

# Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir (AMM)

**Autorité réglementaire des [médecins/infirmières et  
infirmiers] de [juridiction]**

**Norme de pratique**

**Aide médical à mourir (AMM)**

Historique du document

Première approbation par [organisme d'approbation] : [date]

Modifié et approuvé par [organisme d'approbation] : [date]

Date de la prochaine révision prévue : [date]



## Reproduction

Ce document est principalement destiné aux organismes de réglementation, aux autorités publiques et aux organisations de professionnels de la santé et est destiné à soutenir une approche cohérente de la pratique de l'AMM à travers le Canada. Le contenu peut être reproduit sans l'autorisation de Santé Canada ou le Groupe de travail sur les normes de pratique de l'AMM.

## Table des matières

1.0 Préambule .....	4
2.0 Buts.....	5
3.0 Connaissances, soins, et compétences raisonnables .....	5
4.0 Champ d'exercice .....	5
5.0 Responsabilités des [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne pouvant ou ne voulant pas participer à l'AMM .....	6
6.0 Obligations à l'égard des personnes potentiellement admissibles à l'AMM.....	7
7.0 Participation des stagiaires [médecin/infirmière et infirmier praticien] .....	8
8.0 Obligations des évaluateurs et des prestataires.....	9
A. Généralités .....	9
B. Obligations des prestataires.....	9
C. Obligations des évaluateurs .....	10
9.0 Admissibilité à l'AMM.....	10
A. Critères d'admissibilité.....	10
B. Évaluation de l'admissibilité .....	11
C. Caractère volontaire.....	13
D. Consentement éclairé.....	14
10.0 Mesures de sauvegarde procédurales .....	15
A. Mesures de sauvegarde procédurales .....	15
B. Mise en œuvre des mesures de sauvegarde procédurales.....	17
11.0 Considérations supplémentaires relatives aux évaluations de l'admissibilité et aux mesures de sauvegarde procédurales .....	20
A. Tendances suicidaires .....	20
B. Dynamiques interpersonnelles difficiles .....	21
12.0 Soins virtuels .....	21
13.0 Renonciation au consentement final.....	21
14.0 Consentement préalable – Auto-administration.....	21
15.0 Prestation de l'AMM .....	22
16.0 Documentation et rapports.....	22
17.0 Glossaire .....	23
Annexe: Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir (AMM) – Avec les modules surlignés.....	28

## 1.0 Préambule

L'AMM est légale au Québec depuis 2015 et dans le reste du Canada depuis 2016.<sup>1</sup> Depuis lors, la loi concernant l'admissibilité à l'AMM a continué à évoluer.<sup>2</sup>

Cette norme reflète l'état actuel de la loi canadienne en matière d'AMM (tel qu'établi par le *Code criminel*). Sauf indication contraire, cette norme s'applique à tous les cas d'AMM, y compris les demandes d'AMM où un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI) lorsque ces demandes deviendront légales le 17 mars 2024.<sup>3</sup>

Tout au long de la norme, les termes « doit » et « devrait » sont utilisés pour exprimer les attentes de l'autorité réglementaire. La mention « doit » indique une exigence obligatoire. Le terme « devrait » indique que les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] peuvent faire preuve d'une discrétion raisonnable dans l'application de cette attente à la pratique.

La présente norme doit être interprétée dans le contexte de la législation fédérale<sup>4</sup> et [*provinciale/territoriale*]<sup>5</sup> relative à l'AMM. Rien dans cette norme ne réduit l'obligation d'un ou d'une [*médecin/infirmière et infirmier praticien*] de se conformer à toutes les lois applicables.

Cette norme doit être lue conjointement avec d'autres normes de l'autorité réglementaire, y compris les [*noms des autres normes de pratique pertinentes, en particulier le consentement, le champ d'exercice et la référence/le transfert efficace des soins*].

La présente norme devrait également être lue conjointement avec le *Document de référence : aide médicale à mourir (AMM)* et le [*Code de déontologie de l'Association médicale canadienne/Code de déontologie du Collège des Médecins du Québec/Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/autres déclarations éthiques pertinentes*].<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)* [2015] 1 RCS 331. *Projet de loi C-14, intitulé Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, Première session, quarante-deuxième législature, 2016.

<sup>2</sup> *Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, deuxième session, quarante-deuxième législature, 2016; *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 (CanLII); *Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, deuxième session, quarante-troisième législature, 2021.

<sup>3</sup> L'évaluation des personnes ayant une déficience intellectuelle et des personnes ayant fait l'objet d'une incarcération de longue durée présente des difficultés spécifiques qui nécessitent des recommandations supplémentaires de la part des associations professionnelles et des organisations communautaires travaillant avec des personnes ayant une expérience vécue pertinente. L'autorité réglementaire révisera cette norme à la lumière de ces recommandations, le cas échéant.

<sup>4</sup> <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>

<sup>5</sup> [*référence à la législation provinciale/territoriale – le cas échéant*]

<sup>6</sup> [*référence aux autres déclarations éthiques pertinentes – le cas échéant*]

Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] sont encouragés à consulter les ressources disponibles auprès de [l'Association canadienne de protection médicale](#), de la [Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada](#), de [l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM](#), et des associations professionnelles concernées.

## 2.0 Buts

2.1 Cette norme a été établie dans les buts suivants :

2.1.1 Fournir des informations qui aideront les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] et la population à comprendre les critères d'admissibilité, les mesures de sauvegarde procédurales et les exigences de déclaration qui doivent être respectées concernant l'AMM;

2.1.2 Établir les attentes professionnelles des [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui sont impliqués dans l'AMM; and

2.1.3 Présenter les exigences juridiques spécifiques pour les évaluateurs et prestataires de l'AMM.

## 3.0 Connaissances, soins, et compétences raisonnables

3.1 L'AMM doit être administré avec des connaissances, des soins et des compétences raisonnables et conformément aux lois, règles ou normes provinciales/territoriales applicables.

## 4.0 Champ d'exercice<sup>7</sup>

4.1 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent exercer que dans le cadre de leur champ d'exercice pour lequel ils sont adéquatement formés, autorisés et compétents.

4.2 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui choisissent d'évaluer l'admissibilité à l'AMM ou de l'administrer, doivent avoir une formation, une expérience et des qualifications suffisantes pour le faire de manière sécuritaire et compétente dans les circonstances de chaque cas. Cela devrait inclure une formation à l'évaluation de la capacité, à soigner des patients d'une manière sensible aux traumatismes, et à la sécurité et à l'humilité culturelles.

---

<sup>7</sup> Cette section doit être lue conjointement avec la norme de l'autorité réglementaire [nom de la norme existante sur le champ d'exercice].

## 5.0 Responsabilités des [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne pouvant ou ne voulant pas participer à l'AMM

5.1 Aucun ou aucune [médecin/infirmière et infirmier praticien] ne peut être contraint de prescrire ou d'administrer des substances dans le cadre de l'AMM.

5.2 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui ne peuvent ou ne veulent pas participer à la pratique de l'AMM telle que définie dans cette norme<sup>8</sup> :

5.2.1 Doit remplir une/un [référence/transfert de soins] efficace pour toute personne qui cherche à faire une demande, qui demande ou qui est admissible à recevoir l'AMM;

5.2.2 Doit informer la personne qu'elle n'est pas en mesure ou n'est pas disposée à aider à faire une demande d'évaluation pour l'AMM, ou à administrer l'AMM;

5.2.3 Doit fournir, avec le consentement de la personne, tous les dossiers de santé pertinents et nécessaires aux [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ou au programme fournissant des services liés à l'AMM;<sup>9</sup>

5.2.4 Doit continuer à donner des soins et des traitements non liés à l'AMM si la personne le souhaite; et

5.2.5 Devrait effectuer une/un [référence/transfert de soins] efficace vers un ou une autre [médecin/infirmière et infirmier praticien] si la personne ne souhaite pas demeurer sous leur responsabilité.<sup>10</sup>

5.3 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ayant une relation thérapeutique existante avec une personne demandant l'AMM (indépendante de la demande d'AMM) ne doivent pas ne doivent pas donner le congé de la personne en raison qu'une demande d'AMM a été faite ou que la personne reçoit également des services d'une équipe d'AMM ou d'un processus centralisé.

---

<sup>8</sup> L'objection de conscience peut être particulière à un cas. Certains ou certaines [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] sont consciencieusement opposés à l'AMM dans toute circonstance. Certains opposent consciencieusement à l'AMM dans certaines circonstances (par exemple les demandes de la voie 2). Certains opposent consciencieusement à des cas précis compte tenu des circonstances particulières. Les mêmes règles s'appliquent quelle que soit la portée de l'objection – les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne peuvent pas être contraints de participer, mais ils doivent suivre les étapes décrites au point 5.2 s'ils ne veulent pas participer.

<sup>9</sup> [Note aux utilisateurs : dans certaines juridictions et dans des circonstances cliniques précises, le consentement n'est pas requis pour fournir des dossiers de santé. Dans ce cas, la clause « avec le consentement de la personne » peut être supprimée];

<sup>10</sup> Voir aussi [nom de la norme de pratique sur la fin des relations thérapeutiques].

## 6.0 Obligations à l'égard des personnes potentiellement admissibles à l'AMM

- 6.1 Les *[médecins/infirmières et infirmiers praticiens]* doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que les personnes sont informées de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles pour soulager la souffrance.
- 6.2 Les *[médecins/infirmières et infirmiers praticiens]* ne doivent pas supposer que toutes les personnes potentiellement admissibles à l'AMM savent que celle-ci est légale et accessible au Canada.
- 6.3 Lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne peut être admissible à l'AMM, un ou une *[médecin/infirmière et infirmier praticien]* doit déterminer si l'AMM est compatible avec les valeurs et les objectifs de soins de la personne et :
- 6.3.1 si elle est compatible,
    - (a) informer la personne de la possibilité de l'AMM; ou
    - (b) fournir un *[référence/transfert de soins]* efficace vers un ou une autre médecin, une infirmière ou un infirmier praticien ou un programme connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM;
  - 6.3.2 si elle n'est pas compatible, ne pas informer la personne de la possibilité de l'AMM;
  - 6.3.3 qu'elle soit compatible ou non, documentez les mesures prises et leur justification pour celle-ci.
- 6.4 Les *[médecins/infirmières et infirmiers praticiens]* doivent répondre à toutes les questions raisonnables des personnes concernant l'AMM ou effectuer une/un *[orientation/transfert de soins]* efficace vers un ou une autre *[médecin/infirmière et infirmier praticien]* ou programme connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM.
- 6.5 Lorsqu'ils conseillent les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM, les *[médecins/infirmières et infirmiers praticiens]* doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que la personne ne perçoit pas de contrainte, d'incitation ou de pression pour poursuivre ou non l'AMM. Le fait de conseiller les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM est distinct de conseiller aux personnes d'envisager l'AMM.

## 7.0 Participation des stagiaires [médecin/infirmière et infirmier praticien]

*[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des médecins qui autorisent la participation des stagiaires].*

7.1 Les résidents en médecine peuvent participer au processus d'AMM, mais ils ne doivent le faire que dans le respect des modalités, conditions et des limites de leur certificat d'inscription.

7.2 Les résidents en médecine et les autres [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] impliqués dans l'évaluation de l'admissibilité d'une personne à l'AMM doivent s'assurer de l'indépendance entre l'évaluateur et le prestataire. Plus précisément, l'exigence d'indépendance entre l'évaluateur et le prestataire n'est pas satisfaite si l'un est le mentor ou le superviseur de l'autre.

7.3 Les étudiants en médecine ne doivent pas agir en tant qu'évaluateurs ou prestataires. Ils peuvent observer les évaluations et les dispositions, mais uniquement avec le consentement exprès de la personne.

OU

*[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des médecins qui n'autorisent pas la participation des stagiaires]*

7.1 Les résidents en médecine ne doivent pas assumer le rôle d'évaluateur ou de prestataire aux termes de la présente norme. Les résidents ne peuvent participer à l'AMM dans une capacité d'assistance ou d'apprentissage, avec le consentement de la personne.

7.2 Les étudiants en médecine peuvent observer les évaluations et les dispositions avec le consentement de la personne.

*[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des infirmières et infirmiers]*

7.1 Les stagiaires infirmières et infirmiers praticiens ayant un permis d'exercice temporaire peuvent participer à la prestation de soins infirmiers en leur qualité actuelle d'infirmière et infirmier autorisé, mais ils ne peuvent pas effectuer d'évaluations d'admissibilité pour l'AMM ni administrer l'AMM. Seuls les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens y sont autorisés. Les étudiants en soins infirmiers ayant un permis d'exercice temporaire peuvent toutefois se familiariser avec le processus d'AMM en observant et en discutant avec leurs mentors.



## 8.0 Obligations des évaluateurs et des prestataires<sup>11</sup>

### A. Généralités

8.1 Au moins deux praticiens doivent participer à l'évaluation de l'admissibilité d'une personne demandant l'AMM.

8.2 Les évaluateurs et les prestataires doivent :

8.2.1 être des praticiens indépendants<sup>12</sup>;

8.2.2 agir de manière cohérente avec [la norme de pratique/document de référence concernant le traitement des membres de la famille ou de toute personne avec laquelle elle a un lien personnel ou émotionnel étroit<sup>13</sup>; et

8.2.3 remplir l'ensemble de la documentation et des rapports requis, comme indiqué dans la section 16.0 ci-dessous.

8.3 Les évaluateurs et les prestataires ne doivent pas révéler qu'une personne a demandé une évaluation ou une prestation d'AMM sans le consentement de cette personne.<sup>14</sup>

### B. Obligations des prestataires

8.4 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent pas administrer l'AMM sur les instructions de quiconque autre que la personne demandant l'AMM.

8.5 Avant d'administrer l'AMM, les prestataires doivent évaluer l'admissibilité (voir section 9.0) et s'assurer que toutes les mesures de sauvegarde procédurales sont respectées (voir section 10.0).

8.6 Le prestataire qui prescrit ou obtient une substance à des fins d'administrer l'AMM doit, avant que le pharmacien ou la pharmacienne ne délivre la substance, informer le pharmacien ou la pharmacienne que la substance est destinée à cette fin.

---

<sup>11</sup> [Note aux utilisateurs : Il existe des différences entre les autorités réglementaires en ce qui concerne les devoirs de l'évaluateur et du prestataire. Dans ce modèle de norme, nous n'avons inclus que les devoirs établis par la législation fédérale sur l'AMM ou recommandés par le groupe d'experts fédéral sur l'AMM et la maladie mentale. Cette section devra être remplie par les autorités réglementaires qui créent des devoirs supplémentaires ou interdisent certaines choses autorisées par la loi fédérale.]

<sup>12</sup> Voir le glossaire pour la définition de ce terme dans le contexte de cette norme. [Note aux utilisateurs : Il s'agit d'une exigence distincte du Code criminel. Au besoin, les autorités réglementaires peuvent souhaiter ajouter une disposition énonçant toute exigence supplémentaire relative à la détention d'une licence de pratique indépendante].

<sup>13</sup> [référence à la norme/document de référence]

<sup>14</sup> [référence à la norme/document de référence]

8.7 Les prestataires doivent veiller à la sécurité de l'ordonnance, de l'utilisation, de l'entreposage et du retour des substances liés à la prestation de l'AMM.

### C. Obligations des évaluateurs

8.8 Les [médecins/ infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent pas effectuer d'évaluation relative à l'AMM sur les instructions de quiconque autre que la personne demandant l'AMM.

8.9 Les évaluateurs doivent fournir un avis écrit confirmant que la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM.

8.10 Lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, les évaluateurs doivent discuter avec la personne demandant l'AMM des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et déterminer si la personne a sérieusement envisagé ces moyens.<sup>15</sup>

8.11 Lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et qu'une réduction de la période de 90 jours est envisagée par le prestataire, les évaluateurs doivent fournir un avis sur l'imminence de la perte de la capacité de prendre des décisions de la personne à donner son consentement pour recevoir l'AMM.

## 9.0 Admissibilité à l'AMM

### A. Critères d'admissibilité

9.1 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent administrer l'AMM à une personne qui en fait la demande que si tous les critères d'admissibilité suivants sont respectés :

9.1.1 La personne est admissible, ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable – à des soins de santé financés par l'État au Canada;

9.1.2 La personne est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;

9.1.3 La personne a fait une demande d'AMM de manière volontaire notamment sans pressions extérieures;

---

<sup>15</sup> Alors qu'un évaluateur peut discuter des moyens disponibles pour soulager la souffrance de la personne pour les personnes de la voie 1, il est seulement exigé en vertu du *Code criminel* que l'évaluateur et le prestataire le fasse pour les personnes de la voie 2.

9.1.4 La personne consent de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs;

9.1.5 La personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable. Ces critères ne sont remplis que lorsque l'évaluateur et le prestataire sont d'avis que :

- (a) la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- (b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; et
- (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.

9.2 Les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] doivent uniquement appliquer les critères d'admissibilité à l'AMM énoncés dans cette norme.

## B. Évaluation de l'admissibilité

### 9.3 Capacité

9.3.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne demandant l'AMM a la capacité de prendre des décisions relatives à l'AMM au moment de l'évaluation de l'AMM.

9.3.2 Au moment de l'évaluation de la capacité de prise des décisions relatif à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent déterminer si la personne a la capacité de comprendre et d'apprécier :

- (a) l'historique et le pronostic de leur problème de santé;
- (b) leurs options de traitement ainsi que leurs risques et avantages; et
- (c) le résultat escompté de l'administration l'AMM est la mort de la personne.

9.3.3 Comme la capacité est fluide et peut changer avec le temps, les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] doivent être attentifs aux changements potentiels de la capacité d'une personne. Le cas échéant, les évaluateurs et les prestataires devraient procéder à des évaluations en série de la capacité de décision d'une personne.

9.3.4 Lorsque cela est approprié, les évaluateurs et les prestataires devraient consulter des cliniciennes ou cliniciens spécialisés dans l'évaluation de la capacité de prise de décision.

9.3.5 Toutes les évaluations de la capacité doivent être réalisées conformément aux normes cliniques et aux critères juridiques.

9.3.6 Les évaluateurs et les prestataires doivent documenter le raisonnement et les preuves sur lesquels leur évaluation de la capacité a été fondée.

#### 9.4 Problème de santé grave et irrémédiable<sup>16</sup>

9.4.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable ».

9.4.2 La personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable » si :

- (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; et
- (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.

#### 9.5 Maladie, affection ou handicap graves et incurables

9.5.1 Pour conclure qu'une personne souffre d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable.

9.5.2 « Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

#### 9.6 Situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités

9.6.1 Pour conclure qu'une personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la situation médicale de la personne se caractérise par un état avancé de déclin irréversible de ses capacités.

9.6.2 Les « capacités » fait référence au fonctionnement d'une personne (physique, social, professionnel ou autres domaines importants) et non aux symptômes de son problème de

---

<sup>16</sup> L'expression « problème de santé grave et irrémédiable » n'est pas une terminologie clinique standard, mais elle est définie dans le Code criminel et expliquée ci-dessous ainsi que dans le document « Document de référence ».

santé. Le fonctionnement fait référence à la capacité d'entreprendre les activités qui sont significatives pour la personne.

9.6.3 « déclin avancé » signifie que la diminution de la fonction est grave.

9.6.4 « Irréversible » signifie qu'il n'y a plus d'interventions raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les interventions reconnues, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

9.7 Des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui est intolérable et qui ne peut être soulagée dans des conditions que la personne juge acceptables.

9.7.1 Pour constater qu'une personne est atteinte d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la maladie, l'affection, le handicap ou l'état de déclin de la personne lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peut être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptable.

9.7.2 Afin de se forger une opinion sur le fait que le critère de souffrance pour l'AMM est respecté, les évaluateurs et les prestataires :

- (a) doivent explorer toutes les dimensions de la souffrance de la personne (physique, psychologique, sociale, existentielle et les moyens disponibles pour les soulager);
- (b) doivent explorer la cohérence de l'évaluation par la personne de sa souffrance avec la présentation clinique globale de la personne, ses souhaits exprimés au fil du temps et le récit de sa vie;
- (c) doivent être d'avis que c'est la maladie, l'affection, le handicap et/ou l'état de déclin des capacités de la personne qui est la cause de ses souffrances;
- (d) doivent être d'avis que la souffrance est persistante; et
- (e) doivent respecter la subjectivité de la souffrance.

## C. Caractère volontaire

9.8 Pour déterminer qu'une personne est admissible à l'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent être convaincus que la décision de la personne de demander l'AMM a été prise librement, sans influence indue (contemporaine ou passée) de la part des membres de la famille, des prestataires de soins de santé ou d'autres personnes.

9.9 Les évaluateurs et les prestataires doivent connaître et respecter toutes les exigences [*provinciales/territoriales*] relatives à l'AMM pour les personnes hospitalisées de façon involontaire ou sous ordonnance de traitement communautaire. De même, ils doivent

connaître et respecter les exigences [*provinciales/territoriales*] ou fédérales en matière d'AMM pour les personnes détenues en vertu d'une ordonnance de non-responsabilité criminelle ou incarcérées.

## D. Consentement éclairé

9.10 Les prestataires doivent obtenir le consentement éclairé directement de la personne demandant l'AMM, et non du décideur *substitut autorisé d'une personne inapte*.

9.11 Lors de la recherche du consentement éclairé, les prestataires doivent :

9.11.1 discuter de toutes les options de traitement raisonnables, acceptées et disponibles avec la personne demandant l'AMM, y compris les avantages, risques et les effets secondaires associés, ce qui inclut informer la personne des moyens disponibles pour soulager sa souffrance, y compris les soins palliatifs;

9.11.2 informer la personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris, le cas échéant, des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs, et proposer des consultations avec les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou ces soins;

9.11.3 informer la personne qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM, et qu'elle aura la possibilité de retirer sa demande immédiatement avant que l'AMM ne soit administrée (sauf s'il existe une renonciation au consentement final valide – voir la section 13.0 ci-dessous).

9.11.4 informer la personne demandant l'AMM de toutes les complications possibles associées à l'AMM administrée par le prestataire et à l'auto-administration, y compris la possibilité que la mort de la personne ne survienne pas; et

9.11.5 informer la personne qui indique une préférence pour l'auto-administration de l'AMM que si la mort de la personne n'est pas atteinte dans un délai raisonnable ou n'est pas atteinte, il ne sera pas possible pour le prestataire d'intervenir et d'administrer une substance causant sa mort à moins que la personne ne soit capable et ne puisse donner son consentement immédiatement avant l'administration, ou que la personne ait conclu une entente écrite prévoyant un consentement préalable pour la prestation de l'AMM par un ou une [*médecin/infirmière et infirmier praticien*] (voir section 14.0 ci-dessous).

## 10.0 Mesures de sauvegarde procédurales

### A. Mesures de sauvegarde procédurales

10.1 Avant d'administrer l'AMM à une personne **dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible**, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans qu'un pronostic ait nécessairement été établi quant à la durée précise du temps qu'il lui reste à vivre, le prestataire doit :

10.1.1 être d'avis que la personne répond à tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.2 s'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

- (a) faite par écrit, et signée et datée par la personne (ou par une autre personne en vertu de la loi); et
- (b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien est affectée de problème de santé grave et irrémédiable;

10.1.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi,<sup>17</sup> devant un témoin indépendant qui a ensuite également signé et daté la demande;

10.1.4 s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

10.1.5 s'assurer qu'un ou une autre médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.6 s'assurer que les deux praticiennes ou praticiens sont indépendants les uns des autres;

10.1.7 prendre, si la personne éprouve des difficultés à communiquer, toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte, de manière fiable, que la personne puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision; et

---

<sup>17</sup> Lorsque la personne qui demande l'AMM est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

10.1.8 à moins que les conditions de renonciation au consentement final ou au consentement préalable – auto-administration aient été remplies (voir sections 13.0 et 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle donne son consentement exprès pour recevoir l'AMM.

10.2 Avant d'administrer l'AMM à une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale (voie 2), le prestataire doit :

10.2.1 Être d'avis que la personne remplit à tous les critères d'admissibilité pour l'AMM;

10.2.2 S'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

- (a) faite par écrit, et signée et datée par la personne ou par une autre personne en vertu de la loi; et
- (b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qu'elle est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable;

10.2.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi, devant un témoin indépendant qui a ensuite également signé et daté la demande;

10.2.4 s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

10.2.5 s'assurer qu'un ou une autre médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.2.6 si ni lui ni l'évaluateur ne possèdent d'expertise à l'égard du problème de santé à l'origine des souffrances de la personne, s'assurer que lui ou l'évaluateur consulte un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui possède une telle expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticienne ou praticien (voir la section 10.3.7 pour plus de contenu sur l'« expertise »);

10.2.7 s'assurer que les praticiennes ou praticiens sont indépendants les uns des autres;

10.2.8 s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.



10.2.9 s'assurer que lui et évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec la personne sur le fait que celle-ci a sérieusement envisagé ces moyens;

10.2.10 s'assurer qu'il y a au moins 90 jours francs qui se sont écoulés entre le jour où la première évaluation de l'admissibilité pour la demande actuelle commence et le jour où l'AMM lui est fournie ou – si toutes les évaluations ont été terminées et que le prestataire et l'évaluateur sont tous deux d'avis que la perte de la capacité de la personne à consentir à recevoir l'AMM est imminente – une période plus courte que le prestataire considère comme appropriée dans les circonstances;

10.2.11 prendre, si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, toutes les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision; et

10.2.12 à moins que les conditions pour un consentement préalable – auto-administration, aient été remplies (voir section 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM.

## B. Mise en œuvre des mesures de sauvegarde procédurales

### 10.3 Être de l'avis (voies 1 et 2 sauf indication contraire)

10.3.1 Avant qu'un ou une [*médecin/infirmière et infirmier praticien*] n'administre l'AMM, il doit être d'avis que la personne répond à tous les critères d'admissibilité énoncés dans le *Code criminel* et l'évaluateur doit avoir fourni un avis écrit confirmant que la personne répond aux critères d'admissibilité.

10.3.2 Les prestataires et évaluateurs ne doivent fournir des avis sur l'admissibilité à l'AMM que dans leur champ d'exercice pratique.<sup>18</sup>

10.3.3 Lorsqu'ils fournissent des avis sur l'admissibilité à l'AMM, les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] doivent respecter les normes éthiques existantes telles qu'elles figurent, par exemple, dans le [*Code de déontologie de l'Association médicale canadienne ou le Code de déontologie du Collège des Médecins du Québec, le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les normes de pratique de l'autorité réglementaire de l'évaluateur*].

---

<sup>18</sup> Voir [*nom de la norme relative au champ de pratique ou d'autres documents réglementaires pertinents*].

10.3.4 La formulation d'un avis sur l'admissibilité à l'AMM peut nécessiter que l'évaluateur ou prestataire entreprenne certaines mesures :

10.3.4.1 Obtention des dossiers de santé

- (a) Les évaluateurs et les prestataires doivent tenter d'obtenir tous les dossiers de santé et les données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM.
- (b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention du dossier de santé et des données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible.

10.3.4.2 Recueil de renseignements supplémentaires (notamment auprès de l'équipe traitante, des membres de la famille et des personnes-ressources importantes)

- (a) Les évaluateurs et les prestataires doivent essayer d'obtenir tous les renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM. Il peut s'agir de renseignements connus de l'équipe traitante actuelle ou précédente ou de membres de la famille ou de personnes-ressources importantes.
- (b) L'évaluateur et le prestataire doivent avoir reçu le consentement de la personne apte avant de recueillir des renseignements supplémentaires.
- (c) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention des renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut pas être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut pas être considérée comme admissible.

10.3.4.3 Implication d'autres professionnels de la santé

- (a) Les évaluateurs et les prestataires devraient faire appel à des médecins spécialistes, à des surspécialistes et à d'autres professionnels de la santé pour des consultations et une expertise supplémentaire, si nécessaire et avec le consentement de la personne qui demande l'AMM.
- (b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à la participation d'autres cliniciens ou cliniciennes nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans cette participation, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible.

10.3.5 Moyens disponibles pour soulager la souffrance (la voie 2 seulement)

10.3.5.1 Avant qu'un ou une [*médecin/infirmière ou infirmier praticien*] administre l'AMM, il doit s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.

10.3.5.2 Les « services communautaires » doivent être interprétés comme comprenant les services de soutien au logement et au revenu.

10.3.5.3 Les « moyens disponibles » doivent être interprétés comme des moyens raisonnables et reconnus.

10.3.5.4 L'information et l'offre de consultations peuvent être réalisées par le ou la [*médecin/infirmière ou infirmier praticien*] ou par d'autres personnes ayant des connaissances pertinentes (p. ex., les travailleurs sociaux, le médecin de famille de la personne ou la clinicienne ou le clinicien le plus responsable) à l'égard des moyens pour soulager la souffrance (p. ex., les services communautaires). Le prestataire doit confirmer que le demandeur a été informé des moyens disponibles et que des consultations avec les professionnels concernés ont été proposées.

10.3.6 La personne (qui a fait la demande d'AMM) a sérieusement envisagés les moyens disponibles pour soulager la souffrance; (voie 2 seulement).

10.3.6.1 Avant qu'un ou une [*médecin/infirmière ou infirmier praticien*] n'administre l'AMM, il doit s'assurer que lui et l'évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés.

10.3.6.2 Par sérieusement envisagés, il faut entendre : a) exercer sa capacité, et non simplement l'avoir; b) faire preuve de réflexion approfondie; et c) ne pas être impulsif.

10.3.7 Praticien avec expertise – consultation (lorsqu'aucun des évaluateurs n'a d'expertise à l'égard de la condition causant la souffrance) (voie 2 seulement)

10.3.7.1 Si ni lui ni l'évaluateur n'ont d'expertise à l'égard de la condition qui cause les souffrances de la personne, le prestataire doit s'assurer que lui-même ou l'évaluateur consulte un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui possède cette expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticienne ou praticien.

10.3.7.2 Une « praticienne avec expertise » ou un « praticien avec expertise » n'est pas tenu d'avoir un titre de spécialiste. L'expertise peut plutôt être obtenue par l'éducation,

la formation et l'expérience substantielle du médecin ou de l'infirmière ou l'infirmier praticien dans le traitement de la condition affection qui cause la souffrance de la personne.

10.3.7.3 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent s'assurer qu'ils possèdent l'expertise nécessaire pour fournir la consultation. Ce faisant, ils doivent travailler dans le cadre de leur champ d'exercice.<sup>19</sup>

10.3.7.4 La « praticienne avec l'expertise » ou le « praticien avec expertise », en vertu de cette disposition du *Code criminel*, fournit une consultation à l'évaluateur et au prestataire, et non une évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

10.3.7.5 L'examen des dossiers de santé antérieurs du demandeur (y compris les rapports de consultation de spécialistes antérieurs) peut constituer une partie importante d'une évaluation complète d'admissibilité à l'AMM. Cependant, un tel examen ne constitue pas une « consultation » aux fins de la section 10.2.6, car cela exige une communication directe et simultanée avec la praticienne ou le praticien ayant l'expertise.

## 11.0 Considérations supplémentaires relatives aux évaluations de l'admissibilité et aux mesures de sauvegarde procédurales

### A. Tendances suicidaires

11.1 Les évaluateurs et les prestataires doivent prendre des mesures pour s'assurer que le souhait du demandeur de recevoir l'AMM est cohérent avec ses valeurs et ses convictions, et qu'il est sans ambiguïté et durable. Ils doivent s'assurer qu'il est réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité et non pendant une période de crise. Cela peut nécessiter des évaluations en série.

11.2 Une demande d'AMM par une personne atteinte de troubles mentaux en l'absence des critères permettant l'hospitalisation contre le gré de la personne tel qu'énuméré dans la législation sur la santé mentale [de la province/du territoire], n'est pas un motif d'évaluation ou de l'hospitalisation contre son gré (voir Document de référence pour plus de détails).

11.3 Les évaluateurs et les prestataires doivent envisager des références vers des soutiens et des services de prévention du suicide pour les personnes jugées inadmissibles à l'AMM si, de l'avis de l'évaluateur, la conclusion augmente le risque de suicide de la personne.

---

<sup>19</sup> Cette section doit être lue conjointement avec la norme de l'autorité réglementaire [nom de la norme existante concernant le champ d'application de la pratique].

## B. Dynamiques interpersonnelles difficiles

11.4 Les évaluateurs et les prestataires doivent être attentifs aux dynamiques interpersonnelles difficiles telles que les comportements menaçants des demandeurs de l'AMM ou leurs proches. Si ces dynamiques difficiles compromettent la réalisation de l'évaluation d'admissibilité conformément aux normes professionnelles, les évaluateurs et les prestataires devraient rechercher des renseignements ou des conseils auprès de mentors et de collègues, ou cesser de participer au processus d'évaluation (voir Document de référence pour plus d'informations).

## 12.0 Soins virtuels

*[Note aux utilisateurs : inclure cette section si l'autorité réglementaire permet les soins virtuels.]*

12.1 Les [Médecins/infirmières et infirmiers praticiens] peuvent évaluer la demande d'AMM d'une personne et obtenir des consultations en rapport avec l'AMM de manière virtuelle.

12.2 Lors de l'évaluation virtuelle d'une personne pour l'admissibilité à l'AMM, les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent :

12.2.1 Confirmer que la personne est d'accord avec l'évaluation qui se déroule de manière virtuelle;

12.2.2 déterminer qu'une conclusion valide de l'admissibilité de la personne à l'AMM peut être réalisée; et

12.2.3 s'assurer que l'évaluation s'harmonise avec les dispositions d'autres normes pertinentes de l'autorité réglementaire.

*[Note aux utilisateurs : Les sections 13.0 à 16.0 sont intentionnellement laissées vides, car la logistique concernant ces sujets varie selon la juridiction. Les autorités réglementaires peuvent remplir ces sections en fonction du Code criminel, des règlements pris en vertu du Code criminel, [des lois et politiques provinciales/territoriales] et de leurs exigences individuelles].*

## 13.0 Renonciation au consentement final

## 14.0 Consentement préalable – Auto-administration



## 15.0 Prestation de l'AMM

15.1 Prescription

15.2 Prestation

15.3 Obtention et restitution des substances de l'AMM

## 16.0 Documentation et rapports

16.1 Documentation (à inclure dans le dossier de santé)

16.2 Certification du décès

16.3 Rapports

## 17.0 Glossaire

**Aide médicale à mourir (AMM)** : un terme générique qui comprend l'AMM administrée par une clinicienne ou un clinicien et l'AMM par auto-administration. Ces pratiques comprennent ce que l'on appelle parfois l'euthanasie (administrée par une clinicienne ou un clinicien), le suicide assisté (auto-administré), ou l'aide à mourir volontaire dans d'autres juridictions.

**AMM administrée par le prestataire** : administration par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien d'une substance à une personne, à sa demande, qui entraîne sa mort.

**AMM auto-administrée** : prescription ou fourniture par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien d'une substance à une personne, à sa demande, afin qu'elle puisse s'auto-administrer la substance et, ce faisant, provoquer sa propre mort.

**AMM TM-SPMI** : l'AMM lorsqu'un trouble mental (voir la définition ci-dessous) est le seul problème médical invoqué.

**Association professionnelle de santé** : une organisation non gouvernementale représentant des catégories ou des groupes spécifiques de professionnels. En fonction de leur mandat, les associations de professionnels de la santé peuvent chercher à promouvoir les intérêts professionnels de leurs membres, à défendre les intérêts des patients, à élaborer des lignes directrices de pratique clinique et à soutenir les activités de recherche et d'éducation de leurs membres.

**Capacité** (singulier) : le statut juridique permettant de donner un consentement éclairé en vue d'une intervention médicale ou de la refuser (c'est-à-dire avoir la capacité décisionnelle/être apte à prendre des décisions). [*Note aux utilisateurs : certaines juridictions utilisent une terminologie différente.*]

**Capacités** (pluriel) : fait référence au fonctionnement d'une personne. Par exemple, le *Code criminel* stipule qu'une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables si sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

**Consentement éclairé** : consentement donné par une personne apte qui a reçu une explication adéquate sur la nature de l'intervention proposée et ses résultats attendus, ainsi que sur les avantages potentiels et les risques matériels encourus et les autres options disponibles.

**Consentement préalable – auto-administration** : consentement à recevoir une AMM donnée par une personne apte avant la perte de sa capacité dans le cadre d'une AMM auto-administrée.

**Critères d'admissibilité** : les critères énoncés à la section 9.0 de la présente Norme qui doivent être remplis par une personne afin d'accéder à l'AMM. Les termes « admissible » et « admissibilité » ont une signification semblable.

**Document de référence** : Document préparé par une organisation (société professionnelle, autorité réglementaire ou autre) qui offre des recommandations non contraignantes sur un sujet spécifique.

**Évaluateur** : le ou la médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui fournit un avis écrit sur la question de savoir si la personne qui demande l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM.

**Humilité culturelle** : un processus d'autoréflexion en vue de comprendre les préjugés personnels et systémiques et qui vise le développement et le maintien des processus et des relations respectueux basés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme un apprenant lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui.<sup>20</sup>

**Infirmière et Infirmier praticien** : personnel infirmier autorisé qui, en vertu des lois d'une province ou d'un territoire, a le droit d'exercer en tant que l'infirmière ou l'infirmier praticien – ou sous une désignation équivalente.

**Lignes directrices** : documents généralement élaborés par des associations de professionnels de la santé qui résument les connaissances relatives à un domaine de pratique particulier et proposent des recommandations fondées sur ces connaissances afin d'aider la clinicienne ou le clinicien à prendre des décisions dans des circonstances spécifiques.

**Médecin** : personne autorisée à exercer la médecine en vertu des lois d'une province ou d'un territoire.

**Mesures de sauvegarde** : désigne les mesures législatives protectrices adoptées au moyen du *Code criminel*.

**Mort naturelle raisonnablement prévisible** :

Selon le seul tribunal canadien à s'être prononcé sur l'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » :

[79]... il n'est pas nécessaire que la mort naturelle soit imminente; le fait de déterminer si la mort est raisonnablement prévisible est une question médicale propre à la personne concernée qui doit être décidée sans qu'un pronostic sur l'espérance de vie soit nécessairement établi, mais sans non plus exclure l'établissement d'un tel pronostic.

---

<sup>20</sup> <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>



[80]... en formulant son opinion, le médecin n'a pas à se prononcer sur la durée précise de la vie restante de la personne qui demande l'aide médicale à mourir.<sup>21</sup>

L'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » reste la même dans le cadre du projet de loi C-7 que dans celui du projet de loi C-14.<sup>22</sup>

**Période de 90 jours** : l'exigence, lorsqu'une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible demande l'AMM, **qu'au moins 90 jours francs** se soient écoulés entre le jour où la première évaluation par un prestataire ou un évaluateur commence et le jour où l'AMM est fournie.

**Praticienne indépendante ou praticien indépendant** : un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui :

- (a) n'est pas un mentor pour l'autre praticienne ou praticien ou responsable de la supervision de son travail;
- (b) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande, ou destinataire, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès de cette personne, autre qu'une compensation courante pour ses services relatifs à la demande; et
- (c) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit lié à l'autre praticienne ou praticien ou à la personne qui fait la demande d'une autre manière qui pourrait avoir une incidence sur son objectivité.

**Prestataire** : le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui évalue si la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité à l'AMM, s'assure que les mesures de sauvegarde procédurales ont été respectées et, le cas échéant, administre l'AMM.

**Référence efficace** : prendre des mesures positives pour s'assurer que la personne qui demande l'AMM est mise en contact en temps opportun avec un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien, un autre professionnel de la santé ou [nom de l'agence, du programme ou du bureau responsable de l'orientation des patients] qui ne s'y oppose pas, qui est disponible et accessible et qui fournit les services de santé (les évaluations d'admissibilité à l'AMM et la prestation de l'AMM) ou met la personne en contact direct avec un professionnel de la santé qui le fait. « En temps opportun » signifie que la personne ne subira pas de préjudice clinique ou de souffrance prolongée en raison d'un délai dans la réalisation de l'établissement du lien. [Note aux utilisateurs : supprimer cette définition si l'autorité réglementaire utilise le libellé du **transfert efficace de soins au lieu du libellé référence efficace**].

<sup>21</sup> 2017 ONSC 3759, par. 79-80. AB c. Canada

<sup>22</sup> <https://www.ctvnews.ca/politics/lametti-sows-uncertainty-over-meaning-of-foreseeable-death-in-assisted-dying-bill-1.4836211>

**Renonciation au consentement final** : une entente par écrit entre la personne (voie 1) qui demande l'AMM et son prestataire, selon lequel le prestataire administrerait des substances pour provoquer son décès après qu'elle a perdu sa capacité de décision.

**Renseignements supplémentaires** : les renseignements supplémentaires sont des renseignements fournis sur une personne par l'équipe traitant, des membres de famille ou des personnes ressources importantes.

**Sécurité culturelle** : un résultat fondé sur une mobilisation respectueuse qui reconnaît et tente de corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents dans le système de soins de santé. Elle crée un environnement sans racisme et sans discrimination, y compris les intersections avec par exemple, le genre dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé.<sup>23</sup>

**Soigner des patients d'une manière sensible aux traumatismes** : intégrer une compréhension des traumatismes et donner la priorité à la sécurité, au choix et au contrôle de l'individu dans la prestation des services. De tels services créent une culture de traitement fondée sur la non-violence, l'apprentissage et la collaboration. L'utilisation d'une approche tenant compte des traumatismes ne nécessite pas nécessairement la divulgation des traumatismes. Les services sont plutôt fournis de manière à reconnaître le besoin de sécurité physique et émotionnelle, ainsi que le choix et le contrôle des décisions concernant le traitement de la personne. L'un des aspects essentiels des services axés sur les traumatismes est la création d'un environnement dans lequel les utilisateurs des services ne subissent pas de nouveau traumatisme et où ils peuvent acquérir des compétences d'adaptation ou d'autorégulation et prendre des décisions concernant leurs besoins en matière de traitement à un rythme qui leur semble sûr.<sup>24</sup>

**Soins virtuels** : englobe tous les moyens par lesquels les prestataires de soins de santé interagissent à distance avec leurs patients en utilisant les technologies de télécommunications et les technologies numériques.

**Témoin indépendant** : personne âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui n'est pas exclue de la possibilité d'agir en tant que témoin de la demande d'AMM d'une personne pour quelque raison que ce soit, y compris les limites énoncées à l'article 241.2 du *Code criminel* ou toute autre exigence législative.

**Transfert efficace des soins** : transfert effectué par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien de bonne foi vers un ou une autre médecin ou une autre infirmière ou infirmier praticien qui est disponible pour accepter le transfert, accessible à la personne demandant l'AMM et disposé à administrer l'AMM à cette personne si les critères d'admissibilité sont respectés. [Note aux utilisateurs : à supprimer cette définition si l'autorité

<sup>23</sup> <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>

<sup>24</sup> [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide\\_May-2018.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide_May-2018.pdf).

réglementaire utilise le libellé de la **référence efficace** au lieu du libellé du transfert efficace des soins].

**Trouble mental** : un trouble mental est une condition telle que décrite dans les schémas normalisés de classification des diagnostics psychiatriques tels que le DSM5-TR.<sup>25</sup> Le *Code criminel* utilise le terme « maladie mentale ». Selon le document de référence législatif fédéral préparé pour le projet de loi C-7, le terme « maladie mentale » ne comprendrait pas les troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux, ou d'autres conditions pouvant avoir une incidence sur les aptitudes cognitives, comme les démences, les troubles du spectre autistique ou les déficiences intellectuelles.<sup>26</sup>

**Voie 1** : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

**Voie 2** : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

---

<sup>25</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

<sup>26</sup> Contexte législatif – Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon* de la Cour supérieure du Québec

## Annexe: Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir (AMM) – Avec les modules surlignés

Ces modules (surlignés) sont de courtes sections de texte qui peuvent être insérées dans les normes réglementaires existantes de l'AMM afin d'assurer la couverture des demandes pour l'AMM particulièrement complexes, y compris l'AMM TM-SPMI.

## 1.0 Préambule

L'AMM est légale au Québec depuis 2015 et dans le reste du Canada depuis 2016.<sup>27</sup> Depuis lors, la loi concernant l'admissibilité à l'AMM a continué à évoluer.<sup>28</sup>

Cette norme reflète l'état actuel de la loi canadienne en matière d'AMM (tel qu'établi par le *Code criminel*). Sauf indication contraire, cette norme s'applique à tous les cas d'AMM, y compris les demandes d'AMM où un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI) lorsque ces demandes deviendront légales le 17 mars 2024.<sup>29</sup>

Tout au long de la norme, les termes « doit » et « devrait » sont utilisés pour exprimer les attentes de l'autorité réglementaire. La mention « doit » indique une exigence obligatoire. Le terme « devrait » indique que les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] peuvent faire preuve d'une discrétion raisonnable dans l'application de cette attente à la pratique.

La présente norme doit être interprétée dans le contexte de la législation fédérale<sup>30</sup> et [provinciale/territoriale]<sup>31</sup> relative à l'AMM. Rien dans cette norme ne réduit l'obligation d'un ou d'une [médecin/infirmière et infirmier praticien] de se conformer à toutes les lois applicables.

Cette norme doit être lue conjointement avec d'autres normes de l'autorité réglementaire, y compris les [noms des autres normes de pratique pertinentes, en particulier le consentement, le champ d'exercice et la référence/le transfert efficace des soins].

La présente norme devrait également être lue conjointement avec le *Document de référence : aide médicale à mourir (AMM)* et le [Code de déontologie de l'Association médicale canadienne/Code de déontologie du Collège des Médecins du Québec/Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/autres déclarations éthiques pertinentes].<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)* [2015] 1 RCS 331. *Projet de loi C-14, intitulé Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, Première session, quarante-deuxième législature, 2016.

<sup>28</sup> *Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, deuxième session, quarante-deuxième législature, 2016; *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 (CanLII); *Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, deuxième session, quarante-troisième législature, 2021.

<sup>29</sup> L'évaluation des personnes ayant une déficience intellectuelle et des personnes ayant fait l'objet d'une incarcération de longue durée présente des difficultés spécifiques qui nécessitent des recommandations supplémentaires de la part des associations professionnelles et des organisations communautaires travaillant avec des personnes ayant une expérience vécue pertinente. L'autorité réglementaire révisera cette norme à la lumière de ces recommandations, le cas échéant.

<sup>30</sup> <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>

<sup>31</sup> [référence à la législation provinciale/territoriale – le cas échéant]

<sup>32</sup> [référence aux autres déclarations éthiques pertinentes – le cas échéant]

Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] sont encouragés à consulter les ressources disponibles auprès de [l'Association canadienne de protection médicale](#), de la [Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada](#), de [l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM](#), et des associations professionnelles concernées.

## 2.0 Buts

2.2 Cette norme a été établie dans les buts suivants :

2.1.1 Fournir des informations qui aideront les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] et la population à comprendre les critères d'admissibilité, les mesures de sauvegarde procédurales et les exigences de déclaration qui doivent être respectées concernant l'AMM;

2.1.2 Établir les attentes professionnelles des [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui sont impliqués dans l'AMM; and

2.1.3 Présenter les exigences juridiques spécifiques pour les évaluateurs et prestataires de l'AMM.

## 3.0 Connaissances, soins, et compétences raisonnables

3.1 L'AMM doit être administré avec des connaissances, des soins et des compétences raisonnables et conformément aux lois, règles ou normes provinciales/territoriales applicables.

## 4.0 Champ d'exercice<sup>33</sup>

4.1 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent exercer que dans le cadre de leur champ d'exercice pour lequel ils sont adéquatement formés, autorisés et compétents.

4.2 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui choisissent d'évaluer l'admissibilité à l'AMM ou de l'administrer, doivent avoir une formation, une expérience et des qualifications suffisantes pour le faire de manière sécuritaire et compétente dans les circonstances de chaque cas. Cela devrait inclure une formation à l'évaluation de la capacité, à soigner des patients d'une manière sensible aux traumatismes, et à la sécurité et à l'humilité culturelles.

---

<sup>33</sup> Cette section doit être lue conjointement avec la norme de l'autorité réglementaire [nom de la norme existante sur le champ d'exercice].

## 5.0 Responsabilités des [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne pouvant ou ne voulant pas participer à l'AMM

5.1 Aucun ou aucune [médecin/infirmière et infirmier praticien] ne peut être contraint de prescrire ou d'administrer des substances dans le cadre de l'AMM.

5.2 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] qui ne peuvent ou ne veulent pas participer à la pratique de l'AMM telle que définie dans cette norme<sup>34</sup> :

5.2.1 Doit remplir une/un [référence/transfert de soins] efficace pour toute personne qui cherche à faire une demande, qui demande ou qui est admissible à recevoir l'AMM;

5.2.2 Doit informer la personne qu'elle n'est pas en mesure ou n'est pas disposée à aider à faire une demande d'évaluation pour l'AMM, ou à administrer l'AMM;

5.2.3 Doit fournir, avec le consentement de la personne, tous les dossiers de santé pertinents et nécessaires aux [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ou au programme fournissant des services liés à l'AMM;<sup>35</sup>

5.2.4 Doit continuer à donner des soins et des traitements non liés à l'AMM si la personne le souhaite; et

5.2.5 Devrait effectuer une/un [référence/transfert de soins] efficace vers un ou une autre [médecin/infirmière et infirmier praticien] si la personne ne souhaite pas demeurer sous leur responsabilité.<sup>36</sup>

5.3 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ayant une relation thérapeutique existante avec une personne demandant l'AMM (indépendante de la demande d'AMM) ne doivent pas ne doivent pas donner le congé de la personne en raison qu'une demande d'AMM a été faite ou que la personne reçoit également des services d'une équipe d'AMM ou d'un processus centralisé.

---

<sup>34</sup> L'objection de conscience peut être particulière à un cas. Certains ou certaines [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] sont consciencieusement opposés à l'AMM dans toute circonstance. Certains opposent consciencieusement à l'AMM dans certaines circonstances (par exemple les demandes de la voie 2). Certains opposent consciencieusement à des cas précis compte tenu des circonstances particulières. Les mêmes règles s'appliquent quelle que soit la portée de l'objection – les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne peuvent pas être contraints de participer, mais ils doivent suivre les étapes décrites au point 5.2 s'ils ne veulent pas participer.

<sup>35</sup> [Note aux utilisateurs : dans certaines juridictions et dans des circonstances cliniques précises, le consentement n'est pas requis pour fournir des dossiers de santé. Dans ce cas, la clause « avec le consentement de la personne » peut être supprimée];

<sup>36</sup> Voir aussi [nom de la norme de pratique sur la fin des relations thérapeutiques].

## 6.0 Obligations à l'égard des personnes potentiellement admissibles à l'AMM

6.1 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que les personnes sont informées de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles pour soulager la souffrance.

6.2 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent pas supposer que toutes les personnes potentiellement admissibles à l'AMM savent que celle-ci est légale et accessible au Canada.

6.3 Lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne peut être admissible à l'AMM, un ou une [médecin/infirmière et infirmier praticien] doit déterminer si l'AMM est compatible avec les valeurs et les objectifs de soins de la personne et :

6.3.1 si elle est compatible,

- (a) informer la personne de la possibilité de l'AMM; ou
- (b) fournir un [référence/transfert de soins] efficace vers un ou une autre médecin, une infirmière ou un infirmier praticien ou un programme connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM;

6.3.2 si elle n'est pas compatible, ne pas informer la personne de la possibilité de l'AMM;

6.3.3 qu'elle soit compatible ou non, documentez les mesures prises et leur justification pour celle-ci.

6.4 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent répondre à toutes les questions raisonnables des personnes concernant l'AMM ou effectuer une/un [orientation/transfert de soins] efficace vers un ou une autre [médecin/infirmière et infirmier praticien] ou programme connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM.

6.5 Lorsqu'ils conseillent les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM, les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que la personne ne perçoit pas de contrainte, d'incitation ou de pression pour poursuivre ou non l'AMM. Le fait de conseiller les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM est distinct de conseiller aux personnes d'envisager l'AMM.

## 7.0 Participation des stagiaires [médecin/infirmière et infirmier praticien]

[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des médecins qui autorisent la participation des stagiaires].



7.1 Les résidents en médecine peuvent participer au processus d'AMM, mais ils ne doivent le faire que dans le respect des modalités, conditions et des limites de leur certificat d'inscription.

7.2 Les résidents en médecine et les autres [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] impliqués dans l'évaluation de l'admissibilité d'une personne à l'AMM doivent s'assurer de l'indépendance entre l'évaluateur et le prestataire. Plus précisément, l'exigence d'indépendance entre l'évaluateur et le prestataire n'est pas satisfaite si l'un est le mentor ou le superviseur de l'autre.

7.3 Les étudiants en médecine ne doivent pas agir en tant qu'évaluateurs ou prestataires. Ils peuvent observer les évaluations et les dispositions, mais uniquement avec le consentement exprès de la personne.

OU

*[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des médecins qui n'autorisent pas la participation des stagiaires]*

7.1 Les résidents en médecine ne doivent pas assumer le rôle d'évaluateur ou de prestataire aux termes de la présente norme. Les résidents ne peuvent participer à l'AMM dans une capacité d'assistance ou d'apprentissage, avec le consentement de la personne.

7.2 Les étudiants en médecine peuvent observer les évaluations et les dispositions avec le consentement de la personne.

*[Note aux utilisateurs : Pour les autorités réglementaires des infirmières et infirmiers]*

7.1 Les stagiaires infirmières et infirmiers praticiens ayant un permis d'exercice temporaire peuvent participer à la prestation de soins infirmiers en leur qualité actuelle d'infirmière et infirmier autorisé, mais ils ne peuvent pas effectuer d'évaluations d'admissibilité pour l'AMM ni administrer l'AMM. Seuls les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens y sont autorisés. Les étudiants en soins infirmiers ayant un permis d'exercice temporaire peuvent toutefois se familiariser avec le processus d'AMM en observant et en discutant avec leurs mentors.

## 8.0 Obligations des évaluateurs et des prestataires<sup>37</sup>

### A. Généralités

8.1 Au moins deux praticiens doivent participer à l'évaluation de l'admissibilité d'une personne demandant l'AMM.

8.2 Les évaluateurs et les prestataires doivent :

8.2.1 être des praticiens indépendants<sup>38</sup>;

8.2.2 agir de manière cohérente avec [la norme de pratique/document de référence concernant le traitement des membres de la famille ou de toute personne avec laquelle elle a un lien personnel ou émotionnel étroit<sup>39</sup>; et

8.2.3 remplir l'ensemble de la documentation et des rapports requis, comme indiqué dans la section 16.0 ci-dessous.

8.3 Les évaluateurs et les prestataires ne doivent pas révéler qu'une personne a demandé une évaluation ou une prestation d'AMM sans le consentement de cette personne.<sup>40</sup>

### B. Obligations des prestataires

8.4 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] ne doivent pas administrer l'AMM sur les instructions de quiconque autre que la personne demandant l'AMM.

8.5 Avant d'administrer l'AMM, les prestataires doivent évaluer l'admissibilité (voir section 9.0) et s'assurer que toutes les mesures de sauvegarde procédurales sont respectées (voir section 10.0).

8.6 Le prestataire qui prescrit ou obtient une substance à des fins d'administrer l'AMM doit, avant que le pharmacien ou la pharmacienne ne délivre la substance, informer le pharmacien ou la pharmacienne que la substance est destinée à cette fin.

---

<sup>37</sup> [Note aux utilisateurs : Il existe des différences entre les autorités réglementaires en ce qui concerne les devoirs de l'évaluateur et du prestataire. Dans ce modèle de norme, nous n'avons inclus que les devoirs établis par la législation fédérale sur l'AMM ou recommandés par le groupe d'experts fédéral sur l'AMM et la maladie mentale. Cette section devra être remplie par les autorités réglementaires qui créent des devoirs supplémentaires ou interdisent certaines choses autorisées par la loi fédérale.]

<sup>38</sup> Voir le glossaire pour la définition de ce terme dans le contexte de cette norme. [Note aux utilisateurs : Il s'agit d'une exigence distincte du Code criminel. Au besoin, les autorités réglementaires peuvent souhaiter ajouter une disposition énonçant toute exigence supplémentaire relative à la détention d'une licence de pratique indépendante].

<sup>39</sup> [référence à la norme/document de référence]

<sup>40</sup> [référence à la norme/document de référence]

8.7 Les prestataires doivent veiller à la sécurité de l'ordonnance, de l'utilisation, de l'entreposage et du retour des substances liés à la prestation de l'AMM.

### C. Obligations des évaluateurs

8.8 Les [*médecins/ infirmières et infirmiers praticiens*] ne doivent pas effectuer d'évaluation relative à l'AMM sur les instructions de quiconque autre que la personne demandant l'AMM.

8.9 Les évaluateurs doivent fournir un avis écrit confirmant que la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM.

8.10 Lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, les évaluateurs doivent discuter avec la personne demandant l'AMM des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et déterminer si la personne a sérieusement envisagé ces moyens.<sup>41</sup>

8.11 Lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et qu'une réduction de la période de 90 jours est envisagée par le prestataire, les évaluateurs doivent fournir un avis sur l'imminence de la perte de la capacité de prendre des décisions de la personne à donner son consentement pour recevoir l'AMM.

## 9.0 Admissibilité à l'AMM

### A. Critères d'admissibilité

9.1 Les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] ne doivent administrer l'AMM à une personne qui en fait la demande que si tous les critères d'admissibilité suivants sont respectés :

9.1.1 La personne est admissible, ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable – à des soins de santé financés par l'État au Canada;

9.1.2 La personne est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;

9.1.3 La personne a fait une demande d'AMM de manière volontaire notamment sans pressions extérieures;

9.1.4 La personne consent de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs;

---

<sup>41</sup> Alors qu'un évaluateur peut discuter des moyens disponibles pour soulager la souffrance de la personne pour les personnes de la voie 1, il est seulement exigé en vertu du *Code criminel* que l'évaluateur et le prestataire le fasse pour les personnes de la voie 2.

9.1.5 La personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable. Ces critères ne sont remplis que lorsque l'évaluateur et le prestataire sont d'avis que :

- (a) la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- (b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; et
- (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.

9.2 Les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] doivent uniquement appliquer les critères d'admissibilité à l'AMM énoncés dans cette norme.

## B. Évaluation de l'admissibilité

### 9.3 Capacité

9.3.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne demandant l'AMM a la capacité de prendre des décisions relatives à l'AMM au moment de l'évaluation de l'AMM.

9.3.2 Au moment de l'évaluation de la capacité de prise des décisions relatif à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent déterminer si la personne a la capacité de comprendre et d'apprécier :

- (a) l'historique et le pronostic de leur problème de santé;
- (b) leurs options de traitement ainsi que leurs risques et avantages; et
- (c) le résultat escompté de l'administration l'AMM est la mort de la personne.

9.3.3 Comme la capacité est fluide et peut changer avec le temps, les [*médecins/infirmières et infirmiers praticiens*] doivent être attentifs aux changements potentiels de la capacité d'une personne. Le cas échéant, les évaluateurs et les prestataires devraient procéder à des évaluations en série de la capacité de décision d'une personne.

9.3.4 Lorsque cela est approprié, les évaluateurs et les prestataires devraient consulter des cliniciens ou cliniciens spécialisés dans l'évaluation de la capacité de prise de décision.

9.3.5 Toutes les évaluations de la capacité doivent être réalisées conformément aux normes cliniques et aux critères juridiques.

9.3.6 Les évaluateurs et les prestataires doivent documenter le raisonnement et les preuves sur lesquels leur évaluation de la capacité a été fondée.

#### 9.4 Problème de santé grave et irrémédiable<sup>42</sup>

9.4.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable ».

9.4.2 La personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable » si :

- (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; et
- (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.

#### 9.5 Maladie, affection ou handicap graves et incurables

9.5.1 Pour conclure qu'une personne souffre d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable.

9.5.2 « Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

#### 9.6 Situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités

9.6.1 Pour conclure qu'une personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la situation médicale de la personne se caractérise par un état avancé de déclin irréversible de ses capacités.

9.6.2 Les « capacités » fait référence au fonctionnement d'une personne (physique, social, professionnel ou autres domaines importants) et non aux symptômes de son problème de santé. Le fonctionnement fait référence à la capacité d'entreprendre les activités qui sont significatives pour la personne.

---

<sup>42</sup> L'expression « problème de santé grave et irrémédiable » n'est pas une terminologie clinique standard, mais elle est définie dans le Code criminel et expliquée ci-dessous ainsi que dans le document « Document de référence ».

9.6.3 « déclin avancé » signifie que la diminution de la fonction est grave.

9.6.4 « Irréversible » signifie qu'il n'y a plus d'interventions raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les interventions reconnues, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

9.7 Des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui est intolérable et qui ne peut être soulagée dans des conditions que la personne juge acceptables.

9.7.1 Pour constater qu'une personne est atteinte d'un problème de santé grave et irrémédiable, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la maladie, l'affection, le handicap ou l'état de déclin de la personne lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peut être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptable.

9.7.2 Afin de se forger une opinion sur le fait que le critère de souffrance pour l'AMM est respecté, les évaluateurs et les prestataires :

- (a) doivent explorer toutes les dimensions de la souffrance de la personne (physique, psychologique, sociale, existentielle et les moyens disponibles pour les soulager);
- (b) doivent explorer la cohérence de l'évaluation par la personne de sa souffrance avec la présentation clinique globale de la personne, ses souhaits exprimés au fil du temps et le récit de sa vie;
- (c) doivent être d'avis que c'est la maladie, l'affection, le handicap et/ou l'état de déclin des capacités de la personne qui est la cause de ses souffrances;
- (d) doivent être d'avis que la souffrance est persistante; et
- (e) doivent respecter la subjectivité de la souffrance.

## C. Caractère volontaire

9.8 Pour déterminer qu'une personne est admissible à l'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent être convaincus que la décision de la personne de demander l'AMM a été prise librement, sans influence indue (contemporaine ou passée) de la part des membres de la famille, des prestataires de soins de santé ou d'autres personnes.

9.9 Les évaluateurs et les prestataires doivent connaître et respecter toutes les exigences [provinciales/territoriales] relatives à l'AMM pour les personnes hospitalisées de façon involontaire ou sous ordonnance de traitement communautaire. De même, ils doivent connaître et respecter les exigences [provinciales/territoriales] ou fédérales en matière d'AMM pour les personnes détenues en vertu d'une ordonnance de non-responsabilité criminelle ou incarcérées.

## D. Consentement éclairé

9.10 Les prestataires doivent obtenir le consentement éclairé directement de la personne demandant l'AMM, et non du décideur [substitut autorisé d'une personne inapte](#).

9.11 Lors de la recherche du consentement éclairé, les prestataires doivent :

9.11.1 discuter de toutes les options de traitement raisonnables, acceptées et disponibles avec la personne demandant l'AMM, y compris les avantages, risques et les effets secondaires associés, ce qui inclut informer la personne des moyens disponibles pour soulager sa souffrance, y compris les soins palliatifs;

9.11.2 informer la personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris, le cas échéant, des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs, et proposer des consultations avec les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou ces soins;

9.11.3 informer la personne qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM, et qu'elle aura la possibilité de retirer sa demande immédiatement avant que l'AMM ne soit administrée (sauf s'il existe une renonciation au consentement final valide – voir la section 13.0 ci-dessous).

9.11.4 informer la personne demandant l'AMM de toutes les complications possibles associées à l'AMM administrée par le prestataire et à l'auto-administration, y compris la possibilité que la mort de la personne ne survienne pas; et

9.11.5 informer la personne qui indique une préférence pour l'auto-administration de l'AMM que si la mort de la personne n'est pas atteinte dans un délai raisonnable ou n'est pas atteinte, il ne sera pas possible pour le prestataire d'intervenir et d'administrer une substance causant sa mort à moins que la personne ne soit capable et ne puisse donner son consentement immédiatement avant l'administration, ou que la personne ait conclu une entente écrite prévoyant un consentement préalable pour la prestation de l'AMM par un ou une [médecin/infirmière et infirmier praticien] (voir section 14.0 ci-dessous).

## 10.0 Mesures de sauvegarde procédurales

### A. Mesures de sauvegarde procédurales

10.1 Avant d'administrer l'AMM à une personne **dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible**, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans qu'un pronostic ait

nécessairement été établi quant à la durée précise du temps qu'il lui reste à vivre, le prestataire doit :

10.1.1 être d'avis que la personne répond à tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.3 s'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

- (a) faite par écrit, et signée et datée par la personne (ou par une autre personne en vertu de la loi); et
- (b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien est affectée de problème de santé grave et irrémédiable;

10.1.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi,<sup>43</sup> devant un témoin indépendant qui a ensuite également signé et daté la demande;

10.1.4 s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

10.1.5 s'assurer qu'un ou une autre médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.6 s'assurer que les deux praticiennes ou praticiens sont indépendants les uns des autres;

10.1.7 prendre, si la personne éprouve des difficultés à communiquer, toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte, de manière fiable, que la personne puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision; et

10.1.8 à moins que les conditions de renonciation au consentement final ou au consentement préalable – auto-administration aient été remplies (voir sections 13.0 et 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle donne son consentement exprès pour recevoir l'AMM.

---

<sup>43</sup> Lorsque la personne qui demande l'AMM est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.



10.2 Avant d'administrer l'AMM à une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale (voie 2), le prestataire doit :

10.2.1 Être d'avis que la personne remplit à tous les critères d'admissibilité pour l'AMM;

10.2.3 S'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

- (a) faite par écrit, et signée et datée par la personne ou par une autre personne en vertu de la loi; et
- (b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qu'elle est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable;

10.2.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi, devant un témoin indépendant qui a ensuite également signé et daté la demande;

10.2.4 s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

10.2.5 s'assurer qu'un ou une autre médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.2.6 si ni lui ni l'évaluateur ne possèdent d'expertise à l'égard du problème de santé à l'origine des souffrances de la personne, s'assurer que lui ou l'évaluateur consulte un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui possède une telle expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticienne ou praticien (voir la section 10.3.7 pour plus de contenu sur l'« expertise »);

10.2.7 s'assurer que les praticiennes ou praticiens sont indépendants les uns des autres;

10.2.8 s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.

10.2.9 s'assurer que lui et évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec la personne sur le fait que celle-ci a sérieusement envisagé ces moyens;

10.2.10 s'assurer qu'il y a au moins 90 jours francs qui se sont écoulés entre le jour où la première évaluation de l'admissibilité pour la demande actuelle commence et le jour où l'AMM lui est fournie ou – si toutes les évaluations ont été terminées et que le prestataire et l'évaluateur sont tous deux d'avis que la perte de la capacité de la personne à consentir à recevoir l'AMM est imminente – une période plus courte que le prestataire considère comme appropriée dans les circonstances;

10.2.11 prendre, si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, toutes les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision; et

10.2.12 à moins que les conditions pour un consentement préalable – auto-administration, aient été remplies (voir section 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM.

## B. Mise en œuvre des mesures de sauvegarde procédurales

### 10.3 Être de l'avis (voies 1 et 2 sauf indication contraire)

10.3.1 Avant qu'un ou une [médecin/infirmière et infirmier praticien] n'administre l'AMM, il doit être d'avis que la personne répond à tous les critères d'admissibilité énoncés dans le *Code criminel* et l'évaluateur doit avoir fourni un avis écrit confirmant que la personne répond aux critères d'admissibilité.

10.3.2 Les prestataires et évaluateurs ne doivent fournir des avis sur l'admissibilité à l'AMM que dans leur champ d'exercice pratique.<sup>44</sup>

10.3.3 Lorsqu'ils fournissent des avis sur l'admissibilité à l'AMM, les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent respecter les normes éthiques existantes telles qu'elles figurent, par exemple, dans le [Code de déontologie de l'Association médicale canadienne ou le Code de déontologie du Collège des Médecins du Québec, le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les normes de pratique de l'autorité réglementaire de l'évaluateur].

10.3.5 La formulation d'un avis sur l'admissibilité à l'AMM peut nécessiter que l'évaluateur ou prestataire entreprenne certaines mesures :

#### 10.3.4.1 Obtention des dossiers de santé

---

<sup>44</sup> Voir [nom de la norme relative au champ de pratique ou d'autres documents réglementaires pertinents].

- (a) Les évaluateurs et les prestataires doivent tenter d'obtenir tous les dossiers de santé et les données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM.
- (b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention du dossier de santé et des données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible.

#### 10.3.4.2 Recueil de renseignements supplémentaires (notamment auprès de l'équipe traitante, des membres de la famille et des personnes-ressources importantes)

- (a) Les évaluateurs et les prestataires doivent essayer d'obtenir tous les renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM. Il peut s'agir de renseignements connus de l'équipe traitante actuelle ou précédente ou de membres de la famille ou de personnes-ressources importantes.
- (b) L'évaluateur et le prestataire doivent avoir reçu le consentement de la personne apte avant de recueillir des renseignements supplémentaires.
- (c) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention des renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut pas être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut pas être considérée comme admissible.

#### 10.3.4.3 Implication d'autres professionnels de la santé

- (a) Les évaluateurs et les prestataires devraient faire appel à des médecins spécialistes, à des surspécialistes et à d'autres professionnels de la santé pour des consultations et une expertise supplémentaire, si nécessaire et avec le consentement de la personne qui demande l'AMM.
- (b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à la participation d'autres cliniciens ou cliniciennes nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans cette participation, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible.

#### 10.3.5 Moyens disponibles pour soulager la souffrance (la voie 2 seulement)

10.3.5.1 Avant qu'un ou une [médecin/infirmière ou infirmier praticien] administre l'AMM, il doit s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et

qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.

10.3.5.2 Les « services communautaires » doivent être interprétés comme comprenant les services de soutien au logement et au revenu.

10.3.5.3 Les « moyens disponibles » doivent être interprétés comme des moyens raisonnables et reconnus.

10.3.5.4 L'information et l'offre de consultations peuvent être réalisées par le ou la [médecin/infirmière ou infirmier praticien] ou par d'autres personnes ayant des connaissances pertinentes (p. ex., les travailleurs sociaux, le médecin de famille de la personne ou la clinicienne ou le clinicien le plus responsable) à l'égard des moyens pour soulager la souffrance (p. ex., les services communautaires). Le prestataire doit confirmer que le demandeur a été informé des moyens disponibles et que des consultations avec les professionnels concernés ont été proposées.

10.3.6 La personne (qui a fait la demande d'AMM) a sérieusement envisagé les moyens disponibles pour soulager la souffrance; (voie 2 seulement).

10.3.6.1 Avant qu'un ou une [médecin/infirmière ou infirmier praticien] n'administre l'AMM, il doit s'assurer que lui et l'évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés.

10.3.6.2 Par sérieusement envisagés, il faut entendre : a) exercer sa capacité, et non simplement l'avoir; b) faire preuve de réflexion approfondie; et c) ne pas être impulsif.

10.3.7 Praticien avec expertise – consultation (lorsqu'aucun des évaluateurs n'a d'expertise à l'égard de la condition causant la souffrance) (voie 2 seulement)

10.3.7.1 Si ni lui ni l'évaluateur n'ont d'expertise à l'égard de la condition qui cause les souffrances de la personne, le prestataire doit s'assurer que lui-même ou l'évaluateur consulte un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui possède cette expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticienne ou praticien.

10.3.7.2 Une « praticienne avec l'expertise » ou un « praticien avec expertise » n'est pas tenu d'avoir un titre de spécialiste. L'expertise peut plutôt être obtenue par l'éducation, la formation et l'expérience substantielle du médecin ou de l'infirmière ou l'infirmier praticien dans le traitement de la condition affection qui cause la souffrance de la personne.

10.3.7.3 Les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent s'assurer qu'ils possèdent l'expertise nécessaire pour fournir la consultation. Ce faisant, ils doivent travailler dans le cadre de leur champ d'exercice.<sup>45</sup>

10.3.7.4 La « praticienne avec l'expertise » ou le « praticien avec expertise », en vertu de cette disposition du *Code criminel*, fournit une consultation à l'évaluateur et au prestataire, et non une évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

10.3.7.5 L'examen des dossiers de santé antérieurs du demandeur (y compris les rapports de consultation de spécialistes antérieurs) peut constituer une partie importante d'une évaluation complète d'admissibilité à l'AMM. Cependant, un tel examen ne constitue pas une « consultation » aux fins de la section 10.2.6, car cela exige une communication directe et simultanée avec la praticienne ou le praticien ayant l'expertise.

## 11.0 Considérations supplémentaires relatives aux évaluations de l'admissibilité et aux mesures de sauvegarde procédurales

### A. Tendances suicidaires

11.1 Les évaluateurs et les prestataires doivent prendre des mesures pour s'assurer que le souhait du demandeur de recevoir l'AMM est cohérent avec ses valeurs et ses convictions, et qu'il est sans ambiguïté et durable. Ils doivent s'assurer qu'il est réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité et non pendant une période de crise. Cela peut nécessiter des évaluations en série.

11.2 Une demande d'AMM par une personne atteinte de troubles mentaux en l'absence des critères permettant l'hospitalisation contre le gré de la personne tel qu'énuméré dans la législation sur la santé mentale [*de la province/du territoire*], n'est pas un motif d'évaluation ou de l'hospitalisation contre son gré (voir Document de référence pour plus de détails).

11.3 Les évaluateurs et les prestataires doivent envisager des références vers des soutiens et des services de prévention du suicide pour les personnes jugées inadmissibles à l'AMM si, de l'avis de l'évaluateur, la conclusion augmente le risque de suicide de la personne.

---

<sup>45</sup> Cette section doit être lue conjointement avec la norme de l'autorité réglementaire [*nom de la norme existante concernant le champ d'application de la pratique*].

## B. Dynamiques interpersonnelles difficiles

11.4 Les évaluateurs et les prestataires doivent être attentifs aux dynamiques interpersonnelles difficiles telles que les comportements menaçants des demandeurs de l'AMM ou leurs proches. Si ces dynamiques difficiles compromettent la réalisation de l'évaluation d'admissibilité conformément aux normes professionnelles, les évaluateurs et les prestataires devraient rechercher des renseignements ou des conseils auprès de mentors et de collègues, ou cesser de participer au processus d'évaluation (voir Document de référence pour plus d'informations).

### 12.0 Soins virtuels

*[Note aux utilisateurs : inclure cette section si l'autorité réglementaire permet les soins virtuels.]*

12.1 Les [Médecins/infirmières et infirmiers praticiens] peuvent évaluer la demande d'AMM d'une personne et obtenir des consultations en rapport avec l'AMM de manière virtuelle.

12.2 Lors de l'évaluation virtuelle d'une personne pour l'admissibilité à l'AMM, les [médecins/infirmières et infirmiers praticiens] doivent :

12.2.1 confirmer que la personne est d'accord avec l'évaluation qui se déroule de manière virtuelle;

12.2.2 déterminer qu'une conclusion valide de l'admissibilité de la personne à l'AMM peut être réalisée; et

12.2.3 s'assurer que l'évaluation s'harmonise avec les dispositions d'autres normes pertinentes de l'autorité réglementaire.

*[Note aux utilisateurs : Les sections 13.0 à 16.0 sont intentionnellement laissées vides, car la logistique concernant ces sujets varie selon la juridiction. Les autorités réglementaires peuvent remplir ces sections en fonction du Code criminel, des règlements pris en vertu du Code criminel, [des lois et politiques provinciales/territoriales] et de leurs exigences individuelles].*

### 13.0 Renonciation au consentement final

### 14.0 Consentement préalable – Auto-administration



## 15.0 Prestation de l'AMM

### 15.1 Prescription

### 15.2 Prestation

### 15.3 Obtention et restitution des substances de l'AMM

## 16.0 Documentation et rapports

### 16.1 Documentation (à inclure dans le dossier de santé)

### 16.2 Certification du décès

### 16.3 Rapports

## 17.0 Glossaire

**Aide médicale à mourir (AMM)** : un terme générique qui comprend l'AMM administrée par une clinicienne ou un clinicien et l'AMM par auto-administration. Ces pratiques comprennent ce que l'on appelle parfois l'euthanasie (administrée par une clinicienne ou un clinicien), le suicide assisté (auto-administré), ou l'aide à mourir volontaire dans d'autres juridictions.

**AMM administrée par le prestataire** : administration par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien d'une substance à une personne, à sa demande, qui entraîne sa mort.

**AMM auto-administrée** : prescription ou fourniture par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien d'une substance à une personne, à sa demande, afin qu'elle puisse s'auto-administrer la substance et, ce faisant, provoquer sa propre mort.

**AMM TM-SPMI** : l'AMM lorsqu'un trouble mental (voir la définition ci-dessous) est le seul problème médical invoqué.

**Association professionnelle de santé** : une organisation non gouvernementale représentant des catégories ou des groupes spécifiques de professionnels. En fonction de leur mandat, les associations de professionnels de la santé peuvent chercher à promouvoir les intérêts professionnels de leurs membres, à défendre les intérêts des patients, à élaborer des lignes directrices de pratique clinique et à soutenir les activités de recherche et d'éducation de leurs membres.

**Capacité** (singulier) : le statut juridique permettant de donner un consentement éclairé en vue d'une intervention médicale ou de la refuser (c'est-à-dire avoir la capacité décisionnelle/être apte à prendre des décisions). [*Note aux utilisateurs : certaines juridictions utilisent une terminologie différente.*]

**Capacités** (pluriel) : fait référence au fonctionnement d'une personne. Par exemple, le *Code criminel* stipule qu'une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables si sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

**Consentement éclairé** : consentement donné par une personne apte qui a reçu une explication adéquate sur la nature de l'intervention proposée et ses résultats attendus, ainsi que sur les avantages potentiels et les risques matériels encourus et les autres options disponibles.

**Consentement préalable – auto-administration** : consentement à recevoir une AMM donnée par une personne apte avant la perte de sa capacité dans le cadre d'une AMM auto-administrée.



**Critères d'admissibilité** : les critères énoncés à la section 9.0 de la présente Norme qui doivent être remplis par une personne afin d'accéder à l'AMM. Les termes « admissible » et « admissibilité » ont une signification semblable.

**Document de référence** : Document préparé par une organisation (société professionnelle, autorité réglementaire ou autre) qui offre des recommandations non contraignantes sur un sujet spécifique.

**Évaluateur** : le ou la médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui fournit un avis écrit sur la question de savoir si la personne qui demande l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM.

**Humilité culturelle** : un processus d'autoréflexion en vue de comprendre les préjugés personnels et systémiques et qui vise le développement et le maintien des processus et des relations respectueux basés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme un apprenant lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui.<sup>46</sup>

**Infirmière et Infirmier praticien** : personnel infirmier autorisé qui, en vertu des lois d'une province ou d'un territoire, a le droit d'exercer en tant que l'infirmière ou l'infirmier praticien – ou sous une désignation équivalente.

**Lignes directrices** : documents généralement élaborés par des associations de professionnels de la santé qui résument les connaissances relatives à un domaine de pratique particulier et proposent des recommandations fondées sur ces connaissances afin d'aider la clinicienne ou le clinicien à prendre des décisions dans des circonstances spécifiques.

**Médecin** : personne autorisée à exercer la médecine en vertu des lois d'une province ou d'un territoire.

**Mesures de sauvegarde** : désigne les mesures législatives protectrices adoptées au moyen du *Code criminel*.

**Mort naturelle raisonnablement prévisible** :

Selon le seul tribunal canadien à s'être prononcé sur l'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » :

[79]... il n'est pas nécessaire que la mort naturelle soit imminente; le fait de déterminer si la mort est raisonnablement prévisible est une question médicale propre à la personne concernée qui doit être décidée sans qu'un pronostic sur l'espérance de vie soit nécessairement établi, mais sans non plus exclure l'établissement d'un tel pronostic.

<sup>46</sup> <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>

[80]... en formulant son opinion, le médecin n'a pas à se prononcer sur la durée précise de la vie restante de la personne qui demande l'aide médicale à mourir.<sup>47</sup>

L'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » reste la même dans le cadre du projet de loi C-7 que dans celui du projet de loi C-14.<sup>48</sup>

**Période de 90 jours** : l'exigence, lorsqu'une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible demande l'AMM, **qu'au moins 90 jours francs** se soient écoulés entre le jour où la première évaluation par un prestataire ou un évaluateur commence et le jour où l'AMM est fournie.

**Praticienne indépendante ou praticien indépendant** : un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui :

- (a) n'est pas un mentor pour l'autre praticienne ou praticien ou responsable de la supervision de son travail;
- (b) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande, ou destinataire, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès de cette personne, autre qu'une compensation courante pour ses services relatifs à la demande; et
- (c) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit lié à l'autre praticienne ou praticien ou à la personne qui fait la demande d'une autre manière qui pourrait avoir une incidence sur son objectivité.

**Prestataire** : le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui évalue si la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité à l'AMM, s'assure que les mesures de sauvegarde procédurales ont été respectées et, le cas échéant, administre l'AMM.

**Référence efficace** : prendre des mesures positives pour s'assurer que la personne qui demande l'AMM est mise en contact en temps opportun avec un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien, un autre professionnel de la santé ou [nom de l'agence, du programme ou du bureau responsable de l'orientation des patients] qui ne s'y oppose pas, qui est disponible et accessible et qui fournit les services de santé (les évaluations d'admissibilité à l'AMM et la prestation de l'AMM) ou met la personne en contact direct avec un professionnel de la santé qui le fait. « En temps opportun » signifie que la personne ne subira pas de préjudice clinique ou de souffrance prolongée en raison d'un délai dans la réalisation de l'établissement du lien. [Note aux utilisateurs : supprimer cette définition si l'autorité réglementaire utilise le libellé du **transfert efficace de soins au lieu du libellé référence efficace**].

<sup>47</sup> 2017 ONSC 3759, par. 79-80. AB c. Canada

<sup>48</sup> <https://www.ctvnews.ca/politics/lametti-sows-uncertainty-over-meaning-of-foreseeable-death-in-assisted-dying-bill-1.4836211>

**Renonciation au consentement final** : une entente par écrit entre la personne (voie 1) qui demande l'AMM et son prestataire, selon lequel le prestataire administrerait des substances pour provoquer son décès après qu'elle a perdu sa capacité de décision.

**Renseignements supplémentaires** : les renseignements supplémentaires sont des renseignements fournis sur une personne par l'équipe traitant, des membres de famille ou des personnes ressources importantes.

**Sécurité culturelle** : un résultat fondé sur une mobilisation respectueuse qui reconnaît et tente de corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents dans le système de soins de santé. Elle crée un environnement sans racisme et sans discrimination, y compris les intersections avec par exemple, le genre dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé.<sup>49</sup>

**Soigner des patients d'une manière sensible aux traumatismes** : intégrer une compréhension des traumatismes et donner la priorité à la sécurité, au choix et au contrôle de l'individu dans la prestation des services. De tels services créent une culture de traitement fondée sur la non-violence, l'apprentissage et la collaboration. L'utilisation d'une approche tenant compte des traumatismes ne nécessite pas nécessairement la divulgation des traumatismes. Les services sont plutôt fournis de manière à reconnaître le besoin de sécurité physique et émotionnelle, ainsi que le choix et le contrôle des décisions concernant le traitement de la personne. L'un des aspects essentiels des services axés sur les traumatismes est la création d'un environnement dans lequel les utilisateurs des services ne subissent pas de nouveau traumatisme et où ils peuvent acquérir des compétences d'adaptation ou d'autorégulation et prendre des décisions concernant leurs besoins en matière de traitement à un rythme qui leur semble sûr.<sup>50</sup>

**Soins virtuels** : englobe tous les moyens par lesquels les prestataires de soins de santé interagissent à distance avec leurs patients en utilisant les technologies de télécommunications et les technologies numériques.

**Témoin indépendant** : personne âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui n'est pas exclue de la possibilité d'agir en tant que témoin de la demande d'AMM d'une personne pour quelque raison que ce soit, y compris les limites énoncées à l'article 241.2 du *Code criminel* ou toute autre exigence législative.

**Transfert efficace des soins** : transfert effectué par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien de bonne foi vers un ou une autre médecin ou une autre infirmière ou infirmier praticien qui est disponible pour accepter le transfert, accessible à la personne demandant l'AMM et disposé à administrer l'AMM à cette personne si les critères d'admissibilité sont respectés. [Note aux utilisateurs : à supprimer cette définition si l'autorité

<sup>49</sup> <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>

<sup>50</sup> [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide\\_May-2018.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide_May-2018.pdf).

réglementaire utilise le libellé de la **référence efficace** au lieu du libellé du transfert efficace des soins].

**Trouble mental** : un trouble mental est une condition telle que décrite dans les schémas normalisés de classification des diagnostics psychiatriques tels que le DSM5-TR.<sup>51</sup> Le *Code criminel* utilise le terme « maladie mentale ». Selon le document de référence législatif fédéral préparé pour le projet de loi C-7, le terme « maladie mentale » ne comprendrait pas les troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux, ou d'autres conditions pouvant avoir une incidence sur les aptitudes cognitives, comme les démences, les troubles du spectre autistique ou les déficiences intellectuelles.<sup>52</sup>

**Voie 1** : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

**Voie 2** : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

---

<sup>51</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

<sup>52</sup> Contexte législatif – Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon* de la Cour supérieure du Québec