



Les évaluations de la capacité et l'évaluation du caractère volontaire dans le contexte de la législation sur l'AMM : rôle et responsabilité des psychiatres

Grainne E. Neilson, MD, MRCPsych, LLM¹; Gary Chaimowitz, MB ChB, FRCPC, DFCPA²;
Alison Freeland, BSc, MD, FRCPC³; Mark Lachmann, MD, MHSc, FRCPC⁴;
Nickie Mathew, MD, ABPN, FRCPC, ABPM⁵; Lauren Riggin, MD, MBA, FRCPC⁶

Un énoncé de principe élaboré par le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 28 août 2023.

Introduction

Le 17 mars 2021, le parlement canadien a adopté le projet de loi C-7¹, qui modifie le *Code criminel* en prévoyant des exemptions pour les médecins qui fournissent l'aide médicale à mourir (AMM). Ce projet de loi établit un ensemble distinct de garanties de procédure pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et apporte quelques modifications aux garanties qui s'appliquent dans le cas des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Il modifie également les critères d'admissibilité en excluant

temporairement la maladie mentale comme « maladie, affection ou handicap » pour déterminer l'admissibilité à l'AMM. En vertu de la législation modifiée, la nécessité de fournir un consentement éclairé à l'AMM demeure un critère d'admissibilité important. De plus, la capacité de consentement aux décisions en matière de santé et le caractère volontaire sont des critères d'admissibilité. Les psychiatres peuvent être appelés à évaluer ces éléments en présence d'une maladie mentale concomitante, et (après mars 2024) lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué.

¹ Psychiatre légale, East Coast Forensic Hospital, Dartmouth, Nouvelle-Écosse; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse.

² Chef du service, psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; professeur, département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

³ Doyenne adjointe, campus Mississauga, faculté de médecine Temerty, Université de Toronto; vice-présidente, Éducation et affaires universitaires, Trillium Health Partners; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

⁴ Professeur adjoint, psychiatrie gériatrique, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Vice président, Vice President, Medical Affairs Sinai Health, Toronto, Ontario.

⁵ Professeur clinique adjoint, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; directeur médical, Complex Mental Health and Substance Use Services, Provincial Health Services Authority, Coquitlam, Colombie-Britannique

⁶ Professeure adjointe, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Pédopsychiatre, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada, 2023. Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'Association des psychiatres du Canada. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC concerné. Veuillez adresser toute correspondance et demande de copies à : Président, Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; Tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2023-65.

Avis : L'APC a comme politique de rédaction de réviser les énoncés de principe, les déclarations de principes et les guides de pratique clinique tous les cinq ans suivant leur publication initiale ou la dernière révision. Tout document du genre publié par l'APC depuis plus de cinq ans, et sur lequel aucune indication ne précise que le texte a été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, soit après révision ou tel que publié initialement, doit être considéré comme un document de référence seulement.

L'Association des psychiatres du Canada a publié un énoncé de principes sur le consentement éclairé au traitement² qui expose les impératifs éthiques, les principes cliniques et les questions juridiques liés au consentement éclairé au traitement dans la perspective de la pratique psychiatrique. Cependant, la lourdeur des conséquences et la nature irréversible des décisions en matière de consentement à l'AMM, ainsi que la dimension éthique et la complexité perçue des considérations cliniques qui y sont liées ont poussé l'APC à publier le présent énoncé.

Le présent énoncé traite de l'évaluation de la capacité décisionnelle et du caractère volontaire chez les personnes de 18 ans ou plus dans le contexte de l'AMM dans les cas où il peut y avoir un trouble mental concomitant ou unique à l'origine de la demande d'AMM.

Le contexte canadien : Loi fédérale sur l'AMM

Le 17 mars 2021, le projet de loi C-7², *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* est entré en vigueur au Canada. Cela signifie que lorsqu'un médecin ou une infirmière praticienne prescrit un médicament mortel qu'un patient peut s'administrer, ou lorsque ces professionnels de la santé administrent des médicaments par voie intraveineuse pour mettre fin à la vie d'un patient, ils ne feront pas l'objet d'accusations criminelles, à condition que le patient réponde à tous les critères d'admissibilité définis dans la loi (voir le tableau 1 qui contient l'article du Code criminel du Canada qui traite de cet aspect³). Les personnes dont la maladie mentale est le seul problème médical invoqué ont été temporairement prolongée jusqu'au 17 mars 2024 afin de permettre au gouvernement fédéral de consulter plus à fond. À cette date, à moins que d'autres prolongements ou modifications de la loi n'interviennent, les personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué, pourront bénéficier de l'AMM, à condition qu'elles remplissent tous les critères d'admissibilité.

Il convient de noter qu'en plus de la dimension de la capacité de prendre des décisions qui est intégrée dans le processus de consentement éclairé à l'AMM, les critères d'admissibilité à l'AMM exigent aussi précisément que l'adulte soit *capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé*. De même, le caractère volontaire (qui est un élément du consentement) a également été mis en évidence dans la législation fédérale comme un élément nécessitant une attention particulière. Cela souligne

l'importance d'une évaluation clinique formelle, par les évaluateurs et les fournisseurs de l'AMM, de la capacité de prendre des décisions et du caractère volontaire de la demande d'AMM faite par un adulte, comme partie intégrante de l'évaluation des critères d'admissibilité.

Si l'évaluateur ou le fournisseur de l'AMM n'évalue pas correctement les critères d'admissibilité, il peut être tenu responsable de plusieurs manières, notamment par des sanctions pénales, des accusations de négligence par les parents survivants, des mesures disciplinaires professionnelles et/ou la révocation de ses privilèges hospitaliers. L'évaluation appropriée des critères d'admissibilité à l'AMM n'est pas seulement une obligation légale, mais aussi un devoir éthique et clinique. La capacité de prendre des décisions et le caractère volontaire de la demande sont des éléments essentiels de toute évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

L'évaluation de l'admissibilité à l'AMM et le rôle du psychiatre

En vertu de la législation fédérale actuelle, deux évaluateurs des demandes d'AMM (médecin ou infirmier/ère praticien/ne) doivent évaluer les éléments législatifs et confirmer que le patient répond aux critères d'admissibilité à l'AMM⁴. Si la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, l'un des deux praticiens chargés de confirmer l'admissibilité doit posséder une expertise en ce qui concerne le problème médical qui est à l'origine de la souffrance du patient⁵. Dans les cas où aucun praticien ne possède cette expertise, l'un des deux évaluateurs doit consulter un autre praticien ayant cette expertise et partager les résultats avec l'autre évaluateur⁵. Dans ce contexte, il peut être demandé à un psychiatre de fournir un avis au sujet de la capacité du patient de prendre des décisions ou du caractère volontaire de sa demande, ou des éléments de l'irrémediabilité qui seront intégrés dans l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM. À moins que le psychiatre ne procède également à l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM, la loi considère qu'il fournit une aide spécialisée à l'évaluateur principal de la demande d'AMM, comme dans le cas d'autres consultations médicales, et qu'il a un devoir de diligence. Ce devoir de diligence découle du fait que le psychiatre a une connaissance approfondie du patient et des options de soins et qu'il sait que l'avis fourni à l'évaluateur de la demande d'AMM sera pris en compte pour tirer des conclusions en rapport avec les critères d'admissibilité. Comme pour toute autre évaluation de la capacité effectuée par un tiers indépendant, le psychiatre traitant doit éviter de faire des évaluations de la capacité de

Tableau 1 : Normes de pratique relatives à l'aide médicale à mourir

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé (la mise en gras du texte est faite par les auteurs de cet article);
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire (la mise en gras du texte est faite par les auteurs de cet article), notamment sans pressions extérieures;
- e) elle consent de manière **éclairée** à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

prendre des décisions lorsqu'il s'agit de ses propres patients, en raison du risque de partialité. Le critère d'indépendance des deux évaluateurs est défini dans la loi fédérale sur l'AMM⁶.

Il convient de noter que le terme « expertise » n'est pas défini dans la législation fédérale, mais l'APC est d'avis que lorsque le trouble mental est le seul problème médical motivant la demande d'AMM, au moins un des deux évaluateurs indépendants de l'admissibilité à l'AMM doit être un psychiatre.

Le psychiatre qui évalue la demande d'AMM et le psychiatre dont l'expertise est sollicitée pour compléter l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM doivent utiliser leurs connaissances cliniques, leurs compétences, leur formation, leur expertise et leur expérience pour évaluer les critères prévus par la loi. En tout temps, ils doivent faire preuve de transparence quant à toute incertitude d'ordre médical, notamment en ce qui concerne les limites des connaissances scientifiques actuelles en matière de processus d'évaluation, d'efficacité des traitements et de pronostic. C'est d'ailleurs la base du consentement éclairé : les patients aptes ont le droit de décider de ce que l'on fera ou ne fera pas à leur propre corps, et ils ne peuvent le faire que s'ils sont informés de manière complète et claire du pronostic quant à l'allègement de leurs souffrances, ainsi que des risques et des avantages de l'AMM dans leur cas particulier.

Éléments du consentement

Les soins de santé et le consentement aux actes médicaux comme l'AMM relèvent de la compétence des provinces. Chaque province/territoire a une législation différente en matière de consentement éclairé au traitement et les éléments du consentement peuvent être légèrement différents d'une province à l'autre, la plupart des exigences prévues par la loi se situant en deçà de celui des normes éthiques médicales. Toutefois, toutes les provinces et tous les territoires ont en commun les

éléments minimaux suivants qui sont requis pour que le consentement soit valide et légalement contraignant :

Le consentement doit être :

- i) **donné de façon volontaire**,
- ii) **par un patient qui a la capacité de prendre des décisions**,
- iii) **qui a été bien informé**.

Une documentation approfondie de chacun de ces éléments indique que ceux-ci ont été activement pris en compte et pondérés de manière appropriée. Le présent document ne traite que du premier et du deuxième élément : l'évaluation de la capacité de prendre des décisions que nécessite le consentement à l'AMM et le caractère volontaire de la demande. Ces principes s'appliquent indépendamment du fait que la personne qui demande l'AMM souffre d'un trouble mental concomitant ou que le seul problème médical motivant sa demande soit un trouble mental.

Considérations éthiques

La dimension éthique de l'AMM représente un défi, car elle met en opposition des valeurs fondamentales qui sont au cœur de la pratique médicale. Cependant, l'exigence selon laquelle le patient doit avoir la capacité de prendre des décisions et être capable d'agir de son plein gré/sans influence a les mêmes fondements éthiques dans le contexte de la législation sur l'AMM que dans celui des autres décisions relatives au consentement. Sur le plan éthique, on cherche à sauvegarder l'autonomie de l'individu et à préserver la liberté de choix, tout en évitant aux personnes vulnérables de prendre des décisions très lourdes de conséquences et irréversibles quand elles ne sont pas en mesure de le faire. Les psychiatres qui effectuent des évaluations de l'admissibilité à l'AMM ou ceux qui donnent des consultations sur certains aspects du processus de consentement ont l'obligation éthique

(et juridique) de s'assurer que la capacité du patient à prendre des décisions et le caractère volontaire du consentement à l'AMM ne sont pas substantiellement altérés par l'état mental de ce dernier.

Les symptômes psychiatriques ne sont pas inhabituels lorsque la personne est confrontée à une maladie en phase terminale, à une maladie qui met sa vie en danger ou à une maladie chronique débilante⁷. Les symptômes d'une maladie mentale peuvent avoir une incidence sur la capacité de prendre des décisions et le caractère volontaire, et ce, de manière subtile ou non^{8p1068,9-11}, et c'est pourquoi une évaluation formelle et approfondie de ces éléments doit être effectuée dans tous les cas mais particulièrement où la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué dans la demande ou est un trouble concomitant.

Les psychiatres qui participent aux évaluations des demandes d'AMM doivent soigneusement prendre en compte et documenter les répercussions des symptômes psychiatriques, y compris la manière concrète et le degré auquel elles influent sur la capacité de prendre des décisions et le caractère volontaire de la demande. Ils ont également le devoir d'intervenir lorsque cela est nécessaire et approprié. Par exemple, dans le cas d'une personne en cours d'évaluation dont le désir de mourir serait fondé sur des facteurs de stress situationnels ou des aspects remédiables de la maladie, les psychiatres qui évaluent la demande d'AMM sont tenus de suivre les protocoles pertinents pour assurer la sécurité de cette personne. Toutefois, d'une manière générale, l'atteinte à l'autonomie individuelle doit être exercée avec prudence, sauf s'il existe des indices clairs que la capacité de prendre des décisions est altérée.

Les psychiatres doivent examiner attentivement dans quelle mesure le respect des éléments juridiques de l'admissibilité à l'AMM répond de manière satisfaisante aux obligations éthiques qui leur incombent en tant que médecins. Chaque cas est unique, et certaines évaluations peuvent être nuancées et délicates tant sur le plan clinique qu'éthique. Dans ce cas, demander l'avis de collègues de confiance, indépendants du dossier, mais bien au fait des questions cliniques et éthiques qui s'y rattachent, peut apporter un éclairage.

Les psychiatres peuvent être confrontés à de nombreux défis d'ordre éthique liés à la possibilité de l'AMM dans le contexte de la maladie mentale, et ils ont le droit d'exercer leur droit à l'objection de conscience pour ne pas participer aux évaluations de l'admissibilité; toutefois, on attend d'eux qu'ils facilitent efficacement les recommandations vers un

autre praticien lorsqu'une demande leur est adressée. Les psychiatres traitants sont censés continuer à fournir des soins continus pendant que le patient fait l'objet d'une évaluation en vue de déterminer son admissibilité à l'AMM par un psychiatre évaluateur indépendant. Reconnaître et traiter le risque de préjudice moral et de détresse psychologique chez les psychiatres qui participent à l'évaluation/ prestation de l'AMM ou dont les patients optent pour l'AMM est un impératif éthique pour l'ensemble de la profession médicale. De même, la profession se doit d'apporter du soutien postventif aux personnes touchées par le décès d'un patient par aide médicale à mourir.

Partie 1 : La capacité de prendre des décisions

Capacité de prendre des décisions – définition

Selon la définition du dictionnaire, la capacité est « l'aptitude ou le pouvoir de faire ou de comprendre quelque chose^{12p255} » [traduction]. La capacité de prendre des décisions n'est pas une mesure de l'information retenue ; il s'agit de la mesure du potentiel d'assimiler de l'information. Bien que la différence entre *capacité* de comprendre et d'apprécier et compréhension ou appréciation *réelle* soit facile à énoncer, elle est peut-être moins facile à appliquer dans la pratique. La capacité est un concept abstrait. Dans la plupart des contextes, le principal moyen de vérifier la capacité consiste à examiner ce qu'une personne dit et fait concrètement, et la façon dont elle prend des décisions en rapport avec la situation en question¹³.

D'un point de vue clinique, la capacité de prendre des décisions se définit généralement comme la capacité d'une personne à recevoir, comprendre, conserver, traiter et appliquer des informations pertinentes à sa situation, qui lui permettraient de prendre et de communiquer une décision adaptée à une question précise, à un moment précis. Il s'agit d'une évaluation clinique fondée sur le cadre clinique « comprendre/apprécier/communiquer »^{8p1066}, qui est décrit plus en détail dans les sections ci-dessous.

D'un point de vue juridique, toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois et de règlements relatifs aux décisions en matière de soins de santé, qui s'appliquent également aux décisions liées à l'AMM. On attend des psychiatres impliqués dans l'AMM qu'ils soient parfaitement au courant, non seulement de la législation sur l'AMM, mais aussi des lois des provinces ou des territoires relatives aux décisions en matière de soins de santé.

Éléments clés de la capacité de prendre des décisions

Présomption de capacité de prise de décisions, seuils de capacité et lien de causalité

Dans le droit relatif à la prise de décisions à caractère médical, le point de départ est que tous les adultes sont présumés capables de prendre les décisions les concernant. Il incombe à l'évaluateur de prouver l'incapacité; ce n'est pas au patient de prouver sa capacité^{13p760}. Cette présomption de capacité ne peut être renversée que par une preuve médicale contraire. Le niveau de preuve médicale qui doit être atteint est celui de la « prépondérance des probabilités ». En conséquence, il incombera toujours à l'évaluateur de prouver qu'il est plus probable qu'improbable que la personne n'a pas la capacité requise.

À ce jour, aucune jurisprudence ou politique gouvernementale n'a « fixé » le seuil de capacité nécessaire et requis par la loi pour prendre une décision concernant l'AMM (avec ou sans maladie mentale), et pour le moment, il s'agit du même seuil que des autres décisions à caractère médical. Cependant, les psychiatres s'accordent généralement pour dire que les décisions complexes nécessitent des capacités mentales plus développées pour « comprendre » les informations pertinentes à la décision et pour « apprécier » les implications de la décision. C'est manifestement le cas lorsqu'il s'agit de choisir l'aide médicale à mourir, en particulier lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Ainsi, dans une perspective éthique et compte tenu du devoir qui incombe aux médecins de protéger leurs patients, le seuil de capacité requis pour les décisions relatives à l'AMM pourrait être plus élevé que le seuil actuel établi par la loi. Une approche prudente sur le plan clinique et rigoureuse sur le plan éthique est justifiée.

Le seuil de capacité légal pour consentir aux traitements psychiatriques dans le contexte de la législation provinciale sur la santé mentale a été défini par la Cour suprême du Canada dans la décision *Starson*¹³. Cette affaire ne traitait pas de la capacité à consentir à des traitements/interventions médicaux et ne doit pas être utilisée comme point de référence pour les décisions relatives au consentement lorsqu'il s'agit de l'AMM. La loi fédérale sur l'AMM exige toutefois que la personne soit « capable de prendre elle-même des décisions d'ordre médical la concernant », ce qui comprend les traitements psychiatriques.

Enfin, lorsque la capacité est en cause, il doit y avoir un lien de causalité entre les symptômes du trouble mental et un ou plusieurs des éléments de la capacité de prendre des décisions. L'évaluateur doit être convaincu

que l'incapacité à prendre une décision est due à une perturbation de l'esprit ou du cerveau, et doit pouvoir fournir des preuves médicales convaincantes de la manière dont cette perturbation altère la capacité de prendre des décisions.

Évaluation de la capacité de prendre des décisions : Liée à une tâche, un contexte et un moment précis.

L'évaluation de la capacité de prendre des décisions est liée à une tâche, un contexte et un moment précis.

La tâche renvoie au type de décision qui doit être prise (dans ce cas, la tâche prescrite par la loi est la capacité de prendre des décisions relatives à la santé de la personne et des décisions relatives à l'AMM. Il est important de se rappeler que des décisions différentes exigent des capacités mentales différentes. Par exemple, il ne faut pas supposer qu'une personne qui n'a pas la capacité de gérer ses finances n'aura pas non plus la capacité de consentir à l'AMM. Il s'agit de tâches distinctes, exigeant des capacités mentales distinctes, mais qui se chevauchent, et qui doivent être évaluées séparément. De même, il se peut que certains patients soient capables de prendre des décisions relatives à certains aspects de leur santé (p. ex. le traitement du cancer), mais ne soient pas en mesure de consentir à l'AMM (p. ex. en raison d'un délire selon lequel la mort ne les affectera pas).

Le contexte renvoie à la situation dans laquelle la décision est prise. Lorsque la situation d'une personne change, sa capacité peut également changer. Par exemple, la sédation peut nuire à l'attention d'une personne et à sa capacité d'absorber les informations nécessaires à la prise de décision, tandis que le fait de modifier ce contexte peut améliorer sa compréhension.

Il est important de noter que la prise en compte des facteurs contextuels ne se limite pas à l'environnement physique. Une évaluation de la capacité de prendre des décisions doit chercher à comprendre et à appliquer le système de valeurs du patient, ainsi qu'à déterminer dans quelle mesure la réalité structurelle et les conditions de vie de la personne peuvent influencer sa prise de décision. Dans ce cas, les barrières linguistiques et culturelles peuvent être très importantes¹⁴.

Lors de l'évaluation de la capacité à consentir à l'AMM, il est très important de différencier une décision qui semble insensée ou une « vie gâchée » d'une décision que le patient n'a pas la capacité de prendre. Il y a une différence entre une décision peu judicieuse et une décision que l'individu ne peut prendre, car il n'a pas la capacité mentale requise pour le faire^{13p767}; il est donc important de respecter et de préserver cela, car c'est là que l'autonomie de l'individu agit.

Les facteurs contextuels ne concernent pas uniquement la personne évaluée : l'expérience, les valeurs et les compétences en matière culturelle de l'évaluateur peuvent également être des facteurs contextuels susceptibles d'avoir une incidence sur l'évaluation de la capacité de prendre des décisions¹⁵. Il faut prêter une attention et un soin particuliers lorsqu'on évalue des personnes appartenant à des groupes ayant une longue histoire de marginalisation, notamment en s'interrogeant sur ses propres préjugés inconscients.

Le moment renvoie au fait que la capacité peut fluctuer dans le temps, en fonction de la déficience primaire qui affecte la capacité; des évaluations répétées peuvent être nécessaires. Par exemple, une personne présentant une agitation vespérale associée à la démence peut avoir des périodes de lucidité variable qui à leur tour, peuvent avoir une incidence sur l'évaluation de la capacité. Lorsque la capacité est variable, les « fenêtres de lucidité » doivent être suffisamment larges pour que la personne soit en mesure de prendre des décisions valables pendant toute la durée du processus de consentement à l'AMM.

Optimisation du cadre d'évaluation

Le patient ne doit pas être considéré comme inapte à prendre des décisions, à moins que toutes les mesures possibles n'aient été prises pour aider le patient à démontrer sa capacité, et que ces mesures aient échoué.

La communication doit reconnaître la diversité qui existe au sein de la population canadienne en matière de culture, de langue, de littératie et de compétences verbales. Le recours à un interprète peut s'avérer nécessaire pour les personnes qui ne parlent pas l'anglais ou le français, et la présence d'un traducteur maîtrisant la terminologie médicale est indispensable pour transmettre des informations précises (textuellement). La traduction ne doit pas être effectuée par les membres de la famille, car les informations transmises pourraient être incomplètes ou trompeuses. Toutefois, si le patient souhaite être accompagné d'une personne de soutien ou d'un animal de soutien émotionnel, d'un membre de sa famille ou d'un défenseur du droit des patients lors des entretiens, il convient de tenir compte de ce souhait, mais en aucun cas de permettre à d'autres personnes de répondre en son nom.

Il faut également prendre en compte le moment optimal de la journée et les conditions favorables à la réalisation de l'évaluation. En évitant d'utiliser le jargon médical et les explications compliquées, on peut parfois faciliter la compréhension.

L'évaluation clinique de la capacité de prendre des décisions

La validité des décisions non structurées en matière de capacité est problématique. Des études antérieures ont montré que même les professionnels de la santé les plus compétents peuvent rencontrer des difficultés lorsqu'ils déterminent la capacité, ce qui entraîne souvent des désaccords fréquents et une faible fiabilité interévaluateurs¹⁶.

Des tentatives ont été faites dans les milieux universitaires pour structurer l'évaluation des capacités et définir des critères ou des normes précis pour l'évaluation de la capacité de prendre des décisions¹⁷. De nombreux instruments standardisés ont été développés à cette fin¹⁸ (par exemple, le questionnaire Aid to Capacity Evaluation¹⁹ et l'instrument d'évaluation des compétences MacArthur-traitement²⁰). Bien que des outils non structurés de consentement à l'AMM soient utilisés à ce jour dans certains hôpitaux²¹ et certaines organisations²², aucun outil d'évaluation standardisé n'a été validé (avec des propriétés psychométriques de base telles que la fiabilité interévaluateurs et la fiabilité test-retest, ainsi que la validité prédictive ou concourante, les taux d'erreur, etc.) expressément pour l'évaluation de la capacité à consentir à l'AMM. Actuellement, nous ne recommandons pas le recours seul à ce type d'outil ou d'instrument comme le seul moyen de déterminer la capacité de prendre des décisions. Cependant, il s'agit d'un domaine qui mériterait tout à fait d'être exploré par les cliniciens-chercheurs intéressés.

En l'absence d'outils d'évaluation standardisés et validés, l'APC recommande d'adopter une approche clinique structurée pour évaluer l'aptitude d'un patient à prendre des décisions dans le contexte de la loi sur l'AMM. Elle peut être conceptualisée en deux volets :

Tout d'abord, il faut procéder à une évaluation médicale (diagnostic) afin d'exclure les déficiences temporaires/réversibles ou les perturbations du fonctionnement de l'esprit ou du cerveau susceptibles d'affecter la capacité. Il peut s'agir de problèmes médicaux entraînant de la confusion (p. ex. hypoxie, infection, déséquilibre électrolytique, effets indésirables de médicaments, etc.), de la somnolence (p. ex. utilisation d'analgésiques, de médicaments psychotropes ou de sédatifs), de désorientation (p. ex. agitation vespérale associée à la démence), une diminution de la capacité de réflexion ou de concentration (p. ex. associée à une dépression aiguë ou chronique). Si l'une de ces déficiences réversibles est présente, elle doit être corrigée et l'évaluation doit être effectuée un autre jour.

Tableau 2 : aspects cliniques de l'évaluation de la capacité dans le cadre de l'AMM

La « compréhension » des informations relatives à la décision de recourir à l'AMM se concentre sur la capacité du patient à acquérir des informations, et peut inclure ces éléments :

- Une compréhension de la maladie, de l'affection ou du handicap qui motive la demande d'AMM
- L'évolution naturelle du problème de santé (c.-à-d. ce à quoi on peut s'attendre)
- Les traitements ou autres interventions qui s'offrent pour le problème de santé
- Les risques/avantages potentiels d'autres traitements ou interventions et la probabilité qu'ils apportent le soulagement recherché
- L'incidence des symptômes de la maladie ou de l'état émotionnel sur la capacité de comprendre, de traiter, de retenir et de se rappeler les informations pertinentes
- Les risques/avantages associés à la mort par prestation de l'AMM, l'accent étant mis sur le caractère irréversible
- Les risques et avantages de ne pas recourir à l'AMM, selon le cas
- Les aspects factuels/procéduraux d'un décès par prestation de l'AMM, y compris toutes complications possibles d'une administration ratée

L'« appréciation » des informations relatives à la décision de recourir à l'AMM se concentre sur la capacité du patient à évaluer les informations, et peut inclure une évaluation de ces éléments :

- Les valeurs de la personne et son parcours de vie en ce qui concerne les décisions relatives à la santé en général et à l'AMM en particulier, ainsi que la concordance de ses décisions actuelles avec ses valeurs de longue date; s'il n'y a pas concordance, quel est le raisonnement qui sous-tend ce changement?
- La capacité de la personne à raisonner de manière conséquente et comparative et à traiter/peser l'information de manière rationnelle (p. ex. en explorant comment la personne explique la manière dont sa maladie sous-jacente l'affecte et affecte sa capacité à fonctionner; la manière dont les différents traitements proposés pourraient l'affecter et pourquoi ces options sont souhaitables ou non; les conséquences de ses décisions sur les personnes qui sont importantes pour elle; la manière dont elle prend des décisions par rapport à sa santé en général et comment elle est arrivée à la décision de demander l'AMM en particulier)
- La capacité de résolution de problèmes, le raisonnement et la flexibilité cognitive (qui peuvent également être évalués au moyen de tests psychologiques formels)
- La capacité de prévoir, de manière réaliste, les conséquences de la poursuite ou non d'autres traitements ou interventions par rapport à l'AMM – et de pouvoir appliquer ce raisonnement à sa situation personnelle
- L'incidence des symptômes de la maladie ou de l'état émotionnel sur la capacité d'apprécier la décision à prendre

Deuxièmement, un entretien formel avec l'adulte doit être affectué au moyen d'une méthode d'enquête de type cognitif et fonctionnel pour évaluer les capacités que doit posséder un adulte pour prendre des décisions en matière de soins de santé en général, et des décisions concernant l'AMM en particulier.

Les éléments de base à évaluer en ce qui concerne la capacité de prendre des décisions sont les suivants :

- **Compréhension** (la capacité de comprendre les informations/faits pertinents impliqués dans la décision et les principaux choix qui existent; capacité de comprendre, traiter et retenir cognitivement les informations pertinentes par rapport au choix).
- **Appréciation** (la capacité d'évaluer les informations de façon réaliste et de les utiliser de manière réfléchie lors de l'examen des conséquences prévisibles de la décision ou de l'absence de décision; la capacité d'appliquer rationnellement à sa propre situation le calcul risques-avantages ainsi effectué).

- **Communication** (la capacité de communiquer la décision, que ce soit oralement, par écrit, par le langage des signes ou par tout autre moyen).

Toute décision établissant l'incapacité doit se rapporter à l'un de ces trois éléments, qui sont examinés dans les sections qui suivent. Le tableau 2 présente certains aspects cliniques de l'évaluation de la capacité relative à l'AMM.

Comprendre les informations pertinentes à une décision en lien avec l'AMM

La « compréhension » requiert la capacité cognitive de comprendre, de retenir et de traiter les informations pertinentes et nécessite au moins une connaissance pratique de son état de santé et de la procédure d'AMM elle-même. En général, l'évaluateur ne part pas d'une « toile blanche ». La plupart des personnes qui sollicitent l'AMM ont suivi diverses modalités de traitement et ont probablement au moins une certaine compréhension de leur(s) diagnostic(s) sous-jacent(s), des traitements qu'elles ont essayés, de l'impact que cela a eu sur leurs symptômes et leur fonctionnement général, et des chances que leur état s'améliore. Toutefois, lorsque cela

n'est pas le cas, l'adulte dont la capacité est examinée doit recevoir des « informations pertinentes » sur les traitements ou les options de soutien qui n'ont pas encore été fournis, ainsi que sur les risques/avantages/pronostics qui y sont associés, afin que sa capacité à évaluer ces options puisse être évaluée de manière juste.

Il est tout à fait permis à l'évaluateur de fournir des informations factuelles pertinentes au patient, afin qu'il dispose d'une base précise pour prendre la décision de maintenir sa demande d'AMM. La modification de la pratique standard de divulgation de l'information (c.-à-d. une divulgation adaptée à ce qu'une personne prudente, une personne raisonnable placée dans la situation particulière du patient, accepterait ou refuserait si tous les risques importants et particuliers lui étaient communiqués), telle qu'énoncée dans *Hopp c. Lepp*²³ et *Reibl c. Hughes*²⁴, continue à appliquer. Dans le cas de troubles résistants au traitement, cela nécessite souvent des connaissances spécialisées de la part de l'évaluateur; il est donc essentiel que l'étendue des options thérapeutiques/interventions et la probabilité de succès soient examinées avec le spécialiste ou le sous-spécialiste approprié afin que cette information puisse être transmise au patient évalué.

Le patient doit également avoir une bonne compréhension de la procédure d'AMM elle-même, des modalités de son administration (auto-administration, administration par le médecin) et du lieu où elle sera administrée, ainsi que des complications possibles en cas d'échec de l'administration, et de la finalité de la procédure. Il va sans dire qu'il doit s'agir d'une compréhension fondée sur la réalité, exempte de croyances qui ne sont pas étayées par des preuves médicales. En outre, la personne évaluée doit être capable de conserver suffisamment d'informations pendant une période suffisante pour pouvoir prendre une décision au moment de la procédure d'AMM. Cela est particulièrement important lorsqu'il s'agit de personnes dont les capacités cognitives sont fluctuantes.

L'évaluateur doit également tenir compte de la manière dont les symptômes de la maladie se répercutent sur la capacité du patient à comprendre les informations pertinentes pour prendre une décision. De nombreux symptômes cognitifs tels que l'indécision, l'incapacité à réfléchir ou à se concentrer, les troubles de la mémoire et la réduction de la vitesse de traitement peuvent avoir une incidence négative sur la capacité d'une personne à envisager correctement les options de soins^{8p1066}. De même, une interprétation délirante de sa situation ou de la procédure d'AMM elle-même peut altérer de manière significative la capacité du patient à comprendre les

informations pertinentes pour prendre une décision. Les tests psychologiques peuvent aider à déterminer dans quelle mesure la personne peut comprendre, traiter, retenir et se rappeler les informations de manière générale et peut donner du poids aux évaluations cognitives, mais ils ne sont pas systématiquement requis pour déterminer la capacité.

Appréciation de l'information pertinente à la décision de maintenir la demande d'AMM

L'« appréciation » est un concept plus large que la « compréhension » et a une composante à la fois cognitive et affective^{13p735}, car les décisions que nous prenons sont influencées par nos émotions et notre état psychologique. L'aspect « appréciation » du test est la capacité à prendre part rationnellement au processus de décision lui-même – être capable de prévoir, de manière réaliste, les conséquences de la poursuite ou non d'un traitement ou d'une intervention particulière – et être capable d'appliquer ce raisonnement à sa situation personnelle.

L'évaluation de l'« appréciation » comprend l'évaluation du raisonnement. La pensée rationnelle englobe la capacité de comprendre et d'évaluer des solutions de rechange, de porter des jugements relativement exempts de préjugés et d'évaluer de manière appropriée les conséquences des décisions.

Comme le concept de « compréhension », l'« appréciation » ne nécessite pas d'être d'accord avec une conclusion particulière, professionnelle ou autre. L'évaluateur doit veiller à ce que la manière dont le patient applique ses propres valeurs et points de vue à ses décisions médicales ne soit pas confondue avec une incapacité fonctionnelle à utiliser et à évaluer l'information. Il se peut qu'un patient examine les avantages et les inconvénients d'un traitement et arrive à une conclusion différente de celle des experts médicaux. Toutefois, la manière dont il évalue et soupèse ces avantages et ces inconvénients doit être intacte. À cet égard, il est important de comprendre quels éléments d'information le patient utilise pour prendre sa décision et le poids qu'il accorde à chacun d'entre eux. Dans certains cas, il peut être difficile de déterminer si le patient utilise un élément d'information pertinent et ne lui accorde aucun poids, ou s'il n'utilise pas du tout cet élément d'information.

Un autre aspect du test « d'appréciation » est le degré d'influence des émotions ou de l'état psychologique de la personne sur ses décisions. Comme mentionné précédemment, certaines formes de maladie mentale peuvent perturber le processus de décision de manière

subtile et difficile à détecter. Habituellement, ces troubles mentaux ont tendance à influencer sur l'évaluation et l'interprétation des risques et des probabilités^{25,8p1069} par la personne, mais ils laissent la cognition et la communication intactes, ce qui permet au patient de s'exprimer d'une manière apparemment logique, cohérente et fluide, pouvant suffire à convaincre des évaluateurs de la capacité inexpérimentés ou négligents.

Par exemple, les personnes qui souffrent de dépression ont tendance à moins rechercher de l'information pour les aider à résoudre leurs problèmes et à utiliser moins de ressources^{26p339}, ce qui peut avoir une incidence sur leur volonté d'essayer certains traitements. Elles ont également de la difficulté à se projeter dans l'avenir en raison de leur perte d'espoir, ce qui nuit à leur capacité à prendre des décisions orientées vers l'avenir²⁷⁻²⁸.

De même, les distorsions cognitives et d'autres symptômes subtils tels que le désespoir, l'impuissance, le pessimisme et l'apathie chez les patients souffrant de dépression peuvent fausser l'évaluation réaliste de la probabilité de réussite des traitements futurs, ce qui ne les empêche pas d'exprimer leur point de vue de manière cohérente et logique. Ces symptômes pourraient amener une personne dépressive à considérer les efforts de traitement comme futiles, trop complexes ou trop laborieux, alors que ce n'est pas forcément le cas. Bien qu'il existe de nombreuses recherches sur l'influence des distorsions cognitives sur la capacité de prendre des décisions en général²⁹, des recherches sur leur influence particulière sur les décisions de fin de vie sont nécessaires³⁰.

De la même façon, les personnes souffrant de troubles de l'alimentation depuis longtemps peuvent être capables d'exprimer des raisons claires et logiques pour éviter certains aliments ou rejeter certains traitements, ainsi que pour leur demande de l'AMM pour mettre fin à leur souffrance, alors que leur incapacité décisionnelle peut être liée au champ restreint de leur appréciation de l'apport alimentaire, des besoins nutritionnels, des besoins en matière d'exercice et de l'image corporelle^{31p444}. Il est nécessaire d'adopter une approche clinique prudente et nuancée.

Un autre défi en matière d'évaluation réside dans le fait qu'une personne qui présente une détérioration des fonctions exécutives (p. ex. une lésion cérébrale acquise, certains troubles du développement ou une démence) peut donner des réponses cohérentes en apparence à des questions, mais il est clair, d'après ses actions, qu'elle est incapable de concrétiser les intentions exprimées dans ces réponses. Dans ces cas, une question clé est de savoir si la personne est consciente de ses propres

déficits ou du décalage entre sa capacité à répondre à des questions dans l'abstrait et à agir dans des situations concrètes.

Communication de la décision

Pour être dotée de la capacité, la personne doit être en mesure de faire et d'exprimer un choix. Cela ne nécessite qu'une capacité résiduelle à communiquer, à condition que la personne puisse se faire comprendre (p. ex. en parlant, en écrivant, en utilisant le langage des signes ou par tout autre moyen). Une incapacité totale à communiquer empêche la capacité^{8p1074}. Cela peut se révéler pertinent lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité de patients souffrant de troubles neurologiques chroniques progressifs.

L'expression du choix doit être stable et durable, c'est-à-dire cohérente et prévisible dans le temps, et déclarée de manière définitive.

Documentation de l'évaluation de la capacité de prendre des décisions

Dans tous les cas, il est important de documenter qu'une évaluation rigoureuse a eu lieu. Il s'agit notamment de documenter la compréhension par le patient des options de traitement, des interventions ou des soutiens/services dont il dispose, des risques et des avantages de ces modalités, ainsi que des raisons pour lesquelles il choisit l'AMM par rapport aux autres solutions possibles. Certains aspects qui doivent être pris en considération sont présentés dans le tableau 2.

Le lien de causalité entre les troubles mentaux de la personne et les éléments de capacité doit être soigneusement documenté. Autrement dit, vous devez « montrer votre démarche ». Les psychiatres ne peuvent émettre un avis sur la capacité décisionnelle sans étayer celui-ci de manière appropriée et logique au moyen de preuves médicales.

Les désaccords sur la pertinence de symptômes psychiatriques dans les décisions relatives à la capacité de prendre des décisions sont fréquents et peuvent être liés au moment où l'évaluation est effectuée, voire à la compréhension par le psychiatre de la pertinence potentielle de ces symptômes^{8p1073}. Jusqu'à présent, ce domaine a fait l'objet de recherches limitées^{8p1073}. On s'attend à une transparence totale en tout temps autour des limites de l'évaluation et le niveau de confiance de l'opinion psychiatrique.

Une personne dont l'évaluation psychiatrique détermine qu'elle n'a pas la capacité de consentir à l'AMM peut demander un second avis à un autre évaluateur de capacité. Le contexte législatif qui a donné lieu aux

amendements du Code criminel autorisant l'AMM révèle que le Parlement a envisagé, et rejeté, le rôle des juges dans la préautorisation ou la révision des évaluations de l'admissibilité à l'AMM. Le Parlement a précisé que le rôle revient aux évaluateurs des soins de santé agréés³². Les membres de la famille endeuillée peuvent par la suite engager des poursuites civiles lorsqu'ils estiment que l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM était inadéquate. Il est dans l'intérêt de tous de s'assurer que l'évaluation est solide et que la documentation clinique est suffisante pour démontrer que les questions appropriées ont été prises en compte et examinées.

Partie 2 : Le caractère volontaire

Le caractère volontaire, tout comme la capacité de prendre des décisions, est un élément du consentement³³. En outre, le caractère volontaire est une condition d'admissibilité à part entière. En toutes circonstances, les décisions relatives au consentement à l'AMM doivent être exemptes de conditions, de circonstances ou d'influences externes susceptibles de limiter le choix ou d'exercer une influence ou un contrôle sur celui-ci. Les psychiatres qui sont des évaluateurs dans le cadre de l'AMM doivent prendre en compte le caractère volontaire de la demande d'AMM et ils doivent être conscients de toute limite au caractère volontaire qui pourrait affecter le consentement.

Il existe quatre obstacles potentiels au caractère volontaire dans le contexte de l'AMM. Il est nécessaire de tenir compte de chacun d'entre eux et de bien les évaluer.

Coercition

La coercition consiste à persuader quelqu'un de faire ou de ne pas faire quelque chose en recourant à la force, en exerçant des pressions ou en proférant des menaces, ou en limitant injustement les options qui s'offrent à cette personne. Dans le contexte de l'AMM, les menaces de détenir un patient contre son gré dans un hôpital ou de modifier son statut relatif à la capacité de prendre des décisions sur la seule base de sa décision de demander l'AMM sont des exemples de coercition. Il existe cependant des exemples plus subtils. Par exemple, des pressions subtiles liées au coût ou au fardeau des soins peuvent également entrer en jeu (p. ex., la menace de la famille de placer la personne dans un centre d'hébergement, ou l'aidant qui se plaint d'être épuisé, élément dont le patient tient compte dans sa réflexion).

Nous ne savons pas encore si les patients se sentent influencés de manière indue lorsque leur propre médecin suggère l'AMM comme option thérapeutique, mais c'est une possibilité qu'il ne faut pas écarter. Par

exemple, suggérer soudainement l'AMM à un patient qui n'a jamais envisagé cette intervention dans le cadre de ses soins peut être considéré comme coercitif, car le médecin traitant est dans une position fiduciaire de confiance et d'autorité (p. ex. « si mon psychiatre pense que je suis un cas désespéré, ça doit être le cas »). Pour cette raison, il n'est pas recommandé pour l'instant de soulever l'AMM comme solution de rechange à des soins psychiatriques continus.

Influence externe indue

On parle d'influence externe indue lorsqu'un tiers (p. ex. la famille, les amis ou d'autres personnes) manipule, fait pression ou recourt à une persuasion excessive pour amener la personne à agir (ou à s'abstenir d'agir) d'une manière qui profiterait à la personne qui exerce cette influence. L'avantage est souvent financier, mais il peut aussi s'agir d'autres gains matériels ou psychologiques, ou d'un intérêt à maintenir le statu quo. Un exemple évident est celui d'un membre de la famille qui a l'intention de profiter financièrement de la mort de la personne et qui encourage donc activement l'AMM comme option. Des exemples moins évidents sont le découragement actif de recourir à l'AMM parce que cette option serait négativement associée à un suicide ou pour respecter les croyances personnelles et/ou religieuses de la personne qui exerce une influence.

Les personnes âgées, celles qui dépendent des autres pour les soins et la compagnie, et les personnes dont le fonctionnement mental a décliné en raison d'une maladie mentale ou d'une dépendance peuvent être particulièrement vulnérables à une influence externe indue.

Influence interne indue

Les influences internes indues sont les processus psychologiques par lesquels le libre arbitre d'une personne est limité de telle sorte que celle-ci est amenée à agir d'une manière qui n'est pas conforme à sa volonté et à ses préférences habituelles. Les symptômes de la maladie mentale et de la dépendance, notamment le désespoir, le dégoût de soi et l'incapacité à envisager l'avenir, peuvent subtilement restreindre le libre arbitre, mais leur influence interne indue dépend de la gravité des symptômes. Divers phénomènes psychotiques, tels que les phénomènes de passivité, les hallucinations de commande ou les interprétations délirantes erronées de sa propre situation ou de la procédure d'AMM elle-même, peuvent limiter de manière plus évidente le libre choix. Les dépendances, les troubles de l'alimentation et les troubles obsessionnels compulsifs peuvent également créer des circonstances dans lesquelles les choix de la

personne sont dictés par la maladie et non par son libre arbitre et ses préférences.

Situations « sans issue »

L'absence de solutions alternatives décentes à l'acceptation d'un traitement particulier est ce que l'on appelle les situations « sans issue » qui peuvent contraindre une personne à choisir l'AMM plutôt que de continuer à vivre dans des conditions qu'elle considère comme inacceptables. On peut citer par exemple les situations de logement inadéquat, d'extrême pauvreté ou d'isolement social, d'emprisonnement à long terme ou d'absence de soins, qui peuvent amener la personne à croire qu'il n'existe pas de solutions alternatives accessibles et viables à l'AMM, ce qui compromet le caractère volontaire de la demande. Dans les situations perçues comme « sans issue », l'évaluateur doit examiner soigneusement l'impact des pressions sociales/systemiques pour s'assurer que ces aspects ne sont pas le moteur de la décision. La collecte méticuleuse des informations collatérales de l'équipe interdisciplinaire sera essentielle.

Il convient d'accorder une attention particulière à l'évaluation du caractère volontaire dans les groupes qui ont toujours été marginalisés, dont les choix peuvent être encore plus limités en raison de diverses inégalités structurelles et systémiques.

Évaluation et documentation du caractère volontaire

Il n'existe actuellement pas d'instruments ni de guides cliniques pour l'évaluation du caractère volontaire dans le contexte de l'AMM (ou de toute autre décision relative à un traitement, par ailleurs), mais c'est un aspect que les psychiatres prennent en compte de façon systématique dans toutes les évaluations de consentement à un traitement. Les psychiatres doivent poser des questions sur les facteurs précis qui ont pu influencer la décision de la personne de demander l'AMM, et examiner activement dans quelle mesure la décision de la personne est ou non influencée par des obstacles au caractère volontaire. Voilà un autre domaine qui mérite de faire l'objet de recherches.

Conclusion

L'APC affirme ce qui suit :

1. Les psychiatres sont depuis longtemps reconnus comme des experts qui sont en mesure de fournir un avis médical pour éclairer les décideurs juridiques sur les éléments de consentement

éclairé, notamment la capacité de prendre des décisions et le caractère volontaire. Il s'agit là de compétences essentielles des psychiatres canadiens.

2. Les psychiatres peuvent prendre part à l'évaluation des décisions relatives à l'AMM en tant qu'évaluateurs de l'AMM, ou en tant qu'experts consultés sur certains aspects des critères d'admissibilité à l'AMM, notamment de la capacité décisionnelle et le caractère volontaire de la demande.
3. Les psychiatres ont le droit d'exercer leur objection de conscience à la participation aux évaluations de l'admissibilité à l'AMM; toutefois, on attend d'eux qu'ils facilitent efficacement l'orientation vers un autre praticien ou le transfert vers d'autres soins tel que peut l'exiger leur ordre de médecins.
4. Les psychiatres qui choisissent de prendre part à des évaluations de l'AMM doivent connaître parfaitement les critères juridiques associés à l'AMM, de même que les lois en vigueur relatives au consentement aux soins de santé au sein de la province/territoire dans laquelle ils exercent.
5. Les psychiatres qui réalisent des évaluations de l'AMM doivent examiner attentivement la façon dont la psychopathologie peut entraîner des déficits fonctionnels suffisamment importants pour empêcher la personne de répondre aux exigences d'une situation de prise de décision pour l'AMM, pondérée à la lumière de ses conséquences graves et irréversibles.
6. Les évaluations cliniques et la documentation de la capacité de prendre des décisions et du caractère volontaire liées aux décisions de consentement à l'AMM doivent être solides et étayées de manière logique par des preuves médicales qui respectent une norme de preuve civile (c.-à.-d. selon l'équilibre des probabilités, ou plus probable que non probable). En tout temps, les psychiatres qui prennent part à des évaluations de l'AMM doivent faire preuve de transparence quant à toute incertitude d'ordre médical, en particulier en ce qui concerne les limites des connaissances scientifiques actuelles en matière de processus d'évaluation, d'efficacité des traitements et de pronostic.
7. Bien que l'AMM soit désormais légale au Canada, il s'agit d'un domaine clinique et éthique complexe et compliqué, qui pose des défis importants. Les psychiatres doivent examiner attentivement dans quelle mesure le respect des éléments juridiques de l'admissibilité à l'AMM répond de manière satisfaisante à leurs obligations éthiques médicales. Nous soulignons également l'importance de la recherche dans ce domaine.

Reconnaissance

L'auteur remercie le Dr Sébastien Prat pour son aide dans la révision de la traduction de cet énoncé de principe.

Références

- Parlement du Canada. Loi C-7. Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) 43^{ième} législature, 2^{ième} session, Sanction royale, 17 mars 2021 [consulté 2022 oct 3]. À l'adresse : <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>.
- Neilson G, Chaimowitz G. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. [Énoncé de principes de l'Association des psychiatres du Canada, encarte], Revue canadienne de psychiatrie. Avril 2015; 60(4):1–12.
- Code criminel du Canada. LRC 1985, ch C-46. art 241.2 [consulté 2022 oct 3]. À l'adresse : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/section-241.2.html>.
- Code criminel du Canada. LRC 1985, ch C-46. art 241.2(3.1)(e).
- Code criminel du Canada. LRC 1985, ch C-46. art 241.2(3.1)(e.1).
- Code criminel du Canada. LRC 1985, ch C-46. art 241.2(3)(f) et art 241.2(6).
- Bail J, Traeger L, Pirl W, et Bakitas M. Psychological Symptoms in Advanced Cancer; *Semin Oncol Nurs* août 2018; 34(3):241–251.
- Silberfeld M. Capacity assessment: Ontario. Dans : Bloom H, Schneider R, dirs. *Law and mental disorder: a comprehensive and practical approach*. Toronto (ON): Irwin Law; 2013.
- Leykin Y, Sewell Roberts C, DeRubeis. Decision making and depressive symptomatology. *Cogn Ther Res*. 2011;35:333–341.
- Hindmarch T, Hotopf M, Owen G. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC Medical Ethics*. 2013;14:54 [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-14-54>.
- Hawkins J, Charland LC. Decision-making capacity. Dans: Zalta EN, dir. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. automne 2020 [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/decision-capacity/>.
- Soanes C, dir. *Oxford English dictionary*. 2^e édition Oxford (R.-U.) : Oxford University Press; 2003. Révisé.
- Starson c Swayze* [2003] 1 RCS 722 CSC 32.
- Cattarinicha X, Gibson G, Cavec A. Assessing mental capacity in Canadian Aboriginal seniors. *Social Science and Medicine*, 2001 déc;53(11):1469–1479.
- Ganzini L, Leong GB, Fenn DS, et coll. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):595–600.
- Palmer B, Harmell A. Assessment of healthcare decision-making capacity. *Arch Clin Neuropsychol*. 2016 sep;31(6):530–540 [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5007079/>.
- Roth L, Meisel A, Lidz C. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*. 1997;134:297–284.
- Sturman E. Capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:954–974.
- Etchells E, Sharpe G, Elliott G, et coll. Bioethics for clinicians: capacity. *CMAJ*. 1996;155(6):657–661.
- Grisso T, Applebaum PS. MacArthur competence assessment tool for treatment: MacCAT-T. Washington (DC): Professional Resource Press; 1998 [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://www.nbasw-atsnb.ca/assets/Uploads/toolkit-for-primary-care-capacity-assessment.pdf>.
- Scott D. Toolkit for primary care: capacity assessment. London (ON): Regional Geriatric Program of SW Ontario; 2008 [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://www.nbasw-atsnb.ca/assets/Uploads/toolkit-for-primary-care-capacity-assessment.pdf>.
- Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA). Évaluation de l'aptitude à consentir de manière éclairée à l'aide médicale à mourir (AMM) : Examen et recommandations : Guide de pratique de l'ACEPA sur les évaluations complexes de l'aptitude. Ottawa (ON): Auteur; 2020 avril. À l'adresse : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/Capacity-assessment-V2-FR.pdf>.
- Hopp c Lepp* 1980;112 DLR (3d) 67.
- Reibl c Hughes* 1980;114 DLR (3d) 1.
- Rudnick A. Depression and competence to refuse psychiatric treatment. *Journal of Medical Ethics*. 2002;28(3):151–155.
- Leykin Y, Sewell Roberts C, DeRubeis R. Decision making and depressive symptomatology. *Cogn Ther Res*. 2011;35:333–341.
- Owen GS, Martin W, Gergel T. Miscalculating the future: affective disorder and decision-making capacity for treatment—a temporal understanding. *Psychopathology*. 2018;51:371.
- Halpern J. Emotions, autonomy, and decision-making capacity. *AJOB Neuroscience*. 2011;2(3):62–63.
- Paulus M, Yu A. Emotion and decision-making: affect-driven belief systems in anxiety and depression. *Trends Cogn Sci*. 2012 sep;16(9):476–83.
- Dembo J, van Veen S, Widdershoven G. The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *Int J Law Psychiatry*. 2020 sep–oct;72:101627.
- Matusek J, Wright M. Ethical Dilemmas in Treating Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*. 2010 nov–déc;18(6):434–452.
- Sorensen c Swinemar*, 2020 NSCA 62.
- Eyal N. Informed Consent. Dans : Zalta RN, dir. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2019 printemps [consulté 2022 oct 4]. À l'adresse : <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/informed-consent/>.