Le jugement éthique dans l’évaluation des demandes d’aide médicale à mourir au Canada et au Québec : que nous apprennent les autres juridictions ?

Mona Guptaa et Samuel Blouinb

a Département de psychiatrie et d’addictologie de l’Université de Montréal au Canada ; b Département de sociologie de l’Université de Montréal au Canada et Institut de sciences sociales des religions de l’Université de Lausanne en Suisse

RÉSUMÉ

Le présent article traite du jugement éthique qui se situe au cœur de l’évaluation des demandes d’aide médicale à mourir (AMM) au Canada et au Québec ; plus précisément, est-il éthique d’aider une personne qui en fait la demande à mettre fin à ses jours ? Nous examinons des situations dans lesquelles ce type de jugement pose des difficultés alors même que d’un point de vue légal la personne remplit tous les critères d’admissibilité. Pour étudier cette question, nous mobilisons trois cas pour lesquels l’exigence légale selon laquelle la personne doit éprouver des souffrances intolérables pose problème. Nous revenons sur les directives pratiques données au corps médical et aux évaluateurs dans six juridictions et discutons des ressources qui pourraient permettre d’éclairer les jugements éthiques impliqués dans les évaluations d’AMM.

Introduction

Le 10 décembre 2015, une loi concernant les soins de fin de vie (ci-après dénommée « la Loi ») est entrée en vigueur dans la province de Québec au Canada (Québec, 2015). Le législateur québécois, exerçant sa compétence dans le domaine de la santé, a voulu assurer à tous les patients en fin de vie au Québec l’accès à toutes les options possibles en matière de soins, y compris l’aide médicale à mourir (euthanasie). La Loi définit l’aide médicale à mourir (AMM) comme « un soin consistant en l’administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès » (art. 3(6)). Il apparaît clairement dans cette définition que seule l’euthanasie volontaire est autorisée par la Loi.

Le débat public et les processus politiques au Québec qui ont débouché sur la Loi se sont déroulés parallèlement à d’autres avancées légales ailleurs dans le pays. Ces avancées ont culminé en février 2015 dans la décision de la Cour suprême du Canada relative à l’affaire Carter c. Canada (Cour suprême du Canada, 2015). Dans le cadre de cette affaire, la Cour a constaté que les sections du Code criminel interdisant aux médecins d’aider les patients à mourir violaient certains droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés. Une Loi (ci-après dénommée « C-14 ») modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d’autres lois (aide médicale à mourir) est entrée en vigueur le 17 juin 2016 (Canada, 2016). Dans le droit fédéral, l’expression « aide médicale à mourir » renvoie à la fois à l’euthanasie volontaire et au suicide médicalement assisté. En outre, aussi bien les infirmiers que les médecins peuvent administrer l’AMM tandis que dans la législation québécoise, seuls les médecins sont habilités à le faire. Contrairement à la loi québécoise, toute infraction à la loi fédérale, y compris au Québec, est passible de sanction criminelle.

À l’heure où nous écrivons ces lignes (janvier 2020)1, les deux lois accordent aux patients l’accès à l’aide médicale à mourir dans des circonstances précises, parmi lesquelles : le patient doit être âgé d’au moins 18 ans, être capable de consentir à l’AMM, être atteint d’une maladie grave et incurable, se trouver à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible, ressentir des souffrances insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que le patient juge acceptables, et être en fin de vie (au Québec) ou bien sa « mort naturelle [doit être] raisonnablement prévisible » (au Canada)2. L’entrée en vigueur des deux lois a fait du Québec et du Canada les dixième et douzième juridictions au monde à autoriser une forme de mort assistée3.

|  |
| --- |
| CONTACT Mona Gupta 🖂 mona.gupta@umontreal.ca 🖃 Chum, Pavillon C, 11e étage, 1051 rue Sanguinet, Montréal, Québec H2X 3E4, Canada. Samuel Blouin est actuellement chercheur à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. Les points de vue exprimés dans cet article relèvent de la seule responsabilité des auteurs.2021 Les auteurs. Publié sous licence par Taylor & Francis Group, LLC.Le présent article est en Accès Libre. Ses conditions de distribution sont régies par la Licence d’attribution Creative Commons ([http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)), laquelle en autorise l’utilisation, la distribution et la reproduction par tous moyens sans restriction, à condition que l’œuvre originale soit créditée. |

 Le suicide ne constituant pas une infraction pénale au Canada et au Québec, il convient de souligner que c’est l’aide médicale qui a été demandée et obtenue à travers les nouvelles lois par les citoyens relevant de ces juridictions. Les critères pour être admissibles à l’aide médicale à mourir contenus dans ces lois jouent un rôle éthique substantiel, puisqu’ils exposent les conditions générales dans lesquelles les législateurs canadien et québécois, en tant que représentants de la société, considèrent qu’il est moralement acceptable qu’un médecin mette fin à la vie d’une autre personne. En parallèle, à l’arrière-plan de cette décision – en fait, de toute décision d’ordre médical – réside une question spécifique que l’on pourrait formuler ainsi : est-il éthique4 d’intervenir auprès de ce patient donné à ce moment donné ? Pour la plupart des actes cliniques, ce jugement éthique spécifique s’effectue au travers des lois garantissant le droit au consentement éclairé, du cadre réglementaire qui détermine les interventions médicales autorisées, et de l’obligation fiduciaire du médecin à l’égard de ses patients. C’est-à-dire que si un patient est atteint d’un trouble ou d’une maladie qui nécessite une intervention dont le recours est prévu par la loi, que le praticien considère que ladite intervention est indiquée d’un point de vue clinique et qu’il dispose des compétences pour la réaliser, et que la personne donne son consentement éclairé pour en bénéficier, dans la plupart des cas la question éthique spécifique se résorbe. Ce raisonnement est en fait tellement implicite dans la pratique quotidienne qu’on ne voit même pas toujours qu’un jugement éthique a été réalisé. De la même manière, quand la situation de la personne remplit sans équivoque tous les critères légaux d’accès à l’AMM, on peut avoir l’impression que le clinicien n’émet aucun jugement éthique. Nous soutenons cependant que dans des cas comme ceux-ci, un jugement éthique est bel et bien réalisé, mais qu’il est pris en charge par les critères légaux.

Néanmoins, il existe au moins trois situations dans lesquelles il n’y a pas de correspondance parfaite entre la satisfaction des critères légaux d’admissibilité et le jugement éthique à réaliser lors de l’évaluation. Premièrement, il n’est pas toujours évident de savoir comment appliquer un critère légal à une situation donnée. Par exemple, le critère selon lequel une personne doit se trouver à un « stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible » contient des éléments aussi bien factuels que normatifs. Si le caractère irréversible du déclin des capacités d’une personne (par exemple, la perte de contrôle de la motricité) relève du factuel, pour déterminer si ce déclin est avancé, le clinicien doit émettre un jugement de valeur sur ce qui constitue un déclin suffisamment important pour être considéré comme avancé. Comment le clinicien doit-il procéder pour émettre ce jugement ? En se fondant sur les valeurs du patient ? En consultant ses collègues ? Indépendamment de la méthode, une fois que l’on a considéré que le critère était rempli, il devient déterminant d’un point de vue éthique ; autrement dit, si le critère légal s’applique, la question de savoir s’il est éthique ou non d’aider la personne à mourir ne se pose plus. Deuxièmement, des circonstances nouvelles ou imprévues peuvent émerger suite à l’adoption d’une loi, conduisant à se demander si un critère donné s’applique ou non. Par exemple, des circonstances imprévues ayant émergé suite au passage des deux lois se sont manifestées quand des patients ont volontairement arrêté de s’alimenter et de s’hydrater afin de devenir admissibles à l’aide à mourir. C’est notamment le cas de Jean Brault au Québec, qui a été rapporté dans la presse à peine quelques mois après l’entrée en vigueur de la nouvelle loi (Poirier, 2016). Si une personne n’est pas considérée comme admissible au moment de formuler la demande parce qu’elle n’est pas en fin de vie, doit-elle être jugée admissible à l’AMM si, après avoir décidé volontairement de cesser de s’alimenter et de s’hydrater, elle se trouve en fin de vie ? À nouveau, le critère légal est déterminant sur le plan éthique. Dès lors qu’un médecin détermine que la personne remplit le critère de « fin de vie » ou de « mort naturelle raisonnablement prévisible » – indépendamment de ce qui a pu conduire cette personne à se trouver dans cet état – le travail proprement éthique a déjà été réalisé.

Le présent article porte sur un troisième type de situations de décalage entre les critères légaux et les jugements éthiques individuels, dans lesquelles un critère légal est en apparence satisfait mais où certaines questions éthiques demeurent. À partir de trois cas cliniques qui présentent une difficulté du fait de l’exigence légale selon laquelle une personne doit éprouver des souffrances intolérables, nous étudions plusieurs questions éthiques auxquelles sont confrontés les professionnels de santé chargés d’évaluer ce type de demandes d’aide médicale. Il ne faudrait pas en déduire que le critère relatif aux souffrances est le seul qui pose problème sur le plan éthique5, mais plutôt que l’évaluation de la souffrance dans le contexte des demandes d’AMM constitue un point de départ utile pour aborder les questions éthiques impliquées dans les évaluations d’AMM en général. Nous présenterons ensuite les directives qui ont été données au Canada et au Québec concernant les pratiques d’évaluation d’AMM. Quelles instructions, le cas échéant, ont été données aux professionnels de santé au regard des jugements éthiques à réaliser ? Nous comparerons ces directives avec celles de trois juridictions ayant adopté des critères d’évaluation similaires (les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg). Nous regarderons ensuite du côté de la Suisse où l’intervention limitée de l’État dans la mort assistée, en particulier sous la forme du cadre légal qui guide les actions, illustre une certaine conception des jugements éthiques individuels impliqués dans le processus d’évaluation. Enfin, nous évoquerons différentes ressources qui pourraient éclairer les jugements éthiques réalisés dans le cadre d’évaluations individuelles d’AMM.

Cas

Nous décrivons dans cette partie trois cas dans lesquels un médecin est susceptible de se demander s’il est éthique ou non d’aider les personnes concernées à mourir au regard des raisons qui motivent leur demande. Dans quelles circonstances un professionnel de santé doit-il prendre en considération les motivations d’une personne et dans quelle mesure ? Les critères légaux d’admissibilité ne répondent pas à cette question.