



Canadian Psychiatric Association
Association des psychiatres du Canada

Résultats de la consultation des membres et des intervenants sur le document de discussion de l'APC

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) POUR LES PERSONNES
DONT LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ EST UN TROUBLE
MENTAL : DÉFIS ET CONSIDÉRATIONS

Les opinions exprimées dans le présent document ne correspondent pas nécessairement aux politiques et aux points de vue de l'Association des psychiatres du Canada.

Citation suggérée :

Association des psychiatres du Canada (APC). Résultats de la consultation des membres et des intervenants sur le document de discussion de l'APC – L'aide médicale à mourir (AMM) pour les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental : défis et considérations. Ottawa, Ontario : APC; 2022.

© Association des psychiatres du Canada, 2022. Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'Association des psychiatres du Canada.

Traduction : Josée Tremblay

Contexte

Le 24 février 2020, le gouvernement fédéral a présenté le projet de loi C-7 qui propose des modifications aux critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir (AMM) prévus par le Code criminel. Le projet de loi a été présenté à la suite d'une décision de la Cour supérieure du Québec, qui éliminait la disposition relative au caractère « raisonnablement prévisible » de la législation canadienne sur l'aide à mourir (*Truchon c. Procureur général du Canada*). La Chambre des communes a adopté le projet de loi C-7 le 11 mars 2021 et le 17 mars 2021, celui-ci a reçu la [sanction royale](#).

En vertu du projet de loi C-7, les personnes dont le seul problème de santé invoqué est un trouble mental (Trouble mental—seul problème médical invoqué [TM-SPMI]) sont temporairement exclues de l'admissibilité à l'AMM jusqu'au 17 mars 2023. Le gouvernement fédéral a annoncé en août 2021 [la création d'un groupe d'experts chargé d'examiner la question](#), dont la tâche était de présenter des recommandations sur les mesures de protection d'ici mars 2022.

Document de discussion de l'APC et consultation des intervenants

En réponse au projet de loi C-7, à l'expiration prochaine de l'interdiction de l'AMM aux personnes dont le seul problème de santé invoqué est une maladie mentale, et aux commentaires des membres recueillis tout au long du [plus récent processus de consultation](#), l'APC a publié un [document de discussion](#) en août 2021. Le document de discussion était un moyen d'obtenir des commentaires supplémentaires de la part des membres et de plus de 60 organisations partenaires qui ont été invitées à faire part de leurs commentaires (voir l'annexe).

En plus de donner un aperçu de l'admissibilité à l'AMM au Canada et du rôle du psychiatre, le document de discussion de l'APC met l'accent sur le critère d'irrémediabilité et l'admissibilité à l'AMM, particulièrement lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, sur le consentement éclairé et la capacité de consentir, ainsi que sur les mesures de protection possibles pour les personnes qui font une demande d'AMM TM-SPMI.

Résultats de la consultation sur le document de discussion

Bien que certains psychiatres demeurent opposés à tout accès à l'AMM aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental, d'après la majorité des commentaires que l'APC a reçus, les points soulevés dans le document de discussion de l'APC correspondent aux principaux sujets de préoccupation des psychiatres.

Parmi les personnes interrogées qui s'opposent à l'AMM TM-SPMI, un petit nombre souhaite que les psychiatres et l'APC prennent position contre l'AMM afin de susciter l'espoir et de faciliter le rétablissement, et de protéger les psychiatres, les patients et les familles contre « les répercussions éthiques et morales que l'AMM impose à la profession. » Un autre répondant a demandé si le Canada allait rendre légal quelque chose qui, étant donné l'histoire des populations vulnérables sous les régimes du passé, pourrait être utilisé de manière abusive dans des situations futures et imprévues. Le fait que la pauvreté, les conditions de logement inadéquates, l'isolement social et d'autres inégalités sont courants chez les personnes atteintes d'une maladie mentale et contribuent énormément à la souffrance a été relevé par trois autres répondants : « C'est l'aspect le plus inquiétant et le plus risqué de ce régime : la probabilité de donner la mort à des personnes qui ne peuvent tout simplement pas se payer ou se procurer les éléments de base d'une vie digne. Les médecins ne peuvent pas se permettre de devenir des instruments pour retirer les gens d'une société qui refuse d'offrir un filet de sécurité sociale adéquat à ses membres les plus vulnérables. »

Le reste des commentaires et des recommandations reçus des psychiatres et des organisations d'intervenants est résumé ci-dessous en fonction des principales sections du document de discussion de l'APC, qui sont les suivantes :

- Évaluation clinique complète des troubles mentaux
- Processus fiable d'évaluation de l'admissibilité
- Durée de la maladie et caractère volontaire de la demande
- Processus de surveillance efficace et opportun

Évaluation clinique complète des troubles mentaux

Indépendamment de toute évaluation de l'admissibilité à l'AMM, il est essentiel qu'au moins un psychiatre indépendant (c'est-à-dire qui n'est pas le psychiatre traitant) ayant une expertise dans le trouble mental en question effectue une évaluation clinique complète pour valider si le patient a reçu un diagnostic précis et s'il a eu accès à une évaluation, un traitement et du soutien en matière de santé mentale fondés sur des données probantes pendant une période adéquate, en fonction des normes de soins généralement acceptées.

Le psychiatre est le seul spécialiste des maladies mentales qui peut poser un diagnostic basé sur une évaluation complète incluant un examen mental et physique, des analyses de laboratoire, de l'imagerie médicale et une histoire psychosociale détaillée. Le [psychiatre](#) fait l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mentaux, qui peuvent présenter des perturbations émotives, cognitives ou comportementales, qu'ils se manifestent seuls ou conjugués à d'autres troubles d'origine médicale ou chirurgicale, à toutes les étapes de la vie.

Les consultations virtuelles, lorsque les évaluations en personne ne sont pas réalisables, permettraient un meilleur accès aux évaluations des psychiatres, surtout pour les patients qui vivent dans des régions éloignées, nordiques ou mal desservies. Cela améliorerait également l'accès aux surspécialistes, au besoin. Une évaluation indépendante permettra également d'éviter tout risque de partialité lorsque le psychiatre traitant a accepté de fournir une évaluation de l'admissibilité à l'AMM.

Processus fiable d'évaluation de l'admissibilité

Il est essentiel qu'au moins un psychiatre indépendant (c'est-à-dire qui n'est pas le psychiatre traitant) ayant une expertise dans le trouble mental soit l'un des évaluateurs de l'admissibilité d'un patient qui fait une demande d'AMM TM-SPMI.

En réponse au document de discussion de l'APC, certains psychiatres ont déclaré qu'ils aimeraient voir un mécanisme permettant aux évaluateurs de discuter d'une demande d'AMM après avoir effectué leur évaluation initiale de l'admissibilité chacun de leur côté. La justification de cette suggestion est qu'il peut arriver que les données dont dispose un évaluateur ne soient pas toujours connues du second (p. ex., un fournisseur de longue date plutôt qu'un nouveau consultant), ce qui pourrait amener un évaluateur à modifier son opinion s'il disposait d'autres informations.

Des inquiétudes ont également été exprimées quant à la possibilité de voir apparaître une « industrie artisanale » de psychiatres exerçant à l'extérieur du système public, qui effectuent des examens médicaux indépendants pour les patients qui souhaitent obtenir l'AMM TM-SPMI et facturent des honoraires élevés pour de telles approbations (le répondant a déclaré que cela s'est déjà fait aux États-Unis).

Le document de discussion de l'APC a suggéré divers mécanismes permettant de régler les désaccords entre les évaluateurs (p. ex., demander un troisième avis pour trancher, soumettre la question à un comité d'experts pour examen, une procédure judiciaire). Parmi les autres suggestions formulées au cours de la consultation de l'APC, mentionnons la nécessité d'adopter une approche commune à l'ensemble des provinces et des territoires, ainsi qu'un délai déterminé (p. ex., un an) avant qu'une réévaluation puisse être effectuée lorsque les deux évaluateurs ont refusé une demande d'AMM TM-SPMI. Un répondant a exprimé des inquiétudes quant à l'utilisation de mécanismes de départage lorsqu'il s'agit de déterminer s'il faut ou non procéder à une intervention qui entraîne la mort.

L'APC a également entendu des préoccupations quant à la façon d'assurer l'accès aux surspécialistes si une telle consultation s'avérait nécessaire. Par exemple, cela pourrait-il se faire de manière virtuelle ou dans le cadre d'une consultation entre médecins afin de s'assurer que le psychiatre évaluateur connaît toutes les options de traitement possibles pour le trouble en question et qu'il est en mesure de garantir un consentement éclairé complet au patient ou de suggérer des ressources qui n'ont pas encore été envisagées. L'APC a également entendu des préoccupations selon lesquelles le seuil d'accès à l'AMM serait plus faible dans la population âgée en raison d'une approche âgiste, omniprésente et stigmatisée des soins aux personnes âgées.

La documentation doit démontrer que des traitements standard, y compris des traitements pharmacologiques, psychothérapeutiques et non pharmacologiques pour le trouble mental en question, ainsi que du soutien social/environnemental, ont été proposés et tentés sur une période de temps suffisante et ont échoué, et qu'il n'existe pas d'autres solutions raisonnables et accessibles.

Dans le contexte des troubles mentaux, il n'existe pas de définition communément admise de l'incurabilité; dans le domaine de la psychiatrie, certains n'acceptent pas qu'un trouble mental soit incurable et soutiennent qu'il existe toujours un autre traitement qui puisse être tenté. La consultation la plus récente de l'APC effectuée en 2021 a mis en évidence cette absence de consensus. Étant donné que l'incurabilité est l'un des critères d'admissibilité pour bénéficier de l'AMM au Canada, il est possible que des patients soient jugés admissibles par un psychiatre et non par un autre, en fonction de la conclusion de ce dernier selon laquelle le trouble mental du patient peut être guéri ou la souffrance qui y est associée peut être soulagée. Si un patient refuse sans raison valable le traitement recommandé pour traiter sa maladie, en pesant à la fois les avantages et les inconvénients possibles, il est peu probable qu'il réponde au critère d'admissibilité relatif à l'incurabilité.

Les commentaires reçus en réponse au document de discussion ont mis en évidence le fort degré d'inquiétude quant à la capacité de déterminer avec certitude qu'une maladie mentale est « irrémédiable », compte tenu du manque de preuves scientifiques dans ce domaine. Certains commentaires font état de la nécessité d'évaluer le « caractère irrémédiable » dans le cadre des paramètres cliniques et scientifiques qui existent au moment de la demande, plutôt que de considérer la demande dans la perspective d'interventions potentielles qui pourraient se développer dans l'avenir. D'autres personnes interrogées

ont souligné l'importance de prendre en compte les déterminants socio-économiques de la santé, qui jouent un rôle déterminant dans l'expérience personnelle de la maladie et de la souffrance et dans la capacité d'adaptation à la maladie mentale.

En ce qui concerne la capacité, l'APC a reçu des commentaires selon lesquels les médecins évaluent et fournissent déjà l'AMM aux patients souffrant d'une maladie mentale concomitante, mais dont la demande d'AMM est fondée sur une autre pathologie. Certains répondants ont demandé si le critère de détermination de la capacité invoqué dans l'arrêt [Starson](#) était suffisant dans le contexte d'une intervention qui cause la mort. D'autres se sont inquiétés de la possibilité que les personnes qui demandent l'AMM TM-SPMI soient soumises à une norme plus élevée sur la simple base de leur diagnostic, ce qui, selon certains, pourrait ne pas être suffisant pour atteindre l'objectif législatif d'équilibre entre l'autonomie du patient et la protection des personnes vulnérables. Des orientations claires sur le fait que les patients dont les capacités changent continuellement doivent faire l'objet d'une évaluation psychiatrique continue pour s'assurer qu'ils continuent à être admissibles à l'AMM ont également été demandées. Pour réduire la variabilité des pratiques, il faudra que les organismes professionnels fournissent des conseils pour aider les médecins à évaluer les demandes d'AMM, ainsi que des formations officielles pour les évaluateurs et les fournisseurs. Le comité chargé de l'élaboration d'un curriculum canadien sur l'AMM élabore des modules pédagogiques, dont un relatif aux évaluations complexes de la capacité, qui pourraient aider à donner cette formation.

Le document de discussion de l'APC souligne l'importance de fournir aux patients qui ont été jugés non admissibles à l'AMM des soins et un traitement continu, et l'un des avantages des évaluations de l'admissibilité à l'AMM est qu'elles peuvent aider à orienter les prochaines étapes de la planification du traitement. La complexité de ces évaluations fait ressortir la nécessité de recourir aux psychiatres qui, du fait de leur formation, sont des experts cliniques de l'évaluation des aspects biopsychosociaux de la maladie mentale.

Les idées suicidaires graves et chroniques doivent être prises en compte et évaluées afin de déterminer le mieux possible si le souhait du patient de mettre fin à ses souffrances représente une évaluation réaliste de sa situation plutôt qu'un symptôme potentiellement traitable de sa maladie mentale.

Les organisations et les personnes qui ont fourni des commentaires sur le document de discussion se sont dites préoccupées par la possibilité que l'AMM soit utilisée comme un moyen délibéré d'actualiser des idées suicidaires ou que l'accessibilité à l'AMM TM-SPMI soit perçue comme une validation du suicide en tant que solution à la souffrance. La difficulté de distinguer les patients suicidaires, en particulier dans les populations de patients où la suicidalité récurrente est une caractéristique (p. ex., trouble de la personnalité limite), a également été mentionnée comme étant d'une importance particulière lors de l'évaluation de la capacité.

Certaines personnes interrogées sont d'avis que lorsqu'une personne n'est pas mourante en raison de sa pathologie particulière, l'AMM est un suicide et l'acte de l'administrer est un suicide médicalement assisté. Un certain nombre d'entre eux ont souligné la nécessité de veiller à ce que des mesures de soutien soient mises en place pour les personnes jugées non admissibles à l'AMM en raison de leurs idées suicidaires, afin de les empêcher de se faire du mal.

Le processus d'évaluation doit tenir compte des traumatismes et recueillir plusieurs points de vue sur la maladie du patient et les traitements.

Un processus complet d'évaluation de l'admissibilité doit permettre l'évaluation continue nécessaire, et peut-être des évaluations périodiques, avec le patient, ses psychiatres/cliniciens actuels et passés, les membres de l'équipe multidisciplinaire et, avec le consentement préalable du patient, sa famille et/ou ses amis. Cela peut également permettre de disposer du temps nécessaire pour que la personne reprenne le traitement et les soins dans le cas où elle ne remplit pas les conditions d'admissibilité.

Les fournisseurs de soins de santé actuels et anciens devraient être tenus de donner les informations fournies par les proches sous la forme de tableaux ou de discussions verbales avec les évaluateurs de l'admissibilité à l'AMM. Cela implique de permettre aux évaluateurs de la demande d'AMM en cours d'accéder à toutes les évaluations précédentes. Si un professionnel de la santé refuse de fournir les antécédents fournis par les proches, les évaluateurs de l'admissibilité à l'AMM doivent se fier à tous les documents qu'ils peuvent se procurer auprès de fournisseurs de soins de santé consentants et par l'intermédiaire de portails tels que Connexion Ontario. Il peut arriver que, en l'absence d'informations fournies par les proches, l'évaluateur doive orienter un patient vers des consultants experts pour obtenir des informations supplémentaires sur le patient et/ou le diagnostic. Si le patient refuse sans raison valable de donner accès aux renseignements fournis par ses proches, il se peut que les critères relatifs à l'admissibilité à l'AMM ne soient pas remplis.

L'évaluation doit également tenir compte des traumatismes, les évaluateurs reconnaissant le rôle des traumatismes dans la perception que le patient a de lui-même et de sa situation, et en s'informant à ce sujet. Ils doivent également reconnaître que les traumatismes antérieurs peuvent rendre les interactions avec le milieu médical particulièrement difficiles et que les patients ne doivent pas être écartés en raison de leur comportement vis-à-vis les évaluateurs/fournisseurs. De nombreuses

personnes atteintes de troubles mentaux et/ou physiques complexes ont vécu des traumatismes qui n'ont jamais été traités, ce qui peut exacerber leurs symptômes.

Le modèle d'évaluation globale devrait être standardisé afin de garantir la rigueur de l'approche des psychiatres évaluateurs et d'atténuer les préjugés des praticiens.

Ces questions mettent en évidence encore une fois la position principale de l'APC, qui est de veiller à ce que les Canadiens aient un accès équitable à des soins fondés sur des données probantes et adaptés à leur culture.

Durée de la maladie et caractère volontaire de la demande

Les demandes doivent être réfléchies et soutenues et ne pas résulter d'un désir passager ou impulsif, surtout lorsque le trouble mental est par essence épisodique.

Il convient de tenir compte de la nature du trouble mental et du temps écoulé depuis le diagnostic, et de déterminer si le patient envisage l'AMM depuis un certain temps. [Selon certains psychiatres, la durée de la maladie devrait être d'au moins 10 ans](#) (troubles neurodégénératifs exclus), voire 10 ans depuis la première évaluation faite par un psychiatre.

Le vécu et la perception de la stigmatisation, de la vulnérabilité et du fait d'être un fardeau pour la société peuvent influencer la décision d'une personne de demander l'AMM, que ce soit pour une maladie mentale ou physique. Un certain nombre de mémoires reçus par l'APC en réponse à son invitation à présenter des commentaires sur le document de discussion exprimaient la crainte que les pressions sociétales puissent accroître chez la personne le sentiment que l'AMM est la solution que la société, en particulier les soignants et/ou la famille et les amis, espère qu'elle choisira. L'un des répondants a demandé si les fournisseurs de soins de santé autres que les psychiatres avaient un rôle à jouer dans l'établissement du caractère volontaire.

La difficulté de savoir s'il faut soulever la possibilité de l'AMM et à quel moment le faire auprès de patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible (c.-à-d., voie d'admissibilité 2) a également été mentionnée en réponse au document de discussion de l'APC.

Il a été souligné lors de la consultation de l'APC que, bien que la référence juridique relative à l'évaluation de la période de validité de la demande ait été fixée à 90 jours pour la voie d'admissibilité 2, ce délai n'est pas nécessairement optimal pour les personnes qui font une demande d'AMM TM-SPMI, et rien dans la loi n'empêche les évaluateurs de recommander une période plus longue.

Processus de surveillance efficace et opportun

Parallèlement à un processus de surveillance, il est important de mettre en place un programme de recherche concomitant à des fins d'évaluation et de modifier les politiques et les pratiques relatives aux mesures de protection, au besoin.

À l'heure actuelle, le processus de surveillance en matière d'AMM varie d'une province à l'autre. On a proposé que, pour protéger davantage les patients dont les troubles mentaux sont le seul problème médical invoqué et pour des raisons d'uniformité, le processus de surveillance soit normalisé dans toutes les provinces. L'établissement d'un processus d'examen prospectif à l'échelon fédéral des demandes d'AMM TM-SPMI pour une période initiale (p. ex., de deux à cinq ans) pourrait permettre de cerner les préoccupations ou les problèmes et de les régler avant de passer à des examens rétrospectifs à l'échelle des provinces. Les personnes qui dirigent le processus de surveillance doivent avoir une expertise dans le domaine des troubles mentaux, de l'évaluation et de la prestation de l'AMM, de l'éthique et du droit. Une fois qu'une personne est jugée admissible, le processus d'examen prospectif doit s'effectuer en temps opportun pour éviter de prolonger les souffrances intolérables de la personne.

Annexe

Intervenants invités à commenter le document de discussion (en ordre alphabétique)

Académie canadienne de psychiatrie de consultation-liaison*
Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*
Académie canadienne de psychiatrie et droit
Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Alberta Psychiatric Association*
Assemblée des Premières Nations
Association canadienne de counseling et de psychothérapie*
Association canadienne de protection médicale*
Association canadienne de psychothérapie médicale
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Association canadienne pour la prévention du suicide*
Association canadienne pour la santé mentale
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des médecins psychiatres du Québec*
Association des pharmaciens du Canada
Association des psychiatres de l'Ontario*
Association des psychiatres du Nouveau-Brunswick
Association médicale canadienne
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
British Columbia Psychiatric Association*
Canadian Association of MAiD Assessors and Providers
Canadian Indigenous Nurses Association
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Collège des médecins de famille du Canada*
Collège des médecins du Québec
Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
College of Physicians and Surgeons of Alberta
College of Physicians and Surgeons of British Columbia
College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador
College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia
College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*
Commission de la santé mentale du Canada
Congrès des peuples autochtones
Conseil médical du Yukon*
Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
Fédération des ordres des médecins du Canada*
Inclusion Canada
Indigenous Physicians Association of Canada
Joint Centre for Bioethics
Manitoba Psychiatric Association
Mourir dans la dignité Canada
National Initiative for Eating Disorders
Newfoundland and Labrador Psychiatric Association
Nova Scotia Psychiatric Association
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario*
Organisme de réglementation professionnelle, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest*
Relief (anciennement connu sous le nom de Revivre)
Réseau Avant de Craquer (anciennement FFAPAMM)*
Saskatchewan Psychiatric Association
Schizophrenia Society of Canada*
Services professionnels, gouvernement du Nunavut
Société canadienne de psychologie*
Société pour les troubles de l'humeur du Canada*
Waypoint Centre for Mental Health Care*

Commentaires provenant de particuliers (membres de l'APC et psychiatres non membres) : 18

Mémoires non sollicités (provenant d'organisations ou de groupes de personnes) : 6

* réponse reçue

Association des psychiatres du Canada
701 – 141, avenue Laurier Ouest, Ottawa ON K1P 5J3
www.cpa-apc.org