Les preuves concernant l'AMM et le suicide
Rédigé par Tyler Black, MD, FRCPC

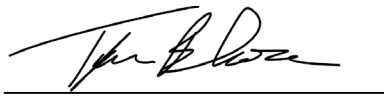
Le présent résumé de preuves a pour objet de dissiper les mythes sur l'aide médicale à mourir et le suicide. Malheureusement, ces questions sont souvent confondues en raison de l'apparence de « mort volontaire », bien que l'on puisse déterminer rapidement que les suicides et l'aide médicale à mourir (AMM) ne sont pas véritablement volontaires à cause des circonstances qui contraignent la personne à prendre une décision. Le désir de mettre fin à des souffrances irrémédiables peut être au cœur même de chacun, mais les raisons qui sous-tendent les deux, leur processus et leurs répercussions, sont très différentes. Je vous soumets donc les présentes preuves de façon à réduire au minimum la désinformation au sujet du suicide (malheureusement très courante) alors que les décideurs réfléchissent à l'incidence des changements à l'aide médicale à mourir.

À propos de l'auteur : Je suis un psychiatre pour enfants et adolescents de Vancouver (Colombie-Britannique), et professeur adjoint au Département de psychiatrie. En clinique, je me spécialise dans le domaine de la psychiatrie d'urgence, dans lequel je détiens 14 ans d'expérience. Mes recherches portent principalement sur la psychiatrie d'urgence et la suicidologie. J'enseigne l'évaluation du risque de suicide à tous les niveaux (allant de groupes de parents à des médecins-psychiatres), et je publie, défends et interprète régulièrement de la recherche sur le suicide à l'intention des médias, du public, des décideurs ainsi que des professionnels de la santé. Je suis le créateur de l'ASARI, une pratique exemplaire au Canada pour la documentation de l'évaluation du risque de suicide, et le cocréateur de HEARTSMAP, un outil d'évaluation psychosociale pour les services d'urgence.

Déclaration de conflit d'intérêts : Je n'ai aucun conflit d'intérêts financier à déclarer. En ce qui concerne les éventuels conflits d'intérêts de nature philosophique, en tant que médecin, de manière générale, je suis favorable à l'aide médicale à mourir pour les personnes qui souffrent d'affections irrémédiables.

Je confirme que la présentation des preuves ci-dessous est ma meilleure tentative en vue de résumer mon expertise clinique ainsi que d'examiner les statistiques concernant le suicide et l'aide médicale à mourir. Je suis l'unique auteur de ce contenu.

Dr Tyler Black, MD, FRCPC

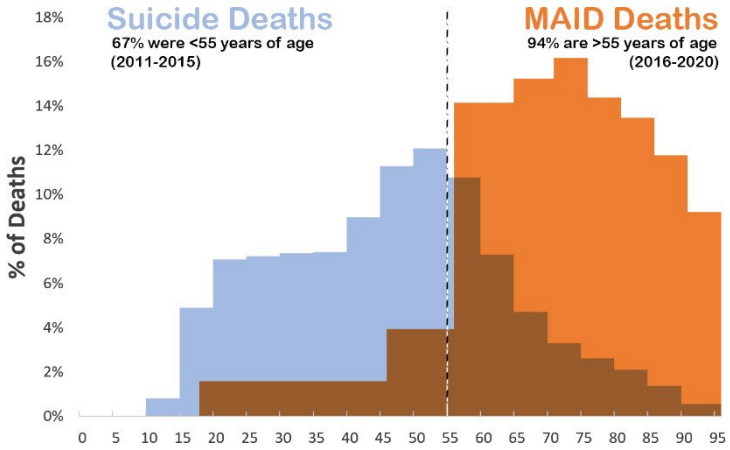


Date : le 7 mai 2022

Mythe n° 1 : L'AMM et le suicide sont la même chose et touchent des populations similaires.

Les preuves contre ce mythe

1) **La répartition des décès liés à l'AMM selon l'âge (2016-2020) est totalement différente** de la répartition des suicides selon l'âge (2011-2015) avant l'adoption de la législation sur l'AMM.



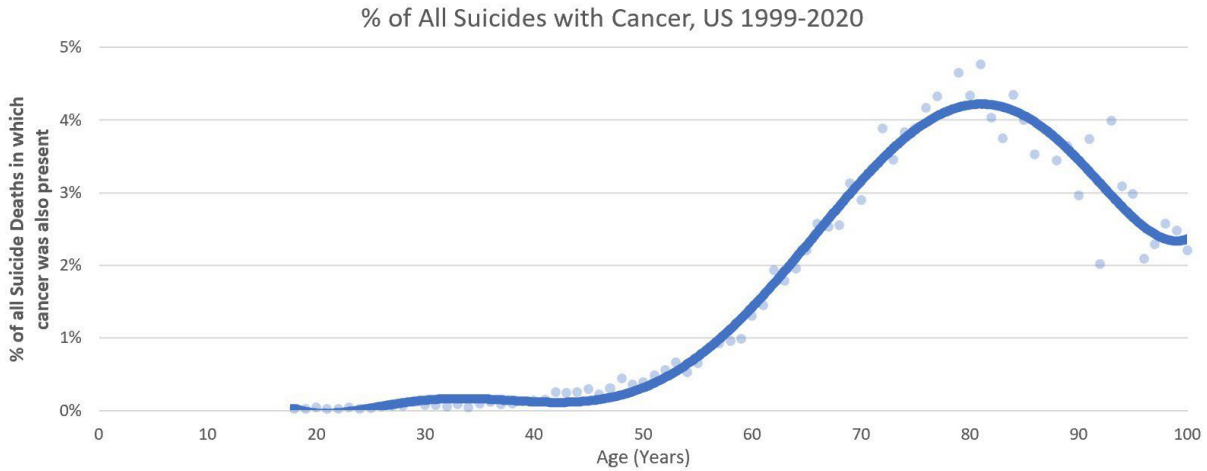
Suicide Deaths—Suicides
67 % avaient moins de 55 ans

MAID Deaths—Décès liés à l'AMM
94 % ont plus de 55 ans

% of Deaths—% des décès

2) **La répartition des décès liés à l'AMM selon le sexe (51,9 % d'hommes, 48,1 % de femmes) est totalement** différente de la répartition des cas de suicide selon le sexe 2011-2015 (74,8 % d'hommes, 25,2 % de femmes).

3) **Environ 70 % des décès attribuables à l'AMM au Canada concernent des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer malin, dans lequel le cancer est la principale cause médicale de décès.** C'est très différent du suicide, dont seule une petite fraction est liée à un diagnostic de cancer malin. Une analyse des données des CDC 1999-2020 aux États-Unis permet de démontrer que 0,92 % de tous les suicides (2,43 % chez les personnes âgées de plus de 55 ans) surviennent chez des personnes atteintes d'un cancer suffisamment grave pour être considéré comme une cause contributive du décès.



% de tous les suicides chez les personnes atteintes de cancer

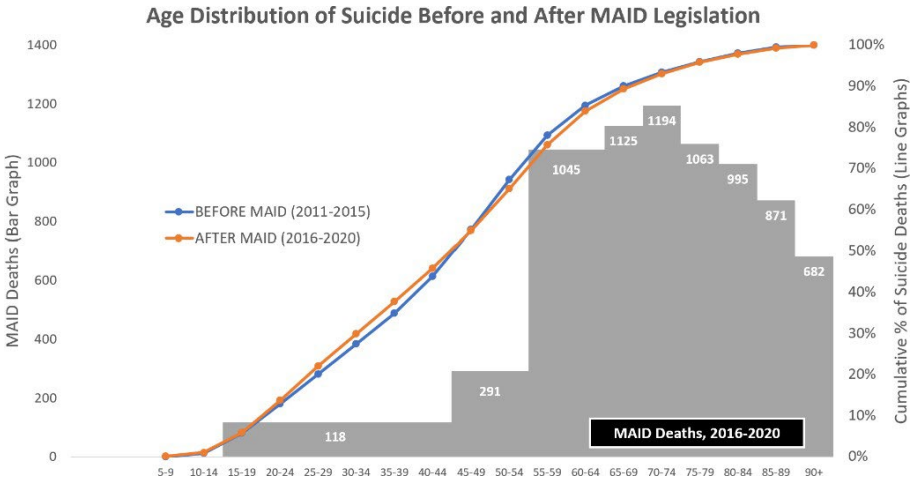
% of all Suicide Deaths in which cancer was also present –
% de toutes les personnes suicidées chez lesquelles il y avait aussi présence d'un cancer

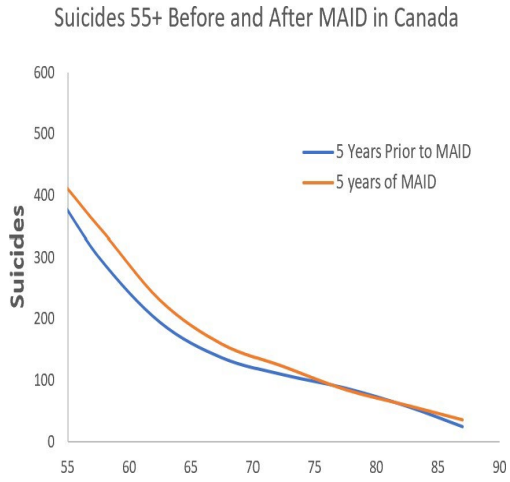
Age (Years) — Âge (ans)

Mythe n° 2 : La législation sur l'aide médicale à mourir a entraîné la modification du nombre de morts par suicide au Canada.

Les preuves contre ce mythe

1) **La répartition par tranche d'âge du nombre de morts par suicide au Canada n'a pas beaucoup changé, malgré le fait que l'AMM est fournie en très grande majorité aux Canadiens de plus de 55 ans (94,4 % de toutes les personnes qui ont reçu l'AMM)**.
Au cours des cinq années ayant précédé l'adoption des dispositions législatives visant l'AMM, on a enregistré un total de 6 730 personnes qui sont mortes par suicide chez les 55 ans et plus. Entre 2016 et 2020, ce total a été de 6 975 décès liés à l'AMM pour la même tranche d'âge. Si les décès liés à l'AMM influaient sur le nombre de Canadiens qui se suicident, on observerait une profonde incidence sur ce graphique.





Répartition du suicide selon l'âge avant et après la législation sur l'AMM

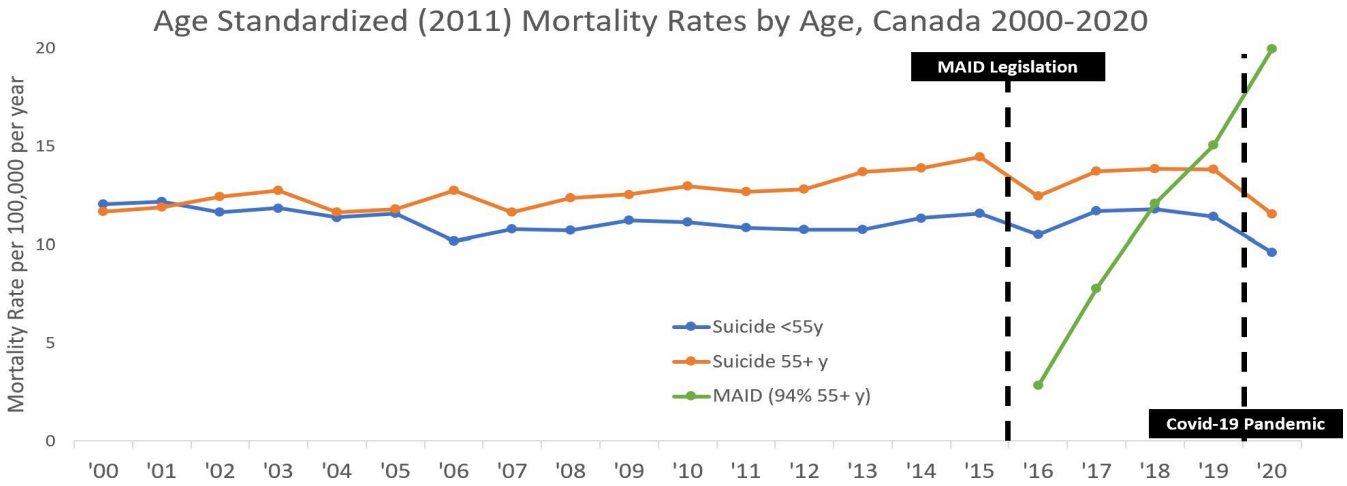
AVANT L'AMM (2011-2015)
APRÈS L'AMM (2016-2020)

Décès liés à l'AMM, 2016-2020

Suicides chez les 55+ avant et après l'AMM au Canada
% cumulatif des suicides (graphique linéaire)
5 ans avant l'AMM
Après 5 ans d'AMM

2) **Les taux de suicide des Canadiens âgés de plus de 55 ans (94 % des décès liés à l'AMM) n'ont pas beaucoup changé en comparaison de ceux des Canadiens qui n'ont pas atteint 55 ans (6 % des décès liés à l'AMM) au cours des cinq années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi sur l'AMM,** malgré la forte augmentation du nombre de personnes décédées par AMM

chaque année. Le changement de taux pour les plus jeunes (moins de 55 ans) au cours des cinq années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi sur l'AMM (-1,1 %) est sensiblement le même que celui pour les Canadiens plus âgés (55 ans ou plus) (-4,2 %). Il n'y a pas de corrélation significative avec l'augmentation du nombre de décès liés à l'AMM et des taux de suicide dans l'un ou l'autre des groupes.



Taux de mortalité normalisés selon l'âge (2011), Canada 2000-2020

Taux de mortalité pour 100 000 par année

Loi sur l'AMM

Suicide chez les -55 ans

Suicide chez les 55 ans +

AMM (94 % 55 ans +)

Pandémie de COVID-19

Mythe n° 3 : Les motivations de l'AMM et celles du suicide sont les mêmes.

Les motivations du suicide sont très différentes de celles de l'AMM.

1) **Motivation anomique** – Ce type de motivation se produit lorsque les personnes subissent un stress (lié à leur relation, à leur travail, à leur santé, à un événement indésirable, à leurs finances, mais SANS ÉGARD à l'âge) et qu'elles y *réagissent de manière chaotique et incontrôlée*. **En raison de la nature même des protections dans le cadre de la loi sur l'AMM, les décès qui y sont liés ne sont quasiment jamais de nature anomique**.

Safeguards

- Request must be in writing after the person is informed of grievous and irremediable condition
- Written request must be witnessed and signed by 2 independent witnesses
- 2 independent practitioners must confirm eligibility criteria are met
- Patient must be made aware of all treatment options available, including palliative care, before they provide informed consent
- Practitioner must confirm request has been made freely, without undue influence
- 10 clear day reflection period unless death or loss of capacity is imminent
- Final confirmation and consent at time of administration or provision of the medication or prescription for self-administration

Traduction de l'encadré :

Mesures de protection

- La demande doit être présentée par écrit après que la personne a été informée qu'elle souffrait d'une maladie grave irrémédiable.
- La demande d'AMM doit être faite par écrit, et deux témoins indépendants doivent l'attester et la signer.
- Deux praticiens indépendants doivent confirmer que les critères d'admissibilité sont respectés.
- Le patient doit être en courant de toutes les options de traitement à sa disposition, y compris les soins palliatifs, avant de fournir un consentement éclairé.
- Le praticien doit confirmer que le patient a fait la demande en étant libre de toute influence indue.
- Il doit y avoir une période de réflexion de 10 jours francs, à moins que le décès ou la perte de capacité soit imminent.
- Le patient doit donner sa confirmation définitive et son consentement au moment de l'intervention ou de la fourniture de la médication ou de l'ordonnance pour qu'il se l'administre lui-même.

2) **Motivation égoïste** – Ce type de motivation se produit lorsqu'une personne a le sentiment qu'elle est *déconnectée des autres, et que sa vie n'a pas de sens*. La solitude même n'est peut-être pas un facteur très important du suicide.

3) **Motivation sociologique** – Ce type de motivation se produit lorsqu'une personne a le sentiment qu'elle est *en lien avec les autres, et que sa mort est significative.* Cela peut comprendre le sentiment d'être un fardeau pour les autres, une vengeance contre autrui, la

perception de la correction d'une injustice, des actes de protestation, etc.

4) **Motivation fataliste** – Ce type de motivation suicidaire survient lorsque les personnes subissent un stress (lié à leur relation, à leur travail, à leur santé, à un événement indésirable, à leurs finances, Y COMPRIS par rapport à l'âge) et qu'elles ont une *réaction contrôlée et réfléchie à ce stress*.

Les suicides comportent souvent un volet anomique, et de nombreuses motivations peuvent être irrationnelles ou désorganisées :

- 80 % des personnes meurent à la première tentative;
- 50 % ont des antécédents de troubles psychiatriques;
- des facteurs de stress aigus ont contribué au suicide;
- chez les adultes, les questions relationnelles et les nouveaux diagnostics de maladie sont les facteurs de stress les plus courants menant au suicide;
- chez les jeunes, les questions relationnelles et éducatives constituent les facteurs de stress les plus courants menant au suicide.

Les décès liés à l'AMM, en raison de ses mesures de protection et de son processus, *ne* sont pratiquement *jamais anomiques*. Ils répondent au modèle même très *rationnel* de motivation fataliste, égoïste et altruiste, mais seulement **lorsqu'on applique un calcul rationnel de la motivation et la probabilité de changement**. Étant donné que l'on a ajouté une motivation anomique, souvent la **rationalité ne figure pas dans** les motivations du suicide, et des motivations égoïstes, altruistes et fatalistes déformées se produisent.

Nature de la souffrance des personnes ayant reçu l'AMM	Pourcentage
Perte de la capacité de s'adonner à des activités enrichissantes	84,9 %
Perte de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne	81,7 %
Soulagement insuffisant de la douleur (ou des préoccupations)	57,4 %
Perte de dignité	53,9 %
Soulagement insuffisant des symptômes autres que la douleur (ou les préoccupations)	50,6 %
Perception d'être un fardeau pour la famille, les amis ou les fournisseurs de soins.	35,9 %
Perte de régulation des fonctions corporelles	33,1 %
Isolement ou solitude	18,6 %
Détresse émotionnelle/anxiété/peur/souffrance existentielle	5,6 %

Mythe n° 4 – Les familles des victimes de suicide et d'AMM vivent la même chose.

Les preuves contre ce mythe

Le suicide est dévastateur pour les familles — Les membres de la famille qui vivent un deuil après un suicide peuvent voir augmenter leurs taux d'admission en psychiatrie, de diagnostic de dépression, de tentative de suicide et de suicide. Parmi les symptômes du deuil du décès d'un proche par suicide figurent des sentiments de honte et de stigmatisation ainsi que la nécessité d'en camoufler les détails.

En revanche, une méta-analyse de 10 études réalisées en 2019 **n'**a permis de conclure à **aucune incidence accrue des problèmes de santé mentale ou des symptômes du deuil chez les parents de personnes décédées par euthanasie ou AMM.**

Dans une étude récente effectuée au Québec, on ne mentionne aucune divergence entre les résultats de la mesure du deuil chez les membres de la famille au sein de laquelle est survenu un décès dû à l'AMM ou une mort naturelle avec soins palliatifs. L'étude en question contient un excellent examen des preuves, et je résume les divers facteurs ayant une incidence sur la façon négative et positive sur l'expérience du deuil en réaction à l'AMM.

Facteurs de risque d'aggravation du deuil	Facteurs de protection pour de meilleurs résultats en matière de deuil
Mésentente familiale	Consensus de la famille
Conflit de valeurs	Possibilité de faire ses adieux
Fardeau/procédures du processus	Sentiment de contrôle de la souffrance
Jugement défavorable, stigmatisation	Ne pas voir la personne décliner lentement
Voir la personne mourir	Pouvoir d'agir : (planification, volontés, testament, etc.)

Mythe n° 5 : Les idées suicidaires sont un « critère de diagnostic » d'une maladie mentale et elles ne surgissent qu'en cas de maladie mentale.

Les preuves contre ce mythe

- La présence d'idées suicidaires n'est ni suffisante ni nécessaire pour un diagnostic de maladie mentale. Il s'agit d'un symptôme de critères B d'épisodes dépressifs majeurs figurant dans le Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, qui fait uniquement partie de l'un des neuf symptômes de ce type pour une grave maladie dépressive.
    - **Critère B.9 :** Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider.
- **Chaque année, 18 % des jeunes** et **5 % des adultes** pensent au suicide (« examinent sérieusement la possibilité de se suicider » selon un sondage), et, chaque année, seule une fraction d'entre eux (0,004 % des jeunes Canadiens, 0,01 % des adultes canadiens chaque année) se suicident.
- De nombreuses personnes, ayant ou non une maladie mentale, pensent au suicide, font une tentative de suicide ou se donnent la mort.
    - De 40 à 50 % des personnes qui se suicident, environ, ne souffrent d'aucune maladie mentale au moment de leur décès.
    - Aux États-Unis, 28 % des adultes **souffrant d'un trouble dépressif majeur (4,6 millions par année)** ont des idées suicidaires, et 2 % de tous les adultes américains **sans trouble dépressif majeur (5,2 millions par année)** ont des pensées suicidaires.

Mythe n° 6 : Lorsque l'AMM a été mise en place ailleurs, le taux de suicide a augmenté, et les mesures de prévention du suicide ont été soumises à des contraintes.

Les preuves contre ce mythe

Voici, ci-dessous, une comparaison entre les pays dans lesquels l'on a adopté une loi sur la mort dans la dignité (la Belgique et les Pays-Bas) et les pays avoisinants où on ne l'a pas fait. Les comparaisons entre des pays présentent plusieurs difficultés, mais nous n'avons pas de preuve empirique que le taux de suicide a augmenté ou était différent entre les pays où l'on a adopté une loi sur la mort dans la dignité et ceux où il n'y en avait pas.

	Rate Change 5 years prior to 2002	Rate Change 5 years after 2002	Further change in rate after 2002
Belgium and the Netherlands	-1.4% per year	-2.9% per year	-1.5%
France and Germany	-1.9% per year	-3.0% per year	-1.1%

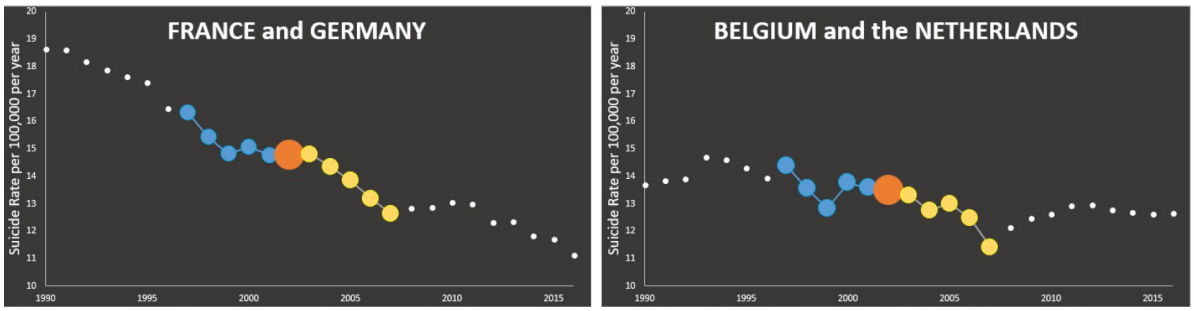


Figure 3 – Suicide Rates comparison years before and 5 years before (blue) and after (yellow) the period of passage of Euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands, 2002 (orange)

	Changement de taux 5 ans avant 2002	Changement de taux 5 ans après 2002	Autre changement de taux après 2002
Belgique et Pays-Bas	-1,4 % par année	-2,9 % par année	-1,5 %
France et Allemagne	-1,9 % par année	-3,0 % par année	-1,1 %

France et Allemagne
Taux de suicide pour 100 000 par année

BELGIQUE et PAYS-BAS
Taux de suicide pour 100 000 par année

Figure 3 – Années de comparaison des taux de suicide avant et 5 ans avant (bleu) et après (jaune) la période d'adoption de la loi sur l'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas, 2002 (orange)

Mythe n° 7 : Il n'est pas possible de faire la distinction entre les idées suicidaires qui émanent de la maladie mentale et le désir de recevoir l'AMM

Les preuves contre ce mythe

L'**évaluation des capacités** est une compétence essentielle de la psychiatrie et, en dépit de l'impossibilité de savoir ce que pense une personne qui cache ses véritables pensées, le processus d'évaluation des capacités comprend ce qui suit :

1) une entrevue clinique dirigée;
2) l'examen des dossiers médicaux;
3) l'utilisation d'outils d'évaluation des capacités;
4) des essais des fonctions cognitives (ne sont pas nécessaires, mais peuvent être effectués).

Selon une étude de psychiatres néerlandais, d'après l'avis général, les médecins semblent indiquer qu'il existe trois types de patients souffrant de troubles psychiatriques et souhaitant mourir : la suicidalité impulsive, la suicidalité chronique et le désir rationnel de mourir.

Références

Statistique Canada pour diverses statistiques sur les décès au Canada

CDC Wonder pour diverses statistiques sur les décès aux États-Unis

Jordan, J. T. et McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological medicine*, vol. 50, nº 8, p. 1390–1397.

Pronk, R., Willems, D. L. et Van de Vathorst, S. (2021). Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 45, nº 2, p. 268–281.

Pitman, A., Osborn, D., King, M. et Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, vol. 1, nº 1, p. 86–94.

Bottomley, J. S., Campbell, K. W. et Neimeyer, R. A. (2022). Examining bereavement-related needs and outcomes among survivors of sudden loss: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 78, nº 5, p. 951–970.

Andriessen, K., Krysinska, K., Dransart, D. A. C., Dargis, L. et Mishara, B. L. (2019). Grief after euthanasia and physician-assisted suicide. Crisis.

Laperle, P., Achille, M. et Ummel, D. (2022). To Lose a Loved One by Medical Assistance in Dying or by Natural Death with Palliative Care: A Mixed Methods Comparison of Grief Experiences. *OMEGA-Journal of Death and Dying.*

Piscopo, K., Lipari, R. N., Cooney, J. et Glasheen, C. Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health, septembre 2016. NSDUH Data Review. Tiré de https://www.samhsa.gov/data/.