

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



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

En février 2015, la Cour suprême du Canada (CSC) a dévoilé sa décision dans l'affaire *Carter c. Canada*, qui contestait la validité constitutionnelle des dispositions du Code criminel interdisant l'aide médicale à mourir au Canada. Dans une décision unanime, la Cour suprême a déclaré que les dispositions du Code criminel portant sur l'euthanasie volontaire (article 14) et le suicide assisté (alinéa 241b)) ne sont pas valides sur le plan constitutionnel, car elles enfreignent les principes de la justice fondamentale. La Cour suprême a suspendu sa décision pendant 12 mois afin de donner aux gouvernements le temps d'envisager l'élaboration de mesures législatives ou réglementaires; de plus, elle leur a accordé une prolongation de quatre mois à compter du 15 janvier 2016. Après la suspension de 16 mois, l'aide à mourir sera légale au Canada et ne constituera plus un acte criminel, même si l'on n'a pas adopté de loi pour donner suite à la décision de la Cour suprême.

En annulant l'interdiction de l'aide à mourir, la Cour suprême soulève une foule d'enjeux complexes qui ont des répercussions à la fois sur la pratique et sur les politiques. À la suite de la décision de la Cour suprême, l'AMC a recommandé une approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada. Ces recommandations représentent le fruit de consultations détaillées menées auprès des membres de l'AMC, des associations médicales provinciales et territoriales et des parties prenantes des secteurs de la médecine et de la santé.

Ce processus avait une double visée : a) promouvoir une discussion et élaborer des recommandations sur la base de principes éthiques-juridiques; b) formuler un avis sur certains éléments sensibles pour les médecins et qui sont ambigus ou passés sous silence dans la décision de la Cour suprême.

Le présent document doit encadrer l'élaboration de lois ou de règlements sur les questions d'importance particulière pour les médecins du Canada, vues à travers le prisme du médecin en exercice qui sera chargé de ces activités. D'autres parties prenantes ont certes des points de vue importants et valables, mais seuls les médecins poseront les actes réels nécessaires pour aider quelqu'un à mourir. C'est pourquoi il faut donner à leur opinion une importance et une considération particulières. Il faut respecter les droits que la Charte confère à la fois aux médecins et aux patients et les rapprocher dans le contexte de cet exercice.

Par souci de précision, 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.

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 la personne** : En ce concerne l'intégrité de leur corps et leurs soins, les personnes compétentes et aptes sont libres de faire des choix éclairés et de prendre des décisions autonomes qui correspondent à leurs valeurs, leurs croyances et leurs buts personnels.
 2. **Équité** : Quiconque répond aux critères régissant l'aide à mourir devra, dans la mesure du possible, avoir accès à cette intervention sans discrimination. Les médecins devraient travailler 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 indu à fournir l'accès à l'aide à mourir. C'est pourquoi l'AMC préconise la création d'un service central distinct d'information, de conseil et d'orientation afin de faciliter l'accès efficace.
 3. **Respect des valeurs du médecin** : Lorsqu'il décide de fournir ou non une aide à mourir, le médecin peut suivre sa conscience, 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** : Il faut satisfaire clairement à toutes les exigences relatives au consentement éclairé. Il faut notamment déterminer que le patient est apte à prendre la décision en cause, en tenant particulièrement compte de la vulnérabilité des patients et du contexte délicat des soins de fin de vie. Le consentement est considéré comme un processus en pleine évolution qui oblige les médecins à communiquer constamment 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 et les membres de leur famille ou 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 doivent, au moyen d'un système soigneusement conçu de mesures de protection et de suivi, réduire au minimum la souffrance des patients et traiter des questions de vulnérabilité et de risque de coercition.
 8. **Responsabilité** : 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 faire appel à un collègue pour l'évaluer dans les cas plus complexes.
 9. **Solidarité** : Les médecins et les intervenants en soins de santé, qui doivent être sensibles aux enjeux culturels et aux antécédents du patient, doivent appuyer celui-ci 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 de l'aider ou non. 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. Les médecins qui ont des points de vue différents sur la pertinence de l'aide à mourir doivent se respecter mutuellement.

Recommandations

Compte tenu de ces principes, de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter c. Canada* (2015)¹ et d'une étude des expériences d'autres administrations, l'AMC présente les recommandations suivantes au sujet de cadres législatifs et réglementaires possibles de l'aide à mourir. Nous soulignons que le présent document ne vise pas à aborder toutes les dimensions possibles de la question de l'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 une personne adulte capable qui répond aux critères établis par la Cour suprême du Canada (CSC) dans la décision qu'elle a rendue dans l'affaire *Carter c. Canada* (2015) : « ... qui consent clairement à mettre fin à sa vie et est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition ». Pour déterminer le droit à l'accès, le médecin doit user de son jugement médical approprié pour évaluer la capacité du patient de donner un consentement volontaire et éclairé et déterminer si son état, y compris une maladie, une affection ou un handicap, est « grave et irrémédiable » :

- i. Il est grave, car il est sérieux ou sévère et le pronostic ou les symptômes connexes courants ou imminents sont constants ou persistants et causent au patient des souffrances physiques ou psychologiques graves et intolérables. C'est au patient qu'il revient de déterminer le caractère persistant et intolérable de la souffrance.
- ii. L'état est irrémédiable, car il est incurable ou l'on ne peut atténuer les symptômes qui le rendent grave, il ne se prête pas à d'autres traitements ou interventions acceptables pour le patient, ou est irrémédiable par d'autres moyens acceptables pour celui-ci. Le patient n'est pas tenu d'avoir essayé tous les actes disponibles prévus par la norme de soins ou tous les traitements possibles qui lui sont offerts pour que cette définition s'applique. Le patient doit accepter ou refuser clairement n'importe lequel de ces actes ou traitements.
- iii. Dans sa décision, la Cour suprême n'indique pas qui détermine la gravité (c.-à-d. le médecin ou le patient). Comme dans d'autres domaines de la médecine, le caractère approprié d'une intervention découlerait en général d'une décision prise conjointement au cours d'un processus décisionnel délibérant, appuyé par la divulgation que le médecin a faite de toutes les interventions disponibles prévues par la norme de soins ou de tous les traitements possibles.

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

1.2 Décision éclairée

- Le médecin traitant doit informer le patient ou la patiente 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 ou à elle, 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, par des motifs raisonnables, qu'il est satisfait à tous les critères suivants :
 - 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 il est tenu compte de toutes les sources de vulnérabilité du patient dans un contexte de fin de vie.
 - Les communications consistent notamment à analyser en détail les priorités, les valeurs et les craintes, fournir l'information liée au diagnostic et au pronostic du patient, indiquer les traitements possibles, y compris les soins palliatifs et d'autres interventions possibles, et répondre aux questions du patient.
- Si le médecin traitant ou le médecin consultant juge le patient incapable de décision, il faut diriger le patient vers un autre médecin pour une évaluation plus approfondie.
- Seuls les patients peuvent présenter une demande, seulement lorsqu'ils en sont jugés capables.

1.4 Libre arbitre

- Le médecin traitant doit être convaincu, par des motifs raisonnables, qu'il est satisfait à tous les critères suivants :
 - 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. Droit du patient à une évaluation pour la prise de décision concernant l'aide à mourir

Étape 1 : Demande d'aide à mourir

1. Le patient soumet au moins deux demandes verbales d'aide à mourir au médecin traitant pendant une période proportionnelle au pronostic prévu du patient (c.-à-d. maladie en phase terminale ou non terminale).
2. Selon l'AMC, il ne conviendrait pas d'imposer la même période de recul pour toutes les demandes. Le pronostic du patient constitue le facteur critique. L'AMC recommande généralement d'attendre au moins 14 jours entre les deux demandes orales. Il s'agit

d'un point de repère. Dans certains cas, une période pourrait être plus courte : tout dépend de la situation du patient.

3. Le patient soumet ensuite une demande écrite d'aide à mourir au médecin traitant. Il faut remplir un formulaire de déclaration spécialement conçu à cette fin par le gouvernement, le ministère de la Santé, l'autorité sanitaire régionale ou l'établissement de soins de santé. Si le patient est incapable pour quelque raison que ce soit de présenter une demande écrite, il peut le faire verbalement et un mandataire doit documenter sa demande par écrit sur un formulaire de déclaration établi.
4. Si la période de recul est de plus de deux semaines, il faut analyser continuellement l'état du patient et une évaluation continue de ses demandes s'impose.

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 des situations plus complexes, 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 produit les documents et les déclarations obligatoires.

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 counselling en toxicomanie et la consultation d'un spécialiste de la douleur ou d'un gérontologue.

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 relatifs 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 n'importe quand. Cette offre et la réponse du patient doivent être consignées au dossier.

3.5 Documentation requise

- Le médecin traitant doit consigner dans le dossier médical du patient :
 - toutes les demandes verbales et écrites d'aide à mourir formulées par le patient;
 - son diagnostic et son pronostic, ainsi que son évaluation selon laquelle le patient ou la patiente 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 qu'il est satisfait à tous les critères, 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 ou de règlements qui facilitent l'examen des cas d'aide à mourir par les systèmes territoriaux ou provinciaux existants.
- Il faut élaborer des lignes directrices pancanadiennes 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 vérifier l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir, y compris son aptitude 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 cet examen.

5. Opposition morale à l'aide à mourir

5.1 Opposition institutionnelle d'un établissement de santé ou d'une autorité sanitaire

- Un hôpital ou une autorité sanitaire 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 obligés d'accéder aux demandes d'aide à mourir. Cela signifie que les médecins qui décident de ne pas fournir de service d'aide à mourir ou de ne pas participer à la prestation de tels services ne sont pas tenus de le faire ou de diriger le patient vers un médecin ou un administrateur médical qui le fera. Il ne devrait pas y avoir de discrimination à l'endroit d'un médecin qui décide de ne pas fournir de services d'aide à mourir ou de ne pas participer à l'acte.
- Les médecins sont obligés de répondre à la demande d'aide à mourir formulée par un patient. Il y a deux facteurs tout aussi légitimes l'un que l'autre : la protection de la liberté de conscience du médecin (ou de l'intégrité morale du médecin) d'une façon qui respecte les différentes conceptions de conscience et la garantie que le patient aura réellement accès à un service médical. Afin de concilier leur objection de conscience et l'accès pour le patient 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 au sujet de l'accès à une instance indépendante et centralisée pouvant offrir des renseignements, des conseils et une recommandation.
- Les médecins doivent mettre les dossiers médicaux pertinents (c.-à-d. diagnostic, pathologie, traitements et consultations) à la disposition du médecin traitant lorsque le patient les y autorise. Si le patient demande à être transféré à un autre médecin, les médecins doivent transférer le dossier du patient au nouveau médecin lorsque le patient les y autorise.
- Les médecins doivent agir de bonne foi et non causer de discrimination à l'endroit d'un patient qui demande de l'aide pour mourir et ne pas entraver ou bloquer l'accès à une demande d'aide à mourir.