

Table des matières



INTRODUCTION : Ordinogramme du parcours de l'AMM



SECTION 1 : Demande de renseignements du patient

- Examen de la motivation du patient à présenter une demande
- Exigences que doit satisfaire le clinicien relativement à l'objection de conscience et à le référer du patient



SECTION 2 : Évaluation de l'admissibilité du patient à l'AMM

- Critères d'admissibilité et ressources complémentaires pour l'évaluation de l'admissibilité
- Considérations clés relatives à l'élaboration du plan de soins pour l'AMM



SECTION 3 : Prestation de l'AMM

- Principales étapes de la prestation de l'AMM, le certificat de décès et la déclaration du décès



SECTION 4 : Liste de contrôle des documents

- Principales étapes du processus d'AMM et de la documentation connexe



SECTION 5 : Documents complémentaires et documents de référence

- Ressources pertinentes, documents d'orientation, énoncés de politique et outils à l'intention des cliniciens

Introduction

En application de la législation fédérale sur l'AMM¹, adoptée dans le cadre du projet de loi fédéral C-14 :

- les médecins, les infirmiers praticiens et les pharmaciens doivent fournir des renseignements aux fins de la surveillance de l'aide médicale à mourir
- le ministre fédéral de la Santé doit prendre des règlements pour établir un mécanisme pancanadien de surveillance de l'aide médicale à mourir

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a engagé le Centre for Effective Practice (CEP) pour élaborer une ressource documentaire afin d'aider les cliniciens à offrir l'AMM et de favoriser une approche uniforme pour la mise en œuvre de l'AMM en Ontario.

La présente ressource, qui est fondée sur les vastes consultations auprès d'intervenants clés et d'organismes de réglementation, expose les considérations principales et recommande des processus aux cliniciens pour fournir l'AMM. Elle vise à étayer, et non à contourner, les prescriptions juridiques en vigueur, les exigences des organismes de réglementation et les processus institutionnels qui ont été mis en place.

Cette ressource est basée sur l'information disponible. Cependant, le processus pourrait présenter des lacunes qui ne peuvent être comblées pour l'instant. Tout effort sera consenti pour actualiser la ressource à mesure que de nouvelles informations sont accessibles.

[Le projet de loi 84 de l'Ontario, Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir](#), modifie six lois ontariennes existantes. Plus particulièrement, le projet de loi

84 modifie la Loi sur les coroners afin d'assurer une surveillance efficace du processus d'AMM, en apportant les modifications suivantes :

- l'obligation d'informer le coroner de tout décès résultant de l'AMM;
- l'obligation pour les cliniciens de communiquer au coroner certaines informations que ce dernier juge nécessaires pour établir s'il y a lieu ou non de faire une investigation;
- clarification concernant la non-application des exigences actuelles prévues dans la Loi sur les coroners relativement à la tenue d'une investigation sur un décès résultant d'une cause autre que la maladie dans le cadre de la prestation de l'AMM;
- clarification concernant les circonstances où le coroner est tenu d'établir un certificat de décès suite à un décès résultant de l'AMM;
- mise en place d'un processus de révision du rôle du coroner après deux ans.

Le Règlement 1094 a été modifié afin d'apporter des clarifications aux coroners concernant la rédaction d'un certificat médical de décès. Le règlement stipule qu'un coroner doit rédiger un certificat de décès pour les décès survenus à la suite de l'AMM seulement s'il est convaincu que le décès doit faire l'objet d'une investigation.

Pour tous les autres cas de décès à la suite de l'AMM, si le coroner est d'avis que le décès ne nécessite pas une investigation, le clinicien responsable doit rédiger et signer le certificat de décès et indiquer la maladie sous-jacente, la maladie ou l'incapacité du patient comme cause du décès.

En plus du projet de loi 84, en avril 2017, un règlement pris en application de la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers, a été modifié et autorise les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens à prescrire des substances et médicaments désignés, y compris ceux utilisés dans le cadre de l'AMM.

Définitions*

Médecin praticien

Un médecin qui est autorisé à exercer la médecine en Ontario.

Infirmier praticien

Un infirmier autorisé qui a le droit d'exercer la profession d'infirmier praticien en Ontario.

Clinicien

Dans cette ressource, le terme clinicien s'entend du médecin ou de l'infirmier praticien qui supervise l'offre de l'AMM à un patient individuel. Ce rôle peut comprendre, entre autres, la réception de la demande d'AMM du patient, l'évaluation initiale de l'admissibilité, et la prescription ou l'administration des médicaments pour l'AMM. Il est recommandé que le clinicien soit responsable d'obtenir tous les documents requis et de les inclure au dossier médical du patient. Dans les cas où le clinicien qui est responsable d'offrir l'AMM n'est pas le fournisseur de soins principal (FSP) (p. ex. en cas d'objection de conscience ou de la recommandation du patient), le FSP continue de coordonner directement les soins du patient (sauf l'AMM).

Dans cette ressource, l'expression Clinicien Conseil désigne le médecin ou l'infirmier praticien qui effectue la seconde évaluation indépendante de l'admissibilité du patient. Ce rôle peut aussi comprendre la prescription ou l'administration des médicaments pour l'AMM.

Les Services de coordination des soins (SCS)

apportent un soutien aux patients, aux familles/aidants qui agissent en leur nom, ainsi qu'aux cliniciens en leur offrant des informations au sujet des options de soins en fin de vie, y compris l'AMM et en les aiguillant vers des services d'AMM.

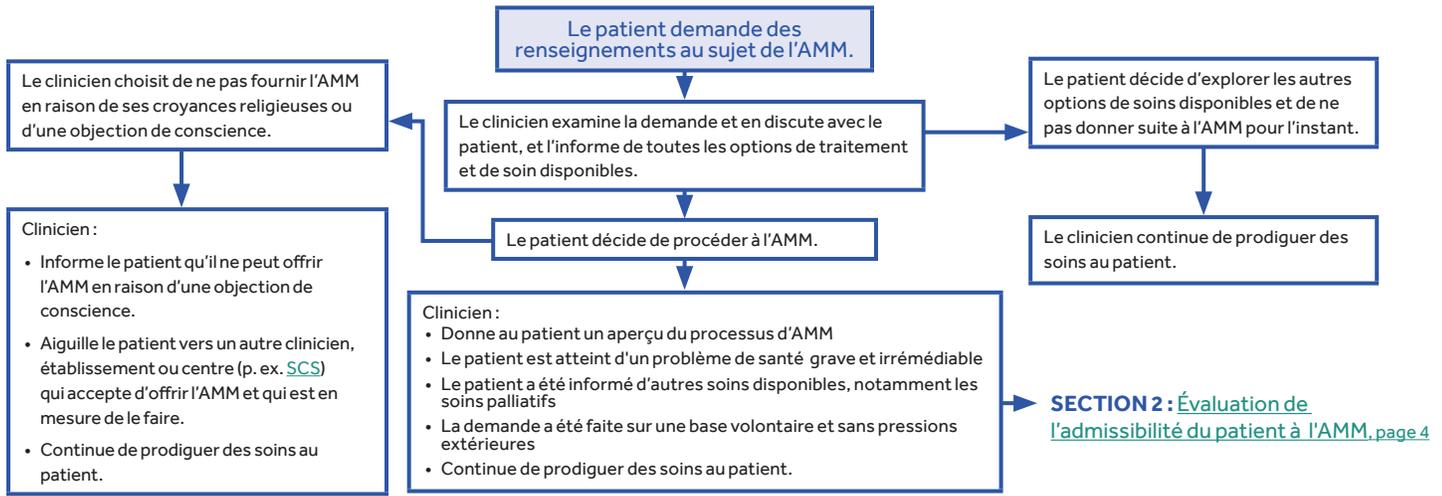
- Les patients et les familles/aidants qui agissent en leur nom peuvent avoir accès à ce service afin de demander d'être aiguillés vers un clinicien qui accepte de fournir des services d'AMM, y compris des évaluations d'admissibilité.
- Les cliniciens qui ne peuvent pas ou qui ne souhaitent pas offrir l'AMM peuvent aussi communiquer avec ce service afin d'aiguiller leurs patients vers des cliniciens qui offrent des services d'AMM.

- Ce service favorisera aussi l'accès des patients à l'AMM en aidant les cliniciens à entrer en contact :
 - avec un clinicien qui peut effectuer la deuxième évaluation nécessaire pour confirmer qu'un patient remplit les critères d'admissibilité fixés par la législation fédérale en matière d'AMM;
 - avec un pharmacien communautaire qui préparera les médicaments nécessaires aux termes de l'AMM;
 - avec un clinicien qui prescrira ou administrera les médicaments nécessaires pour l'AMM, au besoin

* Les rôles et les responsabilités du FSP et du clinicien OU du clinicien conseil peuvent se chevaucher ou la même personne peut les assumer.



REMARQUE: Les adresses URL des hyperliens dans le document se trouvent à [la section 5 : Documents complémentaires et documents de références.](#)



Le patient présente une demande de renseignements sur l'ACM

La demande de renseignements du patient peut prendre plusieurs formes⁵ :

- Une demande explicite au sujet de l'ACM;
- Une demande générale au sujet de toutes les options disponibles pour atténuer la souffrance et accélérer la mort (y compris l'ACM);
- Un souhait exprimé de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un médecin ou infirmier praticien.

Discussion pour comprendre la motivation du patient à s'informer de l'ACM

L'examen du souhait de mettre fin à la vie par le recours à l'ACM doit permettre de comprendre la souffrance du patient et les motivations qui peuvent découler de conditions et de circonstances psychosociales ou non médicales. Si des facteurs psychosociaux (p. ex. le deuil, la solitude, la stigmatisation, la honte) ou des conditions sociales (p. ex. l'absence de soutiens dont ont besoin le patient et les soignants) motivent la demande du patient, des efforts doivent être faits pour dissiper ces inquiétudes.

Le clinicien a la possibilité :

- d'évaluer les motifs qui poussent le patient à présenter une demande;
- de discuter des préoccupations du patient et de ses besoins insatisfaits;
- d'explorer avec le patient les autres formes de traitement disponibles (p. ex. les soins de confort et palliatifs, la régulation de la douleur ou des symptômes, le soutien psychologique), y compris l'ACM.

 **Les patients ne sont pas tenus de subir de procédures ou de traitements qui leur sont inacceptables.**

Directive médicale anticipée

Le patient doit être apte à consentir à l'ACM immédiatement avant qu'elle lui soit fournie. C'est pourquoi une personne ne peut consentir à l'ACM par voie de « testament de vie » ou de directive médicale anticipée. De même, un décideur substitut ne peut consentir à l'ACM au nom du patient. La loi interdit aux membres de la famille, aux soignants ou à toute autre personne de consentir à l'ACM au nom du patient ou de l'autoriser.

Objection de conscience et recommandation du patient

Les cliniciens ayant une objection de conscience doivent informer respectueusement leurs patients qu'ils ne peuvent offrir l'ACM et les aiguiller vers un autre médecin, infirmier praticien, établissement ou centre qui peut leur fournir cette aide (p. ex., le SCS du MSSLD). La recommandation doit être effectuée rapidement pour que les patients ne subissent pas de délais inutiles ou de résultats cliniques défavorables (p. ex. une diminution de leur capacité). Même si un patient souhaite explorer la possibilité d'obtenir de l'ACM d'un autre clinicien, établissement ou centre (p. ex. SCS) n'ayant pas d'objection, le clinicien doit continuer à prodiguer des soins (sauf l'ACM) au patient et ne doit pas l'abandonner^{2,3,4}.

Les cliniciens doivent se conformer aux exigences, politiques et directives adoptées par leur organisme de réglementation relativement à l'objection de conscience et à la recommandation des patients.

 Ressources renfermant des directives sur la recommandation pour les médecins :

- [Énoncé de politique no 4-16 de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario \(OMCO\) sur l'aide médicale à mourir \(en anglais seulement\)](#)
- [Fiche d'information de l'OMCO : Assurer l'accès aux soins – Aiguillage efficace \(en anglais seulement\)](#)

 Ressources renfermant des directives sur l'aiguillage pour les infirmiers praticiens :

- [Document d'orientation sur le rôle des infirmières touchant l'aide médicale à mourir](#)

 Ressources renfermant des directives sur l'aiguillage pour les pharmaciens :

- [Code d'éthique de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario \(en anglais seulement\)](#)

Les cliniciens doivent se conformer à d'autres directives établies par leur établissement ou organisme (p. ex. les établissements peuvent mettre en œuvre des politiques et processus particuliers pour faciliter la recommandation des patients et assurer l'accès aux soins).

Les cliniciens qui choisissent de ne pas offrir l'ACM peuvent procéder à une recommandation par l'entremise de leur réseau professionnel ou du SCS du MSSLD.

 **REMARQUE :** Le MSSLD a créé le SCS pour faciliter les aiguillages pour les cliniciens, patients et familles/aidants qui agissent en leur nom. La ligne info du SCS [1 866 286-4023] est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les services d'aiguillage sont offerts de 9 h à 17 h du lundi au vendredi (HE). Les demandeurs peuvent laisser un message dans la boîte vocale après les heures d'ouverture. La ligne info et les services d'aiguillage sont offerts en français et en anglais (il est possible de demander des services d'interprètes pour d'autres langues au besoin) et le numéro ATS est 1 844 953 3350.

Le patient présente une demande officielle

Un patient doit présenter une demande officielle par écrit pour l'ACM, qui doit être signée et datée devant deux témoins indépendants⁶. Le patient peut seulement signer et dater la demande après qu'un clinicien l'a informé qu'il souffre d'un problème de santé grave et irrémédiable.

- Dans le cas des patients qui sont incapables d'écrire, la demande officielle peut être transcrite.
- Concernant les patients qui ne peuvent signer et dater la demande, une autre personne — qui est âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'ACM et qui ne sait pas ou ne croit pas être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient ou de tout autre avantage financier ou matériel résultant du décès du patient — peut le faire en présence du patient, en son nom et à sa demande expresse¹

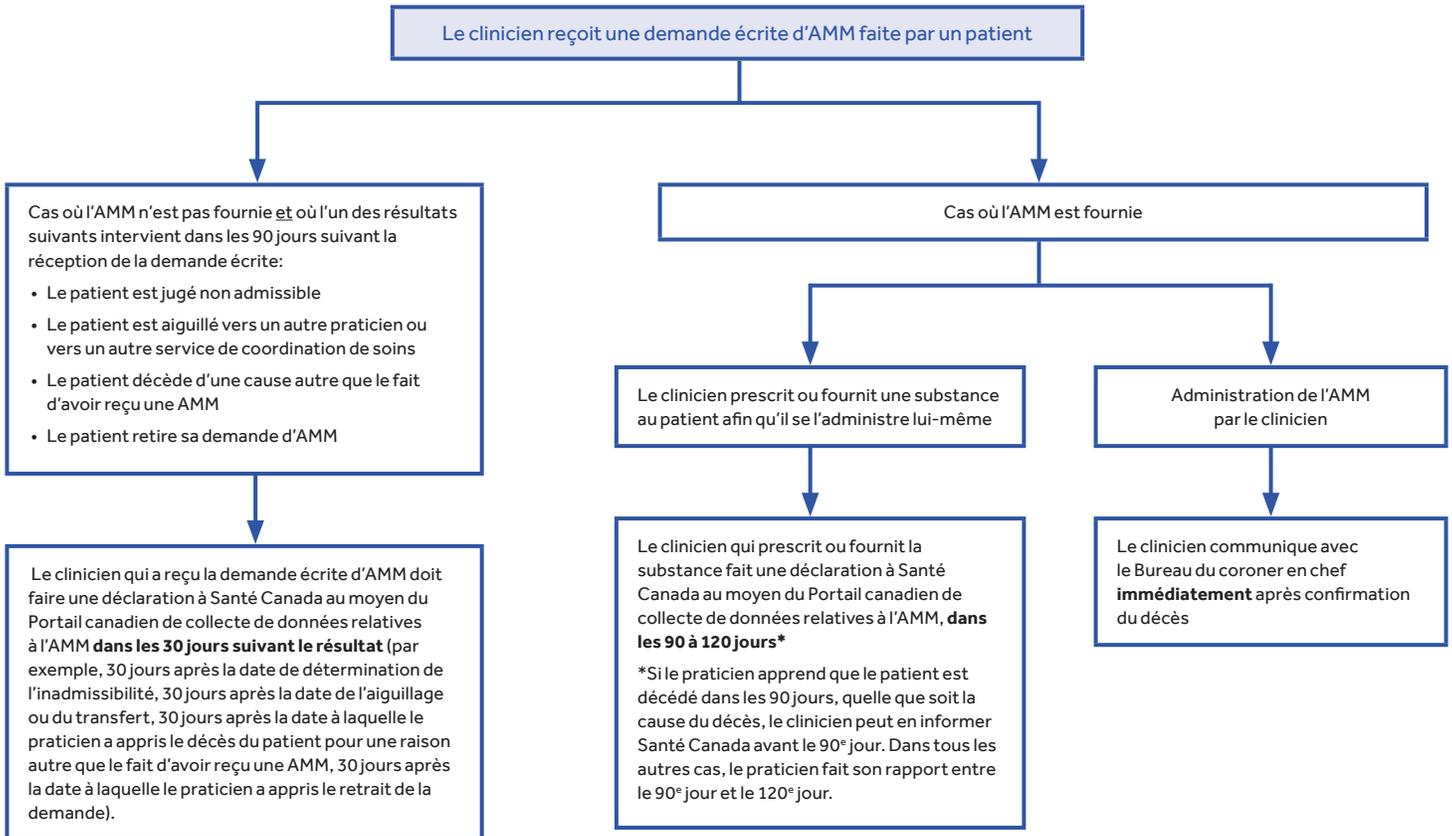
La demande officielle du patient doit être signée et datée devant deux témoins indépendants,⁶ qui doivent ensuite signer et dater la demande.

⁴Pour satisfaire aux prescriptions juridiques relatives aux témoins indépendants, les critères suivants doivent être remplis :

- La personne doit être âgée d'au moins 18 ans.
- Elle doit comprendre la nature de la demande d'ACM.
- Elle ne doit pas savoir ou croire être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient faisant la demande ou d'un autre avantage financier ou autre résultant du décès du patient.
- Elle ne doit pas être le propriétaire ou l'exploitant d'un établissement de soins de santé où est soigné le patient faisant la demande ou d'un foyer où réside le patient.
- Elle ne doit pas participer directement à la prestation des soins au patient faisant la demande.
- Elle ne doit pas fournir directement de soins personnels au patient faisant la demande.

 **REMARQUE :** Le MSSLD a créé des outils pour aider les cliniciens à documenter la demande des patients et les résultats des évaluations d'admissibilité :

- Demande officielle du patient – [Outil clinique A](#)
- Enregistrement des évaluations d'admissibilité – [Outil clinique B](#) et [Outil clinique C](#)



REMARQUE : Une déclaration est systématiquement requise lorsqu'une AMM est fournie, quel que soit le délai écoulé depuis la réception de la demande écrite. Pour tous les autres résultats, une déclaration n'est requise que si le résultat se produit dans un délai de 90 jours.

Vous pouvez consulter des ressources sur les délais et les exigences fédérales en matière de rapports en cliquant [ici](#).

Portail canadien de collecte de données relatives à l'AMM de Santé Canada : [Accéder au portail](#)

Exigences fédérales en matière de rapports

En vertu des exigences fédérales en matière de rapports, il est nécessaire de déclarer les décès liés à l'AMM, mais aussi les demandes d'AMM écrites, et ce, même si le décès par AMM ne se produit pas (par exemple, si le patient décède avant, s'il est jugé inadmissible ou s'il change d'avis).

La demande écrite d'AMM d'un patient peut prendre n'importe quelle forme, y compris celle d'un message texte ou d'un courrier électronique. Il n'est pas nécessaire que la demande respecte le format imposé par le Code criminel à titre de garantie en cas de prestation d'une AMM (à savoir une demande dûment signée et datée en présence de témoins). Il doit cependant s'agir d'une demande explicite d'AMM.

L'Ontario a adopté une approche hybride pour se conformer à l'exigence fédérale en matière de rapports :

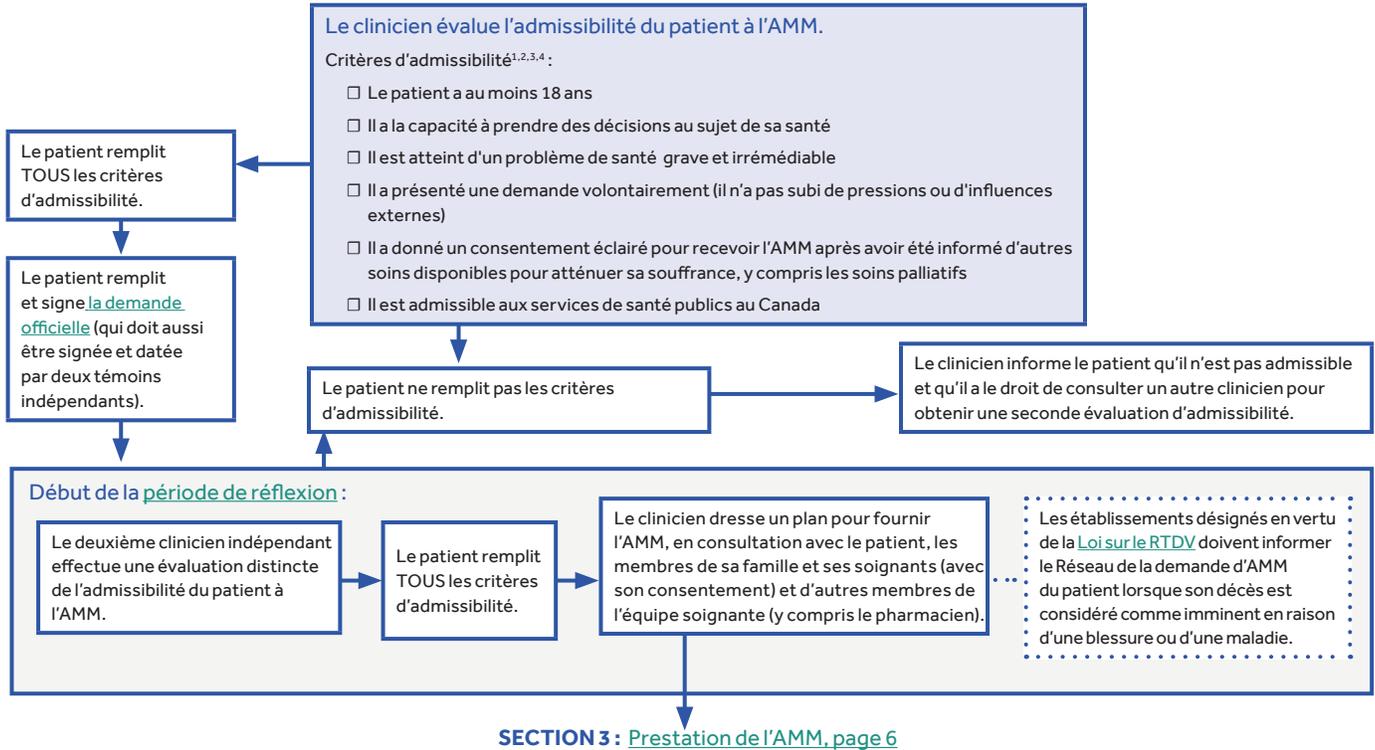
- Tous les cas dans lesquels une AMM administrée par des cliniciens ou autoadministrée entraîne le décès du patient sont déclarés au Bureau du coroner en chef.
- Tous les autres cas qui doivent faire l'objet d'une déclaration et qui n'entraînent pas le décès du patient à la suite d'une AMM sont déclarés à Santé Canada.

Après réception d'une demande écrite d'AMM, les cliniciens feront une déclaration à Santé Canada au moyen du Portail canadien de collecte de données relatives à l'AMM dans les situations suivantes :

- Le patient est aiguillé vers un autre praticien ou vers un service de coordination de soins à la suite de sa demande.
- Le patient est jugé inadmissible à l'AMM.
- Le patient a retiré sa demande d'AMM.
- Le patient est décédé d'une cause autre que le fait d'avoir reçu une AMM.

Les cliniciens doivent se conformer aux exigences fédérales en matière de rapports depuis le 1^{er} novembre 2018.

Les délais de déclaration à respecter figurent dans l'ordonnogramme ci-dessus.



Adulte compétent et évaluation de capacité

- La loi fédérale précise que le patient doit être âgé d'au moins 18 ans et d'avoir la capacité prendre des décisions au sujet de sa santé pour être admissible à l'AMM¹.
- Puisque la capacité est associée au temps et au traitement :
 - La capacité du patient doit être évaluée spécifiquement par rapport au consentement à l'AMM.
 - Le patient doit être en mesure de donner son consentement éclairé immédiatement avant de recevoir l'AMM.

Les conditions de capacité relatives à l'AMM sont identiques à celles visant les soins de santé. Il est recommandé d'utiliser les procédures existantes pour évaluer la capacité².

Question à deux volets pour évaluer l'aptitude⁶ :

1. Le patient est-il en mesure de comprendre les renseignements pertinents pour donner ou refuser son consentement à l'AMM?
2. Le patient peut-il comprendre et peser les conséquences raisonnablement prévisibles de son consentement à l'AMM ou de son refus de l'AMM?

Les ressources suivantes peuvent aider les cliniciens à évaluer l'aptitude :

- [Outil pour l'évaluation de capacité et le consentement](#) (en anglais seulement) de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (NICE) Deux sections : Consentement au traitement, et évaluation de la capacité décisionnelle et capacité mentale.
- [Outil d'évaluation de capacité](#) (en anglais seulement) – appuie l'évaluation systématique de capacité d'un patient qui doit prendre une décision médicale
- [Entrevue pour évaluer la capacité à consentir au traitement](#) (en anglais seulement) – sert à évaluer quatre capacités décisionnelles ainsi que la capacité à consentir des patients atteints de maladies neurocognitives ou neuropsychiatriques
- OMCO – [Consentement au traitement](#) (en anglais seulement)
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) – Directive professionnelle : [Le consentement](#)

Demande volontaire et consentement éclairé concernant l'AMM

La demande du patient relative à l'AMM doit être volontaire et ne doit pas résulter de pressions ou d'influences externes^{1,2,3}.

Des mesures raisonnables doivent être prises pour déterminer si le patient a pris une décision librement, sans subir de coercition ou d'influence indue de la part des membres de sa famille, des fournisseurs de soins de santé ou d'autres personnes.

Le patient doit donner un consentement éclairé pour recevoir l'AMM, après avoir été informé d'autres soins disponibles pour atténuer sa souffrance, y compris les soins palliatifs¹.

Pour consentir à recevoir de l'information sur l'AMM, le patient doit comprendre les six aspects du consentement éclairé, énoncés dans la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*⁶ :

- la nature du traitement ;
- les avantages attendus du traitement ;
- les risques importants associés au traitement ;
- les effets secondaires importants associés au traitement ;
- les solutions de rechange ;
- les conséquences probables de ne pas subir le traitement.

! Le patient doit comprendre qu'il peut retirer son consentement en tout temps avant de recevoir l'AMM, sans que cela nuise à sa relation avec le clinicien ou aux soins qui lui sont prodigués.

Le clinicien est tenu de prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que le patient a compris l'information communiquée au sujet de son état de santé et de l'AMM. Si le patient éprouve de la difficulté à communiquer, le clinicien doit prendre les mesures voulues pour offrir au patient un moyen fiable de comprendre l'information et de communiquer sa décision^{1,2,3}.

Les cliniciens doivent tenir compte des éléments suivants afin de déterminer si leur patient remplit les critères de consentement éclairé.

Le patient doit :

- Sentir spécifiquement à l'AMM et comprendre qu'il décèdera après avoir reçu le médicament létal ou se l'être administré ;
- Être pleinement informé du processus de l'AMM, y compris l'heure, le lieu et le mode d'administration du médicament ;
- Comprendre son état de santé, son diagnostic, son pronostic et sa mort probable résultant de la dose létale de médicament ;
- Être au courant des complications potentielles associées à l'AMM, y compris l'inefficacité possible du médicament ;
- Être pleinement informé d'autres formes de traitement disponibles et lignes de conduite, telles que les soins de confort, palliatifs et de fin de vie, la régulation de la douleur et des symptômes, et la consultation psychologique ou spirituelle ;
- Être informé qu'à son décès, son corps peut être transféré au Bureau du coroner en chef aux fins d'examen. L'envergure de l'enquête du coroner ne peut être déterminée à l'avance et, bien que peu probable, peut comprendre une autopsie. Si le coroner détermine qu'il y a lieu d'enquêter sur le décès, et fait enquête, il rédigera et signera le certificat de décès. Si le coroner détermine qu'il n'y a pas lieu de mener une enquête sur le décès, le clinicien rédigera et signera le certificat de décès ;
- Recevoir réponse à toutes ses questions et demandes de renseignements supplémentaires au sujet de l'AMM ou des éléments ci-dessus.

La ressource suivante peut être utile aux cliniciens pour les aider à évaluer le consentement volontaire et la prise de décisions éclairées des patients issus de populations vulnérables :

- [Outil d'évaluation de la vulnérabilité](#) (en anglais seulement)

Problème de santé graves et irrémédiables

L'état d'un patient est considéré comme grave et irrémédiable si TOUS les critères ci-dessous sont remplis^{1,2,3,4}.

Le patient doit :

- Souffrir d'une maladie, d'un problème de santé ou d'un handicap grave et incurable ;
- Être dans un état avancé de déclin qui ne peut pas être inversé ;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychologiques persistantes causées par une maladie, un problème de santé ou un handicap, qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables ;
- La mort naturelle est raisonnablement prévisible (l'imminence de la mort n'est pas nécessaire) ;

Voici ce qui est précisé dans la publication [Contexte législatif : aide médicale à mourir](#) de Justice Canada : « La condition médicale causant les souffrances intolérables n'aura pas à constituer la cause de la mort raisonnablement prévisible ». La mort naturelle du patient est considérée comme prévisible s'il est prévu qu'elle survienne « au cours d'une période qui n'est pas trop éloignée ».



Les ressources suivantes peuvent être utiles aux cliniciens pour évaluer l'état de santé d'un patient :

- [Guide sur les indicateurs de pronostic](#) (en anglais seulement) de Gold Standards Framework (GSF) : ce guide aide les cliniciens à identifier tôt les patients adultes approchant la fin de leur vie qui peuvent avoir besoin de soutien supplémentaire.
- [Outil sur les indicateurs de soins de soutien et palliatifs](#) (en anglais seulement) : ce guide aide à identifier les personnes dont l'état de santé peut se détériorer et qui risquent de mourir.
- [Guide sur les indicateurs d'identification précoce et de pronostic](#) (en anglais seulement) de l'Association des soins de fin de vie et palliatifs de la région de Mississauga-Halton : ce guide facilite l'identification précoce des patients approchant la fin de leur vie.
- [Parcours de maladie et soins palliatifs](#) (en anglais seulement) : publication décrivant trois parcours de maladie types de patients ayant une maladie chronique progressive.

Évaluation de l'admissibilité à l'AMM

Deux cliniciens indépendants* (c. à-d. deux médecins, deux infirmiers praticiens, ou un médecin et un infirmier praticien) doivent effectuer séparément une évaluation pour vérifier si le patient remplit TOUS les critères d'admissibilité à l'AMM. Ils doivent ensuite fournir leur avis par écrit pour confirmer l'admissibilité du patient^{1,2,3,4}.

*Afin de satisfaire les prescriptions juridiques relatives à l'indépendance, chaque clinicien doit s'assurer qu'il :

- n'est pas un mentor du clinicien effectuant la seconde évaluation ou ne supervise pas son travail ;
- ne sait pas ou ne croit pas être un bénéficiaire nommé dans le testament du patient faisant la demande ou de tout autre avantage financier ou matériel résultant du décès du patient, autre que ses honoraires ordinaires pour les services offerts se rapportant à la demande ;
- ne sait pas ou ne croit pas être lié au clinicien effectuant la seconde évaluation ou au patient faisant la demande dans une capacité quelconque qui limiterait son objectivité.



La ressource suivante peut aider les cliniciens à comprendre les critères d'admissibilité à l'AMM :

- [Glossaire de l'aide médicale à mourir](#) de Justice Canada

L'admissibilité doit être évaluée au cas par cas afin de tenir compte de la situation unique de chaque patient.



On encourage les cliniciens à consulter leurs collègues pour obtenir un complément d'information afin de faciliter l'évaluation de l'admissibilité d'un patient à l'AMM.

Exemple 1 : Un clinicien soupçonne que l'état mental d'un patient nuit à sa capacité décisionnelle au sujet de sa santé, et demande une consultation psychiatrique pour évaluer la capacité du patient.

Exemple 2 : Un clinicien consulte un neurologue pour confirmer son avis que la mort naturelle d'un patient est raisonnablement prévisible en raison d'un problème neurologique.

Participation des membres de la famille, des soignants et des amis

Il n'existe pas de processus officiel pour informer la famille et les soignants de la décision d'un patient de demander l'AMM. Il faut encourager le patient à parler aux membres de sa famille ou à ses soignants à propos de sa décision

de recevoir l'AMM. Le patient n'est cependant pas obligé d'informer sa famille ou ses soignants de sa décision concernant l'AMM. Avec le consentement du patient, la discussion entre le clinicien et la famille et les soignants devrait avoir lieu avant ou après que la demande officielle d'AMM soit présentée.

Équipe soignante

L'AMM nécessite l'intervention d'une équipe soignante travaillant en collaboration, y compris des fournisseurs de soins de santé associés, des préposés aux soins de soutien ou des administrateurs, d'après le milieu clinique. Au début du processus, les cliniciens ont intérêt à désigner et à engager les personnes compétentes et de discuter des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe chargée de l'AMM (p. ex. un pharmacien).

Il est conseillé que l'équipe soignante effectue un examen et un compte rendu après que l'AMM a été fournie à un patient. Cette expérience peut être bouleversante et susciter de vives émotions chez le clinicien et l'équipe soignante. Le recours aux ressources de bien-être et aux soutiens est recommandé pour faciliter le soin de soi.



Ressource pour les médecins :

- [Programme de promotion de la santé des médecins](#) (en anglais seulement) de l'Ontario Medical Association (OMA)



CONTACTER le Service téléphonique confidentiel sans frais au :
1-800-851-6606

Le 13 décembre 2016, le gouvernement a chargé le Conseil des académies canadiennes (CAC) d'effectuer des examens indépendants concernant des types particuliers de demandes d'aide médicale à mourir : les demandes faites par des mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes pour lesquelles un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Ces questions ont fait l'objet de débats au cours de l'examen au Parlement du projet de loi C-14, le texte présenté par le gouvernement sur l'aide médicale à mourir. Le projet de loi exigeait que les ministres de la Santé et de la Justice entreprennent des examens indépendants sur ces trois questions et déposent leurs rapports au Parlement dans les deux ans qui suivent le début des travaux.

Les rapports finaux sur ces évaluations ont été déposés au Parlement et sont à présent mis à la disposition du public sur le site Web du CAC :

Lien vers le site Web : <https://sciencepourlepublic.ca/reports/aide-medecale-a-mourir/>

Le clinicien dresse un plan de soins pour la prestation de l'AMM

Le clinicien dresse ce plan en menant des discussions avec le patient, sa famille, ses soignants (avec son consentement) et les autres membres de l'équipe soignante.

Considérations relatives au plan de soins :

- Déterminer la méthode la plus appropriée de fournir l'AMM au patient, compte tenu de ses préférences, de son état de santé et des soutiens disponibles ;
- Si le patient prévoit s'administrer le médicament pour l'AMM à la maison, les cliniciens doivent l'aider, de concert avec les membres de sa famille et ses soignants, à déterminer s'il s'agit d'une option pratique ;
- Informer l'équipe soignante du processus à suivre pour fournir l'AMM au patient ;
- Informer le pharmacien que le médicament prescrit sera utilisé pour l'AMM ;
- Prendre les dispositions pertinentes en conformité aux protocoles de médicaments (p. ex. l'appareil pour injection intraveineuse est correctement installé; dresser un plan de secours dans l'éventualité où le médicament échoue; les membres de l'équipe soignante sont informés de leurs rôles, etc.).



La ressource suivante peut être utile aux cliniciens pour aider leurs patients et leur famille à se préparer aux soins de fin de vie :

- [Planification et prestation des soins de fin de vie de qualité](#) (en anglais seulement)

Dons d'organes et de tissus

Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV)

Les patients peuvent être admissibles à un don d'organes et de tissus après l'AMM. La possibilité de faire un don fait partie des soins de fin de vie de qualité. En collaboration avec le clinicien et le RTDV, une conversation à ce sujet devrait avoir lieu suffisamment tôt pour que la décision du patient de faire un don s'inscrive dans le processus de planification de l'AMM.

Les établissements et les centres désignés doivent aviser le RTDV de tous les patients dont la mort est considérée comme imminente en raison d'une blessure ou d'une maladie, conformément au paragraphe 8.1 de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*.



L'hyperlien ci-dessous renvoie à la liste des établissements et des centres désignés du RTDV :

- [Établissements et centres désignés](#)



COMPOSER le numéro sans frais 1-877-363-8456 RGT 416-363-4438

SECTION 2 : Évaluation de l'admissibilité du patient à l'AMM

Préparation de l'autoadministration

- Les membres de la famille ou les autres soignants sont légalement autorisés à aider le patient à s'administrer la dose létale de médicament pour l'AMM, dans la mesure où ce dernier demande explicitement leur aide.
- S'assurer que le patient, le membre de la famille ou le soignant désigné peut entreposer le médicament à un endroit sûr, de sorte que d'autres personnes n'y aient pas accès.
- Dresser un plan pour le retour des médicaments non utilisés, dans l'éventualité où le patient décide de ne pas procéder à l'AMM.
- Informez et préparez le patient et les membres de la famille et les soignants au sujet des suites de l'ingestion de la dose létale de médicament et du décès imminent.
- Informez les membres de la famille ou les soignants de ce à quoi ils peuvent s'attendre et de ce qu'ils doivent faire après le décès du patient (p. ex. les consignes à suivre pour aviser le clinicien qu'il doit se rendre sur les lieux, déclarer le décès au Bureau du coroner en chef, etc.).
- Il est recommandé que le clinicien soit présent pour offrir un soutien à la famille et aux soignants au décès du patient (p. ex. notification du Bureau du coroner en chef).

Informez le pharmacien

Le clinicien qui prescrit ou obtient une substance pour l'AMM doit informer le pharmacien qu'il utilisera la substance à cette fin, avant que le pharmacien la délivre.

Il est recommandé d'informer le pharmacien le plus tôt possible, dès que le clinicien apprend que le patient est admissible à l'AMM⁴.

La collaboration aux premières étapes facilite l'accès en temps opportun des patients admissibles aux médicaments et aux fournitures nécessaires.

Les discussions avec le pharmacien doivent porter sur les éléments suivants⁴:

- Le protocole de médicaments retenu;
- L'heure prévue et le lieu de l'administration du médicament pour l'AMM;
- Le temps requis pour préparer (ou obtenir) l'agent ou les agents pharmacologiques;
- La date précise après laquelle l'ordonnance ne doit pas être délivrée;
- La marche à suivre pour retourner les médicaments inutilisés à la pharmacie pour leur élimination sécuritaire;
- Toute autre information pertinente à communiquer au pharmacien;

Protocoles de médicaments

Les cliniciens doivent exercer leur jugement clinique afin de déterminer le protocole de médicaments approprié à appliquer pour fournir l'AMM.

Quel que soit le protocole retenu pour l'AMM, le clinicien doit s'assurer que le patient est confortable et voir à atténuer sa douleur et son anxiété. Le coût des médicaments, y compris de la trousse de secours, pour tous les patients admissibles est couvert, quel que soit le mode d'administration.



La ressource suivante renferme des renseignements supplémentaires sur les protocoles de médicaments qui peuvent être utiles aux médecins :

- [Protocoles de médicaments \(accessibles aux membres de l'OMCO seulement\)](#) (en anglais seulement)

Période de réflexion

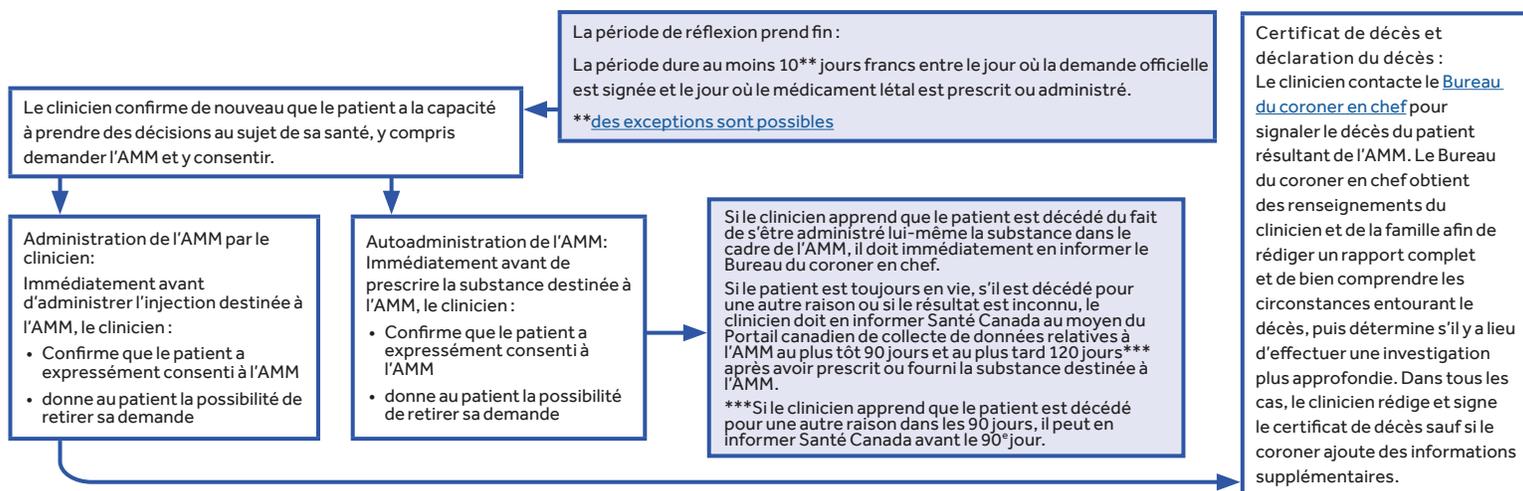
La période de réflexion vise à offrir au patient et au clinicien l'occasion de considérer la demande d'AMM. Cette période laisse suffisamment de temps au patient pour parvenir à une décision éclairée et volontaire de mettre fin à sa vie et pour peser les conséquences de sa décision.

Il doit y avoir au moins 10 jours francs entre le jour où la demande est signée par le patient ou en son nom et le jour où l'ordonnance pour l'AMM est rédigée ou le médicament administré.



EXCEPTIONS : Si les deux cliniciens (celui qui offre l'AMM et celui qui effectue la seconde évaluation d'admissibilité) sont d'avis que le décès du patient ou son inaptitude à donner un consentement éclairé sont imminents, une période plus courte est autorisée suivant ce que le clinicien principal estime approprié dans les circonstances^{1,2,3}. Il est contraire à la loi fédérale d'écourter la période de réflexion de 10 jours pour toute autre raison que celles décrites ici.

SECTION 3 : Prestation de l'AMM



Notification du coroner

Par application de la loi, tous les décès résultant de l'AMM doivent être déclarés au Bureau du coroner en chef. Après qu'un décès est déclaré, le Bureau du coroner en chef communique avec les cliniciens et membres de la famille. Les cliniciens doivent fournir l'information nécessaire pour que le processus soit le plus efficace, efficace et conforme possible. Il est recommandé que les cliniciens offrant l'AMM disposent de dossiers médicaux complets et les rendent accessibles au coroner afin que ce dernier ait les informations qu'il juge nécessaires à la rédaction d'un rapport complet et pour déterminer s'il y a lieu d'effectuer une investigation plus approfondie sur le décès. Dans tous les cas, le clinicien rédige et signe le certificat de décès sauf si le coroner effectue des investigations plus approfondies.



Bureau du coroner en chef :
1-855-299-4100



REMARQUE : Il est recommandé que le clinicien soit présent pour offrir un soutien à la famille et aux soignants au décès du patient (p. ex. notification du Bureau du coroner en chef), même dans les cas où le patient s'administre les médicaments.

SECTION 4 : Liste de contrôle des documents

Les documents à inclure au dossier médical du patient sont énumérés ci-dessous. Ces documents doivent être disponibles pour faciliter la tenue d'une enquête efficace et efficiente par le Bureau du coroner en chef.

Document	Date et initiales (terminé)
Demande de renseignements du patient <input type="checkbox"/> Date de la demande de renseignements initiale du patient <input type="checkbox"/> Date et détails de la discussion pour comprendre la nature exacte de la demande du patient, ce qui comprend la prise en compte de facteurs psychosociaux <input type="checkbox"/> Patient informé de toutes les autres formes de traitement et options de soin disponibles, y compris les soins palliatifs	
Consentement du patient à discuter de l'AMM avec la famille et les proches	
Objection de conscience et recommandation du patient (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Patient informé de l'objection de conscience du clinicien, conformément aux directives réglementaires <input type="checkbox"/> Recommandation du patient facilité <input type="checkbox"/> Transfert de tous les documents pertinents du patient par le clinicien traitant (y compris le nom et les coordonnées de ce dernier)	
Évaluation de l'admissibilité : effectuée par deux différents cliniciens <input type="checkbox"/> Détails et résultats de l'évaluation de l'admissibilité <ul style="list-style-type: none"> • Outil clinique B and Outil clinique C : L'utilisation des formulaires du MSSLD est facultative. Toutefois, les détails et les résultats de l'évaluation doivent être consignés. • Documenter toutes les consultations (p. ex. psychiatre, neurologue, évaluation de l'aptitude) • Tous les critères d'admissibilité sont remplis : <ul style="list-style-type: none"> • Être âgé d'au moins 18 ans • Être apte à prendre des décisions au sujet de sa santé • Répondre aux critères relatifs à un problème de santé grave et irréversible • Demande volontaire (aucune coercition soupçonnée) • Consentement éclairé • Être admissible aux services de santé publics au Canada <p><i>Inclure les dates des évaluations, le nom des cliniciens évaluateurs, et confirmer la conformité aux critères relatifs à l'indépendance.</i></p>	
Demande officielle écrite d'AMM <input type="checkbox"/> Demande écrite remplie, signée et datée par le patient (Outil clinique A : facultatif, ou autre forme de demande écrite) <input type="checkbox"/> Demande signée et datée par deux témoins indépendants (confirmer que les critères relatifs à l'indépendance sont remplis) <input type="checkbox"/> Transcription de la demande au nom du patient (s'il est incapable d'écrire) <input type="checkbox"/> Demande signée et datée au nom du patient (s'il est incapable d'écrire)	
Patient informé de son droit de retirer son consentement à l'AMM en tout temps	
Notification habituelle de l'admissibilité à un don d'organes ou de tissus (obligatoire pour les établissements et centres désignés) <input type="checkbox"/> Documenter la notification du Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) COMPOSER : 1 877 363 8465	
Détails du plan de soins pour l'AMM <input type="checkbox"/> Membres de l'équipe soignante désignés et informés <input type="checkbox"/> Consigner le consentement à la participation de la famille ou des soignants <input type="checkbox"/> Heure et lieu de l'AMM <input type="checkbox"/> Mode d'administration <input type="checkbox"/> Pharmacien informé <input type="checkbox"/> Protocole de médicaments choisi <input type="checkbox"/> Plan pour l'élimination sécuritaire des médicaments <input type="checkbox"/> Autres considérations pertinentes	
Rencontre avec le patient et sa famille avant la procédure d'AMM <input type="checkbox"/> Discussion avec le patient (et sa famille, avec le consentement de ce dernier) pour le préparer à l'AMM	
Période de réflexion <input type="checkbox"/> Consigner la date de début de la période de réflexion <input type="checkbox"/> Consigner la date de fin de la période – intervalle de 10 jours francs entre le jour où la demande officielle est signée et le jour où le médicament légal est prescrit ou administré <input type="checkbox"/> Consigner la raison pour laquelle la période de réflexion a été écourtée (le cas échéant)	
Confirmer à nouveau la capacité et le consentement du patient avant la prestation de l'AMM	
Documents relatifs à la prestation de l'AMM <input type="checkbox"/> Mode ou lieu d'administration (à l'hôpital, dans le cabinet du médecin ou autoadministration) <input type="checkbox"/> Note sur la procédure d'AMM <input type="checkbox"/> Tout autre document exigé par l'établissement du clinicien (p. ex. ordonnance remplie et signée pour l'AMM, dossier pharmacologique, fiche d'administration de médicaments pour l'AMM, etc.)	
Notification et déclaration du décès <input type="checkbox"/> Notification du Bureau du coroner en chef : composer le 1 855 299 4100 pour déclarer un décès résultant de l'AMM <input type="checkbox"/> Dossier médical complet du patient fourni au Bureau du coroner en chef aux fins d'enquête	

<p>[i] OMCO. Énoncé de politique no 4-16. Aide médicale à mourir http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/medical-assistance-in-dying.pdf?ext=.pdf</p> <p>[ii] Fiche d'information de l'OMCO : Assurance de l'accès aux soins – Recommandation en bonne et due forme http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/PAD-Effective-Referral-FactSheet.pdf</p> <p>[iii] OIIO. Document d'orientation sur le rôle des infirmières touchant l'aide médicale à mourir http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41056-guidance-on-nurses-roles-in-maid.pdf</p> <p>[iv] OPO. Code d'éthique http://www.ocpinfo.com/library/council/download/CodeofEthics2015.pdf</p> <p>[v] Outil clinique A – Demande d'aide médicale à mourir présentée par le patient http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=1&ENV=VWE&TIT=3889&NO=014-3889-22E</p> <p>[vi] Outil clinique B – Aide médicale à mourir fournie par un médecin ou un infirmier praticien (Principal) http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=1&ENV=VWE&TIT=3890&NO=014-3890-22E</p> <p>[vii] Outil clinique C – Aide médicale à mourir fournie par un médecin ou un infirmier praticien (Consultant) http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms.nsf/FormDetail?OpenForm&ACT=RDR&TAB=PROFILE&SRCH=1&ENV=VWE&TIT=3891&NO=014-3891-22E</p> <p>[viii] Outil pour l'évaluation de la capacité et le consentement de NICE http://www.nicenet.ca/files/NICE_Capacity_and_Consent_tool.pdf</p> <p>[ix] Outil d'évaluation de capacité http://www.jcb.utoronto.ca/tools/documents/ace.pdf</p> <p>[x] <i>Assessment of Capacity to Consent to Treatment (ACCT): Challenges, the "ACCT" Approach, Future Directions</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074108/</p> <p>[xi] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Énoncé de politique no 3-15 : Consentement au traitement http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/Consent-To-Treatment.pdf?ext=.pdf</p> <p>[xii] OIIO – Directive professionnelle : Le consentement http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/51020_consent.pdf</p> <p>[xiii] Évaluation de la vulnérabilité dans le régime d'aide médicale à mourir au Canada http://www.cacl.ca/sites/default/files/uploads/CACL_Vulnerability_Assessment_Apr_8_2016_-_Final_compressed.pdf</p> <p>[xiv] Justice Canada. <i>Contexte législatif : aide médicale à mourir</i> (projet de loi C-14, promulgué le 17 juin 2016) http://justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amr-adra/p2.html</p> <p>[xv] The Gold Standards Framework (GSF). Guide sur les indicateurs de pronostic http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General_Files/Prognostic_Indicator_Guidance_October_2011.pdf</p> <p>[xvi] Outil sur les indicateurs de soins de soutien et palliatifs http://www.gov.scot/resource/doc/924/0111396.pdf</p> <p>[xvii] Association des soins de fin de vie et palliatifs de la région de Mississauga-Halton. Guide sur les indicateurs d'identification précoce et de pronostic http://ocp.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=344053</p> <p>[xviii] Murray Sa, Kendall M, Boyd K, et Sheikh A. <i>Illness Trajectories and Palliative Care</i>. BMJ. 2005. 330 (7498) : 1007-1011 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557152/</p> <p>[xix] Justice Canada. Glossaire de l'aide médicale à mourir http://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/glos.html</p> <p>[xx] Ontario Medical Association. Programme de promotion de la santé des médecins http://php.oma.org/</p>	<p>[xxi] OMCO. Énoncé de politique no 6-16 : Planification et prestation des soins en fin de vie de qualité http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/End-of-Life.pdf?ext=.pdf</p> <p>[xxii] RTDV : Déclaration publique (liste des établissements et centres désignés) http://www.giftolife.on.ca/fr/professionals.htm</p> <p>[xxiii] Protocoles de médicaments de l'OMCO – Page d'ouverture de séance des membres https://www.cpso.on.ca/Login.aspx</p> <p>Documents et ressources complémentaires pouvant être utiles aux cliniciens :</p> <p>[xxiv] Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. Aide médicale à mourir : Information essentielle pour le personnel infirmier http://cnps.ca/AMM</p> <p>[xxv] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario – FAQ sur l'aide médicale à mourir http://www.cno.org/en/trending-topics/medical-assistance-in-dying/medical-assistance-in-dying--faqs/</p> <p>[xxvi] OMCO. Énoncé de politique no 4-16 : Aide médicale à mourir http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/medical-assistance-in-dying.pdf?ext=.pdf</p> <p>[xxvii] FAQ sur la norme relative aux personnes vulnérables http://static1.squarespace.com/static/56bb84cb01d8ae77f988b71a/t/56ec3fd2eeb817a4988351d/1458323310</p> <p>[xxviii] OCFP : Aide médicale à mourir http://ocfp.on.ca/tools/medically-assisted-dying</p> <p>[xxix] OPO : Aide médicale à mourir : Document d'orientation à l'intention des pharmaciens et des techniciens pharmaceutiques http://www.ocpinfo.com/library/practice-related/download/PhysicianAssistedDeath.pdf</p> <p>[xxx] Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) : FAQ sur la notification des hôpitaux https://www.giftolife.on.ca/resources/pdf/Routine%20Notification.pdf</p> <p>[xxxi] Norme relative aux personnes vulnérables http://static1.squarespace.com/static/56bb84cb01d8ae77f988b71a/t/56e17c654d088e2c2003c978/1457618022701/VPSStandard-March9.pdf</p> <p>[xxxii] Programme de formation sur l'AMM élaboré par l'Association médicale canadienne Modules en ligne https://joule.cma.ca/fr/practice-management-curriculum/aide-medecale-a-mourir.html Modules en classe https://www.cma.ca/fr/pages/face-to-face-course-eol-care-medical-assistance-dying.aspx</p> <p>Ressources additionnelles concernant les soins palliatifs et décès communautaires</p> <p>[xxxiii] Réseau ontarien des soins palliatifs : Trousse à outils pour les soins palliatifs. Le site inclut des liens pour connaître les meilleurs outils pratiques en provenance du monde entier pour aider les fournisseurs de soins primaires dans la prestation de soins palliatifs. https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/fr/node/32066</p> <p>[xxxiv] Symptom Response Kits (en anglais seulement): outil à l'intention des patients qui reçoivent des soins palliatifs à la maison qui pourraient nécessiter des soins pour soulager des symptômes non prévus ou pour les personnes dont les symptômes évoluent rapidement. http://hpcconnection.ca/symptom-response-kits/</p> <p>[xxxv] Hospice Palliative Care Ontario (HPCO): le site Web de HPCO inclut une série d'hyperliens vers des ressources éducatives à l'intention des cliniciens, patients et familles/aidants. http://www.hpcoco.ca</p>
--	---

* Les documents complémentaires ont été élaborés par des organismes externes. Donc, l'exactitude de leur contenu et l'accessibilité des hyperliens ne peuvent être garanties. Le CEP fait cependant tout effort pour actualiser les hyperliens.

 SECTION 5 : Documents de référence

- [1] Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois relativement à l'aide médicale à mourir (projet de loi C-14), 1re session, 42e législature, Canada, 2016 (promulguée le 17 juin 2016).
- [2] Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Énoncé de politique no 4-16 : Aide médicale à mourir, 2016 [consulté en juin 2016]. Source : <http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/medical-assistance-in-dying.pdf?ext=.pdf>
- [3] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : Document d'orientation sur le rôle des infirmières touchant l'aide médicale à mourir, 2016 [consulté le 27 juin 2016]. Source : <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41056-guidance-on-nurses-roles-in-maid.pdf>
- [4] Ordre des pharmaciens de l'Ontario : Aide médicale à mourir : Document d'orientation à l'intention des pharmaciens et des techniciens pharmaceutiques, 2016 [consulté le 5 juillet 2016]. Source : <http://www.ocpinfo.com/library/practice-related/download/PhysicianAssistedDeath.pdf>
- [5] Branigan M. Desire for hastened death: exploring the emotions and the ethics, 2015 [consulté le 30 septembre 2016]. Curr Opin Support Palliat Care. 9(1) : 64-71.
- [6] Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, L.O., 1996, chap. 2, annexe A
- [7] Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie, L.R.O., 1990. Trillium Gift of Life Network Act, R.S.O. 1990
- [8] Projet de loi 84. Loi de 2017 modifiant des lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir (ON) [Internet]. C2017 [consulté le 2 novembre 2017]. Disponible au http://www.ontla.on.ca/bills/bills-files/41_Parliament/Session2/b084ra_e.pdf

Cette ressource a été élaborée dans le cadre de la *Knowledge Translation in Primary Care Initiative*, dirigée par le CEP en collaboration avec l'Ontario College of Family Physicians et la Nurse Practitioners' Association of Ontario. Le Dr Sandy Buchman, MD, CCFP (PC), FCFP a assuré la direction clinique pour l'élaboration de la ressource, qui a fait l'objet d'un examen externe auprès de fournisseurs de soins de santé et d'autres intéressés. La ressource a été financée par le gouvernement de l'Ontario dans le cadre de la *Knowledge Translation in Primary Care Initiative*.

La ressource est destinée aux professionnels de la santé agréés de l'Ontario uniquement à titre de guide et ne constitue pas un avis médical ou professionnel. Les professionnels de la santé doivent exercer leur jugement clinique dans l'utilisation de la ressource. Ni le Centre for Effective Practice (CEP), l'Ontario College of Family Physicians, la Nurse Practitioners' Association of Ontario, le gouvernement de l'Ontario, ni leurs représentants, mandataires, administrateurs, dirigeants, employés, entrepreneurs, membres ou bénévoles respectifs : (i) n'offrent de service médical, de diagnostic ou de traitement par le biais de la ressource; (ii) n'assument aucune responsabilité, dans la mesure autorisée par la loi, pour l'utilisation licite ou abusive de la ressource par toute personne, notamment les fournisseurs ou établissements de soins primaires, y compris à l'égard de perte, de dommage ou de préjudice (incluant le décès) résultant de l'utilisation de tout ou partie de la ressource; et (iii) n'émettent aucune recommandation, assurance ou approbation relativement aux sources externes qui y sont mentionnées (qu'elles soient explicitement nommées ou non) et qui sont possédées ou exploitées par des tiers, ce qui comprend l'information et les conseils figurant aux présentes.



L'*Aide médicale à mourir* a été produite par le Centre for Effective Practice, qui en autorise l'utilisation, la reproduction et la diffusion à des fins non commerciales et de recherche, sous réserve que l'avis de non-responsabilité ci-dessus, le présent paragraphe et les paragraphes suivants ainsi que la citation suggérée figurent dans l'ensemble des copies, modifications et diffusions. L'utilisation de la ressource à des fins commerciales ou de toutes ses modifications est visée par des frais et doit être négociée au préalable avec le Centre for Effective Practice (courriel : info@cep.health).

À des fins statistiques et bibliographiques, veuillez aviser le Centre for Effective Practice (info@cep.health) de l'utilisation ou de la reproduction de la ressource. Veuillez utiliser la citation ci-dessous pour tout renvoi à la ressource :

Reproduit avec l'autorisation du Centre for Effective Practice (Révisé (décembre 2017)). *Aide médicale à mourir en Ontario*. Toronto : Centre for Effective Practice.t

Élaboré par :



Centre
for Effective
Practice

En collaboration avec :



Ontario College of Family Physicians

