



L'aide médicale à mourir (AMM) pour les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental : défis et considérations

Alison Freeland, MD, FRCPC, FCPA¹; Dianne Godkin, PhD²; Justine Dembo, MD, FRCPC³; Peter Chan, MD, FRCPC, FCPA⁴; Francine Knoops⁵; Mark Lachmann, MD, MHSc, FRCPC⁶; Louis Morissette, MD, FRCPC⁷; Derryck H. Smith, MD, FRCPC⁸; Donna E. Stewart, CM, MD, FRCPC⁹; Michael Trew, MD, FRCPC¹⁰; Melanie R. Wong, MD¹¹; Manon Charbonneau, MD, FRCPC, DFCPA¹²

Un document de discussion préparé par le groupe de travail sur l'aide médicale à mourir de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 8 juin 2021.

Introduction

L'aide médicale à mourir (AMM) a provoqué des études et des discussions approfondies parmi les psychiatres canadiens. De nombreuses questions légales, cliniques, éthiques, morales et philosophiques inévitables compliquent cet enjeu. En 2020, l'APC a publié une Déclaration de principe sur l'AMM qui

soulignait l'importance de protéger les droits et intérêts des patients souffrant de maladies psychiatriques dans le contexte législatif de l'époque¹. L'APC a soutenu un processus participatif des membres par des sondages², un groupe de travail ponctuel, des symposiums lors des congrès annuels, et plus récemment en 2020, le recours à un sondage mis à jour, des assemblées publiques et des commentaires écrits des membres³, et un groupe de travail

-
- ¹ Doyenne associée, Éducation (régional), Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto, Ontario; Vice-présidente, Éducation, affaires universitaires et relations avec les patients, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario; Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.
- ² Éthicienne principale, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario; chargée de cours, faculté des sciences infirmières, Université de Toronto, Toronto, Ontario.
- ³ Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; psychiatre membre du personnel, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario.
- ⁴ Professeur clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; psychiatre gériatrique et de consultation-liaison, Département de psychiatrie, Vancouver General Hospital, Vancouver, Colombie-Britannique.
- ⁵ Soignante familiale et analyste politique, Gatineau, Québec.
- ⁶ Professeur adjoint, Division de la psychiatrie gériatrique, Université de Toronto; chef médical, Bridgepoint Active Health Care, Sinai Health, Toronto, Ontario.
- ⁷ Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Montréal, Québec; psychiatre légiste, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Montréal, Québec.
- ⁸ Professeur clinique émérite, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique.
- ⁹ Professeure d'université, Université de Toronto; directrice de recherche, Centre de santé mentale du réseau de santé universitaire; scientifique principale, Toronto General Hospital Research Institute, Toronto, Ontario.
- ¹⁰ Chef médical, projets spéciaux en dépendances et santé mentale; responsable des connaissances, dépendances et santé mentale, connaissances cliniques et gestion de contenu, Calgary, Alberta.
- ¹¹ Résidente, Division de psychiatrie gériatrique, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.
- ¹² Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Montréal, Québec; chef du service de psychiatrie des enfants et des adolescents, CISSS de la Côte-Nord, Québec.

© Association des psychiatres du Canada, 2021. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité approprié de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2021-DP4.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

chargé de rédiger le présent document de discussion afin d'améliorer la connaissance et la compréhension des principaux enjeux concernant l'AMM en constante évolution au Canada.

Le présent article vise à offrir aux psychiatres canadiens de l'information de base et actuelle sur les principaux sujets de discussion et de débat en vue de soutenir leur contribution et leur apport concernant l'AMM, particulièrement à la lumière des récents changements législatifs. Les questions suivantes sont particulièrement pertinentes pour les psychiatres et sont le point central du document de discussion :

- Survol de l'admissibilité à l'AMM au Canada.
- Irrémédiabilité et admissibilité à l'AMM, particulièrement lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.
- Consentement éclairé et la capacité décisionnelle à consentir à l'AMM.
- Mesures de sauvegarde potentielles pour l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI).
- Le rôle du psychiatre dans l'AMM.

Admissibilité à l'AMM au Canada

En 2016, le Canada a adopté une législation fédérale, le projet de loi C-14, pour permettre aux adultes du pays de demander l'AMM. Le projet de loi comportait des modifications au *Code criminel du Canada* afin d'exempter les médecins et les infirmiers praticiens canadiens d'une accusation d'homicide volontaire s'ils participaient à la prestation de l'AMM⁴.

Pour être admissible à l'AMM en vertu du projet de loi C-14, une personne devait être âgée d'au moins 18 ans, admissible aux services de santé financés par le gouvernement, capable de prendre des décisions à l'égard de sa santé, et avoir une maladie médicale grave et irrémédiable. L'AMM devait être demandée volontairement sans aucune pression extérieure. Le consentement éclairé à recevoir l'AMM devait être donné après avoir été informé des moyens disponibles pour soulager la souffrance, notamment les soins palliatifs⁵.

En vertu du projet de loi C-14, une personne avait une maladie médicale grave et irrémédiable seulement si elle satisfaisait aux critères suivants :

- Elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables.
- Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
- Sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne

peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

- Sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible⁶.

Les personnes souffrant de troubles mentaux n'étaient pas explicitement exclues de recevoir l'AMM en vertu du projet de loi C-14. Cependant, de nombreuses personnes souffrant de trouble mental comme seul problème de santé invoqué ne satisfaisaient pas aux critères d'admissibilité, en particulier à celui de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

En 2019, la Cour supérieure du Québec a jugé que le critère d'admissibilité à l'AMM demandant une « mort naturelle raisonnablement prévisible » était inconstitutionnel⁷. Ni le gouvernement du Québec ni celui du Canada n'en ont appelé de la décision *Truchon* à la Cour suprême du Canada.

En mars 2021, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-7, qui apportait des changements aux critères d'admissibilité à l'AMM en réponse à la décision *Truchon*. Ces changements sont notamment :

- Retrait de l'exigence que la mort naturelle d'une personne soit raisonnablement prévisible.
- La création d'une approche en deux volets quant aux mesures de sauvegarde, selon que la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non. En ce qui concerne les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, les mesures de sauvegarde existantes dans la loi sont légèrement assouplies, et de nouvelles mesures de sauvegarde renforcées s'appliqueraient aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.
- Permettre aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui ont une date prévue pour recevoir l'AMM, de compléter une entente de renonciation au consentement final si elles sont à risque de perdre leur capacité à consentir dans l'intervalle.
- Élargir la collecte de données à l'aide du régime de surveillance fédéral afin de donner une image plus complète de l'AMM au Canada.
- Exclure temporairement l'admissibilité aux personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent durant 24 mois.

Cette exclusion temporaire offrira plus de temps pour étudier comment l'AMM peut être administrée de façon sécuritaire avec des mesures de sauvegardes appropriées afin de protéger les personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI). Le projet de loi C-7 requiert la création d'un comité spécial d'expert sur l'AMM chargé de faire des recommandations sur les protocoles, les guides de pratique et les mesures de sauvegarde pour l'AMM concernant les personnes

souffrant de trouble mental. Cet examen des dispositions du Code criminel doit être terminé, et accompagné des recommandations disponibles, un an après l'instauration. D'autres questions en suspens, notamment l'admissibilité des mineurs matures, les demandes anticipées et la protection des personnes vivant avec un handicap seront prises en considération dans un processus d'examen parlementaire⁸.

Irrémédiabilité et admissibilité à l'AMM

Le critère d'admissibilité selon lequel la maladie d'un patient doit être grave et irrémédiable a été maintenu dans le projet de loi C-7. L'irrémédiabilité dans le contexte des troubles mentaux est particulièrement difficile à déterminer, comme le souligne une étude récente de van Veen et al⁹. Le groupe de travail d'experts du Conseil des académies canadiennes sur les troubles mentaux comme seul problème de santé invoqué n'a pas été en mesure d'atteindre le consensus concernant l'AMM dans ces circonstances¹⁰. D'autres ont mentionné certains cas spécifiques de maladie mentale qui peuvent franchir le seuil d'admissibilité d'une souffrance durable, irrémédiable et d'un déclin avancé et irréversible¹¹.

En outre, il a été suggéré qu'il existe deux types d'irrémédiabilité : celle de la maladie même, et celle de la capacité du patient de s'adapter à la maladie¹². Les patients peuvent vivre des circonstances psychosociales difficiles qui influent sur leur expérience de la maladie et leur qualité de vie, et ces facteurs peuvent avoir un impact sur le niveau de souffrance éprouvé par un patient, en plus de la souffrance causée directement par les symptômes de la maladie. La souffrance peut être grave, intolérable et dévastatrice dans la maladie tant physique que mentale^{10,13,14,15}.

La question de l'irrémédiabilité se complique davantage avec le retrait de l'exigence que la mort naturelle doive être raisonnablement prévisible, et rend encore plus difficile d'évaluer si une maladie est devenue grave et irrémédiable. Si la mort n'a pas à être raisonnablement prévisible pour être admissible à l'AMM, la question d'une future intervention qui pourrait soulager la souffrance demeure toujours une possibilité. Cette incertitude éventuelle doit être contrebalancée par la propre expérience de la souffrance du patient et le droit à l'autodétermination. Aborder cette question demandera la contribution de guides fondés sur des données probantes et de l'expertise clinique pour l'évolution des normes et des principes en matière d'AMM au Canada¹⁶. L'importance de mesures de sauvegarde nécessaires dans ce contexte est soulignée et fait ressortir que la prise de décisions à l'égard de l'admissibilité de l'AMM exige des considérations tant cliniques qu'éthiques¹⁷. Les recommandations à cet égard seront élaborées par l'imminent comité d'experts sur l'AMM pour les personnes souffrant de maladie mentale.

Consentement éclairé et évaluation de la capacité

Le consentement éclairé et la capacité sont définis de différentes façons en droit, puis ils sont évalués et interprétés par les prestataires de soins de santé dans la pratique. Le consentement éclairé exige d'une personne qui envisage un traitement spécifique qu'elle comprenne la maladie sous-jacente et le traitement proposé, les autres options du traitement proposé, et les implications de l'acceptation ou du refus du traitement proposé. Pour être éclairé, le consentement doit survenir sans contrainte et être volontaire. Le consentement à un traitement doit permettre une discussion ouverte et informée des options de traitement avec un consentement ou un refus d'un traitement spécifique donné par un patient capable. Le consentement éclairé pour l'AMM est un processus qui doit inclure une discussion de la nature et du but de l'AMM et des traitements alternatifs, comme dans d'autres traitements. Une attention spéciale à l'aspect volontaire de la décision est nécessaire pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de pression extérieure induite qui influence le choix de la personne¹⁸.

La capacité désigne l'aptitude d'une personne à décider d'une question ou d'un enjeu spécifique. La norme juridique pour la capacité au Canada a été établie par la décision *Starson* de la Cour suprême en 2003, qui a officialisé les deux critères du besoin de « comprendre » et « d'évaluer »¹⁹. Pour être capable de prendre une décision spécifique, la personne doit être capable de comprendre le problème concerné et d'évaluer de quelle façon celui-ci l'affecte, et elle doit être capable de comprendre les conséquences de prendre, ou non, une décision spécifique. Il ne s'agit pas d'une approche qui sert le mieux la capacité et « l'essentiel de la décision *Starson* réside dans le fait que la personne capable peut prendre une décision déraisonnable, mauvaise ou aberrante au sujet des soins au point de mettre en péril sa santé et son bien-être pourvu qu'elle comprenne bien les risques que comporte le refus de traitement »²⁰.

Pour l'AMM, il faut noter que la détermination de la capacité est spécifique à ce traitement. La majorité des experts croit qu'un seuil plus élevé ou plus stricte pour la capacité est nécessaire quand les décisions sont plus complexes ou qu'elles s'accompagnent d'un risque significatif^{21,22}. Une décision de choisir l'AMM peut justifier un seuil plus élevé ou plus stricte pour la capacité^{21,23}. Si le portrait clinique comporte un trouble mental, un seuil encore plus élevé est proposé pour l'AMM comme mesure de sauvegarde éventuelle²⁴, qui pourrait comprendre une exigence d'évaluation de la capacité par un psychiatre ou des évaluations répétées afin de confirmer un résultat de capacité. D'autres ont suggéré que d'assujettir les patients souffrant d'un trouble mental qui demandent l'AMM à un seuil plus rigoureux et exigeant de capacité est discriminatoire comparativement aux autres patients, et perpétue la stigmatisation liée au trouble mental¹⁰.

Un trouble mental n'implique pas en soi l'incapacité dans tout domaine de la prise de décisions, mais lorsque diverses formes de maladie mentale sont actives, elles peuvent entraver la capacité décisionnelle. Il est à noter que « tous les patients, y compris ceux atteints d'une maladie mentale, sont présumés aptes à prendre la décision d'accepter ou de refuser des soins jusqu'à preuve du contraire — seuls des éléments de preuve du contraire peuvent réfuter la présomption d'aptitude »²⁰. La psychiatrie possède une longue expérience de travail auprès de patients à divers stades de la maladie qui sont capables dans certains aspects mais incapables dans d'autres. La capacité décisionnelle spécifique d'une personne peut fluctuer avec le temps et nécessiter une réévaluation. Les psychiatres ont une formation spécialisée et une expérience pratique de l'évaluation de la capacité chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Une étude britannique a constaté un niveau d'accord élevé entre les psychiatres qui jugeaient la capacité de 55 patients²⁵. Le savoir spécialisé de la maladie psychiatrique et cette expérience spécifique de l'évaluation de la capacité décisionnelle des patients souffrant de maladie psychiatrique s'acquiert au long d'une formation psychiatrique spécialisée certifiée et de la pratique clinique.

À l'heure actuelle, il faut deux évaluateurs indépendants pour déterminer l'admissibilité à l'AMM, y compris déterminer la capacité. Un psychiatre peut offrir une expertise additionnelle pour évaluer la capacité dans le contexte des troubles mentaux par une évaluation détaillée, en situant l'évaluation de l'AMM dans le contexte du parcours de vie du patient.

Mesures de sauvegarde

En vertu du projet de loi C-7, les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental sont temporairement exclues de l'admissibilité à l'AMM, pour permettre à un groupe de travail d'experts d'examiner ce sujet et de faire des recommandations sur les protocoles, les guides fondés sur des données probantes et les mesures de sauvegarde.

Conceptuellement, de profondes divergences d'opinion existent quant aux mesures de sauvegarde qui devraient être invoquées dans ces situations, certains étant d'avis que tout critère additionnel pour les personnes souffrant d'un trouble mental est discriminatoire et d'autres déclarent que la nature des troubles mentaux justifie le besoin d'ajouter des mesures de protection¹⁰.

Les mesures de sauvegarde additionnelles qui devraient être envisagées pour déterminer l'admissibilité à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental sont notamment :

- Une évaluation complète et détaillée du trouble mental.

- La durabilité de la demande.
- L'aspect volontaire de la demande.
- Un processus rigoureux d'évaluation de l'admissibilité.
- Un processus de surveillance.

Évaluation détaillée du trouble mental

Il est établi par consensus dans la littérature qu'une personne souffrant d'un trouble mental devrait être soumise à une évaluation complète et détaillée du trouble mental invoqué avant d'être considérée pour une aide médicale à mourir^{24,26,11}. Cette évaluation devrait avoir lieu sur une certaine période de temps et comprendre une perspective holistique du parcours de vie. Le projet de loi C-7 demande qu'une personne ayant l'expertise de ce trouble qui cause la souffrance de la personne soit consultée (que ce soit l'un des évaluateurs de l'admissibilité ou un évaluateur additionnel à l'évaluation de l'admissibilité).

Le patient devrait être évalué par un ou plusieurs cliniciens qui ont l'expertise du traitement du trouble mental spécifique du patient. Certaines juridictions exigent au moins l'implication de deux psychiatres dans chaque cas et qu'ils s'entendent sur le diagnostic²⁷. D'autres ont préconisé un modèle à deux voies où un psychiatre complète l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM tandis qu'un deuxième continue d'offrir le traitement en cours^{10,28}. Le principal avantage de recourir à un ou plusieurs psychiatres tient à leur expertise de l'évaluation et du traitement des patients souffrant de trouble mental. La principale difficulté de mettre en œuvre cette mesure de sauvegarde, particulièrement s'il faut plus d'un psychiatre impliqué dans l'évaluation, est l'effet que ceci aura sur des effectifs psychiatriques relativement limités. Une stratégie d'atténuation possible est le recours accru à la consultation virtuelle, particulièrement dans les régions où la distance géographique entre le patient et le psychiatre est élevée.

L'évaluation devrait valider si le patient a eu accès à une évaluation de la santé mentale fondée sur des données probantes, à un traitement et à des mesures de soutien durant une période suffisante, et selon les normes de soins généralement acceptées^{29,11,30,31,10,32}. Puisqu'il existe des régions au Canada où l'accès aux ressources de santé mentale est limité, la mise en œuvre de cette mesure de sauvegarde peut demander des ressources additionnelles ou une redistribution des ressources actuelles, et les psychiatres seront d'importants défenseurs de l'accès équitable aux soins pour les patients de ces régions.

La documentation devrait démontrer que les traitements standards, qu'ils soient pharmacologiques, psychothérapeutiques ou autres thérapies non pharmacologiques pour le trouble mental spécifique, ont été offerts, tentés et avérés inefficaces durant une

période suffisante et qu'il n'y a pas d'autres solutions alternatives raisonnables accessibles^{33,15,10,34,9}. Il importe de reconnaître que, comme dans tout problème médical, il peut y avoir des patients pour qui un traitement efficace, acceptable pour leur trouble mental ne peut être identifié. Dans le contexte des troubles mentaux, il n'y a pas de définition généralement acceptée de l'incurabilité; dans le domaine de la psychiatrie, certains n'acceptent pas qu'un trouble mental est incurable et ils soutiendront qu'il y a toujours un autre traitement à essayer^{10,9}. Étant donné que l'incurabilité est l'un des critères d'admissibilité à recevoir l'AMM au Canada, il est possible qu'un patient puisse être estimé admissible par un psychiatre mais inadmissible par un autre, ce dernier déterminant que le trouble mental du patient peut être guéri ou que la souffrance qui y est associée peut être soulagée. La résolution de cette question exige une approche pragmatique qui concilie l'expertise clinique et l'évaluation de l'incurabilité en tenant compte de la perspective et de l'expérience vécue qu'a le patient de sa maladie.

La souffrance du patient doit être intégralement explorée et documentée, notamment les mesures de soutien qui ont été offerts et déterminés insupportables^{24,29,33,35,36,37,38,10,39,40}.

L'idéation suicidaire aiguë et chronique doit être prise en compte et évaluée. Un examen soigné et expert des symptômes passés et présents du patient et de sa réponse au traitement doit être entrepris, afin de déterminer si le souhait du patient de mettre fin à ses souffrances représente une estimation réaliste de sa situation plutôt qu'un symptôme éventuellement traitable de sa maladie mentale^{41,30,42,43,44,45,10,32,46}.

On reconnaît dans la littérature que des évaluations exhaustives comme celle-ci peuvent être complexes et difficiles^{14,10}. Néanmoins, tous les patients souffrant de troubles mentaux requièrent une évaluation détaillée complète s'ils demandent l'AMM. Notamment, puisque dans les pays où l'AMM est permise aux personnes souffrant de troubles mentaux, nombre d'entre elles ne sont pas jugées admissibles¹⁰. Il est important de noter que l'on doit offrir des soins et des traitements aux patients jugés inadmissibles à l'AMM. L'un des avantages des évaluations détaillées pour l'AMM dans cette circonstance est qu'elles peuvent éclairer les étapes suivantes de la planification du traitement.

En ce qui concerne le processus, on devrait tenir des discussions régulières et soutenues avec le patient, les psychiatres/cliniciens actuels et précédents, les membres de son équipe multidisciplinaire, ainsi que la famille et/ou les amis du patient pour recueillir de multiples perspectives sur sa maladie et le cours du traitement^{47,10}. Certains avancent que la famille et/ou d'autres tiers importants doivent être explicitement inclus dans le processus, en vue de s'assurer que le parcours de la maladie du patient soit entièrement compris¹⁰. Cette implication doit être mise en balance avec tout préjudice

potentiel lié à l'inclusion de facteurs confondants lorsqu'il peut exister une dynamique familiale malsaine ou un éloignement de longue date; en outre, impliquer la famille sans le consentement du patient soulève un problème de confidentialité.

L'évaluation détaillée devrait être conforme aux énoncés consensuels et/ou aux guides de pratique en vigueur qui sont publiés dans ce domaine. L'exploration de la souffrance, l'évaluation de la suicidabilité, la détermination de l'irrémediabilité et l'évaluation de la capacité^{48,49,50} sont des domaines d'intérêt particulier, et il y a un besoin de créer d'autres guides de pratique pour réduire la variabilité de la pratique clinique. Ces documents doivent être produits et/ou validés par les organisations professionnelles pour en assurer la conformité.

La durabilité de la demande

Une demande d'AMM devrait être réfléchie et soutenue plutôt que de résulter d'un souhait transitoire ou impulsif^{35,11,10,34}. Ceci est particulièrement important pour les personnes dont les maladies ne sont pas mortelles, comme la maladie mentale, qui peut être de nature plus épisodique. La durée de la maladie peut en partie dépendre de la nature du trouble mental du patient et de l'évolution de sa maladie. Est-il malade depuis de nombreuses années ou son diagnostic est-il plus récent? L'AMM est-elle une option à laquelle le patient songe depuis quelque temps ou est-ce quelque chose à quoi il a récemment pensé?

Certaines juridictions ont adopté ou proposé des exigences pour une période déterminée entre le moment où un patient est jugé admissible ou qu'il fait une demande d'AMM, et le moment où l'AMM peut être administrée. Par exemple, en Belgique, une période de 30 jours est exigée¹⁰ et au Canada, une période de 90 jours est obligatoire pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, ce qui peut s'appliquer à la plupart des personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental. Un délai prolongé entre la demande officielle et l'administration de l'AMM pour les patients souffrant d'un trouble mental (ou pour tous les patients dont la maladie n'est pas mortelle) doit établir l'équilibre entre garantir la durabilité de la demande par opposition au prolongement inutile d'une souffrance intolérable.

L'aspect volontaire de la demande

Pour les patients souffrant d'un trouble mental, il est établi qu'il est particulièrement important, et éventuellement difficile, de déterminer que le désir d'une aide médicale à mourir est volontaire¹⁰. Les expériences personnelles, la stigmatisation, la vulnérabilité et l'impression d'être un fardeau pour la société ont le potentiel d'influencer la décision d'une personne et devraient être soigneusement explorées^{14,10}. Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être plus vulnérables à l'influence des autres en

raison de la nature de leur maladie¹⁰. L'expertise et la compréhension de ces influences devraient faire partie de l'évaluation globale de l'AMM.

Un processus soutenu d'évaluation de l'admissibilité

La loi canadienne exige actuellement que deux évaluateurs, des médecins ou des infirmiers praticiens indépendants l'un de l'autre⁵¹, procèdent à l'évaluation d'admissibilité pour chaque patient qui demande l'AMM. Pour réduire la possibilité d'un biais ou d'une influence, il est recommandé que les évaluateurs complètent leurs évaluations d'admissibilité initiales séparément l'un de l'autre¹⁰.

En ce qui concerne les patients souffrant d'un trouble mental qui demandent l'AMM, certains proposent qu'au moins un des évaluateurs d'admissibilité possède l'expertise de l'évaluation et du traitement des troubles psychiatriques^{11,10}. D'autres ont indiqué explicitement qu'un évaluateur ou les deux devrait être psychiatre ou médecin ou infirmier praticien qui possède l'expérience et l'expertise des soins de patients souffrant du trouble mental spécifique du patient qui a fait la demande¹⁰. L'Association psychiatrique néerlandaise recommande un processus d'évaluation finale qui comprend le patient et trois médecins (le médecin qui procède au décès assisté et deux consultants)¹⁰. La plupart des juridictions, dont le Canada, concluent à l'admissibilité du patient¹⁰. Le projet de loi C-7 prévoit que pour les patients dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, si aucun des deux praticiens qui évaluent l'admissibilité du patient à l'AMM n'a l'expertise de la maladie qui cause les souffrances de la personne, l'un des praticiens doit consulter un praticien qui possède cette expérience et discuter des conclusions de cette consultation avec l'autre praticien. Dans le cas des personnes qui demandent l'AMM en raison d'un trouble mental, les psychiatres posséderaient cette expertise.

S'il y a désaccord entre les évaluateurs, divers mécanismes pourraient être mis en œuvre, notamment rechercher une troisième opinion pour trancher la question, soumettre la question à l'examen d'un comité d'experts, ou à un processus judiciaire.

Plus il y a de praticiens requis pour le processus d'évaluation, plus ce dernier se prolonge et mobilise des ressources et des effectifs considérables.

Un processus de surveillance

Au Canada, les processus actuels de surveillance de l'AMM varient entre les provinces et les territoires. Dans la majorité des pays où l'aide médicale à mourir est disponible pour les personnes souffrant d'un trouble mental comme seul problème médical invoqué (TM-SPMI), il y a un mécanisme de supervision prospectif ou rétrospectif en place (p. ex., comités d'examen, table ronde, comité d'éthique, enquête judiciaire, enquête

du coroner)^{52,53,54,10,27,55}. La structure et la composition des comités de surveillance varient considérablement entre les juridictions. Les examens rétrospectifs peuvent comprendre un examen de la documentation, une autopsie, et/ou des entrevues avec le prestataire de l'AMM et les membres de la famille^{52,53}. Dans le cadre des examens prospectifs, le patient peut être interviewé. Des rapports publics annuels ou bisannuels peuvent aussi être produits dans certaines juridictions¹⁰.

Il a été suggéré qu'un processus de surveillance prospectif soit mis en place pour les cas complexes, ce qui pourrait inclure les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental¹¹. Le principal avantage d'un examen prospectif est qu'il y a possibilité d'intervenir et d'empêcher que l'AMM soit administrée si un problème est identifié durant le processus d'évaluation. Cependant, un examen prospectif peut mobiliser plus de ressources humaines, être coûteux et occasionner des délais significatifs.

Il existe peu de données probantes qui identifient les processus de surveillance les plus efficaces. Il est à noter qu'une étude a examiné l'effet des enquêtes médico-légales sur les proches du patient décédé par suicide assisté en Suisse. Une corrélation a été observée entre ceux pour qui les enquêtes médico-légales ont été émotionnellement difficiles et l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique⁵⁵.

En plus d'un processus de surveillance, il est important d'établir un programme de recherche concomitant à des fins d'évaluation et pour améliorer les politiques et les guides de pratique quant aux mesures de sauvegarde.

Le rôle du psychiatre

D'abord et avant tout, les psychiatres sont tenus d'agir de façon conforme aux principes éthiques médicaux essentiels, notamment le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Le psychiatre a pour tâche d'évaluer et de traiter les troubles mentaux, la suicidalité et tout autre trouble qui pourrait influencer la capacité décisionnelle liée à l'AMM. De surcroît, les psychiatres peuvent être impliqués dans les traitements pour les maladies jugées remédiables et ainsi offrir de l'espoir au patient souffrant et à ses proches aidants. Les psychiatres peuvent également être impliqués dans le processus de l'AMM de façon directe : à titre de consultant pour le traitement lié à un trouble mental spécifique, pour déterminer si un trouble mental a un impact sur la demande d'AMM d'une personne ou sur sa capacité de consentir à l'AMM, à titre d'évaluateur de l'admissibilité, de prestataire de l'AMM ou de clinicien qui possède l'expertise de la maladie causant les souffrances du patient.

Un récent sondage mené auprès des évaluateurs et des prestataires de l'AMM canadiens a démontré que plusieurs décrivaient ce travail comme étant très important, satisfaisant et enrichissant sur le plan professionnel⁵⁶.

Les psychiatres ont une formation spécifique pour comprendre les enjeux propres à des populations particulières qui peuvent être marginalisées ou vulnérables (par exemple, les personnes itinérantes, transgenres, adolescentes et âgées). Les psychiatres qui ont une formation spécialisée ou l'expertise de ces populations peuvent utiliser leurs compétences additionnelles pour faire en sorte que l'évaluation soit culturellement adaptée et que soient prise en compte les facteurs contributifs qui peuvent influencer la cognition, les émotions, ou le jugement, donc la capacité décisionnelle liée à l'AMM.

Le rôle du psychiatre peut être exigeant particulièrement si le psychiatre traitant a des opinions fortement opposées à l'AMM. Dans ces situations, les psychiatres devraient divulguer leur objection de conscience à l'AMM et faciliter un transfert des soins efficaces du patient à un psychiatre qui pourra évaluer objectivement la demande d'AMM.

Un psychiatre peut devenir un évaluateur indépendant de l'AMM ou de la capacité décisionnelle, ou il peut participer à un comité institutionnel provincial/territorial de surveillance de l'AMM afin d'examiner les cas litigieux^{57,58,59}. Il est recommandé que les évaluateurs et les prestataires de l'AMM aient accès à une formation spécialisée et à un soutien par un service de consultation^{11,31,44,10}. Des groupes comme l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) ont élaboré des guides de pratique à l'attention des évaluateurs et prestataires⁶⁰. Il est possible que ceux-ci soient davantage améliorés en collaboration avec d'autres organisations comme l'Association des psychiatres du Canada afin d'y ajouter des éléments spécifiques propres à l'évaluation des personnes souffrant d'un trouble mental.

La formation liée à l'AMM devrait être intégrée au programme d'études des étudiants en médecine et des résidents en psychiatrie. Ainsi, les étudiants seraient mieux informés de leurs obligations et des règles à suivre si l'un de leurs patients demande l'AMM, ainsi que des principales considérations éthiques et de la façon de procéder s'ils ont une objection de conscience à l'AMM.

Conclusion

L'AMM est un enjeu juridique et éthique complexe qui a généré diverses opinions et points de vue au sein des psychiatres canadiens. Dans la foulée des dernières modifications à la loi fédérale, dont l'inclusion éventuelle du trouble mental comme seul problème médical invoqué (TM-SPMI), les psychiatres doivent se tenir informés des débats et discussions en cours en cette matière. Ce document introduit les principaux thèmes de discussion, et il est destiné à favoriser la participation de la profession dans les travaux nécessaires à venir qui doivent s'accomplir afin que les mesures de sauvegarde appropriées, les règles et les procédures soient établies.

Il y a de nombreuses questions complexes à aborder. Concilier l'engagement des professionnels de la santé à fournir un traitement, des soins et l'espoir d'un rétablissement avec les souffrances qu'éprouve la personne, et le droit à l'autodétermination dans les décisions de soins de santé, y compris l'AMM, est un défi fondamental, particulièrement quand la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

Le présent document a mis en évidence les compétences professionnelles et les habiletés que peuvent offrir les psychiatres pour aborder les défis liés à l'AMM dans le contexte du trouble mental, notamment pour assurer un diagnostic exact et un traitement fondé sur des données probantes. De plus, les psychiatres évaluent les mesures de soutien, l'évaluation de la capacité décisionnelle, la suicidalité, et l'évaluation complète et détaillée quant aux antécédents du patient, aux circonstances et aux valeurs personnelles. Les psychiatres possèdent également l'expertise clinique leur permettant de contribuer aux travaux en cours pour faire évoluer les connaissances et uniformiser les processus afin d'aborder des problèmes complexes tels que la détermination de l'irréversibilité des troubles mentaux. Finalement, les psychiatres sont en bonne position pour revendiquer un accès équitable aux services cliniques pour toutes les personnes qui en ont besoin, afin d'éviter qu'ils demandent l'AMM en raison de l'absence de disponibilité des ressources/services en santé mentale, l'absence de soutien psychosocial ou des services psychiatriques⁶¹.

Comme la loi sur l'AMM continue d'évoluer, les psychiatres canadiens doivent prendre connaissance des principaux enjeux s'y rattachant et continuer de réclamer un accès équitable à des traitements appropriés en temps opportun. Ainsi, les droits des Canadiens vulnérables seront protégés sans stigmatisation ni discrimination à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux.

Reconnaissance

Les auteurs remercient la D^{re} Manon Charbonneau et le D^r Louis Morissette pour leur aide dans la révision de la traduction de ce document de discussion.

Bibliographie

1. Chaimowitz G, Freeland A, Neilson G, et coll. Aide médicale à mourir. *Can J Psychiatry*. 2020;65(9):668–673.
2. Association des psychiatres du Canada (APC). Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir : résultats du sondage de 2016 auprès des membres. Ottawa (ON): APC; 2017. À l'adresse : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/CPA-MAIDTF-16Surv-Rep-FIN-FR.pdf>.
3. Association des psychiatres du Canada (APC). Aide médicale à mourir (AMM): Résultats de la consultation des membres de 2020. Ottawa (ON): APC; 2021. À l'adresse : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/2020-CPA-MAiD-Consultation-Report-FR.pdf>.

4. Code criminel du Canada. L.R.C. 1985, c C-46. s 227(1).
5. Code criminel du Canada. L.R.C. 1985, c C-46. s 241.2(1).
6. Code criminel du Canada. L.R.C. 1985, c C-46. s 241.2(2).
7. *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.
8. Gouvernement du Canada. La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir (AMM) [Internet]. Ottawa (ON): Ministère de la justice, Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 5 mars 2021]. À l'adresse : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>.
9. van Veen SMP, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: A scoping review of arguments. *Can J Psychiatry*. 2020;65(9):593–603.
10. Conseil des académies canadiennes. L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Ottawa (ON): Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué; 2018. À l'adresse : <https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>.
11. Groupe d'Halifax. L'aide médicale à mourir : le cas des personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Rapport de l'IRPP (janvier). Montréal (QC): Institut de recherche en politiques publiques; 2020. À l'adresse : <https://on-irpp.org/2VcJP6W>.
12. Sinyor M, Schaffer A. The lack of adequate scientific evidence regarding physician-assisted death for people with psychiatric disorders is a danger to patients. *Can J Psychiatry*. 2020;65(9):607–609.
13. Dembo J, Schuklenk U, Reggler J. “For their own good”: A response to popular arguments against permitting medical assistance in dying (MAID) where mental illness is the sole underlying condition. *Can J Psychiatry*. 2018;63(7):451–456.
14. Nicolini M, Kim SY, Churchill ME, et coll. Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychol Med*. 2020;50(8):1241–1256.
15. Rooney W, Schuklenk U, van de Vathorst S. Are concerns about irremediableness, vulnerability, or competence sufficient to justify excluding all psychiatric patients from medical assistance in dying? *Health Care Anal*. 2018;26(4):326–343.
16. Gaid KS. What does “irremediability” in mental illness mean? *Can J Psychiatry*. 2020;65(9):604–606.
17. Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Document de réflexion. Montréal (QC): AMPQ; 2020. À l'adresse : <https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf>.
18. de Kort SJ. [Limits to euthanasia]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2015;159:A8991.
19. *Starson v Swayze* 2003 SCC 32 [2003] 1. S.C.R. 722.
20. Neilson G, Chaimowitz G, Zuckerberg J. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. *Can J Psychiatry*. 2015;60(4):insert.
21. 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.
22. Kim SY, Uhlmann RA, Appelbaum PS, et coll. Deliberative assessment of surrogate consent in dementia research. *Alzheimers Dement*. 2010;6(4):342–350.
23. Price A, McCormack R, Wiseman T, et coll. Concepts of mental capacity for patients requesting assisted suicide: A qualitative analysis of expert evidence presented to the Commission on Assisted Dying. *BMC Med Ethics*. 2014;15:32.
24. Appelbaum PS. Physician-assisted death for patients with mental disorders—Reasons for concern. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(4):325–326.
25. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, et coll. Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 2005;187:372–378.
26. Kim SYH, Lemmens T. Should assisted dying for psychiatric disorders be legalized in Canada? *CMAJ*. 2016;188(14):E337–E339.
27. Verhofstadt M, Audenaert K, Van Assche K, et coll. Ghent University Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):59.
28. Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, et coll. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. *Int J Law Psychiatry*. 2019;64:150–161.
29. Appelbaum PS. Should mental disorders be a basis for physician-assisted death? *Psychiatr Serv*. 2017;68(4):315–217.
30. Miller FG, Appelbaum PS. Physician-assisted death for psychiatric patients – Misguided public policy. *N Eng J Med*. 2018;378(10):883–885.
31. Peisah C, Sheahan L, White BP. Biggest decision of them all – death and assisted dying: Capacity assessments and undue influence screening. *Intern Med J*. 2019;49(6):792–796.
32. Vandenberghe J. Euthanasia in patients with intolerable suffering due to a psychiatric condition: Ethical considerations. *European Psychiatry*. 2012;27(Suppl 1).
33. Banayan D. The subjective truth and the will to power: Ethical issues euthanasia and physician assisted death in the psychiatrically and neuropsychiatrically ill. *European Psychiatry*. 2018;48(Suppl 1):S302–S303.
34. Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir. Le Canada à la croisée des chemins : Recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental – une critique fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP. Toronto (ON): Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir; 2020.
35. Boer T. Euthanasia and addiction: A comment from the Netherlands. *Addiction*. 2018;113(7):1184–1185.
36. Cholbi MJ. The terminal, the futile, and the psychiatrically disordered. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5–6):498–505.
37. Davidson D, Lymburner JA. Furthering the discussion on a physician-assisted dying right for the mentally ill: Commentary on Karesa and McBride (2016). *Canadian Psychology*. 2017;58(3):292–304.
38. Rodriguez Davila SL, Vidal E, Stewart JT, et coll. Management of a request for physician-assisted suicide. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010;27(1):63–65.
39. Verhofstadt M, Chambaere K, Leontjevas R, et coll. Towards an assessment instrument for suffering in patients with psychiatric conditions: Assessing cognitive validity. *BJPsych Open*. 2019;5(3):e35.

40. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters GY. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: Qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017;211(4):238–245.
41. Bersani G, Rinaldi R, Iannitelli A. [The assisted suicide of Italians in Switzerland and the silence of psychiatry.] *Riv Psichiatr*. 2018;53(4):173–176.
42. Quill TE, Back AL, Block SD. Responding to patients requesting physician-assisted death: Physician involvement at the very end of life. *JAMA*. 2016;315(3):245–246.
43. Rymowicz R, Joshi P. Physician assisted suicide influences suicide rates among older adults in Oregon. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(3 Suppl 1):S113–114.
44. Sheehan K, Gaind KS, Downar J. Medical assistance in dying: Special issues for patients with mental disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(1):26–30.
45. Tuffrey-Wijne I. Unbearable suffering? The challenges and implications of assessing euthanasia requests from people with intellectual disabilities (ID) and/or autism spectrum disorders (ASD): Learning lessons from the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2019;63(7):739.
46. Vandenberghe J. Physician-assisted suicide and psychiatric illness. *N Engl J Med*. 2018;378(1):885–887.
47. Provencher-Renaud G, Larivée S, Sénéchal C. L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2019;177(8):801–808.
48. Downie J. An indefensible amendment to medical assistance in dying legislation. *Policy Options*. 23 Jul 2020. À l'adresse : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/july-2020/an-indefensible-amendment-to-medical-assistance-in-dying-legislation/>.
49. Hotopf M, Lee W, Price A. Assisted suicide: Why psychiatrists should engage in the debate. *Br J Psychiatry*. 2011;198(2):83–84.
50. Price A. Mental capacity in assisted dying: Clarity is needed. *BMJ*. 2015;315:h4461.
51. Code criminel du Canada. L.R.C. 1985, c C-46. s 241.2(3)(f).
52. Buijsen M. Communicating concerns. *Camb Q Healthc Ethics*. 2016;25(3):395–403.
53. Burkhardt S, Macias A, Jousset N, et coll. Assistance au suicide : expérience et débats en Suisse. *Médecine et Droit*. 2015;135:155–160.
54. Dekker R, van Lopik M, Zijlstra A. [Euthanasia with psychiatric patients.] *Euthanasie bij psychiatrische patienten: 'Ik dwing niemand, ze dwingen mij wel'*-Jeannette van An del. *Psyche en Geloof*. 2015;26(2):22–31.
55. Wagner B, Boucsein V, Maercker A. The impact of forensic investigations following assisted suicide on post-traumatic stress disorder. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13284.
56. Stewart DE, Viens P, Muralidharan O, et coll. E-survey of stressors and protective factors in practicing medical assistance in dying. *J Palliat Med*. 2021 Feb 18;online ahead of print.
57. Comité ad hoc sur les soins de fin de vie de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). Document de réflexion : enjeux cliniques et éthiques en soins de fin de vie. Montréal (QC): 2015. À l'adresse : <https://ampq.org/wp-content/uploads/2015/01/montage-findeviemod5.pdf>.
58. Naudts K, Ducatelle C, Kovacs J, et coll. Euthanasia: The role of the psychiatrist. *Br J Psychiatry*. 2006;188:405–409.
59. Stewart DE, Rodin G, Li M. Consultation-liaison psychiatry and physician-assisted death. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;55:15–19.
60. 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. Victoria (BC): ACEPA; 2020. À l'adresse : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/Capacity-assessment-V2-FR.pdf>.
61. Canadian Psychiatric Association (CPA). Brief to the Senate of Canada Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs. Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying). Ottawa (ON): CPA; 2020. À l'adresse : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Brief-LCJC-23-Nov-2020-FIN.pdf>.