



Aide médicale à mourir : mise à jour

**Gary Chaimowitz, MB ChB, FRCPC, DFCPA¹; Alison Freeland, BSc, MD, FRCPC²;
Grainne E. Neilson, MD, MRCPsych, FRCPC, LLM³; Nickie Mathew, MD, ABPN, FRCPC, ABPM⁴;
Natasha Snelgrove, MD, FRCPC⁵; Melanie R. Wong, MD, FRCPC⁶**

Cette déclaration de principe a été révisée par le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC), et le Conseil d'administration en a approuvé la nouvelle publication le 18 octobre 2021. La déclaration de principe originale a été élaborée par le Comité des normes professionnelles et de la pratique et approuvée par le Conseil d'administration le 10 février 2020.

En 2016, le Canada a adopté le projet de loi C-14 pour modifier le *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'aide médicale à mourir (AMM). Le projet de loi présentait aussi les critères d'admissibilité à l'AMM pour les personnes ayant une maladie médicale irréversible qui sont dans un état de déclin irréversible, et dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible¹. Ce développement est une réponse à l'évolution de l'opinion publique à l'égard de l'AMM comme le reflète une décision historique de la Cour suprême² à ce sujet.

En 2019, une décision subséquente de la Cour supérieure du Québec a abrogé la disposition relative à « la mort naturelle raisonnablement prévisible » de la loi du Canada sur l'aide médicale à mourir³. Cette décision n'a pas été portée en appel par les gouvernements du Québec ou fédéral, et en mars 2021, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-7⁴, qui apportait des changements aux critères d'admissibilité à l'AMM en réponse à la décision *Truchon*. Ces changements incluaient notamment :

- Retrait de l'exigence que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible.

¹ Chef du service, psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; professeur, département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

² Doyenne adjointe, campus Mississauga, faculté de médecine Temerty, Université de Toronto; vice-présidente, Éducation et affaires universitaires, Trillium Health Partners; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

³ Psychiatre légale, East Coast Forensic Hospital, Dartmouth, Nouvelle-Écosse; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse.

⁴ Professeur clinique adjoint, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique; directeur médical, Complex Mental Health and Substance Use Services, Provincial Health Services Authority, Coquitlam, Colombie-Britannique

⁵ Professeure adjointe, département de psychiatrie et des neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

⁶ Résidente, Division de psychiatrie gériatrique, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada, 2020, 2021. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit en tout ou en partie sans la permission 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, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; tél.: 613-234-2815; courriel: president@cpa-apc.org. Numéro de référence 2020-37s-R1.

Note : L'Association des psychiatres du Canada a pour politique de réviser chaque énoncé de principe, énoncé de politique, et toutes les lignes directrices de pratique clinique à tous les 5 ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié il y a plus de 5 ans et qui ne contient aucune mention explicite qu'il a été révisé et conservé à titre de document officiel de l'APC, soit après des révisions ou tel que publié à l'origine, doit être considéré uniquement comme une référence historique.

- La création d'une approche à deux voies des mesures de sauvegarde procédurale, selon que la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non.
- Permettre aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui ont une date prévue pour recevoir l'AMM, de remplir une exonération de consentement final si elles sont à risque de perdre leur capacité 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 le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) durant 24 mois.

Cette exclusion temporaire offrira plus de temps pour étudier comment l'AMM pour TM-SPMI peut être administrée en instaurant un comité d'examen d'experts chargé de faire des recommandations sur les protocoles, les guides et les mesures de sauvegarde.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) n'a pas pris et ne prend pas position sur la légalité ou la moralité de l'AMM. La prestation de l'AMM est une décision qui reflète les opinions éthiques, culturelles et morales canadiennes actuelles. Cependant, comme la législation est présentement en vigueur, l'APC maintient plusieurs considérations et principes importants à l'égard de l'AMM et de la psychiatrie au Canada, même parallèlement à l'évolution de la législation et de la jurisprudence.

Les psychiatres canadiens feront en sorte que :

1. Ils aient une connaissance concrète de la législation de l'AMM et qu'ils puisent à cette connaissance durant les rencontres cliniques où la question de l'AMM peut être soulevée.
2. Les patients souffrant d'une maladie psychiatrique ne subissent pas de discrimination uniquement en fonction de leur incapacité, et à ce titre, ils devraient disposer des mêmes options concernant l'AMM qui sont disponibles à tous les patients pour lesquels il

est déterminé que les critères d'admissibilité sont satisfaits.

3. Les psychiatres seront conscients des principes éthiques médicaux liés à l'AMM. Ils ne devraient pas permettre qu'une opinion personnelle ou un préjugé influence les patients qui désirent discuter de l'AMM comme option.
4. Bien que les psychiatres puissent choisir de ne pas participer au processus de l'AMM, leurs patients qui demandent l'AMM doivent être munis de l'information sur les ressources disponibles de l'AMM et d'une référence efficace, comme l'exige leur organisme de réglementation provincial.
5. Les psychiatres qui évaluent l'admissibilité à l'AMM sont tenus d'être rigoureux en menant des évaluations d'aptitude à consentir aux soins, et en identifiant les symptômes traitables du trouble mental.

Trouver l'équilibre entre l'engagement d'un psychiatre à fournir un traitement, des soins et l'espoir d'un rétablissement, et la propre expérience de souffrance d'une personne et de son droit de faire un choix personnel dans ses décisions de soins de santé est au cœur de la relation patient-soignant. L'APC continuera de protéger les droits et les intérêts des patients souffrant de maladies psychiatriques en tout temps et revendiquera l'inclusion de mesures de sauvegarde appropriées et nécessaires dans les processus, les protocoles, et les procédures en lien avec la prestation de l'AMM.

Références

1. Parlement du Canada. Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) [Internet]. Canada; 2016. [Cité le 1^{er} octobre 2021]. À l'adresse : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal>.
2. Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5, [2015] 1 R.C.S. 331.
3. Truchon c. Procureur général du Canada, 2019, QCCS 3792.
4. Parlement of Canada. Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) [Internet]. Canada; 2020. [Cité le 1^{er} octobre 2021]. À l'adresse : <https://parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/sanction-royal>