Normes d'exercice des infirmières praticiennes : Aide médicale à mourir

AIINB

AIINB

Mandat

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

La *Loi sur les infirmières et infirmiers* confie à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) la responsabilité de protéger le public par la réglementation des membres de la profession infirmière au Nouveau-Brunswick. La réglementation rend la profession ainsi que les infirmières et infirmiers à titre individuel responsables de la prestation de soins infirmiers sécuritaires, compétents et éthiques.

© ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK 2024. Modifié juillet 2026

Tous droits réservés. © Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), Fredericton, N.-B. Il est interdit de transmettre à des fins commerciales ou lucratives le présent document, en partie ou en totalité, sauf avec le consentement écrit de l'AIINB. Le présent document peut être reproduit en tout ou en partie à des fins personnelles ou éducatives sans autorisation, à la condition qu'on exerce une diligence raisonnable pour assurer l'exactitude du matériel reproduit, que l'AIINB soit identifiée comme la source du document et que la reproduction ne soit pas présentée comme une version officielle du document reproduit ni comme une reproduction faite en collaboration avec l'AIINB ou avec son aval.

Remerciements

Le présent document sur les normes de l'aide médicale à mourir pour les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens a été rédigé en adaptant le *Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir* créé par le Groupe de travail sur les normes de pratique de l'AMM réuni par Santé Canada entre septembre 2022 et mars 2023.

De plus, les parties prenantes de l'AIINB, incluant des IP, des éducateurs, des comités consultatifs, le conseil, le gouvernement et des employeurs, ont été consultées pour l'élaboration du présent document.

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

Table des matières

Remerciements 2
Introduction 4
2.0 Buts 4
3.0 Connaissances, soins, et compétences raisonnables 5
4.0 Champ d'exercice 5
5.0 Responsabilités des IP ne pouvant ou ne voulant pas participer à l'AMM 5
6.0 Obligations à l'égard des personnes potentiellement admissibles à l'AMM 6
7.0 Participation des IP stagiaires 7
8.0 Obligations des évaluateurs et des prestataires 7
A. Généralités 7
B. Obligations des prestataires 8
C. Obligations des évaluateurs 8
9.0 Admissibilité à l'AMM 9
A. Critères d'admissibilité 9
B. Évaluation de l'admissibilité 10
C. Caractère volontaire 12
10.0 Mesures de sauvegarde procédurales 13
A. Mesures de sauvegarde procédurales 13
B. Mise en œuvre des mesures de sauvegarde procédurales 16
11.0 Considérations supplémentaires relatives aux évaluations de l'admissibilité et aux mesures de sauvegarde procédurales 19
A. Tendances suicidaires 19
B. Dynamiques interpersonnelles difficiles 19
12.0 Soins virtuels 19
13.0 Renonciation au consentement final 20
14.0 Consentement préalable – Auto-administration 20
15.0 Prestation de l'AMM 21
16.0 Documentation et rapports 21
17.0 Glossaire 23

Introduction

La présente norme reflète l'état actuel de la loi canadienne en matière d'aide médicale à mourir (**AMM**) (tel qu'établi par le *Code criminel*). Elle s'applique à la pratique de toutes les **infirmières praticiennes[1] (IP)** du Nouveau-Brunswick, dans tous les cas d'AMM.

Tout au long de la norme, les termes « doit » et « devrait » sont utilisés pour exprimer les attentes de l'AIINB. La mention « doit » indique une exigence obligatoire. Le terme « devrait » indique que les IP peuvent faire preuve d'une discrétion raisonnable dans l'application de cette attente.

La présente norme doit être interprétée dans le contexte de la législation fédérale [2] et de la législation du N.-B.[3] relative à l'AMM. Rien dans cette norme ne réduit l'obligation des IP de se conformer à toutes les lois applicables.

Cette norme doit être appliquée conjointement avec d'autres normes de l'autorité réglementaire, y compris les le Code de conduite pour les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes et les normes d'exercice *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes,* les *Normes pour la relation infirmière-client* et les *Normes pour la tenue de dossiers.* La présente norme devrait également être appliquée conjointement avec le Document de référence : Aide médicale à mourir, la *Fiche d'information : Le consentement* et le . Les IP sont encouragées à consulter les ressources disponibles auprès de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM et autres associations professionnelles pertinentes.

2.0 Buts

2.1 La présente norme a été établie dans les buts suivants :

2.0.1 Fournir des informations qui aideront les IP et la population à comprendre les **critères d'admissibilité,** les **mesures de sauvegarde** procédurales et les exigences de déclaration qui doivent être respectées concernant l'AMM;

2.0.2 Établir les attentes professionnelles relatives aux IP du N.-B. impliquées dans l'AMM;

[1] Dans le présent document, le féminin prévaut pour ne pas nuire à la lecture et en reconnaissance de la réalité majoritairement féminine de la profession, mais est employé sans préjudice et désigne aussi les hommes et les membres des communautés 2ELGBTQI+.

[2] https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medicale-mourir.html

[3] https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/patients/content/AideMedicaleMourir.html

2.0.3 Présenter les exigences juridiques spécifiques pour les **évaluateurs** et **prestataires** de l'AMM.

3.0 Connaissances, soins, et compétences raisonnables

3.1 L'AMM doit être administrée avec des connaissances, des soins et des compétences raisonnables.

3.2 Les IP qui participent d'une manière ou d'une autre à l'AMM doivent le faire conformément au *Code criminel* du Canada et à toutes les autres lois, règles ou normes provinciales applicables.

4.0 Champ d'exercice

4.1 Les IP ne doivent exercer que dans les limites du champ d'exercice pour lequel elles sont adéquatement formées, autorisées et compétentes et en conformité avec les *Compétences de niveau débutant pour les infirmières praticiennes* et les *Normes d'exercice pour les infermières praticiennes.*

4.2 Les IP qui choisissent d'évaluer l'admissibilité à l'AMM ou de l'administrer doivent avoir une formation, une expérience et des qualifications suffisantes pour le faire de manière sécuritaire et compétente dans les circonstances de chaque cas. Cela devrait inclure une formation à l'évaluation de la **capacité**, à **soigner des patients d'une manière sensible aux traumatismes**, et à la **sécurité** et à **l'humilité culturelles**.

5.0 Responsabilités des IP ne pouvant ou ne voulant pas participer à l'AMM

5.1 Aucune IP ne peut être contrainte de prescrire ou d'administrer des substances dans le cadre de l'AMM.

5.2 Les IP qui ne peuvent ou ne veulent pas participer à la pratique de l'AMM telle que définie dans cette norme :[4]

5.2.1 Doivent informer la personne qu'elle n'est pas en mesure de l'aider à faire une demande d'évaluation pour l'AMM ou qu'elle n'est pas disposée à le faire, ou à administrer l'AMM;

[4] L'objection de conscience peut être particulière à un cas. Certains ou certaines IP s'opposent en toute conscience à l'AMM dans toute circonstance. Certains ont une objection de conscience dans certaines circonstances (par exemple les demandes de la voie 2), d'autres dans des cas précis compte tenu des circonstances particulières. Les mêmes règles s'appliquent quelle que soit la portée de l'objection – les IP ne peuvent pas être contraints de participer, mais ils doivent suivre les étapes décrites au point 5.2 s'ils ne veulent pas participer.

5.2.2 Doivent remplir un transfert de soins ou une **référence efficace** pour toute personne qui cherche à faire une demande d'AMM, qui demande l'AMM ou qui est admissible à la recevoir;

5.2.3 Doivent fournir, avec le consentement de la personne, tous les dossiers de santé pertinents et nécessaires à l'IP, au **médecin** ou au fournisseur[5] de services liés à l'AMM

5.2.4 Doivent continuer à donner des soins et des traitements non liés à l'AMM si la personne le souhaite;

5.2.5 Devraient remplir un **transfert de soins efficace** vers un ou une autre IP ou un médecin si la personne ne souhaite pas demeurer sous leur responsabilité[6].

5.3 Les IP qui ont une relation thérapeutique avec une personne demandant l'AMM (indépendamment de la demande d'AMM) ne doivent pas donner le congé de la personne au motif qu'une demande d'AMM a été faite ou que la personne reçoit également des services d'une équipe d'AMM ou d'un processus centralisé.

6.0 Obligations à l'égard des personnes potentiellement admissibles à l'AMM

6.1 Les IP doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que les personnes sont informées de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles pour soulager la souffrance.

6.2 Les IP ne doivent pas supposer que toutes les personnes potentiellement admissibles à l'AMM savent que celle-ci est légale et accessible au Canada.

6.3 Lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'une personne peut être admissible à l'AMM, les IP doivent déterminer si l'AMM est compatible avec les valeurs de la personne et ses objectifs de soins :

6.3.1 si elle est compatible,

(a) informer la personne de la possibilité de l'AMM; ou

(b) remplir une référence ou un transfert de soins efficace vers un ou une autre IP, un médecin ou un programme d'AMM connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM;

[5] https://horizonnb.ca/fr/patients-et-visiteurs/renseignements-a-lintention-des-patients/aide-medicale-a-mourir/ ; https://www.vitalitenb.ca/fr/patients/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-mourir

[6] Voir aussi *Normes pour la relation infirmière-client* et *Directive professionnelle : Pratique des infirmières praticiennes*

6.3.2 si elle n'est pas compatible, ne pas informer la personne de la possibilité de l'AMM;

6.3.3 qu'elle soit compatible ou non, documenter les mesures prises et leur justification.

6.4 Les IP doivent répondre à toutes les questions raisonnables des personnes concernant l'AMM ou remplir une référence ou un transfert de soins efficace vers un ou une autre IP, un médecin ou un programme d'AMM connu pour être disposé à discuter de l'admissibilité à l'AMM.

6.5 Lorsqu'ils conseillent les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM, les IP doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que la personne ne perçoit pas de contrainte, d'incitation ou de pression pour demander ou non l'AMM. Conseiller les personnes sur leur admissibilité potentielle à l'AMM et leur conseiller d'envisager l'AMM sont deux choses distinctes.

7.0 Participation des IP stagiaires

7.1 Les IP stagiaires peuvent participer à la prestation de soins infirmiers en leur qualité actuelle d'IP, mais ne peuvent pas effectuer d'évaluations d'admissibilité pour l'AMM ni administrer l'AMM. Seuls les médecins et les IP y sont autorisés. Les IP stagiaires peuvent toutefois se familiariser avec le processus d'AMM en observant leurs mentors et en discutant avec eux.

7.2 Les infirmières praticiennes diplômées (IPD) ne remplissent pas toutes les exigences d'admissibilité et ne détiennent pas encore de permis d'exercice en tant qu'IP. Les IPD peuvent apporter leur aide dans le cadre de l'AMM, conformément au rôle de l'infirmière immatriculée[7].

8.0 Obligations des évaluateurs et des prestataires[8]

A. Généralités

8.1 Au moins deux praticiens ou praticiennes doivent participer à l'évaluation de l'admissibilité d'une personne demandant l'AMM.

8.2 En tant qu'évaluateurs et prestataires, les IP doivent :

8.2.1 Être des **praticiens indépendants**;

[7] Lignes directrices sur l'AMM à l'intention des infirmières autorisées et infirmiers autorisés, lorsqu'elles seront disponibles.

[8] Note aux utilisateurs : Il existe des différences entre les autorités réglementaires en ce qui concerne les obligations de l'évaluateur et du prestataire. Dans ce modèle de norme, nous n'avons inclus que les obligations établies par la législation fédérale sur l'AMM ou recommandées par le groupe d'experts fédéral sur l'AMM et la maladie mentale.

8.2.2 Agir de manière cohérente avec les *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes* en soins de santé primaires et les *Normes pour la relation infirmière-client*;

8.2.3 Remplir l'ensemble de la documentation et des rapports requis, comme indiqué dans la section 16.0 ci-dessous;

8.2.4 Ne pas participer à l'AMM en tant qu'évaluateurs ou prestataires pour eux-mêmes, les membres de leur famille ou toute personne avec laquelle elles entretiennent un lien personnel ou affectif étroit.

8.3 Les évaluateurs et les prestataires ne doivent pas révéler qu'une personne a demandé une évaluation ou une prestation d'AMM sans le consentement de cette personne.

B. Obligations des prestataires

8.4 Les IP ne doivent pas administrer l'AMM sur les instructions d'aucune autre personne que celle qui demande l'AMM.

8.5 Avant d'administrer l'AMM, les IP prestataires doivent évaluer l'admissibilité de la personne qui fait la demande (voir section 9.0) et s'assurer que toutes les mesures de sauvegarde procédurales sont respectées (voir section 10.0).

8.6 Les IP qui prescrivent ou obtiennent une substance à des fins d'administrer l'AMM doivent informer le pharmacien ou la pharmacienne, avant qu'il ou elle ne délivre la substance, que celle-ci est destinée à cette fin. (voir section 15.0).

8.7 Les IP prestataires doivent veiller à la sécurité de l'ordonnance, de l'utilisation, de l'entreposage et du retour des substances liées à la prestation de l'AMM.

C. Obligations des évaluateurs

8.8 Les IP ne doivent pas effectuer d'évaluation relative à l'AMM sur les instructions d'aucune autre personne que celle qui demande l'AMM.

8.9 Les IP évaluateurs doivent fournir un avis écrit confirmant que la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM.

8.10 Lorsque la mort naturelle n'est pas **raisonnablement prévisible**, les IP évaluateurs doivent discuter avec la personne demandant l'AMM des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et déterminer si la personne a sérieusement

envisagé ces moyens.[9]

8.11 Lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et que le prestataire envisage une réduction de la **période de 90 jours**, les IP évaluateurs doivent fournir un avis sur l'imminence de la perte de la capacité de la personne à donner son consentement à recevoir l'AMM.

9.0 Admissibilité à l'AMM

A. Critères d'admissibilité

9.1 Les IP doivent administrer l'AMM uniquement à une personne qui a fait la demande seulement si elle rencontre tous les critères d'admissibilité suivants :

9.1.1 La personne est admissible, ou serait admissible, sans le délai minimal de résidence ou de carence applicable, à des soins de santé financés par un gouvernement au Canada;

9.1.2 La personne est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;

9.1.3 La personne a fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;

9.1.4 La fourniture de l'AMM par les IP est conforme à la politique de l'employeur (s'il n'existe pas de politique, il incombe à l'IP de plaider en faveur de l'élaboration de politiques de soutien);

9.1.5 La personne **consent de manière éclairée** à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs;

9.1.6 La personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable. Ces critères ne sont remplis que lorsque l'évaluateur et le prestataire sont d'avis que :

(a) la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;

[9] Alors qu'un évaluateur peut discuter des moyens disponibles pour soulager la souffrance de la personne pour les personnes de la voie 1, le *Code criminel* exige que l'évaluateur et le prestataire le fassent pour les personnes de la voie 2.

(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.

9.2 Les IP doivent uniquement appliquer les critères d'admissibilité à l'AMM énoncés dans la présente norme.

B. Évaluation de l'admissibilité

9.3 Capacité

9.3.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, les IP doivent être d'avis que la personne demandant l'AMM a la capacité de prendre des décisions relatives à l'AMM au moment de l'évaluation de l'AMM.

9.3.2 Au moment de l'évaluation de la capacité de prise des décisions relative à l'AMM, les IP doivent déterminer si la personne a la capacité de comprendre et d'apprécier :

(a) l'historique et le pronostic de son problème de santé;
(b) les options de traitement ainsi que leurs risques et avantages;
(c) le résultat escompté de l'administration de l'AMM est la mort de la personne.

9.3.3 Comme la capacité est fluide et peut changer avec le temps, les IP doivent être attentifs aux changements potentiels de la capacité d'une personne. Le cas échéant, les IP devraient procéder à des évaluations en série de la capacité de décision d'une personne.

9.3.4 Lorsque cela est approprié, les IP devraient consulter des cliniciennes ou cliniciens spécialisés dans l'évaluation de la capacité de prise de décision.

9.3.5 Toutes les évaluations de la capacité doivent être réalisées conformément aux normes cliniques et aux critères juridiques.

9.4 Problème de santé grave et irrémédiable[10]

[10] Si votre seul problème médical est une maladie mentale, vous **n'êtes pas** admissible à l'aide médicale à mourir avant le 17 mars 2027. Si vous souffrez d'une maladie mentale et que vous avez d'autres problèmes médicaux, vous pourriez être admissible à l'aide médicale à mourir.

9.4.1 Pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, les IP doivent être d'avis que la personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable ».

9.4.2 La personne est affectée d'un « problème de santé grave et irrémédiable » si :

(a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;

(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.

9.5 Maladie, affection ou handicap graves et incurables

9.5.1 Pour conclure qu'une personne souffre d'un problème de santé grave et irrémédiable, les IP doivent être d'avis que la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable.

9.5.2 « Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

9.6 Situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités

9.6.1 Pour conclure qu'une personne est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable, les IP doivent être d'avis que la situation médicale de la personne se caractérise par un état avancé de déclin irréversible de ses capacités.

9.6.2 Le terme « capacités » renvoie au fonctionnement d'une personne (physique, social, professionnel ou autres domaines importants), et non aux symptômes de son problème de santé. Le terme « fonctionnement » renvoie à la capacité de la personne d'entreprendre les activités qui sont significatives pour elle.

9.6.3 Le terme « déclin avancé » signifie que la diminution de la fonction est grave.

9.6.4 Le terme « irréversible » signifie qu'il n'y a plus d'interventions raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les interventions reconnues, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

9.7 Des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être soulagées dans des conditions que la personne juge acceptables.

9.7.1 Pour constater qu'une personne est atteinte d'un problème de santé grave et irrémédiable, les IP doivent être d'avis que la maladie, l'affection, le handicap ou l'état de déclin de la personne 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.

9.7.2 Afin de se forger une opinion sur le fait que le critère de souffrance pour l'AMM est respecté, les IP :

(a) doivent explorer toutes les dimensions de la souffrance de la personne (physique, psychologique, sociale, existentielle) et les moyens disponibles pour les soulager;
(b) doivent explorer la cohérence de l'évaluation que fait la personne de sa souffrance avec la présentation clinique globale de la personne, ses souhaits exprimés au fil du temps et le récit de sa vie;
(c) doivent être d'avis que c'est la maladie, l'affection, le handicap et/ou l'état de déclin des capacités de la personne qui est la cause de ses souffrances;
(d) doivent être d'avis que la souffrance est persistante;
(e) doivent respecter la subjectivité de la souffrance.

C. Caractère volontaire

9.8 Pour déterminer qu'une personne est admissible à l'AMM, les IP doivent être convaincus que la décision de la personne de demander l'AMM a été prise librement, sans influence indue (actuelle ou passée) de la part des membres de la famille, des prestataires de soins de santé ou d'autres personnes.

9.9 Les IP doivent connaître et respecter toutes les exigences provinciales relatives à l'AMM pour les personnes hospitalisées de façon involontaire ou sous soins communautaires supervisé. De même, elles doivent connaître et respecter les exigences provinciales ou fédérales en matière d'AMM pour les personnes détenues en vertu d'une ordonnance de non-responsabilité criminelle ou incarcérées.

9.10 Les IP doivent obtenir le consentement éclairé directement de la personne demandant l'AMM, et non du décideur substitut autorisé d'une personne inapte.

9.11 Lors de la recherche du consentement éclairé, les IP doivent :

9.11.1 discuter de toutes les options de traitement raisonnables, acceptées et disponibles avec la personne demandant l'AMM, y compris les avantages, risques et effets secondaires associés, ce qui inclut informer la personne des moyens disponibles pour soulager sa souffrance, y compris les soins palliatifs;

9.11.2 informer la personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris, le cas échéant, des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs, et proposer des consultations avec les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins;

9.11.3 informer la personne qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM, et qu'elle aura la possibilité de retirer sa demande immédiatement avant que l'AMM ne soit administrée (sauf s'il existe une renonciation au consentement final valide – voir la section 13.0 ci-dessous);

9.11.4 informer la personne demandant l'AMM de toutes les complications possibles associées à l'AMM administrée par un prestataire et à l'**auto-administration**, y compris la possibilité que la mort ne survienne pas;

9.11.5 informer la personne qui indique une préférence pour l'auto-administration de l'AMM que si la mort n'est pas atteinte dans un délai raisonnable ou n'est pas atteinte, il ne sera pas possible pour le prestataire d'intervenir et d'administrer une substance causant sa mort à moins que la personne ne soit capable et ne puisse donner son consentement immédiatement avant l'administration, ou qu'elle n'ait conclu une entente écrite prévoyant un consentement préalable pour la prestation de l'AMM par un ou une IP (voir section 14.0 ci-dessous).

10.0 Mesures de sauvegarde procédurales

A. Mesures de sauvegarde procédurales

10.1 Avant d'administrer l'AMM à une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible (**voie 1**), compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans qu'un pronostic ait nécessairement été établi quant à la durée précise du temps qu'il lui reste à vivre, les IP doivent :

10.1.1 être d'avis que la personne répond à tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.2 s'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

(a) faite par écrit, et signée et datée par la personne (ou par une autre personne en vertu de la loi[11]);
(b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qu'elle est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable;

10.1.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi, devant un **témoin indépendant** qui a ensuite également signé et daté la demande;

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

10.1.5 s'assurer qu'un autre médecin, un autre infirmier praticien ou une autre infirmière praticienne a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.1.6 s'assurer que ces derniers et l'évaluateur sont indépendants les uns des autres;

10.1.7 si la personne éprouve des difficultés à communiquer, prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte, de manière fiable, que la personne puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision;

10.1.8 à moins que les conditions de **renonciation au consentement final** ou au consentement préalable – auto-administration aient été remplies (voir sections 13.0 et 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle donne son consentement exprès à recevoir l'AMM.

10.2 Avant d'administrer l'AMM à une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale (**voie 2**), les IP, en tant que prestataire, doivent :

10.2.1 être d'avis que la personne remplit à tous les critères d'admissibilité pour l'AMM;

10.2.2 s'assurer que la demande d'AMM de la personne a été :

[11] Lorsque la personne qui demande l'AMM est incapable de dater et de signer la demande, un tiers âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM 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.

(a) faite par écrit, et signée et datée par la personne ou par une autre personne en vertu de la loi;
(b) signée et datée une fois que la personne a été informée par un médecin, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien qu'elle est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable;

10.2.3 s'assurer que la demande a été signée et datée par la personne, ou par une autre personne en vertu de la loi, devant un témoin indépendant qui a ensuite également signé et daté la demande;

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

10.2.5 s'assurer qu'un autre médecin, une autre infirmière praticienne ou un autre infirmier praticien a fourni un avis écrit confirmant que la personne remplit tous les critères d'admissibilité à l'AMM;

10.2.6 si ni eux-mêmes ni l'évaluateur ne possèdent d'expertise à l'égard du problème de santé à l'origine des souffrances de la personne, veiller à ce qu'eux-mêmes ou l'évaluateur consulte un ou une IP ou un médecin qui possède une telle expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticien (voir la section 10.3.7 pour plus de contenu sur l'« expertise »);

10.2.7 s'assurer qu'eux-mêmes et l'évaluateur sont indépendants les uns des autres;

10.2.8 s'assurer que la personne a été informée 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 et qu'on lui a offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins;

10.2.9 s'assurer qu'eux-mêmes et l'évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec la personne sur le fait que celle-ci a sérieusement envisagé ces moyens;

10.2.10 s'assurer qu'au moins 90 jours francs se sont écoulés entre le jour où la première évaluation de l'admissibilité pour la demande actuelle commence et le jour où l'AMM est fournie ou – si toutes les évaluations ont été effectuées et qu'eux-mêmes et l'évaluateur sont tous deux d'avis que la perte de la capacité de la personne à consentir à recevoir l'AMM est imminente – une période plus courte que le prestataire considère comme appropriée dans les circonstances;

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

10.2.12 à moins que les conditions pour un **consentement préalable – auto-administration** aient été remplies (voir section 14.0), immédiatement avant d'administrer l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM.

B. Mise en œuvre des mesures de sauvegarde procédurales

10.3 Être convaincus (voies 1 et 2 sauf indication contraire)

10.3.1 Avant d'administrer l'AMM, les IP doivent être convaincues que la personne répond à tous les critères d'admissibilité énoncés dans le *Code criminel* et l'évaluateur doit avoir fourni un avis écrit confirmant que la personne répond aux critères d'admissibilité.

10.3.2 Les IP ne doivent fournir des avis sur l'admissibilité à l'AMM que dans les limites de leur champ d'exercice.

10.3.3 Lorsqu'ils fournissent des avis sur l'admissibilité à l'AMM, les IP doivent respecter les normes éthiques existantes telles qu'elles figurent, par exemple, dans le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et dans les Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires.

10.3.4 La formulation d'un avis sur l'admissibilité à l'AMM peut nécessiter que les IP prennent certaines mesures :

10.3.4.1 Obtention des dossiers de santé

(a) Les IP doivent tenter d'obtenir tous les dossiers de santé et les données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM.

(b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention du dossier de santé et des données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM, les IP doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible.

10.3.4.2 Collecte de **renseignements supplémentaires** (notamment auprès de l'équipe traitante, des membres de la famille et des personnes-ressources importantes)

(a) Les IP doivent essayer d'obtenir tous les renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM.

Il peut s'agir de renseignements connus de l'équipe traitante actuelle ou précédente ou de membres de la famille ou de personnes-ressources importantes.

(b) Les IP doivent avoir reçu le consentement de la personne apte avant de recueillir des renseignements supplémentaires.

(c) Lorsqu'une personne apte refuse qu'on obtienne les renseignements supplémentaires nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM, les IP doivent lui expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, elle ne peut être considérée comme admissible.

10.3.4.3 Implication d'autres professionnels de la santé

(a) Les IP devraient faire appel à des médecins spécialistes, à des surspécialistes et à d'autres professionnels de la santé pour des consultations et une expertise supplémentaire, si nécessaire et avec le consentement de la personne qui demande l'AMM.

(b) Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à la participation des autres professionnels de la santé nécessaires à la réalisation d'une évaluation d'AMM, les IP doivent lui expliquer que, sans cette participation, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, elle ne peut être considérée comme admissible.

10.3.5 Moyens disponibles pour soulager la souffrance (voie 2 seulement)

10.3.5.1 Avant d'administrer l'AMM, les IP doivent s'assurer que la personne a été informée 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 et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.

10.3.5.2 Les « services communautaires » doivent être interprétés comme comprenant les services de soutien au logement et au revenu.

10.3.5.3 Les « moyens disponibles » doivent être interprétés comme des moyens raisonnables et reconnus.

10.3.5.4 L'information et l'offre de consultations peuvent être réalisées par les IP ou par d'autres personnes ayant des connaissances pertinentes (p. ex., travailleurs sociaux, fournisseur de soins primaires) à l'égard des moyens pour soulager la souffrance (p. ex., les services communautaires). Les IP doivent confirmer que le demandeur a été informé des moyens disponibles et qu'on lui a proposé des consultations avec les professionnels concernés.

10.3.6 Prise en considération des moyens raisonnables et disponibles pour soulager la souffrance (voie 2 seulement)

10.3.6.1 Avant d'administrer l'AMM, les IP doivent veiller à ce qu'eux-mêmes et l'évaluateur aient discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés.

10.3.6.2 Par sérieusement envisagés, il faut entendre : a) exercer sa capacité et non simplement l'avoir; b) faire une réflexion approfondie; et c) éviter l'impulsivité.

10.3.7 Praticien avec expertise – consultation (lorsqu'aucun des évaluateurs n'a d'expertise à l'égard de la condition causant la souffrance) (voie 2 seulement)

10.3.7.1 Si ni le prestataire ni l'évaluateur n'ont d'expertise à l'égard de la condition qui cause les souffrances de la personne, l'IP prestataire doit s'assurer que lui-même ou l'évaluateur consulte un médecin ou un ou une IP qui possède cette expertise et communique les résultats de cette consultation avec l'autre praticienne ou praticien.

10.3.7.2 Un « IP qui possède cette expertise » n'est pas tenu d'avoir un titre de spécialiste. L'expertise peut être obtenue par l'éducation, la formation et l'expérience substantielle du médecin ou de l'IP dans le traitement de la condition qui cause la souffrance de la personne.

10.3.7.3 Les IP doivent s'assurer qu'ils possèdent l'expertise nécessaire pour fournir la consultation. Ce faisant, ils doivent travailler dans le cadre de leur champ d'exercice.

10.3.7.4 Le « praticien avec expertise », en vertu de cette disposition du *Code criminel,* fournit une consultation à l'évaluateur et au prestataire, et non une évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

10.3.7.5 L'examen des dossiers de santé antérieurs du demandeur (y compris les rapports de consultation de spécialistes antérieurs) peut constituer une partie importante d'une évaluation complète de l'admissibilité à l'AMM. Cependant, un tel examen ne constitue pas une « consultation » aux fins de la section 10.2.6, car cela exige une communication directe et simultanée avec la praticienne ou le praticien ayant l'expertise.

11.0 Considérations supplémentaires relatives aux évaluations de l'admissibilité et aux mesures de sauvegarde procédurales

A. Tendances suicidaires

11.1 Les IP doivent prendre des mesures pour s'assurer que la demande de la personne de recevoir l'AMM est cohérente avec ses valeurs et ses convictions, et qu'elle est sans ambiguïté et durable. Elles doivent s'assurer qu'elle est le fruit d'une réflexion rationnelle faite pendant une période de stabilité et non pendant une période de crise. Cela peut nécessiter des évaluations en série.

11.2 Une demande d'AMM déposée par une personne atteinte de **troubles mentaux** en l'absence des critères permettant l'hospitalisation contre le gré de la personne, tels qu'énumérés dans la législation du Nouveau-Brunswick, ne constitue pas un motif d'évaluation psychiatrique ou d'hospitalisation contre son gré (voir Document de référence pour plus de détails).

11.3 Les IP doivent envisager des références vers des soutiens et des services de prévention du suicide pour les personnes jugées inadmissibles à l'AMM si, de l'avis de l'évaluateur, la conclusion augmente le risque de suicide de la personne.

B. Dynamiques interpersonnelles difficiles

11.4 Les IP doivent être attentives aux dynamiques interpersonnelles difficiles telles que les comportements menaçants des demandeurs de l'AMM ou de leurs proches. Si ces dynamiques difficiles compromettent la réalisation de l'évaluation d'admissibilité conformément aux normes professionnelles, les IP devraient rechercher des renseignements ou des conseils auprès de mentors et de collègues, ou cesser de participer au processus d'évaluation (voir Document de référence pour plus d'informations).

12.0 Soins virtuels

12.1 Les IP peuvent évaluer la demande d'AMM d'une personne et obtenir des consultations en rapport avec l'AMM de manière virtuelle.

12.2 Les IP doivent évaluer au cas par cas l'opportunité de recourir aux **soins virtuels**, en veillant à respecter le *Code criminel* (par exemple, en s'assurant du caractère volontaire de la demande) et en s'assurant de pouvoir respecter leurs obligations légales et professionnelles.

12.3 Lors de l'évaluation virtuelle d'une personne pour l'admissibilité à l'AMM, les IP doivent :

12.3.1 confirmer que la personne est d'accord pour que l'évaluation se déroule de manière virtuelle;

12.3.2 déterminer qu'ils peuvent parvenir à une conclusion valide au sujet de l'admissibilité de la personne à l'AMM;

12.3.3 s'assurer que l'évaluation s'harmonise avec les Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires et avec la *Directive professionnelle sur la télépratique infirmière*

13.0 Renonciation au consentement final

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

13.1.1 si leur état a fait l'objet d'une évaluation et d'une approbation;

13.1.2 si elles perdent leur capacité de donner leur consentement avant la date à laquelle elles souhaiteraient obtenir l'AMM;

13.1.3 si elles ont a conclu un accord écrit avec un ou une IP ou un médecin;

13.1.4 si elles n'expriment pas de signes de refus par des paroles, des sons ou des gestes et ne résistent pas à l'administration de la substance.

14.0 Consentement préalable - Auto-administration

14.1 Les personnes autorisées à recevoir l'AMM qui choisissent de s'administrer elles-mêmes une substance à cette fin peuvent conclure une entente écrite avec leur IP ou leur médecin pour prévoir quoi faire si des complications survenaient après l'ingestion de la substance et qu'elles entraînaient une perte de capacité décisionnelle, mais non la mort.

14.2 Toutes les personnes qui choisissent de s'administrer elles-mêmes une substance aux fins de l'AMM peuvent conclure une telle entente avec leur IP, quel que soit le pronostic à leur égard.

14.3 L'IP peut administrer l'AMM après que la personne se soit elle-même administré la substance et qu'elle ait perdu la capacité de consentir, mais n'est pas décédée :

14.3.1 si la personne a conclu un accord écrit avec l'IP qui fournit l'AMM;

14.3.2 si l'IP est présente au moment de l'auto-administration;

14.3.3 si la personne s'est **auto-administré** la première substance, mais n'est pas décédée au bout de la période prévue et a perdu sa capacité à consentir à l'AMM.

15.0 Prestation de l'AMM

15.1 Les IP prestataires de l'AMM doivent recevoir les substances nécessaires à l'AMM directement de la pharmacienne ou du pharmacien habilité à délivrer des médicaments et l'informer que ces substances sont destinées à l'AMM.

15.2 Les IP prestataires de l'AMM doivent assister personnellement la personne pendant l'auto-administration, ou administrer personnellement les substances nécessaires à l'AMM, et demeurer au chevet de la personne jusqu'à ce que le décès soit confirmé. Cette responsabilité ne doit pas être déléguée ou attribuée à une autre personne.

15.3 Les IP prestataires de l'AMM doivent s'assurer que toutes les substances non utilisées sont renvoyées à la pharmacie dès que possible et dans les 72 heures suivant la confirmation du décès du client.

(a) Si une IP n'est pas raisonnablement disponible pour retourner elle-même les substances inutilisées à la pharmacie, elle peut demander à une autre infirmière praticienne ou un autre infirmier praticien, à un médecin, à un pharmacien ou une pharmacienne, ou à une autre infirmière autorisée ou un autre infirmier autorisé – s'ils sont soutenus par la législation, les normes de pratique et la politique de l'employeur – de retourner les substances à la pharmacie. L'IP doit consigner dans le dossier du client le nom de la personne chargée de retourner les substances.

16.0 Documentation et rapports

16.1 Documentation

16.1.1 Les IP documentent leurs soins de façon appropriée, conformément aux exigences de déclaration établies par les gouvernements fédéral et provinciaux, aux Normes pour la tenue de dossiers de l'AIINB et aux politiques de l'employeur.

16.1.2 Les IP documentent :

(a) Diagnostic et pronostic de la personne;

(b) Autres moyens disponibles pour soulager la souffrance (y compris soins palliatifs, traitement de la douleur et autres services et soutiens);

(c) Options pour retirer la demande d'AMM en tout temps;
(d) Risques liés à la prise des substances prescrites destinées à provoquer la mort.

16.2 Certification du décès

16.2.1 La certification du décès[12] est un acte imposé par la loi (*Loi sur les statistiques de l'état civil,* modifiée le 1er avril 2017). Il s'agit du processus par lequel le certificat médical de décès est rempli et signé, attestant du fait, de la cause et du mode de décès de la personne. C'est l'IP prestataire de l'AMM qui s'en occupe.

16.3 Rapport

16.3.1 Les rapports exigent la collecte de renseignements cohérents et complets sur l'AMM dans l'ensemble du pays en établissant les exigences en matière de production de rapports pour : les professionnels et professionnelles de la santé qui mènent des évaluations préliminaires de l'admissibilité; les médecins et les IP qui mènent des évaluations de l'admissibilité et qui fournissent l'AMM; et les pharmaciens et pharmaciennes et les techniciens et techniciennes en pharmacie (en collaboration avec un pharmacien ou une pharmacienne) qui délivrent les substances nécessaires pour la prestation de l'AMM.

16.3.2 Les IP doivent se conformer aux exigences en matière de rapports établies pour la surveillance ou le suivi de l'AMM[13] et soumettre leurs rapports par l'intermédiaire du Portail canadien de collecte de données relatives à l'aide médicale à mourir, une plateforme sécurisée développée conjointement par Santé Canada et Statistique Canada.

[12] https://nanb.nb.ca/fr/bibliotheque/document/faq-y-a-t-il-une-difference-entre-constater-et-certifier-un-deces/

[13] https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/document-orientation-exigences-matiere-etablissement-rapports-vertu-reglement-modifiant-reglement-sur-surveillance-aide-medicale-mourir.html

17.0 Glossaire

Aide médicale à mourir (AMM) : terme générique qui comprend l'AMM administrée par une clinicienne ou un clinicien et l'AMM par auto-administration. Ces pratiques comprennent ce que l'on appelle parfois l'euthanasie (administrée par une clinicienne ou un clinicien), le suicide assisté (auto-administré), ou l'aide à mourir volontaire dans d'autres juridictions. Cela comprend la situation où une personne cherche et obtient une aide médicale pour mettre fin à sa vie.

AMM auto-administrée : prescription ou fourniture par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien d'une substance à une personne, à sa demande, afin qu'elle puisse s'auto-administrer la substance et, ce faisant, provoquer sa propre mort.

Capacité : le statut juridique permettant de donner un consentement éclairé en vue d'une intervention médicale ou de la refuser (c'est-à-dire avoir la capacité décisionnelle/être apte à prendre des décisions)

Consentement éclairé : processus consistant à donner une autorisation ou à faire des choix en matière de soins. Il repose à la fois sur une doctrine juridique et sur un principe éthique de respect du droit de l'individu à disposer d'informations suffisantes pour prendre des décisions en matière de soins, de traitement et de participation à la recherche. Dans le *Code,* l'expression « prise de décision éclairée » est principalement utilisée pour mettre l'accent sur le choix qu'elle implique.

Consentement préalable – auto-administration : consentement à recevoir l'AMM donné par une personne pendant qu'elle est encore apte à le faire, dans le contexte d'une AMM auto-administrée.

Critères d'admissibilité : les critères énoncés à la section 9.0 de la présente Norme qui doivent être remplis par une personne afin d'accéder à l'AMM. Les termes « admissible » et « admissibilité » ont une signification semblable.

Évaluateur : le ou la médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui fournit un avis écrit sur la question de savoir si la personne qui demande l'AMM répond aux critères d'admissibilité de l'AMM

Humilité culturelle : un processus d'autoréflexion en vue de comprendre les préjugés personnels et systémiques et qui vise le développement et le maintien des processus et des relations respectueux basés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme un apprenant lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui[13].

Infirmière praticienne : personnel infirmier autorisé qui a suivi une formation complémentaire et acquis de l'expérience en soins infirmiers. Il s'agit d'infirmières et infirmiers praticiens avancés qui possèdent un diplôme de deuxième cycle, ce qui leur permet de diagnostiquer et de traiter des maladies de manière autonome, de demander et d'interpréter des tests, de prescrire des médicaments et d'effectuer des procédures médicales.

Médecin : personne autorisée à exercer la médecine en vertu des lois d'une province ou d'un territoire.

Mesures de sauvegarde : désigne les mesures législatives protectrices adoptées au moyen du *Code criminel.*

Mort naturelle raisonnablement prévisible :
Selon le seul tribunal canadien à s'être prononcé sur l'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » :

> [79] … il n'est pas nécessaire que la mort naturelle soit imminente; le fait de déterminer si la mort est raisonnablement prévisible est une question médicale propre à la personne concernée qui doit être décidée sans qu'un pronostic sur l'espérance de vie soit nécessairement établi, mais sans non plus exclure l'établissement d'un tel pronostic.
>
> [80] … en formulant son opinion, le médecin n'a pas à se prononcer sur la durée précise de la vie restante de la personne qui demande l'aide médicale à mourir[14].

L'interprétation de l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » reste la même dans le cadre du projet de loi C-7 que dans celui du projet de loi C-14.

Période de 90 jours : exigence, dans le cas des demandeurs dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, qu'au moins 90 jours francs se soient écoulés entre le jour où un prestataire ou un évaluateur commence une évaluation de la voie 2 et le jour où l'AMM est administrée et fournie.

Praticienne indépendante ou praticien indépendant : un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien qui :

(a) n'est pas un mentor pour l'autre praticienne ou praticien ou responsable de la supervision de son travail;

(b) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande, ou destinataire, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès de cette personne, autre qu'une compensation courante pour ses services relatifs à la demande;

(c) ne sait pas ou ne croit pas qu'il soit lié à l'autre praticienne ou praticien ou à la

[14] *2017 ONSC 3759, par. 79-80. AB c. Canada.*

personne qui fait la demande d'une autre manière qui pourrait avoir une incidence sur son objectivité.

Prestataire : le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien qui évalue si la personne demandant l'AMM répond aux critères d'admissibilité à l'AMM, s'assure que les mesures de sauvegarde procédurales ont été respectées et, le cas échéant, administre l'AMM.

Référence efficace : prendre des mesures positives pour s'assurer que la personne qui demande l'AMM est mise en contact en temps opportun avec un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien, un autre professionnel de la santé ou un programme d'AMM qui ne s'y oppose pas, qui est disponible et accessible et qui fournit les services de santé (les évaluations d'admissibilité à l'AMM et la prestation de l'AMM) ou met la personne en contact direct avec un professionnel de la santé qui le fait. « En temps opportun » signifie que la personne ne subira pas de préjudice clinique ou de souffrance prolongée en raison d'un délai dans la réalisation de l'établissement du lien.

Renonciation au consentement final : une entente par écrit entre la personne (voie 1) qui demande l'AMM et son prestataire, selon lequel le prestataire administrerait des substances pour provoquer son décès après qu'elle a perdu sa capacité de décision.

Renseignements supplémentaires : renseignements fournis sur une personne par l'équipe traitante, des membres de famille ou des personnes-ressources importantes

Sécurité culturelle : un résultat fondé sur une mobilisation respectueuse qui reconnaît et tente de corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents dans le système de soins de santé. Elle crée un environnement sans racisme et sans discrimination, y compris les intersections avec par exemple, le genre dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé[15].

Soins tenant compte des traumatismes et de la violence : Prestation de services émotionnellement, culturellement et physiquement sûrs qui intègrent les traumatismes vécus et leurs effets sur la vie et le comportement des personnes. Ces soins tiennent également compte des effets croisés de la violence systémique, de la violence interpersonnelle et des inégalités structurelles sur la vie d'une personne de même que des effets traumatisants des violences passées et présentes. Ces soins reposent sur les principes suivants : favoriser la confiance en offrant des choix authentiques, en suscitant la collaboration et en établissant des liens; fournir des soins fondés sur les points forts et le renforcement des capacités; créer un environnement où les clients sont en sécurité physique et à l'abri de nouveaux traumatismes.[16]

[15] https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf

[16] Wathen, C. N. et Varcoe, C. (éditeur) (2023). *Implementing trauma- and violence-informed care: A handbook.* University of Toronto Press; https://equiphealthcare.ca/files/2021/05/GTV-EQUIP-Tool-TVIC-Spring2021.pdf

Soins virtuels : englobe tous les moyens par lesquels les prestataires de soins de santé interagissent à distance avec leurs clients en utilisant les technologies de télécommunications et les technologies numériques.

Témoin indépendant : personne âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui n'est pas exclue de la possibilité d'agir en tant que témoin de la demande d'AMM d'une personne pour quelque raison que ce soit, y compris les limites énoncées à l'article 241.2 du *Code criminel* ou toute autre exigence législative.

Transfert de soins efficace : transfert effectué par un ou une médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien de bonne foi vers un ou une autre médecin ou une autre infirmière ou un autre infirmier praticien qui est disponible pour accepter le transfert, accessible à la personne demandant l'AMM et disposé à administrer l'AMM à cette personne si les critères d'admissibilité sont respectés.

Trouble mental : condition telle que décrite dans les schémas normalisés de classification des diagnostics psychiatriques tels que le DSM5-TR[17]. Le Code criminel utilise le terme « maladie mentale ». Selon le document de référence législatif fédéral préparé pour le projet de loi C-7, le terme « maladie mentale » ne comprendrait pas les troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux, ou d'autres conditions pouvant avoir une incidence sur les aptitudes cognitives, comme les démences, les troubles du spectre autistique ou les déficiences intellectuelles[18].

Voie 1 : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Voie 2 : fait référence aux mesures de sauvegarde procédurales applicables à une demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

[17] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

[18] Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec.

AIINB

165 rue Regent
Fredericton (N.-B.)
E3B7B4
www.aiinb.nb.ca