



**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**

GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

13 février 2020

Groupe consultatif d'experts sur l'AMM

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'IRPP¹

Concernant le Groupe consultatif d'experts sur l'AMM

Le Groupe consultatif d'experts (GCE) sur l'aide médicale à mourir (AMM) lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) est composé d'individus détenant une vaste expérience sur les politiques et pratiques de l'AMM, au Canada comme à l'international. Ce groupe a été convoqué par K. Sonu Gaiind en février 2020 dans le but de présenter une réponse équilibrée et fondée sur les données probantes au rapport du Groupe d'Halifax intitulé "MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition," de même que pour conseiller les acteurs concernés par l'évolution de la politique sur l'AMM, au Canada et ailleurs.

Le GCE est constitué de plusieurs membres des groupes de travail du comité d'experts sur l'aide médicale à mourir du Conseil des académies canadiennes (CAC), chargé d'évaluer l'état des connaissances sur l'AMM. Ces membres sont identifiés plus bas. Contrairement au Groupe d'Halifax, le GCE est également composé de personnes qui ne faisaient pas partie du comité du CAC, notamment des experts de renommée internationale et des individus avec une expérience vécue de maladie mentale. Le GCE est particulièrement reconnaissant envers ses membres, collègues et patients avec une expérience vécue de troubles de santé mentale, qui ont eu le courage de partager leurs expériences et perspectives.

Les membres du Groupe consultatif d'experts sur l'AMM-TM-SPMI

Allison Crawford, MD, PhD, FRCP(C)

- Professeure associée de psychiatrie, Université de Toronto
- Directrice médicale, Ontario Psychiatric Outreach Program
- Clinicienne, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), avec recherche en santé autochtone, en particulier dans les contextes circumpolaires et dans la prévention du suicide axé sur les patients et la communauté

¹ Le présent rapport est une traduction de l'anglais. Toutes les citations en français sont des traductions libres sauf celles qui sont tirées des rapports du CAC. Les citations originales anglaises se trouvent en note de bas de page.

K. Sonu Gaiind, M.D, FRCP(C), FAPA

- Gouverneur élu du personnel enseignant (Teaching Staff Governor) et professeur associé de psychiatrie, Université de Toronto
- Chef de la psychiatrie et directeur médical de santé mentale, Humber River Hospital
- Membre, comité d'experts du CAC sur l'AMM-TM-SPMI
- Ancien président, comité temporaire à temps partiel de l'Association psychiatrique du Canada sur l'aide à mourir

Rose Geist, MD, FRCP(C)

- Professeure associée de psychiatrie, Université de Toronto
- Directrice, Collaborative Care Medical Psychiatry Alliance
- Membre de la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario

Mark Henick

- Activiste en santé mentale, stratège et orateur
- Avec expérience vécue de trouble de santé mentale

Scott Y H Kim, MD, PhD

- Professeur adjoint de psychiatrie, University of Michigan
- Chercheur principal, Département de bioéthique, National Institutes of Health, USA
- Membre, Comité d'experts du CAC sur l'AMM-TM-SPMI

Trudo Lemmens, CandJur, LicJur, LLM bioéthique, DCL

- Professeur et titulaire de la Chaire Scholl en droit et politiques de la santé, Faculté de droit et École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- Membre, comité d'experts du CAC sur les demandes anticipées d'AMM

Brian Mishara, PhD

- Professeur, département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)
- Directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), UQAM
- Membre, comité d'experts du CAC sur l'AMM-TM-SPMI

Sandy Simpson, MBChB, BMedSci, FRANZCP

- Professeure associée de psychiatrie, University of Toronto
- Chef du département de psychiatrie légale, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)

Harvey Schipper, BAsC, MD, FRCP(C)

- Professeur de médecine, Université de Toronto
- Professeur auxiliaire de droit, Université de Toronto
- Membre, Groupe de travail du comité d'experts du CAC sur les demandes anticipées d'AMM

Tom Shakespeare, PhD, FBA

- Professeur, International Centre for Evidence on Disability, London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Avec expérience vécue d'handicap physique

Tom Stainton, M.SW, PhD

- Professeur, School of Social Work, et directeur, Canadian Institute for Inclusion and Citizenship, Université de la Colombie-Britannique
- Membre, comité d'experts du CAC sur les demandes anticipées d'AMM
- Ancien président, groupe de recherche de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire sur l'AMM

Georgia Vrakas, PhD

- Psychologue, professeure agrégée, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières - Centre universitaire du Québec
- Chercheuse régulière au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
- Avec expérience vécue de maladie mentale

Ce rapport reflète les perspectives des membres individuels du GCE, et ne doit pas être interprété comme représentant la perspective ou l'approbation de tout groupe ou institution avec lequel les membres individuels sont affiliés. Ceci étant dit, tous les efforts ont été faits pour assurer que les perspectives articulées dans ce rapport soient fondées sur une interprétation experte des données probantes qui soit la meilleure et la plus complète possible, dans le but de mieux guider la politique, et non sur des croyances personnelles supportées par une lecture sélective de la littérature actuelle.

[Pour citer ce document :](#)

Groupe consultatif d'experts sur l'AMM. (2020). 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) : GCE. doi: 10.13140/RG.2.2.34244.58240 ou 10.13140/RG.2.2.34244.58240/1

Version anglaise publiée le 13 février 2020

Traduction française publiée le 13 février 2020

[Pour tout commentaire ou pour contacter le GCE :](#)

[Courriel : EAGMAiD@gmail.com](mailto:EAGMAiD@gmail.com)

[Site internet : www.eagmaid.org](http://www.eagmaid.org)

[Suivez-nous sur Twitter : @EAGMAiD](#)

RÉSUMÉ

Le Canada est à la croisée des chemins, alors qu'il tente de trouver le plus juste équilibre qui soit dans les lois et les politiques concernant l'aide médicale à mourir (AMM). Ce carrefour auquel nous faisons face n'en est pas un purement légal ou de théorie juridique – il concerne le monde réel et les choix que nous ferons auront des conséquences majeures sur qui nous aiderons à mourir et comment nous nous percevons en tant que société.

Avant 2015, l'AMM était prohibée par le Code criminel canadien. Aujourd'hui, alors qu'on envisage l'abandon de la mesure de protection que constitue le critère de la « mort raisonnablement prévisible », il est primordial de prendre le temps de déterminer à qui nous souhaitons octroyer l'AMM, et qui devrait en être protégé. Comme on peut s'y attendre au sujet d'un enjeu aussi crucial que celui de l'AMM, il y a une grande diversité de points de vue concernant qui devrait avoir accès ou non à l'AMM. Une chose est claire, toutefois : les Canadiens méritent des politiques publiques qui soient basées sur les meilleures données probantes disponibles.

Les politiques concernant l'AMM au Canada ont été fondées sur la base de la présence d'une condition médicale irrémédiable et caractérisée par un déclin irréversible des capacités ainsi qu'une souffrance intolérable. L'AMM est donc conçue pour soulager des souffrances qui n'auraient pas pu être atténuées autrement. L'AMM requiert donc, logiquement, une condition qui soit jugée irrémédiable. À la différence des autres conditions médicales qui progressent de façon prévisible, les études scientifiques montrent que les maladies mentales ne peuvent en aucun cas être jugées irrémédiables. Comme le rapporte le Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), « À tout moment, il peut sembler qu'un individu ne répond pas aux traitements – que sa maladie est incurable – mais il n'est jamais possible de déterminer à l'avance l'évolution de la maladie chez cet individu. »²

En dépit des preuves scientifiques ont démontré l'impossibilité de confirmer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale, certains professionnels de la santé affirmeraient tout de même qu'ils sont en mesure de confirmer qu'une personne est atteinte de manière irrémédiable, ce qui mènerait des personnes à recevoir l'AMM sans que l'on puisse jamais savoir si leur condition se serait améliorée.

² “At any point in time it may appear that an individual is not responding to any interventions – that their illness is currently irremediable - but it is not possible to determine with any certainty the course of this individual’s illness. There is simply not enough evidence available in the mental health field at this time for clinicians to ascertain whether a particular individual has an irremediable mental illness.” Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2017). *Policy Advice on Medical Assistance in Dying for Mental Illness*. Toronto (ON): CAMH. Hereinafter abbreviated CAMH-PAMaIdMI

Certaines personnes soutiennent que si l'AMM est accessible pour les personnes qui sont atteintes d'une maladie physique caractérisée par un déclin prévisible des capacités, elle doit aussi être accessible pour les personnes atteintes d'un trouble mental, sans quoi cela constitue de la discrimination. En réalité, permettre l'AMM pour des maladies mentales qui ne peuvent pas être considérées comme irrémédiables, alors que l'on affirme qu'elles le sont, nous apparaît être la forme ultime de discrimination.

Si la loi canadienne concernant l'AMM ne reconnaît pas de manière explicite qu'il est impossible de prédire le caractère irrémédiable d'une maladie mentale, des populations marginalisées souffrant d'un trouble mental se verront octroyer l'AMM pour toutes sortes de souffrances existentielles, même dans les cas où leur condition se serait améliorée. Dans le but d'éviter d'exposer ceux qui souffrent d'une maladie mentale à un risque discriminatoire de mort prématurée, la loi canadienne sur l'AMM doit reconnaître de manière explicite qu'il est impossible d'affirmer qu'une maladie mentale est irrémédiable.

Une fois le critère de la « mort naturelle raisonnablement prévisible » annulé, le Canada deviendra la juridiction la plus permissive au monde concernant l'AMM, et celle qui compte le moins de mesures de protection contre des morts qui auraient dû être évitées – à moins de se doter de mesures de protection additionnelles. Les autres juridictions à travers le monde exigent en effet une « absence d'alternatives thérapeutiques raisonnables » avant que l'AMM soit offerte. Il y a absence idiosyncratique de cette mesure de protection dans la législation canadienne. Les Canadiens devraient être assurés que l'AMM est octroyée seulement lorsqu'il n'existe aucune alternative thérapeutique et suite à une décision bien réfléchie par l'individu qui la demande. Par conséquent, un critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » devrait être ajouté comme mesure de protection. Enfin, l'ambivalence est reconnue comme étant une des caractéristiques principales des personnes suicidaires, celles dont on souhaite prévenir le suicide par des initiatives de prévention qui tentent de les aider à vivre et à se sentir mieux. Un critère de « non-ambivalence » devrait donc également être ajouté pour pallier le risque que la société facilite le suicide de ces personnes vulnérables.

RECOMMANDATION PRINCIPALE

Tel que décrit en détails plus bas, en se basant sur une lecture complète et en profondeur des preuves scientifiques existantes et des différences fondamentales qui existent entre les maladies mentales et les autres conditions médicales visées par l'élargissement potentiel de l'AMM, dans le contexte où le Canada considère éliminer le critère de la « mort raisonnablement prévisible », le GCE émet une recommandation principale concernant l'AMM-TM-SPMI :

Les politiques et la loi concernant l'AMM devraient reconnaître d'une manière explicite qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer avec certitude le caractère irrémédiable et la présence d'un déclin irréversible des capacités dans le cas des maladies mentales. Par conséquent, les demandes d'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué ne remplissent pas les critères d'éligibilité de l'AMM.

RECOMMANDATIONS AUXILIAIRES

Recommandation auxiliaire 1 :

Un critère de non-ambivalence devrait être imposé pour obtenir l'AMM dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Recommandation auxiliaire 2 :

Un critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » devrait être imposé pour déterminer l'éligibilité d'une demande à l'AMM dans les situations où la mort n'est pas raisonnablement prévisible.*

* N.B. Pour des raisons détaillées à la section 3 (iv), le GCE recommande l'adoption d'un critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » pour toutes les demandes d'AMM, tel qu'exigé dans toutes les législations qui permettent l'AMM excepté au Canada.³ Néanmoins, ce critère nous paraît particulièrement crucial advenant le cas où le critère d'une « mort naturelle raisonnablement prévisible » serait annulé, ce qui est l'objet de cette critique.

³ Mishara, B. L., & Kerkhof, A. J. F. M. (2018). Canadian and Dutch doctors' roles in assistance in dying. *Canadian journal of public health*, 109(5-6), 726-728. doi:10.17269/s41997-018-0079-9

CONTEXTE

Cette critique émane de la nécessité de répondre de manière urgente au rapport produit par le Groupe d'Halifax pour l'Institut de recherche sur les politiques publiques (IRPP) intitulé « MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition ». Cette réponse nous paraît urgente et cruciale dans le contexte actuel où des politiques fédérales et provinciales aux lourdes conséquences sociales et éthiques sont développées. Au moment où le Canada considère éliminer le critère de la mort « raisonnablement prévisible », les membres du Groupe consultatif d'experts (GCE) ont la ferme conviction que les Canadiens méritent des politiques publiques basées sur les meilleures données probantes disponibles. Les membres du GCE partagent une profonde inquiétude à l'égard des conclusions et de plusieurs recommandations formulées dans le rapport du Groupe d'Halifax, qui paraissent reposer sur une lecture sélective, incomplète et biaisée de la littérature scientifique actuelle. Les membres du GCE sont convaincus qu'il est important de présenter une revue complète des preuves scientifiques disponibles afin de conseiller de manière judicieuse les décideurs et le grand public, alors que se développent une législation et des politiques visant à étendre l'accès à l'AMM, notamment la possibilité d'écarter le critère de la « mort raisonnablement prévisible ».

Le Groupe d'Halifax émet une mise en garde à l'effet que les propos et opinions exprimés dans le rapport n'engagent que les auteurs individuels, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Conseil des académies canadiennes (CAC) ni du comité d'experts (CE) sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI). Aucun des membres du CE-AMM n'étaient au courant des travaux menés par le Groupe d'Halifax jusqu'à ce qu'ils soient rendus publics le 30 janvier 2020. Le GCE est d'avis qu'il est dans l'intérêt public de présenter des contre-arguments basés sur les données probantes, de façon à ce que les décideurs publics n'aient pas l'impression erronée que le rapport du Groupe d'Halifax émane d'un consensus d'experts.

Plus encore, il est important de souligner qu'il existe des dissensions importantes au sujet de la possibilité d'offrir l'AMM pour des personnes ayant un trouble de santé mentale. De fait, concernant les conclusions générales du rapport du Groupe d'Halifax à l'effet que l'AMM devrait être offerte dans les cas où un trouble de santé mentale est la seule condition médicale invoquée, les sondages récents révèlent que bien que la plupart (72%) des intervenants en santé mentale soient en faveur de l'AMM en général, peu d'entre eux sont en faveur de l'AMM-TM-SPMI (29% seulement)⁴. Ces résultats ne sont pas le reflet d'une stigmatisation ou d'une

⁴ Rousseau, S., Turner, S., Chochinov, H. M., Enns, M. W., & Sareen, J. (2017). A national survey of Canadian psychiatrists' attitudes toward medical assistance in death. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(11), 787-794.

discrimination de la part des professionnels qui œuvrent en santé mentale; ils témoignent plutôt de l'existence de différences fondamentales entre les maladies mentales et les autres conditions médicales pour lesquelles l'AMM est envisagée. Ces différences cruciales seront abordées plus loin dans le présent document.

Le GCE est également d'avis qu'il est fondamental que la critique soit fondée sur des perspectives plus diverses que celles qui ont été incluses dans le CE-AMM-TM-SPMI du CAC. Le Groupe d'Halifax mentionne que ses membres se sont réunis sur la base de leur expertise et de leur expérience en tant que membres du groupe de travail du CE-AMM du CAC. Or, un message central du rapport final du CE-AMM-TM-SPMI du CAC est qu'il n'existe aucun consensus concernant la possibilité d'introduire de manière sécuritaire l'AMM-TM-SPMI, sans risquer de mettre en danger la vie de personnes vulnérables. Une participation de 15 mois au groupe de travail du comité d'experts du CAC a certainement contribué à améliorer les connaissances et la sensibilité de tous les experts en matière d'AMM-TM-SPMI. Cependant, ce comité était entaché d'une lacune importante, soit l'absence de membres sélectionnés pour leur expérience vécue de trouble de santé mentale. De même, aucun des réviseurs indépendants du rapport du groupe de travail du CE-AMM-TM-SPMI n'ont été choisis pour leur vécu en matière de maladie mentale. Puisque les membres du Groupe d'Halifax sont issus du CE-AMM du CAC, cette lacune s'est transposée dans leur rapport final. Le GCE a voulu corriger cette lacune en incluant non seulement des membres experts qui ont fait partie du groupe de travail du CE du CAC, mais aussi des personnes ayant une expérience vécue et l'expertise qui y est associée.

Cette critique ne fera pas la revue du contexte historique qui a mené aux politiques actuelles sur l'AMM au Canada, qui compte pour environ la moitié du rapport du Groupe d'Halifax. Le GCE part du principe que les lecteurs sont au fait de ce contexte. L'accent sera plutôt accordé aux sections « Foundations for Recommendations » et « Recommendations and Conclusion » du rapport du Groupe d'Halifax, qui comportent plusieurs éléments que les membres du GCE jugent biaisés et erronés.

Enfin, en ce qui concerne les rapports soumis par le CAC, les discussions internes et les délibérations qui ont mené à la publication de ces documents demeurent entièrement confidentiels. Les membres peuvent néanmoins commenter le rapport final public du CAC. Ainsi, malgré les avis du Groupe d'Halifax et du GCE à l'effet que les propos exprimés dans le rapport reflètent des positions individuelles et non celles d'un groupe auquel ils sont affiliés, le GCE est conscient du fait que l'appartenance de tous les membres du Groupe d'Halifax et de certains des membres du GCE au groupe de travail du CE-AMM du CAC confère à leurs opinions un certain degré de légitimité. Dans ce contexte, il est important de mentionner qu'au terme d'un

processus extensif de 15 mois et de la production d'un rapport de 275 pages⁵ proposant 25 principales constatations, il subsiste cinq points majeurs de divergence de position entre les membres du groupe de travail concernant des éléments fondamentaux de l'AMM-TM-SPMI. Il n'y avait également aucun consensus concernant l'efficacité des mesures de protection potentielles proposées pour atténuer le risque de sur-inclusion, c'est-à-dire les cas où l'AMM est offerte mais ne devrait pas l'être pour des raisons d'inadmissibilité. Par conséquent, le GCE estime nécessaire de produire une critique en vue de mettre en lumière trois points principaux :

- Le rapport du Groupe d'Halifax n'est pas le reflet d'un consensus d'experts
- Le rapport du Groupe d'Halifax passe sous silence d'importantes preuves scientifiques qui contredisent ses conclusions
- Le rapport du CE-AMM-TM-SPMI du CAC n'arrive à aucun consensus sur plusieurs clés qui puisse guider le développement des politiques concernant l'élargissement de l'AMM dans les cas de TM-SPMI.

Avant de procéder à une critique de fond de plusieurs éléments du rapport du Groupe d'Halifax, le GCE souhaite souligner son appui à plusieurs des éléments proposés dans la section 5.6 et aux recommandations 8, 9 et 10 du rapport. Plus spécifiquement, le GCE reconnaît l'importance d'améliorer l'accès aux services de soins en santé mentale, et d'octroyer davantage de ressources et de financement pour les soins de santé mentale au Canada. Ces recommandations ne sont pas nouvelles ni uniques au GCE ni au Groupe d'Halifax. De nombreux autres ont émis des recommandations similaires et ce, depuis des années, voire des décennies. Pourtant, l'accès aux services et les ressources en santé mentale demeurent extrêmement problématiques dans notre pays.^{6, 7}

CRITIQUE DES ÉLÉMENTS CLÉS DU RAPPORT DU GROUPE D'HALIFAX POUR L'IRPP

1. Une prémisse fondamentale biaisée

Le rapport du Groupe d'Halifax se fonde sur une prémisse fondamentale biaisée. Le Groupe affirme que dans des cas spécifiques, les critères d'éligibilité liés à la présence d'une souffrance persistante et intolérable ainsi que d'un déclin avancé et irréversible des capacités peuvent être

⁵ Conseil des académies canadiennes, 2018. 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. [CE-AMM-TM-SPMI] Ci-après: CAC AMM-TM-SPMI.

⁶ Kirby, M., Howlett, M. (2009). Out of the Shadows Forever, Annual Report 2008-2009. *Mental Health Commission of Canada*.

⁷ Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary, AB.

remplis.⁸ C'est en se basant sur ce postulat que le Groupe d'Halifax soutient que l'AMM devrait être permise pour les cas de maladie mentale et qu'il serait discriminatoire de ne pas admettre de telles demandes. Il fait également une série de recommandations concernant les processus qui pourraient être mis en place pour les demandes dans les cas de TM-SPMI.

Or, la présomption selon laquelle les critères d'éligibilité peuvent être remplis en déterminant le caractère incurable d'une maladie mentale pour toute demande d'AMM est biaisée. Le Groupe d'Halifax peut émettre son opinion, mais cette opinion n'est pas fondée sur les données probantes. Les preuves scientifiques actuelles démontrent l'inverse, c'est-à-dire qu'il est impossible de déterminer le caractère incurable ou irrémédiable d'une maladie mentale chez des individus.

Il est important de distinguer entre la possibilité de déterminer de manière rétrospective si un trouble de santé mentale était ou non irrémédiable, et la capacité à établir un pronostic de maladie incurable dans un cas spécifique. Pour remplir les critères d'éligibilité, l'évaluation des demandes d'AMM doit inclure un pronostic pour chaque cas individuel à l'effet qu'« une personne est atteinte d'un problème de santé grave et **irrémédiable** », ce qui nécessite actuellement que les critères suivants soient remplis :

- (a) souffrir d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave
- (b) être dans un état de déclin avancé qui **ne peut pas** être inversé
- (c) ressentir des souffrances physiques ou mentales insupportables causées par la maladie, le handicap ou le déclin des capacités qui **ne peuvent pas** être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables
- (d) être à un point où la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de l'état de santé sans nécessiter un pronostic précis quant à savoir combien de temps il vous reste à vivre⁹ [le critère (d) ayant été jugé inconstitutionnel lors du jugement Truchon/Gladu de 2019]¹⁰

Les experts ayant fait une recension de la littérature scientifique au sujet de la possibilité de déterminer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale aboutissent aux mêmes conclusions. L'Association des psychiatres du Canada a affirmé qu'« il n'y a pas de standard établi au Canada, ni ailleurs dans le monde au meilleur de la connaissance de l'APC, qui permette de

⁸ "in specific cases, the eligibility criteria of enduring, intolerable and irremediable suffering, and advanced and irreversible decline in capability could be met". Groupe d'Halifax. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (Février). Montréal: Institut de recherche sur les politiques publiques, page 13.

⁹ RSC 1985, c C-46

¹⁰ Truchon v. Attorney General of Canada, 2019 QCCS 3792 (CanLII)

déterminer le seuil à partir duquel les conditions psychiatriques pourraient être considérées irrémédiables. »¹¹ Dans ses recommandations concernant les politiques sur l'AMM, le Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) a indiqué qu'il est impossible à l'heure actuelle de déterminer le caractère irrémédiable dans tous les cas individuels de maladie mentale. En effet, le CAMH affirme : « À tout moment, il peut sembler qu'un individu ne répond pas aux traitements – que sa maladie est incurable – mais il n'est jamais possible de déterminer à l'avance l'évolution de la maladie chez cet individu. Il n'existe tout simplement pas assez de preuves scientifiques actuellement dans le domaine de la santé mentale pour confirmer qu'un individu spécifique est atteint d'une maladie mentale irrémédiable. »¹²

De même, après un examen attentif, d'autres ordres professionnels ont aussi affirmé que les maladies psychiatriques ne devraient pas fonder une demande d'aide à mourir étant donné qu'elles ne peuvent pas être considérées terminales ni irrémédiables. L'American Psychiatric Association « soutient qu'un psychiatre ne devrait pas prescrire ou administrer, à une personne atteinte d'une maladie qui n'est pas en phase terminale, toute intervention dans le but de causer sa mort. »¹³ De la même façon, le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists « croit que les maladies psychiatriques ne devraient jamais être le fondement du suicide médicalement assisté. »¹⁴

Même les militants pour l'élargissement de l'AMM aux personnes ayant un trouble de santé mentale reconnaissent qu'il est impossible de confirmer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale.

Dans leur argumentaire en faveur de l'élargissement de l'AMM dans les cas où un trouble mental est le seul problème médical invoqué, Dembo, Schuklenk et Reggler affirment en effet : « En ce qui concerne le caractère irrémédiable, ***bien qu'il soit impossible de prédire avec certitude la réponse aux traitements ou la rémission***, les patients aptes devraient avoir le droit de choisir pour eux-mêmes en se basant sur les meilleures données probantes disponibles au moment de

¹¹ “there is no established standard of care in Canada, or as far as CPA is aware of in the world, for defining the threshold when typical psychiatric conditions should be considered irremediable.” Gaind, K.S. (2016). Canadian Psychiatric Association interim response to Report of the Special Joint Committee on physician assisted dying. Hereinafter abbreviated *CPA-IRSJC*.

¹² “At any point in time it may appear that an individual is not responding to any interventions – that their illness is currently irremediable - but it is not possible to determine with any certainty the course of this individual’s illness. **There is simply** not enough evidence available in the mental health field at this time for clinicians to ascertain whether a particular individual has an irremediable mental illness.” Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2017). *Policy Advice on Medical Assistance in Dying for Mental Illness*. Toronto (ON): CAMH. Hereinafter abbreviated *CAMH-PAMAiDMI*

¹³ L'APA “holds that a psychiatrist should not prescribe or administer any intervention to a non-terminally ill person for the purpose of causing death” American Psychiatric Association. (2016). *Position statement on medical euthanasia*. APA.

¹⁴ Le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists “does not believe that psychiatric illness should ever be the basis for physician assisted suicide” Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. (2016). Position Statement 67: physician assisted suicide. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. RANZCP

prendre leur décision [nous soulignons]. »¹⁵ Le GCE est bien entendu en faveur de la possibilité pour les patients aptes de prendre leurs propres décisions en fonction des meilleures données disponibles. Cependant, l'enjeu du caractère irrémédiable ne concerne ni l'autonomie des patients, ni la capacité de prendre une décision. Les demandes d'AMM doivent démontrer le caractère irrémédiable d'une condition médicale, et cela n'est pas possible dans le cas des maladies mentales. Des patients, même aptes, ne peuvent savoir ce qui est inconnaissable et intrinsèquement incertain.

Le risque de permettre l'AMM-TM-SPMI, dans le contexte où il est impossible de prédire le caractère irrémédiable des maladies mentales, est évident. Des personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui auraient vu leur condition s'améliorer mourront de manière prématurée en raison d'une assistance médicale.

Ce risque est illustré de manière flagrante dans un autre document produit par Dembo (qui a aussi témoigné dans le procès Truchon/Gladu en faveur de l'élargissement de l'AMM aux personnes atteintes d'un trouble mental). Dans une étude de cas¹⁶ publiée précédemment, Dembo décrit le « Patient 1 » comme « une femme de 38 ans atteinte de schizophrénie et de trouble obsessionnel-compulsif, deux maladies qui résistent aux multiples traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, qui a fait trois tentatives de suicide après presque 10 ans de souffrances chroniques et sévères ». Lorsque Dembo et le service de psychiatrie ont été consultés pour rencontrer Patient 1, ils « étaient persuadés *qu'il n'y avait presque aucune chance qu'elle se rétablisse* ». Dembo indique qu'« *une revue attentive de la littérature indiquait également que son pronostic était extrêmement défavorable* ». Par contre, après avoir essayé un autre traitement, Dembo écrit : « ses symptômes [ceux de Patient 1] ont disparu, et elle est en bonne condition depuis deux ans. *Elle s'investit à nouveau dans un travail académique et de défense des droits, de même qu'auprès de sa famille et de ses amis, et se dit heureuse d'être en vie*. » Dembo conclut la vignette ainsi : « Je me rappelle m'être senti ambivalent et avoir eu l'impression que nous dissimulions la vérité à la patiente lorsque nous lui avons dit qu'elle avait de bonnes chances de se rétablir. En rétrospective, je pense que nous avons fait la bonne chose, *mais à ce moment-là, il nous était impossible de le savoir*. » [nous soulignons pour le paragraphe]

L'étude de cas citée dans le paragraphe précédent porte sur le dilemme moral traversé par un professionnel de la santé concernant le fait de donner de l'espoir à un patient dans une situation

¹⁵ “With respect to irremediability, although it is impossible to predict response or remission with certainty, capable patients should have the right to make their own judgments based on the best evidence available at the time of decision making.” Dembo, J., Schuklenk, U., & Reggler, J. (2018). “For Their Own Good”: A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Can J Psych*, 63(7):451-456.

¹⁶ Nous soulignons. Dembo, J. & Clemens, N. (2013). The Ethics of Providing Hope in Psychotherapy. *J Psychiatric Practice*, 19(4):316-322

que cet intervenant et son équipe, après examen attentif, croient désespérée. Bien que le cas mentionné ne soit pas un cas d'AMM, puisqu'il se déroule avant la légalisation de l'AMM au Canada, il est clair que Dembo et son équipe croyaient à ce moment qu'il s'agissait d'une condition irrémédiable. La patiente désirait mourir, comme en témoignent ses tentatives de suicide répétées, et il n'y a aucune indication dans cette étude de cas qui laisse croire que la patiente ait été inapte. Si l'AMM-TM-SPMI avait été permise, Patient 1 aurait certainement rempli tous les critères d'éligibilité, incluant la détermination (incorrecte) du caractère irrémédiable de sa maladie. Patient 1 aurait donc eu une assistance médicale à mourir. Or, la condition de Patient 1 s'est améliorée, elle est « heureuse d'être en vie », et Dembo reconnaît de manière rétrospective qu'il était impossible pour lui et son équipe de prévoir un tel développement.

Le GCE remarque avec une certaine ironie que, si l'AMM-TM-SPMI avait été fournie à cette femme de 38 ans qui n'était pas en fin de vie, l'intervenant n'aurait pas ressenti une ambivalence face au fait de donner de l'espoir dans une situation qu'il juge désespérée. Au contraire, cet intervenant aurait probablement éprouvé de la satisfaction professionnelle d'avoir, par compassion, évité des souffrances à un patient, sans jamais prendre conscience de son erreur.

Par ailleurs, il est faux de croire qu'il y a équivalence entre l'incapacité à prédire le caractère irrémédiable d'une maladie mentale et l'incertitude concernant l'évolution de maladies physiques dont on connaît bien les pathophysiologies et le développement, incluant les troubles neurodégénératifs discutés dans le cadre des jugements Carter et Truchon. Au contraire des troubles mentaux, les maladies comme le cancer ou les troubles neurodégénératifs se développent de manière prévisible, exception faite de la très rare « guérison miracle ». Même sans aucun traitement, il est estimé qu'une dépression clinique guérira spontanément dans 50% des cas.^{17, 18} Et même dans le cas de maladies comme la schizophrénie, qui a longtemps été considérée comme étant caractérisée par une trajectoire de déclin progressif sans possibilité de rémission, des recensions récentes tendent à montrer qu'« environ 50% des personnes qui sont atteints de cette maladie remplissent des critères objectifs de rétablissement durant certaines périodes au cours de leur vie, et ces périodes augmentent en fréquence et en durée passé l'âge mûr. »¹⁹

¹⁷ Whiteford, H.A., Harris, M.G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J.J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 43(8):1569-85.

¹⁸ Chin, W.Y., Chan, K.T., Lam, C.L., Wan, E.Y., & Lam, T.P. (2015). 12-Month naturalistic outcomes of depressive disorders in Hong Kong's primary care. *Fam Pract*, 32(3):288-96.

¹⁹ "around 50% of people with the illness meet objective criteria for recovery for periods of time during their lives, with the periods increasing in frequency and duration once past middle age." Bellack, A.S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophr Bull*, 32(3):432-42.

Le rapport du Groupe d'Halifax reconnaît au passage l'enjeu de l'incapacité à prédire le caractère irrémédiable d'un trouble mental. Il s'agit pourtant d'une question fondamentale pour déterminer si l'AMM devrait ou non être permise dans les cas de maladies mentales. Le Groupe d'Halifax admet qu'« il peut aussi être très difficile, voire impossible d'établir un pronostic solide sur la condition et les prédictions de l'efficacité du traitement », mais poursuit en affirmant que « dans certains cas, toutefois, l'évaluation de la capacité, du pronostic et de l'efficacité du traitement **ne sera pas difficile, et qu'il apparaîtra clair si une personne remplit ou non les critères d'éligibilité.** » Il n'existe aucune preuve scientifique à l'appui du passage souligné quant aux caractères prévisible et irrémédiable des maladies mentales. De fait, après une revue extensive de la littérature scientifique mondiale à ce sujet, le groupe de travail du comité d'experts du CAC, dont tous les membres du Groupe d'Halifax faisaient partie, n'a pas été en mesure d'identifier des études scientifiques à l'appui de la possibilité de confirmer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale dans les cas individuels.

L'affirmation contenue dans le rapport du Groupe d'Halifax, selon laquelle l'établissement d'un pronostic dans certains cas de maladie mentale « ne sera pas difficile » et qu'il « apparaîtra clair » qu'une personne remplit le critère du caractère irrémédiable de sa maladie, reflète peut-être le point de vue individuel des membres du Groupe d'Halifax, mais elle ne reflète certainement pas les preuves scientifiques ni les faits. Ainsi, en l'absence de telles preuves scientifiques, toute évaluation du caractère irrémédiable ou du déclin irréversible d'une maladie mentale sera nécessairement basée sur le système de valeurs et de croyances personnelles de l'évaluateur, et non pas sur des critères objectifs fondés sur les données probantes. La croyance infondée du Groupe d'Halifax que le caractère irrémédiable puisse être mesuré en dépit de tout ce qui précède met en relief le risque que certains intervenants aient la perception erronée qu'ils sont en mesure de statuer sur le caractère irrémédiable et incurable des maladies mentales, alors que de telles affirmations ne peuvent être faites.

Le Groupe d'Halifax est d'avis que le fait d'exiger que deux membres du corps médical ou infirmier confirment que les critères d'éligibilité sont effectivement remplis constitue une mesure de protection suffisante. Cependant, comme mentionné précédemment, et étant donné l'impossibilité de déterminer qu'une maladie mentale est réellement irrémédiable, le GCE et les études ne soutiennent pas qu'il s'agit d'une mesure de protection efficace. Que deux intervenants se hasardent à statuer sur une chose qui est inconnaissable et intrinsèquement imprévisible ne rend pas cette chose plus connaissable ou prévisible.

Dans ses recommandations, le Groupe d'Halifax suggère lui-même que « par défaut, dans les cas d'**incertitude concernant** la capacité de la personne, **le pronostic** et l'efficacité des traitements, la

personne doit être considérée comme inéligible à l'AMM [nous soulignons]. »²⁰ Le GCE est en accord avec cette affirmation. Comme le président du CE-AMM-TM-SPMI du CAC l'a souligné l'an dernier au terme du processus de recension, tout en mettant en garde que « beaucoup plus d'études et de recherches sont nécessaires avant que le Parlement n'apporte de changement à la loi... personne ne peut être absolument certain qu'un patient qui a un trouble mental ne se rétablira jamais : "Il n'est pas clair que nous ayons des façons de mesurer la capacité des personnes à prendre des décisions qui soient assez robustes pour assurer que nous ne fassions pas d'erreur, d'une façon ou d'une autre." »²¹ Aucune preuve scientifique ou clinique n'a émergé dans la dernière année pour changer ce point de vue.

Ainsi, bien que le Groupe d'Halifax suggère que deux intervenants devraient être en mesure de déterminer si une maladie mentale est irrémédiable ou non, ce point de vue est sans fondement. Les preuves scientifiques montrent qu'à l'heure actuelle, tous les pronostics dans les cas de maladie mentale ont un degré d'incertitude significatif. Il est impossible de déterminer le caractère **irrémédiable** et la présence d'un « déclin avancé et **irréversible** des capacités » dans les cas de maladie mentale. Or, les affirmations faites par le Groupe d'Halifax montrent de manière évidente que des professionnels de la santé évalueraient malgré tout certains cas de maladies mentales comme étant irrémédiables, en se basant sur leurs propres valeurs et jugements, en dépit de l'impossibilité de le déterminer dans les faits.

Pour cette raison, le GCE émet la recommandation principale qu'en regard d'une revue complète de la littérature scientifique et des preuves disponibles, les politiques sur l'AMM doivent reconnaître qu'il est actuellement impossible de déterminer le caractère irrémédiable des maladies mentales.

Recommandation principale :

Les politiques et la loi concernant l'AMM devraient reconnaître d'une manière explicite qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer avec certitude le caractère irrémédiable et la présence d'un déclin irréversible des capacités dans le cas des maladies mentales. Par conséquent, les demandes d'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué ne remplissent pas les critères d'éligibilité de l'AMM.

²⁰ The "default position in cases of uncertainty about decision-making capacity, prognosis, and treatment efficacy is that the person is ineligible for MAiD". The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy, p.21.

²¹ 'much more study and research must be done before Parliament makes any change to the law.....no one can be completely certain that a mentally ill patient is never going to get better: "It's not clear that we have ways of measuring peoples' capacity to make decisions that are robust enough so that we wouldn't make mistakes one way or the other.'" CBC News, January 3, 2019, accessed at <https://www.cbc.ca/news/politics/maid-assisted-death-minors-mental-illness-1.4956388> February 9, 2020

2. Stigmatisation et discrimination

Le Groupe d'Halifax émet plusieurs commentaires concernant le risque de stigmatisation des personnes ayant un trouble mental. Malheureusement, il est vrai que les personnes ayant une maladie mentale ont été et sont toujours l'objet d'une grande stigmatisation et d'une importante discrimination.²²

Le Groupe d'Halifax affirme que si l'AMM n'est pas étendue aux cas de TM-SPMI, cela témoignerait ou résulterait en « une perception erronée que la souffrance causée par les troubles mentaux est triviale ou que ce type de trouble est le résultat d'un défaut dans le caractère de la personne », « une fausse perception que tous les individus ayant une maladie mentale ont une capacité moindre de prendre des décisions importantes » ou « supposerait que les personnes ayant un trouble de santé mentale doivent être protégées d'elles-mêmes... [et] soit vue comme une forme de stigmatisation des personnes ayant un trouble mental (en laissant entendre qu'elles n'ont pas la capacité d'être autonomes) ».²³

Aucune de ces affirmations n'est valide puisqu'elles ignorent la raison principale pour laquelle l'AMM-TM-SPMI ne devrait pas être permise à l'heure actuelle.

Plus spécifiquement, le CGE recommande que l'AMM ne soit pas élargie pour inclure les cas de TM-SPMI parce que dans les faits, les critères d'éligibilité concernant le caractère irrémédiable de la maladie ne pourraient jamais être remplis, mais que des professionnels statueraient tout de même à ce caractère irrémédiable et qu'ainsi, des patients recevraient l'AMM de manière irrégulière.

Le CGE est d'avis que l'affirmation selon laquelle toute restriction de l'AMM-TM-SPMI refléterait nécessairement une banalisation des maladies mentales, ou une restriction de la capacité d'auto-détermination des personnes atteintes, est en soi une forme de stigmatisation. De tels arguments sous-entendent que les seules raisons potentielles pour restreindre l'AMM-TM-SPMI sont basées sur la restriction de l'autonomie, de la capacité d'agence ou de la valeur des personnes atteintes de maladie mentale. Ils oublient ce fait tout simple, que le caractère

²² Canadian Mental Health Association. 2019. *Stigma and Discrimination*. <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>

²³ “the misperception that the suffering caused by mental disorders is trivial or that mental disorder is a result of individual character failure”, “the misperception that all people with mental disorders have diminished capacity to make major decisions”, or would “imply that people with mental disorders need to be protected from themselves...[and] be seen as stigmatizing persons with mental disorders (suggesting that they lack the capacity for self-determination)”. The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy. pp 19-20

irréversible des troubles mentaux ne peut pas être déterminé avec assurance et que les politiques publiques devraient être guidées par cette réalité fondamentale.

Plus encore, des politiques qui admettraient des déterminations fautives du caractère irréversible des maladies mentales, alors qu'il est impossible de le déterminer dans les faits, serait en soit discriminatoire en exposant ceux qui souffrent de leur maladie mentale à une mort prématurée.

Valeur de la vie et stigmatisation

Quand l'AMM est offerte à l'extérieur du cadre de la fin de vie, cela signifie que l'État endosse un ensemble de procédures visant à mettre fin à la vie qui soit réservé aux individus atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique. Cela signifie que le système de justice et les pratiques de soins de santé approuvent l'idée selon laquelle les personnes atteintes de telles conditions médicales ont une raison valable d'obtenir l'assistance active de soignants pour mettre fin à leurs jours. La vie d'autres personnes n'ayant pas ces conditions médicales n'est pas stigmatisée de cette façon, de sorte que ces personnes reçoivent plus de soutien et de protection contre une mort prématurée. Ce problème est exacerbé encore davantage dans le cas des maladies mentales puisqu'il y a absence de fondement scientifique pour déterminer si une condition est irréversible ou non, de même que pour conclure qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique pour soulager la souffrance à long terme.

Accès et discrimination

Ces enjeux sont amplifiés par le manque constant d'accès à un traitement adéquat pour les troubles de santé mentale. La Commission de la santé mentale du Canada estime qu'à peine un Canadien sur trois aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale a pu bénéficier d'un traitement ou de services de soins.²⁴ En plus des ressources insuffisantes, il est démontré que la stigmatisation et l'auto-stigmatisation des personnes ayant une maladie mentale constituent deux obstacles importants à la recherche d'aide et au traitement.²⁵

Les données canadiennes montrent aussi que les populations marginalisées sont à risque particulièrement élevé. Par exemple, plusieurs revues de littérature ont montré que les personnes qui vivent dans un ménage ayant un revenu annuel inférieur à 30 000\$ sont plus à risque de faire face à des barrières dans l'accès aux soins de santé mentale que ceux ayant un

²⁴ Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB.

²⁵ Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rusch, N., Brown, J.S.L., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*, 45(1):11-27.

revenu familial plus élevé.²⁶ D'une manière similaire, chez les personnes ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, celles qui ont moins d'éducation (8^e année ou moins) ont une probabilité moins élevée d'avoir accès à des services de soins en santé mentale que celles ayant un diplôme universitaire.²⁷ Il y a également une différence entre les individus qui demandent l'AMM-TM-SPMI dans les endroits où elle est permise, et ceux qui demandent l'AMM pour des maladies terminales. Des travaux de recherche internationale tendent à montrer que les patients qui demandent l'euthanasie pour des troubles psychiatriques ont moins de ressources socio-économiques²⁸, alors que ceux qui demandent l'AMM pour des conditions terminales sont, en comparaison, davantage privilégiés aux niveaux social, économique et éducationnel.²⁹

Dans le contexte de traitements inadéquats en raison du manque d'accès aux services de santé; d'un faible taux de recherche d'aide en raison de l'auto-stigmatisation des personnes ayant un trouble mental; de l'impact cognitif des maladies mentales sur la prise de décision et sur la Souffrance Existentielle Totale (voir Section 3 (i)); et compte tenu du fait que les personnes souffrant d'un trouble mental forment une population déjà marginalisée et vulnérable, permettre l'AMM-TM-SPMI pose un risque de stigmatiser et discriminer encore davantage ceux qui vivent avec une maladie mentale. En somme, permettre l'AMM-TM-SPMI comporte le danger que l'AMM devienne une alternative pour soulager la souffrance, en l'absence d'un traitement adéquat de la maladie mentale ou des facteurs de stress psychosociaux qui y contribuent.

3. Risques supplémentaires si l'AMM-TM-SPMI est permise

Bien que la recommandation du GCE à l'effet que l'AMM ne soit pas élargie pour inclure les cas de TM-SPMI soit principalement basée sur l'impossibilité actuelle à déterminer le caractère irrémédiable des maladies mentales, nous souhaitons aussi mettre en évidence des défis et risques supplémentaires dans le cas où l'AMM-TM-SPMI serait permise.

²⁶ Slaunwhite, A. K. (2015). The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 621-627.

²⁷ Steele, L., Dewa, C., Lin, E., & Lee, K. L. K. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada. *Healthcare Policy*, 3(1), 96-106.

²⁸ Verhofstadt, M., Thienpont, L., & Ygram Peters, G.-J. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 238-245.

²⁹ Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*, 33, 591-597.

(i) Nature de la souffrance

Les troubles mentaux continuent d'être associés à de hauts niveaux de souffrance psychosociale, résultant de l'isolement social, la pauvreté, un logement inadéquat, le chômage ou le sous-emploi, de même que la stigmatisation.^{30, 31} Les personnes qui souffrent d'une maladie mentale affirment souvent que la stigmatisation et la discrimination dont elles sont victimes est plus difficile à supporter que les symptômes de la maladie elle-même³². La souffrance n'est pas cloisonnée, et le caractère intolérable d'une souffrance est le résultat de la gamme complète des souffrances éprouvées par l'individu, et non seulement les souffrances directement attribuables à la maladie. Cette reconnaissance que la Souffrance Existentielle Totale est ce qui constitue l'expérience de chaque personne, plutôt que seulement la souffrance liée à la maladie elle-même, est semblable au concept de douleur totale en soins palliatifs, tel que décrit par Dame Cicely Saunders³³ et plusieurs autres.

Selon la loi canadienne actuelle sur l'AMM, le caractère intolérable de la souffrance est déterminé de manière subjective par le patient. La perception qu'un individu a de sa souffrance et sa capacité à la tolérer sont affectées par la présence d'une maladie mentale et ce, de plusieurs façons. Les symptômes cognitifs d'un trouble mental ont souvent pour conséquence qu'un individu aura une résilience émotionnelle plus faible, de sorte que même des stress quotidiens perçus comme faibles ou modérés par des personnes en bonne santé mentale peuvent être vus comme accablants en présence d'une maladie mentale.³⁴ En raison de ces symptômes cognitifs, les personnes ayant un trouble mental sont plus à risque de se sentir bouleversés par des facteurs qui, en d'autres circonstances, ne les auraient pas bouleversés du tout. Par exemple, les personnes ont généralement des niveaux plus bas d'estime de soi et d'amour propre lorsqu'elles sont déprimées et sont plus sujettes à se sentir coupables d'être un fardeau pour leur famille ou leurs proches et ce, même si l'entourage leur assure qu'elles ne sont pas un fardeau.³⁵ Dans de telles situations, la maladie mentale crée une souffrance autour d'un enjeu qui ne reflète pas un problème réel dans la vie de la personne – la souffrance est réelle puisque ces personnes la vivent, mais la raison de cette souffrance ne reflète qu'une perception déformée de la réalité.

³⁰ Kirby, M. (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Ottawa: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

³¹ U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

³² Kirby, M., Howlett, M. (2009). *Out of the Shadows Forever, Annual Report 2008-2009. Mental Health Commission of Canada*.

³³ Saunders, C.M. (1978). *The management of terminal malignant disease*, 1st ed. London: Edward Arnold.

³⁴ Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, & Clark D. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. New York, NY: Oxford University Press

³⁵ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Des attitudes et perceptions stigmatisantes de la part des professionnels de la santé concernant la qualité de vie des personnes ayant une maladie mentale chronique risquent aussi d'influencer l'évaluation de la souffrance et des options pour l'atténuer. Des études ont suggéré que l'évaluation de la souffrance par les professionnels de la santé est influencée par leur propre perception de la qualité de vie des patients.^{36,37} Il s'agit d'une raison de plus pour s'inquiéter de la possibilité que certains professionnels de la santé auront recours à une vision très large de la souffrance intolérable pour rendre légitime une demande d'AMM, incluant divers déterminants sociaux de la santé mentale.³⁸ Des études ont montré qu'une grande variété de facteurs peuvent constituer le fondement d'une souffrance intolérable et sont considérés comme acceptables dans le cas de demande d'AMM-TM-SPMI, incluant la fatigue chronique, les traumatismes dans l'enfance, la solitude, les conflits graves avec d'autres personnes, la perte d'êtres chers, le chômage, le faible revenu, et des difficultés liées à l'assurance médicale pour couvrir les soins de santé.³⁹ Nous savons pourtant qu'il est possible d'agir sur ces facteurs; élargir l'AMM pour inclure les cas de TM-SPMI permettrait à des professionnels de la santé d'appuyer une demande d'AMM en se basant sur une évaluation très subjective des caractères intolérable et irrémédiable de la souffrance.

Il nous paraît extrêmement problématique de permettre que des visions individuelles de la souffrance intolérable, incluant des déterminants sociaux de la santé mentale, forment la base de l'approbation d'une demande de mettre fin à la vie d'un patient qui est aux prises avec une maladie mentale.⁴⁰ Permettre l'AMM-TM-SPMI alors qu'il est impossible de statuer sur le caractère irrémédiable d'une maladie mentale pose le risque d'offrir à des personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui se seraient rétablies de leur condition, une assistance à mourir simplement en raison de leur Souffrance Existentielle Totale et de facteurs de stress psychosociaux. Le Groupe d'Halifax l'admet puisqu'il reconnaît que « ces facteurs [souffrance sociale] peuvent constituer en partie la motivation derrière une demande d'AMM pour les personnes ayant un TM-SPMI. »⁴¹

³⁶ Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. (2018). Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Med Ethics*. 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>

³⁷ Stainton, T. Disability, vulnerability and assisted death: commentary on Tuffrey-Wijne, Curfs, Finlay and Hollins. *BMC Med Ethics* 20, 89 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0426-2>

³⁸ Lemmens, T. (2019). When a theoretical commitment to broad physician aid-in-dying faces the reality of its implementation. *American Journal of Bioethics* 19(10), 65–68.

³⁹ Verhofstadt, M., Thienpont L., Peters G.Y (2017). When psychiatric suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *British Journal of Psychiatry* 211(4), 238-245

⁴⁰ Ho, A., Norman J.S. (2019). Social determinants of mental health and physician aid-in-dying: The real moral crisis. *American Journal of Bioethics* 19(10), 52–54

⁴¹ "these factors [social suffering] may thus form part of the motivation for a request for MAiD for persons with MD-SUMC" The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy. pg 18

(ii) Le suicide

Le Groupe d'Halifax rappelle que le groupe de travail du CE-AMM du CAC conclut dans son rapport : « Il n'existe aucune preuve d'association entre le statut juridique de l'aide à mourir dans un pays et son taux de suicide : certains pays où l'aide à mourir est légale ont des taux de suicide plus élevés que les pays où la pratique est illégale, et vice-versa. »^{42, 43} Or, les taux de suicide dans une population ne considèrent pas ceux qui reçoivent l'AMM-TM-SPMI, ils portent sur ceux qui mettent fin à leur vie hors des processus sociétaux sanctionnés par l'État comme l'AMM. La vraie question n'est pas de déterminer si les taux de suicide changent suite à la légalisation de l'AMM-TM-SPMI, mais plutôt si cette légalisation pourrait mener à une tolérance sociale vis-à-vis le fait de tuer des gens qui, en d'autres circonstances, recevraient des services de prévention du suicide pour les aider à rester en vie.

Dans le contexte spécifique des décisions concernant le fait de mettre fin à la vie, on doit reconnaître que dans le cas unique des maladies mentales, le désir de mourir est souvent un symptôme plutôt qu'une réaction à la situation. Selon le DSM-V, « Les pensées de mort, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont courantes. Elles peuvent aller d'un souhait passif de ne pas se réveiller le lendemain matin ou une croyance à l'effet que les autres seraient mieux si l'on était mort, à des pensées passagères mais récurrentes de suicide, jusqu'à un plan de suicide précis... Les motivations du suicide peuvent inclure le désir de renoncer face à des obstacles perçus comme insurmontables, un désir intense de mettre un terme à un état émotionnel perçu comme caractérisé par une souffrance atroce et sans fin, une incapacité à concevoir jamais éprouver du plaisir à vivre, ou le souhait de ne pas être un fardeau pour les autres. »⁴⁴ Pour aucune autre maladie (non psychiatrique) le désir de mourir ne constitue un des principaux symptômes potentiels. Les initiatives de prévention du suicide ont justement pour objectif de prévenir de tels suicides.

En ce sens, le GCE remarque que les revues de littérature réalisées en Belgique et aux Pays-Bas montrent que les individus qui demandent l'AMM-TM-SPMI ont plusieurs points en commun avec ceux qui font des tentatives de suicide, incluant le sentiment d'ambivalence, se sentir

⁴² Council of Canadian Academies, 2018. The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition. Ottawa (ON):The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition, p. 96.

⁴³ OECD. (2018). Suicide Rates. Retrieved July 2018, from <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.

⁴⁴ "Thoughts of death, suicidal ideation, or suicide attempts are common. They may range from a passive wish not to awaken in the morning or a belief that others would be better off if the individual were dead, to transient but recurrent thoughts of committing suicide, to a specific suicide plan.....Motivations for suicide may include a desire to give up in the face of perceived insurmountable obstacles, an intense wish to end what is perceived as an unending and excruciatingly painful emotional state, an inability to foresee any enjoyment in life, or the wish to not be a burden to others." DSM-V.

démoralisé et désespéré face à une vie jugée intolérable, de même que l'isolement social et le sentiment de solitude.^{45,46} En abordant cet enjeu, le CAC soulève une inquiétude dans une autre de ses principales constatations, à savoir s'il est possible de distinguer entre ceux qui demandent l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM-TM-SPMI) et les personnes suicidaires. Le CAC conclut : « Des données probantes indiquent que certains patients ayant demandé l'EAS [euthanasie et aide au suicide] en contexte psychiatrique là où elle est autorisée ont des caractéristiques communes clés avec celles qui font une tentative de suicide (Section 4.2) ». ⁴⁷

En dépit des « points de vue divergents » mentionnés dans le rapport du CAC, il est remarquable que ceux exprimant des inquiétudes face à l'impossibilité de distinguer dans les faits les personnes suicidaires, auprès de qui la société tente traditionnellement d'intervenir pour prévenir le suicide, de ceux qui demandent l'AMM-TM-SPMI dans les juridictions où elle est permise, sont appuyés par de nombreuses références scientifiques montrant qu'il existe un chevauchement important entre ces deux groupes. Au contraire, les points de vue de ceux qui croient qu'il est possible de différencier le suicide de l'AMM dans ces circonstances ne sont appuyés par aucune citation d'étude scientifique. Les seules citations à l'appui sont du Canadian Centre for Suicide Prevention (dont la position est entièrement fondée sur les pratiques actuelles au Canada, dans le contexte où la mort est raisonnablement prévisible, et qui n'est par conséquent pas pertinente dans le cas des discussions entourant l'AMM-TM-SPMI) et de l'American Association of Suicidology (AAS), dont la prise de position a été critiquée avec justesse en raison du fait qu'elle n'est pas fondée sur les données probantes.⁴⁸ Au surplus, la position de l'AAS émane de et porte sur les États-Unis, un pays où l'AMM est seulement disponible pour des patients ayant une maladie en phase terminale.

(iii) Ambivalence et nécessité d'un critère de « non-ambivalence »

Le Groupe d'Halifax affirme qu'un critère de « non-ambivalence » vis-à-vis la décision de recourir à l'AMM ne devrait pas être ajouté comme critère d'éligibilité. Le rapport cite une définition non scientifique de l'ambivalence, soit celle du dictionnaire Merriam-Webster, et soutient qu'« il n'y a rien d'unique au TM-SPMI qui puisse justifier l'ajout d'un critère de décision « non

⁴⁵ Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5(7):e007454.

⁴⁶ Kim, S. Y. H., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 73(4), 362-368. doi: 10.1001.

⁴⁷ Council of Canadian Academies, 2018. The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition. Ottawa (ON):The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition.

⁴⁸ Kim, S. Y. H., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2018). Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders. How much overlap? *JAMA Psychiatry*, 75(11):1099-1100.

ambivalente » pour l'AMM-TM-SPMI ».⁴⁹ Le GCE est en désaccord avec cette position et souhaite rappeler qu'au terme de la revue de littérature scientifique à ce sujet, le groupe de travail du CE-AMM du CAC – dont tous les membres du Groupe d'Halifax faisaient partie – admet dans une de ses principales constatations : « La plupart des personnes qui tentent de se suicider sont ambivalentes à l'idée de vouloir mourir (Section 3.2.1). »⁵⁰

Le GCE est en désaccord avec le Groupe d'Halifax sur le point qu'« il n'y a rien d'unique au TM-SPMI » concernant l'ambivalence et le désir de mourir. Dans le contexte d'une augmentation potentielle de l'accès aux moyens de se suicider via l'AMM dans le cas de maladies mentales, le GCE est préoccupé face à la possibilité qu'en période d'ambivalence ou de vulnérabilité, les distorsions cognitives négatives qui accompagnent fréquemment la dépression, jumelées à l'ambivalence des idées suicidaires risquent d'inciter des individus à prendre la décision fatale et permanente de mettre fin à leur vie, puisque des moyens létaux sont accessibles.

Le Groupe d'Halifax affirme erronément que les décisions de personnes aptes regardant les soins médicaux n'ont pas à être non ambivalentes, et fait des parallèles avec une sélection restreinte de « décisions qui peuvent avoir des conséquences majeures ou même mortelles (i.e., arrêter une dialyse ou refuser de poursuivre la chimiothérapie) » pour appuyer ses propos. Ces exemples triés sur le volet entraînent une fausse analogie.

Loin de constituer une discussion théorique et conceptuelle, le refus d'un traitement qui pourrait potentiellement sauver la vie d'une personne qui, sans ce traitement, est condamnée à mourir n'équivaut pas à mettre activement fin à la vie d'une autre personne qui aurait continué à vivre sans l'AMM. Octroyer l'AMM à un patient qui n'est pas en fin de vie est une intervention active qui change de manière permanente le cours de sa vie en y mettant fin.

Le Groupe d'Halifax rappelle que le juge Smith dans l'arrêt Carter fait référence à « des personnes capables, bien informées, non ambivalentes »⁵¹ et entend la non-ambivalence au sens de « demandes persistantes et constantes ».⁵² Bien que les critères actuels de l'AMM n'incluent pas celui de non-ambivalence, l'AMM nécessite actuellement que la mort soit « raisonnablement prévisible ». Par conséquent, qu'une personne choisisse ou non l'AMM, elle mourra dans un temps relativement restreint. Lorsqu'on retire le critère de la mort « raisonnablement

⁴⁹ “there is nothing unique to MD-SUMC that would justify adding an eligibility criterion of a ‘nonambivalent’ decision for MAiD MD-SUMC”. The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy. pg 26

⁵⁰ Council of Canadian Academies, 2018. *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition*. Ottawa (ON):The Expert Panel Working Group on MAiD Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition.

⁵¹ “a fully-informed, non-ambivalent competent adult patient”. *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2012] BCSC 886 at paragraph 1393.

⁵² “persistently and consistently requesting” *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2012] BCSC 886] at paragraph 313.

prévisible », l'AMM met fin à une vie qui aurait pu durer encore longtemps. Dans un autre rapport de l'IRPP, Downie et Chandler reconnaissent que dans le cas de maladies mentales, la vie peut être raccourcie de plus d'une décennie.⁵³ Or, bien qu'il soit impossible de savoir ce qui est constant et persistant dans la tête d'une autre personne (i.e., déterminer si cette personne est ambivalente ou non), contrairement à l'affirmation du Groupe d'Halifax, il existe des précédents d'obligation d'attente pour une longue période de temps, dans le but de s'assurer que les demandes d'une personne pour obtenir une intervention médicale changeant de manière permanente le cours de sa vie soient vraiment persistantes et constantes. Par exemple, toute chirurgie de conversion sexuelle requiert un diagnostic de « dysphorie de genre persistante », 12 mois continus d'hormonothérapie, en plus de vivre 12 mois dans un rôle du genre souhaité.⁵⁴

En résumé, en se basant sur une revue plus complète de la littérature scientifique que la sélection étroite présentée dans le rapport du Groupe d'Halifax, le GCE est en désaccord avec l'opinion du Groupe d'Halifax selon laquelle un critère de non-ambivalence n'est pas nécessaire pour ceux qui demandent l'AMM lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Un critère de non-ambivalence est particulièrement important lorsque l'AMM est offert dans des cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, afin d'éviter que la société facilite la mort de personnes suicidaires ambivalentes face à leur désir de mourir.

Recommandation auxiliaire 1 :

Un critère de non-ambivalence devrait être imposé pour obtenir l'AMM dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

- (iv) La « Décision réfléchie », une mesure de protection incomplète et la nécessité d'ajouter un critère d'« absence d'alternatives thérapeutiques raisonnables »

Le Groupe d'Halifax soutient qu'un critère de « décision réfléchie [well-considered] » tel qu'il le définit dans le rapport « prend mieux en compte les aspects de la prise de décision qui sont importants dans le cadre de la loi. Il atteint aussi ce que la plupart, sinon tous les gens qui demandent un critère de non-ambivalence recherchent en réalité. »⁵⁵ Le GCE est en désaccord avec cette affirmation.

⁵³ Downie, J., and J.A. Chandler. 2018. *Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying Legislation*. IRPP Report. Montreal: Institute for Research on Public Policy. DOI: <https://doi.org/10.26070/efpr-9034>

⁵⁴ <https://www.ontario.ca/page/gender-confirming-surgery> taken Feb 5, 2020

⁵⁵ "more properly takes into account aspects of decision-making that the law should be concerned about. It also achieves what most, if not all, people who are advocating for a criterion of nonambivalence are actually seeking". The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy.

Le Groupe d'Halifax mentionne des éléments clés de la « demande volontaire et réfléchie » dans le Code de l'Euthanasie aux Pays-Bas⁵⁶ et rappelle que la législation belge exige qu'une demande soit « réfléchie et répétée »⁵⁷. Toutefois, le Groupe d'Halifax omet de mentionner les autres mesures de protection clés dans ces deux pays, soit l'exigence d'absence d'« alternative thérapeutique raisonnable » qui pourrait être essayée avant d'obtenir l'AMM.

Aux Pays-Bas, on demande qu'il n'y ait « **aucune possibilité d'amélioration** » et « le médecin doit être arrivé à la conclusion, conjointement avec le patient, **qu'il n'existe aucune alternative raisonnable** à la situation du patient. » En Belgique, le médecin doit s'assurer que « le patient est dans une **condition futile d'un point de vue médical** de souffrance physique ou mentale constante et intolérable qui ne peut pas être atténuée, et qui est le résultat d'un trouble grave et incurable causé par une maladie ou un accident **sans aucun traitement alternatif ni autres perspectives thérapeutiques**. ».^{58, 59} La loi et les politiques canadiennes en matière d'AMM n'exigent pas qu'il y ait absence d'« alternative raisonnable »; elles se fondent sur une évaluation purement subjective par la personne que ses souffrances « ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que [la personne juge] acceptables ». Cela signifie que les patients canadiens peuvent obtenir l'AMM même lorsqu'il existe des « alternatives raisonnables » que le patient n'a pas essayées. À la différence de la Belgique et des Pays-Bas, la loi canadienne permet à un patient de rejeter toutes les options thérapeutiques qui pourraient atténuer ses souffrances en fin de vie et obtenir tout de même l'AMM. Informer simplement les patients de l'existence d'alternatives raisonnables ne constitue pas une mesure de sécurité suffisante, contrairement à ce qu'affirme le Groupe d'Halifax.

Il est troublant que le Groupe d'Halifax omette, dans son rapport, de discuter des implications de l'absence du critère d'« absence d'alternative raisonnable » dans la loi canadienne, à la différence des autres pays où l'AMM est permise pour des conditions médicales non terminales. Cet aspect a pourtant été exploré en profondeur dans le rapport du CAC, auquel tous les membres du Groupe d'Halifax ont contribué. Suite à la revue de littérature sur le sujet, le rapport du CAC mentionne dans ses principales constatations : « Aucun autre pays n'autorise l'AMM-TM-SPMI lorsque l'un des critères d'admissibilité se fonde sur l'évaluation subjective d'une personne à l'égard des conditions qu'elle juge acceptables pour apaiser sa souffrance

⁵⁶ Regional Euthanasia Review Committees. 2018. *Euthanasia Code 2018: Review Procedures in Practice*. Regional Euthanasia Review Committees, the Netherlands. https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/EuthanasieCode_2018_ENGELS_def.pdf

⁵⁷ Nys, H. (2017). A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands. In D. A. Jones, C. Gastmans & C. MacKellar (Eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

⁵⁸ CCA AMM-TM-SPMI, pp 113-114

⁵⁹ Lemmens, T. (2018) Charter Scrutiny of Canada's Medical Assistance in Dying Law and the Shifting Landscape of Belgian and Dutch Euthanasia Practice (April 3, 2018). (2018) 85 *Supreme Court Law Review* (2nd Series) 459

intolérable. *Si le Canada devait élargir l'AMM-TM-SPMI en utilisant ce critère, il pourrait devenir l'État le plus permissif au monde* en ce qui concerne la façon d'évaluer le soulagement de la souffrance [nous soulignons]. »⁶⁰

De l'avis du GCE, en se basant sur les données probantes, un critère de « décision réfléchie » n'est pas suffisant à lui seul en l'absence d'un critère d'« absence d'alternative raisonnable » dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, contrairement à ce que suggère le Groupe d'Halifax. Le GCE reconnaît que la loi permet aux patients de refuser tout traitement. Mais, pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie, cette possibilité de refus de traitement n'a jamais été combinée à la possibilité de demander que le système de santé intervienne activement pour mettre fin à la vie alors que des traitements sont disponibles. Permettre à des professionnels de la santé, ou même exiger d'eux qu'ils mettent fin à la vie de patients dans ces circonstances revient à permettre ou imposer une obligation sans précédent d'offrir des soins de qualité inférieure. Comme il est décrit en détails à l'annexe 1 de ce rapport, une telle obligation irait à contre-courant des autres domaines de pratique médicale, où il n'est pas permis d'offrir des soins ou de pratiquer des interventions médicales qui ne sont pas conformes aux standards de la profession, même devant l'insistance d'un patient. Le GCE souhaite également rappeler que de nombreux services médicaux ne sont offerts qu'en présence de certaines conditions préalables, par exemple une transplantation du foie.

Recommandation auxiliaire 2 :

Un critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » devrait être imposé pour déterminer l'éligibilité d'une demande à l'AMM dans les situations où la mort n'est pas raisonnablement prévisible.*

** N.B. Pour des raisons détaillées plus haut, le GCE soutient le critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » pour toutes les demandes d'AMM, tel que demandé partout ailleurs dans le monde excepté au Canada. Néanmoins, ce critère sera particulièrement crucial advenant le cas où le critère d'une « mort naturelle raisonnablement prévisible » serait annulé, ce qui est l'objet de cette critique.*

(v) Faux sentiment de sécurité généré par les « mesures de sécurité »

Le Groupe d'Halifax propose un certain nombre de mesures de sécurité qu'il considère suffisantes pour conférer une protection adéquate dans les cas d'AMM-TM-SPMI. Il suggère que « lorsque les défis concernant la capacité d'une personne sont trop grands, les intervenants ne

⁶⁰ CCA AMM-TM-SPMI, p. 164.

seront pas en mesure de former une opinion et, par conséquent, les individus ne seront pas éligibles à l'AMM. »⁶¹ Ceci sous-entend erronément que la capacité peut constituer une mesure de sécurité efficace contre les distorsions cognitives potentielles associées aux maladies mentales. Il est faux de le croire, et souvent, les personnes resteront aptes en dépit du fait que les symptômes d'une maladie mentale affectent de manière significative leur jugement et leur capacité à prendre des décisions éclairées. Même lorsqu'une personne maintient sa capacité, les décisions prises lorsqu'elle souffre de sa maladie mentale seront affectées par les symptômes de sa maladie, notamment le désespoir, les ruminations biaisées concernant les dénouements potentiels négatifs et le rejet de ceux qui seraient positifs, la stigmatisation, le manque d'estime de soi et d'amour-propre, le sentiment d'être un fardeau pour sa famille, et autres changements cognitifs. Tous ces symptômes peuvent influencer les décisions d'une personne, notamment celles qui concernent le traitement.^{62, 63, 64, 65}

Le Groupe d'Halifax affirme que les critères ne « devraient pas exiger une évaluation de la qualité de cette décision par la personne ». Bien que le rapport cite le critère de « décision réfléchie », le Groupe d'Halifax passe sous silence le fait que dans le code de pratique des Pays-Bas (RTE Code of Practice), le critère de la « décision réfléchie » implique aussi que l'on doit pouvoir « déterminer avec assurance qu'un trouble psychiatrique n'affecte pas la capacité du patient à porter un jugement ». ⁶⁶ L'idée qu'un critère de capacité légale, seul, suffirait à protéger contre une capacité altérée de prise de décision est incorrecte. La plupart des gens qui sont atteints d'une maladie mentale conservent leur capacité à prendre des décisions médico-légales. Négliger le fait que la prise de décision puisse être altérée par la maladie mentale malgré le maintien de la capacité légale est en soi une position discriminatoire, puisqu'elle ne tient pas compte des défis particuliers auxquels font face les gens atteints d'un trouble de santé mentale.

Le Groupe d'Halifax affirme que, plutôt que de refléter un désir inconstant ou irréfléchi d'obtenir l'AMM, les individus qui demandent l'AMM et changent d'avis témoignent d'« un désir d'avoir un plan B ou une porte de sortie, attestant du fait que l'option de l'AMM est en soi une façon de

⁶¹ “where the challenges with respect to capacity are too great, practitioners will not be able to reasonably form the relevant opinion and therefore individuals will not be eligible for MAiD”. The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy.

⁶² Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.

⁶³ Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2016). *Mind over mood: change how you feel by changing the way you think*. Second edition. New York, NY: The Guilford Press.

⁶⁴ Burns, D. D. (1999). *The feeling good handbook*, Rev. ed. New York, NY, US: Plume/Penguin Books.

⁶⁵ Ferreri, Fl, Lapp L.K., & Peretti C.C. (2011). Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 24(1):49-54.

⁶⁶ “it must be ruled out that the patient’s psychiatric disorder has impaired his ability to form judgments”. RTW Code of Practice, Pays-Bas.

pallier la souffrance, une aide pour les individus à endurer leurs souffrances. »⁶⁷ Cet argument, et la reconnaissance du fait qu'une intervention psychologique puisse soulager les souffrances, va à l'encontre de l'affirmation selon laquelle ces individus sont dans un état de souffrance irrémédiable.

En effet, dans le rapport du CAC, les données internationales sur l'AMM-TM-SPMI montrent que 38% des individus ont retiré leur demande et 11% ont choisi de retarder ou d'annuler la procédure après qu'elle ait été approuvée.⁶⁸ Ainsi, malgré que les demandes d'AMM-TM-SPMI soient faites dans les cas de souffrances « chroniques, constantes et intolérables, sans aucune perspective d'amélioration en raison d'une absence de réponse au traitement », la moitié des personnes ayant fait ces demandes ont changé d'avis et étaient encore en vie entre un et quatre ans plus tard (selon le moment où le patient a été évalué au cours de l'étude). Il n'y a évidemment aucun moyen de savoir, parmi les personnes ayant reçu l'AMM, combien auraient changé d'avis durant cette période si elles n'avaient pas obtenu une mort assistée.

Ces éléments sont au cœur même de l'enjeu de permettre l'AMM-TM-SPMI et plus spécifiquement des conséquences de déterminer qu'une condition est irrémédiable, alors qu'il est impossible dans les faits de le confirmer pour les cas de trouble mental. Cet enjeu est mentionné dans le rapport du CAC sur l'AMM-TM-SPMI, qui rapporte : « Certains membres du groupe de travail croient que, même avec des mesures de protection en place, certains des risques de sur-inclusion mentionnés précédemment ne seraient toujours pas atténués si l'on élargissait l'AMM-TM-SPMI.⁶⁹

Enfin, le Groupe d'Halifax émet des recommandations concernant l'établissement d'un processus de surveillance et d'évaluation post hoc par les pairs. Le GCE reconnaît qu'un tel processus de surveillance et d'évaluation serait important si l'AMM est élargie aux personnes qui ne sont pas en fin de vie. Cependant, le GCE souhaite souligner que ce processus ne constituerait pas en soi une mesure de protection efficace pour les demandes d'AMM-TM-SPMI. En effet, une fois qu'un patient a reçu l'AMM, il est impossible de se rendre compte qu'il y a eu erreur. Tout processus d'évaluation post hoc mènera à la conclusion que la maladie mentale était effectivement « irrémédiable », contribuant du même coup à renforcer la prémisse de base erronée selon laquelle il est possible de déterminer qu'une maladie mentale est irrémédiable. Une analyse post hoc des cas d'AMM-TM-SPMI serait simplement une façon de rassurer la société, en affirmant faussement que l'AMM est offerte seulement pour des conditions

⁶⁷ "a desire for a backup or exit route, revealing that the option of MAiD is itself a form of palliation, enabling individuals to persevere through their suffering". The Halifax Group. 2019. *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition*. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy. pg 21

⁶⁸ CAC AMM-TM-SPMI p. 123.

⁶⁹ CAC AMM-TM-SPMI p. 198.

irrémediables, alors que dans les faits, la science nous démontre que certaines des personnes qui recevraient l'AMM pour un TM-SPMI auraient vu leur condition s'améliorer. Il sera simplement impossible de savoir qui.

4. Dans le cas où l'AMM-TM-SPMI serait envisagée

Puisqu'il est impossible de prédire le caractère irrémediable d'une maladie mentale, la recommandation principale du GCE est que les politiques publiques et la loi concernant l'AMM devraient reconnaître ce fait de manière explicite : à l'heure actuelle, il n'est pas possible de déterminer qu'une maladie mentale est irrémediable et que le déclin des capacités est irréversible.

Advenant le cas où l'AMM-TM-SPMI serait tout de même considérée dans un avenir plus ou moins rapproché, le GCE croit fermement qu'il est nécessaire au préalable de tenir un débat social en profondeur sur la question. L'élargissement de l'AMM pour les cas de TM-SPMI ne devrait être envisagée que dans le cas où la loi permet explicitement l'AMM dans des conditions qui ne sont pas irrémediables. Ce dialogue sociétal et le développement des politiques publiques devraient impliquer des individus ayant une expérience vécue de maladie mentale, en particulier ceux qui font partie de groupes vulnérables, marginalisés ou sous-représentés, notamment les personnes vivant avec un handicap, des personnes et organismes issus des Premières Nations et des communautés métisses et inuites, les personnes en situation de pauvreté et les personnes LGBTQ2S.

Tel qu'indiqué au début de ce rapport, le GCE reconnaît que les troubles mentaux sont la cause d'une souffrance importante. Néanmoins, ils ne peuvent pas être jugés irrémediables. Une société qui offrirait l'AMM à des personnes sous le faux prétexte que leur condition psychiatrique est irrémediable poserait un risque important : que la société se convainque que de tels troubles peuvent être jugés irrémediables et donc que l'AMM devrait être octroyée suivant la Souffrance Existentielle Totale. Si la société décide de permettre l'AMM en tenant compte de cette Souffrance Existentielle Totale même en l'absence du critère du caractère irrémediable d'une condition médicale, ce changement devrait être fait de manière ouverte et transparente, et la société devrait être bien informée de ce pourquoi l'AMM est donnée. Par exemple, certains groupes aux Pays-Bas militent ouvertement pour que toute personne âgée de 70 ans ou plus et qui est fatiguée de vivre puisse recevoir l'AMM, même en l'absence d'une condition médicale irrémediable.⁷⁰

Soyons clairs : le GCE n'appuie pas et ne recommande pas cette position.

⁷⁰ Out of Free Will (*uit vrije wil* translated). (2010). Retrieved from <http://www.uitvrijewil.nu/index.php?id=1000>

Néanmoins, il est dangereux et discriminatoire de permettre l'AMM-TM-SPMI sous le faux prétexte que le caractère irrémédiable peut être déterminé dans le cas de maladies mentales. Cela ne sert qu'à rassurer la société en affirmant faussement que l'AMM est octroyée pour certaines raisons, alors que ce n'est pas le cas en réalité. Si la société croit que ceux qui souffrent d'une condition médicale *remédiable* devraient avoir droit à l'AMM, elle doit prendre une décision ouverte et transparente, plutôt que de chercher à se rassurer en se faisant croire que les critères du caractère « irrémédiable » et du « déclin irréversible » sont remplis dans les cas d'AMM-TM-SPMI. En outre, tel qu'indiqué précédemment, dans tous les cas de demande d'AMM lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible, le GCE émet cette recommandation auxiliaire : Un critère d'« absence d'alternative thérapeutique raisonnable » devrait être imposé pour déterminer l'éligibilité d'une demande à l'AMM dans les situations où la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

CONCLUSION

Le GCE espère que ce critère du rapport du Groupe d'Halifax sera utile pour les décideurs politiques et pour le grand public, dans le contexte d'une évolution des politiques concernant l'AMM au Canada. Le GCE espère également que la revue de littérature plus complète présentée ici permettra aux législateurs d'appuyer sa recommandation principale :

Les politiques et la loi concernant l'AMM devraient reconnaître d'une manière explicite qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer avec certitude le caractère irrémédiable et la présence d'un déclin irréversible des capacités dans le cas des maladies mentales. Par conséquent, les demandes d'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué ne remplissent pas les critères d'éligibilité de l'AMM.

Rappelons que les arguments selon lesquels le fait d'interdire l'AMM-TM-SPMI renforcerait la stigmatisation des personnes ayant un trouble mental, ou qui soutiennent que d'« empêcher les personnes ayant un TM-SPMI d'avoir accès à l'AMM est discriminatoire puisque cette restriction se base sur le diagnostic plutôt que sur les capacités réelles de la personne », comme le suggère le Groupe d'Halifax, sont eux-mêmes discriminatoires et stigmatisants. En effet, ces arguments passent sous silence les différences réelles qui existent entre des troubles mentaux, dont le développement est imprévisible, et les autres conditions médicales visées par les politiques d'AMM, qui ont une trajectoire de développement prévisible. En omettant de tenir compte de ces différences, et étant donné l'impossibilité à déterminer le caractère irrémédiable des maladies mentales, élargir l'AMM pour inclure les cas de TM-SPMI reviendrait à exposer des

personnes extrêmement vulnérables à un risque important, en permettant à la société de mettre un terme à la vie de personnes atteintes d'une maladie mentale, qui ne sont pas en fin de vie et dont la condition se serait améliorée.

Annexe 1 – Discussion concernant l'autonomie du patient dans son choix de traitement

Le fait que la Cour Suprême du Canada a statué de manière explicite dans l'arrêt Carter que « le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables »⁷¹, de même que la reconnaissance dans la législation canadienne du droit au refus d'un traitement médical qui pourrait sauver la vie, pourraient mener certaines personnes à affirmer que l'AMM devrait être accessible pour des patients qui ne sont pas en fin de vie et qui refusent toute forme de traitement.

Le GCE a la conviction qu'une interprétation généreuse de la décision de la Cour Suprême dans l'arrêt Carter est nécessaire, c'est-à-dire qui parvienne à concilier la décision elle-même avec la nécessité de protéger la vie des personnes vulnérables, le respect de l'intégrité de la pratique médicale et le devoir de tout intervenant et professionnel de la santé de prodiguer des soins. Le GCE croit fermement qu'il est impossible que l'intention de la Cour Suprême ait été d'affirmer que des personnes qui disposent de plusieurs options de traitements ayant de bonnes chances d'atténuer leurs souffrances et de leur permettre de continuer à vivre pour des années, voire des décennies, peuvent néanmoins refuser toutes ces options de traitement et s'attendre en même temps à ce que l'État mobilise des ressources et des services médicaux pour mettre fin à leur vie. Une telle position aurait de graves conséquences pour la protection des personnes vulnérables et pour l'intégrité de la pratique de la médecine. Cela imposerait un fardeau éthique et psychologique sans précédent aux professionnels de la santé. Cela irait enfin à l'encontre de la pratique médicale actuelle et de toutes les initiatives de prévention du suicide.

Le GCE est d'avis que l'AMM constitue une procédure qui pose des défis uniques, et que la décision de la Cour Suprême dans l'arrêt Carter, en reconnaissant le besoin d'un régime réglementaire strict et la nécessité de solides mesures de protection, reconnaît ce statut particulier de l'AMM. L'AMM n'équivaut pas à refuser un traitement qui pourrait sauver la vie, et certainement pas dans n'importe quelles circonstances.

C'est une chose de reconnaître que toute personne, placée dans les mêmes circonstances que celles des plaignants dans l'arrêt Carter, peut refuser tout traitement supplémentaire et en même temps demander que les professionnels de la santé, dans ces circonstances, fournissent une assistance pour mettre fin à la vie. C'est tout autre chose que d'affirmer que des patients qui pourraient vivre encore plusieurs années ou décennies grâce à des interventions médicales régulières ayant de bonnes chances de soulager leurs souffrances, peuvent les refuser toutes, et peuvent en plus insister pour que les professionnels de la santé mettent activement fin à leur existence. Même si, pour certaines formes de maladies, le refus de traitement aura à long terme

⁷¹ Carter v Canada (AG) 2015 1 SCR 331, par. 127

le même résultat pour les patients que des procédures actives visant à mettre fin à leur vie, cela ne revient pas au même pour les professionnels de la santé à qui l'on demande de pratiquer ces procédures, ni pour le système de santé qui se voit obligé d'endosser cette pratique. (Le GCE souhaite de nouveau faire remarquer que dans le cas des maladies mentales, la rémission sans traitement est possible, ce qui indique que le refus de traitement peut engendrer un résultat bien différent qu'une intervention pour mettre fin à la vie).

En outre, il existe aussi une différence entre ces deux éléments au niveau de leur fondement légal. Le refus de traitement n'est pas seulement basé sur le droit d'un individu à prendre les décisions médicales qui le concernent, mais aussi sur le droit fondamental de chaque individu au respect de son intégrité physique. Porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne par des interventions médicales en l'absence de consentement clair et non ambigu constitue une agression, comme le fait remarquer avec justesse le groupe de travail du CAC-AMM sur les directives anticipées.⁷² Le consentement est, dans ce contexte, le symbole du droit au respect de son intégrité corporelle. Dans le cas de l'AMM, on se trouve devant la situation inverse : sans consentement clair et univoque, il s'agit de l'invasion corporelle la plus sérieuse qui soit, qui résulte en la mort de la personne. Il va sans dire qu'en ce qui concerne une telle invasion corporelle menant à la mort, l'on doit exiger que le processus de prise de décision soit le plus clair et le plus rigoureux possible.

Ne pas imposer un traitement qui n'est pas souhaité est nécessaire pour assurer le respect de l'intégrité physique des patients et ne constitue pas une violation flagrante des standards professionnels des soins de santé. Par contre, un système réglementaire qui permet ou exige des professionnels de la santé qu'ils agissent pour mettre fin à la vie de patients disposant de plusieurs options de traitement revient à permettre ou imposer le devoir de prodiguer des soins de qualité inférieure, sous les standards de la profession. Dans la pratique médicale régulière, les professionnels de la santé ne peuvent pas faire une intervention ou donner des services qui violent les standards professionnels, même devant l'insistance des patients. Par exemple, les médecins ne peuvent pas prescrire des médicaments expérimentaux qui n'ont pas été approuvés, sauf dans le contexte d'essais cliniques permis. Ils ne peuvent pas non plus offrir des thérapies de cellules souches, ni aucun autre traitement ou chirurgie qui n'a pas prouvé son efficacité et ce, même lorsque les patients insistent que ces traitements constituent leur seule chance de survie.

Une analogie appropriée pour les maladies mentales est l'exemple du trouble de la dysmorphie corporelle (TDC) ou dysmorphophobie. Les personnes ayant un TDC sont extrêmement

⁷² Council of Canadian Academies, 2018. The State of Knowledge on Advance Requests for Medical Assistance in Dying. Ottawa (ON):The Expert Panel Working Group on Advance Requests for MAID, 38.

préoccupés par un ou plusieurs défauts mineurs ou même inexistantes de leur apparence physique. Cela génère chez elles une grande détresse. Leurs préoccupations liées à ces défauts perçus peuvent les mener à suivre des traitements cosmétiques ou subir des interventions de chirurgie plastique plutôt que d'avoir recours à des soins psychiatriques. Les revues de littérature concernant les individus ayant un TDC et qui ont subi une intervention chirurgicale montrent que la chirurgie atténue rarement leurs symptômes et en augmente même parfois le degré de sévérité.⁷³ Les symptômes du TDC influencent de manière significative les processus de prise de décision des personnes qui en sont atteintes, malgré le fait qu'elles conservent leur capacité légale à prendre des décisions. Par conséquent, et puisque les interventions chirurgicales plastiques ne sont pas recommandées dans les cas de TDC, des professionnels de la santé qui accepteraient de pratiquer de multiples interventions chirurgicales plutôt que de référer la personne à des services de santé mentale, seraient considérés comme prodiguant des soins de qualité inférieure, qui ne respectent pas les standards de la pratique médicale.

Si une violation des standards de la pratique n'est pas permise même lorsque les patients le demandent sur la base de leur désir de vivre, par exemple dans le cas de thérapies à base de cellules souches qui n'ont pas fait l'objet de tests ou de médicaments qui n'ont pas encore été approuvés, comment pourrait-on le permettre dans le contexte d'un désir souvent ambigu et ambivalent de mourir? Comme indiqué précédemment, le GCE souhaite rappeler que plusieurs services médicaux exigent certaines conditions préalables avant qu'elles puissent être offertes à une personne, par exemple une transplantation hépatique.

⁷³ Kelly, M., Didie, E., & Hart, A. (2018). Cosmetic Treatments and Body Dysmorphic Disorder. *International OCD Foundation*. <https://bdd.iocdf.org/expert-opinions/cosmetic-treatments-and-bdd/>

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2016). Position statement on medical euthanasia. APA.
- Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*, 33, 591-597.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Bellack, A.S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophr Bull*, 32(3):432-42.
- Burns, D. D. (1999). *The feeling good handbook*, Rev. ed. New York, NY, US: Plume/Penguin Books.
- Canadian Mental Health Association. 2019. Stigma and Discrimination. <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>
- Carter v. Canada (AG) 2015 1 SCR 331.
- Carter v. Canada (Attorney General), [2012] BCSC 886.
- CBC News, January 3, 2019, accessed at <https://www.cbc.ca/news/politics/maid-assisted-death-minors-mental-illness-1.4956388> February 9, 2020.
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2017). Policy Advice on Medical Assistance in Dying for Mental Illness. Toronto (ON): CAMH.
- Chin, W.Y., Chan, K.T., Lam, C.L., Wan, E.Y., & Lam, T.P. (2015). 12-Month naturalistic outcomes of depressive disorders in Hong Kong's primary care. *Fam Pract*, 32(3):288-96.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rusch, N., Brown, J.S.L., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related

stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*, 45(1):11-27.

Council of Canadian Academies, 2018. *The State of Knowledge on Advance Requests for Medical Assistance in Dying*. Ottawa (ON):The Expert Panel Working Group on Advance Requests for MAID.

Council of Canadian Academies, 2018. *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition*. Ottawa (ON): The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition.

Conseil des académies canadiennes, 2018. *L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir*. Ottawa (ON) : Groupe de travail du comité d'experts sur les demandes anticipées d'AMM.

Conseil des académies canadiennes, 2018. *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.

Dembo, J. & Clemens, N. (2013). The Ethics of Providing Hope in Psychotherapy. *J Psychiatric Practice*, 19(4):316-322.

Dembo, J., Schuklenk, U., & Reggler, J. (2018). "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Can J Psych*, 63(7):451-456.

Downie, J., and J.A. Chandler. 2018. *Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying Legislation*. IRPP Report. Montreal: Institute for Research on Public Policy. DOI: <https://doi.org/10.26070/efpr-9034>.

Ferreri, Fl, Lapp L.K., & Peretti C.C. (2011). Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 24(1):49-54.

Gaind, K.S. (2016). Canadian Psychiatric Association interim response to Report of the Special Joint Committee on physician assisted dying. CPA.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2016). *Mind over mood: change how you feel by changing the way you think*. Second edition. New York, NY: The Guilford Press.

Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, & Clark D. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. New York, NY: Oxford University Press.

Ho, A., Norman J.S. (2019). Social determinants of mental health and physician aid-in-dying: The real moral crisis. *American Journal of Bioethics* 19(10), 52–54.

<https://www.ontario.ca/page/gender-confirming-surgery> taken Feb 5, 2020.

Kelly, M., Didie, E., & Hart, A. (2018). *Cosmetic Treatments and Body Dysmorphic Disorder*.

International OCD Foundation. <https://bdd.iocdf.org/expert-opinions/cosmetic-treatments-and-bdd/>

Kim, S. Y. H., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2018). Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders. How much overlap? *JAMA Psychiatry*, 75(11):1099-1100.

Kim, S. Y. H., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 73(4), 362-368. doi: 10.1001.

Kirby, M. (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Ottawa: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Kirby, M., Howlett, M. (2009). *Out of the Shadows Forever, Annual Report 2008-2009*. Mental Health Commission of Canada.

Lemmens, T. (2019). When a theoretical commitment to broad physician aid-in-dying faces the reality of its implementation. *American Journal of Bioethics* 19(10), 65–68.

Lemmens, T. (2018). Charter Scrutiny of Canada's Medical Assistance in Dying Law and the Shifting Landscape of Belgian and Dutch Euthanasia Practice (April 3, 2018). (2018) 85 *Supreme Court Law Review* (2nd Series) 459.

Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB.

Mishara, B. L., & Kerkhof, A. J. F. M. (2018). Canadian and Dutch doctors' roles in assistance in dying. *Canadian journal of public health*, 109(5-6), 726-728. doi:10.17269/s41997-018-0079-9.

Nys, H. (2017). A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands. In D. A. Jones, C. Gastmans & C. MacKellar (Eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

OECD. (2018). *Suicide Rates*. Retrieved July 2018, from <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.

Out of Free Will (uit vrije wil translated). (2010). Retrieved from <http://www.uitvrijewil.nu/index.php?id=1000>

Regional Euthanasia Review Committees. 2018. *Euthanasia Code 2018: Review Procedures in Practice*. Regional Euthanasia Review Committees, the Netherlands. https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/EuthanasieCode_2018_ENGELS_def.pdf.

Rousseau, S., Turner, S., Chochinov, H. M., Enns, M. W., & Sareen, J. (2017). A national survey of Canadian psychiatrists' attitudes toward medical assistance in death. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(11), 787-794.

Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. (2016). *Position Statement 67: physician assisted suicide*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. RANZCP.

RSC 1985, c C-46.

Saunders, C.M. (1978). *The management of terminal malignant disease*, 1st ed. London: Edward Arnold.

Slaunwhite, A. K. (2015). The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 621-627.

Stainton, T. Disability, vulnerability and assisted death: commentary on Tuffrey-Wijne, Curfs, Finlay and Hollins. *BMC Med Ethics* 20, 89 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0426-2>.

Steele, L., Dewa, C., Lin, E., & Lee, K. L. K. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada. *Healthcare Policy*, 3(1), 96-106.

The Halifax Group. 2019. MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition. IRPP Report (February). Montreal: Institute for Research on Public Policy.

Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5(7):e007454.

Truchon v. Attorney General of Canada, 2019 QCCS 3792 (CanLII).

Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. (2018). Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Med Ethics*. 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Verhofstadt, M., Thienpont, L., and Peters, G.Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 238-245.

Whiteford, H.A., Harris, M.G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J.J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 43(8):1569-85.