William F. Sullivan (président, auteur principal du guide et co-auteur du rapport du Groupe de travail) et Michael Yeo (membre du sous-comité de rédaction). Keith Ogle est l'auteur principal du rapport du Groupe de travail et membre du sous-comité de rédaction. David Gass, président du Comité d'éthique de l'Association médicale canadienne, y a contribué. En 2014, les membres du Groupe de travail ont participé à un colloque avec des représentants du Comité de direction du CMFC, de l'Association médicale canadienne et d'autres organisations de médecins au Canada. Le Comité de direction du CMFC a examiné la version du 26 mai 2015 de ce guide et a suggéré des changements, qui ont été incorporés. Dans le cadre de son mandat, le Groupe de travail produira un rapport. En plus de ce guide, le groupe de travail prévoit développer d'autres ressources sur l'éthique pour les médecins de famille.

Références

1. Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001. Dans : <http://canlii.ca/t/69b45> Date de consultation : le 20 août 2015.
2. Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5.
3. Code criminel, LRC 1985, c C-46, art. 241. Dans : <https://zoupio.lexum.com/calegis/lrc-1985-c-c-46-fr#!fragment/art241>. Date de consultation : le 19 août 2015.
4. Code criminel, LRC 1985, c C-46, art. 14. Dans : <https://zoupio.lexum.com/calegis/lrc-1985-c-c-46-fr#!fragment/art14>. Date de consultation : le 19 août 2015.
5. Ogle K, Sullivan W, Yeo M. *L'éthique en médecine familiale : Guide à l'intention du personnel enseignant*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resourses/Resource_Items/Health_Professionals/Faculty%20Handbook_2012%20Final_FRE.pdf. Date de consultation : le 20 août 2015.
6. Organisation mondiale de la santé. *Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie*. Genève, Suisse : WHO; 2014. Dans : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-fr.pdf. Date de consultation : le 20 août 2015.
7. Nations Unies [site Web]. *Déclaration universelle des droits de l'Homme*. <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>. Date de consultation : le 20 août 2015.
8. Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11.
9. Association médicale canadienne. *La politique de l'AMC sur l'euthanasie et l'aide à mourir : révision 2014*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne ; 2015. Dans : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/EOL/cma-policy-euthanasia-assisted-death-updated-2014-f.pdf>. Date de consultation : le 20 août 2015.
10. Marcoux I, Boivin A, Arsenault C, Toupin M, Youssef J. Ce que les professionnels de la santé comprennent des aspects juridiques des soins de fin de vie au Québec : Une étude à l'aide de scénarios cliniques. *Le médecin de famille canadien* 2015;61(4): e196-e203. Dans : <http://www.cfp.ca/content/61/4/e196.abstract.fr>. Date de consultation : le 18 août 2015
11. Chochinov HM. *Dignity Therapy: Final words for final days*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press; 2011.

