

## Les politiques des ordres de réglementation des professionnels de la santé relatives à l'AMM et à la responsabilité médico-légale

18 JUILLET 2016 13 MIN DE LECTURE

Expertises Connexes

Auteurs(trice): Michael Watts, David Solomon

- Santé

Ce chapitre fait partie de « L'aide médicale à mourir : le respect du projet de loi C-14 dans la pratique et la politique des soins de santé »

Bon nombre des ordres de réglementation des professionnels de la santé de niveau provincial ont élaboré des politiques relatives à l'AMM qui sont antérieures au projet de loi C-14 et qui devront maintenant être harmonisées avec celui-ci, y compris le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CMCO). Dans l'introduction à son énoncé de politique 4-16 sur l'aide médicale à mourir<sup>[1]</sup> (la « politique sur l'AMM »), le CMCO reconnaît qu'il ne fait que réagir à *Carter 2015*, et que ses politiques seront assujetties à toute législation future relative à l'AMM :

La CSC a suspendu sa décision pendant 12 mois (jusqu'au 6 février 2016) afin de permettre aux gouvernements fédéral et provinciaux de concevoir, s'ils décident de le faire, un cadre relatif à l'aide médicale à mourir. Cette échéance a ensuite été reportée au 6 juin 2016.

À ce moment-là, sous réserve de prohibitions ou de restrictions imposées dans cette politique ou dans la législation future, les médecins seront légalement autorisés à aider des adultes capables, qui éprouvent des souffrances intolérables en raison de problèmes de santé graves et irrémédiabes, à mettre fin à leur vie.

Sous réserve de révisions prévues et à venir à la politique sur l'AMM, le CMCO harmonise actuellement ses critères relatifs à l'AMM strictement avec *Carter 2015* :

### **[Traduction] Critères relatifs à l'aide médicale à mourir**

Conformément à la décision de la CSC dans *Carter c. Canada*, pour qu'une personne soit admissible à l'aide médicale à mourir, elle doit :

1. être un adulte capable;
2. consentir expressément à mettre fin à ses jours;
3. souffrir d'un problème de santé grave et irrémédiable (y compris une maladie, une affection ou un handicap);
4. subir des souffrances persistantes et intolérables liées à ses problèmes de santé.

Les médecins doivent faire appel à leur jugement professionnel pour évaluer, en fonction des critères susmentionnés, l'admissibilité d'une personne à l'aide médicale à mourir.

Le Collège informe les médecins qu'ils ne devraient offrir l'aide médicale à mourir qu'aux patients admissibles au Canada, et qui ont droit aux services de santé financés par l'État.

Il importe de souligner à cet égard que le CMCO reconnaît, dans cette politique, l'AMM comme un droit protégé par la *Charte* et que la politique (et toute autre politique sur l'AMM) devrait être interprétée en conséquence. Le CMCO détaille ensuite chacun des critères ci-dessus dans sa politique sur l'AMM afin de fournir des lignes directrices aux médecins qui peuvent être appelés à fournir l'AMM, y compris ceux qui refusent de la pratiquer au nom d'impératifs moraux. Dans son approche générale, le CMCO traite l'AMM, en dépit de sa nouveauté et de sa gravité, comme à peu près tous les autres traitements médicaux qu'un médecin pourrait fournir, et pour lesquels les politiques existantes du CMCO s'appliquent déjà. Ces lignes directrices comprennent ce qui suit :

- La Cour suprême n'a pas défini le terme « adulte » dans *Carter 2015* (mais dans le projet de loi C-14, un « mineur mature » pourrait être admissible, dans certaines circonstances, en tant qu'« adulte capable »).
- Cette capacité est déterminée en fonction de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) et de la politique du CMCO sur le consentement au traitement. Dans le contexte de l'AMM, le patient doit être en mesure de comprendre et de reconnaître la certitude de mourir, soit en s'administrant lui-même la dose fatale de médicaments, soit en demandant au médecin de le faire.
- Ce consentement est déterminé en fonction de la LCSS et de la politique du CMCO sur le consentement au traitement.<sup>[2]</sup> En ce qui concerne l'AMM, les choix de traitement abordés avec le patient doivent englober toutes les interventions de soins palliatifs raisonnables et disponibles. La politique du CMCO sur la planification et la fourniture de soins de qualité en fin de vie<sup>[3]</sup> établit les attentes du CMCO à l'égard des médecins en ce qui concerne la planification et la prestation de soins de qualité à la fin de la vie. Fait important à noter, les demandes de MMA doivent être présentées par le patient, et non au moyen d'une directive préalable, ou par le mandataire spécial du patient.
- Pour déterminer si le patient souffre d'un « problème de santé grave et irrémédiable », le médecin doit évaluer le patient et poser un diagnostic et un pronostic de l'état du patient, selon lesquels : (a) « grave » est un terme juridique applicable aux affections sévères et non négligeables qui ont des répercussions importantes sur le bien-être du patient, et (b) « irrémédiable » est un terme vaste, qui englobe les maladies fatales et non fatales. (Fait important, les médecins doivent dorénavant prendre en compte la définition de « problème de santé grave et irrémédiable ».)
- « Subir des souffrances intolérables » est subjectif, c'est-à-dire que cette évaluation est posée depuis la perspective de la personne. Lorsqu'un médecin détermine si un patient satisfait à ce critère, il doit être convaincu que l'état du patient inflige à celui-ci des souffrances physiques ou psychologiques qui lui sont intolérables.
- Les activités liées à l'évaluation du fait que le patient satisfasse aux critères de l'AMM et à la fourniture de services liés à l'AMM sont actuellement des services assurés. Ces activités

peuvent englober, par exemple, la consultation et l'établissement d'ordonnances. Par conséquent, les médecins ne doivent pas facturer directement au patient les services d'AMM ou les activités connexes.

En ce qui concerne le refus de pratiquer l'AMM au nom d'impératifs moraux, le CMCO renvoie à sa politique en vigueur sur les obligations professionnelles et les droits de la personne,<sup>[4]</sup> qui comporte essentiellement « l'obligation d'information et de recommandation » :

- Dans les cas où un médecin refuse de fournir l'AMM au nom d'impératifs moraux ou religieux, il doit le faire d'une manière à respecter la dignité du patient. Les médecins ne doivent pas empêcher l'accès à l'AMM, même si cela entre en conflit avec leurs valeurs morales ou leurs croyances religieuses.
- Le médecin doit faire part de son refus de pratiquer l'AMM directement au patient, et en faisant preuve de sensibilité. Le médecin doit préciser au patient que son refus de pratiquer l'AMM repose sur des motifs personnels, et non cliniques. Lorsqu'ils communiquent leur refus de pratiquer l'aide médicale à mourir, les médecins ne doivent pas exprimer de jugements moraux personnels.
- Afin de maintenir l'autonomie des patients et de faciliter le processus de prise de décision, les médecins doivent fournir aux patients de l'information relative à tous les choix en matière de soins de santé qui peuvent être offerts ou appropriés pour répondre aux besoins cliniques, aux préoccupations ou aux désirs des patients. Les médecins ne doivent pas dissimuler d'information relativement à l'existence de procédures ou de traitements qui seraient contraires à leur conscience ou à leurs croyances religieuses.
- Dans les cas où un médecin refuse de fournir l'AMM pour des raisons de conscience ou de religion, il ne doit pas abandonner le patient. Il doit fournir une recommandation efficace. Une recommandation efficace est un renvoi fait de bonne foi à un médecin ou à un organisme disponible et accessible qui ne refuse pas de pratiquer l'AMM. La recommandation doit être faite en temps opportun, afin de permettre au patient d'avoir accès à l'AMM. Les patients ne doivent pas subir d'effets cliniques indésirables en raison de recommandations tardives.

Cette « obligation de recommandation », dans la mesure où elle s'applique à l'AMM, fait déjà l'objet de contestations judiciaires devant les tribunaux de l'Ontario, et pourrait, ou non, être confirmée.<sup>[5]</sup> Mais, de l'avis des auteurs, et quelle que soit l'issue de ce litige, il existe, au minimum, une « obligation d'information » distincte concernant l'AMM (et tous les autres aspects des soins de fin de vie) aux termes de la politique distincte du CMCO en matière de consentement au traitement, afin de s'assurer d'obtenir le consentement éclairé à l'égard de tout choix de traitement connexe :

Avant d'obtenir le consentement, les médecins doivent fournir de l'information sur la nature du traitement, les avantages attendus, les risques et les effets secondaires importants qui y sont associés, les solutions de rechange et les conséquences probables du fait de ne pas recevoir le traitement en question.<sup>[6]</sup>

Enfin, la politique sur l'AMM confirme que la politique en vigueur du CMCO sur les dossiers médicaux<sup>[7]</sup> s'applique à la relation médecin-patient en ce qui concerne l'AMM. Lorsqu'un patient a fait une demande d'AMM, le médecin doit documenter chacun des éléments de

l'évaluation du patient, en conformité avec les critères présentés ci-dessus. De plus, toutes les demandes verbales et écrites d'AMM, ainsi que les dates de ces demandes, doivent être consignées au dossier médical. Une copie de la demande écrite du patient doit aussi y figurer. Le CMCO manifeste également, dans la politique sur l'AMM, son appui à l'établissement d'un « mécanisme de surveillance et de déclaration de renseignements officiel » qui recueillerait des données sur l'AMM, et prône la mise en place d'un mécanisme de collecte des données qui ferait partie de tout cadre de travail du gouvernement.

Des politiques et directives semblables de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario<sup>[8]</sup> et de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario<sup>[9]</sup> (et leurs équivalents dans d'autres provinces) qui, auparavant, ne se concentraient que sur les critères établis dans *Carter 2015* devront maintenant être harmonisées avec le projet de loi C-14.

En plus des ordres de réglementation des professionnels de la santé qui ont publié des politiques et des directives, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a publié un document d'orientation intitulé *Les soins de fin de vie : enjeux médico-légaux*<sup>[10]</sup> (le « document d'orientation de l'ACPM ») qui est axé sur l'AMM et qui doit, aussi, être révisé aux fins de conformité avec le projet de loi C-14. Parmi les questions abordées dans ce document, on compte les suivantes :

- Les médecins souhaitent la mise en place d'un processus fiable qui permette de déterminer correctement quels patients ont droit à l'AMM et sont capables de répondre aux exigences relatives au consentement en vertu de la loi. (Qu'il soit constitutionnel ou non, le projet de loi C-14, ainsi que d'autres politiques des ordres professionnels offrent dorénavant ce processus fiable.)
- Même si la décision de la Cour suprême établit que les médecins ne peuvent pas être contraints de mettre fin à la vie d'un patient, le tribunal a reconnu que les législateurs et les ordres professionnels doivent trouver une façon d'harmoniser les droits des patients avec ceux des médecins. (En Ontario, du moins, cette question est abordée dans les politiques en vigueur des ordres, relatives au refus de pratiquer l'AMM au nom d'impératifs moraux.)
- Les allégations portant sur le caractère inadéquat du consentement et le défaut de documenter adéquatement la discussion sur le consentement sont des thèmes qui reviennent régulièrement dans les dossiers médico-légaux de l'ACPM. Les médecins doivent donc bien connaître la loi et les politiques pertinentes, documenter les discussions et les décisions entourant le consentement et consigner le tout au dossier médical du patient (il en va de même en ce qui concerne la capacité). (Cette documentation sera cruciale pour la défense contre des accusations de nature criminelle qui seraient portées en vertu du projet de loi C-14 ou en cas de litige de nature civile fondé sur le décès imputable à une faute, lorsque des procédures seront intentées par la succession d'une personne qui a reçu l'AMM.)

Le projet de loi C-14 ne fait pas concilier les droits concurrents de l'accès à l'AMM en vertu de la *Charte aux patients* et le refus des médecins de pratiquer l'AMM au nom d'impératifs moraux (sauf pour établir que rien, dans le projet de loi C-14, n'oblige une personne à fournir ou à aider à fournir l'AMM); il reviendra aux ordres professionnels du secteur de la santé, aux établissements de santé et à la *common law* (c.-à-d. la politique du CMCO sur les obligations professionnelles et les droits de la personne) de procéder à cette harmonisation. Dans les provinces qui ne reconnaissent pas actuellement l'« obligation de recommander » incomtant

aux médecins qui refusent de pratiquer l'AMM au nom d'impératifs moraux, le projet de loi C-14 présentera des défis de nature médico-légale (consentement éclairé) et en ce qui concerne le « devoir de mise en garde » ainsi que des défis médico-éthiques.

---

[1] En ligne : <http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Physician-Assisted-Death>.

[2] En ligne : <http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Consent-to-Treatment> [CTT Policy].

[3] En ligne :

<http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Planning-for-Providing-Quality-End-of-Life-Care>.

[4] En ligne :

<http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Professional-Obligations-and-Human-Rights>.

[5] Sean Fine, « Christian doctors challenge Ontario's assisted-death referral requirement », *The Globe and Mail* (le 22 juin 2016) en ligne : [theglobeandmail.com](http://www.theglobeandmail.com/news/national/christian-doctors-challenge-ontarios-assisted-death-referral-policy/article30552327/)  
<http://www.theglobeandmail.com/news/national/christian-doctors-challenge-ontarios-assisted-death-referral-policy/article30552327/>.

[6] CTT Policy, Supra, note 31, paragr. 8.

[7] En ligne : <http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Medical-Records>.

[8] « Medical Assistance in Dying – Update June 20, » *Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario* (le 20 juin 2016), en ligne : [cno.org](http://www.cno.org/en/news/2016/06/medical-assistance-in-dying-update/)  
<http://www.cno.org/en/news/2016/06/medical-assistance-in-dying-update/>.

[9] « Physician Assisted Death: Updates Coming Soon » *Ordre des pharmaciens de l'Ontario* (le 20 juin 2016), en ligne : [ocpinfo.com](http://www.ocpinfo.com) <http://www.ocpinfo.com/library/news/pad-guidance/>.

[10] En ligne :

[https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/301963649/com\\_15\\_end-of-life\\_care-e.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/301963649/com_15_end-of-life_care-e.pdf).

---

Prochain chapitre : « Politiques des hôpitaux et des établissements de santé relatives à l'AMM et au refus de pratiquer l'AMM au nom d'impératifs moraux »

---

Partie intégrante de : « L'aide médicale à mourir : le respect du projet de loi C-14 dans la pratique et la politique des soins de santé »

