

BIOETHICS MATTERS ENJEUX BIOÉTHIQUES

Mars 2017

Vol. 15, No. 2

Demandes de suicide assisté: objection de conscience, évaluations, transferts de cas et cas référés

Moira McQueen, LLB, MDiv, PhD

Les institutions catholiques et plusieurs médecins et infirmières praticiens s'opposent au suicide assisté et ne traiteront aucune demande en ce sens.¹ Ces institutions et praticiens ont clairement fait entendre qu'une telle pratique ne fait pas partie des soins qu'ils prodiguent. Ils devraient formellement établir qu'ils ne permettent pas de telles procédures dans leurs murs. Ils ne devraient pas non plus référer des patients directement à un autre médecin, une autre institution ou à toute autre agence tierce ou service de coordination qui offrent le suicide assisté ou peuvent en faire l'arrangement.

Il revient aux patients eux-mêmes d'initier tout contact avec un tel service s'ils souhaitent mourir à l'aide d'un médecin. Les institutions catholiques et les médecins qui émettent une objection de conscience ne peuvent ni ne feront cela pour eux, puisqu'ils ne peuvent référer directement pour une procédure qu'ils jugent moralement inacceptable. Ils ne doivent toutefois pas empêcher le patient et doivent le transférer, ou transférer son dossier, si une personne qui agit légalement en son nom en fait la demande, puisque ces obligations sont les

mêmes lorsqu'un patient souhaite changer de médecin, peu importe la raison.

L'ÉVALUATION EN GÉNÉRAL

L'un des critères légaux en vue d'obtenir le suicide assisté est que la personne qui en fait la demande doit avoir la capacité de comprendre les implications d'une telle procédure et doit remplir les conditions légales qui lui permettent d'y consentir. C'est pourquoi la compétence de la personne en ce sens doit être évaluée.

Ceci soulève certaines questions morales. D'abord, l'évaluation de la capacité de comprendre les options de traitement et de consentir à l'un d'eux est nécessaire avant d'effectuer toute procédure médicale, bien qu'il n'y ait pas de méthode standardisée pour le faire. Chaque médecin et infirmière est appelé à faire une telle évaluation dès leur première conversation avec un patient. Chaque patient, ou la personne qui prend une décision pour elle, doit être en mesure de consentir au traitement pour lequel il/elle a approché le médecin en premier lieu, et jugé apte à donner ce consentement en signant le formulaire requis. Ce genre d'évaluation a lieu de façon régulière.

ÉVALUATION POUR LE SUICIDE ASSISTÉ

Est-ce que l'évaluation de la capacité d'un patient pour l'accès au suicide assisté diffère de l'évaluation préliminaire et non

standardisée qui a lieu lorsqu'un patient rencontre pour la première fois un professionnel de la santé? Il est vrai qu'un échange au sujet d'une telle demande pourrait permettre au médecin ou à l'infirmière de dissuader le patient d'aller de l'avant avec le suicide assisté, ce qui serait moralement acceptable.

D'autre part, si le patient persiste dans sa demande ou utilise le formulaire du gouvernement qui vise à faciliter l'accès à la procédure, et dont la première étape est l'évaluation, il s'agirait d'une forme de « standardisation » qui formalise alors l'évaluation.² Dans ces cas, la méthode d'évaluation est en soi similaire, mais il y a une différence dans la raison qui la motive : l'une vise le traitement d'une maladie, l'autre vise le suicide assisté. Si un patient demande une évaluation comme première étape exigée en vue d'un suicide assisté, une institution, un médecin ou une infirmière qui évoque l'objection de conscience ne peut obtempérer à la demande.

ORGANISMES INDÉPENDANTS

Reconnaissant que les partis mentionnés plus haut manifestent leur objection de conscience au suicide assisté et ne référeront donc pas leurs patients directement vers cette procédure, certaines autorités provinciales ont mis en place un organisme indépendant, une structure à l'extérieur du lien patient/médecin ou patient/ institution, qui viendrait en aide aux personnes qui souhaitent le suicide assisté. C'est le cas en Alberta, et cela semble fonctionner. La possibilité d'avoir une structure semblable en Ontario a été soulevée. Si de tels services étaient mis en place, les patients pourraient demander eux-mêmes l'accès à la procédure

pour un suicide assisté. Ceci respecterait alors l'objection de conscience des professionnels de la santé qui ne voudraient pas les référer.

INFORMATION AU SUJET DE L'ACCÈS AU SUICIDE ASSISTÉ

Les hôpitaux publics, les centres de soins de longue durée, les bureaux de médecin ou l'ensemble du personnel ne partage pas l'objection de conscience au suicide assisté pourraient faire face à une obligation légale de publier ou afficher des avis ou offrir des pamphlets au sujet de ce genre d'organisme indépendant. Alors que ceci pose un problème aux professionnels qui s'y opposent, l'affichage de ces informations ne constitue pas une référence directe d'un patient. D'autres avis et informations qui posent des questions morales pour certaines personnes sont régulièrement affichés dans les bureaux de médecin, les cliniques et centre de soins de longue durée parce qu'il s'agit d'une obligation légale. Qu'il s'agisse d'information au sujet de l'éducation sexuelle, de planification de naissance, de fécondation in vitro ou d'autres choses, cela ne veut pas dire que ceux et celles qui exercent leur objection de conscience à ces pratiques endossent ou contribuent spécifiquement aux actes présentés par d'autres agences, puisque, si tel était le cas, ils contribueraient au mal en soi.

LES PATIENTS QUI ONT BESOIN D'AIDE POUR ACCÉDER AU SUICIDE ASSISTÉ

Certains patients pourraient avoir de la difficulté d'accéder d'eux-mêmes à un organisme indépendant ou un service de coordination de soins, parfois à cause de leur condition physique. Le médecin ou

l'infirmière praticienne d'un bureau ou d'un centre qui n'a pas formulé d'objection de conscience ne doivent-ils pas aider ce patient? Doivent-ils le faire s'ils sont dans un centre ou dans des installations catholiques? Même si certains patients ont de la difficulté à faire leur requête pour l'aide médicale à mourir, il faut se rappeler que l'*onus* de fournir cet accès ne repose pas, et ne devrait pas être transféré, aux personnes qui font part de leur objection de conscience à l'intervention souhaitée. Il revient au patient de trouver une manière ou une personne prête à l'aider. La même réponse vaut pour des instituts ou des installations qui n'ont pas formulé d'objection de conscience, mais où travaillent un médecin ou une infirmière praticienne qui ont fait part de leur objection.

COMPÉTENCE ET CONSENTEMENT

Il existe un facteur qui n'est pas assez considéré dans ce genre de situations. Puisqu'il est légalement nécessaire que la personne soit apte à consentir à l'aide médicale à mourir pour y accéder, alors les patients qui font cette requête à leur médecin ou infirmière praticienne devraient également pouvoir démontrer leur aptitude à demander un transfert de dossier et en assurer eux-mêmes, comme personnes autonomes, le suivi afin de répondre à ces exigences légales. Si des patients ne peuvent pas ou ont besoin d'aide pour trouver l'appui qu'ils recherchent, il y a lieu de se poser des questions sur leur capacité de prendre une telle décision.

Un patient apte pourrait avoir besoin d'une aide physique pour différentes choses, mais la nature même de l'aptitude requise signifie qu'il ne devrait pas être en mesure d'enrôler

quelqu'un qui lui permettrait de réaliser son intention (de mettre fin à ses jours). Un médecin ou une infirmière praticienne « n'abandonnent » pas un patient s'ils lui disent que sa demande est moralement répugnante et qu'ils ne peuvent y acquiescer. Il est clair que si les patients ne peuvent arranger autre chose d'eux-mêmes, ils ne sont pas aptes et devraient en aucun cas se voir accorder l'accès légal au suicide assisté.

RÉPONSES AUX DEMANDES DE TRANSFERTS

La formulation d'une procédure de demandes de transfert est d'une importance cruciale pour les installations où l'objection de conscience est acquise. Une formulation telle que « ... à la demande du patient, nous allons faciliter le transfert de soins de ce dernier à un fournisseur alternatif de soins qui pourra offrir les soins dont ils croient avoir besoin dans d'autres installations ou à la maison... » ne met pas l'emphase au bon endroit.

Il n'y a pas d'*onus* sur un fournisseur de soins qui formule une objection de conscience de faire quoi que ce soit. Le fournisseur doit légalement répondre aux demandes, mais devrait éviter des formulations qui indiquent une volonté d'aider à transférer les patients dans d'autres installations qui réaliseraient les intentions des patients.

« À la demande du patient... » devrait être la formule-clé de ces scénarios, et il devrait être clair que le transfert d'un patient ou de son dossier repose sur cette demande. Certaines formulations ne semblent offrir aucune résistance à des procédures que des institutions jugent moralement inacceptables.

Bien que le transfert de la demande d'un patient vers des installations qui l'accommoderont ne constitue pas en soi une participation au mal, les médecins et les institutions doivent être prudents dans la manière qu'ils formulent ces enjeux afin d'éviter la perception de cautionner ces procédures et de causer scandale.

EN RÉSUMÉ

En général, les patients qui demandent le suicide assisté doivent être en mesure de diriger l'ensemble de la démarche vers leur objectif. Chaque étape devrait être initiée par le patient, et rien ne devrait être offert à titre d'appui direct, cela même si la demande qu'ils ont eux-mêmes initiée doit être respectée. Les installations ayant formulé leur objection de conscience n'afficheront pas des avis ni ne rendront disponibles des pamphlets qui offrent de l'information au

¹ J'utilise l'expression « suicide assisté » tout au long de ce document et y inclus l'euthanasie. On peut aussi parler de « mort assisté » au sens légal. Je refuse d'utiliser l'expression « aide médicale à mourir » qui ne correspond pas à la réalité et est erronée.

sujet du suicide assisté. Toutefois, les patients peuvent être informés de l'existence d'organismes indépendants ou de services de coordination de soins, là où ils existent. Cette information est publique et facilement accessible. Refuser d'aider un patient dans les différentes étapes en vue d'accéder au suicide assisté ne constitue pas un abandon. Ce patient ne cherche pas un traitement médical en vue de guérir une maladie. Il cherche plutôt un moyen médical de mettre un terme à sa vie, et ceci n'est jamais moralement acceptable. ■

***Moira McQueen, LLB, MDiv, PhD**, est directrice générale de l'Institut canadien catholique de bioéthique. Elle enseigne la théologie morale à la Faculté de théologie de la University of St. Michael's College. En 2015, le pape François a nommé Dre McQueen comme auditrice au Synode des évêques sur le mariage et la famille (4-25 octobre) et en septembre 2014, il la nomma au sein de la Commission théologique internationale pour un mandat de 5 ans.*

² Lien vers le formulaire du gouvernement de l'Ontario.