

Mentionner l'aide médicale à mourir (AMM) en tant qu'option de soins cliniques

L'objectif de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM consiste à fournir une orientation aux médecins, aux infirmières et infirmiers praticiens, aux infirmières et infirmiers ainsi qu'aux autres professionnels de la santé alliés¹ sur la façon d'aborder l'AMM en tant qu'option de soins cliniques. Elle vise à faciliter l'accès équitable à de l'information sur l'AMM pour tous les patients au Canada. Elle souhaite également trouver un compromis acceptable avec les professionnels de la santé qui opposent une objection de conscience à l'AMM, en respectant leur point de vue, tout en misant sur leur collaboration pour répondre le mieux possible aux besoins des patients.

Sommaire

Il n'existe aucune disposition de la loi qui interdit aux professionnels de la santé d'amorcer une discussion sur l'AMM ou de répondre aux questions d'un patient à ce sujet. Au contraire, tous les professionnels de la santé ont comme obligation professionnelle de répondre aux questions des patients à propos de l'AMM. Seuls les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens (ci-après désignés conjointement « les cliniciens ») qui participent aux processus de planification des soins et de consentement ont l'obligation professionnelle d'amorcer une discussion sur l'AMM si le patient peut y être admissible. Toutes les options thérapeutiques doivent être présentées dans le cadre de la discussion, y compris les soins palliatifs et l'AMM. C'est le contexte clinique qui dicte le moment opportun pour amorcer une discussion au sujet de l'AMM. Les professionnels de la santé sont tenus de ne pas discuter de l'AMM dans le but d'inciter, de persuader ou de convaincre le patient à demander l'AMM.

Le fait d'avoir une objection de conscience à l'AMM n'élimine pas les obligations qui incombent aux professionnels de la santé. Il entraîne plutôt d'autres responsabilités, soit celles d'informer le patient de ses convictions personnelles et de l'orienter ou de transférer ses soins vers un clinicien qui n'a pas d'objection, ou encore vers d'autres ressources pouvant fournir de l'information utile et faciliter l'accès au service demandé. Nous recommandons l'élaboration de

¹ Nous utilisons le concept largement reconnu et accepté de « professionnel de la santé allié » avec respect et sensibilité, dans un esprit d'inclusion. Nous reconnaissons l'expertise et les rôles essentiels de plus d'une cinquantaine de professions de la santé, certaines étant réglementées, d'autres non, que l'on trouve actuellement dans le domaine des soins de santé et qui dépassent le cadre traditionnel de l'exercice de la médecine, des sciences infirmières et de la pharmacie.

lignes directrices nationales sur cette pratique afin de favoriser la prestation des meilleurs soins possible.

Public cible et recommandations

1. Tous les professionnels de la santé appelés à participer aux soins d'un patient atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et irrémédiable (annexe 1) doivent avoir une compréhension élémentaire des critères d'admissibilité à l'AMM. Il est essentiel non seulement de déterminer quels patients y sont potentiellement admissibles et doivent recevoir, le cas échéant, les renseignements appropriés, mais aussi de réduire les préjudices en évitant de parler de l'AMM aux patients qui n'y sont manifestement pas admissibles.
2. Le personnel infirmier et les professionnels de la santé alliés peuvent prendre part aux conversations avec les patients au sujet de l'AMM. Ce ne sont habituellement pas eux qui amorcent la discussion sur les options thérapeutiques, mais on peut s'attendre à ce qu'ils fournissent des réponses à un patient dans le cadre d'une relation thérapeutique.
3. Le présent document vise à guider les cliniciens quant à leur obligation professionnelle de mentionner l'AMM en tant qu'option de soins pour les patients, lorsque cela est pertinent sur le plan médical et si le patient y est vraisemblablement admissible. La divulgation complète de toutes les options thérapeutiques est requise pour satisfaire aux critères portant sur le consentement éclairé et respecter l'autonomie du patient. L'exercice d'un jugement clinique qui prend en considération la situation du patient permettra de déterminer quand (ou si) l'option de l'AMM doit être abordée.
4. Tous les professionnels de la santé qui opposent une objection de conscience à l'AMM doivent être au courant de leurs responsabilités professionnelles. Un compromis est proposé pour faciliter les soins aux patients, tout en respectant leurs croyances.
5. Aucun professionnel de la santé ne devrait être empêché de mentionner l'AMM ou d'en discuter, sachant qu'ils sont légalement autorisés à le faire et que c'est l'une de leurs obligations professionnelles. Il en va de même pour les organisations de soins de santé qui n'autorisent pas l'administration de l'AMM dans leurs établissements. On recommande aux professionnels de la santé de demander conseil auprès de leurs organismes de réglementation et d'indemnisation si des règlements établis dans leur milieu de travail interdisent l'évocation de l'AMM et les empêche ainsi de respecter leur obligation professionnelle envers les patients.
6. Nous recommandons que les organismes de réglementation et d'indemnisation et les autorités sanitaires diffusent des messages clairs et cohérents pour contribuer à la sensibilisation aux responsabilités qui incombent aux professionnels de la santé sur les discussions à tenir avec les patients au sujet de l'AMM en tant qu'option de soins cliniques. Une normalisation des politiques à l'échelle du pays est recommandée, en s'inspirant de la politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sur la réorientation des patients, qui a été confirmée par les tribunaux.

Loi applicable

Législation sur l'AMM

La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir (*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois [aide médicale à mourir], communément appelée C-14*) est entrée en vigueur en juin 2016. Voici ce qu'elle dit :

L'article 241 de la Loi est remplacé par ce qui suit :

Fait de conseiller le suicide ou d'y aider

(1) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, que le suicide s'ensuive ou non, selon le cas :

(a) conseille à une personne de se donner la mort ou l'encourage à se donner la mort; (b) aide quelqu'un à se donner la mort.

Exemption — aide médicale à mourir

(2) Ne commet pas l'infraction prévue à l'alinéa (1)b) le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2.

Exemption — personne aidant le médecin ou l'infirmier praticien

(3) Ne participe pas à l'infraction prévue à l'alinéa (1)b) la personne qui fait quelque chose en vue d'aider un médecin ou un infirmier praticien à fournir l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2.

Exemption — pharmacien

(4) Ne commet pas l'infraction prévue à l'alinéa (1)b) le pharmacien qui délivre une substance à une personne, autre qu'un médecin ou un infirmier praticien, s'il la délivre sur ordonnance médicale rédigée, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir en conformité avec l'article 241.2, par un médecin ou un infirmier praticien.

Exemption — personne aidant le patient

(5) Ne commet pas l'infraction prévue à l'alinéa (1)b) quiconque fait quelque chose, à la demande expresse d'une autre personne, en vue d'aider celle-ci à s'administrer la substance qui a été prescrite pour elle dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir en conformité avec l'article 241.2.

Précision

(5.1) Il est entendu que ne commet pas d'infraction le travailleur social, le psychologue, le psychiatre, le thérapeute, le médecin, l'infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé qui fournit à une personne des renseignements sur la prestation légitime de l'aide médicale à mourir.

Jurisprudence sur les notions de conseil, d'aide et d'encouragement

La notion de « conseil » au sens de l'al. 241(1) « vise des paroles qui, appréciées objectivement, doivent avoir pour but d'inciter, de persuader ou de convaincre une personne de mettre fin à ses jours. » *R. c. Morin* 2014 QCCQ 1609. « L'*actus reus* de l'aide ou de l'encouragement consiste à accomplir (ou, dans certaines circonstances, à omettre d'accomplir) une chose qui aide ou encourage l'auteur de l'infraction à commettre cette dernière. Bien qu'on ait l'habitude de considérer l'aide et l'encouragement ensemble, ce sont deux concepts distincts, et la responsabilité peut découler de l'un comme de l'autre. De façon générale, « [a]ider, au sens de l'al. 21(1) b), signifie assister la personne qui agit ou lui donner un coup de main. [. . .] Encourager, au sens de l'al. 21(1) c), signifie notamment inciter et instiguer à commettre un crime, ou en favoriser ou provoquer la perpétration » : *R. c. Greyeyes*, [1997] 2 R.C.S. 825, par. 26." *R. c. Briscoe*, 2010 CSC 13, par. 14.

Pertinence de mentionner l'AMM

Conseiller à un patient de se suicider demeure illégal. D'après les définitions utilisées aux fins du *Code criminel*, « conseiller » signifie de fournir des renseignements dans le but d'inciter, de

persuader ou de convaincre une personne de se donner la mort. Par contre, sur le plan clinique et dans le cadre d'une relation thérapeutique professionnelle, « conseiller » veut dire informer et discuter. « Donner des conseils », au sens communément attribué à ce terme par une infirmière ou un infirmier (par exemple), signifie communiquer, fournir de l'information, offrir une écoute attentive, renseigner le patient et offrir un soutien psychologique. Donner des conseils à un patient qui demande à mourir s'inscrit dans les limites acceptables d'une pratique infirmière conforme à l'éthique^{1,2}. La signification du mot « conseil » d'un point de vue clinique ne correspond en rien avec la signification juridique. Ainsi, tant que le but n'est pas d'inciter, de persuader ou de convaincre le patient de demander l'AMM, tout professionnel de la santé est légalement en droit de fournir de l'information, d'amorcer une discussion à ce sujet ou d'y participer, et de renseigner les patients à propos de cette option. Il n'existe aucune restriction légale quant à la personne qui peut aborder le sujet, soit le professionnel de la santé ou le patient. Les professionnels de la santé pourraient vouloir envisager une approche fondée sur les risques. Il est probable que le risque soit plus élevé si un professionnel de la santé mentionne systématiquement l'AMM sans tenir compte de la situation particulière du patient.

Pour éviter le risque d'influencer indûment les patients, les cliniciens doivent être conscients de la dynamique de pouvoir qui existe dans la relation clinicien-patient. Ainsi, dans les discussions au sujet de l'AMM en tant qu'option, il est important de faire valoir clairement qu'il s'agit d'une des options thérapeutiques et non pas d'une recommandation contraignante à un patient vulnérable. De même, lorsqu'un médecin objecteur de conscience mentionne l'AMM, ou son objection à celle-ci, il doit être bien clair qu'il s'agit d'une objection personnelle et non pas d'une recommandation clinique.

Exigences légales en matière de consentement libre et éclairé

Pour que le consentement soit considéré comme valable, il doit satisfaire à certaines conditions. « Le consentement doit être libre, le patient doit posséder l'aptitude à consentir et le patient doit avoir été informé correctement³. » Pour que le consentement à un traitement ou le refus d'un traitement soit valable, le patient doit avoir été informé des risques importants et des bienfaits potentiels du traitement proposé, de même que de toutes les solutions de rechange possibles. Cette responsabilité revient aux cliniciens et ne fait généralement pas partie du champ de pratique d'autres professionnels de la santé. Le patient doit aussi avoir obtenu des réponses à toutes ses questions. Le consentement est considéré comme **éclairé** si le patient a reçu de l'information dont une personne raisonnable dans la même situation aurait besoin pour prendre une décision au sujet d'un traitement proposé. L'information fournie doit comprendre des précisions sur les traitements ou les autres options offertes, les risques importants, les bienfaits attendus et les effets secondaires des traitements disponibles. Il convient pour les cliniciens d'évaluer s'il y a lieu de mentionner l'AMM dans le cadre des discussions sur le consentement éclairé lorsque le patient y semble admissible.

Si le patient est apte à faire des choix en matière de soins de santé et qu'il présente un problème de santé grave et irrémédiable, le clinicien peut discuter des options de soins cliniques, y compris les traitements actifs, les soins palliatifs et l'AMM. Si, par contre, le patient ne remplit pas les critères d'admissibilité au sens de la loi, il ne faut pas offrir l'AMM à titre d'option thérapeutique. Dans les cas où l'admissibilité (y compris l'aptitude) est incertaine, il convient de mentionner l'AMM en précisant que l'admissibilité devra faire l'objet d'une évaluation en bonne et due forme, comme dans tous les cas de demande d'AMM. Si le clinicien oppose une objection de conscience à proposer l'AMM, d'autres responsabilités viennent s'ajouter.

Pour déterminer s'il convient de parler au patient de l'option de l'AMM, les professionnels de la santé devraient aussi prendre en compte le fait que le consentement doit être donné de façon volontaire pour être valable. Un patient pourrait ne pas être en mesure d'exercer pleinement son droit de refuser le traitement qui lui est proposé, même s'il le trouve inacceptable, lorsqu'il n'a pas été informé de toutes les options médicales légales disponibles. Par exemple, si le patient se fait seulement proposer d'arrêter les interventions essentielles au maintien des fonctions vitales ou d'amorcer les soins palliatifs, il risque de croire que ce sont les seules options qui s'offrent à lui et de se sentir contraint de choisir entre ces deux dernières. Si l'ensemble des options médicales disponibles sont offertes, y compris les soins palliatifs et l'AMM, le patient sera mieux en mesure de choisir librement et de consentir de façon volontaire à une option qu'il juge acceptable.

Le moment approprié d'amorcer une discussion au sujet de l'AMM devrait être laissé à la discrétion du clinicien, en tenant compte de la situation globale du patient. Par exemple, dans presque tous les cas, il serait cliniquement inapproprié d'amorcer une telle discussion immédiatement après l'annonce d'un diagnostic de problème de santé grave et irrémédiable. Cependant, une fois que toutes les options thérapeutiques ont été présentées au patient, y compris l'arrêt du traitement, il serait approprié de mentionner la disponibilité de l'AMM.

Il convient de souligner que dans certains cas, l'AMM ne peut pas être présentée comme une option thérapeutique. L'AMM ne doit pas être mentionnée si elle est inappropriée sur le plan clinique, par exemple si le patient n'est manifestement pas apte à consentir. Certains pensent qu'il n'est peut-être pas nécessaire de présenter l'option de l'AMM si le professionnel de la santé « sait que » le patient s'oppose à l'AMM. Il faut faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on prend la décision de ne pas mentionner un service offert légalement. D'une part, il arrive parfois que les patients changent d'opinion; étant contre l'AMM quand ils étaient en bonne santé, ils en viennent à envisager cette option lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé grave et irrémédiable. D'autre part, il est possible qu'un professionnel de la santé fasse des suppositions erronées concernant l'opinion d'une personne au sujet de l'AMM. Par exemple, il pourra penser qu'une patiente s'oppose à l'AMM parce qu'elle est religieuse au sein de l'Église catholique romaine. Or, des religieuses de l'Église catholique romaine et d'autres personnes dont le mode

de vie se fonde sur la foi ont demandé l'AMM. Il faut donc faire preuve de beaucoup de sensibilité lorsqu'on aborde la possibilité de l'AMM et miser sur une approche personnalisée.

Considérations éthiques

Autonomie du patient

Dans le cadre de la prestation de soins et de la communication avec les patients, les professionnels de la santé peuvent s'appuyer sur des principes éthiques généralement reconnus. Le respect de l'autonomie du patient (respecter ses souhaits), la bienfaisance (faire du bien) et la non-malfaisance (ne pas nuire) en sont des exemples. Ces principes sont énoncés dans le code d'éthique de l'Association médicale canadienne et celui de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui ont tous deux été revus et appliqués après l'adoption du projet de loi C-14.

Le respect de l'autonomie du patient est un principe éthique qui revêt une importance capitale lorsqu'un professionnel de la santé cherche à savoir s'il peut ou doit aborder l'AMM en tant qu'option de soins cliniques et pour déterminer le moment et la façon de le faire. Afin de respecter l'autonomie du patient, les professionnels de la santé sont tenus d'offrir comme options tous les traitements légalement accessibles et dont l'efficacité clinique a été démontrée, même si ces traitements sont en contradiction avec leurs convictions personnelles. De cette façon, le patient sera en mesure de choisir en connaissance de cause parmi les options thérapeutiques proposées (y compris la décision de recevoir, ne pas entreprendre ou d'arrêter un traitement) et pourra donc donner un consentement éclairé.

Rôle de gardien et obligations qui en découlent

S'ils respectent les exigences décrites plus haut concernant le consentement, les cliniciens rempliront leurs obligations professionnelles qui font partie inhérente de leur rôle en tant que gardiens du système de santé. Les cliniciens sont des experts qui possèdent de vastes connaissances au sujet des maladies, des handicaps, du système de santé et des options de traitement ou de prise en charge. Ils ont la responsabilité de discuter des traitements qui s'offrent aux patients pour les guérir ou leur procurer du confort. Dans la plupart des cas, le patient n'a pas le même niveau de connaissances que le clinicien, il n'est pas en mesure d'élaborer lui-même son plan de traitement et ignore peut-être quelles options envisager ou refuser.

Les cliniciens ne peuvent pas s'attendre à ce qu'un patient connaisse toutes les options légales offertes pour le traitement de la maladie ou du handicap dont il est atteint. Il en va de même pour les patients atteints d'un problème de santé grave et irrémédiable qui peuvent être admissibles à l'AMM. On ne peut pas s'attendre à ce qu'un patient sache s'il serait admissible à l'AMM, une option thérapeutique légale qu'il pourrait envisager, ni comment y accéder. Au moment de la vie où un patient peut être admissible à l'AMM en vertu du projet de loi C-14 (problème de santé grave et irrémédiable; déclin avancé des capacités, souffrances intolérables, mort naturelle

raisonnablement prévisible), il peut ne pas connaître toutes les options thérapeutiques qui s'offrent à lui. Il revient alors aux cliniciens d'agir en gardien des droits du patient et de discuter avec lui de toutes les options thérapeutiques possibles, c'est une responsabilité déontologique.

Bon nombre de Canadiens ne savent pas que l'AMM est légale au Canada. Certains patients peuvent être confrontés à des obstacles qui les empêchent d'améliorer leur bien-être ou d'accéder aux soins, par exemple s'ils sont confinés à leur lit, s'ils manquent d'autonomie ou de ressources (y compris l'Internet et le téléphone), s'ils ont des problèmes de communication (perte de la parole, de la vision ou de l'audition), s'ils ont perdu leur intimité parce qu'ils dépendent de proches aidants, s'ils sont en perte d'autonomie ou s'ils présentent différents symptômes physiques comme un essoufflement, une fatigue extrême, un état de fragilité, de l'anxiété, etc.

Un patient qui n'est pas bien informé de ses options thérapeutiques en temps opportun risque de ne pas pouvoir avoir accès à l'AMM, de perdre sa capacité décisionnelle et devenir non admissible à l'AMM, d'éprouver des souffrances intolérables pendant plus longtemps ou de vivre une expérience de fin de vie pouvant lui sembler inacceptable. Lorsqu'un patient est potentiellement admissible, le fait de ne pas lui fournir des renseignements à propos de l'AMM peut entraîner un risque de préjudice non négligeable à lui et sa famille.

Les raisons les plus fréquemment invoquées par les patients pour demander l'AMM sont la perte d'autonomie, notamment la capacité de prendre soin de soi et d'accomplir d'autres activités de la vie quotidienne (89,5 %), l'incapacité de pratiquer des activités valorisantes ou agréables (89,5 %) et la perte de dignité (65,4 %)¹. Les symptômes physiques comme le soulagement inadéquat de la douleur ou la crainte des souffrances futures sont des raisons moins fréquemment invoquées (35,3 %). Certains professionnels s'attendent peut-être à ce que les patients expriment leurs souffrances intolérables, ouvrant ainsi la porte à une discussion sur l'AMM, mais ce n'est pas toujours le cas, surtout dans les milieux très médicalisés axés prioritairement sur la symptomatologie physique et aussi si le patient ignore que l'AMM est légale. Pour ne pas s'engager sur une pente glissante, il se peut qu'un clinicien évite de mentionner l'AMM aux patients atteints d'un handicap, par peur d'insinuer que leur vie ne mérite pas d'être vécue. Pour favoriser l'élaboration d'un plan de soins adapté, il convient d'avoir une bonne compréhension de l'origine culturelle du patient, de ses croyances spirituelles, de son bagage psychosocial, de son vécu de la maladie, de ses souhaits et des déterminants sociaux de la santé qui entrent en ligne de compte.

La peur qu'une plainte soit transmise à son ordre professionnel si le patient ou sa famille juge qu'il est inapproprié ou prématuré de parler d'AMM peut être une source de préoccupation pour un professionnel de la santé. Si une plainte est déposée, elle sera évaluée en fonction des normes régissant la profession et non pas du point de vue du patient ou de sa famille. Par contre, un professionnel de la santé qui ne mentionne pas l'option de l'AMM s'expose au risque de faire l'objet d'une plainte si le patient rate l'occasion de se prévaloir de cette option.

Compte tenu des bienfaits thérapeutiques liés à l'accessibilité de l'AMM⁵ et de l'augmentation du nombre de consultations en soins palliatifs qui lui est associée⁶, ce serait une double erreur sur le plan thérapeutique de ne pas en faire mention durant une conversation sur les options de soins cliniques. En outre, le fait de ne pas mentionner l'AMM peut aussi causer du tort lié au prolongement de souffrances inutiles et à l'anxiété existentielle qui aurait pu être atténuée par les possibilités thérapeutiques. Un cas a d'ailleurs été décrit dans la littérature médicale (*Leo died the other day*) après qu'un jeune homme se soit suicidé malgré de bons soins palliatifs et un soutien adéquat. Son médecin n'était pas parvenu à décider s'il devait lui mentionner l'AMM⁷. En plus de ne pas être perçu comme une bonne mort, ce suicide a causé du tort à la famille et au médecin de ce patient.

Les professionnels de la santé travaillant dans un milieu qui n'est pas en faveur de l'AMM sont confrontés à des défis supplémentaires. Ils ont tout de même l'obligation professionnelle de respecter l'autonomie du patient et de favoriser le consentement éclairé. L'existence de l'AMM en tant qu'option thérapeutique doit obligatoirement être divulguée. Pour éviter de manquer à leur obligation de diligence, les cliniciens sont tenus de prodiguer des soins de qualité, qui sont non discriminatoires et axés sur la continuité. Ils doivent être bien au courant de la politique sur l'AMM en vigueur dans leur milieu ainsi que des risques auxquels ils s'exposent s'ils y dérogent. On recommande aux professionnels de la santé de demander conseil auprès de leurs organismes de réglementation et d'indemnisation si des règlements établis dans leur milieu de travail interdisent l'évocation de l'AMM et les empêchent ainsi de respecter leurs obligations professionnelles envers les patients.

Comment amener le sujet de l'AMM

Pour la majorité des patients atteints d'un cancer avancé (94,8 %), les discussions sur le désir de devancer le moment de la mort ne sont pas contrariantes; 79,3 % des patients interrogés considéraient qu'il était important que le clinicien évalue de manière proactive la possibilité que le patient souhaite devancer le moment de sa mort et en discute, peu importe si ce souhait avait été exprimé par le patient⁸. Dans une étude menée chez des patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA), la moitié de ceux-ci ont déclaré qu'ils pourraient concevoir de demander l'aide médicale à mourir. Les deux tiers avaient fait part de leur souhait de devancer le moment de la mort aux membres de leur famille. Aucune personne n'en avait parlé à un médecin, mais la moitié aurait aimé le faire⁹. Des patients atteints de la maladie de Huntington ont signalé une absence de discussions ouvertes sur l'aide médicale à mourir avec les professionnels de la santé¹⁰.

Il n'existe pas de façon non risquée d'aborder l'AMM. Il est important d'avoir une relation patient-clinicien fondée sur le respect et la confiance et de prévoir assez de temps pour ce genre de conversations délicates. Les patients pour qui l'AMM peut être une option devraient avoir la

possibilité de discuter de leur pronostic et de leurs préférences en matière de soins cliniques avant que la maladie ne progresse et diminue leur aptitude à prendre part à ces discussions importantes. Dans une relation thérapeutique, le fait de connaître les valeurs, les croyances, les objectifs et les craintes du patient, ainsi que les souhaits qu'il a exprimés antérieurement, réduit considérablement le risque de l'offenser en parlant de l'AMM. S'il n'a jamais été question des objectifs du patient, de ses craintes, de ses facultés critiques, de ses sources de motivation, des compromis qu'il est prêt à faire et du soutien dont il dispose, le *Serious Illness Conversation Guide* (en anglais seulement) ¹¹ est un outil éprouvé qui permet d'avoir plus tôt une bonne conversation avec un patient atteint d'une maladie grave limitant l'espérance de vie. Il n'y est pas précisément question de l'AMM, mais on y traite de l'importance de connaître les valeurs et les volontés du patient, ce qui peut aider à déterminer si l'AMM serait une option thérapeutique à mentionner ou non. Les questions ouvertes sont aussi une bonne entrée en la matière, par exemple : « Avez-vous des croyances spirituelles dont vous voudriez nous parler pour nous aider à prendre soin de vous? ». Les personnes qui travaillent en soins palliatifs sont habituées d'évoquer le sujet de la fin de vie et peuvent donc être une ressource utile ou de précieux membres au sein d'une équipe. Il existe plusieurs publications pouvant aider les cliniciens à gérer les conversations difficiles en fin de vie¹²⁻¹⁹. Discuter de la planification préalable des soins peut aussi aider à identifier les patients qui veulent aborder l'AMM, en gardant à l'esprit qu'ils peuvent avoir changé d'idée depuis la tenue de cette discussion. Il faut toujours amener le sujet de l'AMM avec précautions. C'est le contexte clinique qui déterminera quel est le bon moment pour en parler. Il existe aussi des scénarios²⁰ pour aider les membres du personnel à gérer les questions des patients.

Considérations d'ordre éthique

Pour examiner les questions d'ordre éthique qui entrent en jeu dans la décision de mentionner l'AMM, nous nous reportons aux sections suivantes de la *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie 1 de la *Loi constitutionnelle* de 1982, adoptée par la *Loi de 1982 sur le Canada (Canada Act 1982) (R.-U.)* ch. 11.

Droits et libertés au Canada

1. La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

Libertés fondamentales

2. Chacun a les libertés fondamentales suivantes : (a) liberté de conscience et de religion... [...]

Garanties juridiques

7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Égalité devant la loi, égalité de bénéfice et protection égale de la loi

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Comme il a été mentionné plus haut, les cliniciens sont les gardiens du système de santé. Dans certaines situations, ils ont aussi comme obligation professionnelle de mentionner l'AMM en tant qu'option de soins cliniques afin de respecter l'autonomie du patient et de répondre aux exigences en matière de consentement éclairé. Le sujet peut être

abordé dans le cadre d'une discussion sur les soins palliatifs, les soins de longue durée ou l'arrêt d'un traitement actif si le patient est atteint d'un problème de santé grave et irrémédiable. Dans ces cas précis, les cliniciens ont comme obligation envers leurs patients de parler de l'AMM. Il se peut que cette obligation entre en conflit direct avec les valeurs personnelles du clinicien. Or, d'un point de vue éthique, les cliniciens ont le devoir de respecter les volontés du patient. Si ces volontés ne sont pas connues, ils doivent agir selon les valeurs et les croyances du patient, ou dans l'intérêt supérieur de celui-ci, quelles que soient leurs valeurs personnelles.

Objection de conscience

Comme l'indique Santé Canada : « Les fournisseurs de soins de santé ne seront pas tous à l'aise à l'idée de devoir fournir une aide médicale à mourir. La pratique peut aller à l'encontre de leurs croyances et de leurs valeurs. La législation fédérale n'oblige personne à fournir l'aide médicale à mourir ou à aider à la fournir²¹. » Une distinction nette doit être faite entre fournir l'AMM (administration de médicaments), aider à la fournir (p. ex., évaluation) et l'obligation professionnelle de respecter l'autonomie du patient en donnant de l'information ou en dirigeant le patient vers quelqu'un qui peut l'informer et lui permettre ainsi d'obtenir ou non l'AMM. Il se peut que les professionnels de la santé qui opposent une objection de conscience considèrent le fait de donner de l'information ou de diriger le patient vers une source d'information pour répondre à l'exigence en matière de consentement comme une « aide à fournir » (conception absolutiste fondée sur la proximité morale)²², ce qui serait à l'encontre de leurs croyances. Or, l'obligation légale d'informer ne s'est pas révélée être une violation inconstitutionnelle des croyances du professionnel²³, et il existe des arguments de poids pour réprimer la complicité morale²².

Le Code d'éthique et de professionnalisme de l'AMC²⁴ énonce les engagements fondamentaux de la profession médicale. Il stipule de tenir compte d'abord et avant tout du bien-être des patients, d'agir dans l'intérêt des patients et de prendre toutes les mesures raisonnables pour respecter l'autonomie des patients. La volonté d'altruisme est évoquée dans les lignes directrices de collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens^{25,26}. Dans le cadre de la relation médecin-patient, les responsabilités professionnelles tiennent compte de la vulnérabilité inhérente aux patients, même lorsque ces derniers participent activement à leurs soins. Les médecins se doivent d'être loyaux pour protéger et promouvoir les intérêts et les objectifs de soins des patients. Pour accomplir leur devoir de ne jamais abandonner les patients, ils doivent toujours répondre à leurs demandes et préoccupations médicales, quels que soient les engagements moraux. Les médecins ont aussi la responsabilité d'aviser les patients lorsque ses engagements moraux peuvent influencer la recommandation en ce qui a trait à la prestation, ou à la mise en œuvre, d'une procédure ou d'une intervention qui répond à leurs besoins ou à leurs demandes. Le Code d'éthique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada reflète également ces principes fondamentaux de soins centrés sur le patient et conformes à l'éthique.

Compromis conventionnel

Pour atténuer le conflit éthique que peut engendrer l'objection d'un clinicien à une pratique particulière, le **compromis conventionnel** proposé par Dan Brock, professeur à l'Université

Harvard²⁷, est à considérer. Ce compromis cherche à clarifier les responsabilités éthiques des médecins qui opposent une objection de conscience en trouvant un juste équilibre entre le respect de l'intégrité du médecin et la satisfaction des besoins du patient et de la société dans son ensemble. Il est entendu que ni les droits des médecins ni ceux des patients peuvent ou doivent être respectés de façon absolue. L'objectif est de limiter toute atteinte aux droits du médecin ou du patient en s'en tenant à ce qui est justifié. Selon ces conceptions, le clinicien peut seulement opposer une objection de conscience à fournir une intervention ou un service particulier si les trois conditions suivantes sont remplies : 1) le clinicien informe le patient à propos du service ou de l'intervention si la maladie dont il souffre le justifie d'un point de vue médical; 2) le clinicien dirige le patient vers un autre professionnel en mesure de fournir le service ou l'intervention et disposé à le faire; 3) le fait d'être redirigé vers une autre personne n'impose pas un fardeau déraisonnable au patient. Il est donc essentiel que le patient soit informé au sujet du service, même si le clinicien n'est pas celui qui le fournira.

D'un point de vue éthique, il convient de faire porter le fardeau de l'objection de conscience au clinicien lui-même et non au patient vulnérable. Il serait tout à fait inacceptable d'abandonner le patient, mais il serait aussi injuste de le pénaliser ou de lui nuire démesurément en faisant passer la liberté de religion du clinicien avant le droit à la sécurité et la liberté de conscience du patient. Bien que la *Charte* permette aux cliniciens de restreindre les services qu'ils offrent en vertu de la liberté de conscience et de religion, ils ne peuvent pas entraver, directement ou indirectement, l'accès aux services, ce qui porterait une atteinte injustifiable aux droits des patients en matière d'accès aux services. Les patients ne devraient pas avoir à choisir entre suivre un traitement disponible et sacrifier une relation thérapeutique existante, surtout en présence d'importants déterminants sociaux de la santé qui limitent l'accès à d'autres options de soins. Les cliniciens devraient avoir la possibilité de structurer leur milieu de travail pour qu'il se prête au compromis. Selon le modèle de compromis conventionnel, non seulement certains motifs justifient que les cliniciens ayant une objection de conscience informent leurs patients au sujet d'interventions particulières si elles sont pertinentes d'un point de vue médical, mais ces médecins ont aussi l'obligation de diriger ou de transférer les patients vers un autre professionnel.

La plupart des ordres professionnels provinciaux et territoriaux ont des principes directeurs ou des normes que leurs membres doivent obligatoirement respecter. Le Collège des médecins du Québec a même publié [une nouvelle à ses membres en juillet 2019 sur le sujet de l'objection de conscience](#). En 2018, les tribunaux ont donné raison à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dont la politique avait fait l'objet d'une contestation juridique. Ce jugement, qui a été confirmé en mai 2019, soutient que l'obligation de diriger le patient vers un collègue n'ayant pas d'objection de conscience est clairement et explicitement justifiable, puisqu'il a été déterminé que le poids des droits des patients à la dignité et à l'autonomie l'emporte sur celui du droit des médecins à refuser de rediriger leurs patients en invoquant l'objection de conscience. La politique de l'Ordre a donc été confirmée par les tribunaux. Nous estimons qu'il est important

d'avoir les normes de diligence les plus rigoureuses qui soient et considérons qu'une normalisation de la politique à l'échelle du pays serait bénéfique.

L'obligation de diriger le patient vers un autre praticien²⁷ implique non seulement d'informer le patient de la non-participation d'un clinicien à un traitement ou à une intervention, mais aussi de ne pas causer de détresse. Le patient a le droit de discuter de sa maladie et des options de traitement (y compris celle qui soulève une objection) avec un praticien n'ayant pas la même objection. Le patient doit aussi comprendre que les raisons de l'objection sont de nature morale et non clinique²⁸. Si le patient ne sait pas en quoi consiste l'intervention ou qu'elle est légale, le clinicien objecteur a l'obligation d'informer le patient à cet égard.

Chez les autres professionnels de la santé, l'objection de conscience doit se fonder sur les mêmes principes éthiques. Les lignes directrices de l'American Nurses Association's (ANA) énoncent clairement qu'une infirmière ou un infirmier peut choisir de ne pas participer à un traitement ou à une intervention contraire à ses principes personnels pourvu que les besoins du patient soient satisfaits par l'intermédiaire de l'orientation vers un autre professionnel. Le personnel infirmier doit obligatoirement assurer la sécurité du patient, éviter de l'abandonner et se retirer seulement s'il est certain que le patient a accès à d'autres sources de soins¹. De même, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada demande au personnel infirmier de prendre toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que la qualité et la continuité des soins ne sont pas compromises pour les clients. Les infirmières et infirmiers doivent assurer un transfert des soins sécuritaire, continu et respectueux vers un autre professionnel de la santé qui peut répondre aux besoins du client.

Tout clinicien ayant une objection de conscience a l'obligation de diligence de prodiguer des soins de qualité qui sont continus et non discriminatoires. Conformément aux principes du compromis conventionnel, les objecteurs de conscience devraient mentionner l'AMM comme une option thérapeutique possible si et quand la situation clinique le justifie, discuter de leur objection morale et s'assurer de la continuité des soins pour le patient. La question de savoir si cela se fera en redirigeant efficacement le patient, en opérant un transfert approprié des soins ou en fournissant de l'information sur les ressources disponibles est actuellement déterminée par les différentes normes de réglementation des provinces. Ce compromis restreint la complicité morale autant que possible compte tenu des circonstances et permet au clinicien de ne pas avoir à discuter plus amplement de l'AMM et de choisir dans quelle mesure il veut participer aux soins²⁹.

Responsabilités des professionnels non fréquemment exposés à l'AMM

La plupart des médecins spécialistes ne travaillent pas régulièrement dans les domaines qui touchent l'AMM, mais ils ont les mêmes responsabilités que ceux qui le font. On s'attend donc à ce qu'ils veillent au respect de l'autonomie du patient et fournissent de l'information adéquate pour obtenir un consentement éclairé, peu importe s'ils sont en faveur ou non de l'AMM, s'ils

disposent de cette information. Même si ce sont principalement les médecins de famille, les médecins en soins palliatifs et les infirmières et infirmiers praticiens qui tiennent des discussions sur l'AMM, il est fort probable que tous les médecins fréquemment appelés à évaluer des patients soient un jour ou l'autre confrontés à cette question. Rares sont les spécialités médicales dans lesquelles le sujet de la fin de vie n'est jamais abordé. Par exemple, il peut arriver qu'un patient atteint d'un cancer avancé ou encore de MPOC ou d'insuffisance cardiaque terminale se présente à l'urgence et voit un urgentologue pour diverses raisons. Un chirurgien ou un chirurgien orthopédique peut aussi rencontrer un patient présentant un problème chirurgical comme une fracture de la hanche ou une gangrène, mais chez qui une intervention chirurgicale ne peut pas être envisagée en raison de maladies concomitantes. Dans de telles situations, tous les médecins qui participent aux soins ont la responsabilité de respecter l'autonomie du patient et de veiller à l'obtention d'un consentement éclairé.

Il arrive aussi que des infirmières et infirmiers et des professionnels de la santé alliés prodiguent des soins à des patients qui explorent toutes leurs options thérapeutiques, y compris l'AMM. Les professionnels de la santé qui ont suffisamment de connaissances sur le sujet devraient répondre aux questions, tandis que ceux qui manquent de connaissances devraient diriger le patient vers un professionnel non reconnu comme ayant une objection de conscience ou encore vers l'autorité sanitaire de leur province ou un organisme qui assure la coordination de l'AMM. Tous les professionnels de la santé doivent avoir une compréhension élémentaire des critères d'admissibilité à l'AMM du point de vue de la loi non seulement pour savoir quels patients peuvent y être admissibles et devraient recevoir de l'information adéquate, mais aussi pour éviter le tort causé par le fait de parler de l'AMM à un patient qui n'y est manifestement pas admissible.

Références

1. DP Olsen, R Chan, R Lehto. Ethical nursing care when the terminally ill patient seeks death. Personal values and state laws differ, but clear ethical guidance exists. *AJN* 2017; 117, 7:50-55.
2. J Downie. Can nurse practitioners mention MAID to patients? *Impact Ethics*. 2018, July 3.
3. KG Evans. Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada. Guide de l'ACPM. 4^e éd. 2004, mis à jour en 2016.
4. M Buchbinder. Aid-in-dying laws and the physician's duty to inform. *J Med Ethics* 2017; 43:666-669.
5. IM Ball, S Anderson. Availability of medical assistance in dying can be therapeutic. *CMAJ*. 2017 Mar 6;189(9):E372.
6. S Dierickx, L Deliens, J Kohen, K Chambaere. Euthanasia in Belgium: Trends in reported cases between 2003-2013. *CMAJ* 2016; Nov 1, 188(16):E407-E414.
7. S MacDonald. Leo died the other day. *CMAJ*. 2019, Jan 14:E49-50.
8. J Porta-Sales, I Crespo, C Montfore-Royo *et al*. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross sectional study. *Palliative Medicine Online*, 2019, 28 Jan. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216318824526>
9. R Stutzki, M Weber, S Reiter-Theil, U Simmen GD Borasio, RJ Jox. Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers. *Amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal degeneration*, 2014; 15:68-76.
10. L Regan, NJ Preston, FJR Eccles, J Simpson. The views of adults with Huntington's Disease on assisted dying: A qualitative exploration. *Palliative Medicine* 2018, Vol 32(4) 708-715.
11. Ariadne labs. Serious Illness Conversation Guide. Ariadnelabs.org
12. M Pino, R Parry, V Land, C Faull, L Feathers, J Seymour. Engaging terminally ill patients in end of life talk. How experienced palliative medicine doctors navigate the dilemma of promoting discussions about dying. *PLoS ONE* 2016 11(5):e0156174.
13. RB Balaban. A physician's guide to talking about end-of-life care. *J Gen Intern Med*. 2000 Mar; 15(3): 195-200
14. JJ You, RA Fowler, DK Heyland. Just ask: Discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ*. 2014 Apr1;186(6):425-432
15. RH Lehto, DP Olsen, RR Chan. When a patient discusses assisted dying. Nursing implications. *J hosp palli nurs*. 2016 Jun; 18(3):184-191.
16. RA Spence, CD Blanke, TJ Keating, CP Taylor. Responding to patient requests for hastened death: Physician aid in dying and the clinical oncologist. *J Onc Prac*. 2017 Oct; 13(10):693-699.
17. TW LeBlanc, J Tulskey. Discussing goals of care. *UpToDate*. Oct 2018.
18. M Harlos. Arrêtons-nous et prêtons l'oreille. Portail canadien en soins palliatifs. [Arrêtons-nous et prêtons l'oreille](http://Arrêtons-nous-et-prêtons-l-oreille)
19. C Pirschel. What to do when your patients talk about medical aid in dying. *Onc Nur Soc Voice*, Jul 2018.
20. Note de service de la régie de la santé de l'île de Vancouver, Island Health. VIHA Nov 2018. Voir l'annexe 2 ci-jointe.
21. Gouvernement du Canada. Aide médicale à mourir. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>.
22. C Cowley. Conscientious objection in healthcare and the duty to refer. *J Med Ethics* 2017;43:207-212.
23. Vermont Alliance for Ethical Healthcare vs. Hoser. 2016. <https://www.leagle.com/decision/infdco20170406e27>
24. Association médicale canadienne. Code d'éthique et de professionnalisme de l'AMC. 2018.
25. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Guide sur la pratique : principes de professionnalisme médical et politiques de l'Ordre. 2007.
26. Collège des médecins du Québec. L'aide médicale à mourir – Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques du Collège des médecins du Québec (mise à jour 2019).
27. DW Brock. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what and why? *Theor Med Bioeth* 2008; 29:187-200.
28. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Politique de l'OMCO sur les obligations professionnelles et les droits de la personne. 2015.
29. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada. 2017.

Équipe de projet de l'ACEPA

Dre T. Daws, médecin, prestataire de l'AMM, C.-B., responsable du projet

M. J.T. Landry, éthicien, Ont.

Dr P. Viens, médecin, prestataire de l'AMM, Qc

Mme R. Beuthin, infirmière, coordonnatrice de l'AMM, C.-B.

Mme E. Maynard, infirmière praticienne, prestataire de l'AMM, N.-É.

Dr J.G. Reggler, prestataire de l'AMM, C.-B.

M. A.T.W. Kim, étudiant en médecine, C.-B.

Mme S. Lui, étudiante en médecine, C.-B.

Contributeur

Prof. J. Downie, Schulich School of Law, Université Dalhousie, N.-É.

Annexe 1

Grave et irrémédiable

Définition (tirée de la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois* (aide médicale à mourir), L.C. 2016, ch. 3, sanctionnée le 17 juin 2016 :

241.2 (2) : Problèmes de santé graves et irrémédiables

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

- (a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- (b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- (c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- (d) sa mort naturelle est devenue **raisonnablement prévisible** compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Annexe 2

Extrait d'une note de service de la régie de la santé de l'île de Vancouver (VIHA) envoyée en 2018 à l'ensemble du personnel infirmier (publié avec autorisation).

NOTE DE SERVICE

OBJET : Membres du personnel infirmier fournissant aux patients en fin de vie de l'information sur les options de soins, y compris l'aide médicale à mourir (AMM)

QUESTION : Le personnel infirmier demande des précisions : « **Puis-je fournir des renseignements à un patient en fin de vie au sujet de toutes les options de soins qui s'offrent à lui, y compris l'AMM?** »

REMARQUE : La réponse qui suit s'applique à tous les infirmières et infirmiers, qu'ils aient suivi ou non une formation supplémentaire sur l'AMM.

RÉPONSE : a) Oui, si le patient le demande (conformément à la politique 12.6.28P de la régie de la santé de l'île de Vancouver [Medical Assistance in Dying: Responding to Patient Requests](#). **ET** b) Oui, même si le patient ne le demande pas directement, mais exprime un manque d'information. Ce type de demande indirecte survient dans le contexte de la situation et se fonde sur **l'évaluation par l'infirmière ou l'infirmier des connaissances du patient et de ses besoins en matière d'information**, autrement dit, ce que le patient dans cette situation demande et exprime, et ce dont il a besoin. Il faut écouter le patient pour déterminer comment il interprète la situation et comprend les options de soins disponibles. En fonction de la situation, l'infirmière ou l'infirmier fournit des renseignements avec empathie, sans porter de jugement. Il est précisé dans la [Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\) – Parlement du Canada](#) que les professionnels de la santé peuvent fournir des renseignements aux patients :

Précision

- (5. 1) « Il est entendu que ne commet pas d'infraction le travailleur social, le psychologue, le psychiatre, le thérapeute, le médecin, l'infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé

qui fournit à une personne des renseignements sur la prestation légitime de l'aide médicale à mourir. »

En gardant à l'esprit la directive du BCCNP : [Medical assistance in dying: FAQs](#)

Puis-je fournir des renseignements aux clients à propos de l'aide médicale à mourir?

- « Conseiller à une personne de se suicider demeure un acte criminel. Aux fins du *Code criminel*, "conseiller" signifie encourager, solliciter ou inciter. Compte tenu de la définition de « conseiller » au sens criminel, il faut faire bien attention dans son travail de ne *pas* conseiller ou recommander à un client de mettre fin à sa vie ni de l'encourager ou de l'influencer à le faire de quelque façon que ce soit (c.-à-d. qu'une infirmière ou un infirmier ne doit pas promouvoir l'AMM ou tenter de convaincre un client de choisir l'AMM en tant qu'option de fin de vie).
- Le *Code criminel* permet aux professionnels de la santé, y compris les infirmières et les infirmiers, de fournir à un client des renseignements au sujet des dispositions légales de l'aide médicale à mourir. Le personnel infirmier peut donc fournir de l'information, prendre part à des discussions et renseigner les clients au sujet de l'aide médicale à mourir. » C'est aussi ce qui est précisé dans les [BCCNP Standards, limits and conditions for MAiD](#).
- Les infirmières et infirmiers autorisés doivent s'assurer que le client a accès à l'information dont il a besoin pour comprendre toutes les options qui s'offrent à lui et prendre des décisions éclairées concernant l'aide médicale à mourir ou toute autre option de fin de vie comme les soins palliatifs. »

La communication de renseignements peut donner lieu à une conversation plus approfondie à laquelle participera l'infirmière ou l'infirmier en fonction de son niveau de connaissances et de compétences en ce qui concerne l'AMM et l'ensemble des options de soins en fin de vie. À tout moment, l'infirmière ou l'infirmier peut suggérer que le patient consulte son professionnel de la santé de première ligne.

Mises en situation

Pour vous aider à orienter vos discussions. À tout moment, vous pouvez choisir d'adresser la demande de renseignements du patient à son médecin traitant ou infirmière/infirmier praticien, ou encore à un coordonnateur de l'AMM (maid@viha.ca), à un autre membre du personnel ou à un superviseur.

1. Un patient qui connaît l'existence de l'AMM demande des renseignements au sujet de ce service :

- *Oui, l'aide médicale à mourir est une option de fin de vie offerte à toute personne admissible au Canada, y compris ici au sein de la régie de la santé de l'île de Vancouver. Pouvez-vous m'en dire plus sur le type de renseignements que vous cherchez pour que je puisse vous éclairer ou vous diriger vers quelqu'un qui peut répondre à vos questions?*

2. Un patient vous informe qu'on lui a dit que sa maladie est incurable et qu'elle continuera de progresser. Il se demande quelles sont ses options. Lorsque les questions ou les commentaires d'un patient ne portent pas précisément sur l'AMM, commencez toujours par explorer les questions pour mieux comprendre ce que la personne veut réellement dire et ce qu'elle cherche à obtenir.

- *Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire et à quel sujet vous voulez en savoir plus? (Il se peut que la personne veuille parler de son expérience, en faisant référence aux options de prise en charge de la maladie, aux services offerts ou aux options de fin de vie.)*
- *Pourriez-vous m'en dire plus sur ce que vous comprenez au sujet de votre maladie? Quelles sont vos attentes et qu'est-ce qui vous inquiète?*
- *Aimeriez-vous que je vous informe au sujet de toutes les options de fin de vie disponibles?*
 - Ø *Il existe différents types de services qu'on peut choisir en fonction de nos croyances, besoins et situation particulière. Le soutien palliatif, qui peut impliquer l'accès à un spécialiste et à une équipe en soins palliatifs, est offert sous forme de soins à domicile, de soins aigus, de soins en centre d'hébergement et, dans certaines collectivités, de lits en maison de soins palliatifs pour les dernières semaines de vie.*
 - Ø *La prestation des soins palliatifs peut se faire dans le cadre d'une mort naturelle ou d'une mort médicalement assistée.*

3. Un patient vous mentionne qu'il a posé des questions à son médecin ou à son infirmière/infirmier praticien au sujet de l'AMM, mais qu'il n'était pas satisfait des réponses fournies :

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez reçu comme information pour que je puisse vous éclairer ou vous diriger vers quelqu'un qui pourra répondre à vos questions?*
- *La législation sur l'aide médicale à mourir est encore relativement nouvelle au Canada (2016) et elle fait régulièrement l'objet de mises à jour. Il est donc important que nous vous fournissions des réponses qui tiennent compte des renseignements actuels dans ce domaine.*

Remarque : Dans l'ensemble des autorités sanitaires, dont la régie de la santé de l'île de Vancouver, le personnel infirmier et tous les employés sont assurés en vertu du Health Care Protection Program (HCPP), puisque les soins sont prodigués dans le milieu de soins. Le personnel infirmier bénéficie d'une protection légale lorsqu'il agit dans l'esprit de la législation et conformément aux lignes directrices de la régie de la santé de l'île de Vancouver. (La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada constitue une ressource secondaire.)

Ressources supplémentaires : [Medical Assistance in Dying \(MAiD\) | Island Health](#) (publique)