

À propos des autrices



Eliana Close, Ph.D

La Dre Eliana Close est maîtresse de conférences à la Faculté de droit de la Queensland University of Technology (QUT), à Brisbane, en Australie. Originnaire de l'Alberta, Eliana a obtenu un baccalauréat ès sciences (avec distinction) en psychologie à l'Université de Calgary, un diplôme en droit à l'Université d'Oxford et un doctorat à la QUT. Elle a exercé en tant que procureure de la Couronne en Alberta avant de faire la transition vers le milieu universitaire. Les travaux de recherche d'Eliana au cours de la dernière décennie ont porté sur les lois, les politiques et les pratiques touchant la fin de vie. De 2020 à 2025, elle a dirigé une étude de cas canadienne sur l'aide médicale à mourir (AMM) pour le projet Future Fellowship intitulé *Optimal Regulation of Voluntary Assisted Dying* (Régulation optimale de l'aide volontaire à mourir) de l'Australian Research Council.

Affiliation de l'autrice : Australian Centre for Health Law Research, Faculty of Business and Law, Queensland University of Technology, Brisbane (Meanjin), Australie



Stefanie Green, M.D.

La Dre Stefanie Green est une praticienne de l'aide médicale à mourir (AMM) basée à Victoria, en Colombie-Britannique, au Canada. Elle est présidente fondatrice de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) et membre du comité consultatif clinique de l'organisme Mourir dans la dignité Canada. Elle a également travaillé dans l'enseignement, la recherche et l'élaboration de programmes et de lignes directrices. La Dre Green est professeure clinique à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université de Victoria. Elle est l'auteure du mémoire *This is Assisted Dying*, qui traite de sa première année dans le domaine de l'aide médicale à mourir au Canada.

Affiliation de l'autrice : Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)
Faculté de médecine, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique)



Jacque Lemaire, MSc.

Jacque Lemaire est titulaire d'un diplôme de premier cycle en sciences de la vie de l'Université Queen's et d'une maîtrise en administration de la santé de l'Université d'Ottawa. Jackie a récemment pris sa retraite, après une carrière de 35 ans dans la fonction publique. Elle a commencé au Ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, puis a occupé diverses fonctions chez Santé Canada au cours des 25 années suivantes. Elle a consacré les dix dernières années de sa carrière à la prestation de l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada, notamment en matière de législation, de réglementation, de rapports et de collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Malgré son parcours professionnel, les points de vue, opinions, constatations et conclusions exprimés dans cet article sont strictement ceux de Jackie à titre personnel en tant qu'auteure contributrice et ne représentent pas Santé Canada.

Présentation de la surveillance et de la supervision de l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada

Eliana Close, Ph.D
Stefanie Green, M.D.
Jacquie Lemaire, MSc.

Introduction

Depuis l'adoption du projet de loi C-14 en 2016 et l'évolution subséquente de la législation sous la forme du projet de loi C-7 en 2021, l'aide médicale à mourir (AMM) occupe une place importante dans le paysage canadien des soins de fin de vie.^{1,2} En 2023, 15 343 personnes ont bénéficié de l'AMM, ce qui représente 4,7 % des décès dans tout le pays.³ La grande majorité de ces cas (95,9 %, n = 14 721 décès) concernaient des personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible (voie 1), tandis que les 4,1 % restants (n = 622) concernaient des personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible (voie 2).³

La surveillance et la supervision sont essentielles pour garantir la transparence et la responsabilisation du système canadien d'AMM ainsi que pour renforcer la confiance du public. La surveillance fournit des données importantes sur une panoplie de facteurs, tels que le profil des personnes qui reçoivent l'AMM, les problèmes de santé sous-jacents et l'implication des cliniciens. La supervision examine la conformité à la loi. Ensemble, la surveillance et la supervision peuvent favoriser des soins de haute qualité aux patients, qualité qui peut encore être améliorée grâce à la formation et au partage d'informations.

La prestation de l'AMM exige un réseau multidimensionnel de mécanismes de responsabilisation, notamment des exigences fédérales en matière de rapports, une supervision (souvent assortie de surveillance) au niveau provincial et territorial, une réglementation professionnelle par les ordres des médecins, des infirmiers et des pharmaciens, ainsi que l'application de la loi. L'un des points de tension dans les débats sur la supervision consiste à déterminer si l'AMM doit être traitée comme un

cas exceptionnel, et ainsi faire l'objet d'un examen spécialisé, ou si la réglementation professionnelle, pénale et civile actuelle offrent des informations et des mécanismes de responsabilisation adéquats.

Le présent article donne un bref aperçu des mécanismes actuels de surveillance et de supervision de l'AMM au Canada. L'accent est mis sur la distinction opérée au Canada entre la surveillance et la supervision. L'article aborde également les approches au niveau provincial/territorial. En outre, il résume la recherche empirique existante sur la surveillance et la supervision et décrit les lacunes qui doivent être comblées par des recherches supplémentaires. En fin de compte, l'article soutient qu'une plus grande transparence est essentielle pour mieux informer le débat public et définir les orientations futures.

Mécanismes de surveillance et de supervision de l'AMM au Canada

La plupart des territoires disposant de lois relatives à l'aide à mourir ont mis en place des mécanismes de surveillance et de supervision, bien qu'il existe de grandes disparités entre ceux-ci.^{4,5} Alors que certaines publications regroupent ces deux concepts sous le terme générique de « surveillance »,⁴ le Canada fait la distinction entre les deux. La surveillance implique la collecte de données fournissant des informations critiques sur les caractéristiques des personnes qui demandent et reçoivent l'AMM, les contextes dans lesquels l'AMM a eu lieu et les tendances générales. La supervision fait référence à l'examen des cas individuels après un décès par AMM pour garantir la conformité à la loi. Ces fonctions sont réparties entre les différents paliers du gouvernement en raison de la séparation constitutionnelle des pouvoirs. Le système fédéral de surveillance

découle du *Code criminel* fédéral,⁶ tandis que la supervision relève généralement des compétences provinciales/territoriales, car elle concerne les soins de santé et l'application du droit pénal.

Surveillance fédérale

Au Canada, le *Code criminel* établit un cadre pour la prestation légale de l'AMM en adoptant une série d'exigences, dont des critères d'admissibilité, des mesures de sauvegarde procédurales et des obligations de surveillance et de déclaration.⁶ Le ministre fédéral de la Santé, par l'intermédiaire de Santé Canada, est responsable de la surveillance de l'AMM.⁶ En 2018, le ministre fédéral de la Santé a présenté le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir en vertu du Code criminel*.⁷ Le *Règlement* a été modifié par la suite afin de l'harmoniser avec les amendements apportés au projet de loi C-7 de 2021 et d'y apporter des modifications supplémentaires; celles-ci sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2023.⁸ En vertu du *Règlement*, les médecins, le personnel infirmier praticien, les pharmaciens, les techniciens en pharmacie et les « responsables des évaluations préliminaires » (c.-à-d. les personnes qui trient les cas d'AMM) sont tenus de déclarer des informations spécifiques sur les demandes et les cas d'AMM à Santé Canada.⁸ Ces informations peuvent être déclarées directement à Santé Canada via un portail Web, ou par l'intermédiaire d'un organisme provincial ou territorial désigné (**tableau 1**).^{7,8} Ces données forment ainsi le fondement du cadre de surveillance de l'AMM au Canada. Depuis 2019, Santé Canada a publié des rapports publics annuels contenant les données recueillies en vertu du *Règlement*.³

Supervision de l'AMM au niveau provincial et territorial

La supervision de l'AMM consiste à examiner les cas individuels pour garantir la conformité à la loi. Chaque province et territoire a élaboré sa propre approche en matière de supervision, reflétant les différences générales dans l'application de l'AMM entre les territoires (voir le **tableau 1** pour un résumé). Les approches provinciales/territoriales se divisent en cinq grandes catégories.

Examen indépendant

Le Québec est la seule province qui a mis en place un organisme d'examen indépendant chargé de la supervision de l'AMM. La Commission sur les soins de fin de vie du Québec est un groupe pluridisciplinaire, nommé par le gouvernement provincial et habilité par la *Loi concernant les soins de fin de vie* (Qué.), chargé d'examiner de manière rétrospective tous les décès par l'AMM afin de garantir leur conformité aux critères d'admissibilité et aux mesures de sauvegarde prévus par la *Loi*.⁹ En vertu de la *Loi*, les prestataires d'AMM doivent présenter un rapport à la Commission dans les dix jours suivant l'administration de l'AMM.⁹ La Commission peut demander des informations supplémentaires aux praticiens selon les besoins. Si au moins deux tiers des membres présents déterminent que les dispositions de la *Loi concernant les soins de fin de vie* relatives à l'AMM n'ont pas été respectées, la Commission envoie un résumé de ses conclusions à l'ordre concerné pour mener une enquête plus approfondie.⁹ La Commission publie un rapport annuel sur son site Web.¹⁰

Service provincial existant d'enquête sur les décès (coroner/médecin légiste)

L'Ontario et l'Alberta ont confié la supervision de l'AMM à leurs systèmes existants d'enquêtes sur les décès. Au départ, la Colombie-Britannique avait également adopté cette approche, mais a ensuite mis en place un comité relevant du ministère de la Santé¹, comme décrit ci-dessous*.

En Ontario, le Bureau du coroner en chef (BCC) se voit chargé de la supervision de l'AMM en vertu des amendements apportés à la *Loi sur les coroners*.¹¹ Initialement, il s'agissait de communiquer avec le prestataire de l'AMM par téléphone après chaque décès par AMM. En janvier 2023, le BCC a actualisé sa procédure en mettant en place un système de déclaration en ligne et en limitant le suivi à certaines catégories de cas plus complexes. Les prestataires de l'AMM doivent soumettre un rapport de décès par AMM au BCC dans un délai d'un jour ouvrable après le décès.¹² Bien que le BCC ne publie pas de rapports publics sur son site Web, il communique régulièrement des rapports de données par

*La Colombie-Britannique avait initialement affecté son service de coroners à la supervision de l'AMM à titre temporaire. Il s'agissait d'un arrangement principalement pragmatique : le service des coroners disposait déjà d'un système de déclaration obligatoire des décès et de publication des données à l'échelle de la province. Il n'était d'emblée pas prévu que cette affectation soit permanente, car la supervision par les coroners n'est exercée que pour les décès nécessitant une enquête (cas suspects, accidentels, violents ou inexplicables). Vers la fin de 2018, la province a établi une unité de supervision de l'AMM au sein du ministère de la Santé afin de gérer les examens de la conformité, la collecte de données et la surveillance fédérale.

Territoire	Organisation de la prestation de l'AMM	Qui rend compte à Santé Canada	Approche en matière de supervision de l'AMM
Colombie-Britannique	Des points d'accès multiples sont offerts par l'intermédiaire de praticiens individuels et de bureaux de coordination régionaux; la prestation des services d'AMM est assurée par les autorités régionales de la santé.	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.	L'unité de supervision de l'AMM de la Colombie-Britannique examine les formulaires de demande, d'évaluation et de cas d'AMM afin de s'assurer qu'ils sont conformes aux exigences législatives fédérales et aux normes réglementaires provinciales. Le comité chargé de la supervision examine les politiques et les pratiques relatives à l'AMM pour garantir une amélioration continue de la qualité.
Alberta	Point d'accès central et coordination par l'intermédiaire d'une autorité provinciale de la santé.	Services de santé de l'Alberta.	Tous les décès sont déclarés au Bureau du médecin légiste en chef.
Saskatchewan	Point d'accès central et coordination par l'intermédiaire d'une autorité provinciale de la santé.	Programme provincial de l'AMM de l'autorité de santé de la Saskatchewan (SHA).	Le programme de l'AMM de la SHA examine les formulaires des cas d'AMM afin de s'assurer qu'ils sont complets et conformes aux exigences fédérales. Le comité chargé de la supervision examine les pratiques dans le cadre du programme d'AMM, mais n'examine pas de cas individuels.
Manitoba	Point d'accès central et coordination par l'intermédiaire d'une autorité provinciale de la santé.	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé.
Ontario	Points d'accès multiples par l'intermédiaire de praticiens individuels, d'établissements régionaux ou d'une coordination provinciale centralisée.	Le Bureau du coroner en chef rapporte tous les cas d'AMM.	Tous les décès liés à l'AMM sont déclarés à l'équipe d'examen de l'AMM du Bureau du coroner en chef. Certaines catégories de cas font l'objet d'un examen plus approfondi. Les membres du Comité d'examen des décès liés à l'AMM jouent un rôle consultatif en examinant certains cas qui semblent s'écarter de la pratique habituelle et en repérant des éléments à améliorer.
Québec	Points d'accès multiples par l'intermédiaire de praticiens individuels et/ou de réseaux ou d'établissements régionaux.	Ministère de la Santé et des Services sociaux.	La Commission sur les soins de fin de vie examine les rapports concernant chaque cas d'AMM afin de s'assurer de la conformité aux exigences législatives. Publie des rapports annuels sur l'AMM au Québec.
Nouveau-Brunswick	Combinaison de points d'accès par l'intermédiaire de praticiens individuels et/ou d'une autorité régionale de la santé.	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé.
Nouvelle-Écosse	Processus d'orientation centralisé et normalisé par l'intermédiaire d'un bureau du programme provincial d'AMM et coordination des cas gérée par des infirmiers pivots.	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Les praticiens envoient tous les formulaires d'AMM au bureau du programme provincial d'AMM. Le comité de la qualité du programme d'AMM participe à l'évaluation prospective et rétrospective de la qualité.

Territoire	Organisation de la prestation de l'AMM	Qui rend compte à Santé Canada	Approche en matière de supervision de l'AMM
Île du Prince-Édouard	Point d'accès central et coordination par l'intermédiaire du gouvernement provincial.	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé.
Terre-Neuve-et-Labrador	Points d'accès multiples	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé.
Yukon	Points d'accès multiples par l'intermédiaire de praticiens individuels	Les praticiens rendent compte directement à Santé Canada.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé.
Territoires du Nord-Ouest	Points d'accès multiples par l'intermédiaire du gouvernement territorial	Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest.	Le comité d'examen de l'AMM examine certains cas et vérifie les dossiers.
Nunavut	Points d'accès multiples par l'intermédiaire de praticiens individuels	Ministère de la Santé du Nunavut.	Basée sur les réglementations existantes en matière de santé

Tableau 1. Faits saillants des approches en matière de prestation, de déclaration et de supervision de l'aide médicale à mourir (AMM) dans les provinces et les territoires du Canada; d'après Eliana Close, Ph.D, Stefanie Green, M.D., Jacquie Lemaire, MSc.

courriel aux parties intéressées. En cas de problème potentiel de conformité, les praticiens sont contactés pour obtenir des éclaircissements. En cas de préoccupations persistantes, le BCC a élaboré une réponse pondérée comportant plusieurs issues possibles, comme l'émission d'un avis d'erreur, la sensibilisation et/ou le renvoi vers les autorités réglementaires compétentes ou celles chargées de l'application de la loi.¹¹

En Alberta, tous les cas d'AMM doivent être déclarés au Bureau du médecin légiste en chef.¹³ Il existe très peu d'informations accessibles au public concernant le processus et l'étendue de l'examen. Le Bureau du médecin légiste en chef ne publie pas de rapports concernant l'AMM.

Comité gouvernemental

En Colombie-Britannique, les praticiens de l'AMM et les pharmaciens doivent déclarer les détails de chaque cas à l'unité de supervision de l'AMM de la province (BC MAiD Oversight Unit), qui opère au sein du ministère de la Santé.¹⁴ Les praticiens et les pharmaciens doivent fournir des informations supplémentaires sur demande. Selon le site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique, l'unité de supervision de l'AMM

examine « tous les cas et abandons [...] afin de garantir le respect des critères d'admissibilité, des mesures de sauvegarde fédérales et provinciales, des normes de pratique réglementaires des ordres professionnels et des exigences en matière de déclaration de l'AMM ».¹⁴ L'unité de supervision de l'AMM de la Colombie-Britannique adopte également un modèle progressif de réponses plus strictes en cas de non-conformité, en commençant par une demande de renseignements. Bien que l'unité de supervision de l'AMM de la Colombie-Britannique ne publie pas de rapports publics, elle produit un rapport interne annuel. La province a récemment commencé à publier des données sur la surveillance accessibles au public.¹⁵

Les Territoires du Nord-Ouest disposent d'un comité d'examen de l'AMM qui peut examiner certains cas et vérifier les dossiers.

Programmes régionaux

L'autorité de santé de la Saskatchewan dispose d'un « comité de supervision » qui n'examine que les pratiques dans le cadre du programme de l'AMM, et non des cas individuels. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une supervision permettant d'examiner les cas individuels pour

garantir la conformité à la loi, les programmes régionaux jouent un rôle dans l'amélioration de la qualité des services d'AMM. À l'instar de la Saskatchewan, l'autorité de santé de la Nouvelle-Écosse dispose d'un comité de la qualité du programme de l'AMM qui soutient l'évaluation prospective et rétrospective de la qualité.

Réglementation existante en matière de soins de santé

Les autres provinces et territoires (Manitoba, Nouveau-Brunswick, Île du Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Nunavut) ne disposent pas de mécanismes de supervision spécifiques à l'AMM. Au lieu de cela, ils utilisent leurs propres mécanismes de réglementation de la santé pour assurer la responsabilisation, comme décrit ci-dessous.

Réglementation provinciale/territoriale applicable aux professionnels de la santé

Toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois et de mécanismes qui régissent le travail des professionnels de la santé et qui jouent un rôle dans la responsabilisation en matière d'AMM. Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux (c.-à-d. les ordres professionnels) des médecins, du personnel infirmier praticien et des pharmaciens réglementent la conduite professionnelle des prestataires, établissent des normes de pratique et assurent la supervision en menant des enquêtes sur les plaintes. Plusieurs de ces organismes ont publié des normes de pratique spécifiques à l'AMM et tiennent les praticiens responsables du respect de ces normes.^{16,17} En outre, comme le système de justice pénale relève en grande partie de la compétence des provinces, les services policiers et les services de poursuite provinciaux sont également chargés de faire respecter les dispositions du *Code criminel* dans les cas d'AMM.

Recherche sur la surveillance et la supervision de l'AMM au Canada

La recherche sur les expériences et les perceptions de la surveillance et de la supervision de l'AMM au Canada en est encore à ses débuts. Les premières recherches sur les expériences des praticiens ont révélé que certains évaluateurs et prestataires de l'AMM considèrent les exigences en matière de surveillance et de supervision comme un fardeau administratif important.¹⁸ Entre 2019 et 2020, Wiebe et ses collaborateurs

ont mené une étude à méthodes mixtes qui a examiné les pratiques de supervision de l'AMM et recueilli les opinions de prestataires de l'AMM et de la population générale sur les modèles de supervision optimaux.¹⁹ Les chercheurs ont trouvé des variations importantes dans les pratiques de supervision entre les provinces et les territoires. Bien que les prestataires de l'AMM étaient généralement satisfaits du degré actuel de supervision dans leur province, les membres du public ont montré une préférence pour une supervision plus rigoureuse par des comités interdisciplinaires.¹⁹

Entre 2021 et 2023, Close et ses collaborateurs ont étudié les perceptions de la surveillance parmi les évaluateurs et les prestataires de l'AMM, ainsi que parmi les décideurs organisationnels impliqués dans l'AMM dans divers contextes, notamment au sein du gouvernement, d'organisations professionnelles, d'organismes de réglementation et d'établissements de soins de santé.²⁰ Les participants ont souligné que la surveillance se distingue de la supervision et l'importance de la transparence par le système fédéral de surveillance. Bien que les opinions divergent quant aux limites de la collecte de données appropriée, tous s'entendaient pour dire que des stratégies pratiques et un soutien administratif étaient nécessaires afin d'alléger le fardeau associé aux déclarations pour les praticiens. Un autre article sur les perceptions de la supervision de ces mêmes participants est actuellement en cours d'examen par les pairs; les conclusions seront publiées sous forme de rapport.²¹

Des recherches empiriques supplémentaires sont nécessaires dans plusieurs domaines essentiels. D'abord, alors que les provinces et les territoires continuent de peaufiner leurs structures organisationnelles, leurs modèles de prestation et les mécanismes de supervision associés, les études comparatives sont utiles pour comprendre le fonctionnement de ces systèmes, leur évolution, ainsi que les avantages et les difficultés de ces modèles divergents. Ensuite, il existe peu de recherches empiriques au Canada sur la nature des examens de cas et sur les processus utilisés par les organismes de supervision pour analyser les cas, là où de tels organismes existent. Des recherches internationales ont examiné ces questions²² et le Canada devrait en faire autant. Troisièmement, les recherches futures doivent tenir compte de l'importance de la surveillance et de la supervision. Même si les praticiens de

l'AMM peuvent considérer la surveillance et la supervision comme des processus onéreux, ceux-ci produisent des données précieuses sur ce qui se passe dans la pratique, ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas, ce qui contribue à une compréhension du public fondée sur des données probantes et à l'amélioration de la qualité. Quatrièmement, afin d'éclairer les meilleures pratiques, des recherches plus approfondies sont nécessaires pour recueillir différents points de vue sur la surveillance et la supervision de l'AMM, c'est-à-dire les points de vue des personnes chargées de la supervision, des personnes qui y sont soumises, des personnes chargées de l'élaboration des politiques, ainsi que des patients, des membres de leur famille et du public. L'étude des points de vue de la communauté permettrait d'obtenir des informations précieuses sur la manière dont la surveillance et la supervision de l'AMM influencent la confiance du public.

Principales considérations

La surveillance et la supervision sont des processus essentiels et complexes, qui font l'objet d'opinions divergentes quant à leur forme et à leur portée appropriées. Nous présentons ici plusieurs éléments clés à prendre en considération qui peuvent éclairer les futurs modèles de surveillance et de supervision.

Premièrement, une fonction importante de la surveillance et de la supervision consiste à recueillir des données qui fournissent des informations sur la pratique clinique. De telles données peuvent mettre en lumière des sujets de préoccupation, mais également démontrer que le système fonctionne comme prévu. Bien que certains cliniciens s'opposent à la supervision ou la perçoivent négativement, celle-ci n'a pas nécessairement d'implications négatives.

Deuxièmement, il est important de reconnaître que la supervision ne sert pas uniquement à assurer la conformité réglementaire et à identifier les violations. La supervision peut aider à prévenir les transgressions et à améliorer les meilleures pratiques en contribuant à la sensibilisation et à l'orientation, ce qui mène à une amélioration de la qualité. La supervision joue ainsi un rôle important pour garantir des soins sécuritaires et de haute qualité. Les modèles de supervision doivent donc tenir compte de cette fonction plus large. Une approche consiste à adopter un système de réponses ciblées. La théorie de Healy concernant le « cadre

réglementaire adapté » dans les soins de santé suggère que le meilleur moyen de promouvoir des soins sécuritaires et de haute qualité consiste à commencer par des mesures de soutien et d'éducation, puis à passer à des sanctions plus sévères uniquement si cela est nécessaire pour garantir la conformité.²³ Cette approche encourage les cliniciens à s'exprimer et permet de tirer des enseignements des erreurs. L'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM reconnaît la nécessité d'une supervision de l'AMM « afin de fournir une amélioration continue de la qualité ».²⁴ Pour faciliter l'adoption de ce type de modèle, il est essentiel que les provinces et les territoires fournissent des ressources et un soutien adéquats aux programmes d'AMM.

Troisièmement, une plus grande transparence des mécanismes actuels de supervision et de responsabilisation en matière d'AMM au Canada est requise. La transparence demeure limitée dans la plupart des provinces et territoires. Parmi les provinces et territoires disposant de mécanismes de supervision, seul le Québec publie des rapports réguliers contenant des données sur la conformité. L'Ontario compile des statistiques tous les mois, mais ne les met pas à la disposition du public. La province a mis sur pied un comité d'examen des décès par AMM, qui « s'engage à améliorer la transparence à l'égard du public en matière des processus d'examen et de supervision de l'AMM [...] ».²⁵ Toutefois, le comité d'examen des décès par AMM a délibérément choisi des cas qui « ne sont pas représentatifs de la majorité des décès par AMM » et qui « décrivent des circonstances qui divergent souvent de la pratique habituelle », dans l'objectif déclaré « de soutenir l'amélioration continue de la prestation actuelle de l'AMM dans la province de l'Ontario ».²⁵ Bien qu'une telle approche puisse être utile, elle peut également mener à une vision trompeuse qui n'est pas caractéristique de la pratique clinique habituelle. Le manque d'informations cohérentes et accessibles dans les autres provinces et territoires complique l'étude et le débat sur la question de la supervision. Une plus grande transparence permet de comprendre ce qui se passe dans la pratique et pourquoi, ce qui est essentiel pour favoriser l'examen et l'engagement du public et renforcer la confiance générale.

Quatrièmement, il est important d'examiner le système de l'AMM au Canada dans une perspective plus large de surveillance et de supervision, plutôt que de se limiter à la conformité réglementaire des cliniciens.²⁶ Il est important

d'évaluer et d'examiner la façon dont les différents éléments de la prestation de l'AMM fonctionnent ensemble, tels que l'admission des patients, la coordination des soins, l'évaluation des praticiens, les outils de sensibilisation et d'éducation et les ressources pour le deuil. Le contexte spécifique à chaque territoire contribue à former un modèle d'AMM local, y compris en matière de supervision; même en l'absence d'organismes de supervision officiels, d'autres mécanismes de responsabilisation doivent être mis en place. Toutefois, atteindre et comprendre une telle vision globale de la supervision représente l'une des principales difficultés en raison de la diversité des intervenants et des ressources impliqués.

Enfin, nous posons la question suivante : l'AMM doit-elle être soumise à une supervision exceptionnelle? Sa supervision devrait-elle être différente de celle qui existe pour d'autres pratiques à haut risque dans le domaine des soins de santé, telles que la chirurgie cardiaque ou la sédation palliative, et si oui, pendant combien de temps? Les territoires sans mécanismes de supervision de l'AMM représentent-ils un problème? Le manque de transparence dans les plaintes et le processus décisionnel des ordres professionnels influence-t-il notre considération de ces questions? Il s'agit là d'interrogations normatives qui dépassent le cadre du présent article et qui nécessitent un examen plus approfondi.

Conclusion

La surveillance et la supervision sont essentielles pour garantir la transparence et la responsabilité au sein du système canadien d'AMM. Elles contribuent à renforcer la confiance du public, à garantir des soins sécuritaires et de haute qualité et à déterminer si le système fonctionne comme prévu ou non. La surveillance et la supervision doivent s'étendre au-delà de la conformité clinique afin d'évaluer les performances globales de la diversité des intervenants et des ressources du système. Bien que la question de savoir si l'AMM devrait être considérée comme une exception dans le système de santé canadien demeure ouverte, une plus grande transparence que celle qui existe actuellement fournirait un fondement plus solide pour le débat public et les orientations futures.

Autrice correspondante

Eliana Close, Ph.D

Courriel : eliana.close@qut.edu.au

Divulgations des liens financiers

E.C. : était employée en tant que chercheuse postdoctorante dans le cadre du projet financé par l'Australian Research Council Enhancing End-of-Life Decision-Making: Optimal Regulation of Voluntary Assisted Dying (2020-2025) (FT190100410 — Chercheur principal : professeur Ben P White).

S.G. : siège au conseil d'administration de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires d'AMM (ACEPA) et est membre du comité consultatif clinique de l'organisme Mourir dans la dignité Canada ainsi que du comité consultatif de Completed Life Initiative (aux États-Unis). Elle est sous contrat avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique à titre de conseillère médicale auprès de l'unité de surveillance de l'AMM et reçoit des honoraires de l'ACEPA pour ses travaux de consultation sur le programme canadien en matière d'AMM.

J.L. : aucune.

Références

1. Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) [Internet]. 42nd Parliament, 1st Session, Royal Assent, June 17, 2016. Available from: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>
2. Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying) [Internet]. 43rd Parliament, 2nd Session, Royal Assent, March 17, 2021. Available from: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>
3. Government of Canada. Fifth annual report on medical assistance in dying in Canada, 2023 [Internet]. Health Canada. December 11, 2024. [Updated February 1, 2025, Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023.html>
4. Riley S. Watching the watchmen: changing tides in the oversight of medical assistance in dying. *J Med Ethics*. 2023;49(7):453-457. doi: [10.1136/jme-2022-108470](https://doi.org/10.1136/jme-2022-108470)
5. Worthington A, Regnard C, Sleeman KE, Finlay I. Comparison of official reporting on assisted suicide and euthanasia across jurisdictions. *BMJ Support Palliat Care*. Published online December 30, 2022. doi: [10.1136/spcare-2022-003944](https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003944)
6. Government of Canada. Criminal Code of Canada, RSC, 1985 c C-46, sections 241.1-241.4 [Internet]. Justice Laws Website. September 1, 2025. [Amended April 8,

- 2024, Accessed September 18, 2025]. Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/>
7. Government of Canada. Canada Gazette, Part II, Volume 152, Number 16: Regulations for the Monitoring of Medical Assistance in Dying: SOR/2018-166 [Internet]. July 27, 2018. [Accessed September 18, 2025]. Available from: <https://gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2018/2018-08-08/html/sor-dors166-eng.html>
8. Government of Canada. Regulations amending the regulations for the monitoring of medical assistance in dying: SOR/2022-222 [Internet]. Canada Gazette, Part II. Volume 156, Number 23. [Registration October 26, 2022, Accessed September 18, 2025]. Available from: <https://www.canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2022/2022-11-09/html/sor-dors222-eng.html>.
9. Legis Quebec. An act respecting end-of-life care, Chapter S-32.0001 [Internet]. Government of Quebec. 2025. [Updated May 27, 2025, Accessed September 18, 2025]. Available from: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/document/cs/s-32.0001>.
10. Commission sur les soins de fins de vie (Commission on End of Life Care). Publications [Internet]. Quebec. [Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://csfv.gouv.qc.ca/publications>
11. Ministry of the Solicitor General, Office of the Chief Coroner of Ontario. Medical assistance in dying memorandum [Internet]. October 8, 2021. [Updated May 29, 2024, Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://www.ontario.ca/page/medical-assistance-dying-memorandum>.
12. Ministry of the Solicitor General, Office of the Chief Coroner of Ontario. Medical Assistance in Dying (MAiD) Death Report [Internet]. King's Printer for Ontario: 2012-2025. [Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://forms.mgcs.gov.on.ca/en/dataset/on00413>
13. Alberta Health Services. MAiD reporting for Alberta practitioners step by step guide: medical assistance in dying [Internet]. 2025. [Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page16124.aspx>
14. Government of British Columbia. Medical assistance in dying - information for health-care providers. [Updated August 27, 2025, Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/end-of-life-care/medical-assistance-in-dying/information-for-providers>
15. Government of British Columbia. Medical Assistance in Dying Statistics. [Updated October 16, 2025, Accessed November 19, 2025]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/end-of-life-care/medical-assistance-in-dying/statistics>
16. Pesut B, Thorne S, Stager ML, Schiller CJ, Penney C, Hoffman C, et al. Medical assistance in dying: a review of Canadian nursing regulatory documents. Policy Polit Nurs Pract. 2019;20(3):113-130. doi: [10.1177/1527154419845407](https://doi.org/10.1177/1527154419845407)
17. Close E, Gupta M, Downie J, White BP. Medical assistance in dying in Canada: a review of regulatory practice standards and guidance documents for physicians. Palliat Care Soc Pract. 2025;19:26323524251338859. Published 2025 Jun 24. doi: [10.1177/26323524251338859](https://doi.org/10.1177/26323524251338859)
18. Shaw J, Wiebe E, Nuhn A, Holmes S, Kelly M, Just A. Providing medical assistance in dying: practice perspectives. Can Fam Physician. 2018;64(9):e394-e399.
19. Wiebe E, Kelly M, Lalonde K. Oversight of medical assistance in dying (MAiD) in Canada: a mixed-methods report of what we have and what we should have. Canadian Health Policy. August 2021. ISSN 2562-9492. www.canadianhealthpolicy.com
20. Close E, Downie J, White BP. Monitoring medical assistance in dying (MAiD) in Canada: Perspectives of physicians, nurse practitioners, and organizational regulatory actors. Death Studies. 2025 Nov 3;1-21: doi: [10.1080/07481187.2025.2572743](https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2572743).
21. Close E, Downie J, White BP. Oversight of medical assistance in dying in Canada: Perspectives of physicians, nurse practitioners, and organizational regulatory actors. (under review).
22. Lewis P, Black I. Adherence to the request criterion in jurisdictions where assisted dying is lawful? A review of the criteria and evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland. J Law Med Ethics. 2013;41(4): doi:[10.1111/jlme.12098](https://doi.org/10.1111/jlme.12098)
23. Healy J, Braithwaite J. Designing safer health care through responsive regulation. Med J Aust. 2006;184(10):S56-S59. doi: [10.5694/j.1326-5377.2006.tb00364.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00364.x)
24. Canadian Association of MAiD Assessors and Providers. Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP) Position Statement on the Oversight of MAiD [Internet]. 2021. [Accessed September 10, 2025]. Available from: https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/Final-Oversight-Position-Statement-June-13_-21.pdf.
25. Ministry of the Solicitor General, Office of the Chief Coroner for Ontario. MAiD Death Review Committee (MDRC) Report - 2: Complex Medical Conditions with Non-Reasonably Foreseeable Natural Deaths [Internet]. [Accessed September 10, 2025]. Available from: <https://valuejudgments.substack.com/api/v1/file/1fb07cc1-a888-4231-a26a-a9d6fdf407d3.pdf>
26. White BP. Holistic Approaches to Regulation of Voluntary Assisted Dying. In: White BP, editor. *Research Handbook on Voluntary Assisted Dying Law, Regulation and Practice*. Edward Elgar; 2025. 273-291. ISBN: 978 1 80220 434 6