

### Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Examen législatif des dispositions du *Code criminel* relatives à l'aide médicale à mourir et de leur application

Mémoire de la Société dentaire et médicale chrétienne (SDMC) du Canada<sup>1</sup>

Dans notre mémoire, nous exprimons nos préoccupations relativement à l'accès aux soins palliatifs et à l'élargissement proposé de l'AMM aux enfants et à ceux dont le diagnostic principal est lié à la santé mentale, et à l'inclusion de l'utilisation de directives anticipées.

### **ENFANTS**

Lorsque l'on dispense des soins médicaux à des enfants et à des adolescents, l'une des principales préoccupations est que les capacités ne sont peut-être pas présentes. La société reconnaît le manque de maturité neuroanatomique dans des domaines comme le vote et la conduite automobile. La norme de capacité devrait être plus élevée que d'habitude lorsque les décisions modifient ou mettent en danger la vie des personnes. Parmi les facteurs qui influencent la capacité des mineurs, citons l'immaturité du développement neurophysiologique, qui entraîne une difficulté d'ordre biologique à apprécier les conséquences futures, l'immaturité psychologique, l'évolution permanente de l'identité et la vulnérabilité face aux pairs et aux médias<sup>2</sup>. L'expérience passée démontre que le processus de détermination de la capacité chez les mineurs, comme les enfants refusant une chimiothérapie essentielle, est une entreprise difficile et douloureuse. En outre, nous sommes préoccupés par le fait que l'élargissement de l'AMM aux mineurs mettrait en danger une population déjà connue pour avoir une incidence élevée d'idées suicidaires et de pression par les pairs, et que les effets pourraient être particulièrement prononcés dans des sous-ensembles de jeunes présentant des vulnérabilités particulières<sup>3</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> SDMC Canada est une organisation de médecins, de dentistes et d'étudiants chrétiens de ces professions qui cherchent à intégrer leur foi dans la pratique.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Casey BJ, Jones RM, Hare TA (2008). The adolescent brain. Ann N Y Acad Sci 1124: 111-126. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN (2009). Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. J Adolesc Health. 45: 216-221.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Le suicide est la deuxième cause de décès chez les Canadiens âgés de 15 à 34 ans. *Cf.* Navaneelan T (2017). Les taux de suicide : un aperçu. Statistique Canada Accessible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm.

Gould M, Wallenstein S et Kleinman M (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiol* 131: 71-78

D'Augelli AR, Herschberger SL, Pilkington NW (2001). Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life-Threatening Beh* **31:** 250-265.

Kielland N et Simeone T (2014). Questions d'actualité en santé mentale au Canada: La santé mentale des communautés des Premières Nations et des communautés inuites. Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement. 2014-02-F. www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm

## LES PATIENTS AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC PRIMAIRE DE MALADIE MENTALE

L'idéation suicidaire est normalement un indicateur de maladie mentale grave<sup>4</sup>. La société a donné aux médecins le droit légal d'admettre une personne à l'hôpital contre son gré pour être traitée pour des idées suicidaires. Garder un patient contre sa volonté, bien que cela soit extrêmement rare dans d'autres circonstances, est autorisé dans le cas du patient suicidaire, car son désir de se faire du mal est une preuve de son irrationalité et de son incompétence.

L'un des principaux déterminants de l'admissibilité à l'AMM est la façon dont le patient perçoit sa situation, mais chez une personne dépressive, la perception est biaisée. Il est également possible d'être jugé compétent à tort tout en souffrant de dépression. Les évaluations des compétences sont souvent sous-optimales<sup>5</sup> et, à moins que l'évaluateur n'ait un niveau de suspicion approprié, il peut ne pas reconnaître la distorsion cognitive. En outre, la dépression comporte souvent une pensée rigide et restreinte, de sorte qu'une personne peut insister pour être euthanasiée, faute de pouvoir concevoir une autre option<sup>6</sup>. Des préoccupations similaires existent également pour d'autres diagnostics psychiatriques.

En outre, d'éminents psychiatres canadiens ont soutenu qu'il est impossible de prouver que la maladie mentale est irrémédiable<sup>7</sup>. La législation canadienne actuelle n'oblige pas le patient à essayer un traitement recommandé. Par ailleurs, la pénurie de services psychiatriques au Canada signifie que les patients ne peuvent souvent pas bénéficier des soutiens appropriés. Enfin, ce changement pourrait nuire à l'importance accordée par la société au suicide<sup>8</sup>.

# LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Il est impossible de savoir comment un patient réagira à l'évolution de sa maladie. Les professionnels des soins palliatifs observent que la perception qu'ont les patients de la dépendance à l'égard des autres

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>. Les communautés des Premières Nations constituent une population particulièrement à risque. Dans certaines communautés des Premières Nations, le taux de suicide est 800 fois supérieur à la moyenne nationale. *Cf.*Kielland N et Simeone T (2014) (ibid.) Le fait d'autoriser l'AMM pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale peut être considérée comme une approbation du suicide par le gouvernement. L'absence de services de santé mentale suffisants met ces communautés en grand danger.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Appelbaum, P.S. 2007. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine:*357:1834-1840. Il n'existe pas de processus d'évaluation standard ni de mesures spécifiques de la compétence.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Clarke, D. M. (1999): Journal of Medical Ethics 25(6), 457-462.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Maher, J. (2020, 11 février). *Opinion* | *opinion* | *why* legalizing medically assisted dying for people with mental illness is misguided | CBC news. CBCnews. Récupéré le 9 mai 2022, de l'adresse: https://www.cbc.ca/news/opinion/opinion-assisted-dying-maid-legislation-mental-health-1.5452676

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Cette préoccupation est soulignée dans l'extrait suivant : [TRADUCTION] « Pour de nombreux psychiatres, cependant, l'aide à la mort de patients est incompatible avec la manière dont la relation thérapeutique entre le médecin et le patient doit fonctionner pour contenir, comprendre et gérer le désespoir et l'idéation suicidaire (Koerselmans, 1995, 2011). Le fait d'indiquer qu'ils sont prêts à examiner la demande de suicide assisté d'un patient après l'échec d'une intervention thérapeutique saperait le processus thérapeutique dès le début. »

Pols, H., Oak, S. 2013. Physician-assisted dying and psychiatry: Recent developments in the Netherlands. International Journal of Law and Psychiatry. 36:506-514 [p. 511].

devient moins négative à mesure qu'ils deviennent plus dépendants<sup>9</sup>. De plus, les patients atteints de démence ont une qualité de vie stable au fur et à mesure que leur maladie progresse. Aux Pays-Bas, la possession d'une directive anticipée pour l'euthanasie ne permet pas de prévoir la réalisation de l'euthanasie 10, et ces directives anticipées sont rarement appliquées aux patients incapables en raison de la difficulté d'évaluer la présence de volonté réelle et de souffrance insupportable dans cette population<sup>11, 12</sup>. Les patients peuvent résister à l'euthanasie lorsqu'ils atteignent les conditions préalablement définies pour celle-ci. Les évaluations indirectes de la qualité de vie (QV) des patients atteints de démence ont tendance à être plus mauvaises que celles des patients eux-mêmes<sup>9, 13, 14</sup> et les évaluations de la QV des patients par les soignants ont été associées à l'humeur des soignants<sup>15</sup>. De plus, l'évaluation de la qualité de vie dans la démence en général est reconnue dans la littérature comme étant problématique<sup>13, 14, 16</sup>. Ces facteurs font qu'il est impossible d'obtenir une décision autonome sur l'euthanasie par l'intermédiaire de directives anticipées et introduisent un risque important que des facteurs autres que l'intérêt supérieur du patient motivent la prise de décision lorsqu'il existe un potentiel de gain secondaire.

### LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de maladies mortelles et de leur famille par l'évaluation et le traitement des symptômes, y compris les problèmes physiques, psychosociaux et spirituels. Les soins palliatifs aident une personne à bien vivre avant de mourir et doivent être distingués de l'AMM, qui provoque intentionnellement la mort.

Les estimations du nombre de personnes au Canada qui ont accès à des soins palliatifs appropriés varient de 30 à 50 %. Nous sommes préoccupés par le fait que les résultats rapportés dans le rapport annuel de Santé Canada

. .

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Société canadienne des médecins de soins palliatifs. « Submission to Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying ». (27 janvier 2016) Récupéré de l'adresse : http://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2014/10/CSPCP-Submission-to-the-Special-Joint-Committee-on-Physician-Assisted – Dying-National-Secretariat.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Bolt, E., Pasman, R., Deeg, D., Onwuteaka-Philipsen, B. 2016. From Advance Euthanasia Directive to Euthanasia: Stable Preference in Older People? *Journal of the American Geriatrics Society*. *64(8)*: 1628–1633.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Kouwenhoven, P. et coll. 2015. Opinions about euthanasia and advanced dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public. *BMC Medical Ethics*. 16:7

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Hertogh, C., de Boer, M, Droes, R., Eefsting, J. 2007. Would We Rather Lose Our Life Than Lose Our Self? Lessons From the Dutch Debate on Euthanasia for Patients With Dementia. *The American Journal of Bioethics*, 7(4): 48-56 (en anglais seulement)

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Parker B, Petrou S, Underwood M, et coll. Can care staff accurately assess health-related quality of life of care home residents? A secondary analysis of data from the OPERA trial. BMJ Open 2017;7:e012779. doi:10.1136/bmjopen-2016-012779.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Buckley et coll., « Predictors of Quality of Life Ratings for Persons with Dementia Simultaneously Reported by Patients and their Caregivers: The Cache County (Utah) Study », *Int Psychogeriatr*. 2012 July; 24(7): 1094-1102 (en anglais seulement)

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Schiffczyk, C., et coll. 2010. Generic quality of life assessment in dementia patients: a prospective cohort study. BMC Neurology. 10:48

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Hongisto et coll. 2015. Self-Rated and Caregiver-Rated Quality of Life in Alzheimer Disease with a Focus on Evolving Patient Ability to Respond to Questionnaires: 5-Year Prospective ALSOVA Cohort Study. Am J Geriatr Psychiatry 23(12): 1280-1289.

sur l'AMM puisse donner la fausse impression que les soins palliatifs sont largement disponibles pour les personnes envisageant une AMM. Ces statistiques, recueillies par les prestataires de l'AMM, ne font pas référence à la question de savoir si les soins palliatifs reçus par les personnes qui ont obtenu l'AMM étaient suffisamment complets et soulageaient effectivement les symptômes du patient. Une étude canadienne menée par Munro et ses collègues en 2020 a montré que 40 % des patients n'avaient pas bénéficié de soins palliatifs avant de demander l'AMM<sup>17</sup>.

#### CONCLUSION

Notre expérience de la COVID-19 dans le domaine des soins de santé a démontré la vulnérabilité de certains patients au sein du système. En ce qui concerne les services et les soutiens destinés aux personnes vulnérables susceptibles de faire appel à l'AMM, il est clair que les soins palliatifs, les services de santé mentale et les soutiens destinés aux personnes handicapées ne sont pas disponibles de manière uniforme dans tout le Canada. L'AMM est devenu un service essentiel en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Pourquoi les solutions de rechange à l'AMM n'ont-elles pas reçu la même désignation? Est-ce le moment d'élargir l'AMM avant d'avoir résolu ce grave problème? Actuellement, le manque d'accès à des solutions de rechange appropriées ne constitue pas un obstacle à une demande d'AMM<sup>18</sup>. Cependant, cela pourrait être la raison pour laquelle quelqu'un choisit l'AMM. Dans ce cas, notre Société estime que l'AMM dans ces circonstances est une mort injustifiée, parce que nous pouvons faire mieux en tant que société. Un patient peut-il vraiment être autonome lorsqu'il est soumis à une influence extérieure aussi extrême pour prendre ses décisions? Si nous ne proposons pas de véritables options, comment pouvons-nous dire qu'il s'agit d'un véritable choix? Sommes-nous vraiment préoccupés par le bien-être des patients, ou simplement par l'équilibre budgétaire?

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec la personne suivante : Larry Worthen Directeur général, SDMC Canada <a href="mailto:lworthen@cmdacanada.org">lworthen@cmdacanada.org</a> 902-880-2495

-

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Munro C, Romanova A, Webber C, Kekewich M, Richard R, Tanuseputro P. « Involvement of palliative care in patients requesting medical assistance in dying ». *Can Fam Physician*. 2020 Nov;66(11):833-842.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Favaro, A. (2022, 30 avril). Woman with disabilities nears medically assisted death after futile bid for affordable housing. CTVNews. Récupéré le 9 mai 2022, de l'adresse https://www.ctvnews.ca/health/woman-with- disabilities-nears-medically-assisted-death-after-futile-bid-for-affordable-housing-1.5882202