

## L'aide médicale à mourir : une réflexion collective en évolution

### *Le mot du secrétaire*

23 janvier 2020

Le 11 septembre dernier, la Cour supérieure du Québec, sous la présidence de la juge Christine Baudoin, a rendu son jugement dans la cause *Truchon c. Procureur général du Canada*<sup>1</sup>. Le Tribunal déclarait inopérantes, à compter du 11 mars 2020, les dispositions de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV)<sup>2</sup>, qui demandaient que la personne soit « en fin de vie », et du *Code criminel*<sup>3</sup>, exigeant que « la mort naturelle [de la personne soit] devenue raisonnablement prévisible » pour qu'elle puisse demander une aide médicale à mourir (AMM).

Les modifications législatives découlant de ce jugement vont entraîner un élargissement de l'accès à l'AMM à des personnes qui ne pouvaient s'en prévaloir jusqu'à présent : celles qui ne sont pas en fin de vie. Il s'agit, au-delà d'un simple changement dans l'encadrement légal, d'une transformation radicale du cadre de réflexion original qui pourrait avoir des conséquences majeures sur les pratiques cliniques et sur les perceptions sociales de l'ensemble des soins offerts aux personnes les plus malades.

En clinique, le pronostic vital est très important pour décider des soins appropriés à dispenser à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable. De plus, s'il peut être acceptable, à certaines conditions, d'abrèger la période d'agonie vécue par une personne dont le décès est imminent et qui souffre de manière intolérable sans pouvoir être soulagée – ce qui était le cadre de réflexion initial jusqu'à maintenant –, il en va tout autrement d'une personne dont le décès n'est pas prévu à brève échéance. L'évaluation de l'ensemble de la situation clinique de la personne qui demande une AMM doit être effectuée avec encore plus de rigueur et de compétence, et le respect de tous les critères de la loi doit être confirmé. Il importera toujours de considérer l'ensemble de l'arsenal thérapeutique disponible pour soulager la souffrance d'une personne, mais aussi tout ce qui, au-delà des soins, pourrait améliorer sa qualité de vie.

Si l'on se fie à l'expérience en cours dans les pays qui autorisent l'euthanasie sans imposer un critère de fin de vie, on constate que la très grande majorité des demandes sont refusées. Celles qui sont acceptées proviennent généralement de patients qui, sans être forcément en phase terminale de leur maladie, sont sur une trajectoire de fin de vie correspondant à l'évolution prévisible de leur maladie. Il est vraisemblable que nous observerons le même phénomène ici. Si on élargit le droit des patients à faire une demande d'AMM, cela ne signifie pas pour autant que l'AMM sera administrée. Cette demande sera analysée en tenant compte des autres critères imposés par la loi et de l'évaluation de la situation clinique du patient, comme c'est déjà le cas présentement. Il est bien important de rappeler qu'il n'y a pas d'automatisme entre la demande et l'administration de l'AMM.

---

<sup>1</sup> 2019 QCCS 3792

<sup>2</sup> Le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la LCSFV spécifiait que seule une personne « en fin de vie » pouvait obtenir une aide médicale à mourir.

<sup>3</sup> L'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* exigeait que pour recevoir une aide médicale à mourir, la « mort naturelle » de la personne soit « 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 ».

Rappelons également aux responsables politiques et aux administrateurs du réseau de la santé qu'avec les modifications législatives à venir, l'évaluation de la situation clinique prendra du temps et des ressources appropriées, qui devront être disponibles. Le véritable défi sera de veiller à ce que les ressources mobilisées par la gestion des demandes d'AMM ne le soient pas au détriment des autres malades qui ont besoin de soins actifs.

Comme pour la mise à jour du guide d'exercice sur l'AMM, le Collège s'est associé aux autres ordres professionnels concernés (le Barreau du Québec, la Chambre des notaires, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, auxquels s'est ajouté récemment l'Ordre des psychologues du Québec) pour identifier les enjeux soulevés par ces changements législatifs pour les professionnels. Une première rencontre a eu lieu mi-novembre, et une autre est prévue début février. La réflexion menée par tous ces professionnels est guidée par le souci de la protection des personnes susceptibles de demander une AMM et par celui du respect des soignants, notamment des médecins, à qui le législateur a confié la tâche de l'administrer.

À moyen terme, une autre réflexion sera entamée avec les spécialistes en santé mentale. En effet, les défis que représente l'accompagnement des malades atteints de troubles psychiatriques ou du comportement qui demandent une AMM deviennent particulièrement cruciaux dans le contexte des prochains changements législatifs, et les soignants devront être guidés.

À plus long terme, la réflexion se poursuivra sur le sujet des demandes anticipées d'AMM en prévision d'une inaptitude, si les lois provinciale et fédérale les permettent. Effectivement, ce sera toujours le *Code criminel* qui déterminera à quelles conditions l'euthanasie est un acte médical autorisé et non un acte criminel. Voilà pourquoi la bonne coordination législative entre les gouvernements provincial et fédéral sera déterminante dans les prochaines étapes.

En résumé, si les lois changent par le retrait d'un critère d'accès, l'esprit dans lequel elles seront appliquées, lui, ne changera pas : une personne, même si elle n'est pas en fin de vie, pourra toujours demander une AMM, et sa demande devra toujours être évaluée en fonction des autres critères prévus par les lois. Pour l'heure, ces dernières n'ont pas changé.

Des recommandations à l'intention des professionnels de la santé sont en préparation, en collaboration avec tous les acteurs clés, et seront diffusées en temps utile.

Nous continuons à surveiller l'évolution des lois avec le souci constant d'offrir les soins les plus appropriés à chacun des patients, y compris ceux qui souffrent d'une maladie mentale.

Il me reste à souhaiter que nous poursuivions collectivement ce cheminement amorcé en 2009 à travers ces étapes prévisibles, avec la sérénité et la sagesse dont nous avons fait preuve jusqu'à maintenant, pour le bien des patients, des soignants et de l'ensemble de la société.

Yves Robert M.D.

Secrétaire

Collège des médecins du Québec