



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Directive professionnelle pour les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes : L'aide médicale à mourir



Mandat

Réglementer la pratique pour favoriser de soins infirmiers sécuritaires, compétents et éthiques.

© ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK, 2021, modifié en septembre 2021, novembre 2022, janvier 2023

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, y compris par photocopie, enregistrement ou système de stockage ou d'extraction, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.



Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 4 |
| Introduction | 5 |
| Critères d'admissibilité et prestation de l'AMM..... | 6 |
| Directives relatives à la pratique | 6 |
| Directives pour les II..... | 6 |
| Directive 1 : Communication avec le patient et la famille..... | 6 |
| Directive 2 : Pratique fondée sur des connaissances | 7 |
| Directive 3 : Participer à la prestation de l'AMM..... | 7 |
| Directive 4 : Objection de conscience..... | 8 |
| Directive 5 : Témoin indépendant | 8 |
| Directive 6 : Tenue de dossiers..... | 8 |
| Directives pour les IP..... | 9 |
| Directive 1 : Communication avec le patient et la famille..... | 9 |
| Directive 2 : Pratique fondée sur des connaissances | 9 |
| Directive 3 : Prestation de l'AMM..... | 10 |
| Admissibilité du patient. | 10 |
| Capacité. | 10 |
| Consentement éclairé. | 10 |
| Demande écrite d'AMM..... | 10 |
| Témoin indépendant..... | 10 |
| Deuxième avis indépendant écrit..... | 11 |
| Exigences en matière de planification, de collaboration et d'avis..... | 11 |
| Consentement final..... | 11 |
| Tenue de dossiers. | 11 |
| Directive 4 : Objection de conscience..... | 11 |
| Directive 5 : Exigences en matière de production des rapports sur l'AMM..... | 11 |
| Autosoins et soutien du personnel | 12 |
| Ressources sur l'AMM..... | 12 |
| Références..... | 14 |
| Annexe A-Réflexions pour la pratique infirmière : aider une IP ou un médecin à fournir l'AMM..... | 16 |



Remerciements

Des éléments de ce document ont été adaptés du document intitulé *Medical Assistance in Dying: Guidelines for Nurses in Alberta* (2017) du College and Association of Registered Nurses of Alberta, du College of Licensed Practical Nurses of Alberta et du College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta, et du document intitulé *Medical Assistance in Dying: Guidelines for Nurse Practitioners* (2017) du College and Association of Registered Nurses of Alberta.

Dans le présent document, le féminin prévaut pour ne pas nuire à la lecture et en reconnaissance de la réalité majoritairement féminine de la profession, mais est employé sans préjudice et désigne aussi les hommes et les membres des communautés LGBTQ2+.

Les termes en caractères gras sont définis dans le glossaire. Ils apparaissent ainsi à leur première occurrence.



But

Ce document a pour but d'aider les infirmières immatriculées (II) et les infirmières praticiennes (IP) à comprendre leurs responsabilités professionnelles et juridiques en ce qui concerne l'aide médicale à mourir (AMM) au Nouveau-Brunswick. Les conseils fournis dans le présent document reposent sur les [Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées](#), les [Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires](#), le [Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés](#) et les politiques de l'employeur. La loi exige que l'AMM soit fournie avec des connaissances, des soins et des habiletés raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables. Les II et les IP qui ne respectent pas les exigences juridiques peuvent être reconnues coupables d'une infraction criminelle. Par conséquent, il est recommandé à toutes les II et IP de se familiariser avec les exigences de la loi en vigueur concernant l'AMM et de s'assurer de les respecter dans leur pratique.

Introduction

En juin 2016, le Parlement du Canada a adopté une loi qui permet aux Canadiennes et aux Canadiens admissibles de demander une AMM. Le 5 octobre 2020, le projet de loi C-7 : *Loi modifiant le Code criminel (AMM)* a été présenté au Parlement et proposait des modifications à la législation du Canada au sujet de l'AMM. Le 17 mars 2021, des modifications à la législation canadienne sur l'AMM sont entrées en vigueur et sont prises en compte dans le présent document.

Conformément aux lois actuelles, les dispositions du *Code criminel* prévoient une exemption de toute poursuite criminelle pour les IP qui fournissent l'aide médicale à mourir. Elles prévoient également une exemption de toute poursuite criminelle pour les II et autres membres de l'équipe des soins de santé qui aident l'IP ou le médecin à fournir l'aide médicale à mourir. Deux types d'AMM sont autorisés au Canada en vertu du *Code criminel*. Dans les deux cas, il s'agit pour une IP ou un médecin :

1. d'administrer directement une substance qui entraîne le décès, comme l'injection d'un médicament (on parle alors d'AMM par un clinicien); ou
2. de fournir ou de prescrire un médicament que la personne admissible prend elle-même pour entraîner sa propre mort (on parle alors d'autoadministration de l'AMM) (gouvernement du Canada, 2021).

Un examen parlementaire est en cours pour étudier l'admissibilité des mineurs matures, les demandes préalables, les maladies mentales, les soins palliatifs et la protection des Canadiennes et des Canadiens en situation de handicap, puisque les modifications au *Code criminel* n'autorisent pas une demande d'AMM dans ces circonstances.

Il ne faut pas confondre l'AMM avec le **traitement par sédation palliative continue ou l'abstention, l'interruption ou le refus d'un traitement.**



Critères d'admissibilité et prestation de l'AMM

Seuls les IP et les médecins peuvent évaluer l'admissibilité d'une personne à l'AMM et fournir cette aide. Le projet de loi C-7 modifie les critères d'admissibilité, y compris l'élimination du critère de la « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » et exclut les cas où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée (cette exclusion demeurera en vigueur jusqu'au 17 mars 2023). Les mesures de sauvegarde ont également été modifiées par la création d'une approche à deux volets, le premier volet concernant les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, et l'autre visant les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Veuillez consulter le lien du gouvernement du Canada suivant pour prendre connaissance des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde : [Aide médicale à mourir](#).

Directives relatives à la pratique

L'AMM implique d'importantes considérations d'ordre juridique, éthique et professionnelle que les II et les IP doivent comprendre et appliquer. Ces directives offrent des conseils et de l'information aux II et aux IP qui réfléchissent sur la réponse à donner à des questions concernant l'AMM, qui ont des conversations avec des patients au sujet de l'AMM ou qui envisagent d'aider à fournir ou de fournir l'AMM.

Les II et les IP ont la responsabilité d'exercer la profession de manière sécuritaire, compétente et conforme à l'éthique. L'AMM est un choix légal au Canada, et les II et IP doivent prendre acte de leurs propres valeurs et croyances. La réflexion personnelle et le maintien du dialogue avec les autres fournisseurs de soins de santé sont des aspects essentiels de la prestation de soins infirmiers éthiques qui aideront les II et les IP à mettre au point un plan pour encadrer la prestation de l'AMM.

Directives pour les II

Il est essentiel pour les II de comprendre leur champ de pratique à l'égard de l'AMM. Le *Code criminel* permet aux II de participer à la prestation de l'AMM uniquement sous la direction d'une IP ou d'un médecin.

Directive 1 : Communication avec le patient et la famille

De nombreux facteurs complexes peuvent entrer en jeu quand un patient engage une discussion sur l'AMM. L'II doit :

1. consulter la politique de l'employeur pour déterminer comment l'information sur l'AMM doit être fournie;
2. réagir à la demande du patient rapidement et avec compassion et compétence;
3. adresser le patient à quelqu'un qui peut lui fournir des renseignements exacts sur l'AMM si elle n'est pas en mesure de le faire;
4. s'assurer que l'information est objective et exacte avant de la fournir;
5. rester aussi neutre que possible;



6. écouter attentivement les préoccupations, les besoins non comblés et les sentiments du patient et ce qu'il souhaite pour ses soins en faisant preuve d'empathie, de respect et de compassion;
7. continuer à fournir des soins infirmiers sécuritaires et éthiques avec compétence et compassion et rassurer le patient quant à l'importance accordée à ses besoins en matière de soins;
8. s'efforcer d'alléger la douleur et la souffrance par une prise en charge efficace des symptômes et de la douleur, y compris en favorisant le confort et en préconisant le soulagement adéquat de l'inconfort;
9. fournir un soutien psychosocial et diriger le patient vers d'autres mesures de soutien, au besoin;
10. s'assurer que le patient comprend les autres mesures de soutien à sa disposition et qu'il ne choisit pas l'AMM parce qu'il manque de mesures de soutien;
11. consigner les soins fournis et toute demande d'information sur l'AMM dans le dossier du patient, conformément aux politiques de l'employeur et aux [Normes pour la tenue de dossiers de l'AIINB](#).

Directive 2 : Pratique fondée sur des connaissances

L'Il a la responsabilité de comprendre les mesures législatives sur l'AMM, de s'y conformer et de savoir comment elles s'appliquent à sa pratique infirmière, au milieu et à son rôle. L'Il doit s'assurer de consulter les politiques de l'employeur afin de s'informer au sujet de ce qu'elle est autorisée à effectuer et d'avoir la compétence nécessaire pour effectuer les interventions requises (p. ex., donner un enseignement ou installer une ligne intraveineuse). Si l'Il choisit d'aider une IP ou un médecin à fournir l'AMM, elle doit passer en revue et comprendre :

1. les principes des dispositions énoncées dans le *Code criminel*;
2. les mesures législatives ou directives provinciales;
3. les documents de référence de son organisme de réglementation;
4. la politique de l'employeur sur l'AMM fournie en milieu de travail et les politiques, normes, procédures et processus applicables qui sont en place;
5. les conseils professionnels et les conseils juridiques de l'employeur, le cas échéant.

Directive 3 : Participer à la prestation de l'AMM

Le Code criminel permet aux Il de participer à la prestation de l'AMM sous la direction d'une IP ou d'un médecin, sauf l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM ou l'administration d'une substance qui cause la mort. Il pourrait s'agir d'interventions comme l'établissement d'un accès intraveineux, mais pas de l'administration de la substance qui a été prescrite pour causer la mort.

Dans une situation où l'IP ou le médecin a prescrit au patient une substance orale que le patient doit s'administrer pour causer la mort, le patient doit être la personne qui, physiquement, prend la substance. L'Il ne doit pas participer à des activités qui pourraient être perçues comme si elle administrait la substance, par exemple en plaçant la substance dans la bouche du patient ou en introduisant la substance dans la ligne intraveineuse ou en facilitant l'ingestion par le mélange de la substance avec de la nourriture ou un liquide. Il ne revient PAS à l'Il de préparer, de dispenser ou d'administrer la substance qui cause la mort. L'Il :

1. n'administre pas la substance qui cause la mort lors de l'AMM;
2. peut aider l'IP ou le médecin à fournir l'AMM conformément à la loi en effectuant des activités comme éduquer le patient, offrir un soutien et des soins de confort au patient et à la famille, ou



- installer une ligne intraveineuse (toujours consulter les politiques de l'employeur avant d'aider une IP ou un médecin);
3. s'assure de connaître les critères d'admissibilité, les mesures de sauvegarde et les exigences pour s'assurer d'agir de manière appropriée et respectueuse avec un patient qui demande l'AMM;
 4. examine le dossier du patient et la demande écrite signée d'AMM;
 5. examine ou aborde l'évaluation de l'admissibilité et les mesures de sauvegarde avec l'IP ou le médecin.

Si des questions demeurent sans réponse, l'Il doit en aviser immédiatement sa superviseur ou l'équipe de coordination des soins et consigner les prochaines étapes par écrit.

Directive 4 : Objection de conscience

Les modifications au *Code criminel* n'imposent aux Il aucune obligation de participer à la prestation de l'AMM. L'Il n'est pas obligée d'aider l'IP ou le médecin à fournir l'AMM. Une Il à qui on demande de participer à un aspect ou à un autre de la prestation légale de l'AMM et qui choisit de ne pas le faire en raison de ses croyances et valeurs morales personnelles, en raison d'un manque de compétence ou pour d'autres motifs doit immédiatement :

1. assurer au patient qu'il ne sera pas abandonné et que l'Il continuera à lui fournir les soins qui n'ont pas trait aux activités associées à l'AMM;
2. aviser son employeur afin que d'autres arrangements puissent être pris pour les soins du patient.

Directive 5 : Témoin indépendant

Le *Code criminel* requiert qu'une personne fasse une demande d'AMM par écrit. Cette demande doit être signée et datée devant un témoin indépendant. Le rôle du témoin indépendant est de confirmer la signature et la date de la demande présentée par la personne demandant l'AMM et qu'elle comprend ce qu'elle signe. Le témoin indépendant doit avoir au moins 18 ans et comprendre ce que signifie la demande d'AMM. Il peut s'agir d'un professionnel rémunéré ou d'un travailleur de la santé. Toutefois, le témoin indépendant ne peut pas tirer d'avantage du décès de la personne, ne peut pas être le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins et ne peut pas être un soignant non rémunéré. En vertu de la législation actuelle, les Il peuvent agir à titre de témoins indépendants. Cependant, l'AIINB leur recommande de communiquer avec la [Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada](#) avant d'accepter un tel rôle pour leurs patients.

Directive 6 : Tenue de dossiers

L'Il consigne avec précision les conversations et les soins infirmiers fournis qui ont trait à l'AMM en temps opportun et de manière factuelle, complète et confidentielle. L'Il qui aide une IP ou un médecin à fournir l'AMM consigne, conformément aux politiques de l'employeur et aux [Normes pour la tenue de dossiers](#) de l'AIINB, :



1. toute demande d'information sur l'AMM qui lui est adressée et l'information fournie;
2. toutes les interventions infirmières effectuées qui ont trait à l'aide fournie à l'IP ou au médecin avant, durant et après l'AMM;
3. les soins infirmiers fournis conformément aux normes d'exercice de son organisme de réglementation et des politiques et procédures de son employeur.

D'autres considérations relatives à la pratique infirmière doivent être prises en compte par l'II en ce qui concerne l'AMM. Voir l'annexe A pour en savoir plus.

Directives pour les IP

Directive 1 : Communication avec le patient et la famille

Il est essentiel d'appliquer des stratégies de communication telles que l'utilisation de questions ouvertes et d'énoncés non limitatifs. Une demande d'information sur l'AMM peut aussi être un moyen pour le patient d'amorcer une conversation sur des questions liées à la santé ou aux soins et mesures de soutien de fin de vie. Une communication ouverte est un élément crucial de la prise de décisions de fin de vie. De nombreux facteurs complexes peuvent entrer en jeu quand un patient engage une discussion sur l'AMM. L'IP doit :

1. fournir de l'information objective et exacte sur la prestation légitime de l'AMM;
2. donner au patient toute l'information nécessaire pour qu'il puisse faire des choix éclairés relativement à ses soins, y compris le diagnostic, l'évolution naturelle et le pronostic de la maladie, ainsi que les possibilités de traitement et les risques et avantages de ces traitements;
3. avoir des conversations significatives avec le patient qui pose des questions au sujet de l'AMM pour clairement comprendre ses besoins en santé;
4. communiquer de façon prompte et respectueuse avec le patient qui a demandé l'AMM;
5. informer le patient des possibilités de soins de fin de vie.

Directive 2 : Pratique fondée sur des connaissances

L'IP a la responsabilité de comprendre les mesures législatives sur l'AMM, de s'y conformer et de savoir comment elles s'appliquent à sa pratique, au milieu et à son rôle. L'IP qui choisit de fournir l'AMM doit passer en revue et comprendre :

1. les principes des dispositions énoncées dans le *Code criminel*;
2. les mesures législatives ou directives provinciales;
3. les documents de référence de son organisme de réglementation;
4. la position de l'employeur sur l'AMM fournie en milieu de travail et les politiques, normes, procédures et processus applicables qui sont en place;
5. les conseils professionnels et les conseils juridiques de l'employeur, le cas échéant.

L'IP acquiert continuellement et applique de nouvelles connaissances et habiletés qui lui permettent de fournir des services et des soins infirmiers fondés sur des données probantes. L'IP qui participe à l'AMM doit avoir suivi une formation appropriée et acquis la compétence requise pour fournir un diagnostic et un pronostic au patient, évaluer la capacité du patient de prendre des décisions et



posséder les connaissances, la compétence et l'habileté requises pour fournir l'AMM de manière sécuritaire et conforme à l'éthique. L'IP veille à utiliser les ressources et à suivre toute formation exigée qui ont trait à l'AMM.

Directive 3 : Prestation de l'AMM

Le *Code criminel* prévoit pour les IP un champ d'exercice suffisamment large pour leur permettre de fournir tous les aspects de l'AMM (de la détermination que le patient est affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables à l'obtention de son consentement éclairé ainsi qu'à l'administration ou à la prescription de substances mortelles qui causent la mort). En conséquence, les IP sont exemptées de toute responsabilité criminelle si elles fournissent l'AMM en conformité avec les exigences prévues par le *Code criminel* (SPIIC, 2016). L'IP :

Admissibilité du patient.

1. évalue le patient pour s'assurer que tous les critères d'admissibilité sont respectés;
2. s'assure que toutes les mesures de sauvegarde et exigences énoncées dans la loi sont en place;

Capacité.

3. effectue une évaluation de la capacité aux fins de l'AMM, si elle est qualifiée et compétente pour le faire;
4. adresse le patient à un professionnel de la santé qualifié pour obtenir une évaluation de la capacité aux fins de l'AMM si elle-même n'est pas qualifiée pour le faire;

Consentement éclairé.

5. s'assure d'être au courant de toutes les dispositions législatives fédérales et provinciales, des [Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires](#), des [directives professionnelles de l'AINB sur l'aide médicale à mourir](#) et de la [FAQ sur l'AMM](#) et des politiques de l'employeur sur l'AMM;
6. obtient le consentement éclairé à l'AMM auprès du patient qui a demandé cette aide;
7. informe le patient qu'il peut retirer son consentement en tout temps;

Demande écrite d'AMM.

8. obtient une demande écrite signée par un témoin indépendant conformément aux mesures de sauvegarde;

Témoin indépendant.

Le *Code criminel* requiert qu'une personne fasse une demande d'AMM par écrit. Cette demande doit être signée et datée devant un témoin indépendant. Le rôle du témoin indépendant est de confirmer la signature et la date de la demande présentée par la personne demandant l'AMM et qu'elle comprend ce qu'elle signe. Le témoin indépendant doit avoir au moins 18 ans et comprendre ce que signifie la demande d'AMM. Il peut s'agir d'un professionnel rémunéré ou d'un travailleur de la santé. Toutefois, le témoin indépendant ne peut pas tirer d'avantage du décès de la personne, ne peut pas être le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins et ne peut pas être un soignant non rémunéré. Conformément à la législation en vigueur, les IP peuvent agir à titre de témoins indépendants sauf l'IP ou le médecin qui fournira l'AMM



à la personne et l'IP ou le médecin qui a donné son opinion au sujet de l'admissibilité de la personne à l'AMM. L'AIINB recommande aux IP qui envisagent de servir de témoins indépendants pour un patient de consulter la [Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada](#) avant d'accepter un tel rôle.

Deuxième avis indépendant écrit.

9. s'assure qu'il y a un deuxième avis écrit indépendant d'un autre IP ou médecin (consulter la politique de l'employeur avant de donner un deuxième avis indépendant) qui confirme que le patient remplit tous les critères d'admissibilité;

Exigences en matière de planification, de collaboration et d'avis.

10. discute et convient avec le patient d'un plan qui prend en considération les désirs du patient pour ce qui est de déterminer quand, où et comment l'AMM sera fournie;
11. envisage un plan de rechange en cas de complications éventuelles et pour tenir compte du choix qu'a le patient d'annuler sa demande à tout moment, y compris immédiatement avant la prestation de l'AMM;
12. collabore avec le pharmacien qui délivre les médicaments.

Consentement final.

Tout de suite avant que l'AMM soit fournie, le patient doit se faire offrir la possibilité de retirer son consentement et doit affirmer son consentement pour recevoir l'AMM. Une exception à cette exigence peut être consentie dans le cas des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Veuillez consulter le lien suivant du gouvernement du Canada pour obtenir des renseignements importants sur le consentement final : [L'aide médicale à mourir](#).

Tenue de dossiers.

Les IP consignent les soins fournis de manière appropriée, conformément aux exigences en matière de production de rapports établies par les gouvernements fédéral et provincial, les [Normes pour la tenue de dossiers](#) de l'AIINB et les politiques de l'employeur.

Directive 4 : Objection de conscience

Les modifications au *Code criminel* n'imposent aux IP aucune obligation de participer à l'AMM. Les IP qui décident de ne pas participer en raison de leurs croyances et valeurs morales personnelles, en raison d'un manque de compétence ou pour d'autres motifs doivent immédiatement :

1. aviser leur employeur, le cas échéant, afin que d'autres arrangements puissent être pris pour les soins du patient; et/ou
2. assurer au patient qu'il ne sera pas abandonné et que l'IP continuera à lui fournir les soins qui n'ont pas trait aux activités associées à l'AMM.

Directive 5 : Exigences en matière de production des rapports sur l'AMM

De nouvelles directives fédérales en matière de production de rapports sur l'AMM sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Les modifications réglementaires continuent d'appuyer la collecte de



renseignements cohérents et complets sur l'AMM dans l'ensemble du pays en établissant les exigences en matière de production de rapports pour : les professionnels de la santé qui mènent des évaluations préliminaires de l'admissibilité; les médecins et les infirmiers praticiens qui mènent des évaluations de l'admissibilité et qui fournissent l'AMM; et les pharmaciens et les techniciens en pharmacie (en collaboration avec un pharmacien) qui délivrent les substances nécessaires pour la prestation de l'AMM (gouvernement du Canada, 2022). Des informations supplémentaires concernant les nouvelles exigences peuvent être trouvées dans le [Document d'orientation: Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#).

Autosoins et soutien du personnel

Les II et les IP doivent être sensibles à leur propre bien-être affectif, physique et mental. Alors que les patients et leur famille sont, de toute évidence, directement touchés par le choix du patient qui décide de demander l'AMM, les II et les IP peuvent également se sentir touchés. Les II et les IP sont encouragées à demander des conseils et de l'aide auprès des programmes à leur disposition, y compris les programmes de mieux-être de l'employeur et autres sources (CRNNL, 2018).

Ressources sur l'AMM

Voici des ressources concernant l'AMM qui pourraient vous être très utiles dans votre pratique :

[L'aide médicale à mourir](#) (AIC)

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

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

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

[Foire aux questions : Aide médicale à mourir](#) (AIINB)



Glossaire

Abstention, interruption et refus d'un traitement : Le fait de respecter le refus des traitements qui ne sont pas désirés par un patient, qui constituent un fardeau disproportionné ou qui ne sont pas bénéfiques pour le patient, est conforme à l'éthique et admissible légalement. Dans ce contexte, l'abstention ou l'interruption des traitements de maintien en vie ou le risque d'accélérer la mort au moyen de traitements visant à alléger les souffrances et à maîtriser les symptômes sont acceptables sur le plan éthique et ne sont pas considérés comme étant de l'euthanasie. Il n'y a pas de distinction éthique ou juridique entre l'abstention ou l'interruption des traitements, bien que l'interruption des traitements puisse entraîner un plus grand trouble émotionnel chez l'Il et l'IP et d'autres intervenants (Oregon Nurses Association, 1997, tel que cité par l'AIIC, 2017b).

Aide médicale à mourir : a) Le fait pour un médecin ou un infirmier praticien d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort; ou b) le fait pour un médecin ou un infirmier praticien de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort (gouvernement du Canada, 2016).

Capable : Apte à comprendre et à mesurer les conséquences des différentes options, ainsi que de prendre des décisions éclairées quant à ses propres soins et à son traitement (AIIC, 2017a).

Consentement éclairé : Processus qui consiste à donner sa permission ou à faire des choix en matière de soins. La notion est fondée à la fois sur une doctrine juridique et sur un principe éthique prescrivant de respecter le droit d'une personne d'obtenir des renseignements suffisants pour prendre des décisions relatives au traitement et aux soins proposés ou à sa participation à des travaux de recherche. Dans le Code, l'expression prise de décisions éclairées est principalement utilisée pour souligner la notion de choix qui y est attachée (AIIC, 2017a).

Objection de conscience : Situation dans laquelle un membre du personnel infirmier informe son employeur d'un conflit de conscience et de la nécessité qu'il s'abstienne de fournir des soins lorsqu'une pratique ou une procédure est contraire à ses croyances morales (AIIC, 2017a).

Traitement par sédation palliative continue : Désigne la sédation complète, afin que le patient soit incapable de percevoir l'environnement, les sensations ou les pensées, jusqu'à sa mort naturelle de la maladie sous-jacente (AMC, 2017).



Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017a). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/ethique-infirmiere>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017b). *Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir>
- Association médicale canadienne. (2017). *Politique de l'AMC : Aide médicale à mourir*. <https://policybase.cma.ca/fr/permalink/politique13698>
- College and Association of Registered Nurses of Alberta, College of Licensed Practical Nurses of Alberta et College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta. (2017). *Medical Assistance in Dying. Guidelines for Nurses in Alberta*.
- College of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2018). *Nurse Practitioners Providing Medical Assistance in Dying (MAID)*. <https://crnnl.ca/site/uploads/2022/10/medical-assistance-in-dying.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/
- Gouvernement du Canada. (2021). *Aide médicale à mourir*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicales-mourir.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Document d'orientation: Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicales-mourir/orientation-exigences-rapports-reglement-surveillance.html>
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2016). *L'aide médicale à mourir : Ce que toute infirmière ou tout infirmier devrait savoir*. <https://spiic.ca/article/laide-medicales-a-mourir-ce-que-toute-infirmiere-ou-tout-infirmier-devrait-savoir/>





Annexe A-Réflexions pour la pratique infirmière : aider une IP ou un médecin à fournir l'AMM

Même si l'IP est autorisée à fournir des soins infirmiers dans le cadre de l'AMM, elle doit toujours se limiter aux activités pour lesquelles elle est compétente et qui font partie de son domaine d'exercice et des procédures qui sont effectuées. Suivent ci-dessous d'autres considérations sur la pratique infirmière en ce qui concerne l'AMM.

Voie d'administration

- Si la substance doit être administrée par voie intraveineuse, quel est le volume de substance nécessaire? Est-ce qu'une deuxième ligne IV est requise? Quel est le calibre approprié de la sonde IV à utiliser?
- Si la substance est administrée par voie orale, y a-t-il lieu d'installer une intraveineuse comme voie secondaire d'administration?
- Si le patient doit s'administrer la substance, sera-t-il en mesure de prendre la substance par voie orale de façon indépendante?

Mesures de soutien offertes

- De quels renseignements le patient et la famille ont-ils besoin pour les soutenir?
- De quels renseignements l'équipe de soins de santé a-t-elle besoin si elle se fait poser des questions sur l'AMM ou si elle y participe?
- Le patient, la famille et le personnel bénéficient-ils de ce qu'ils considèrent comme des mesures de soutien social, psychologique et spirituel adéquates? S'il y a des conflits qui surgissent, y a-t-il des mesures de soutien en place?
- Est-ce que des membres de la famille ou d'autres personnes seront présents durant la prestation de l'AMM? Quelles mesures de soutien seront nécessaires?
- La famille et le patient ont-ils été informés sur le processus, ce qu'ils pourraient voir et ce qu'ils pourraient ressentir avant, durant et après?
- Des arrangements ont-ils été pris pour la période immédiate après la mort du patient?

Milieu

- Considérer les ressources qui sont disponibles dans les différents milieux où l'AMM peut être fournie (domicile, hôpital, foyer de soins, etc.).
- Considérer la position dans laquelle le patient devrait être pour l'administration de la substance et son confort.

Compétence

- Évaluer ses compétences en matière de soins de fin de vie :
 - évaluation et prise en charge de la douleur, des symptômes physiques et des besoins psychosociaux et spirituels;
 - capacité de voir aux besoins de fin de vie du patient et de sa famille.
- Avoir conscience de ses propres réactions devant la souffrance et la mort et obtenir de l'aide au besoin.
- Rechercher des formations pertinentes pour acquérir une compétence et continuer à apprendre sur les soins de fin de vie.

Adapté du College and Association of Registered Nurses of Alberta, du College of Licensed Practical Nurses of Alberta et du College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta (2017).





165, rue Regent
Fredericton (N.-B.)
E3B 7B4
Canada

Tél. : 506-458-8731
Sans frais : 1-800-442-4417
<http://www.nanb.nb.ca/fr/>