



FAQ : L'aide médicale à mourir (AMM)

FAQ générales au sujet des infirmières immatriculées (II) et des infirmières praticiennes (IP)

Quels sont les principaux changements apportés au projet de loi C-7?

Le 17 mars 2021, le Sénat a adopté le projet de loi C-7, qui modifie les exigences relatives à l'AMM en vertu du *Code criminel*. Les principaux changements sont les suivants :

- **Critères d'admissibilité** : Le projet de loi élimine la restriction stipulant que l'AMM doit être offerte uniquement aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. L'AMM est maintenant offerte, peu importe que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou pas.
- **Mesures de sauvegarde** : Le projet de loi prévoit deux séries de mesures de sauvegarde pour protéger les patients et les fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne la nature prévisible du décès :
 - Pour les patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, les mesures de sauvegarde ont été assouplies. Par exemple, les personnes ne sont plus assujetties à une période de réflexion de 10 jours avant de recevoir le service.
 - Il existe de nouvelles mesures de sauvegarde pour les patients dont la mort naturelle n'est *pas* raisonnablement prévisible. L'une de ces mesures consiste à exiger un minimum de 90 jours du début de la première évaluation au jour où l'AMM est fournie.

- **Exemption du consentement final**

Dans certaines circonstances particulières, l'exigence du consentement final au moment de l'intervention d'AMM peut être levée. Lorsqu'un consentement préalable a été donné, l'AMM peut être administrée aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible :

- si l'état des patients a fait l'objet d'une évaluation et d'une approbation,
- s'ils perdent leur capacité de donner leur consentement avant la date à laquelle ils souhaiteraient obtenir l'AMM,
- s'ils ont un accord écrit avec une IP ou un médecin;
- s'ils n'expriment pas de signes de refus par des paroles, des sons ou des gestes et ne résistent pas à l'administration de la substance.



- **Exigences en matière de surveillance et de production de rapports**

Le projet de loi renforce les exigences en matière de production de rapports. Les modifications suivantes ont été apportées aux lois révisées en ce qui concerne la collecte de données :

1. permettre la collecte de données sur toutes les évaluations à la suite de la demande d'une personne pour obtenir l'AMM;
2. modifier le pouvoir réglementaire du ministre de la Santé pour :
 - a. élargir la collecte de données pour inclure la race, l'identité autochtone et le handicap;
 - b. chercher à déterminer la présence d'inégalité ou de désavantage individuels ou systématiques dans le contexte de la prestation d'AMM.

Pour en savoir plus au sujet de ces principaux changements, veuillez vous reporter au [Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#).

Qu'entend-on par « problèmes de santé graves et irrémédiables »?

La loi stipule qu'une personne a des problèmes de santé graves et irrémédiables si elle répond aux critères suivants :

1. Elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables (sauf les cas où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, jusqu'au 17 mars 2023);
2. Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
3. Elle éprouve des souffrances physiques ou psychologiques persistantes « qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables ».

D'autres détails sur l'interprétation de la définition juridique de problèmes de santé graves et irrémédiables se trouvent ici : [Aide médicale à mourir](#).

Qui peut agir à titre de témoin indépendant pour un patient qui demande l'AMM?

Un témoin indépendant âgé d'au moins 18 ans et comprenant la nature de la demande d'AMM peut agir à titre de témoin indépendant, sauf :

- s'il sait ou croit qu'il est un bénéficiaire du testament de la personne qui présente la demande, ou un bénéficiaire de tout autre avantage financier ou autre découlant du décès de cette personne;
- s'il est le propriétaire ou l'exploitant d'un établissement de soins de santé auquel la personne qui présente la demande est traitée ou de tout établissement où réside cette personne;



- s'il est un aidant non rémunéré.

Les II, les IP, les médecins et les autres personnes qui fournissent des soins de santé ou des soins personnels dans le cadre de leurs fonctions principales et qui sont payés pour prodiguer des soins à la personne demandant l'AMM sont autorisés à agir comme témoins indépendants, sauf dans les cas suivants :

- l'IP ou le médecin qui fournira l'AMM à cette personne;
- l'IP ou le médecin qui a donné un avis indiquant qu'une personne répond aux critères d'admissibilité pour recevoir l'AMM.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) recommande aux II et aux IP qui envisagent d'assumer un rôle de témoin indépendant pour un patient de consulter la [Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada](#) avant d'accepter un tel rôle.

Qui peut obtenir le consentement pour l'AMM?

Le consentement pour l'AMM doit être obtenu par l'IP ou le médecin qui autorise la procédure.

FAQ sur la pratique des II

Y a-t-il des restrictions en ce qui concerne la façon dont une II peut aider un patient à s'administrer un médicament pour mettre fin à ses jours?

Les II ne sont pas autorisées à administrer un médicament à des fins d'euthanasie. Si une II aide le patient à s'administrer un médicament qui lui avait été prescrit aux fins de l'AMM, elle doit faire preuve d'une extrême prudence. La décision et l'action de prendre le médicament pour mettre fin à la vie doivent revenir entièrement au patient.

Une II est-elle responsable de confirmer que les exigences juridiques ont été respectées avant de fournir l'AMM?

Les II ne sont pas responsables d'évaluer si un patient répond aux critères d'admissibilité ou de documenter ou d'obtenir le consentement d'un patient ou sa demande écrite d'AMM. L'IP ou le médecin qui prodigue des soins au patient est chargé de s'assurer que la demande écrite du patient répond aux exigences juridiques et de documenter le consentement initial et final du patient avant de fournir l'AMM.

L'II n'a pas besoin de confirmer les détails spécifiques de la façon dont l'évaluation a été réalisée ou documentée. Lorsqu'une IP ou un médecin n'a pas indiqué que tous les critères et mesures de sauvegarde ont été respectés, l'II devrait faire un suivi auprès de l'IP ou du médecin.

Une II peut-elle constater un décès?

Aucun obstacle ne pourrait empêcher légalement une II de constater un décès dans le contexte de l'AMM; cependant, il faut faire une distinction entre [« constater un décès »](#) et [« certifier un](#)



[décès](#) ». Les II devraient consulter les politiques et les procédures de l'employeur en ce qui concerne le constat de décès.

FAQ sur la pratique des IP

Que devrait faire l'IP lorsque la deuxième IP ou le médecin conclut que le patient ne répond pas aux critères d'admissibilité?

Cette deuxième confirmation est une obligation légale. L'AMM ne peut pas être fournie si la deuxième IP ou le médecin conclut que le patient n'est pas admissible. Les patients devraient être préparés à la possibilité que même si vous les considérez comme étant admissibles, l'IP ou le médecin qui donne un deuxième avis puisse ne pas être d'accord. Si la deuxième IP ou le médecin conclut que le client ne répond pas aux critères d'admissibilité, vous devez informer le patient que vous ne pouvez pas aller de l'avant.

Les évaluations de l'admissibilité des patients à l'AMM ou l'assistance des témoins aux demandes d'AMM peuvent-elles se dérouler virtuellement?

Le *Code criminel* ne précise pas si les évaluations de l'admissibilité des patients ou l'assistance des témoins aux demandes d'AMM des patients peuvent avoir lieu virtuellement.

L'AIIINB reconnaît que des outils virtuels peuvent être utilisés pour effectuer les évaluations de l'admissibilité du patient et pour répondre aux demandes de témoin pour une AMM dans les mêmes circonstances que ces outils sont utilisés pour tous les soins de santé — lorsque les IP peuvent répondre à toutes leurs obligations juridiques et professionnelles. L'utilisation d'outils virtuels pour les soins de santé est particulièrement pertinente dans le contexte de la pandémie et cadre avec le [Guide de Santé Canada](#).

Comme pour toute autre utilisation d'outils virtuels en général, les IP doivent déterminer s'il est opportun d'utiliser ces outils virtuels au cas par cas, en s'assurant de pouvoir respecter leurs obligations juridiques et professionnelles. Dans ce contexte, le fait d'effectuer des évaluations de l'admissibilité des patients ou d'assister virtuellement aux demandes d'AMM des patients peut présenter des risques qui doivent être atténués afin d'assurer la conformité avec le *Code criminel* (par exemple, assurer le caractère volontaire) et les obligations professionnelles des IP.

L'AIIINB reconnaît l'importance des outils virtuels pour appuyer l'accès aux soins de santé et atténuer les risques associés à la prestation de soins pendant une pandémie. Notre objectif est de veiller à ce que les IP respectent les exigences du *Code criminel* et que les mesures de sauvegardes qui ont été mises en place pour protéger les patients sont satisfaites dans tous les cas, que ce soit en personne ou virtuellement. Veuillez consulter la [trousse d'outils sur la télépratique infirmière](#) de l'AIIINB pour mieux vous aider à prodiguer des soins virtuels.



Quand l'entente par écrit de renonciation au consentement exprès final sera-t-elle invalidée?

La législation fédérale stipule que l'entente par écrit de renonciation au consentement final exprès pour un patient dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible est invalidée (de façon permanente) si « une personne manifeste, par des mots, des sons ou des gestes, un refus ou une résistance à l'administration de la substance ».

Par conséquent, une IP ou un médecin ne peut administrer l'AMM conformément à une entente par écrit de renonciation au consentement final que s'il ou elle est convaincu(e) que le patient n'a pas manifesté de refus ou de résistance à l'administration. Les mots, sons ou gestes *involontaires* découlant d'une réaction à un toucher ne constituent pas un refus ou une résistance. Le gouvernement fédéral a déclaré que la législation ne fournit pas d'autres directives et que les IP devront utiliser leur jugement professionnel pour déterminer si la réaction du patient indique un refus ou une résistance à l'administration ou s'il s'agit d'une réaction involontaire au toucher.

Pour aider les IP à démontrer leur conformité au *Code criminel* et aux normes et directives professionnelles de l'AIINB, les IP doivent :

- collaborer avec l'ensemble de leur équipe soignante;
- documenter les mots, les sons ou les gestes faits par le patient lorsque l'IP tente de lui administrer l'AMM conformément à une entente par écrit;
- documenter les raisons pour lesquelles l'IP a déterminé que la réaction du patient indiquait ou non un refus ou une résistance à l'administration ou était une réaction involontaire au toucher.

Qu'est-ce que cela signifie d'avoir une « expertise » dans l'affection qui cause les souffrances de la personne? Quel rôle joue « l'expert »?

Une nouvelle mesure de sauvegarde a été mise en place pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible : l'un des deux praticiens qui confirment l'admissibilité de la personne à l'AMM doit avoir une expertise dans l'affection qui cause ses souffrances, ou consulter une IP ou un médecin qui a cette expertise.

Le gouvernement fédéral a précisé que l'expertise du praticien doit porter sur l'affection qui cause les *plus grandes* souffrances à la personne. Il n'est pas nécessaire qu'un praticien ait une désignation ou une certification de spécialité pour être considéré comme un expert dans l'affection de la personne. L'expertise concernant l'affection peut être obtenue par des études et une formation ou par l'expérience (par exemple, en traitant des patients souffrant d'une affection similaire).

Si aucun des deux praticiens n'a d'expertise dans l'affection qui cause les plus grandes souffrances au patient, une consultation avec un troisième praticien est requise. Le gouvernement fédéral a précisé que l'expert n'évaluera pas l'admissibilité de la personne à



l'AMM. Il doit plutôt procéder à une évaluation approfondie de l'état de la personne et des options de traitement, en particulier en ce qui concerne les options visant à réduire les souffrances, et fournir des conseils concernant les services et/ou les options de traitement raisonnables et disponibles qui pourraient soulager les souffrances de la personne. Il peut s'agir de donner des conseils sur la nature ou le stade de l'état de la personne ou sur l'état de déclin de la personne en fonction de sa connaissance de la trajectoire associée à l'affection. Les renseignements fournis par l'expert permettent aux praticiens qui évaluent l'admissibilité de la personne à l'AMM de réaliser une évaluation pleinement éclairée de la personne.

Le gouvernement fédéral a également indiqué que les renseignements relatifs à l'évaluation devront être fournis par l'expert par écrit, afin que les deux praticiens qui évaluent l'admissibilité de la personne à l'AMM aient accès à l'ensemble des renseignements. Pour aider les IP à se conformer au *Code criminel*, les IP doivent examiner attentivement et conserver l'évaluation écrite fournie par le praticien expert dans le dossier médical du patient.

Une IP peut-elle refuser de fournir l'AMM après avoir accepté d'être nommée dans l'entente de renonciation au consentement final?

Oui, une IP peut refuser de fournir l'AMM après avoir accepté d'être nommée dans l'entente de renonciation au consentement final. Il n'y a rien dans la législation fédérale qui oblige une IP ou un médecin à fournir l'AMM.

Quelles sont les obligations redditionnelles des IP relativement aux exigences fédérales en matière de rapports sur l'AMM?

Les IP sont tenues de se conformer aux exigences fédérales en matière de rapports à Santé Canada. Le pouvoir de Santé Canada de recueillir des données relatives à l'AMM à des fins de surveillance relève du [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#). Le projet de loi C-7 autorise l'élargissement des exigences fédérales en matière de collecte de données et de rapports, mais les nouvelles exigences en matière de rapports n'entreront en vigueur qu'une fois que le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, qui décrit les exigences fédérales en matière de rapports sur l'AMM, aura été modifié et sera entré en vigueur.

Le processus de modification du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir du gouvernement fédéral nécessitera des consultations approfondies et devrait prendre jusqu'à deux ans avant que les exigences en matière de production de rapports ne soient mises au point et que le Règlement n'entre en vigueur au printemps 2023. Le gouvernement fédéral a fait savoir que jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau Règlement, il n'y a pas de nouvelles exigences fédérales en ce qui a trait à la production de rapports dans le cadre du régime de déclaration actuel.

Le gouvernement fédéral a informé les personnes qui remplissent les formulaires de rapport fédéraux pour l'AMM qu'il y a actuellement certaines questions qui ne sont plus pertinentes ou qui sont incompatibles avec les modifications apportées par le projet de loi C-7. En attendant que



les modifications requises soient apportées au portail et aux formulaires fédéraux, les IP sont priées de suivre les instructions du [Document d'orientation en matière de production des rapports sur l'aide médicale à mourir - Sommaire](#).

Le contenu du présent document est adapté avec la permission de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le document original est accessible au www.cno.org.

Ressources

[L'aide médicale à mourir](#) (AIIC)

[Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada](#) (AIIC)

[Soins palliatifs et de fin de vie](#) (AIIC)

[Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#) (GC)

[La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir](#) (GC)

[L'aide médicale à mourir](#) (GC)

[L'Aperçu: Les responsabilités des praticiens en matière de production de rapports pour l'aide médicale à mourir Infographie](#) (GC)

[Document d'orientation en matière de production des rapports sur l'aide médicale à mourir - Sommaire](#) (GC)

[Cadre sur les soins palliatifs au Canada](#) (GC)

[Aide médical à mourir: Ce que toute infirmière ou tout infirmier devrait savoir](#) (SPIIC)

[Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM](#) (ACEPA)

[Directive professionnelle pour les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes: L'aide médicale à mourir](#) (AIINB)

Si vous avez d'autres questions au sujet de la participation à l'AMM ou de la prestation d'AMM, veuillez communiquer avec l'AIINB pour parler avec une infirmière-conseil par courriel à aiinb@aiinb.nb.ca ou par téléphone au 1-800-442-4417 ou au 1-506-458-8731.