

Orientation sur le rôle des infirmières dans l'aide médicale à mourir

Juin 2025



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Contenu

Introduction	3
Principaux changements législatifs	5
Fournir l'aide médicale à mourir	5
Responsabilités générales des infirmières	5
L'objection de conscience	6
Le rôle de l'infirmière praticienne dans l'aide médicale à mourir	6
Étapes de l'aide médicale à mourir	7
Phase 1 : Déterminer l'admissibilité	7
Lorsque la mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible	
Phase 2 : S'assurer du respect des mesures de sauvegarde	8
Phase 3 : Consentement	10
Lorsque la mort naturelle du patient n'est PAS raisonnablement prévisible	
Phase 2 : S'assurer du respect des mesures de sauvegarde	12
Phase 3 : Consentement	13
Phase 4 : Fournir l'aide médicale à mourir	13
Prescrire, fournir ou administrer des médicaments qui provoquent la mort	13
Exigences en matière de rapports	14
Autres considérations	15
Glossaire	16
Ressources	17
Remerciements	18

Introduction

Le présent document fournit aux infirmières des conseils sur leurs obligations redditionnelles en matière d'aide médicale à mourir². Les infirmières sont également tenues de se conformer aux autres normes d'exercice et directives professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), le cas échéant. Elles sont disponibles à l'adresse cno.org/normes. Si vous avez des questions ou des préoccupations sur la façon dont la législation s'applique à votre exercice ou sur vos responsabilités, veuillez en faire part à votre organisation ou obtenir des conseils juridiques.

L'aide médicale à mourir (AMM), telle que définie dans le *Code criminel*, fait référence aux situations suivantes :

- Une infirmière praticienne (IP) ou un médecin apporte son aide en administrant à un patient, à sa demande, un médicament qui entraîne sa mort (aide médicale à mourir assistée par un praticien); ou
- Une IP ou un médecin prescrit ou fournit un médicament à un patient, à sa demande, afin qu'il puisse se l'administrer lui-même et ainsi causer sa propre mort (aide médicale à mourir autoadministrée par le patient).

Principaux changements législatifs

Les dispositions du *Code criminel* qui concernent l'aide médicale à mourir sont entrées en vigueur pour la première fois le 17 juin 2016 par le biais du projet de loi C-14. Ce projet de loi a permis aux personnes admissibles d'obtenir l'aide médicale à mourir. Il établit des mesures de sauvegarde pour les patients et offre une protection aux professionnels de la santé qui fournissent l'aide médicale à mourir, ainsi qu'aux personnes qui participent au processus dans le respect de la loi. L'aide médicale à mourir doit être fournie avec des connaissances, des soins et des compétences raisonnables, et conformément aux lois, règles ou normes applicables. Les infirmières qui ne respectent pas les exigences légales peuvent être reconnues coupables d'une infraction pénale.

Décision dans l'affaire *Truchon c Canada (procureur général)*

Le 11 septembre 2019, la Cour supérieure du Québec, dans sa décision dans l'affaire *Truchon c Canada (procureur général)* a déclaré qu'il est inconstitutionnel que la législation fédérale sur l'aide médicale à mourir exige que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour être admissible à l'aide médicale à mourir. De plus, le critère d'admissibilité lié à la « fin de vie » énoncé dans *la Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec a été déclaré inconstitutionnel.

¹ IA, IAA et IP

² Ce document est basé sur la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-53.html>

Projet de loi C-7

Le projet de loi C-7, qui est entré en vigueur le 17 mars 2021, est la réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon*.

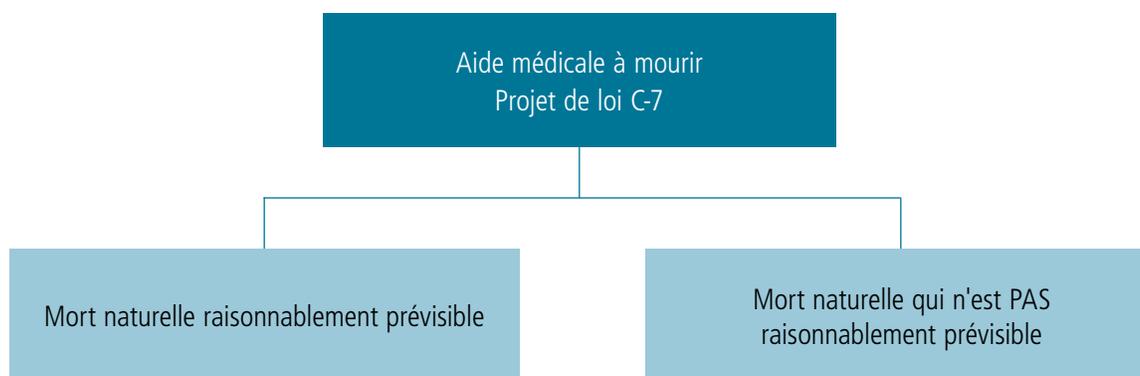
Le projet de loi C-7 a apporté les modifications suivantes au *Code criminel* :

- **Critères d'admissibilité**

Suppression du critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » et exclusion des cas où la maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente. Cette exclusion restera en vigueur jusqu'au 17 mars 2023. Le gouvernement examinera ce critère avec un groupe d'experts.

- **Mesures de sauvegarde**

Création d'une approche en deux volets quant aux mesures de sauvegarde que doivent suivre les praticiens – une série de mesures allégées pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, et une seconde série de nouvelles mesures clarifiées pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.



- **Consentement préalable**

Permettre l'administration de l'aide médicale à mourir sur la base du consentement préalable. En d'autres termes, l'exigence du consentement final au moment de la procédure d'administration de l'aide médicale à mourir serait levée de plein droit :

- pour les patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui ont été évalués et approuvés, s'ils perdent la capacité de consentir avant la date de leur choix pour l'aide médicale à mourir, et s'ils ont conclu une entente par écrit avec un praticien³;
- pour permettre le consentement préalable à l'administration de l'aide médicale à mourir par un praticien en cas d'échec de l'autoadministration.

- **Régime de surveillance**

Renforcement des exigences en matière de rapports basé sur l'expérience acquise à ce jour dans le cadre du régime fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir.

³ Dans le présent document, le terme « praticien » désigne une IP ou un médecin.

Fournir l'aide médicale à mourir

Responsabilités générales des infirmières

L'aide médicale à mourir nécessite l'intervention d'une IP ou d'un médecin. Une IP peut fournir l'aide médicale à mourir à un patient admissible, à condition que cela soit fait conformément à la loi fédérale, ainsi qu'aux lois, règles ou normes provinciales applicables. Les infirmières autorisées (IA) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) peuvent participer en fournissant des soins infirmiers et en aidant une IP ou un médecin à fournir l'aide médicale à mourir à un patient, conformément à la loi.

Les étudiantes IP peuvent participer à la prestation de soins infirmiers en leur qualité actuelle d'IA, mais elles ne peuvent pas évaluer l'admissibilité à l'aide médicale à mourir. Seuls les médecins et les infirmières praticiennes ont ce pouvoir. Les étudiantes IP peuvent toutefois apprendre le processus d'évaluation de l'admissibilité par l'observation et la discussion avec leurs mentors.

Lorsqu'un patient choisit l'aide médicale à mourir assistée par un praticien, la loi autorise uniquement les IP et les médecins à administrer des médicaments pour provoquer la mort du patient. Aucun autre praticien, y compris les IA et les IAA, n'est légalement autorisé à administrer des médicaments pour l'aide médicale à mourir.

Lorsqu'une infirmière aide une IP ou un médecin à fournir l'aide médicale à mourir conformément à la loi, elle peut effectuer des activités telles que (mais sans s'y limiter) :

- éduquer les patients, apporter du soutien et du réconfort aux patients et à leur famille;
- insérer une ligne intraveineuse (avec un ordre) qui sera utilisée pour administrer les médicaments qui causeront la mort du patient;
- agir en tant que témoin indépendant.

Les infirmières qui fournissent des renseignements aux patients sur la prestation légale de l'aide médicale à mourir doivent s'assurer qu'elles n'encouragent pas le patient à choisir l'aide médicale à mourir et ne font pas pression sur lui.

L'objection de conscience

L'OIIO reconnaît la liberté de conscience des infirmières. Une infirmière peut avoir des croyances et des valeurs qui diffèrent de celles d'un patient et peut ne pas être à l'aise de fournir ou de participer à l'aide médicale à mourir. La loi n'oblige pas une personne à fournir ou aider à fournir l'aide médicale à mourir. Par conséquent, une infirmière a le droit de refuser pour des raisons de conscience. Toutefois, l'objection de conscience ne doit pas être communiquée directement au patient et aucun jugement moral sur les croyances, le mode de vie, l'identité ou les particularités du patient ne doit être exprimé. Les infirmières qui refusent de participer à l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience doivent transférer les soins du patient à une autre infirmière ou à un autre prestataire de soins de santé qui sera en mesure de répondre à ses besoins. Les infirmières peuvent travailler avec leur employeur pour trouver un autre prestataire de soins approprié. Jusqu'à ce qu'un praticien de remplacement soit trouvé, l'infirmière doit continuer à fournir d'autres soins infirmiers, conformément au plan de soins du patient, qui ne sont pas liés aux activités d'aide médicale à mourir.

Les praticiens qui, pour des raisons de conscience s'opposent à l'aide médicale à mourir, peuvent soit faire appel à leurs propres réseaux professionnels ou aux politiques de leur établissement, soit contacter le [Service de coordination de soins du ministère de la Santé et ministère des Soins longue durée](#).

Le rôle de l'infirmière praticienne dans l'aide médicale à mourir

La loi permet aux IP de fournir les services suivants aux patients qui ont demandé l'aide médicale à mourir :

- administrer au patient, à sa demande, un médicament qui provoquera sa mort (l'aide médicale à mourir assistée par un praticien); et
- prescrire ou fournir un médicament au patient pour qu'il se l'administre lui-même et, ce faisant, provoque sa propre mort (aide médicale à mourir autoadministrée par le patient)..

Les IP ont des obligations en matière de rapports qui s'imposent à diverses étapes du processus de l'aide médicale à mourir. La plus évidente est le rapport au Bureau du coroner en chef à la fin de l'aide médicale à mourir. Toutefois, les IP sont également tenues de faire rapport à Santé Canada dans certaines situations (voir la section Exigences en matière de rapports à la page 14).

En outre, une IP peut fournir une deuxième opinion indépendante sur l'admissibilité d'un patient à recevoir l'aide médicale à mourir. Les IP devraient envisager leur capacité à fournir ces services dès le début du processus afin de favoriser un accès rapide aux soins.

Les IP qui ne fournissent pas d'aide médicale à mourir doivent diriger le patient qui en fait la demande vers une autre IP ou un médecin qui offre ce service.

Étapes de l'aide médicale à mourir

Les étapes suivantes s'imposent, que la mort naturelle du patient soit raisonnablement prévisible ou non :

Phase 1 : Déterminer l'admissibilité

Phase 2 : S'assurer du respect des mesures de sauvegarde

Phase 3 : Obtenir le consentement

Phase 4 : Fournir l'aide médicale à mourir - administrée par l'IP ou le médecin ou autoadministrée par le patient lui-même.

Les IP susceptibles de fournir l'aide médicale à mourir (et les IA et IAA soutenant ce processus) doivent avoir une bonne connaissance de ces étapes, y compris les risques, les critères d'admissibilité, les mesures de sauvegarde et les processus.

Phase 1 : Déterminer l'admissibilité

Les critères pour déterminer l'admissibilité s'appliquent que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou non. Les IP qui fournissent l'aide médicale à mourir sont responsables d'établir l'admissibilité du patient à une telle intervention.

Critères d'admissibilité

La loi stipule que pour être admissible à l'aide médicale à mourir, le patient doit répondre aux critères suivants :

- être âgé d'au moins 18 ans;
- être capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- souffrir d'un problème de santé grave et irrémédiable;
- faire une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- consentir 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;
- être admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada.

Selon la définition de la loi, un patient a un problème de santé grave et irrémédiable, seulement :

- s'il est atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- si sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- si ses problèmes de santé lui causent des souffrances persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables.

L'aide médicale à mourir exclut les cas où la maladie mentale est la **seule** condition médicale sous-jacente. Cette exclusion restera en vigueur jusqu'au 17 mars 2023. Le gouvernement examinera ce critère avec un groupe d'experts.

Le reste de ce document guidera les infirmières à travers les étapes 2 à 4 et expliquera ce qui doit être fait avant de fournir l'aide médicale à mourir:

- Lorsque la mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible (Voir page 8)
- Lorsque la mort naturelle du patient n'est pas raisonnablement prévisible (Voir page 12)

Lorsque la mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible

Qu'est-ce qu'une mort naturelle raisonnablement prévisible?

Chaque patient qui demande à bénéficier de l'aide médicale à mourir est évalué au cas par cas pour déterminer si sa mort naturelle est raisonnablement prévisible. Il est difficile d'anticiper le temps qu'il reste à vivre à un patient. La mort naturelle raisonnablement prévisible n'est pas définie par un pronostic maximum ou minimum, mais elle exige un lien avec la mort lorsque le patient approche de la fin de sa vie dans un avenir proche.

L'IP ou le médecin qui évalue le patient doit tenir compte de toutes les particularités de la personne et de sa situation médicale particulière. Ce volet ne se limite pas aux personnes atteintes d'une maladie dont on sait qu'elle entraîne la mort, mais peut résulter de multiples facteurs.

Phase 2 : S'assurer du respect des mesures de sauvegarde

Voici les mesures de sauvegarde qui doivent être mises en place lorsqu'on fournit l'aide médicale à mourir à un patient dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible :

- la demande par écrit du patient signée par un témoin indépendant;
- la confirmation de l'admissibilité du patient par deux praticiens indépendants (IP ou médecin);
- le patient est informé qu'il peut retirer son consentement à tout moment (à moins que le patient n'ait conclu une « entente de consentement préalable », il doit avoir la possibilité de retirer son consentement et de donner à nouveau son consentement exprès immédiatement avant que l'aide médicale à mourir ne soit fournie);
- toutes les mesures nécessaires sont prises pour fournir au patient un moyen de communication fiable afin qu'il puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision, s'il éprouve de la difficulté à communiquer;
- immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner la possibilité au patient de retirer sa demande et s'assurer que le patient donne son consentement exprès à recevoir l'aide médicale à mourir (il est possible de renoncer à la vérification du consentement final si certaines conditions sont réunies, voir la section sur le consentement à la page 10).

Demande par écrit

La loi exige que le patient fasse une demande écrite d'aide médicale à mourir.

La demande doit être signée et datée par le patient après que son admissibilité a été évaluée par un médecin ou une IP. Si le patient est incapable de signer et de dater la demande, une autre personne peut le faire en sa présence et selon ses instructions expresses. La personne qui signe au nom du patient doit répondre aux critères suivants :

- être âgée d'au moins 18 ans;
- comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir;
- ne pas savoir ou croire qu'elle est une bénéficiaire en vertu du testament du patient; et
- ne pas savoir ou croire qu'elle est une bénéficiaire, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès du patient.

Témoins indépendants

La loi exige que l'IP soit convaincue que la demande écrite d'aide médicale à mourir du patient a été signée et datée par le patient (ou une personne en son nom) devant un témoin indépendant qui doit également signer et dater la demande.

La loi exige que les témoins soient âgés d'au moins 18 ans et qu'ils comprennent la nature de l'aide médicale à mourir. Les témoins ne doivent **pas** :

- savoir ou croire qu'ils sont des bénéficiaires en vertu du testament du patient;
- savoir ou croire qu'ils sont des bénéficiaires, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès du patient;
- être propriétaires ou exploiter un établissement de soins de santé où le patient est traité, ou tout établissement dans lequel il réside.

On peut demander à des IA et des IAA participant au processus d'aide médicale à mourir d'agir en tant que témoins indépendants. Le projet de loi C-7 permet aux infirmières d'agir en tant que témoin si la prestation de soins constitue leur principale activité professionnelle et si elles sont rémunérées pour fournir ces soins. Les IP qui fournissent l'aide médicale à mourir ou les IP qui réalisent l'évaluation de l'admissibilité ne peuvent agir en tant que témoins.

Obligations redditionnelles du praticien qui fournit une deuxième opinion par écrit sur l'admissibilité

La loi exige qu'une IP qui fournit à un patient l'aide médicale à mourir doit s'assurer qu'il y a eu un deuxième avis par écrit d'une autre IP ou d'un médecin confirmant que le patient répond à tous les critères d'admissibilité énoncés ci-dessus.

La loi exige que l'IP ou le médecin qui fournit le deuxième avis soit indépendant de l'IP ou du médecin qui fournit l'aide médicale à mourir. Plus précisément, les deux prestataires ne doivent pas être :

- dans une relation de mentorat ou de supervision entre eux;
- liés de toute autre manière qui pourrait affecter leur objectivité.

En outre, les deux prestataires ne doivent pas savoir ou croire qu'ils sont :

- bénéficiaires selon le testament du patient;
- bénéficiaires, de toute autre manière, d'un avantage financier ou autre avantage matériel résultant du décès du patient; ou
- liés au patient de toute autre manière qui pourrait affecter leur objectivité.

Si la deuxième IP ou le second médecin conclut que le patient ne répond pas aux critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir, l'IP ne peut pas procéder à l'aide médicale à mourir. Le patient peut demander une évaluation par une autre IP ou un autre médecin par rapport aux critères.

Répondre aux besoins de communication du patient

La loi exige que, si un patient a de la difficulté à communiquer, les IP et les médecins doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour fournir un moyen fiable par lequel le patient peut comprendre l'information qui lui est fournie et communiquer sa décision concernant l'aide médicale à mourir.

Évaluations virtuelles

Les praticiens sont autorisés à utiliser des moyens virtuels pour évaluer la demande d'aide médicale à mourir d'un patient, à condition que les soins fournis par des moyens virtuels respectent les exigences énoncées dans la loi, ainsi que toutes les normes et attentes qui s'appliquent aux soins fournis à un patient (voir la directive professionnelle « Soins virtuels » de l'OIIO).

Phase 3 : Consentement

Consentement et capacité

Comme pour toute intervention, procédure ou activité infirmière, les IP sont tenues d'obtenir un consentement éclairé. Voici les différents types de consentement à prendre en compte dans l'aide médicale à mourir (chacun s'appliquera en fonction des souhaits du patient) :

- consentement général
- consentement préalable
- consentement exprès (final)

Pour plus d'informations sur les différents types de consentement, voir la directive professionnelle « Le consentement ».

Consentement général

En vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, un patient est capable de prendre des décisions concernant sa santé s'il est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision.

Ententes de consentement préalable

Une « entente de consentement préalable » permet aux patients, dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, de conserver leur capacité à recevoir l'aide médicale à mourir s'il arrivait qu'ils perdent leur capacité à consentir après avoir été approuvés, mais avant que celle-ci ne soit fournie.

Le consentement préalable dispense de l'exigence du consentement final si les conditions suivantes sont remplies :

- Avant que la personne ne perde la capacité de consentir :
 - la mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible;
 - le patient a été évalué et approuvé pour l'aide médicale à mourir, conformément à toutes les mesures de sauvegarde applicables;
 - il a indiqué dans son entente par écrit la date à laquelle il souhaite recevoir l'aide médicale à mourir;
 - il a été informé par son praticien qu'il risque de perdre sa capacité de consentir à l'aide médicale à mourir avant la date choisie; et
 - le patient a conclu une entente par écrit par laquelle il donne son consentement préalable à son praticien, afin de recevoir l'aide médicale à mourir à la date qu'il a choisie, s'il n'a plus la capacité de donner son consentement final à cette date, et le praticien accepte de fournir l'aide médicale à mourir à cette date si le patient a effectivement perdu la capacité de consentir à ce moment-là. Ils peuvent également convenir que le praticien fournira l'aide médicale à mourir plus tôt que la date choisie, dès la perte de capacité, si tel est le souhait du patient.
- La personne a perdu la capacité de consentir à l'aide médicale à mourir.
- La personne ne manifeste pas, par des mots, des sons ou des gestes, un refus ou une résistance à l'administration de la substance.
- La substance est administrée conformément aux termes de l'entente.

Les praticiens ne doivent pas mettre en œuvre le consentement préalable à l'aide médicale à mourir dans les cas où le patient manifeste, par des mots, des sons ou des gestes, son refus ou sa résistance à l'administration de la substance destinée à provoquer sa mort. Une manifestation de résistance rendrait l'entente de consentement préalable invalide par la suite. Si le patient recouvre sa capacité à une date ultérieure, il pourrait consentir à recevoir l'aide médicale à mourir à ce moment-là (tant qu'il continue à remplir tous les critères d'admissibilité) ou il pourrait conclure une nouvelle entente de consentement préalable avec son praticien.

Le projet de loi C-7 précise que « ne constitue pas une manifestation de résistance ou de refus des réactions corporelles involontaires, comme les spasmes ou une contraction physique à la suite d'un contact ou de l'insertion d'aiguilles ».

Consentement exprès (final)

La loi exige que l'IP s'assure que le patient donne son consentement exprès à recevoir l'aide médicale à mourir, immédiatement avant d'administrer un médicament pour provoquer la mort ou de fournir une ordonnance pour un médicament que le patient s'administrera lui-même. La loi exige également que les IP donnent au patient la possibilité de retirer sa demande. Les exceptions à cette règle sont décrites ci-dessous.

Exception au consentement final à l'aide médicale à mourir

Un patient qui a choisi de s'autoadministrer l'aide médicale à mourir peut élaborer un plan alternatif au cas où l'autoadministration ne causerait pas sa mort dans un délai déterminé et provoquerait la perte de sa capacité à consentir. Cette disposition s'applique que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou non. Le patient devra avoir conclu une entente avec le praticien qui sera présent au moment de l'autoadministration et qui administrera une seconde substance pour causer sa mort, advenant le cas où le patient perdrait la capacité à consentir et ne mourait pas dans un délai déterminé après l'autoadministration.

Lorsque la mort naturelle du patient n'est PAS raisonnablement prévisible

Phase 2 : S'assurer du respect des mesures de sauvegarde

Les mesures de sauvegarde suivantes doivent être mises en place lors de la fourniture de l'aide médicale à mourir à un patient dont la mort naturelle n'est **PAS** raisonnablement prévisible :

- La demande par écrit du patient signée par un témoin indépendant;
- Une période d'évaluation de 90 jours est respectée - la loi exige au moins 90 jours francs entre le jour où la première évaluation commence et le jour où l'aide médicale à mourir est fournie. Si les évaluations sont terminées et que les deux praticiens sont d'avis que la perte de la capacité du patient à donner son consentement est imminente, l'IP ou le médecin qui fournira l'aide médicale à mourir peut envisager une période plus courte qui est appropriée dans les circonstances.
- La confirmation de l'admissibilité du patient par deux praticiens indépendants :
 - Un second médecin ou IP doit fournir un avis par écrit confirmant que le patient répond aux critères.
 - L'un des praticiens doit posséder une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne. Si aucun médecin ou IP ne possède l'expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne, un troisième médecin ou IP possédant une telle expertise doit être consulté.
- Le patient est informé qu'il peut retirer son consentement à tout moment;
- Le patient est informé des moyens disponibles et appropriés pouvant soulager ses souffrances, y compris les services de counseling, les services de soutien en santé mentale et en invalidité, les services communautaires et les soins palliatifs. Le patient doit se voir offrir des consultations avec des professionnels qui fournissent de tels services. Les praticiens doivent convenir que le patient a sérieusement envisagé tous les services auxquels il peut avoir recours.

- Toutes les mesures nécessaires sont prises pour fournir au patient un moyen de communication fiable afin qu'il puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision, s'il éprouve de la difficulté à communiquer;
- Immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner la possibilité au patient de retirer sa demande et le praticien s'assure que le patient consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir (il est possible de renoncer à la vérification du consentement final si certaines conditions sont réunies, bien que plus de restrictions s'imposent par rapport au cas où la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Voir la section sur le consentement à la page 13).

Phase 3 : Consentement

Voici les différents types de consentement à prendre en compte dans l'aide médicale à mourir, lorsque la mort naturelle n'est **PAS** raisonnablement prévisible :

- consentement général
- consentement exprès (final)

Comme pour les directives fournies pour les patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* s'applique toujours. Le patient doit être capable de prendre des décisions concernant sa santé, être apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision.

Pour plus d'informations sur les différents types de consentement, voir la directive professionnelle « Le consentement ».

Exception au consentement final à l'aide médicale à mourir

Il existe une exception au consentement final à l'aide médicale à mourir, qui s'applique que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou non. Cette exception permet au patient qui a choisi de s'autoadministrer l'aide médicale à mourir d'élaborer un plan alternatif au cas où l'autoadministration ne causerait pas sa mort dans un délai déterminé et provoquerait la perte de sa capacité à consentir. Le patient devra conclure une entente avec le praticien qui sera présent au moment de l'autoadministration et qui administrera l'aide médicale à mourir si le patient perd sa capacité à consentir.

Phase 4 : Fournir l'aide médicale à mourir

Prescrire, fournir ou administrer des médicaments qui provoquent la mort

Cette section s'applique à la mort naturelle raisonnablement prévisible et à la mort naturelle qui n'est pas raisonnablement prévisible.

Immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner la possibilité au patient de retirer sa demande et s'assurer que le patient donne son consentement exprès à recevoir l'aide médicale à mourir (il est possible de renoncer à la vérification du consentement final si certaines conditions sont réunies, voir la section sur le consentement à la page 10).

Les IP utilisent des données probantes et tiennent compte de la situation unique de chaque patient pour prendre des décisions éclairées sur les médicaments à utiliser lorsqu'on fournit au patient l'aide médicale à mourir. Elles sont tenues de respecter des normes en matière de prise en charge thérapeutique et de prescription décrites dans la norme d'exercice [Infirmière praticienne](#).

Les IP veillent à l'élimination sécuritaire des médicaments non utilisés après avoir fourni l'aide médicale à mourir. Si elles prescrivent des médicaments à un patient pour qu'il se les administre lui-même plus tard, les IP doivent travailler avec le patient pour élaborer un plan d'entreposage sécuritaire des médicaments et d'élimination sécuritaire des médicaments inutilisés.

Nous encourageons les IP à travailler avec l'ensemble de leur équipe soignante, y compris les professionnels de la pharmacie, afin de favoriser l'élimination et l'entreposage sécuritaires des médicaments pour l'aide médicale à mourir.

Exigences en matière de rapports

Des rapports sont exigés et peuvent nécessiter d'être produits à différentes étapes de l'aide médicale à mourir.

En Ontario, un modèle hybride est utilisé pour surveiller les rapports sur l'aide médicale à mourir. Cette approche permet de recueillir des renseignements lorsque des décès découlant de l'aide médicale à mourir sont survenus. Les demandes écrites d'aide médicale à mourir où il n'y a pas eu de décès sont également consignées.

Déclaration au coroner

Conformément à la *Loi sur les coroners de 1990*, les IP doivent déclarer tous les décès liés à l'aide médicale à mourir au Bureau du coroner en chef. Dans le cadre du processus de consentement, les IP doivent informer le patient de l'obligation d'aviser le coroner. Lorsqu'un patient choisit de s'autoadministrer l'aide médicale à mourir, les IP doivent collaborer avec le patient pour élaborer un plan sur la façon dont le coroner sera informé. Les IP doivent être disponibles pour procurer des renseignements au coroner après avoir fourni l'aide médicale à mourir. Le coroner informera l'IP si une enquête doit être menée sur l'aide médicale à mourir et si un certificat médical de décès sera délivré par la suite. Sinon, les IP peuvent remplir le certificat médical de décès si les conditions dans lesquelles les IP peuvent remplir les certificats médicaux de décès sont respectées. Ces conditions sont décrites dans le [Manuel sur la certification médicale de décès](#).

Vous trouverez de plus amples renseignements sur la délivrance de certificats médicaux de décès, ainsi que l'accès au Manuel sur la certification médicale de décès, dans la section « Ressources d'exercice » à www.cno.org/IP.

Déclaration à Santé Canada

Dans les cas où une demande a été faite, mais qu'un décès assisté médicalement n'a pas eu lieu, les IP sont tenues de faire une déclaration à Santé Canada par le biais du [Portail de collecte de données relatives à l'aide médicale à mourir](#). Cela inclut tous les cas dans lesquels une évaluation a lieu, et pas seulement les cas dans lesquels une demande par écrit a été soumise au médecin ou à l'IP. Cela inclut également les cas où :

- Une IP a fourni l'aide médicale à mourir en prescrivant ou en remettant une substance au patient afin qu'il se l'administre lui-même, mais où le décès qui devait être provoqué dans le cadre de l'aide médicale à mourir ne s'est pas produit;
- Le patient n'est pas admissible à l'aide médicale à mourir;
- Le patient a retiré sa demande;
- Le patient est décédé d'une autre cause.

Le projet de loi C-7 a introduit de nouvelles exigences en matière de rapports, qui comprennent les éléments pris en compte au cours des évaluations et les renseignements sur la race, l'identité autochtone et/ou le handicap d'une personne qui demande ou reçoit l'aide médicale à mourir, si cette personne consent à fournir ces renseignements.

Autres considérations

Tenir compte du milieu d'exercice

Les milieux d'exercice jouent un rôle important lorsque les infirmières exécutent une intervention ou une activité, y compris l'aide médicale à mourir. Les infirmières devraient envisager de recourir aux soutiens offerts dans le cadre de leur exercice et aux ressources en matière de consultation qui les aideraient à prendre des décisions cliniques.

Faire un débriefage suite à l'administration de l'aide médicale à mourir

L'OIIO reconnaît l'impact émotionnel de l'aide médicale à mourir sur les prestataires de soins de santé. La prestation de l'aide médicale à mourir peut présenter un risque de détresse morale accrue, d'épuisement professionnel et de traumatisme. Pour faire face à ces risques, il est important que les prestataires de soins de santé organisent des débriefages avec l'ensemble de leur équipe soignante, afin de disposer d'un espace sûr pour parler de l'aide médicale à mourir, du patient et des points de vue et sentiments de l'équipe. Nous vous encourageons à faire un débriefage avec vos équipes pour réfléchir à vos expériences.

L'importance de prendre soin de soi

Enfin, il est également important de prendre soin de vous. Des études montrent qu'une fatigue physique et émotionnelle peut affecter les fonctions cérébrales, ainsi que la prise de décisions, la mémoire et l'attention. Nous connaissons tous des hauts et des bas, tant dans nos vies privées que professionnelles. Prenez du recul et demandez-vous si votre santé mentale et physique a des répercussions sur la qualité des soins que vous prodiguez. Si c'est le cas, le temps est alors peut-être venu de prendre soin de votre santé ou de vous faire aider. Pour en savoir plus, consulter la page Web [Assister les infirmières dans l'autoprise en charge de leur santé](#) et la [Fiche d'information sur l'autoprise en charge de la santé](#). Pensez également à toutes les autres ressources qui peuvent être disponibles auprès de votre employeur.

L'OIIO continuera à surveiller les changements qui auront un impact sur ces directives et modifiera ces informations si nécessaire. Veuillez consulter le site www.cno.org/fr pour des mises en jour.

Glossaire

Aptitude : Une personne est considérée comme apte, dans le cadre d'un traitement, de l'admission dans un établissement de soins ou d'un service d'aide personnelle, si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement, l'admission ou le service d'aide personnelle, et si elle est apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision⁴.

Objection de conscience : Le droit du prestataire de soins de santé de refuser de participer à la fourniture de l'aide médicale à mourir⁵.

Praticien/Praticienne : Une personne qui, en vertu des lois de la province, est autorisée à pratiquer la médecine (médecin) ou à exercer la profession d'infirmière praticienne (IP)⁶.

Mesures de sauvegarde : Mesures prises pour assurer le respect des dispositions légales relatives à l'aide médicale à mourir.

⁴ Définition de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*.

⁵ Définition du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (pas de date), extrait de : [Objection de conscience à l'aide médicale à mourir : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada](#)

⁶ Définition du *Code criminel*

Ressources

- Projet de loi C-7 : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. (2021). 43^e législature, 2^e session. Extrait de : <https://www.parl.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?billId=10875380&Language=F>
- Projet de loi C-14 : *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. (2016). 42^e législature, 1^{re} session. Extrait de : <https://www.parl.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?billId=8177165&Language=F>
- Association canadienne des évaluateurs et des prestataires de l'AMM. (Pas de date). Extrait de : <https://camapcanada.ca/>
- Code criminel* (L.R.C. (1985), ch. 46, art. 241.3). Extrait de : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/page-54.html>
- Ministère de la Justice. (2020). Contexte législatif : *Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec*. Extrait de : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/tdm-toc.html>
- Santé Canada. (2019). *Document d'orientation en matière de production des rapports sur l'aide médicale à mourir*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir/orientation-rapports-sommaire/document.html>
- Santé Canada. (2020). *Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019*. Extrait de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir-rapport-annuel-2019.html>
- Bibliothèque du Parlement. (2020). *Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. Extrait de : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/432C7E?
- Ministère de la Santé et ministère des Soins longue durée de l'Ontario. (Pas de date). *Aide médicale à mourir*. Extrait de : <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/maid/default.aspx>
- Pesut, B., Thorne, S., Stager, M.L., Schiller, C.J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). *Medical assistance in dying: A review of Canadian nursing regulatory documents* (en anglais). *Policy, Politics & Nursing Practice*, 20(3), 113-130. DOI: 10.1177/1527154419845407.

Remerciements

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario tient à remercier les organismes suivants pour leurs commentaires utiles lors de l'élaboration du présent document :

- Nurse Practitioners Association of Ontario
- Ordre des pharmaciens de l'Ontario
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Chapitre sur les remerciements de WeRPN.

Orientation sur le rôle des infirmières dans l'aide médicale à mourir Pub: 51056
ISBN 978-1-77116-156-5

Copyright © Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2025.

Première édition : mars 2016 sous le titre L'aide médicale à mourir Orientation provisoire pour la profession infirmière en Ontario. Mise à jour : avril 2016 sous le titre L'aide médicale à mourir Orientation provisoire pour la profession infirmière en Ontario. Mise à jour : 3 mai 2016, note en bas de page 1. Mise à jour : 23 juin 2016, sous le titre Orientation sur le rôle des infirmières dans l'aide médicale à mourir. Mise à jour le 8 juillet, Mise à jour le 29 juillet, modifications (ISBN 978-1-77116-047-6) Révisée en avril 2017 pour la version révisée du Règlement de l'Ontario 275/94 (Dispositions générales) pris en vertu de la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers (ISBN 978-1-77116-075-9). Révisée en avril 2017 dans la page 7 pour Certifier le décès et Déclaration au coroner (ISBN 978-1-77116-081-0). Révisée en novembre 2018 pour les nouvelles exigences en matière de déclaration. Révisée avril 2021 pour refléter les modifications fédérales apportées le 17 mars 2021 au Code criminel du Canada. Mise à jour en juin 2025 pour remplacer la référence à la directive professionnelle sur *Les télésoins* par la directive professionnelle sur le *Soins virtuels*.

Il est interdit de reproduire ce document, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou lucratives sans l'autorisation écrite de l'OIIO. On peut toutefois le reproduire, intégralement ou partiellement, à des fins personnelles ou éducatives sans autorisation expresse, aux conditions suivantes :

- faire tout effort raisonnable pour en assurer la reproduction fidèle,
- préciser que l'OIIO en est l'auteur, et
- préciser que le document reproduit n'est pas une version officielle, et qu'il n'a pas été fait en collaboration avec l'Ordre ou avec son appui.

On peut se procurer d'autres exemplaires du présent fascicule au www.cno.org ou auprès du Centre des services à la clientèle au 416-928-0900 ou au 1-800-387-5526).

*Le féminin est employé sans préjudice et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

101, chemin Davenport
Toronto, ON
M5R 3P1
www.cno.org

Téléphone : 416 928-0900
Sans frais : 1 800 387-5526
Télécopieur: 416 928-6507