

LES SOINS DE FIN DE VIE

Aide médicale à mourir – Critère d’aptitude à consentir aux soins et caractère libre et éclairé d’une demande contemporaine



Les principes généraux de l’évaluation clinique de l’aptitude à consentir aux soins sont décrits dans la fiche intitulée [Les soins de fin de vie – Processus décisionnel et consentement aux soins](#). Le présent document traite des dispositions spécifiques dans le contexte d’une demande d’aide médicale à mourir (AMM).

L’AMM concernant le mineur et le majeur inapte

Le législateur impose que l’AMM ne soit autorisée que pour les personnes majeures (âgées d’au moins 18 ans), et aptes à consentir aux soins ou capables de prendre des décisions qui concernent leur santé¹.

- Les mineurs, même ceux qui sont âgés de 14 ans et plus et qui sont aptes à consentir pour eux-mêmes à un soin requis par leur état de santé², ne peuvent se prévaloir de l’AMM;
- Les personnes majeures qui sont inaptes à consentir aux soins au moment de demander une AMM n’y ont pas accès non plus;
- Une demande d’AMM ne peut pas être formulée au moyen de directives médicales anticipées (DMA)³.

Il est prévu qu’une disposition de la *Loi concernant les soins de fin de vie* entre en vigueur d’ici juin 2025, permettant que soit formulée une demande anticipée d’AMM en prévision de l’inaptitude à consentir aux soins d’une personne atteinte d’une maladie grave et incurable menant à cette inaptitude. Une conciliation entre les deux dispositifs légaux, provincial et fédéral, sera nécessaire.

La nécessité d’une évaluation de l’aptitude à consentir aux soins dans le cadre d’une demande d’AMM

Pour tous les autres soins de fin de vie, l’aptitude à consentir n’est évaluée que si le professionnel de la santé a un doute. Pour l’AMM, la loi impose cette évaluation.

Il revient au professionnel compétent⁴ de s’assurer de l’aptitude de la personne à consentir aux soins au moment où elle demande une AMM et jusqu’au moment où elle la recevra, à moins que la personne en fin de vie ait renoncé à son consentement final⁵.

L’aptitude à consentir aux soins est un état de fait. Elle doit être appréciée selon la nature de l’acte pour lequel le consentement doit être obtenu. L’évaluation clinique de cette aptitude doit faire l’objet d’une démarche ciblée et individualisée⁶. Elle consiste notamment à estimer les quatre habiletés cognitives suivantes au regard de ces soins.

1 [Loi concernant les soins de fin de vie](#), RLRQ c. S-32.0001, art. 26 al. 1 (1); [Code criminel](#), L.R.C. (1985), ch. C-46, art. 241.2 (1) b).

2 [Code civil du Québec](#), RLRQ ccq-1991, art. 14.

3 [Loi concernant les soins de fin de vie](#), art. 51.

4 Les professionnels compétents sont, au sens de l’article 3.1 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les médecins.

5 [Loi concernant les soins de fin de vie](#), art. 29 al. 3. Voir la section ci-dessous, intitulée « La renonciation au consentement final, en cas d’inaptitude : une option en fin de vie ».

6 Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec (2023). [Le médecin et le consentement aux soins](#), p. 13. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). [Les obligations déontologiques de l’infirmière ou de l’infirmier et le consentement aux soins / OIIQ](#).



Les auteurs remercient les ordres professionnels concernés et l’ensemble de leurs collaborateurs, ainsi que les personnes et les organismes qui ont participé à la rédaction de ce document en partageant leurs compétences et leur expertise.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Estimation de quatre habiletés cognitives

1. Compréhension de l'information transmise d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse⁷

- A** La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un soin lui est proposé?
- B** La personne comprend-elle la nature et le but du soin proposé (et des autres options de soins proposés, y compris l'absence de soin)?
- C** La personne comprend-elle les avantages et les risques du soin proposé (et des autres options de soins, y compris l'absence de soin)?
- D** La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas subir le soin proposé?
- E** La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

2. Appréciation de l'information sur un plan personnel

La personne est-elle capable de s'approprier l'information reçue sur l'ensemble des options, de l'appliquer à sa propre personne et de faire preuve d'autocritique?

3. Expression de son choix

La personne est-elle capable de comparer les risques et les bénéfices de chacune des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d'elles et de justifier son choix?

4. Expression de son choix

La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant?

L'humeur, les valeurs et l'identité de la personne sont autant de facteurs susceptibles d'influencer l'aptitude de la personne à prendre une décision⁸. La souffrance, et *a fortiori* la souffrance psychique, par exemple, est susceptible d'altérer les fonctions cognitives d'une personne⁹, de même que certains des traitements qu'elle pourrait prendre. Le professionnel compétent devra en tenir compte au moment d'évaluer son aptitude à consentir aux soins, en particulier si elle demande une AMM.

Un professionnel compétent ne peut procéder à l'AMM sans que la personne apte l'ait elle-même demandé par écrit. Un consentement substitué¹⁰ à l'AMM est interdit.

L'aptitude fluctuante à consentir aux soins

L'aptitude à consentir aux soins d'une personne peut fluctuer au cours du temps, voire au cours d'une journée, en raison de la maladie elle-même ou des effets secondaires de médicaments, par exemple. Autant que possible, et selon la cause de l'inaptitude, le professionnel compétent devra choisir, avec l'aide de l'équipe interdisciplinaire, le meilleur moment pour évaluer l'aptitude à consentir aux soins de la personne qui demande une AMM. Le professionnel compétent devra redoubler de vigilance et effectuer une évaluation minutieuse de son aptitude à consentir afin de s'assurer de sa réelle compréhension des informations qui sont échangées. La collaboration de l'équipe multidisciplinaire peut être fort précieuse dans les circonstances.

En cas d'inaptitude à consentir aux soins

Si la personne est considérée comme étant inapte à consentir aux soins au moment de sa demande, les autres options de soins appropriées à sa condition doivent être à nouveau envisagées, en tenant compte des volontés qu'elle aura pu exprimer avant son inaptitude.

Si elle avait émis des directives médicales anticipées (DMA) concernant certains soins requis, et si ces dernières s'appliquent, elles devront être respectées¹¹. En leur absence, et pour d'autres soins que ceux prévus dans le formulaire des DMA, la collaboration du tiers habilité à consentir aux soins, selon les dispositions prévues au *Code civil du Québec*, sera sollicitée et son consentement devra être obtenu dans le seul intérêt de la personne et en tenant compte des volontés qu'elle aura exprimées par d'autres moyens¹².

7 Il s'agit des critères initialement établis par le *Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse, 1994 CanLII 6105 (CQ CA). Ils ont été adoptés sur le plan clinique à la suite du jugement *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*. Une grille d'analyse concernant l'inaptitude et le consentement à des soins pour autrui est mise de l'avant par la Cour d'appel dans l'affaire *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139.

8 Association des médecins psychiatres du Québec, *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux – document de réflexion*, novembre 2020, p.9.

9 Gupta, M et al., *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*, mai 2017. Voir en particulier le paragraphe 3.4 : « La relation entre l'aptitude à consentir aux soins et la souffrance ».

10 Un consentement substitué est un consentement donné par une tierce personne habilitée à le faire par la loi ou par un mandat de protection.

11 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 58.

12 *Code civil du Québec*, art. 11 al. 2, 12 et 15.

Le délai d'administration d'une AMM et la perte d'aptitude à consentir aux soins

Pendant la période comprise entre le moment de la décision et celui de l'administration d'une AMM, le risque appréhendé de la perte de l'aptitude à consentir aux soins de la personne pourrait, si l'ensemble des autres critères d'admissibilité étaient présents et si l'AMM était jugée appropriée, amener le professionnel compétent à proposer à la personne encore apte à consentir aux soins :

- De devancer la date de l'administration de l'AMM;

ou, si elle est en fin de vie,

- De renoncer à l'avance à donner son consentement final à recevoir l'AMM au moment de son administration, si elle devenait inapte à consentir aux soins¹³.

La renonciation au consentement final, en cas d'inaptitude : une option en fin de vie

Il se peut que la personne, apte à consentir aux soins au moment de demander l'AMM et jusqu'à la fin des évaluations médicales, perde son aptitude à consentir à la recevoir au moment de son administration, le cas échéant.

La *Loi concernant les soins de fin de vie*, à l'instar du *Code criminel*, permet une exception à l'exigence d'obtenir, juste avant l'administration de l'AMM, le consentement final de la personne en fin de vie à la recevoir¹⁴. Même si le critère de fin de vie ou de mort naturelle raisonnablement prévisible n'est plus une condition d'admissibilité à l'AMM, il s'agit d'un critère requis pour que la personne puisse bénéficier de cette exception.

Une personne en fin de vie ou en situation de mort naturelle raisonnablement prévisible a donc la possibilité de renoncer à l'avance à donner son consentement final à recevoir l'AMM au moment de son administration.

Même si les objectifs poursuivis par les deux lois sont les mêmes, les balises encadrant cette possibilité sont différentes et doivent être respectées. Ainsi, en tout respect de l'article 241.2 (3.2) du *Code criminel*, la personne doit être informée par le professionnel compétent du risque de perdre sa capacité à consentir à recevoir l'AMM et établir une entente par écrit avec lui, entente selon laquelle il lui administrera l'AMM à une date déterminée ou à une date antérieure. Afin de respecter aussi les conditions prévues au 3^e alinéa de l'article 29 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, la personne devra donner son consentement à recevoir l'AMM même si elle perd son aptitude à consentir aux soins. Ce consentement devra être donné par écrit et en présence d'un professionnel de la santé, dans les 90 jours précédant la date prévue de l'administration de l'AMM.

Le formulaire de consentement à l'AMM en cas d'inaptitude pour une personne en fin de vie, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, concilie les exigences des deux lois. Il est accessible dans l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux et dans la section sécurisée des sites Web du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dans le dossier sur l'AMM.

Le processus décisionnel menant à de tels consentement et entente requiert une grande rigueur. La personne doit être informée de son risque de perdre son aptitude à consentir au cours de l'évolution de son état de santé. Elle doit aussi connaître les options de soins qui s'offrent à elle le cas échéant, y compris la non-administration de l'AMM ou le devancement de son administration. Les risques et les bénéfices de chaque option doivent lui être expliqués.

Le professionnel compétent qui s'engage à administrer l'AMM doit recueillir lui-même les volontés de la personne concernant l'AMM, exprimées en prévision de son inaptitude à consentir aux soins. Il devra inscrire un résumé de la discussion dans le dossier médical de la personne. Cette dernière devrait également pouvoir faire part de ses volontés à ses proches.

Il est à noter qu'en tout respect du *Code criminel*, si le professionnel compétent qui a établi une entente ne peut finalement pas administrer l'AMM, un collègue ne pourrait le remplacer auprès de la personne devenue inapte qu'à la condition expresse qu'il ait lui aussi établi une telle entente. Il devra bien évidemment avoir lui-même évalué la personne et l'avoir jugée admissible à l'AMM alors qu'elle était encore capable de donner son consentement. Il devra également s'assurer que l'ensemble des exigences légales sont respectées.

Si la personne en fin de vie ou en situation de mort naturelle raisonnablement prévisible, qui a signé une telle entente avec le professionnel compétent et y a consenti par écrit, devient inapte avant la date de l'administration de l'AMM et si elle ne manifeste pas, par des paroles, sons ou gestes, un refus ou une résistance à ce que l'AMM lui soit administrée, alors le professionnel compétent concerné peut la lui administrer, en conformité avec les conditions de l'entente¹⁵.

13 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 29 al. 3.

14 *Ibid.*

15 *Code criminel*, art. 241.2 (3.2).

Le délai d'administration d'une AMM et la perte d'aptitude à consentir aux soins (suite)

Le raccourcissement des délais lorsque la mort naturelle de la personne n'est pas raisonnablement prévisible

Si la mort naturelle de la personne n'est pas raisonnablement prévisible, le *Code criminel* exige un délai d'au moins 90 jours francs entre le jour où commence la première évaluation de son admissibilité¹⁶ et celui où l'AMM est fournie¹⁷. Cependant, ce délai peut être raccourci si toutes les évaluations sont terminées, et que les deux professionnels compétents, celui qui est prêt à administrer l'AMM et celui qui donne le second avis, jugent que la perte de l'aptitude de la personne à consentir à recevoir l'AMM est « imminente » et qu'une période plus courte est « indiquée dans les circonstances¹⁸ ».

La vérification du caractère libre et éclairé de la demande d'AMM

Au-delà de l'aptitude à consentir à l'AMM, la vérification par le professionnel compétent du caractère libre et éclairé de la demande d'AMM et du consentement de la personne à la recevoir est exigée par les lois fédérale et provinciale¹⁹.

Caractère libre

Pour être libre, la demande d'AMM doit être exprimée sans pression, menace, contrainte ou promesse de la part du professionnel compétent, de la famille ou de l'entourage de la personne, voire des instances administratives et des impératifs budgétaires.

Une vigilance particulière devrait être apportée aux situations possibles de maltraitance des personnes vulnérables en s'appuyant sur l'expertise de l'équipe multidisciplinaire.

En cas de doute sur le caractère libre de la demande, le processus d'évaluation devrait être suspendu le temps de procéder à une vérification en bonne et due forme. Le professionnel compétent devra également dénoncer auprès des autorités concernées ces possibles cas de maltraitance, même s'il n'est pas l'IPS traitante ou le médecin traitant de la personne.

Caractère éclairé

L'évaluation du caractère éclairé du consentement à recevoir l'AMM nécessite, notamment, de la part du professionnel compétent, d'informer adéquatement la personne :

- De sa maladie ou de sa déficience physique;
- De l'évolution clinique prévisible de sa maladie ou de sa déficience physique en prenant en considération l'ensemble de son état;
- De son espérance de vie²⁰;
- Des mesures appropriées pour compenser ses incapacités;
- Des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs;
- Des options de traitements et d'interventions possibles et de leurs conséquences. Ces mesures peuvent être tant curatives que palliatives, telles que les soins palliatifs, la sédation palliative, la cessation ou le refus de traitements susceptibles de maintenir la personne en vie, ainsi que l'AMM.

Le professionnel compétent doit lui expliquer les bénéfices attendus, mais aussi les risques inhérents à chacune de ces différentes options. Il doit également s'assurer activement que la personne comprend bien ces informations.

Rappelons que le caractère libre et éclairé de la demande d'AMM doit être vérifié de manière continue.

16 Selon les critères prévus à l'art. 241.2 (1) du *Code criminel*.

17 *Code criminel*, art. 241.2(3.1) i).

18 *Ibid.*

19 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 26 al. 4, et *Code criminel*, art. 241.2 (1) d) et e).

20 Notamment, selon l'article 57 du *Code de déontologie des médecins* : « Le médecin doit informer le patient ou, s'il est empêché d'agir, le représentant légal de celui-ci d'un pronostic grave ou fatal, à moins qu'il n'y ait juste cause. »