

# L'AUTONOMIE PERSONNELLE : INDIVIDUELLE OU RELATIONNELLE ? Regard sur l'aide médicale à mourir

*L'autonomie individuelle est, par essence, relationnelle*

PIERRE DESCHAMPS

C.M., Ad. E.

Avocat et éthicien

deschamps.p@videotron.ca

---

## INTRODUCTION

En matière de soins de santé, on a longtemps décrié « le paternalisme médical » qui, pour plusieurs, alimentait la relation médecin-patient. En vertu de ce paternalisme, le médecin était celui qui décidait ce qui était dans le meilleur intérêt de SON patient en termes d'exams, de traitements ou d'interventions. Bien qu'il ait eu l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé de SON patient, il n'en demeurerait pas moins que le médecin, en dernière analyse, avait le haut du pavé en ce qui avait trait au meilleur traitement pour SON patient.

Avec le développement des droits de la personne, un changement de paradigme s'est opéré. L'autonomie de la personne est venue prendre le relais du paternalisme médical comme élément central de la relation médecin-patient. Ainsi, la volonté de la personne quant aux soins qu'elle désire recevoir a aujourd'hui préséance sur ce que le médecin pense être dans le meilleur intérêt de celle-ci. Pour certains, ce changement de paradigme a entraîné un nouveau déséquilibre dans la relation médecin-patient.

Récemment, l'adjonction de l'aide médicale à mourir comme soin de fin de vie est venue mettre à

l'avant-scène l'autonomie de la personne humaine et son droit à l'autodétermination en ce qui a trait à ses choix de soins en fin de vie. Plus particulièrement, elle a donné prise à l'idée qu'une personne est en droit de choisir le moment et le comment de sa mort et d'en convenir avec son médecin.

Dans ce contexte, il importe de revenir aux fondements mêmes de la relation qui s'établit entre un médecin et un patient, tant sur le plan éthique que juridique (I) pour ensuite examiner la notion d'autonomie personnelle en matière de soins de santé (II) et enfin analyser l'encadrement de l'autonomie du patient par le droit dans le cadre de l'aide médicale à mourir (III).

## I. LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'une personne consulte un médecin pour une problématique de santé, il s'établit entre eux une relation qui, d'un point de vue juridique, comporte une série de devoirs et d'obligations réciproques. La personne espère qu'en raison de ses compétences, le médecin saura identifier sa problématique de santé. Une fois la problématique cernée, il appartiendra au médecin de proposer au patient un traitement ou des

options de traitement. Il reviendra alors au patient, une fois bien informé, de décider, en connaissance de cause, s'il ira de l'avant avec le ou les traitements proposés.

Dans le cadre de cette relation, ni le médecin ni le patient ne peuvent imposer leur volonté sans le consentement de l'autre. Le médecin ne peut imposer un traitement au patient sauf s'il y est autorisé par la loi. Le patient ne peut forcer un médecin à lui prodiguer un traitement si ce traitement n'est pas indiqué ou est contre-indiqué ou encore si le traitement est contraire à ses valeurs profondes. Le médecin pourra alors faire valoir une objection de conscience.

La relation médecin-patient repose donc sur un partenariat entre un médecin et un patient en vue de résoudre une problématique de santé. Dans ce contexte, trois concepts méritent d'être examinés, soit ceux d'alliance thérapeutique, de confiance mutuelle et de respect réciproque, autant d'éléments qui servent de fondement à la relation médecin-patient.

### a. L'alliance thérapeutique

La notion d'*alliance* fait référence à l'acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque. Il en est ainsi du médecin et du patient qui se rencontrent pour résoudre une problématique de santé. Cela dit, quand deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont au premier plan. Ainsi, chacun a besoin de savoir à qui il a affaire afin de définir de quelle manière se comporter (1).

En ce qui a trait à l'expression «*alliance thérapeutique*», elle semble d'abord avoir été définie par Sigmund Freud. Pour ce dernier, l'expression traduit un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permet d'établir avec une personne une *communauté d'intérêts* et une *obligation réciproque* (2). Bien qu'elle émane du milieu de la psychothérapie, l'alliance thérapeutique se révèle très utile pour ne pas dire essentielle dans toute démarche visant à résoudre une problématique de santé.

La notion d'alliance thérapeutique renvoie donc à une collaboration active entre un médecin et un patient, voire une équipe de soins. Elle repose sur la constitution d'un lien entre le médecin et le patient dans la poursuite d'un but commun : le mieux-être du patient. Dès lors, qui dit alliance thérapeutique dit collaboration, partenariat, entraide.

L'alliance thérapeutique est, par ailleurs, de nature à faciliter l'autonomie d'une personne dans la mesure où, dans le cadre de la relation thérapeutique, le médecin permet à la personne, de par les soins qu'il lui prodigue et les informations qu'il lui transmet, de prendre une décision éclairée en rapport avec sa condition médicale.

### b. La confiance mutuelle

Il ne saurait y avoir de relation thérapeutique ou d'alliance thérapeutique sans qu'il existe entre le médecin et le patient un état de confiance mutuelle. Le Code de déontologie des médecins édicte que le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une *relation de confiance mutuelle* (3). Cette confiance est au cœur de la relation médecin-patient à tel point que le Code de déontologie précise que le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un motif juste et raisonnable de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une *confiance mutuelle* sont absentes ou si cette confiance n'existe plus (4).

Dans le cadre de la relation médecin-patient, le patient s'attend ainsi du médecin qu'il soit franc et honnête dans l'information de nature médicale qu'il lui transmet et le médecin s'attend à ce que le patient l'informe pleinement de son état de santé et coopère le plus possible au sujet du traitement ou des soins proposés. Le médecin doit, pour sa part, être attentif aux préoccupations du patient qui le consulte, à ses symptômes, à ses appréhensions et à ses attentes. Avec l'accord du patient, il doit mener les examens, les tests et les traitements qui pourront améliorer son état de santé et lui faire part des diverses options possibles.

Dans le cadre de la relation médecin-patient, tant le médecin que le patient doivent rechercher ensemble le soin qui apparaît le plus approprié dans les circonstances. Pour le Collège des médecins, en dernière analyse, constitue un soin approprié, un soin pour lequel le processus décisionnel a été bien mené (5). Or, pour ce faire, il est essentiel que la relation repose sur la confiance mutuelle de l'un envers l'autre.

### c. Le respect réciproque

De plus, dans le cadre de la relation médecin-patient, le médecin et le patient doivent se respecter mutuellement. Le respect mutuel constitue le fondement d'une relation de qualité. Si le médecin doit respecter les valeurs, les croyances et les convictions du patient, le patient doit également respecter le médecin dans ses valeurs, ses convictions et ses croyances. Ni l'un ni l'autre ne doivent imposer leurs valeurs, leurs croyances et leurs convictions à l'autre.

Ainsi, il se peut que les choix de vie du patient ou les décisions qu'il prend ne soient pas toujours faciles à respecter par le médecin parce qu'ils ne correspondent pas à ses valeurs, par exemple. Toutefois, en l'état actuel du droit, ils se doivent de l'être. En tout état de cause, le médecin doit accepter ou respecter que les choix du patient puissent être différents de ceux qu'il aurait faits personnellement. Nonobstant une divergence de vues, le médecin doit néanmoins le soutenir et ne pas l'abandonner. Il se doit de cheminer avec le patient dans les choix qu'il a faits sans pour autant sacrifier son point de vue quant aux meilleurs soins que le patient pourrait recevoir mais sans les lui imposer.

Par ailleurs, le patient se doit de respecter la *liberté de conscience* du médecin, liberté de conscience qui prend la forme d'une *objection de conscience*. La liberté de conscience est une liberté fondamentale protégée par la *Charte canadienne des droits et libertés* dont jouit toute personne (6). Elle permet à un médecin, dans certaines circonstances, de se soustraire à son obligation de prodiguer des soins requis

par l'état de santé d'une personne parce que le soin n'est pas en accord avec ses valeurs personnelles.

Selon le Code de déontologie des médecins, 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 (7). Le Code de déontologie précise également que le médecin qui dirige un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que cet autre médecin n'a pas pris celui-ci en charge (8). Par ailleurs, la Loi concernant les soins de fin de vie reconnaît également à tout médecin et à tout professionnel le droit de ne pas participer à l'administration de l'aide médicale à mourir (9).

En dernière analyse, dans le cadre de la relation médecin-patient, le patient et le médecin sont des partenaires travaillant ensemble à la poursuite d'un but commun : la résolution d'une problématique de santé. Dans cette relation, le patient demeure le juge ultime de ce qui est dans son meilleur intérêt, et ce, en vertu du principe de l'autonomie de la personne dans ses choix de vie et dans ses décisions.

En rapport avec la relation qui s'établit entre un médecin et un patient, il importe d'examiner plus à fond la question de l'autonomie personnelle dont jouit le patient, d'en percevoir les diverses dimensions avant d'analyser dans quelle mesure le processus conduisant à l'aide médicale à mourir est le reflet d'une autonomie individuelle possédant une composante relationnelle très forte.

---

## II. L'AUTONOMIE PERSONNELLE

Nous vivons dans une société qui privilégie et valorise l'autonomie personnelle de chaque individu. Cette autonomie reflète la capacité de chaque individu d'exercer son libre arbitre et de décider de sa destinée. Elle renvoie à la maîtrise que tout individu

exerce sur l'intégrité de sa personne, sans ingérence ou intervention indue de l'État.

Cela dit, l'autonomie dont jouit une personne se révèle être, dans le quotidien de la vie, de nature relationnelle en ce qu'elle s'exerce dans un milieu de vie, dans une communauté de vie dont on ne peut faire abstraction. Ainsi, ignorer la dimension relationnelle de l'autonomie individuelle, c'est nier que l'être humain est un être social, un être de relation.

Il importe donc d'explorer l'une et l'autre des dimensions qui façonnent l'autonomie personnelle, car, en matière de soins de fin de vie, et plus particulièrement, en matière d'aide médicale à mourir, l'autonomie dont jouit une personne constitue un enjeu majeur.

### **a. L'autonomie individuelle**

En droit, depuis l'avènement des chartes des droits et libertés, on constate une affirmation de plus en plus forte des droits individuels, notamment du droit à l'autodétermination. Pour plusieurs, le droit à l'autodétermination suppose qu'une personne a le droit de disposer de sa vie comme elle l'entend, qu'elle est maîtresse de sa destinée et de ses choix de vie, qu'il lui revient de prendre les décisions concernant sa vie et sa santé en fonction de ses propres valeurs, de ses propres croyances et de ses propres convictions, sans intrusion de l'État ou de tiers. Ainsi, forte de la reconnaissance de son droit à l'autodétermination, la personne peut déterminer sa destinée aussi bien en fonction de choix rationnels que de caprices ou de désirs irrationnels (10).

La conséquence du respect de l'autonomie individuelle exclut toute évaluation du caractère raisonnable ou déraisonnable des choix de vie et des décisions d'une personne. Quelque déraisonnable qu'elle soit, la décision est considérée comme légitime parce que prise librement. L'autodétermination devient le souverain bien. Les décisions ou les choix de vie pris librement sont bons du moment qu'ils ont été pris ou faits en toute connaissance de cause (11).

Par ailleurs, en médecine, la reconnaissance du principe de l'autonomie du patient dans ses rapports avec le médecin qu'il consulte a changé sensiblement l'exercice de la médecine. Le médecin n'est plus le maître ultime des soins qui seront prodigués à un patient, si tant est qu'il l'ait déjà été. En vertu du droit à l'autodétermination qu'il possède, le patient est appelé à imposer ses choix de vie et à décider des soins qu'il désire recevoir en fonction de ses valeurs, de ses croyances et de ses convictions.

Dans une large mesure, la reconnaissance du principe de l'autonomie et du droit à l'autodétermination sont venus faire échec ou, à tout le moins, à faire contrepoids au paternalisme médical. Aujourd'hui, il est reconnu et admis que le patient a non seulement *son mot* à dire dans le choix des soins qui lui seront prodigués. Il a généralement le *dernier mot* dans la mesure où, lucide et sain d'esprit, aucun soin ne peut lui être prodigué sans son consentement.

### **b. L'autonomie relationnelle**

L'être humain est fondamentalement un être social en constante relation avec ses semblables. La dimension relationnelle de l'autonomie dont il jouit rend compte de cette dimension sociale. Elle reflète le fait que tous les êtres humains sont interdépendants les uns par rapport aux autres.

Ainsi, l'autonomie dont jouit une personne en ce qui a trait à ses choix de vie, aussi paradoxal que cela puisse paraître à première vue, est appelée à se développer dans une dynamique relationnelle (12). En effet, les choix qu'une personne fait en regard de sa vie et de sa destinée ne sont pas isolés du reste du monde et des personnes qui l'entourent. Tous ses choix sont pétris de ses relations humaines et ont des conséquences sur ses relations avec les autres (13).

Mal comprise, une perspective uniquement relationnelle de l'autonomie peut, toutefois, constituer une menace à la liberté décisionnelle d'une personne et à l'expression du droit à l'autodétermination dont elle jouit. En revanche, une compréhension uniquement individuelle de l'autonomie peut potentiel-

lement créer un cloisonnement relationnel et laisser la personne seule face à ses choix (14).

Cela dit, s'il est un cas où l'autonomie d'une personne se révèle être de nature relationnelle, c'est bien le cas de l'aide médicale à mourir. Ce nouveau soin qui consiste à administrer à une personne une substance visant à provoquer son décès est fortement encadrée sur le plan législatif. Cet encadrement législatif, sans brimer l'autonomie individuelle dont jouit toute personne, en fait ressortir le caractère relationnel.

En outre, l'encadrement met en évidence le fait que l'exercice de l'autonomie dont jouit une personne n'est pas sans limites. Par exemple, elle se bute aux contraintes que l'État peut imposer à l'individu en ce qui a trait à l'exercice de cette autonomie. Elle se bute également à la liberté d'autrui dont l'individu doit tenir compte dans l'exercice de la sienne propre.

### 3. L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

L'avènement de l'aide médicale à mourir comme soin de fin de vie fut accompagné d'un encadrement législatif du soin, encadrement qui tempère la liberté décisionnelle de la personne en fin de vie, de même que la liberté thérapeutique du médecin et qui fait apparaître la dimension relationnelle de l'autonomie dont jouit le patient en fin de vie.

D'une part, le patient ne peut recevoir ce soin qu'est l'aide médicale à mourir que s'il remplit certaines conditions prescrites par la loi. D'autre part, le médecin qui traite une personne en fin de vie ne peut lui administrer l'aide médicale à mourir que s'il satisfait à certaines exigences tant légales que professionnelles. Ainsi, le médecin et le patient ne sont pas libres de convenir entre eux des modalités d'administration de l'aide médicale à mourir. Ils sont, tant l'un que l'autre, contraints de respecter certaines conditions et exigences qui limitent leur liberté respective, liberté décisionnelle pour l'un, liberté thérapeutique pour l'autre.

#### a. Les limites à l'autonomie décisionnelle du patient

En ce qui concerne le patient, les limites à son autonomie décisionnelle sont les critères de fin de vie, de déclin avancé de ses capacités et de souffrances éprouvées. Tous ces éléments viennent restreindre l'autonomie de la personne et, par ricochet, son droit à l'autodétermination en ce qui a trait à l'accès à l'aide médicale à mourir.

##### i. *La fin de vie*

En vertu du droit québécois, seules les personnes en fin de vie sont admissibles à l'aide médicale à mourir (15). En revanche, en vertu du droit criminel canadien, il faut que la mort de la personne qui demande l'aide médicale à mourir soit raisonnablement prévisible (16). Si ces critères ne sont pas remplis, la personne ne peut, en principe, recevoir l'aide médicale à mourir qu'elle demande.

Ainsi, la personne qui éprouve des souffrances constantes, intolérables et inapaisables, de nature psychique, sans être en fin de vie n'aurait pas accès, en principe, à l'aide médicale à mourir. Il ne lui est donc pas possible de choisir le moment et le comment de sa mort, contrairement à la personne qui est en fin de vie et qui éprouve de telles souffrances.

##### ii. *Le déclin avancé des capacités*

En vertu du droit québécois, seule la personne qui, en plus de satisfaire aux autres conditions prescrites par la Loi, présente un déclin avancé et irréversible de ses capacités est en droit de recevoir l'aide médicale à mourir (17). Il se peut, toutefois, que le déclin de ses capacités soit irréversible mais qu'il ne soit pas avancé à un point tel qu'on puisse dire qu'elle est en fin de vie.

Ainsi en est-il de la personne atteinte d'une maladie dégénérative qui ne comporte aucun espoir d'amélioration ou de guérison mais dont le pronostic de survie est de deux ans. Celle-ci, en principe, n'est pas admissible à recevoir l'aide médicale à mourir qu'elle demanderait. La Loi actuelle sur les soins de

fin de vie vient donc restreindre le droit à l'autodétermination de cette personne.

### *iii. Les souffrances éprouvées*

En vertu du droit québécois, pour pouvoir obtenir l'aide médicale à mourir qu'elle demande, la personne qui fait la demande doit éprouver des souffrances constantes, intolérables et inapaisables (18). En théorie, il se peut que les souffrances éprouvées par la personne puissent cliniquement être apaisées avec le soutien psychologique approprié et la médication adéquate. Dans un tel cas, elle ne serait pas, en principe, admissible à recevoir l'aide médicale à mourir qu'elle demande. Toutefois, il lui sera toujours possible de refuser des soins qui lui seraient bénéfiques sur le plan physique ou psychique et, ce faisant, se mettre dans un état de souffrances constantes, intolérables et inapaisables la rendant alors admissible à l'aide médicale à mourir.

Mais, même si la personne qui a fait une demande d'aide médicale à mourir satisfait à tous les critères édictés par la Loi, le Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir requiert du médecin qu'il s'assure que le soin demandé par le patient en fin de vie constitue la meilleure option de soins dans les circonstances.

Ainsi, le Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir édicte «[...] *qu'au-delà de l'évaluation des indications, le médecin se doit d'exercer un jugement professionnel quant aux meilleures options de traitements ou d'interventions possible pour soulager les souffrances d'un patient en particulier, avant de répondre favorablement ou non à la demande d'AMM du patient*» (19).

En outre, le Guide d'exercice indique que, pour accepter d'administrer l'AMM, le médecin devrait être persuadé qu'elle représente la meilleure option à considérer, non seulement pour le patient qui la demande, mais aussi pour lui-même, qui devra effectuer le geste et vivre avec ses répercussions professionnelles, légales et morales (20).

Ainsi, la volonté du patient d'avoir recours à l'aide médicale à mourir ne suffit pas pour qu'il

puisse l'obtenir. La demande du patient, replacée dans le cadre de la relation médecin-patient, doit, en principe, être l'amorce d'un dialogue entre le médecin et le patient sur les raisons qui sous-tendent la demande. Dans le cadre de ce dialogue, le médecin doit déterminer, de concert avec le patient, en partenariat avec lui, qu'elle est l'option de soins de fin de vie la plus appropriée pour le patient dans les circonstances.

### **b. Les limites à l'autonomie professionnelle du médecin**

Par delà les conditions prescrites par la Loi en matière d'admissibilité à l'aide médicale à mourir, le législateur a prescrit des *mesures de sauvegarde* qui doivent être impérativement respectées par le médecin avant d'avoir recours à l'aide médicale à mourir comme soin de fin de vie. Ces mesures viennent baliser le processus de décision menant, éventuellement, à une aide médicale à mourir et encadrer la pratique médicale relative à cette aide.

En effet, avant d'administrer l'aide médicale à mourir à une personne, le médecin devra respecter un processus strict prévu par la Loi. Le processus de décision, tel qu'il est prescrit par la Loi, implique non seulement le médecin et le patient, mais également des tiers, tels que les proches, les personnes significatives et l'équipe de soins. Il fait apparaître l'autonomie dont jouit un patient en fin de vie et son droit à l'autodétermination comme étant de facture éminemment relationnelle.

#### *i. Les entretiens avec le patient*

Dans le cadre de la prise de décision relative à l'aide médicale à mourir, le législateur impose au médecin d'avoir avec le patient qui a demandé l'aide médicale à mourir *plusieurs entretiens* à des moments différents espacés par un délai raisonnable (21). La Loi ne précise pas ce qu'est un délai raisonnable mais précise qu'il peut varier eu égard à l'évolution de la condition de la personne.

Quoi qu'il en soit, il ne suffit pas pour le médecin de n'avoir qu'un seul entretien avec la personne mais une série d'entretiens, car la Loi oblige le médecin à s'assurer de la « *persistance* » des souffrances éprouvées par la personne et le « *caractère réitéré* » de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Cette mesure peut apparaître comme une forme de paternalisme médical où le médecin est celui qui est appelé à contrôler le bien-fondé de la demande d'aide médicale à mourir. Mais, considérant la nature du soin qu'est l'aide médicale à mourir, le législateur a opté pour la prudence, prudence qui se traduit par un contrôle de la décision d'un patient qui remplit tous les critères de la Loi, d'avoir recours à l'aide médicale à mourir.

Les entretiens que le médecin doit avoir avec le patient ne visent pas uniquement à vérifier la volonté ferme de celui-ci d'avoir recours à l'aide médicale à mourir, mais sert également à convaincre le médecin qu'il s'agit de la meilleure option de soins possible. Cette attitude est congruente avec le fait que la relation médecin-patient est une relation d'alliance thérapeutique, de confiance mutuelle et de respect réciproque. Elle met en évidence la nature relationnelle de l'autonomie du patient en fin de vie.

### *ii. L'entretien avec les proches*

En règle générale, dans le cadre de la relation médecin-patient, le médecin n'a pas à s'entretenir avec les proches du patient avant de prendre une décision relative à sa santé, sauf si la décision est d'une gravité particulière. La décision se prend à la suite d'échanges entre le médecin et le patient, sans qu'un membre de la famille intervienne.

En vertu de la Loi concernant les soins de fin de vie, le médecin est appelé à demander à la personne s'il peut s'entretenir de sa demande d'aide médicale à mourir avec ses proches, en sa présence ou hors de sa présence (22). La personne est libre d'accepter ou de refuser. Cette mesure, prescrite par la Loi, peut avoir divers objectifs, notamment de s'assurer que la personne n'est l'objet d'aucune pression ou encore de

vérifier comment les proches se sentent par rapport à la demande d'aide médicale à mourir. Encore ici, le processus de décision fait apparaître la dimension relationnelle de l'autonomie décisionnelle du patient.

### *iii. L'entretien avec l'équipe de soins*

En matière de soins de fin de vie, plus particulièrement dans les milieux de soins palliatifs, les soins sont généralement prodigués par une équipe de soins, formée de médecins, de professionnels en soins infirmiers, de travailleurs sociaux et de psychologues, équipe appelée à répondre aux multiples besoins de la personne. L'approche est ainsi interdisciplinaire.

La Loi concernant les soins de fin de vie prescrit que le médecin doit s'entretenir, le cas échéant, de la demande d'aide médicale à mourir avec des membres de l'équipe de soins en contacts réguliers avec la personne ayant fait la demande d'aide médicale à mourir (23). Dans quel but? Pour demander l'avis des membres de l'équipe? Pour vérifier s'il existe des éléments qui auraient pu échapper à l'un ou à l'autre des membres de l'équipe de soins? Pour s'assurer que l'équipe est prête à soutenir la personne dans sa décision? Pour vérifier si certaines personnes de l'équipe ont une objection de conscience?

Le Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir précise qu'autant qu'il est possible, le médecin et l'équipe de soins doivent, en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir, rechercher un *consensus* (24). Toutefois, selon le Guide, ultimement, le médecin traitant est le seul responsable de la décision de procéder ou non à l'aide médicale à mourir ainsi que, le cas échéant, d'effectuer le geste même (25). La recherche d'un consensus suppose qu'il y a une communauté d'esprit de l'ensemble des intervenants en ce qui a trait à l'administration de l'aide médicale à mourir et que l'aide médicale à mourir est la meilleure option possible dans les circonstances.

Quoi qu'il en soit, le Guide reconnaît que l'administration de l'aide médicale à mourir à une personne est susceptible d'affecter les personnes qui y sont associées. Le Guide souligne que les membres de l'équipe interdisciplinaire qui auront été en rela-

tion avec la personne décédée, et possiblement ses proches, auront un travail de deuil à accomplir, qu'ils devront au moins pouvoir parler du processus ayant mené à l'aide médicale à mourir, du geste lui-même et du deuil qu'ils vivent ensemble (26). En ce faisant, le Guide vient confirmer le caractère relationnel de l'autonomie décisionnelle du patient.

Le Guide souligne également que le médecin ou les médecins qui auront accompagné la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir pourront avoir été touchés par les circonstances entourant le décès de la personne et qu'ils pourraient avoir besoin d'un soutien psychologique. C'est reconnaître que les personnes ayant vécu l'événement ne sont pas immunisées, parce qu'ils sont des professionnels, des effets découlant de l'accompagnement de la personne qui a fait une demande d'aide médicale à mourir. De cette façon, le Guide reconnaît que l'aide médicale à mourir ne concerne pas, au premier titre, seulement la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir, mais tout l'entourage de cette personne, proches et équipe de soins notamment, dont on se doit de prendre soin.

## CONCLUSION

Aujourd'hui, le principe de l'autonomie est un principe phare en droit des personnes. En vertu de ce principe, une personne est maître de sa destinée et libre de faire les choix de vie qui correspondent à sa personne, à ses valeurs, à ses convictions et à ses croyances. Il n'appartient pas à l'État, en principe, de s'immiscer dans la relation médecin-patient et de venir gérer cette relation, par-delà les normes éthiques et juridiques usuelles. Toutefois, dans certaines circonstances, l'État se verra plus prescriptif et imposera à cette relation des mesures de sauvegarde dont l'effet est d'imposer au médecin et au patient l'obligation de suivre certaines procédures ou de respecter certains processus. C'est notamment le cas en matière d'aide médicale à mourir.

Les diverses mesures de sauvegarde mises en place pour encadrer l'aide médicale à mourir sont-elles le *relent d'un certain paternalisme médical* où le

médecin serait appelé à contrôler le bien-fondé de la décision prise par un patient? Ou, au contraire, le reflet d'une saine pratique médicale qui tient compte du fait que la relation médecin-patient est le fruit d'une alliance thérapeutique qui repose sur une confiance mutuelle et un respect réciproque.

Le droit, de par l'affirmation, sans équivoque, du droit de tout être humain à l'autodétermination, projette l'image qu'en ce qui a trait aux décisions prises en matière de santé, le patient est le seul maître à bord et que son jugement prime sur celui du médecin. La réalité est tout autre. Sans nier le droit à l'autodétermination de tout être humain, ce droit doit être contextualisé. L'être humain demeure un être social, un être fondamentalement de relation. Son autonomie est assujettie, socialement et juridiquement, à des balises qui peuvent devenir ou être perçues comme des contraintes ou des limites au libre exercice du droit à l'autodétermination.

En outre, en imposant, en matière d'aide médicale à mourir, certaines balises à l'exercice du droit à l'autodétermination dont jouit tout individu, le droit, implicitement, vient sanctionner le caractère relationnel de l'autonomie de la personne et reconnaître que, bien que le patient soit investi du pouvoir de choisir les soins qui apparaissent comme les plus appropriés, ce pouvoir ne s'exerce pas en vase clos mais dans le cadre d'une multitude de relations où l'intérêt de tous et chacun doit être pris en considération.

## RÉFÉRENCES

1. L'alliance thérapeutique. [En ligne]. [[http://www.scienceshumaines.com/l-alliance-therapeutique\\_fr\\_23887.html](http://www.scienceshumaines.com/l-alliance-therapeutique_fr_23887.html)].
2. Phaneuf, Marot. *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*, mars 2016. [En ligne]. [<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>].
3. *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, article 18.
4. *Id.*, article 19.

5. Collège des médecins du Québec. *Les médecins, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion*, 16 octobre 2009, p. 5.
6. *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), 1982, c 11, article 2.
7. *Code de déontologie des médecins*, article 24.
8. *Id.*, article 33.
9. *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001, article 50.
10. Zielinski, Agata. *Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité*. Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie. Évaluer pour accompagner. Actes du Colloque, 12 février 2009, p. 2-3. [En ligne]. [[http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA\\_Dossier\\_12fev\\_signets.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_Dossier_12fev_signets.pdf)].
11. *Id.*, p. 3.
12. *Id.*, p. 1.
13. *Ibid.*
14. Pariseau-Legault, Pierre et Frédéric Dautrelepon. *Libre, éclairé, documenté. L'obtention du consentement aux soins en tant que condition indissociable de l'alliance thérapeutique*, présentation PowerPoint, sans date.
15. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 26, alinéa 1, paragraphe 3.
16. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, 2016, ch. 3 (Projet de loi C-14), article 3, 241.2 (2) b).
17. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 26, alinéa 1, paragraphe 5.
18. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 26, alinéa 1, paragraphe 6.
19. Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. *Guide sur l'exercice de l'aide médicale à mourir*, 08/2015, p. 23 .
20. *Ibid.*
21. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 29, alinéa 1, paragraphe 1, c).
22. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 29, alinéa 1, paragraphe 1, e).
23. *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 29, alinéa 1, paragraphe 1, d).
24. Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. *Guide sur l'exercice de l'aide médicale à mourir*, 08/2015, p. 28.
25. *Ibid.*
26. *Id.*, p. 23. .