

# Objection de conscience en contexte d'aide médicale à mourir

## Enjeux et pistes à explorer

### Membres du sous-comité

**Catherine Perron**, conseillère en éthique, CISSS de Laval

**Chantale Pilon**, conseillère en éthique, CISSS de la Montérégie Ouest

**Nathalie Tremblay**, conseillère en éthique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Le sous-comité tient à remercier les conseillers et répondants<sup>1</sup> en éthique des établissements du Réseau de la Santé et Services sociaux (RSSS) pour leur collaboration dans l'élaboration et la révision de ce document (Karine Bédard, CHUM ; Adélaïde Doussau, CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Yannick Sévigny, CISSS Abitibi-Témiscamingue<sup>o</sup>; Françoise Paradis-Simpson, CISSS Bas-St-Laurent ; Vanessa Finley Roy, stagiaire, Université de Montréal).

### 1. Objectifs

Cet outil, élaboré par des conseillères en éthique du RSSS, vise à initier un dialogue sur la question de l'objection de conscience et à réfléchir aux pratiques favorisant l'implication de l'ensemble des professionnels dans l'aide médicale à mourir (AMM), en tout respect du droit des soignants et des patients.<sup>2</sup>

- Distinguer l'objection de conscience des motifs apparentés;
- Envisager les pratiques prometteuses pouvant soutenir les professionnels impliqués dans la pratique de l'AMM;
- Assurer l'équilibre entre le droit des patients de recevoir l'AMM (en tant que soin requis, en temps opportun) et le droit des professionnels de s'y objecter par convictions personnelles.

### 2. Mise en contexte

En juin 2014, le Québec devient la première province canadienne à légaliser l'AMM. Deux ans plus tard, le gouvernement du Canada emboîte le pas en adoptant la Loi modifiant le Code criminel (C-14).

---

<sup>1</sup> L'emploi du genre masculin a pour but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

<sup>2</sup> Ce document aborde l'enjeu de l'implication des professionnels dans l'AMM, plus particulièrement celle des médecins. Tout au long du texte, le terme "professionnel" implique tous les membres d'un ordre professionnel, incluant les médecins.

En 2019, le critère provincial de “fin de vie” et le critère fédéral de “mort naturelle raisonnablement prévisible” sont déclarés inconstitutionnels, ce qui mène à l’entrée en vigueur de la loi C-7 en mars 2021. Parallèlement, deux modifications sont apportées à la loi provinciale : retrait du critère de fin de vie (mars 2020) et renonciation au consentement final (juin 2021).

#### Critères d’admissibilité à l’AMM au Québec<sup>3</sup>

- Être assuré au sens de la loi sur l’assurance maladie
- Être majeur et apte à consentir aux soins
- ~~Être en fin de vie~~ (critère invalidé)
- Être atteint d’une maladie grave et incurable
- Avoir une condition médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables

La coexistence des lois provinciale et fédérale pose des défis uniques aux médecins québécois, ce qui en amène certains à reconsidérer leur implication dans la pratique de l’AMM. Ils doivent composer avec la complexité et la pluralité de l’interprétation juridique, la duplication des instances régulatrices, la lourdeur administrative et les enjeux de disponibilité et de cohérence des formulaires ministériels à la loi canadienne.

#### Quelques chiffres

- Les demandes d’AMM sont en constante augmentation au Québec depuis 2015 (Commission sur les soins de fin de vie (CSFV, 2021a)).
- En 2020-2021, le nombre de décès par AMM correspondait à 3.3% de l’ensemble des décès (CSFV, 2021a).
- La CSFV prévoit que ce nombre passera de 3% à 4-5 % du nombre total des décès de la province au cours des trois prochaines années (CSFV, 2021b).
- En octobre 2021, 88% des médecins appuyaient l’AMM, alors que 16% l’avaient administré dans la dernière année (SOM, 2021).
- Dans une recherche menée au CISSS de Laval en 2019, 72.7% des médecins ayant manifesté une objection de conscience étaient favorables à l’AMM (Bouthillier & Opatrny, 2019).



*Avec l’élargissement de l’AMM aux personnes en mort naturelle non raisonnablement prévisible (MNnRP), et avec l’ouverture prochaine de la Loi concernant les soins de fin de vie<sup>4</sup>, devons-nous prévoir une augmentation des objections de conscience et une diminution de l’implication des médecins dans la pratique de l’AMM ?*

<sup>3</sup> Loi concernant les soins de fin de vie, 2015, art. 26, ci-après nommée Loi 2.

<sup>4</sup> La Commission spéciale sur l’évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie (2021) a soumis un rapport dans lequel elle recommande que l’AMM soit élargie aux demandes médicales anticipées. Parallèlement, le Collège des médecins du Québec (2021) a soumis un rapport dans lequel il se positionne en faveur de l’élargissement de l’AMM aux mineurs, aux personnes avec maladie mentale ou trouble neurocognitif.

### 3. Enjeux et approche préconisée

Malgré la faveur des médecins sondés face à l'AMM, il semble que ce soin de fin de vie soit porté par une minorité d'entre eux. Des enjeux cliniques et éthiques importants en découlent : accessibilité en temps opportun au soin pour les patients, iniquité du fardeau clinique et émotionnel pour les soignants qui y participent.

Compte tenu de l'épuisement grandissant des professionnels impliqués dans l'AMM, du manque de ressources évaluatrices et du droit des patients à recevoir les soins appropriés en temps opportun, il importe de réfléchir aux solutions possibles pour soutenir les parties impliquées. Dans le texte qui suit, nous cherchons à identifier les facteurs de résistance des professionnels à l'AMM, afin de pouvoir déployer les ressources d'accompagnement nécessaires pour les soutenir. La figure 1 illustre cet objectif :



Figure 1. Objection de conscience en contexte d'AMM

### 4. L'objection de conscience : un concept à définir

#### Conscience

Certaines caractéristiques communes ressortent des nombreuses définitions de la conscience proposées dans la littérature sur le sujet (Giroux, 2000; Maclure & Dumont, 2019; Sorabji, 2014; Sulmasy, 2008) :

- La conscience, c'est un engagement à la morale. C'est 1) avoir des convictions morales et 2) vivre selon ce qu'elles nous dictent;
- La conscience peut agir de manière rétrospective et prospective. C'est-à-dire qu'elle peut être perturbée par rapport à des actes que nous avons commis, ainsi que par l'anticipation d'un acte à poser;
- La conscience est acquise et non innée. Elle n'est pas infallible. Nous avons donc le devoir de former, « d'éclairer » notre conscience;
- Les convictions de notre conscience peuvent être d'origine séculière ou religieuse.

« Dans une acception générale, la conscience est la faculté de se connaître soi-même ; la capacité de s'examiner à partir de normes propres du bien et du mal préalablement assimilées, afin de porter un jugement sur ses choix de comportement pour agir ou s'abstenir d'agir en conséquence. Elle est le « normateur » [...] de l'être humain qui se forme à partir des informations et des expériences qu'il a progressivement acquises au fur et à mesure du développement de son for intérieur ». (Muzny, 2020, p. 130)

### **Objection de conscience**

L'objection de conscience est le refus d'une personne de commettre un acte prescrit par une norme du législateur, au nom de ses **convictions personnelles**. C'est à travers l'objection que l'individu défend sa liberté de conscience (Puppinck, 2016) et évite la détresse morale (Bulman, 2020).

Dans une société pluraliste et dans une visée de bien vivre-ensemble, l'objection de conscience appelle la **tolérance**. Il s'agit de la capacité de faire preuve de respect mutuel auprès de personnes possédant des valeurs qui diffèrent des nôtres (Bulman, 2020; Sulmasy, 2008). Cette tolérance doit être réciproque. La communauté médicale doit être tolérante à l'effet que l'objecteur est en droit de protéger son intégrité morale. Par ailleurs, l'objecteur doit être tolérant envers la pratique de l'AMM par ses confrères et envers les valeurs et priorités de son patient.

L'objection de conscience réfère à des convictions personnelles et non pas à une opposition institutionnelle. Une institution n'a pas de conscience proprement dite et ne peut ressentir de détresse morale (Amnistie internationale, 2018).

### **Convictions personnelles**

On parle généralement de convictions morales ou religieuses. C'est-à-dire des valeurs qui guident notre vie personnelle ou professionnelle. Par exemple, la médecine ayant comme principe de guérir ou soulager le patient avec bienfaisance et non-malfaisance.

## **5. Obligations légales et professionnelles (les normativités)**

Au Québec, le cadre légal et déontologique garantit le droit à l'objection de conscience pour les professionnels de la santé :

Un médecin peut refuser d'administrer l'AMM en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif (art. 50, Loi 2, QC);

Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. (art. 24, Code de déontologie des médecins)

Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur général de l'établissement, où la personne qu'il a désignée doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29. (art. 31, Loi 2, QC)

## 6. Motifs satellites à l'objection de conscience

### Qu'est-ce qui rend l'AMM rébarbative ?

La charge émotive, le manque de temps, la lourdeur administrative, l'imprécision du cadre légal, la peur de la stigmatisation, le manque de compétence et d'expérience font partie des motifs mentionnés par les médecins pour refuser de participer à l'AMM (Bouthillier & Opatrny, 2019). Parmi ces raisons, la charge émotive<sup>5</sup> serait la plus citée selon les auteures. La plupart des médecins qui refusent de participer à l'AMM selon ce motif ne sont pas complètement fermés à accompagner les patients dans l'AMM, mais requièrent du soutien. La figure 2 illustre l'objection de conscience et ses motifs "satellites" :

---

<sup>5</sup> Trois concepts principaux sont associés à la charge émotive des soignants :

- 1- La détresse morale : conséquences négatives d'avoir agi contre sa propre conscience lorsque des contraintes légales ou institutionnelles rendent impossible de poser les actions que l'on juge désirables (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004).
- 2- L'épuisement professionnel : « sentiment de vide que vit un[e] soignant[e] après s'être beaucoup dépensé[e] physiquement et dévoué[e] sans reconnaissance et sans valorisation, qui voit ses forces physiques amoindries et son capital de compréhension et de don de soi épuisé, tari. » (Phaneuf, 2007, p.1) La détresse morale que peut vivre un professionnel lorsqu'il est amené à poser un acte allant à l'encontre de sa conscience peut d'ailleurs le mener à l'épuisement professionnel.
- 3- La fatigue de compassion : « usure profonde, douloureuse à la détresse d'autrui. Nous devenons hypersensibles à leur état émotionnel [...]. Nous sommes vidés de toute vitalité, incapable de donner, d'aider et de soutenir. Les autres sont devenus synonymes de souffrance, de responsabilités au-dessus de nos forces et nous avons qu'une envie, les éviter ou nous désinvestir. [...] Nous pouvons ressentir un fort sentiment d'impuissance acquise. [...] La [fatigue de compassion] s'accompagne souvent de remises en question douloureuses de notre vision des choses et de notre spiritualité.» (Brillon, 2013, p. 30).



**FIGURE 2. Objection de conscience et motifs satellites**

## 7. Toutes de réelles objections de conscience?

Afin de dégager les situations d'objection de conscience des motifs satellites, nous avons élaboré quatre vignettes concernant l'intervention des professionnels lors d'une demande d'AMM.

### **Vignette 1**

Claire, 68 ans, vit avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les nombreuses exacerbations aiguës de sa condition l'ont conduite à de multiples hospitalisations dans la dernière année. De retour à domicile, Claire songe à l'impact de sa condition sur sa qualité de vie ainsi qu'à ses objectifs de soins. Elle craint une réhospitalisation ainsi qu'un séjour aux soins intensifs. Claire explique à son médecin, Dr Martin, qu'elle « n'en peut plus » et qu'elle « veut mourir ». Elle lui dit qu'après mûre réflexion, elle aimerait recevoir l'AMM. Dr Martin entend sa demande et se montre empathique à sa souffrance. Il lui dit toutefois qu'il ne sera pas en mesure de lui offrir ce soin, car l'AMM est inconciliable avec ses convictions personnelles.

### **Vignette 2**

Stella, 31 ans, vit avec une polyarthrite rhumatoïde depuis 20 ans. Sa médication ou de la chaleur profonde lui offrent un soulagement de courte durée. Elle présente des déformations et des difficultés fonctionnelles, mais pratique encore certaines de ses activités. Elle juge que sa douleur est de plus en plus intolérable et que sa qualité de vie n'est plus acceptable. Elle demande l'AMM à son médecin, Dr L'Étoile. Dr l'Étoile a déjà administré l'AMM à trois de ses patients, tous en fin de vie, avec une mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP). Dr l'Étoile se sent « bousculé dans son for intérieur ». Le fait que Stella ne soit pas une patiente en soins palliatifs et en fin de vie l'indispose. Il se sent confronté et se demande s'il contrevient à un principe fondamental auquel il tient : « *primum non nocere* ».

### **Vignette 3**

Claudia est infirmière en soins palliatifs. Une de ses patientes a été jugée admissible à l'AMM. Pour la première fois, Claudia accepte de participer au soin. L'AMM est prévue le lendemain et déjà sur l'unité, le climat de travail est différent. Bien que ses collègues la saluent, Claudia les sent distants. Les conversations du midi sont moins fluides. Le jour de l'AMM, le soin se déroule bien, quoiqu'éprouvant pour tous. Les proches sont reconnaissants, ce qui reconforte l'infirmière. Claudia se sent vidée et aimerait terminer plus tôt. Malheureusement l'infirmier-chef lui annonce qu'elle devra rester et prendre en charge deux patients supplémentaires, car plusieurs de ses collègues se sont absentés. Claudia se demande si leur absence a à voir avec son implication dans l'AMM. Ce soir-là, Claudia pleure et se dit que la prochaine fois, elle fera une objection de conscience. L'AMM est trop lourde à porter.

### **Vignette 4**

M. Ouimet a récemment lu sur les modifications de la loi sur l'AMM. Considérant son diagnostic de VIH et son « épuisement de vivre », il se croit admissible et aimerait échanger avec un professionnel de la santé. M. Ouimet, dont le médecin est nouvellement retraité, se tourne alors vers son pharmacien. Décontenancé, le pharmacien l'informe ne pas pouvoir l'aider dans sa demande, ne connaissant rien des critères d'admissibilité ni du processus de l'AMM.

De retour chez lui, M. Ouimet compose le 811. La travailleuse sociale, surprise par cette requête, l'informe que les professionnels du 811 ne sont pas formés pour assumer ce genre de demandes et le réfère à un groupe de médecine familiale (GMF). Lorsque M. Ouimet réussit à parler à une infirmière du GMF, cette dernière l'informe que le processus d'AMM n'est pas assumé par la clinique. M. Ouimet choisit enfin de se rendre à l'urgence pour trouver un médecin pouvant accueillir sa demande. Toutefois, l'urgentiste le renvoie à la maison en lui mentionnant « qu'il n'est pas rendu là dans sa maladie ».

## Questions réflexives en lien avec les vignettes

Pour chaque vignette, différentes questions permettent de dégager l'objection de conscience des motifs satellites qui s'y apparentent :

- Les refus des professionnels de s'impliquer dans l'AMM :
  - 1) Réfèrent-ils à l'objection de conscience ?
  - 2) Correspondent-ils au motif de "convictions personnelles" énoncé à l'article 50 de la Loi concernant les soins de fin de vie ?
- Si non, quels motifs sous-tendent leurs positions ? Ces motifs sont-ils valables ? Doivent-ils être acceptés, respectés, discutés ?
- Quelle est la responsabilité :
  - 1) des professionnels envers : a) les demandeurs d'AMM ? b) leurs collègues ?
  - 2) des établissements envers a) les demandeurs d'AMM ? b) les professionnels "objecteurs" et "non-objecteurs" ?
- Une équipe ou un établissement peut-il plaider l'objection de conscience ou tout autre motif pour refuser de recevoir les demandes d'AMM pour l'ensemble de ses professionnels ?

## 8. Les questionnements, valeurs et principes éthiques

Au plan éthique, les situations d'objection de conscience soulèvent différents questionnements :

- Comment respecter et opérationnaliser le droit à l'objection de conscience, tout en évitant d'augmenter le fardeau sur les soignants non-objecteurs ?
- Si, par conviction personnelle, un professionnel de la santé s'objecte à l'AMM pour des raisons morales, ce même sens moral pourrait-il aussi l'amener à se questionner sur la solidarité envers ses collègues et le devoir de non-abandon envers son patient ?
- Quelles mesures atténuantes peuvent être envisagées ?

Les situations d'objection de conscience font aussi appel à plusieurs valeurs et principes :

- L'**accessibilité** à l'AMM au moment opportun pour les patients doit être pondérée avec la **liberté de conscience** des médecins et professionnels;
- Ce dilemme doit se résoudre en faveur de l'**autodétermination** du patient, d'où l'obligation des professionnels de référer à un collègue ou à sa direction d'établissement (art 31 de la loi 2);
- Dans une visée de **proportionnalité**, « une mise en balance entre les exigences de la *conscience individuelle* et les *besoins de la société* » doit être recherchée (Muzny, 2020, p. 139);
- Par **souci éthique pour autrui**, le professionnel objecteur doit se préoccuper tant des conséquences pour son patient, que du fardeau (ex. : surcharge de travail, poids émotionnel et moral) encouru par son objection de conscience sur ses pairs et son environnement de travail.



## 9. Pratiques prometteuses et pistes à explorer

Quelques suggestions et pistes à explorer sont proposées pour dénouer les enjeux liés à l'objection de conscience et aux motifs satellites présents en contexte d'AMM.

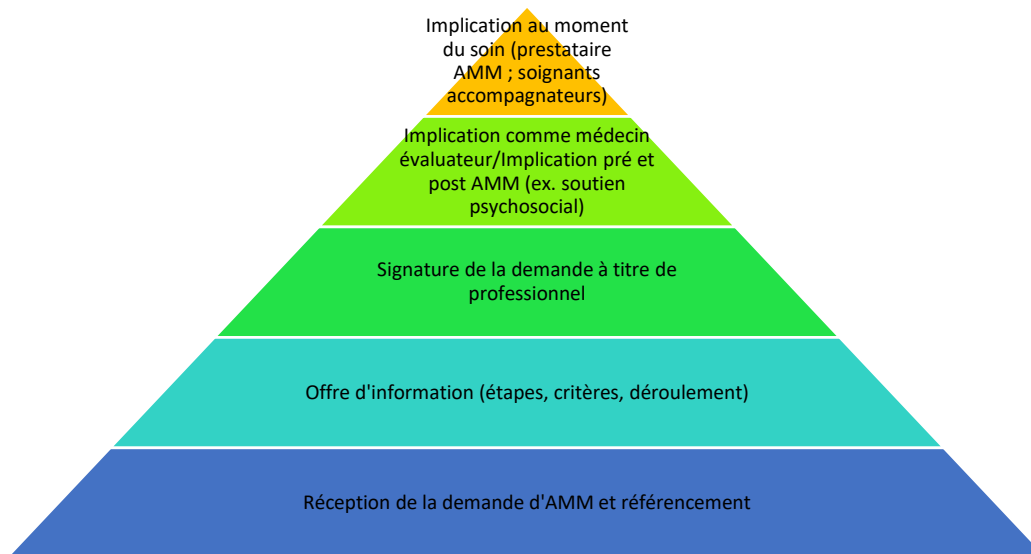
**Tableau 1. Enjeux et pistes à explorer**

Enjeux	Pistes à explorer par les établissements
Amalgame entre l'objection de conscience et les motifs "satellites"	Clarification et circonscription des motifs (ex. diffusion d'un glossaire; collaboration avec les services des communications, DSP, DSI, DSM pour diffuser des capsules d'information)
Apparition de l'objection de conscience « partielle » en contexte de MNnRP	<p>Distinction de l'objection de conscience « totale » de l'objection de conscience « partielle »</p> <p>Sondage aux médecins sur leurs besoins de formation et disposition à participer au processus d'AMM en tant qu'évaluateur ou prestataire pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Leurs patients</i> <input type="radio"/> MNRP / <input type="radio"/> MNnRP</li> <li>- <i>Les patients</i> <input type="radio"/> MNRP / <input type="radio"/> MNnRP</li> </ul> <p>Élaboration d'une procédure de gestion des objections de conscience (voir Annexe 1<sup>6</sup>)</p> <p>Suivi avec les professionnels objecteurs et exploration des responsabilités à l'endroit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des patients (information, accès et continuité des soins, réception et signature de la demande, référencement)</li> <li>- Des équipes de soins (activités alternatives pour assurer l'équité et le partage du fardeau de soin : échange de patient, soutien, etc.)</li> </ul>
<p>Manque de connaissances cliniques, légales, administratives</p> <p>Manque d'expérience</p>	<p>Formation et sensibilisation au processus d'AMM (midi-conférences, webinaires, ENA, etc.)</p> <p>Référencement aux GIS pour soutien psychosocial, clinique, administratif, juridique</p> <p>Mentorat et pairage entre médecins/professionnels</p> <p>Réseautage entre médecins (espace et activités d'échange)</p> <p>Collaboration avec les universités pour inclure l'AMM dans l'enseignement et les stages</p> <p>Dès l'embauche, aborder la pratique de l'AMM avec les candidats pour explorer leur posture et leur besoin de formation</p> <p>Segmenter le processus d'AMM pour identifier les espaces où les professionnels peuvent être à l'aise de s'impliquer (voir la gradation de l'implication des professionnels dans l'AMM (Figure 3))</p>

<sup>6</sup> Noter que la procédure du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sert davantage à ouvrir le dialogue qu'à faire signer les médecins sur le formulaire; le GIS ne se sert que de la procédure et non du formulaire.

<b>Enjeux</b>	<b>Pistes à explorer par les établissements</b>
Complexité du cadre légal	Clarification du concept de « conviction personnelle » et de son application dans le domaine de l'AMM au Québec ; diffusion de la définition à l'ensemble du RSSS Ajustement de la Loi 2 pour assurer une meilleure correspondance avec la loi fédérale Assurer une meilleure correspondance entre l'article 24 du Code de déontologie des médecins et l'article 31 de la L2 : [...] Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. » (art. 24, Code de déontologie des médecins) [...] Le directeur général de l'établissement, où la personne qu'il a désignée doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29. (art. 31, Loi 2)
Charge émotive pouvant mener à : épuisement professionnel, détresse morale, usure/fatigue de compassion	Soutenir les professionnels par des activités de prébriefing, débriefing Libérer les professionnels avant, pendant et après l'AMM Partager la responsabilité (morale) sur l'ensemble des professionnels : interdisciplinarité
Lourdeur administrative	Diffuser l'offre de service du GIS Faciliter l'accès des médecins au formulaire de déclaration fédéral
Craintes de représailles (légales ou déontologiques)	Faciliter la collaboration entre les instances régulatrices (MSSS, CSFV, CMQ), GIS, contentieux et médecins
Demandes d'AMM passées sous silence	Élaborer une fiche signalétique complétée dès qu'un patient s'informe sur l'AMM Envoyer les demandes d'AMM à une centrale de coordination locale
Stigmatisation	Sensibiliser les équipes Déployer des activités de formation et d'échange sur l'AMM et les SPFV
Établissements objecteurs à l'AMM	Clarifier la responsabilité des établissements de répondre aux demandes d'information AMM des patients Nommer un répondant AMM par établissement

Une piste à explorer pour circonscrire et distinguer l'objection de conscience des concepts satellites est de segmenter le processus d'AMM. La gradation de l'implication permet aux professionnels de déterminer les étapes dans lesquelles ils se sentent confortables de s'impliquer (Figure 3)



**Figure 3. Gradation de l'implication des professionnels dans l'AMM**

## 8. Conclusion

En s'impliquant dans l'AMM, les professionnels de la santé sont confrontés à de réels enjeux administratifs, émotionnels, de formation et d'adaptation. Les contraindre à s'impliquer, les juger ou les blâmer pour leurs résistances ne s'inscrit certainement pas dans les conduites éthiques à privilégier. Des moyens novateurs doivent être mis à leur disposition pour distinguer l'objection de conscience des motifs apparentés, ainsi soutenir et renforcer leur investissement dans la pratique. Déployer les ressources de réseautage, de soutien, d'information et de sensibilisation devrait favoriser d'une part, l'engagement des uns, d'autre part, le respect des convictions personnelles des autres.

Identifier les enjeux que rencontrent les professionnels dans la pratique de l'AMM permettrait de préserver les médecins comme Dr Martin des blessures morales. Déployer les ressources appropriées permettrait de soutenir les médecins comme Dr L'Étoile dans la nouvelle réalité des morts naturelles non raisonnablement prévisibles. Offrir aux professionnels comme Claudia un soutien pré et post AMM aiderait à donner un sens à leur expérience. Rendre disponibles l'information et la formation nécessaire pour démystifier ce soin contribuerait à protéger la cohésion des équipes. Enfin, clarifier les rôles et responsabilités des professionnels qui accompagnent les personnes comme monsieur Ouellet assurerait une action collective, empreinte de diligence et de bienveillance.

En somme, nous croyons qu'en identifiant les enjeux satellites à l'objection de conscience, il sera plus facile de rejoindre et de soutenir les professionnels qui pourraient s'impliquer dans l'AMM. Nous serons aussi mieux en mesure de respecter le droit légitime à l'intégrité morale des réels objecteurs de conscience qui ressentent, en leur for intérieur, que l'AMM contrevient à leurs principes moraux ou religieux.

## Références

- Amnistie internationale (2018). Pourquoi le règlement sur l'objection de conscience devrait indigner tout le monde. Communiqué de presse. En ligne : <https://amnistie.ca/sinformer/communiques/international/2018/chili/pourquoi-reglement-lobjection-conscience-devrait>, consulté le 2022-04-04.
- Bibliothèque du parlement (2021). Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 18 p. En ligne : [https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr\\_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/432C7E](https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/432C7E), consulté le 2022-04-04.
- Bouthillier, M. E., Opatrny, L. (2019). A qualitative study of physicians' conscientious objections to medical aid in dying. *Palliative medicine*, 33(9), 1212-1220.
- Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 30-35.
- Bulman, K.R. (2020). Conscientious objection to effective referral for medical assistance in dying: an analysis in terms of Rawlsian liberal political theory (Thèse doctorale). Laurentian University of Sudbury, Canada, 105 p.
- Code criminel (1985), Loi concernant le droit criminel (L.R.C.), c. C-46. En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/>, consulté le 2022-04-04.
- Code de déontologie des médecins (2021). M-9. R.17. En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20/>, consulté le 2022-04-04.
- Collège des médecins du Québec (2021). Recommandation de positionnement du groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie. 14 p. En ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-7-2021-12-13-fr-recommandation-positionnement-groupe-reflexion-sur-amm-et-soins-fin-de-vie.pdf?t=637749817145307608>, consulté le 2022-04-04.
- Commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie (2021). Gouvernement du Québec : Assemblée nationale du Québec. Page web de la commission : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cssfv-42-1/index.html>, consulté le 2022-04-04.
- Commission sur les soins de fin de vie (2021a). Rapport annuel d'activités : Du 1er avril 2020 au 31 mars 2021. Gouvernement du Québec, Québec, 2020. En ligne : [http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_177815&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_177815&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz) \_consulté le 2022-04-05.
- Commission sur les soins de fin de vie (2021b). Mémoires présentés dans le cadre des travaux sur la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie. En ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSFV/mandats/Mandat-44835/memoires-deposes.html>, consulté le 2022-04-04.
- Giroux, M.T. (2000) Tribune d'éthique. L'objection de conscience. *Le Clinicien*. p. 59-69. En ligne : <https://studylibfr.com/doc/4274134/tribune-d-%C3%A9thique---sta-healthcare-communications>, consulté le 2022-04-04.

Källemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine*, 58(6), 1075-1084.

Loi concernant les soins de fin de vie au Québec, LQ, 2015, S-32.0001. En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/tdm/lc/S-32.0001?langcont=fr>, consulté le 2022-04-04.

Maclure J. Dumont I. (2019) Aide médicale à mourir et objection de conscience des médecins : pour un débat plus nuancé. *Éthique publique*. Vol.21, no 2. En ligne : <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4669>, consulté le 2022-04-04.

Muzny, P. (2016). Le droit à l'objection de conscience au service militaire pour motifs religieux. *Revue du droit des religions* (1), 129-143.

Phaneuf M. (2007, révision février 2013). L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie. En ligne : <http://www.prendresoin.org/?p=2488>, consulté le 2022-04-04.

Puppinck, G. (2016). Objection de conscience et droits de l'homme. *Société, droit et religion* (1), 209-275.

SOM (2021). Sondage sur l'aide médicale à mourir : sommaire des résultats. En ligne sur le site du Collège des Médecins du Québec : <http://www.cmq.org/pdf/amm/sondage-som-02112021.pdf?t=1638311786225>, consulté le 2022-04-04.

Sorabji, R. (2014). *Retrospect: Nature and value of Conscience*. In R. Sorabji, *Moral Conscience through the Ages: Fifth Century BCE to the Present*. Oxford: Oxford University Press. 240 p.

Sulmasy D.P. (2008). What is conscience and why is respect for it so important? *Theoretical Medicine and Bioethics*, Volume 29, Issue 3, pp. 135–149. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9072-2>, consulté le 2022-04-04.

Truchon c. Procureur général du Canada (2019), QCCS 3792 (CanLII). En ligne : <http://canlii.ca/t/j2bz1>, consulté le 2021-11-30.

## Annexe 1<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Noter que la procédure du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sert davantage à ouvrir le dialogue qu'à faire signer les médecins sur le formulaire; le GIS ne se sert que de la procédure et non du formulaire.

## PROCÉDURE DE TRAITEMENT D'UN CAS D'OBJECTION DE CONSCIENCE DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

ÉMETTEUR :	Direction des soins infirmiers	
ADOPTÉE PAR :	Direction des services professionnels	
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	Bureau de direction	
DATE DE RÉVISION :	ADM-315	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :
CODE DE CLASSIFICATION :		
ORIGINAL SIGNÉ PAR :		

CETTE PROCÉDURE EST EN LIEN AVEC LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- POLITIQUE RELATIVE AUX SOINS DE FIN DE VIE
- PROCÉDURE DE CHEMINEMENT CLINICO-ADMINISTRATIF D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

### TABLE DES MATIÈRES

- Mise en contexte
- Définitions
- Dispositions générales
- Champs d'application
- Objectifs de la procédure
- Étapes de la procédure
  - Médecin
    - Déclaration du refus par objection de conscience
      - 1.2.1 Identification d'un substitut
      - 1.2.3 Transmission des informations
    - Autres professionnels
      - 1.2.1 Déclaration du refus par objection de conscience
        - 1.2.2 Identification d'un substitut
    - Rôles et responsabilités
- MISE EN CONTEXTE
 

Dans le cadre de l'entrée en vigueur au 10 décembre 2015 de la Loi concernant les soins de fin de vie (ci-après «la Loi»), le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'une procédure précisant les étapes à suivre lorsqu'un médecin ou un professionnel de la santé et des services sociaux refuse d'administrer ou de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir pour des raisons associées à une objection de conscience. Du fait que l'établissement a l'obligation d'offrir des soins de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir fait partie, et que ce soin peut heurter les valeurs et les convictions de certains professionnels, il est important de prévoir un mécanisme de substitution pour ceux qui en font la demande.
- DÉFINITIONS
 

**AIDE MÉDICALE À MOURIR**  
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.

### OBJECTION DE CONSCIENCE

Est un acte personnel de refus d'accomplir certains actes allant à l'encontre d'impératifs religieux, moraux ou éthiques dictés par sa conscience.

### SOINS DE FIN DE VIE

Les soins de fin de vie sont des soins comprenant les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir.

### SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

### 3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La Loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. Elle encadre et précise certains de ces soins, comme l'aide médicale à mourir, qui constitue un nouveau soin à offrir.

Le code de déontologie des professionnels prévoit que ces derniers doivent informer l'usager de leurs convictions personnelles qui les empêchent de lui recommander ou de lui fournir un service professionnel qui pourrait lui être approprié. À cet égard, l'aide médicale à mourir est un soin ayant un réel potentiel d'entrer en conflit avec les convictions personnelles de plusieurs professionnels. La Loi vient préciser les obligations des professionnels lorsque survient une telle situation.

#### Article 50

« Un médecin peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif.

Un tel médecin ou un tel professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne.

Le médecin doit en outre respecter la procédure prévue à l'article 31. »

#### Article 31

« Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29, doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur général de l'établissement, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée. Le médecin lui transmet, le cas échéant, le formulaire qui lui a été remis et les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises. »

<sup>1</sup> Article de la Loi précisant les critères de l'aide médicale à mourir.

#### 4. CHAMP D'APPLICATION

La présente procédure s'applique à l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et s'adresse aux médecins de l'établissement, aux professionnels de la santé et des services sociaux, principalement les infirmières, les pharmaciens et les intervenants psychosociaux aux professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement, ainsi qu'aux médecins en cabinet privé ou pratiquant dans une maison de soins palliatifs se trouvant sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

La présente procédure s'applique exclusivement dans le cadre de l'objection de conscience lors de l'administration de l'aide médicale à mourir et ne s'applique pas aux non professionnels.

#### 5. OBJECTIFS DE LA PROCÉDURE

La présente procédure a pour objectifs de :

- préciser les étapes à suivre afin qu'un médecin ou un professionnel substitut soit identifié dans le cas d'un refus d'administrer ou de participer à l'administration d'une aide médicale à mourir par objection de conscience;
- préciser les rôles et responsabilités attendues des différents acteurs dans le processus de traitement d'un cas d'objection de conscience.

#### 6. ÉTAPES DE LA PROCÉDURE

La procédure comporte deux sections, soit les étapes à suivre par les médecins et l'autre, les étapes à suivre par les professionnels de la santé et des services sociaux.

Médecins :

- 1) Déclaration du refus
- 2) Identification d'un médecin substitut
- 3) Transmission des informations

Professionnels :

- 1) Déclaration du refus
- 2) Identification d'un professionnel substitut

### 6.1 MÉDECINS

#### 6.1.1 DÉCLARATION DU REFUS

En vertu de l'article 31 de la Loi, un médecin a l'obligation de déclarer qu'il refuse d'administrer l'aide médicale à mourir. Après avoir informé l'utilisateur et sa famille, le cas échéant, de son refus, le médecin doit :

- faire signer, à l'utilisateur, le formulaire d'autorisation de communication de renseignements contenus au dossier advenant le cas où le médecin substitut pratique dans une autre installation.
- aviser la coordonnatrice du Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) de son refus selon l'une des deux modalités suivantes :
  - a) transmettre, par télécopieur au 819-829-6278, le formulaire de déclaration d'un refus par objection de conscience (voir Annexe 1);
  - b) laisser un message dans la boîte vocale du GIS au numéro 819-348-3817. Un membre du GIS prendra contact avec le médecin pour recueillir toute l'information pertinente.

Le GIS s'assurera que le médecin soit informé que sa demande a bel et bien été reçue et qu'elle sera traitée dans les meilleurs délais.

#### 6.1.2 IDENTIFICATION D'UN MÉDECIN SUBSTITUT

Une fois la déclaration du refus réalisée, un médecin substitut doit être identifié afin de prendre en charge la demande d'aide médicale à mourir. A cet égard, deux modalités s'offrent au médecin :

1. Le médecin réfère lui-même la demande d'aide médicale à mourir à un collègue qui accepte de la prendre en charge.
2. Le médecin réfère au GIS afin que ce dernier identifie un médecin substitut. A cet égard, le formulaire de déclaration d'un refus par objection de conscience (voir Annexe 1) peut être utilisé en complétant la section indiquant qu'il souhaite le soutien du GIS et le transmet par télécopieur au 819-829-6278. Le GIS communiquera au médecin traitant l'identité du médecin substitut.

#### 6.1.3 TRANSMISSION DES INFORMATIONS

##### 6.1.3.1 DOSSIER DE L'USAGER

Le médecin traitant, pratiquant en établissement, qui a reçu le formulaire de demande d'aide médicale à mourir doit :

- remettre une copie du formulaire à l'utilisateur afin d'en assurer sa disponibilité, au besoin;
- déposer au dossier de l'utilisateur le formulaire original.

Le médecin traitant, pratiquant en cabinet privé ou dans une maison de soins palliatifs, doit :

- remettre une copie du formulaire à l'utilisateur afin d'en assurer sa disponibilité, au besoin;
- transmettre, par fax au 819-829-6278, une copie du formulaire de demande d'aide médicale à mourir au GIS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- déposer au dossier de l'utilisateur le formulaire original.

Si l'utilisateur est transféré vers une autre installation, le formulaire original de demande d'aide médicale à mourir doit faire partie des documents qui suivront l'utilisateur.

##### Nota Bene :

Le formulaire devra être classé en évidence au dossier médical de l'utilisateur, tout comme pour le code d'intensité thérapeutique ou, pour ceux dont le dossier est informatisé (Ariane), sera déposé dans la section Avis/Précaution.

#### 6.1.3.2 COMMUNICATION ENTRE LE MÉDECIN TRAITANT ET LE MÉDECIN SUBSTITUT

Afin que l'information pertinente concernant l'utilisateur soit transmise au médecin substitut, le médecin traitant doit :

- prendre rendez-vous avec le médecin substitut, dans les meilleurs délais, afin qu'il puisse lui partager l'information pertinente;
- au besoin, faciliter l'accès au dossier médical de l'utilisateur si le médecin substitut ne provient pas de la même installation;
- demeurer disponible selon les besoins du médecin substitut.

##### Nota Bene :

Il faut s'assurer que le consentement de l'utilisateur a été donné, le cas échéant, avant de donner accès à son dossier médical ou à transmettre de l'information le concernant.

## 6.2. PROFESSIONNELS

D'autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment les infirmières, les intervenants psychosociaux et les pharmaciens, appelés à participer à l'administration de l'aide médicale à mourir, peuvent également refuser d'y participer pour des raisons d'objection de conscience.

### 6.2.1 DÉCLARATION DU REFUS

En vertu de l'article 50 de la Loi, un professionnel peut refuser de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir et ce, pour des raisons de convictions personnelles. Plus spécifiquement, l'objection de conscience s'applique pour toute activité reliée directement à l'aide médicale à mourir, par exemple :

- la pose d'un cathéter intraveineux périphérique par lequel la médication prévue pour l'aide médicale à mourir sera administrée;
- l'accompagnement à la famille et aux proches avant et suivant l'administration de l'aide médicale à mourir;
- la préparation de la médication qui servira à l'aide médicale à mourir ou le transport de la trousse.

Toute autre activité clinique requise par la condition de l'usager et qui n'est pas directement associée à l'aide médicale à mourir ne fait pas partie de ce qui peut faire l'objet d'une objection de conscience prévue à l'article 50 de la Loi, par exemple :

- donner un soin d'hygiène la journée même où l'aide médicale à mourir sera administrée;
- administrer toute autre médication à l'usager qui n'est pas celle prévue pour l'aide médicale à mourir.

#### ATTENTION :

**Le professionnel a toujours la responsabilité de s'assurer de la continuité des soins et services offerts à la personne en fin de vie, même s'il a signifié son refus par objection de conscience quant à sa participation à l'aide médicale à mourir. Donc, il doit poursuivre son implication auprès de la personne pour tous les autres soins ou services.**

Afin de déclarer son refus de participer à l'aide médicale à mourir, le professionnel doit informer, dès que possible, son gestionnaire.

### 6.2.2 IDENTIFICATION D'UN PROFESSIONNEL SUBSTITUT

L'identification d'un professionnel substitut relève de la responsabilité du gestionnaire. Lorsqu'il est informé d'une objection de conscience par le professionnel, il doit :

1. identifier un autre professionnel, du même titre d'emploi et faisant partie de la même équipe ou secteur, qui accepterait de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir.
2. Informer le médecin de l'identité du professionnel substitut afin que celui puisse être intégré aux discussions de l'équipe soignante au regard des préparatifs à l'aide médicale à mourir.
3. S'assurer que l'identification d'un professionnel substitut est réalisée dans un délai raisonnable considérant que ce dernier doit s'intégrer à l'équipe soignante et devra avoir minimalement un contact avec la personne en fin de vie avant la journée identifiée pour l'administration de l'aide médicale à mourir.

Advenant le cas où le gestionnaire ne trouve aucun professionnel substitut dans ses secteurs, il contacte son supérieur immédiat afin de poursuivre les recherches auprès d'autres secteurs ou équipes. Au besoin, une communication devra être faite auprès de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, secteur relation de travail, afin de s'assurer du respect des règles de conventions collectives établies.

#### NOTA BENE :

En tout temps, le gestionnaire peut contacter le GIS au numéro 819-348-3817 pour obtenir un soutien dans sa démarche advenant une problématique.

## 7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

### 7.1. Bureau de direction

- Adopte la présente procédure.

### 7.2. Direction des soins infirmiers

- Elabore et met à jour la présente procédure en collaboration avec la Direction des services professionnels, la Direction des services multidisciplinaires et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS).
- S'assure de l'application de la présente procédure en collaboration avec le GIS et les directions concernées.
- Évalue annuellement, en collaboration avec la Direction des services professionnels, la Direction des services multidisciplinaires et les membres du GIS, le processus de traitement des cas d'objection de conscience.
- S'assure auprès des membres du CII d'une bonne compréhension de leur obligation déontologique à l'égard de l'objection de conscience et de la présente procédure.

### 7.3. Direction des services professionnels

- Collabore à l'élaboration et à la mise à jour de la présente procédure.
- Collabore à l'évaluation annuelle du processus de traitement des cas d'objection de conscience.
- S'assure auprès des membres du CMDP de l'application de la présente procédure.
- S'assure que les médecins pratiquant hors établissement reçoivent l'information requise en lien avec la présente procédure.

### 7.4. Direction des services multidisciplinaires

- Collabore à l'élaboration, à la mise à jour et à l'application de la présente procédure.
- Collabore à l'évaluation annuelle du processus de traitement des cas d'objection de conscience, le cas échéant.
- S'assure auprès des membres du CM d'une bonne compréhension de leur obligation déontologique à l'égard de l'objection de conscience et de la présente procédure.

### 7.5. Groupe interdisciplinaire de soutien

- Soutient, au besoin, les médecins dans le processus d'identification d'un médecin substitut en cas de refus par objection de conscience.
- Soutient, au besoin, les professionnels et les gestionnaires dans le processus de traitement d'un cas d'objection de conscience.
- Collabore à la mise à jour et à l'évaluation annuelle du processus de traitement d'un cas d'objection de conscience.

### 7.6. Médecin traitant

- Informe l'usager et ses proches, le cas échéant, de son refus par objection de conscience d'administrer l'aide médicale à mourir et des étapes subséquentes pour l'identification d'un médecin substitut.
- S'assure qu'un médecin substitut soit identifié, soit en procédant par lui-même à la démarche d'identification, soit en demandant le soutien du GIS.
- Assure la continuité des soins offerts à la personne en fin de vie.



#### 7.7. Gestionnaires

- S'assure d'identifier un professionnel substitut pour toute déclaration de refus par objection de conscience d'un professionnel faisant partie de son secteur.
- S'assure que le traitement de tout refus par objection de conscience de la part d'un professionnel se réalise dans le plus grand respect des convictions personnelles de chacun.
- S'assure que la procédure soit connue et appliquée par le personnel de son secteur.
- Soutient les membres de l'équipe soignante dans toute situation clinique où un conflit de valeur se produit et voit à ce que la continuité des soins requis par la personne en fin de vie soit assurée.

#### 7.8. Professionnels de la santé et des services sociaux (autres que le médecin traitant)

- Informe, dès que possible, son supérieur immédiat de son refus de participer à l'administration de l'aide médicale à mourir.
- Assure la continuité des soins et des services offerts à la personne en fin de vie.

ANNEXES : ANNEXE I – FORMULAIRE DE TRANSMISSION D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU GIS

DIFFUSÉ À : GESTIONNAIRES DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS, PERSONNEL DES SECTEURS CLINIQUES, MEMBRES DU GIS, MÉDECINS, MÉDECINS HORS ÉTABLISSEMENT, MAISONS DE SOINS PALLIATIFS

Chemin d'accès : P:\DQSS\Direction\ÉTABLISSEMENT\CIUSSS-ESTRIE-CHUS\COMITÉ INTERNES\GT-SPVF-DSI\AIDE MÉDICALE À MOURIR\LIVRABLES\OBJECTION-CONSCIENCE\Procédure-Cas-Objection de conscience-Version-2015-01-26.doc



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN REFUS PAR OBJECTION DE CONSCIENCE D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

JE REFUSE, PAR OBJECTION DE CONSCIENCE, DE TRAITER LA DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR QUI M'A ÉTÉ SOUMISE PAR \_\_\_\_\_  
NOM ET PRÉNOM DE L'USAGER

EN DATE DU \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR  
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE

### ➔ COCHEZ LA CASE QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION

- J'EFFECTUE MOI-MÊME LES DÉMARCHES POUR TROUVER UN MÉDECIN SUBSTITUT.
- JE NE SOUHAITE PAS FAIRE LES DÉMARCHES PAR MOI-MÊME POUR TROUVER UN MÉDECIN SUBSTITUT ET JE REQUIERS LE SOUTIEN DU GIS.
- J'AI TENTÉ DE TROUVER UN MÉDECIN SUBSTITUT ET JE N'EN AI PAS TROUVÉ ET JE REQUIERS LE SOUTIEN DU GIS.

### COORDONNÉES DU MÉDECIN (POUR CEUX DEMANDANT LE SOUTIEN DU GIS)

AFIN DE M'INFORMER DE L'IDENTITÉ DU MÉDECIN SUBSTITUT, UN MEMBRE DU GIS POURRA ME REJOINDRE AU NUMÉRO SUIVANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ DATE

\_\_\_\_\_ INSTALLATION

TÉLÉCOPIER LE DOCUMENT AU NUMÉRO SUIVANT : 819-829-6278