

**CADRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS**
SUR L'AIDE
MÉDICALE À MOURIR
AU CANADA



**ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA** ®

L'AiIC est la voix professionnelle nationale représentant plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens partout au Canada. L'AiIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé sans but lucratif financé par le secteur public du Canada.

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation pour connaître toutes les conditions et les modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2017

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA.

Tél. : 613 237 2133 ou 1 800 361 8404
Télec. : 613 237 3520
Site Web : www.cna-aiic.ca

® L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AiIC en forme de flamme sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

ISBN 978-1-55119-438-7

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	1
Introduction	3
Raison d'être du cadre.....	4
Aperçu du cadre	5
Contexte : Modifications de la loi	6
<i>Carter c. Canada</i>	6
Projet de loi C-14.....	7
Partenaires des soins infirmiers : Gouvernement, organismes de réglementation, employeurs et services d'assurance responsabilité professionnelle.....	8
Énoncé des valeurs et des responsabilités infirmières.....	9
Objection de conscience	12
Plan d'intervention générique pour les IP fournissant l'AMM et les infirmières aidant à fournir l'AMM	14
Étapes du plan d'intervention	14
Étape 1 : Déterminer l'admissibilité à l'AMM	14
Étape 2 : S'assurer que les mesures de sauvegarde sont satisfaites.....	15
Étape 3 : Fournir et aider à fournir l'AMM	16
Étape 4 : Consigner l'information et les exigences en matière de déclaration.....	18
Études de cas.....	20
1. Une communauté éloignée dans laquelle un groupe d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées fournissent des services de santé jour et nuit, et où des visites médicales régulières sont prévues une fois par semaine.....	20
2. Une IP travaillant en soins à domicile fournit des soins de santé primaires en milieu urbain	21
3. Une unité médicale de soins de courte durée en milieu urbain où une équipe multidisciplinaire fournit des soins de santé jour et nuit.....	22
4. Une infirmière auxiliaire autorisée travaillant dans un établissement de soins de longue durée	24
Conclusion	26
Glossaire	27
Définitions pratiques	28

Références	29
Ressources	31
Annexe : <i>Loi médicale sur l'aide médicale à mourir</i>	i

REMERCIEMENTS

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) tient à remercier les membres du groupe de travail de leur dévouement, de leur engagement et de leur contribution qui ont fourni leur savoir-faire pour conseiller l'AICC aux fins de l'élaboration du présent document.

Comité du groupe de travail sur le Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada

Sharan Basran Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers	Lynn Miller College of Registered Nurses of Nova Scotia
Jennifer Berry Représentante des infirmières-conseillères principales	Lynn Power Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador
Elaine Borg Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada	Patty McQuinn Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens
Tim Lenartowych Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	Cheryl Reid-Haughian Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada
Anita Dickson Practical Nurses Canada	Chrissy Rowan Association canadienne des infirmières en médecine familiale
Karen Dunlop Association of Registered Nurses of Manitoba	Donna Stanley-Young Registered Nurses Association of Northwest Territories and Nunavut
Jennifer Fournier Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée	Jan Storch Université de Victoria
Leila Gillis Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada	Dawn Torpe Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Carolyn Hoffman Saskatchewan Registered Nurses' Association	Coby Tschanz Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Pam Mangold College and Association of Registered Nurses of Alberta	Nancy Fletcher Niagara Health
Zak Matieschyn Association of Registered Nurses of British Columbia	Josette Roussel, Diane Clements et Lisa Little Association des infirmières et infirmiers du Canada

RENONCIATION

Le présent document est destiné à des fins de consultation seulement. Il ne vise pas à fournir d'avis juridique ni ne remplace en aucun cas les conseils d'un avocat. Si vous avez des questions ou des préoccupations d'ordre juridique, veuillez consulter les services d'un avocat par l'intermédiaire de votre organisme ou de votre syndicat offrant une assurance responsabilité professionnelle. La participation des membres du groupe de travail ne sous-entend pas leur approbation.

INTRODUCTION

L'approche canadienne en matière de choix de fin de vie a fait l'objet au cours des cinq dernières années d'une réforme sans précédent dans le contexte de l'opinion publique et de l'élaboration de politiques juridiques et sociales. Le changement le plus notable s'avère le jugement de 2015 de la Cour suprême du Canada concernant l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* et l'adoption en juin 2016 du projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. Les modifications de la loi permettent aux personnes admissibles d'obtenir l'aide médicale à mourir (AMM) dans des circonstances précises.

À la suite de ces réformes, le personnel infirmier canadien¹ continuera à jouer un rôle important afin de fournir des soins en fin de vie axés sur la personne qui sont de qualité supérieure et qui comprennent les soins palliatifs et la mort naturelle ou l'AMM. Pour être admissible à l'AMM, une personne doit être informée des moyens de soulager sa douleur, y compris les soins palliatifs². Le personnel infirmier continuera également à interagir avec les personnes à toutes les étapes de leur vie, qu'elles soient en santé, malades, blessées ou handicapées, et de prodiguer des soins dans tout le continuum de milieux de santé multiples. À cet effet, notons la défense des droits des personnes confiées à leurs soins, la communication de l'information, la participation à la prise de décisions, le soutien des personnes prises en charge et de leur famille et la collaboration avec les membres des équipes de soins de santé qui garantissent la prestation des soins et la transmission de l'information nécessaire aux patients.

Dans le cadre de la prestation de tels soins, les infirmières et infirmiers « se consacrent directement aux gens et à leur condition humaine, évaluent la souffrance et la survie tout en les appuyant au fil du processus de fin de vie et de la mort »³. De plus, ils sont les « professionnels de la santé qui parlent le plus aux gens et se font poser le plus de questions, car ce sont les fournisseurs de soins les plus constants auprès des patients à domicile ou à l'hôpital »⁴. Des personnes leur demandent parfois s'il existe un moyen de mettre fin à leurs souffrances et expriment le désir de mourir. Par conséquent, les infirmières ont un point de vue unique et apportent une contribution importante à la

¹ Sauf indication contraire, l'emploi du terme *infirmières* dans le présent cadre comprend toutes les désignations suivantes : infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières psychiatriques autorisées et infirmières praticiennes.

² Consulter l'énoncé de position commun intitulé *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) et du Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens [GI-SPC].

³ (AIIC, ACSP et GI-SPC, 2015, p. 4)

⁴ (AIIC, 2015, p. 3)

prestation de soins de fin de vie, notamment la prestation ou l'assistance à la prestation de l'AMM.

À l'instar des citoyens canadiens, les infirmières entretiennent une diversité d'opinions personnelles au sujet de l'AMM. Selon le *Code criminel*, rien n'oblige une infirmière ou une infirmière praticienne (IP) à intervenir en matière d'AMM⁵.

RAISON D'ÊTRE DU CADRE

Le présent cadre a été conçu en vertu de plusieurs objectifs :

- ▶ sensibiliser les infirmières quant à la modification apportée à la loi fédérale qui autorise maintenant l'AMM dans certains cas et selon la directive réglementaire;
- ▶ guider la réflexion des infirmières quant aux enjeux éthiques qui peuvent se poser dans le cadre de la prestation de soins aux personnes considérant l'AMM dans divers milieux de pratique;
- ▶ renforcer la pratique saine et conforme à la déontologie des soins infirmiers;
- ▶ souligner le rôle des infirmières (p. ex. les IP par rapport aux infirmières autorisées, aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées) dans le cadre de l'AMM et appuyer les infirmières dans leur pratique qui implique leur travail auprès de personnes⁶ qui envisagent de recourir à l'AMM ou qui obtiennent l'AMM et leurs familles ainsi que les équipes interprofessionnelles de soins de santé (en harmonie avec la directive réglementaire dans les provinces ou les territoires pertinents);
- ▶ augmenter la visibilité de la contribution de la profession à la prise de décisions en matière de soins de fin de vie et de soins qui met en cause l'AMM;
- ▶ constituer une ressource à l'appui des organismes de réglementation des soins infirmiers, des infirmières cliniciennes en chef, des administrateurs et des employeurs ainsi que des équipes de soins de santé interprofessionnelles afin d'élaborer des politiques, des lignes directrices, des processus et des services qui utilisent adéquatement les connaissances et les compétences des infirmières en vue de fournir l'AMM ou d'aider à fournir l'AMM;
- ▶ constituer une ressource infirmière aux fins de l'admission dans la pratique et de la formation continue concernant l'AMM.

Le cadre vise à compléter les normes, les lignes directrices, les politiques et les pratiques réglementaires et de l'employeur dans chaque province ou territoire. Les

⁵ Consulter la section sur l'objection de conscience à la page 12.

⁶ Aux fins du présent cadre, le terme *personne* est employé pour désigner les patients, les clients, les résidents, etc.

infirmières doivent consulter leur organisme de réglementation et leur employeur pour obtenir des directives précises.

Le cadre vise à guider l'ensemble du personnel infirmier : les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières praticiennes.

APERÇU DU CADRE

Le cadre se divise en trois parties principales :

1. Énoncé des valeurs et des responsabilités infirmières

- fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique
- promouvoir la santé et le bien-être
- promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
- préserver la dignité
- respecter la vie privée et protéger la confidentialité
- promouvoir la justice
- accepter l'obligation de rendre compte

2. Plan d'intervention générique pour les IP fournissant l'AMM et les infirmières aidant à fournir l'AMM

Étape 1 : Déterminer l'admissibilité à l'AMM

Étape 2 : S'assurer de satisfaire à toutes les mesures de sauvegarde

Étape 3 : Fournir et aider à fournir l'AMM

Étape 4 : Consigner l'information et les exigences en matière de déclaration

3. Études de cas

- Quatre cas mettent en application les valeurs et les responsabilités et proposent d'autres points de réflexion aux infirmières

CONTEXTE : MODIFICATIONS DE LA LOI

Au Canada, on a entendu « les exhortations à la clarté et à la modification de la loi [...] afin que le choix de déterminer le moment de la mort soit offert ». Pour bon nombre de personnes, le choix est « un élément crucial d'une mort dans la dignité, surtout depuis qu'il est possible, grâce aux progrès de la médecine, de prolonger la vie malgré une incapacité grave ou une souffrance non soulagée »⁷.

CARTER C. CANADA

Le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada a rendu une décision unanime dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*⁸. La Cour a décidé que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel* violaient l'article 7 de la *Charte des droits et libertés* dans la mesure où ils empêchaient les deux demandresses (Kay Carter et Gloria Taylor), et les personnes se trouvant dans des situations similaires, d'obtenir l'aide légale d'un médecin au suicide. La Cour a ensuite imposé les conditions suivantes qui rendraient une personne admissible à l'« aide d'un médecin pour mourir » :

L'alinéa 241b) et l'art. 14 du *Code criminel* portent atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la *Charte* et sont inopérants dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition⁹.

En d'autres termes, la décision de la Cour suprême a modifié la loi permettant l'AMM dans des circonstances particulières. Toute réponse législative des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doit se conformer à l'analyse de l'article 7 de la *Charte* telle qu'elle est décrite dans l'affaire *Carter c. Canada*.

La Cour reconnaît également que le Parlement a eu la tâche difficile d'élaborer un cadre législatif qui équilibre des intérêts sociaux concurrents entre les personnes qui se définissent (ou sont définies) comme vulnérables et celles qui veulent obtenir l'AMM. Elle a ainsi suspendu la prise d'effet de son jugement durant un an afin de permettre au gouvernement fédéral de prendre une décision concernant les modifications législatives. Le gouvernement a ensuite obtenu une prolongation de quatre mois de la Cour, soit jusqu'au 6 juin 2016.

⁷ (AICC, 2015 p. 5)

⁸ Pour obtenir d'autres détails sur la décision, consulter Martha Butler et Marlisa Tiedemann, *Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir* (Bibliothèque du Parlement, 2015 [Publication n° 2015-47-f]).

⁹ (*Carter c. Canada (Procureur général)*, par. 147)

PROJET DE LOI C-14

En vue d'un nouveau cadre législatif, la Chambre des communes et le Sénat ont formé un comité mixte spécial sur la question en janvier 2016. Au cours des présentations, le comité « a entendu de nombreux témoignages en faveur d'un cadre axé sur les personnes et faisant l'objet d'une collaboration qui empêcherait « l'adoption de critères d'admissibilité et de processus considérablement différents d'une province ou d'un territoire à l'autre »¹⁰. Dans son rapport final, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, le Comité a recommandé que « l'aide médicale à mourir » remplace « l'aide d'un médecin pour mourir », que le *Code criminel* permette que l'AMM soit supervisée par des médecins et des IP et que les professionnels de la santé qui leur apportent du soutien soient protégés¹¹. Le 14 avril, après l'examen du rapport (entre autres documents) par les membres du Cabinet et les ministres de la Justice et de la Santé, le gouvernement a déposé le projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. La sanction royale du projet de loi du 17 juin (maintenant connue comme L.C. 2016, ch. 3) permet aux personnes admissibles d'obtenir l'AMM au Canada et offre des mesures de sauvegarde aux populations vulnérables. La loi a également prévu des mesures de sauvegarde et des protections pour les professionnels de la santé qui fournissent l'AMM, conformément à la loi, et pour les personnes qui leur viennent en aide.

Au sens de la loi, l'AMM est définie ainsi :

- 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;
- 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 mort¹².

La loi modifie le *Code criminel*, notamment, dans le but

- a) de créer des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable, d'aide au suicide et d'administration d'une substance délétère, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir l'aide médicale à mourir et aux pharmaciens ainsi qu'à d'autres personnes de leur porter assistance à cette occasion;
- b) de préciser les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde à respecter préalablement à la prestation de l'aide médicale à mourir;

¹⁰ (Canada. Parlement, 2016, p. 2-3)

¹¹ Ibid., p. 9.

¹² (L.C. 2016, ch. 3, al. 241.1(1)a)b))

c) d'exiger des médecins et des infirmiers praticiens qui reçoivent des demandes d'aide médicale à mourir ainsi que des pharmaciens qui délivrent des substances dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir qu'ils communiquent les renseignements nécessaires à la surveillance de l'aide médicale à mourir et d'autoriser le ministre de la Santé à prendre des règlements relatifs à ces renseignements;

d) de créer de nouvelles infractions relatives au non-respect des mesures de sauvegarde, à la falsification ou à la destruction de documents relatifs à l'aide médicale à mourir, à l'omission de fournir les renseignements exigés ou à la contravention des règlements¹³.

Se partageant la responsabilité des soins de santé, les provinces et territoires pourraient décider d'élaborer une autre loi ou d'autres politiques qui clarifieraient les règles touchant la prestation de l'AMM. Dans ce cas, tout professionnel de la santé intervenant dans l'AMM devrait se conformer à ces ajouts puisque, selon la loi sur l'AMM, « l'aide médicale à mourir est fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables »¹⁴.

PARTENAIRES DES SOINS INFIRMIERS : GOUVERNEMENT, ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION, EMPLOYEURS ET SERVICES D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Au cours de l'élaboration du présent document, les membres du groupe de travail ont tenu compte des différents rôles des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des organismes de réglementation des soins infirmiers, des employeurs et des services d'assurance responsabilité professionnelle, lesquels travaillent de concert dans le but de concevoir un cadre législatif et réglementaire harmonisé, efficace et équitable sur l'AMM au Canada.

Les organismes de réglementation des soins infirmiers du pays ont le mandat juridique de protéger le public en s'assurant que les infirmières qui exercent sont qualifiées et prodiguent des soins sûrs, compétents et conformes à l'éthique. Ces organismes ont la responsabilité de définir les normes et les lignes directrices professionnelles concernant les champs d'exercice établis pour les infirmières en vertu de la législation provinciale ou territoriale.

Lorsque les organismes de réglementation en soins infirmiers provinciaux et territoriaux évaluent les répercussions de la législation en matière d'AMM sur la réglementation de la pratique infirmière, ils fournissent de l'orientation à leurs membres. Les infirmières

¹³ (L.C. 2016, ch. 3, p. ii) Consulter l'annexe pour obtenir les révisions complètes du *Code criminel*.

¹⁴ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(1)(7))

doivent consulter leur organisme de réglementation pour obtenir de l'orientation, les compétences, les politiques ou les normes relatives à la prestation de l'AMM. Les infirmières sont responsables de pratiquer en conformité avec toute loi pertinente, en plus des normes, des lignes directrices, des conditions ou des règles professionnelles précises qui sont définies par leur organisme de réglementation.

Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux des infirmières, des médecins et des pharmaciens collaborent avec les gouvernements, les employeurs et d'autres parties intéressées pour élaborer des normes, des lignes directrices et des protocoles cohérents à l'appui des professionnels de la santé.

Dans ce cadre réglementaire et législatif, les employeurs joueront également un rôle clé dans :

- ▶ la définition du fonctionnement de l'AMM sur le plan organisationnel;
- ▶ la définition du rôle des différents professionnels de la santé au sein d'équipes de soins interdisciplinaires;
- ▶ la prestation de la formation adéquate en consultation avec les organismes de réglementation;
- ▶ l'élaboration de politiques et de procédures claires et réalisables qui soutiennent les infirmières dans leur milieu de travail.

Les employeurs doivent également élaborer des processus permettant aux infirmières de communiquer une objection de conscience en lien avec l'AMM.

Les services d'assurance responsabilité professionnelle qu'offrent plusieurs organismes et syndicats au Canada ont créé des ressources juridiques particulières à l'AMM à l'intention de leurs membres. Les infirmières et les IP devraient solliciter des conseils juridiques auprès de leur organisme ou de leur syndicat offrant une assurance responsabilité professionnelle.

ÉNONCÉ DES VALEURS ET DES RESPONSABILITÉS INFIRMIÈRES

En vue d'orienter la pratique infirmière, le cadre présente sept valeurs et responsabilités de base, qui doivent aussi servir d'analyse préalable à toute orientation et prise de décisions éthiques en matière d'AMM. Les valeurs et les responsabilités se trouvent dans les trois codes de déontologie¹⁵, bien que certaines aient été adaptées aux soins infirmiers à partir d'autres documents traitant de l'AMM¹⁶.

¹⁵ (AIC, 2008; Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires, 2013; Registered Psychiatric Nurses of Canada, 2010)

¹⁶ (Collège des médecins de famille du Canada, 2015; Incardona, Bean, Reel et Wagner, 2016; Oregon Nurses Association, 1997)

A. Fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique

- i. Les infirmières doivent connaître la loi et ses répercussions sur leur pratique professionnelle.
- ii. Les infirmières se conforment aux rôles et aux responsabilités de leur organisme de réglementation provincial ou territorial, lequel exerce une surveillance législative et réglementaire sur la prestation de soins infirmiers sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.
- iii. Les infirmières aident à fournir l'AMM avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables.

B. Promouvoir la santé et le bien-être

- i. Les infirmières soutiennent les personnes afin de les aider à atteindre le meilleur état de santé possible de manières qui sont significatives et acceptables pour ces personnes.
- ii. Les infirmières visent l'excellence en matière de choix liés aux soins de fin de vie, y compris les soins palliatifs et la mort naturelle ou l'AMM.

C. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées

- i. Les infirmières reconnaissent, respectent et privilégient le droit des personnes capables d'être informées et de prendre des décisions au sujet de leur propre santé et de faire des choix en matière de soins de fin de vie, notamment l'AMM.
- ii. Les infirmières respectent les volontés des personnes capables qui demandent de l'information au sujet de l'AMM.
- iii. Les infirmières n'imposent pas leur propre point de vue et leurs valeurs aux autres ni n'utilisent leur position pour influencer, juger ou exercer de la discrimination envers d'autres qui ne partagent pas les mêmes valeurs.
- iv. Les infirmières soutiennent le droit d'une personne capable de retirer sa demande d'AMM en tout temps.

D. Préserver la dignité

- i. Les infirmières travaillent de concert avec la personne qui s'informe au sujet de l'AMM ou qui en fait la demande et avec les membres de sa famille, les groupes et les collectivités, conformément au consentement de la personne ainsi qu'à ses valeurs, ses croyances et sa décision.
- ii. Les infirmières cherchent à prévenir ou à éliminer la discrimination à l'égard de toutes les personnes en cause, soit les patients, les membres de leur

famille et le personnel des soins de santé, dans les décisions liées aux soins de fin de vie et la prestation de soins de fin de vie, y compris l'AMM.

- iii. Les infirmières écoutent activement les préoccupations, les expériences et les demandes d'information des personnes afin de clarifier leurs objectifs en matière de soins, leurs besoins éducatifs, les modifications liées aux soins et l'accès aux ressources.
- iv. Les infirmières favorisent le confort et appuient une mort digne.
- v. Les infirmières offrent du soutien à la famille pendant et après le décès.
- vi. Les infirmières font preuve de respect les unes envers les autres, ainsi qu'envers tous les membres de l'équipe de soins de santé, qu'elles décident ou non de fournir ou d'aider à fournir l'AMM.

E. Respecter la vie privée et protéger la confidentialité

- i. Les infirmières respectent la vie privée des personnes qui s'informent au sujet de l'AMM ou qui en font la demande et protègent la confidentialité de renseignements délicats concernant le diagnostic et la cause du décès.
- ii. Les infirmières se conforment à la loi, aux normes de réglementation professionnelles et aux politiques de l'employeur en vigueur relativement à l'AMM, notamment les mesures de sécurité des technologies de l'information qui protègent et préservent la vie privée d'une personne, ainsi que celle de sa famille et des professionnels de la santé en cause.

F. Promouvoir la justice

- i. Les infirmières contribuent à l'élaboration de processus et de pratiques qui permettent aux personnes d'accéder à de l'information sur l'AMM et d'en faire la demande.
- ii. Les infirmières s'abstiennent de critiquer, d'étiqueter, de rabaisser, de stigmatiser ou d'humilier les personnes qui demandent l'AMM ou qui la fournissent ou aident à la fournir (comme leurs propres collègues), peu importe si elles ont une objection de conscience face à l'AMM.
- iii. Lorsqu'une personne fait une demande d'AMM, les infirmières prennent des décisions justes concernant la répartition des ressources relevant de leur contrôle en fonction des besoins de la personne.
- iv. Les infirmières recherchent les ressources suffisantes qui permettront aux personnes d'avoir accès à des soins palliatifs et à l'AMM.

G. Accepter l'obligation de rendre compte

- i. Les infirmières pratiquent selon leur code de déontologie, en conformité avec la loi, la réglementation, les normes professionnelles et les lignes

- directrices relatives à l'AMM dans la province ou le territoire où elles pratiquent.
- ii. Les infirmières contribuent à l'élaboration et à l'évaluation des politiques, des lignes directrices et des processus relatifs à l'AMM.
 - iii. Les infirmières qui prévoient une objection de conscience concernant l'AMM doivent en aviser leur employeur afin que d'autres dispositions soient prises avant les demandes de soins.
 - iv. Les infirmières qui reconnaissent une objection de conscience liée à la prestation de l'AMM doivent en informer leur employeur ou leur organisation (que ce soit en conformité avec les politiques de cette organisation ou les lignes directrices de l'organisme de réglementation des soins infirmiers) et continuer à prodiguer des soins sûrs, compatissants, compétents et conformes à l'éthique qui ne concernent pas l'AMM.
 - v. Si l'AMM a des effets psychosociaux qui influencent la capacité des infirmières à pratiquer de manière sûre et compétente, elles doivent consulter leur employeur à cet effet, prendre des mesures pour limiter les répercussions et obtenir le soutien nécessaire.

OBJECTION DE CONSCIENCE

Aucune disposition dans le *Code criminel* n'oblige les infirmières à aider à fournir l'AMM. Les croyances et les valeurs d'une infirmière peuvent diverger de celles des personnes auxquelles elles prodiguent des soins. Lorsque les infirmières prévoient une objection de conscience à l'égard de l'AMM, elles doivent en aviser leur employeur sans tarder ou, dans le cas d'infirmières indépendantes, en informer les personnes sollicitant l'AMM qu'elles ne peuvent pas fournir ce service et qu'une autre disposition peut être prise. Les IP qui ne fournissent pas de manière individuelle l'AMM ont parfois le devoir professionnel selon les normes professionnelles en vigueur dans leur province ou territoire d'orienter une personne sollicitant l'AMM vers une autre IP ou un médecin qui fournit ce service.

Les infirmières qui ont une objection de conscience doivent prendre toutes les mesures raisonnables afin de maintenir la qualité et la continuité des soins pour les clients. Lorsque l'AMM est proposée ou demandée de façon inattendue sans qu'il n'y ait d'entente établie concernant d'autres fournisseurs de soins, les infirmières doivent en informer les personnes qui sont le plus directement visées par leur objection de conscience. Elles doivent également veiller au transfert des soins de manière sûre, continue et respectueuse vers un autre fournisseur de soins qui répond aux besoins uniques du client.

PLAN D'INTERVENTION GÉNÉRIQUE POUR LES IP FOURNISSANT L'AMM ET LES INFIRMIÈRES AIDANT À FOURNIR L'AMM

Le plan d'intervention générique décrit l'ensemble du processus au cours duquel une personne adulte capable passe de l'obtention d'information à la demande d'AMM ainsi que le rôle des infirmières et des IP. Ce plan comporte quatre étapes¹⁷, qui sont continues et interreliées. Puisque l'on distingue les IP en raison de leurs rôles distincts dans le contexte de l'AMM, le terme *infirmières* dans cette section englobera ainsi les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Ces infirmières n'assument pas toutes les tâches énumérées, car leurs rôles varient en fonction de leurs compétences et de leur champ d'exercice distincts.

Les infirmières et les IP doivent savoir que leur gouvernement, leur organisme de réglementation des soins infirmiers ou leur employeur provincial ou territorial peut définir des modèles de service, des plans d'intervention précis, des politiques et des pratiques aux fins de l'AMM. Les employeurs joueront également un rôle clé afin d'établir le processus relatif à l'AMM, de définir les rôles des divers professionnels de la santé au sein d'équipes interdisciplinaires, de veiller à la formation qui s'impose (en consultation avec les organismes de réglementation) et de fournir des politiques et des procédures claires et réalisables qui appuieront la pratique quotidienne des infirmières¹⁸. En outre, les infirmières et les IP devraient avoir recours à leurs services d'assurance responsabilité professionnelle aux fins de consultation juridique.

Le plan d'intervention contenu dans le présent cadre, qui doit servir conjointement avec les plans des organismes de réglementation des soins infirmiers et des employeurs, ne se veut pas normatif. Il vise à orienter les infirmières et les IP qui doivent composer avec l'AMM dans leur pratique.

Les infirmières et les IP ne sont pas tenues légalement de fournir ou d'aider à fournir l'AMM¹⁹.

Afin de bien comprendre le plan d'intervention, les infirmières et les IP devraient se familiariser avec les modifications apportées au *Code criminel* concernant l'AMM, notamment les suivantes :

- Les différents rôles des médecins et des IP par rapport aux rôles des personnes qui les assistent, telles que les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées;

¹⁷ Ces étapes sont conformes à la loi fédérale sur l'AMM.

¹⁸ Les employeurs doivent également inclure des processus qui permettent aux infirmières d'avoir le choix de fournir ou non l'AMM.

¹⁹ Consulter la section sur l'objection de conscience à la p. 12.

- ▶ Les exigences liées à l'admissibilité à l'AMM;
- ▶ L'indépendance du médecin ou de l'IP;
- ▶ Le consentement éclairé;
- ▶ Les conditions qui doivent être remplies au moment de l'administration;
- ▶ Les exigences en matière de déclaration;
- ▶ L'AMM doit être fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnable et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables.

ÉTAPES DU PLAN D'INTERVENTION

Étape 1 : Déterminer l'admissibilité à l'AMM

Seuls les IP ou les médecins qui sont dûment autorisés dans leur province ou territoire à fournir l'AMM sont responsables de déterminer l'admissibilité d'une personne²⁰. Pour être admissible à l'AMM, la loi stipule qu'une personne doit remplir tous les critères suivants :

- a) elle est admissible [...] à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs²¹.

Au sens de la loi, une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

- a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

²⁰ Les infirmières qui aident à fournir l'AMM en tant que membres de l'équipe de soins de santé n'ont pas l'autorisation de déterminer l'admissibilité, car ce rôle relève de l'IP ou du médecin qui fournit l'AMM.

²¹ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(1))

c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie²².

Les infirmières qui aident à fournir l'AMM en tant que membres de l'équipe de soins de santé n'ont pas l'autorisation de déterminer l'admissibilité d'une personne, car ce rôle appartient à l'IP ou au médecin qui fournit l'AMM. Dans le cadre de leur rôle lié à l'AMM, les infirmières devraient discuter de la demande d'AMM d'une personne avec d'autres membres de l'équipe et examiner au préalable le dossier médical de la personne et sa demande écrite d'AMM. Les infirmières doivent également se conformer à toute politique et pratique en vigueur de l'employeur ou de l'organisme concernant leur rôle en lien avec l'AMM.

Les infirmières et les IP qui interviennent dans l'AMM peuvent en toute légalité fournir à une personne des renseignements sur la prestation légitime de l'AMM, lorsqu'une telle demande est déposée par une personne confiée à leurs soins. Par ailleurs, les infirmières et les IP *ne doivent ni encourager ni recommander* l'AMM, car il est jugé criminel de conseiller à une personne de se suicider. Les infirmières et les IP sont également tenues de se conformer aux politiques de l'employeur concernant l'AMM.

Au sein d'organisations fournissant l'AMM, les infirmières et les IP doivent savoir que les politiques de l'employeur concernant leur rôle doivent respecter la loi. Elles devraient adresser leurs questions à leur employeur.

Étape 2 : S'assurer que les mesures de sauvegarde sont satisfaites

Avant de fournir l'aide médicale à mourir, la loi prévoit que l'IP ou le médecin doit :

a) être d'avis que la personne qui a fait la demande d'aide médicale à mourir remplit tous les critères [d'admissibilité] prévus au paragraphe (1)²³;

b) s'assurer que la demande :

(i) a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers visé au paragraphe (4)²⁴,

(ii) a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;

²² (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(2))

²³ Voir L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(1) de l'annexe.

²⁴ Voir L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(4) de l'annexe.

c) être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers visé au paragraphe (4) devant deux témoins indépendants²⁵, qui l'ont datée et signée à leur tour;

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

e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu;

f) être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien visé à l'alinéa e) sont indépendants²⁶;

g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien visé à l'alinéa e) jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;

h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir;

i) si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision²⁷.

Une IP indépendante ou un médecin peut fournir une deuxième opinion concernant l'admissibilité d'une personne à recevoir l'AMM, en autant qu'elle satisfasse aux critères énoncés dans le *Code criminel*.

Étape 3 : Fournir et aider à fournir l'AMM

En ce qui concerne les personnes ayant fait une demande d'AMM et remplissant tous les critères d'admissibilité, la loi permet aux IP ou aux médecins :

- ▶ d'administrer un médicament à une personne, à la demande de celle-ci, qui entraînera sa mort;
- ▶ de prescrire ou fournir un médicament à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

²⁵ Voir L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(5) de l'annexe.

²⁶ Voir L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(6) de l'annexe.

²⁷ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(3))

Les IP doivent vérifier que l'AMM peut être fournie en milieu de travail et, si c'est le cas, revoir toutes lois, politiques, lignes directrices, procédures et tous processus qui s'appliquent à titre d'orientation.

Dans certains cas, il peut être inadéquat qu'une IP fournisse l'AMM. Par exemple, une IP peut ne pas posséder les compétences nécessaires pour fournir l'AMM ou offrir ce type d'aide ne fait pas partie de son champ d'exercice provincial ou territorial. Les IP doivent s'assurer que l'administration ou la prescription d'une substance causant la mort d'une personne, etc., fait partie de leur champ d'exercice et qu'elles possèdent les connaissances, les compétences et le jugement requis pour assumer leurs responsabilités dans le cadre de la prestation de l'AMM. Toutes les IP doivent s'en informer au préalable auprès de leur organisme de réglementation.

La loi exige que « le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, prescrit ou obtient une substance à cette fin doit, avant que la substance ne soit délivrée, informer le pharmacien qui la délivre qu'elle est destinée à cette fin »²⁸.

Les infirmières qui choisissent d'aider à fournir l'AMM doivent consulter les politiques de leur organisme de réglementation et de leur employeur.

En aucun cas, les infirmières n'ont le droit d'administrer un médicament causant la mort d'une personne, même si l'IP qui fournit les soins, le médecin ou la personne en fait la demande. Mais, les infirmières peuvent offrir leur aide à l'IP ou au médecin fournissant les soins, lorsque les mesures de sauvegarde susmentionnées sont satisfaites, dans les interventions suivantes :

- ▶ l'insertion « d'une ligne intraveineuse qui servira plus tard à l'IP ou au praticien pour administrer le médicament;
- ▶ l'acte de présence durant l'administration du médicament afin d'offrir des interventions holistiques qui répondent aux besoins de la [personne] et de sa famille au cours du processus de la mort;
- ▶ la remise du médicament oral à une personne qui veut se l'administrer soi-même, en autant que [celle-ci] demande explicitement de l'aide [à l'infirmière]. Dans ce cas, [les infirmières] ne doivent pas participer à l'administration du médicament, comme en plaçant le médicament oral dans la bouche [de la personne] ou en introduisant le médicament dans la ligne intraveineuse [de la personne] » [traduction]²⁹ ou la modification du médicament pour en faciliter l'ingestion, comme en le mélangeant avec des aliments ou du liquide.

²⁸ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(8))

²⁹ (College of Registered Nurses of Nova Scotia et College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia, 2016, p. 3)

Avant d'aider à fournir l'AMM, l'infirmière doit s'assurer que les conditions juridiques en lien avec l'AMM sont remplies en :

- ▶ réexaminant le dossier médical pour déterminer si la documentation indique clairement que toutes les exigences sont satisfaites (cela peut prendre la forme d'un document normalisé, qui est rempli par l'IP ou le médecin);
- ▶ s'informant directement auprès de l'IP ou du médecin qui fournit l'AMM;
- ▶ intervenant auprès de la personne à titre de membre d'une équipe interprofessionnelle d'AMM.

Étape 4 : Consigner l'information et les exigences en matière de déclaration

Une IP ou un médecin qui fournit l'AMM doit remplir toute documentation requise par la loi fédérale, provinciale et territoriale et par les politiques provinciales et territoriales de l'employeur et de l'organisation. Ce processus comporte la consignation rigoureuse au dossier des soins prodigués avant, pendant et après l'AMM. Dans les provinces et les territoires où les IP ne peuvent pas signer le certificat de décès, des dispositions appropriées doivent être prises en vue d'augmenter l'efficacité et de réduire le stress éventuel pour la famille et les retards inutiles.

L'IP ou le médecin doit tenir à jour, dans le dossier médical de la personne, tous les documents précisés aux articles pertinents du *Code criminel* en vue de la prestation de l'AMM, notamment :

- ▶ la demande écrite d'AMM;
- ▶ l'opinion écrite d'un autre médecin ou IP confirmant que la personne remplit tous les critères;
- ▶ toute autre documentation pertinente nécessaire selon la réglementation.

Une infirmière qui aide une IP ou un médecin à soigner une personne obtenant l'AMM doit consigner méticuleusement, dans le dossier médical de la personne :

- ▶ toute demande d'information sur l'AMM à l'intention de l'infirmière et l'information fournie;
- ▶ toute demande d'AMM à l'intention de l'infirmière et l'intervention prise;
- ▶ avant de fournir son assistance à l'AMM, l'infirmière doit vérifier que toutes les conditions juridiques en vue de l'AMM sont remplies (en plus des étapes entreprises pour y parvenir) en :
 - réexaminant le dossier médical afin de déterminer si la documentation stipule clairement que toutes les exigences sont remplies (que ce soit sous forme de document normalisé, rempli par l'IP ou le médecin);
 - s'informant directement auprès de l'IP ou du médecin fournissant l'AMM;

- intervenant auprès de la personne à titre de membre d'une équipe interprofessionnelle d'AMM.
- ▶ que la prestation de l'AMM a été faite sous la direction et la supervision de l'IP ou du médecin responsable.

En aucun cas, l'infirmière ne peut obtenir le consentement éclairé d'une personne sollicitant l'AMM à toute étape du processus. L'infirmière ne doit pas consigner les soins fournis par un autre membre de l'équipe de soins. Le consentement doit être obtenu par l'IP ou le médecin et être consigné par la personne qui a obtenu le consentement de la manière indiquée par la loi. Aucune responsabilité spécifiquement attribuée à une IP ou à un médecin par la loi sur l'AMM, telles que l'obtention du consentement et l'administration de médicaments, ne peut être déléguée à une infirmière.

Le *Code criminel* impose plusieurs garanties procédurales, y compris l'exigence que la demande d'AMM d'une personne soit déposée par écrit en présence de deux témoins indépendants, qui doivent également signer la demande. Les infirmières peuvent être des témoins indépendants et signer la demande d'AMM d'une personne. Elles doivent alors s'assurer de remplir tous les critères énoncés dans le *Code criminel* au sujet des témoins indépendants³⁰. Les infirmières doivent aussi se conformer aux politiques de leur organisme de réglementation des soins infirmiers et de leur employeur lorsqu'il est question d'agir comme témoin.

Lorsqu'une personne sollicitant l'AMM est incapable de signer sa demande, « un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir 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 directives³¹. » Les infirmières peuvent également devoir assumer ce rôle et devront consulter les politiques et les pratiques de leur employeur et de leur organisme de réglementation des soins infirmiers.

À la suite de l'étape 4, la pratique exigerait normalement que l'infirmière ou l'IP offre du soutien à la famille de la personne obtenant l'AMM au moyen des soins aux personnes endeuillées. En ce qui a trait à l'équipe interprofessionnelle participant à l'AMM, il peut aussi s'avérer utile pour les membres de s'appuyer les uns les autres (comme organiser une séance de verbalisation), qui peut permettre aussi d'améliorer la qualité. Les employeurs devraient fournir du soutien et des ressources à l'équipe à cette fin.

³⁰ Voir L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(5).

³¹ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.2(4))

ÉTUDES DE CAS

Les quatre études de cas présentées ci-dessous utilisent les valeurs et les responsabilités infirmières déontologiques dans divers milieux de pratique et se conforment au plan d'intervention en matière de prestation de l'AMM. Elles offrent un point de vue pratique afin d'orienter les infirmières et les IP dans la prestation de soins convenant le mieux. Nous distinguerons encore une fois les IP, en raison de leur rôle distinct dans le contexte de l'AMM. Les *infirmières* engloberont ainsi les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées.

1. Une communauté éloignée dans laquelle un groupe d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées fournissent des services de santé jour et nuit, et où des visites médicales régulières sont prévues une fois par semaine

M^{me} S. est une personne âgée atteinte d'un cancer du poumon de stade IV qui est principalement confinée chez elle avec un emphysème dépendant de l'oxygène. Elle revient tout juste à la maison après avoir terminé deux mois de chimiothérapie dans un centre de santé situé à 400 kilomètres, traitement qui a été intolérable selon elle. Vous êtes une infirmière autorisée. Lors de votre visite chez elle, elle vous annonce qu'elle ne poursuivra pas les traitements et qu'elle envisage de recourir à l'AMM à domicile, alors qu'elle peut encore décider. M^{me} S. dit s'être intéressée à l'AMM après avoir suivi des reportages médiatiques sur le sujet. Ses deux enfants adultes sont en désaccord avec sa décision. M^{me} S. vous demande d'autres renseignements sur la façon d'aller de l'avant pour obtenir l'AMM. Vous connaissez l'information à lui fournir.

Au moyen d'une écoute active et de votre implication auprès de M^{me} S., vous lui faites prendre conscience de ses sentiments de conflit et de son manque de confiance envers la façon dont sa famille acceptera ses volontés. Dans ce contexte, M^{me} S. acquiert la confiance nécessaire pour partager ses sentiments ouvertement sans être jugée sur son attitude. Elle se sent également libre d'aborder ses préoccupations et l'AMM avec le médecin communautaire, d'abord par cyberconférence et peu après en personne lors de visites médicales. Bien que M^{me} S. ne veuille pas parler à son oncologue, elle est intéressée par la possibilité de se réunir avec ses enfants. Vous communiquez avec le médecin et lui parlez de sa demande d'AMM et d'organiser une rencontre familiale.

DISCUSSION

Les infirmières et les IP sont essentielles au renforcement des liens entre les personnes confiées à leurs soins et prêtent une oreille attentive à leurs préoccupations. Lorsque des personnes soulèvent des enjeux complexes comme l'AMM, s'impliquer auprès

d'elles peut favoriser l'écoute active en vue d'aborder leurs demandes d'information et l'expression de leurs expériences humaines, comme la joie, la crainte et la souffrance. L'infirmière dans cette situation a reconnu, a respecté et a privilégié le droit de M^{me} S. de s'informer et de prendre des décisions au sujet de sa santé, y compris la renonciation à ses traitements contre le cancer et sa demande d'AMM. Dans le cadre de cette conversation, l'infirmière pourrait fournir de l'information exacte et objective à M^{me} S. sur la prestation légitime de l'AMM. Il conviendrait également qu'elle aborde les soins palliatifs, comprenant le soulagement des symptômes de détresse. Le médecin, au moment de déterminer l'admissibilité à l'AMM, est tenu légalement d'informer M^{me} S. des moyens à sa disposition pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

Compte tenu du mode de dotation des soins infirmiers de la clinique de santé, où les infirmières travaillent six semaines de suite et ont congé les six autres semaines, il faut également prévoir une bonne communication et la continuité des soins avec les autres infirmières de la collectivité ainsi que les médecins qui font des visites hebdomadaires. La collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle efficace est primordiale. Un plan bien documenté par l'équipe de soins de santé doit être mis en place sans attendre pour M^{me} S. Dans une communauté éloignée ou isolée, l'accès à l'AMM peut avoir son lot de défis uniques. Par exemple, l'infirmière doit connaître les politiques et les procédures et, en l'occurrence, la technologie nécessaire pour que M^{me} S. ait accès à son médecin par cyberconférence.

Puisque l'infirmière pratique dans une région éloignée où les ressources professionnelles sur place peuvent être limitées, il importe grandement qu'elle entre en contact avec son organisme de réglementation des soins infirmiers.

2. Une IP travaillant en soins à domicile fournit des soins de santé primaires en milieu urbain

M. B. est un homme d'âge mûr souffrant de sclérose latérale amyotrophique (SLA) depuis 10 ans. Il constate une détérioration rapide de son état de santé et une qualité de vie presque nulle. Il a le sentiment que la fin de sa vie approche et souhaite soulager ses souffrances au moyen de l'AMM. Il exprime sa volonté de recourir à l'AMM à son fournisseur de soins primaires, une IP travaillant en soins à domicile. L'IP s'est préparée à répondre à une telle demande, mais ne désire pas prendre part à la prestation de l'AMM en raison de ses croyances religieuses. Elle informe M. B. de son aide en amorçant le processus relatif à l'AMM et, entre-temps, continue à prodiguer ses soins. En conformité avec la politique de son employeur, l'IP communique avec le centre d'aiguillage régional et fournit l'information pertinente.

DISCUSSION

En fonction de leurs croyances et de leurs valeurs, les IP ou les infirmières peuvent choisir de ne pas fournir l'AMM ou de s'abstenir d'y prendre part, et la loi ne les y oblige pas. Le paragraphe 241.2(9) du *Code criminel* est explicite à ce sujet : « Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir. » Les IP qui s'abstiennent de fournir l'AMM, conformément aux normes professionnelles de leur province ou territoire, ont le devoir professionnel de rediriger la personne qui en fait la demande vers une autre IP ou un autre médecin qui fournira ce service. L'IP se doit également d'informer son employeur aussitôt que possible de son objection de conscience.

Dans de tels cas, l'IP doit consulter son organisme de réglementation des soins infirmiers et se conformer aux normes professionnelles liées à l'objection de conscience. L'IP doit s'abstenir de juger moralement les croyances, le mode de vie, l'identité ou les traits de caractère d'une personne. Concernant M. B., l'IP a respecté sa décision et a fait preuve d'un sens des responsabilités en amorçant le plan d'intervention approprié en matière d'AMM. Elle a aussi respecté sa vie privée et protégé sa confidentialité en communiquant directement avec le centre d'aiguillage et en donnant seulement les renseignements nécessaires. En outre, l'IP a continué à fournir des soins infirmiers sûrs, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, mis à part l'AMM, jusqu'à ce que d'autres dispositions soient prises. Il est important de noter que toutes les personnes qui demandent l'AMM n'y seront pas admissibles et que, parmi celles-ci, seul un nombre précis ira de l'avant avec l'AMM. Il importe aussi de trouver des moyens pour que les membres d'une équipe de soins de santé puissent s'appuyer les uns les autres afin de clarifier la diversité et de la respecter.

3. Une unité médicale de soins de courte durée en milieu urbain où une équipe multidisciplinaire fournit des soins de santé jour et nuit

M^{me} A. est une enseignante de 42 ans qui a reçu un diagnostic de cancer du cerveau en phase terminale il y a deux ans. Au sein de l'unité médicale d'un grand hôpital universitaire, elle est apte à prendre des décisions quant à sa santé, mais elle est paralysée en partie et elle lutte pour respirer. Elle connaît aussi des crises d'épilepsie tous les jours, ne contrôle pas ses mouvements et souffre constamment sans soulagement possible par les médicaments. Elle demande l'AMM.

Vous êtes une infirmière autorisée qui revient d'un congé de maternité d'un an et M^{me} A. est votre patiente. Vous ne connaissez pas l'AMM et personne ne vous a encore demandé d'information à cet effet.

DISCUSSION

Dans le but de fournir des soins sûrs, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, une infirmière autorisée qui choisit d'aider à fournir l'AMM doit :

- ▶ connaître les modifications du *Code criminel* qui prévoient l'AMM;
- ▶ revoir tout document d'orientation fourni par l'organisme de réglementation des soins infirmiers dans sa province ou son territoire et s'y conformer;
- ▶ connaître la position de l'employeur en ce qui concerne la prestation de l'AMM en milieu de travail et connaître toutes les politiques, les lignes directrices, les procédures et tous les processus applicables et en place afin d'orienter la pratique infirmière concernant l'AMM, y compris la responsabilité d'aiguillage au besoin;
- ▶ obtenir de l'orientation et de la formation auprès de l'employeur, p. ex. d'un gestionnaire, d'un chef clinicien, d'un formateur et de collègues (infirmières et autres professionnels de la santé) afin d'examiner les valeurs personnelles et professionnelles et de se familiariser avec l'AMM;
- ▶ obtenir la participation d'autres membres de l'équipe de soins de santé et collaborer avec eux, notamment le médecin ou l'IP qui fournit l'AMM;
- ▶ s'assurer que sa propre pratique se fait en conformité avec les dispositions applicables de toute loi, réglementation et norme en vigueur;
- ▶ obtenir des conseils juridiques sur les questions qui demeurent sans réponse même avec l'information contenue dans le présent cadre ou celle fournie par l'organisme de réglementation de l'infirmière autorisée.

Toutes les demandes d'AMM doivent être entreprises par la personne concernée et doivent se faire sur une base volontaire, sans pressions ni conseils extérieurs. Toute information fournie par une infirmière autorisée doit être exacte et objective. Elle doit également se limiter à (1) la façon dont l'AMM peut représenter une option pour les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité; (2) la façon dont le processus fonctionne dans leur province ou leur territoire.

Les infirmières ne doivent pas imposer leurs opinions ou leurs valeurs personnelles aux autres ni utiliser leur position afin d'influencer, de juger ou d'exercer de la discrimination envers des personnes qui ne partagent pas leurs valeurs. Elles doivent aussi se soucier de ne pas suggérer, conseiller, encourager ou inciter une personne à obtenir l'AMM. Au sens de la loi, quiconque conseille (p. ex. sollicite, incite ou encourage) à une personne de se donner la mort est coupable d'un acte criminel³². Par conséquent, dans leurs interactions avec les personnes confiées à leurs soins, toute

³² (L.C. 2016, ch. 3, al. 241(1a))

infirmière et IP doit s'assurer de respecter rigoureusement la loi, qui lui permet de fournir de l'information sur la prestation légitime de l'AMM.

4. Une infirmière auxiliaire autorisée travaillant dans un établissement de soins de longue durée

M. J. est un ingénieur de 76 ans qui réside dans un établissement de soins de longue durée local depuis quatre ans. Il est apte sur le plan mental et a reçu un diagnostic de plusieurs myélomes au cours des trois derniers mois. Même s'il éprouve de plus en plus de douleur dans tout le corps, ce qui limite ses mouvements, il hésite à prendre des antidouleurs. Vous êtes une infirmière auxiliaire autorisée qui prodigue des soins de manière régulière à M. J. depuis son arrivée à l'établissement. Un jour, pendant que vous vérifiez ses signes vitaux, il vous annonce : « J'en ai assez maintenant. Je suis prêt à mourir. » Vous en profitez pour aborder ses souffrances. Vous lui répondez : « Vous semblez accablé par vos souffrances. » Vous entamez alors une discussion thérapeutique au cours de laquelle M. J. révèle son hésitation à prendre des antidouleurs, car il croit qu'il peut devenir dépendant des médicaments. Vous le rassurez que ce ne sera pas le cas et abordez les options efficaces de contrôle de la douleur. M. J. semble soulagé et accepte de parler plus longuement d'un contrôle adéquat de la douleur avec son médecin. Vous en informez le médecin et consignez la discussion dans son dossier médical.

DISCUSSION

Si une personne confiée aux soins d'une infirmière exprime le désir de mourir, l'infirmière doit en profiter pour engager le dialogue. De tels commentaires peuvent être transitoires, le résultat d'un désarroi temporaire ou d'une expression de souffrance en raison de besoins non comblés³³ qui pourraient être traités ou abordés. Le rôle de l'infirmière consiste à cerner et à réduire les facteurs entraînant de telles demandes, qu'elles soient motivées par des symptômes physiques comme la douleur ou liées à l'anxiété ou la peur. Les infirmières ont le devoir de tenter de comprendre la demande d'une personne et de lui offrir les ressources appropriées pour répondre aux besoins non comblés. Les infirmières sont responsables d'écouter et de reconnaître la souffrance de toute personne confiée à leurs soins et d'en rendre compte, puisque l'omission de le faire peut augmenter inutilement les souffrances.

Dans ce cas précis, la demande de M. J. était fondée sur la crainte liée à une mauvaise compréhension de l'usage des médicaments pour soulager la douleur chronique. Ce

³³ (Manitoba Provincial Health Ethics Network, 2016, p. 2)

n'était pas vraiment une demande d'information sur l'AMM. Il tentait simplement d'exprimer ses souffrances.

Qu'une infirmière porte assistance ou non dans la prestation de l'AMM, « elle a l'obligation de fournir des soins sûrs, compétents, professionnels et conformes à l'éthique à la personne et à sa famille en tout temps³⁴ » [traduction]. À ce titre, elle peut aborder les souffrances et possiblement examiner divers choix de fin de vie autres que l'AMM. Une réponse compatissante au commentaire d'une personne quant à son désir de mourir peut comporter des soins spirituels, une approche de soins palliatifs, du counseling et d'autres services, selon la cause des souffrances. À cette étape, il serait également opportun que l'infirmière consulte d'autres membres de l'équipe de soins de santé afin de concevoir une approche interprofessionnelle en matière de soins de fin de vie, y compris le soulagement des symptômes de détresse et le soutien de l'équipe.

³⁴ Ibid., p. 3.

CONCLUSION

Les infirmières apportent un point de vue unique et contribuent de manière significative à l'équipe de soins de santé dans le cadre de la prestation de soins palliatifs et de soins de fin de vie, incluant l'AMM.

Le présent cadre est élaboré dans le but d'informer les infirmières et les IP sur l'AMM et d'orienter leur réflexion sur les enjeux éthiques qu'elles peuvent rencontrer lorsqu'elles prodiguent des soins à des personnes envisageant l'AMM. Les infirmières et les IP peuvent s'abstenir de prendre part à l'AMM. La loi ne les y oblige pas. Ce cadre vise à soutenir la pratique saine et conforme à l'éthique des soins infirmiers, sur le plan national et local, et à reconnaître la contribution importante des infirmières à la prise de décisions de qualité en matière de soins de fin de vie, y compris l'AMM. Il se veut également une ressource à l'appui des organismes de réglementation des soins infirmiers, des enseignants, des employeurs et d'autres parties intéressées en soins infirmiers afin d'élaborer des politiques, des processus, des programmes et des services éducatifs qui utilisent adéquatement les connaissances et les compétences des infirmières pour fournir l'AMM.

Nous encourageons les infirmières et les IP à utiliser le présent cadre comme un guide pratique dans leur pratique dans les limites permises par le *Code criminel*. Le cadre ne remplace pas les conseils juridiques ou les politiques des organismes de réglementation des soins infirmiers ou des employeurs. Il se veut plutôt un complément à la loi; aux normes, aux conditions, aux limites et aux lignes directrices des organismes de réglementation des soins infirmiers, aux conseils juridiques ainsi qu'aux politiques de l'employeur régissant la pratique infirmière liée à l'AMM.

GLOSSAIRE

Abstention, interruption et refus d'un traitement. « 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 contrôler 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 la dernière puisse entraîner un plus grand trouble émotionnel chez l'infirmière et d'autres intervenants »³⁵ [traduction].

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 »³⁶.

Choix éclairé. Décision « informée et cohérente selon les valeurs du décideur et mise en œuvre en fonction du comportement »³⁷ [traduction].

Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques. Décrivent « les responsabilités de base qui sont au cœur de la pratique infirmière respectueuse de l'éthique. Ces responsabilités déontologiques, qui s'articulent autour de sept valeurs principales accompagnées chacune d'énoncés connexes, sont ancrées dans les relations professionnelles des infirmières avec les personnes, les familles, les groupes, les populations et les communautés, ainsi qu'avec les étudiantes, les collègues et les autres professionnels de la santé »³⁸.

³⁵ (Oregon Nurses Association, 1997, p. 4)

³⁶ (AIIIC, 2008, p. 22)

³⁷ (Public Health Action Support Team, s.d., par. 2)

³⁸ (AIIIC, 2008, p. 3)

DÉFINITIONS PRATIQUES

Les définitions figurant ci-dessous ont recours au langage juridique, compte tenu du fait que l'autorité qui régit la pratique de l'AMM découle d'un arrêt de la Cour suprême du Canada et des modifications subséquentes au *Code criminel*.

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. »³⁹

Infirmier praticien. « Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien ou sous toute autre appellation équivalente, poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients. »⁴⁰

Personne. Aux fins du présent cadre seulement, une personne adulte capable d'au moins 18 ans telle qu'elle est définie dans la loi sur l'AMM⁴¹.

³⁹ (L.C. 2016, ch. 3, par. 241.1)

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ (L.C. 2016, ch. 3, al. 241.2(1)b))

RÉFÉRENCES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers.pdf?la=fr>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Respect des choix en matière de fin de vie : les enjeux et les possibilités pour les infirmières et infirmiers*. Tiré de <https://canadian-nurse.com/~media/canadian-nurse/files/pdf%20fr/respect-des-choix-en-matiere-de-soins-de-fin-de-vie.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs, Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. (2015). *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* [énoncé de position]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/lapproche-palliative-des-soins-et-role-des-infirmieres_f.pdf?la=fr

Butler, M., Tiedemann, M., Nicol, J. et Valiquet, D. (2013). *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada* (Publication n° 2010-68-F). Tiré du site Web de la Bibliothèque du Parlement à <http://www.lop.parl.gc.ca/content/lop/ResearchPublications/2010-68-f.htm>.

Canada. Ministère de la Justice. (2016). *Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14)*. Tiré de <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/am-ad/am-ad.pdf>

Canada, Parlement, Sénat. Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. (2016). *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient. 42^e législature, 1^{re} session*. Tiré de <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=42&Ses=1&DocId=8120006&Language=F>

Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5.

Collège des médecins de famille du Canada. (2015). *Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire*. Tiré de http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/Guidefor%20Euthanasia_FRE_final.pdf

College of Registered Nurses of Nova Scotia, College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia. (2016). *Medical assistance in dying: A guideline for nurses*. Tiré de <http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2016/07/NS-Nurses-MAID-Guidelines.pdf>

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires. (2013). *Code de déontologie des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s au Canada*. Tiré de http://www.ccpnr.ca/wp-content/uploads/2013/09/IJLPN-CE_French-Final.pdf

Incardona, N., Bean, S., Reel, K. et Wagner, F. (2016). *An ethics-based analysis and recommendations for implementing physician-assisted dying in Canada* [document de travail]. Tiré de <http://jcb.utoronto.ca/news/documents/JCB-PAD-Discussion-Paper-2016.pdf>

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), L.C. 2016, ch. 3.

Manitoba Provincial Health Ethics Network. (2016). *Responding to patient questions about assisted death: Ethics issue quick reference guide*. Tiré de <http://www.mb-phen.ca/files/RespondingtoADQuick.pdf>

Nicol, J. et Tiedemann, M. (2015). *Euthanasie et suicide assisté : la législation dans certains pays* (Publication n° 2015-116-F). Tiré du site Web de la Bibliothèque du Parlement. Tiré de <http://www.lop.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2015-116-f.pdf>

Oregon Nurses Association. (1997). Assisted suicide: The debate continues. *The Oregon Nurse*, 62(3), 1-6. Tiré de http://c.ymcdn.com/sites/www.oregonrn.org/resource/resmgr/Docs/ONA_AssistedSuicide_2015-06-.pdf

Public Health Action Support Team. (s.d.). The principles of informed choice. Tiré de <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/principles-informed-choice>

Registered Psychiatric Nurses of Canada. (2010). *Code of ethics and standards of psychiatric nursing practice*. Tiré de http://www.crpnb.ca/wp-content/uploads/2011/02/2010_Code_Standards.pdf

RESSOURCES

Code de déontologie

Association des infirmières et infirmiers du Canada : Code de déontologie

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires : Code de déontologie

Registered Psychiatric Nurses of Canada : Code de déontologie

Organismes de réglementation des infirmières autorisées

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador

Association of Registered Nurses of Prince Edward Island

College of Registered Nurses of Nova Scotia

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

College of Registered Nurses of Manitoba

Saskatchewan Registered Nurses' Association

College and Association of Registered Nurses of Alberta

College of Registered Nurses of British Columbia

Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut

Yukon Registered Nurses Association

Organismes de réglementation des infirmières auxiliaires autorisées

College of Licensed Practical Nurses of British Columbia

College of Licensed Practical Nurses of Alberta

Saskatchewan Association of Licensed Practical Nurses

Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Manitoba

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Association des infirmier(ère)s auxiliaires du Nouveau-Brunswick

College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia

Prince Edward Island Licensed Practical Nurses Registration Board

College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador

Gouvernement du Yukon, Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires

Organismes de réglementation des infirmières psychiatriques autorisées

College of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia

College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta

Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan

Ordre des infirmières et des infirmiers psychiatriques du Manitoba

Autres

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs, Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* (énoncé de position, 2015).

Collège des médecins de famille du Canada. *Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire*

Gouvernement du Canada. *Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14)*

La Capitale assurances générales: Programme d'assurance responsabilité professionnelle au Québec

Lavoie, M., Godin, G., Vézina-Im, L. A., Blondeau, D., Martineau, I. et Roy, L. (2016). Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care. *Nursing Ethics*, 23, 48-60. doi:10.1177/0969733014557117

Oregon Nurses Association: *ONA Position Statement: Assisted Suicide* (novembre 2015)

Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care. *Nursing Ethics*, 23, 48-60. DOI :10.1177/0969733014557117

Quaghebeur, T., de Casterlé, B. D. et Gastmans, C. (2009). Nursing and euthanasia: A review of argument-based ethics literature. *Nursing Ethics*, 16, 466-486. DOI :10.1177/0969733009104610

Registered Nurses' Association of Ontario professional liability protection

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada : Medical Assistance in Dying: What Every Nurse Should Know. (ressource Web, 2016)

Vézina-Im, L. A., Lavoie, M., Krol, P. et Olivier-D'Avignon, M. (2014). Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: A systematic review. *BMC palliative care*, 13(1). DOI :10.1186/1472-684X-13-20

Webinaires sur l'AMM de la Registered Nurses' Association of Ontario

Zenz, J., Tryba, M. et Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC palliative care*, 14(1). DOI :10.1186/s12904-015-0058-3

ANNEXE : LOI SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

First Session, Forty-second
Parliament,
64-65 Elizabeth II, 2015-2016

STATUTES OF CANADA 2016

CHAPTER 3

An Act to amend the Criminal Code
and to make related amendments
to other Acts (medical assistance in
dying)

Première session, quarante-
deuxième législature,
64-65 Elizabeth II, 2015-2016

LOIS DU CANADA (2016)

CHAPITRE 3

Loi modifiant le Code criminel et
apportant des modifications
connexes à d'autres lois (aide
médicale à mourir)

ASSENTED TO
JUNE 17, 2016
BILL C-14

SANCTIONNÉE
LE 17 JUIN 2016
PROJET DE LOI C-14

SUMMARY

This enactment amends the *Criminal Code* to, among other things,

- (a)** create exemptions from the offences of culpable homicide, of aiding suicide and of administering a noxious thing, in order to permit medical practitioners and nurse practitioners to provide medical assistance in dying and to permit pharmacists and other persons to assist in the process;
- (b)** specify the eligibility criteria and the safeguards that must be respected before medical assistance in dying may be provided to a person;
- (c)** require that medical practitioners and nurse practitioners who receive requests for, and pharmacists who dispense substances in connection with the provision of, medical assistance in dying provide information for the purpose of permitting the monitoring of medical assistance in dying, and authorize the Minister of Health to make regulations respecting that information; and
- (d)** create new offences for failing to comply with the safeguards, for forging or destroying documents related to medical assistance in dying, for failing to provide the required information and for contravening the regulations.

This enactment also makes related amendments to other Acts to ensure that recourse to medical assistance in dying does not result in the loss of a pension under the *Pension Act* or benefits under the *Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation Act*. It amends the *Corrections and Conditional Release Act* to ensure that no investigation need be conducted under section 19 of that Act in the case of an inmate who receives medical assistance in dying.

This enactment provides for one or more independent reviews relating to requests by mature minors for medical assistance in dying, to advance requests and to requests where mental illness is the sole underlying medical condition.

Lastly, this enactment provides for a parliamentary review of its provisions and of the state of palliative care in Canada to commence at the start of the fifth year following the day on which it receives royal assent.

Available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>

SOMMAIRE

Le texte modifie le *Code criminel* afin notamment :

- a)** de créer des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable, d'aide au suicide et d'administration d'une substance délétère, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir l'aide médicale à mourir et aux pharmaciens ainsi qu'à d'autres personnes de leur porter assistance à cette occasion;
- b)** de préciser les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde à respecter préalablement à la prestation de l'aide médicale à mourir;
- c)** d'exiger des médecins et des infirmiers praticiens qui reçoivent des demandes d'aide médicale à mourir ainsi que des pharmaciens qui délivrent des substances dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir qu'ils communiquent les renseignements nécessaires à la surveillance de l'aide médicale à mourir et d'autoriser le ministre de la Santé à prendre des règlements relatifs à ces renseignements;
- d)** de créer de nouvelles infractions relatives au non-respect des mesures de sauvegarde, à la falsification ou à la destruction de documents relatifs à l'aide médicale à mourir, à l'omission de fournir les renseignements exigés ou à la contravention des règlements.

Le texte apporte également des modifications connexes à d'autres lois pour faire en sorte que le recours à l'aide médicale à mourir n'entraîne pas la perte d'une pension prévue par la *Loi sur les pensions* ou d'avantages prévus par la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*. Il modifie également la *Loi sur le système correctionnel* et la *mise en liberté sous condition* afin d'éviter la tenue d'une enquête, en application de l'article 19 de cette loi, lorsqu'un détenu reçoit l'aide médicale à mourir.

Il prévoit un ou des examens indépendants des questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

Il prévoit enfin un examen parlementaire de ses dispositions ainsi que de la situation des soins palliatifs au Canada qui commence au début de la cinquième année qui suit sa sanction.

Disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
<http://www.parl.gc.ca>

An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)

[Assented to 17th June, 2016]

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes the autonomy of persons who have a grievous and irremediable medical condition that causes them enduring and intolerable suffering and who wish to seek medical assistance in dying;

Whereas robust safeguards, reflecting the irrevocable nature of ending a life, are essential to prevent errors and abuse in the provision of medical assistance in dying;

Whereas it is important to affirm the inherent and equal value of every person's life and to avoid encouraging negative perceptions of the quality of life of persons who are elderly, ill or disabled;

Whereas vulnerable persons must be protected from being induced, in moments of weakness, to end their lives;

Whereas suicide is a significant public health issue that can have lasting and harmful effects on individuals, families and communities;

Whereas, in light of the above considerations, permitting access to medical assistance in dying for competent adults whose deaths are reasonably foreseeable strikes the most appropriate balance between the autonomy of persons who seek medical assistance in dying, on one hand, and the interests of vulnerable persons in need of protection and those of society, on the other;

Whereas it is desirable to have a consistent approach to medical assistance in dying across Canada, while recognizing the provinces' jurisdiction over various matters related to medical assistance in dying, including the delivery of health care services and the regulation of health care professionals, as well as insurance contracts and coroners and medical examiners;

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)

[Sanctionnée le 17 juin 2016]

Préambule

Attendu :

que le Parlement du Canada reconnaît l'autonomie des personnes qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables et qui souhaitent demander l'aide médicale à mourir; que de solides mesures de sauvegarde qui reflètent l'irrévocabilité de l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne sont essentielles pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l'aide médicale à mourir;

qu'il importe d'affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine et d'éviter d'encourager les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées; que les personnes vulnérables doivent être protégées contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse;

que le suicide constitue un important enjeu de santé publique qui peut avoir des conséquences néfastes et durables sur les personnes, les familles et les collectivités;

que, à la lumière de ce qui précède, le fait de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes capables dont la mort est raisonnablement prévisible établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société;

qu'il est souhaitable d'adopter une approche cohérente dans tout le pays en matière d'aide médicale à mourir, tout en reconnaissant la compétence des provinces en ce qui a trait à différentes questions liées à l'aide médicale à mourir, notamment la prestation de services de soins de santé, la réglementation des professions de la santé,

Whereas persons who avail themselves of medical assistance in dying should be able to do so without adverse legal consequences for their families — including the loss of eligibility for benefits — that would result from their death;

Whereas the Government of Canada has committed to uphold the principles set out in the *Canada Health Act* — public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility — with respect to medical assistance in dying;

Whereas everyone has freedom of conscience and religion under section 2 of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*;

Whereas nothing in this Act affects the guarantee of freedom of conscience and religion;

Whereas the Government of Canada recognizes that in the living conditions of Canadians, there are diverse circumstances and that different groups have unique needs, and it commits to working with provinces, territories and civil society to facilitate access to palliative and end-of-life care, care and services for individuals living with Alzheimer's and dementia, appropriate mental health supports and services and culturally and spiritually appropriate end-of-life care for Indigenous patients;

And whereas the Government of Canada has committed to develop non-legislative measures that would support the improvement of a full range of options for end-of-life care, respect the personal convictions of health care providers and explore other situations — each having unique implications — in which a person may seek access to medical assistance in dying, namely situations giving rise to requests by mature minors, advance requests and requests where mental illness is the sole underlying medical condition;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

les contrats d'assurance ainsi que les coroners et les médecins légistes;

que les personnes qui se prévalent de l'aide médicale à mourir devraient pouvoir le faire sans que leur famille ne subisse de conséquences juridiques négatives en raison de leur mort, notamment la perte d'admissibilité à des avantages;

que le gouvernement du Canada s'est engagé à respecter les principes prévus par la *Loi canadienne sur la santé* — la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité — à l'égard de l'aide médicale à mourir;

que chacun jouit de la liberté de conscience et de religion au titre de l'article 2 de la *Charte canadienne des droits et libertés*;

que la présente loi n'a pas pour effet de porter atteinte à la garantie dont fait l'objet cette liberté;

que le gouvernement du Canada reconnaît que les Canadiens n'ont pas tous les mêmes conditions de vie, chaque groupe ayant des besoins particuliers, et qu'il s'engage à collaborer avec les provinces, les territoires et les organisations de la société civile afin de faciliter l'accès aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie, aux soins et aux services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer et de démence, à des services de soutien et autres en santé mentale et, s'agissant des Autochtones, à des soins de fin de vie adaptés à leur culture et à leurs croyances spirituelles;

que le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer des mesures non législatives visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de soins de fin de vie, à respecter les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé et à explorer d'autres situations — chacune ayant des incidences qui lui sont propres — où une personne peut demander l'aide médicale à mourir, à savoir les cas de demandes faites par les mineurs matures, de demandes anticipées et de demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

Criminal Code

1 Section 14 of the *Criminal Code* is replaced by the following:

Consent to death

14 No person is entitled to consent to have death inflicted on them, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person who inflicts death on the person who gave consent.

2 The Act is amended by adding the following after section 226:

Exemption for medical assistance in dying

227 (1) No medical practitioner or nurse practitioner commits culpable homicide if they provide a person with medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Exemption for person aiding practitioner

(2) No person is a party to culpable homicide if they do anything for the purpose of aiding a medical practitioner or nurse practitioner to provide a person with medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Reasonable but mistaken belief

(3) For greater certainty, the exemption set out in subsection (1) or (2) applies even if the person invoking it has a reasonable but mistaken belief about any fact that is an element of the exemption.

Non-application of section 14

(4) Section 14 does not apply with respect to a person who consents to have death inflicted on them by means of medical assistance in dying provided in accordance with section 241.2.

Definitions

(5) In this section, *medical assistance in dying*, *medical practitioner* and *nurse practitioner* have the same meanings as in section 241.1.

R.S., c. 27 (1st Supp.), s. 7(3)

3 Section 241 of the Act is replaced by the following:

Counselling or aiding suicide

241 (1) Everyone is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term of not more than 14 years who, whether suicide ensues or not,

Code criminel

1 L'article 14 du *Code criminel* est remplacé par ce qui suit :

Consentement à la mort

14 Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne qui inflige la mort à celui qui a donné ce consentement.

2 La même loi est modifiée par adjonction, après l'article 226, de ce qui suit :

Exemption – aide médicale à mourir

227 (1) Ne commet pas un homicide coupable le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2.

Exemption — personne aidant le médecin ou l'infirmier praticien

(2) Ne participe pas à un homicide coupable la personne qui fait quelque chose en vue d'aider un médecin ou un infirmier praticien à fournir l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2.

Croyance raisonnable mais erronée

(3) Il est entendu que l'exemption prévue aux paragraphes (1) ou (2) s'applique même si la personne qui l'invoque a une croyance raisonnable, mais erronée, à l'égard de tout fait qui en est un élément constitutif.

Non-application de l'article 14

(4) L'article 14 ne s'applique pas à l'égard d'une personne qui consent à ce que la mort lui soit infligée au moyen de l'aide médicale à mourir fournie en conformité avec l'article 241.2.

Définitions

(5) Au présent article, *aide médicale à mourir*, *infirmier praticien* et *médecin* s'entendent au sens de l'article 241.1.

L.R., ch. 27 (1^{er} suppl.), par. 7(3)

3 L'article 241 de la même loi est remplacé par ce qui suit :

Fait de conseiller le suicide ou d'y aider

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

(a) counsels a person to die by suicide or abets a person in dying by suicide; or

(b) aids a person to die by suicide.

Exemption for medical assistance in dying

(2) No medical practitioner or nurse practitioner commits an offence under paragraph (1)(b) if they provide a person with medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Exemption for person aiding practitioner

(3) No person is a party to an offence under paragraph (1)(b) if they do anything for the purpose of aiding a medical practitioner or nurse practitioner to provide a person with medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Exemption for pharmacist

(4) No pharmacist who dispenses a substance to a person other than a medical practitioner or nurse practitioner commits an offence under paragraph (1)(b) if the pharmacist dispenses the substance further to a prescription that is written by such a practitioner in providing medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Exemption for person aiding patient

(5) No person commits an offence under paragraph (1)(b) if they do anything, at another person's explicit request, for the purpose of aiding that other person to self-administer a substance that has been prescribed for that other person as part of the provision of medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Clarification

(5.1) For greater certainty, no social worker, psychologist, psychiatrist, therapist, medical practitioner, nurse practitioner or other health care professional commits an offence if they provide information to a person on the lawful provision of medical assistance in dying.

Reasonable but mistaken belief

(6) For greater certainty, the exemption set out in any of subsections (2) to (5) applies even if the person invoking the exemption has a reasonable but mistaken belief about any fact that is an element of the exemption.

a) conseille à une personne de se donner la mort ou l'encourage à se donner la mort;

b) aide quelqu'un à se donner la mort.

Exemption — aide médicale à mourir

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

Exemption — personne aidant le médecin ou l'infirmier praticien

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

Exemption — pharmacien

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

Exemption — personne aidant le patient

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

Précision

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

Croyance raisonnable mais erronée

(6) Il est entendu que l'exemption prévue à l'un des paragraphes (2) à (5) s'applique même si la personne qui l'invoque a une croyance raisonnable, mais erronée, à l'égard de tout fait qui en est un élément constitutif.

Definitions

(7) In this section, *medical assistance in dying, medical practitioner, nurse practitioner* and *pharmacist* have the same meanings as in section 241.1.

Medical Assistance in Dying

Definitions

241.1 The following definitions apply in this section and in sections 241.2 to 241.4.

medical assistance in dying means

- (a) the administering by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, that causes their death; or
- (b) the prescribing or providing by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, so that they may self-administer the substance and in doing so cause their own death. (*aide médicale à mourir*)

medical practitioner means a person who is entitled to practise medicine under the laws of a province. (*médecin*)

nurse practitioner means a registered nurse who, under the laws of a province, is entitled to practise as a nurse practitioner — or under an equivalent designation — and to autonomously make diagnoses, order and interpret diagnostic tests, prescribe substances and treat patients. (*infirmier praticien*)

pharmacist means a person who is entitled to practise pharmacy under the laws of a province. (*pharmacien*)

Eligibility for medical assistance in dying

241.2 (1) A person may receive medical assistance in dying only if they meet all of the following criteria:

- (a) they are eligible — or, but for any applicable minimum period of residence or waiting period, would be eligible — for health services funded by a government in Canada;
- (b) they are at least 18 years of age and capable of making decisions with respect to their health;
- (c) they have a grievous and irremediable medical condition;

Définitions

(7) Au présent article, *aide médicale à mourir, infirmier praticien, médecin* et *pharmacien* s'entendent au sens de l'article 241.1.

Aide médicale à mourir

Définitions

241.1 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article et aux articles 241.2 à 241.4.

aide médicale à mourir Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- b) 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. (*medical assistance in dying*)

infirmier praticien Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien ou sous toute autre appellation équivalente, poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients. (*nurse practitioner*)

médecin Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la médecine. (*medical practitioner*)

pharmacien Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la profession de pharmacien. (*pharmacist*)

Critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle 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;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;

- (d) they have made a voluntary request for medical assistance in dying that, in particular, was not made as a result of external pressure; and
- (e) they give informed consent to receive medical assistance in dying after having been informed of the means that are available to relieve their suffering, including palliative care.

Grievous and irremediable medical condition

(2) A person has a grievous and irremediable medical condition only if they meet all of the following criteria:

- (a) they have a serious and incurable illness, disease or disability;
- (b) they are in an advanced state of irreversible decline in capability;
- (c) that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable; and
- (d) their natural death has become reasonably foreseeable, taking into account all of their medical circumstances, without a prognosis necessarily having been made as to the specific length of time that they have remaining.

Safeguards

(3) Before a medical practitioner or nurse practitioner provides a person with medical assistance in dying, the medical practitioner or nurse practitioner must

- (a) be of the opinion that the person meets all of the criteria set out in subsection (1);
- (b) ensure that the person's request for medical assistance in dying was
 - (i) made in writing and signed and dated by the person or by another person under subsection (4), and
 - (ii) signed and dated after the person was informed by a medical practitioner or nurse practitioner that the person has a grievous and irremediable medical condition;
- (c) be satisfied that the request was signed and dated by the person — or by another person under subsection (4) — before two independent witnesses who then also signed and dated the request;

- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

Problèmes de santé graves et irrémédiables

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

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

Mesures de sauvegarde

(3) Avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin ou l'infirmier praticien doit, à la fois :

- a) être d'avis que la personne qui a fait la demande d'aide médicale à mourir remplit tous les critères prévus au paragraphe (1);
- b) s'assurer que la demande :
 - (i) a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers visé au paragraphe (4),
 - (ii) a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- c) être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers visé au paragraphe (4) devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;

(d) ensure that the person has been informed that they may, at any time and in any manner, withdraw their request;

(e) ensure that another medical practitioner or nurse practitioner has provided a written opinion confirming that the person meets all of the criteria set out in subsection (1);

(f) be satisfied that they and the other medical practitioner or nurse practitioner referred to in paragraph (e) are independent;

(g) ensure that there are at least 10 clear days between the day on which the request was signed by or on behalf of the person and the day on which the medical assistance in dying is provided or — if they and the other medical practitioner or nurse practitioner referred to in paragraph (e) are both of the opinion that the person's death, or the loss of their capacity to provide informed consent, is imminent — any shorter period that the first medical practitioner or nurse practitioner considers appropriate in the circumstances;

(h) immediately before providing the medical assistance in dying, give the person an opportunity to withdraw their request and ensure that the person gives express consent to receive medical assistance in dying; and

(i) if the person has difficulty communicating, take all necessary measures to provide a reliable means by which the person may understand the information that is provided to them and communicate their decision.

Unable to sign

(4) If the person requesting medical assistance in dying is unable to sign and date the request, another person — who is at least 18 years of age, who understands the nature of the request for medical assistance in dying and who does not know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death — may do so in the person's presence, on the person's behalf and under the person's express direction.

Independent witness

(5) Any person who is at least 18 years of age and who understands the nature of the request for medical assistance in dying may act as an independent witness, except if they

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

e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu;

f) être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien visé à l'alinéa e) sont indépendants;

g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien visé à l'alinéa e) jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;

h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir;

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

Incapacité de signer

(4) Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir 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'aide médicale à mourir 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.

Témoins indépendants

(5) Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

- (a)** know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death;
- (b)** are an owner or operator of any health care facility at which the person making the request is being treated or any facility in which that person resides;
- (c)** are directly involved in providing health care services to the person making the request; or
- (d)** directly provide personal care to the person making the request.

Independence — medical practitioners and nurse practitioners

(6) The medical practitioner or nurse practitioner providing medical assistance in dying and the medical practitioner or nurse practitioner who provides the opinion referred to in paragraph (3)(e) are independent if they

- (a)** are not a mentor to the other practitioner or responsible for supervising their work;
- (b)** do not know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death, other than standard compensation for their services relating to the request; or
- (c)** do not know or believe that they are connected to the other practitioner or to the person making the request in any other way that would affect their objectivity.

Reasonable knowledge, care and skill

(7) Medical assistance in dying must be provided with reasonable knowledge, care and skill and in accordance with any applicable provincial laws, rules or standards.

Informing pharmacist

(8) The medical practitioner or nurse practitioner who, in providing medical assistance in dying, prescribes or obtains a substance for that purpose must, before any pharmacist dispenses the substance, inform the pharmacist that the substance is intended for that purpose.

- a)** elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- b)** elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- c)** elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;
- d)** elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Indépendance des médecins et infirmiers praticiens

(6) Pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir ni celui qui donne l'avis visé à l'alinéa (3)e) ne peut :

- a)** conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
- b)** savoir ou croire 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, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
- c)** savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Connaissance, soins et habileté raisonnables

(7) L'aide médicale à mourir est fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables.

Avis au pharmacien

(8) Le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, prescrit ou obtient une substance à cette fin doit, avant que la substance ne soit délivrée, informer le pharmacien qui la délivre qu'elle est destinée à cette fin.

Clarification

(9) For greater certainty, nothing in this section compels an individual to provide or assist in providing medical assistance in dying.

Failure to comply with safeguards

241.3 A medical practitioner or nurse practitioner who, in providing medical assistance in dying, knowingly fails to comply with all of the requirements set out in paragraphs 241.2(3)(b) to (i) and subsection 241.2(8) is guilty of an offence and is liable

- (a) on conviction on indictment, to a term of imprisonment of not more than five years; or
- (b) on summary conviction, to a term of imprisonment of not more than 18 months.

Forgery

241.4 (1) Everyone commits an offence who commits forgery in relation to a request for medical assistance in dying.

Destruction of documents

(2) Everyone commits an offence who destroys a document that relates to a request for medical assistance in dying with intent to interfere with

- (a) another person's access to medical assistance in dying;
- (b) the lawful assessment of a request for medical assistance in dying; or
- (c) another person invoking an exemption under any of subsections 227(1) or (2), 241(2) to (5) or 245(2).

Punishment

(3) Everyone who commits an offence under subsection (1) or (2) is liable

- (a) on conviction on indictment, to a term of imprisonment of not more than five years; or
- (b) on summary conviction, to a term of imprisonment of not more than 18 months.

Definition of *document*

(4) In subsection (2), *document* has the same meaning as in section 321.

4 The Act is amended by adding the following after section 241.3:

Filing information — medical practitioner or nurse practitioner

Précision

(9) Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir.

Non-respect des mesures de sauvegarde

241.3 Le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, omet sciemment de respecter toutes les exigences prévues aux alinéas 241.2(3)b) à i) et au paragraphe 241.2(8) commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité :

- a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;
- b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois.

Commission d'un faux

241.4 (1) Commet une infraction quiconque commet un faux relatif à une demande d'aide médicale à mourir.

Destruction d'un document

(2) Commet une infraction quiconque détruit un document relatif à une demande d'aide médicale à mourir avec l'intention d'entraver, selon le cas :

- a) l'accès d'une personne à l'aide médicale à mourir;
- b) l'évaluation légitime d'une demande d'aide médicale à mourir;
- c) l'invocation par une personne de l'exemption prévue à l'un des paragraphes 227(1) ou (2), 241(2) à (5) ou 245(2).

Peine

(3) Quiconque commet l'infraction prévue aux paragraphes (1) ou (2) encourt, sur déclaration de culpabilité :

- a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;
- b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois.

Définition de *document*

(4) Au paragraphe (2), *document* s'entend au sens de l'article 321.

4 La même loi est modifiée par adjonction, après l'article 241.3, de ce qui suit :

Renseignements à fournir — médecin ou infirmier praticien

241.31 (1) Unless they are exempted under regulations made under subsection (3), a medical practitioner or nurse practitioner who receives a written request for medical assistance in dying must, in accordance with those regulations, provide the information required by those regulations to the recipient designated in those regulations.

Filing information — pharmacist

(2) Unless they are exempted under regulations made under subsection (3), a pharmacist who dispenses a substance in connection with the provision of medical assistance in dying must, in accordance with those regulations, provide the information required by those regulations to the recipient designated in those regulations.

Regulations

(3) The Minister of Health must make regulations that he or she considers necessary

- (a)** respecting the provision and collection, for the purpose of monitoring medical assistance in dying, of information relating to requests for, and the provision of, medical assistance in dying, including
 - (i)** the information to be provided, at various stages, by medical practitioners or nurse practitioners and by pharmacists, or by a class of any of them,
 - (ii)** the form, manner and time in which the information must be provided,
 - (iii)** the designation of a person as the recipient of the information, and
 - (iv)** the collection of information from coroners and medical examiners;
- (b)** respecting the use of that information, including its analysis and interpretation, its protection and its publication and other disclosure;
- (c)** respecting the disposal of that information; and
- (d)** exempting, on any terms that may be specified, a class of persons from the requirement set out in subsection (1) or (2).

Guidelines — information on death certificates

(3.1) The Minister of Health, after consultation with representatives of the provincial governments responsible for health, must establish guidelines on the information to be included on death certificates in cases where medical assistance in dying has been provided, which may include the way in which to clearly identify medical assistance in dying as the manner of death, as well as the

241.31 (1) Sous réserve d'une exemption accordée au titre des règlements pris en vertu du paragraphe (3), le médecin ou l'infirmier praticien qui reçoit une demande écrite d'aide médicale à mourir doit, en conformité avec ces règlements, fournir les renseignements qui y sont exigés à la personne qui y est désignée à titre de destinataire.

Renseignements à fournir — pharmacien

(2) Sous réserve d'une exemption accordée au titre des règlements pris en vertu du paragraphe (3), le pharmacien qui délivre une substance dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir doit, en conformité avec ces règlements, fournir les renseignements qui y sont exigés à la personne qui y est désignée à titre de destinataire.

Règlements

(3) Le ministre de la Santé prend des règlements qu'il estime nécessaires :

- a)** pour régir, aux fins de surveillance de l'aide médicale à mourir, la fourniture et la collecte de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir ou à la prestation de celle-ci, notamment :
 - (i)** les renseignements qui doivent, à différentes étapes, être fournis par les médecins ou les infirmiers praticiens et les pharmaciens, ou par toute catégorie de ceux-ci,
 - (ii)** les modalités, de temps ou autres, selon lesquelles ces renseignements doivent être fournis,
 - (iii)** la désignation d'une personne à titre de destinataire des renseignements,
 - (iv)** la collecte de renseignements provenant des coroners et des médecins légistes;
- b)** pour régir l'utilisation de ces renseignements, notamment leur analyse et leur interprétation, leur protection, leur publication et autre communication;
- c)** pour régir la destruction de ces renseignements;
- d)** pour soustraire, aux conditions précisées, toute catégorie de personnes aux obligations prévues aux paragraphes (1) ou (2).

Lignes directrices — certificat de décès

(3.1) Le ministre de la Santé, après consultation des représentants des provinces responsables de la santé, établit des lignes directrices sur les renseignements qu'il faut inclure dans le certificat de décès des personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir, lesquelles lignes directrices peuvent notamment prévoir la manière de préciser clairement que l'aide médicale à mourir est le mode de décès et d'indiquer clairement la

illness, disease or disability that prompted the request for medical assistance in dying.

Offence and punishment

(4) A medical practitioner or nurse practitioner who knowingly fails to comply with subsection (1), or a pharmacist who knowingly fails to comply with subsection (2),

(a) is guilty of an indictable offence and liable to a term of imprisonment of not more than two years; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction.

Offence and punishment

(5) Everyone who knowingly contravenes the regulations made under subsection (3)

(a) is guilty of an indictable offence and liable to a term of imprisonment of not more than two years; or

(b) is guilty of an offence punishable on summary conviction.

5 Subsection 241.4(2) of the Act is amended by striking out “or” at the end of paragraph (b), by adding “or” at the end of paragraph (c) and by adding the following after that paragraph:

(d) the provision by a person of information under section 241.31.

6 Section 245 of the Act is renumbered as subsection 245(1) and is amended by adding the following after that subsection:

Exemption

(2) Subsection (1) does not apply to

(a) a medical practitioner or nurse practitioner who provides medical assistance in dying in accordance with section 241.2; and

(b) a person who does anything for the purpose of aiding a medical practitioner or nurse practitioner to provide medical assistance in dying in accordance with section 241.2.

Definitions

(3) In subsection (2), *medical assistance in dying*, *medical practitioner* and *nurse practitioner* have the same meanings as in section 241.1.

maladie, l'affection ou le handicap qui ont poussé la personne à y avoir recours.

Infraction et peine

(4) Le médecin ou l'infirmier praticien qui omet sciemment de se conformer au paragraphe (1) ou le pharmacien qui omet sciemment de se conformer au paragraphe (2) commet une infraction et est coupable :

a) soit d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de deux ans;

b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Infraction et peine

(5) Toute personne qui contrevient sciemment aux règlements pris en vertu du paragraphe (3) commet une infraction et est coupable :

a) soit d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de deux ans;

b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

5 Le paragraphe 241.4(2) de la même loi est modifié par adjonction, après l'alinéa c), de ce qui suit :

d) la fourniture de renseignements par une personne en application de l'article 241.31.

6 L'article 245 de la même loi devient le paragraphe 245(1) et est modifié par adjonction de ce qui suit :

Exemption

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas :

a) au médecin ou à l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir en conformité avec l'article 241.2;

b) à la personne qui fait quelque chose en vue d'aider un médecin ou un infirmier praticien à fournir l'aide médicale à mourir en conformité avec l'article 241.2.

Définitions

(3) Au paragraphe (2), *aide médicale à mourir*, *infirmier praticien* et *médecin* s'entendent au sens de l'article 241.1.

Related Amendments

R.S., c. P-6

Pension Act

7 (1) The definition *improper conduct* in subsection 3(1) of the *Pension Act* is replaced by the following:

improper conduct includes wilful disobedience of orders, vicious or criminal conduct and wilful self-inflicted wounding —except if the wound results from the receipt of medical assistance in dying and the requirement set out in paragraph 241.2(3)(a) of the *Criminal Code* has been met; (*mauvaise conduite*)

(2) Subsection 3(1) of the Act is amended by adding the following in alphabetical order:

medical assistance in dying has the same meaning as in section 241.1 of the *Criminal Code*; (*aide médicale à mourir*)

(3) Section 3 of the Act is amended by adding the following after subsection (3):

Deeming —medical assistance in dying

(4) For the purposes of this Act, if a member of the forces receives medical assistance in dying, that member is deemed to have died as a result of the illness, disease or disability for which they were determined to be eligible to receive that assistance, in accordance with paragraph 241.2(3)(a) of the *Criminal Code*.

1992, c. 20

Corrections and Conditional Release Act

8 Section 19 of the *Corrections and Conditional Release Act* is amended by adding the following after subsection (1):

Medical assistance in dying

(1.1) Subsection (1) does not apply to a death that results from an inmate receiving *medical assistance in dying*, as defined in section 241.1 of the *Criminal Code*, in accordance with section 241.2 of that Act.

2005, c. 21

Modifications connexes

L.R., ch. P-6

Loi sur les pensions

7 (1) La définition de *mauvaise conduite*, au paragraphe 3(1) de la *Loi sur les pensions*, est remplacée par ce qui suit :

mauvaise conduite Sont assimilés à une mauvaise conduite la désobéissance préméditée aux ordres, la conduite malveillante ou criminelle et le fait de se blesser délibérément soi-même sauf si la blessure résulte du fait d'avoir reçu l'aide médicale à mourir et que l'exigence prévue à l'alinéa 241.2(3)a du *Code criminel* a été remplie. (*improper conduct*)

(2) Le paragraphe 3(1) de la même loi est modifié par adjonction, selon l'ordre alphabétique, de ce qui suit :

aide médicale à mourir S'entend au sens de l'article 241.1 du *Code criminel*. (*medical assistance in dying*)

(3) L'article 3 de la même loi est modifié par adjonction, après le paragraphe (3), de ce qui suit :

Présomption —aide médicale à mourir

(4) Pour l'application de la présente loi, le membre des forces qui a reçu l'aide médicale à mourir est réputé être décédé en raison de la maladie, de l'affection ou du handicap pour lequel il a été jugé admissible à cette aide au titre de l'alinéa 241.2(3)a du *Code criminel*.

1992, ch. 20

Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition

8 L'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* est modifié par adjonction, après le paragraphe (1), de ce qui suit :

Aide médicale à mourir

(1.1) Le paragraphe (1) ne s'applique pas dans le cas où le décès du détenu résulte du fait qu'il a reçu l'aide médicale à mourir au sens de l'article 241.1 du *Code criminel* en conformité avec l'article 241.2 de cette loi.

2005, ch. 21

Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation Act

9 (1) Subsection 2(1) of the *Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation Act* is amended by adding the following in alphabetical order:

medical assistance in dying has the same meaning as in section 241.1 of the *Criminal Code*.
(aide médicale à mourir)

(2) Section 2 of the Act is amended by adding the following after subsection (5):

Interpretation —medical assistance in dying

(6) For the purposes of this Act, a member or veteran has neither inflicted wilful self-injury nor engaged in improper conduct by reason only that they receive medical assistance in dying, if the requirement set out in paragraph 241.2(3)(a) of the *Criminal Code* has been met.

Deeming —medical assistance in dying

(7) For the purposes of this Act, if a member or a veteran receives medical assistance in dying, that member or veteran is deemed to have died as a result of the illness, disease or disability for which they were determined to be eligible to receive that assistance, in accordance with paragraph 241.2(3)(a) of the *Criminal Code*.

Independent Review

Mature minors, advance requests and mental illness

9.1 (1) The Minister of Justice and the Minister of Health must, no later than 180 days after the day on which this Act receives royal assent, initiate one or more independent reviews of issues relating to requests by mature minors for medical assistance in dying, to advance requests and to requests where mental illness is the sole underlying medical condition.

Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes

9 (1) Le paragraphe 2(1) de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* est modifié par adjonction, selon l'ordre alphabétique, de ce qui suit :

aide médicale à mourir S'entend au sens de l'article 241.1 du *Code criminel*. (*medical assistance in dying*)

(2) L'article 2 de la même loi est modifié par adjonction, après le paragraphe (5), de ce qui suit :

Interprétation —aide médicale à mourir

(6) Pour l'application de la présente loi, ne constitue pas de l'automutilation ou une mauvaise conduite le seul fait pour le militaire ou le vétéran d'avoir reçu l'aide médicale à mourir si l'exigence prévue à l'alinéa 241.2(3)a) du *Code criminel* a été remplie.

Présomption —aide médicale à mourir

(7) Pour l'application de la présente loi, le militaire ou le vétéran qui a reçu l'aide médicale à mourir est réputé être décédé en raison de la maladie, de l'affection ou du handicap pour lequel il a été jugé admissible à cette aide au titre de l'alinéa 241.2(3)a) du *Code criminel*.

Examen indépendant

Mineurs matures, demandes anticipées et maladie mentale

9.1 (1) Le ministre de la Justice et le ministre de la Santé lancent, au plus tard cent quatre-vingts jours après la date de sanction de la présente loi, un ou des examens indépendants des questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

(2) The Minister of Justice and the Minister of Health must, no later than two years after the day on which a review is initiated, cause one or more reports on the review, including any findings or recommendations resulting from it, to be laid before each House of Parliament.

Review of Act

Review by committee

10 (1) At the start of the fifth year after the day on which this Act receives royal assent, the provisions enacted by this Act are to be referred to the committee of the Senate, of the House of Commons or of both Houses of Parliament that may be designated or established for the purpose of reviewing the provisions.

Report

(2) The committee to which the provisions are referred is to review them and the state of palliative care in Canada and submit a report to the House or Houses of Parliament of which it is a committee, including a statement setting out any changes to the provisions that the committee recommends.

Coming into Force

Order in council

11 Sections 4 and 5 come into force 12 months after the day on which this Act receives royal assent or on any earlier day that may be fixed by order of the Governor in Council.

Available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>

(2) Le ministre de la Justice et le ministre de la Santé font déposer devant chaque chambre du Parlement, au plus tard deux ans après le début d'un examen, un ou des rapports sur celui-ci, lesquels rapports comportent notamment toute conclusion ou recommandation qui en découle.

Examen de la loi

Examen par un comité

10 (1) Au début de la cinquième année suivant la date de la sanction de la présente loi, les dispositions édictées par la présente loi sont soumises à l'examen d'un comité soit du Sénat, soit de la Chambre des communes, soit mixte, constitué ou désigné pour les examiner.

Rapport

(2) Le Comité procède à l'examen de ces dispositions ainsi que de la situation des soins palliatifs au Canada et remet à la chambre ou aux chambres l'ayant constitué ou désigné un rapport comportant les modifications, s'il en est, qu'il recommande d'y apporter.

Entrée en vigueur

Décret

11 Les articles 4 et 5 entrent en vigueur douze mois après la date de la sanction de la présente loi ou à la date antérieure fixée par décret.

Disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
<http://www.parl.gc.ca>