

il n'est pas possible sur une base clinique de différencier les idées suicidaires de ce que l'on considérerait comme étant une demande authentique d'euthanasie (aide médicale à mourir). L'histoire de la psychiatrie révèle qu'à chaque fois que l'on croyait que des symptômes ou des signes étaient spécifiques à une maladie (pathognomoniques), ceci ne s'est pas avéré par les études rigoureuses par la suite. Par exemple, l'on croyait que certains symptômes psychotiques étaient spécifiques à la schizophrénie et non pas au trouble bipolaire, ce qui a été infirmé clairement par la suite (nous parlons ici par exemple des symptômes Schneidériens). Seule l'évolution du patient pouvait permettre de conclure au diagnostic précis.

- b. Il en est ainsi pour le désir de mourir : nous ne pouvons connaître sa véritable nature qu'après avoir observé l'évolution. Malheureusement, si l'on conclut au mauvais diagnostic, on ne peut plus revenir en arrière car le patient est mort par injection létale.
- c. Toutes les maladies sont différentes et on ne peut pas appliquer les mêmes critères pour toutes. Les troubles psychiatriques sont caractérisés par un processus au long cours dont le désir de vivre est atteint au premier plan. Comme il a été démontré dans des études rigoureuses, le désir de vivre et de mourir est un processus fluide, fluctuant. Le désir de se suicider fait partie intrinsèque de la maladie. Et, tel que démontré chez les patients paraplégiques, ces fluctuations parfois se mesurent en terme d'années et non pas en terme de jours ou de quelques mois tel que souvent proposé. Les patients finissent par s'adapter et à vouloir vivre contre toute attente.
- d. De plus, une incertitude pronostique est toujours présente dans les troubles psychiatriques. Il n'est pas rare d'observer une amélioration importante suite à la rencontre d'une personne significative, de l'essai d'un nouveau traitement, de la présence d'une équipe de soins dynamique, ou de la découverte d'un nouveau sens à la vie. Cette amélioration fait aussi souvent partie de l'évolution naturelle de la maladie (par exemple, schizophrénie, dépression ou trouble sévère de la personnalité).
- e. Le caractère irrémédiable de la pathologie n'est donc pas présent dans le cas des troubles psychiatriques, et par conséquent, ce critère nécessaire à l'AMM est absent. Par exemple, une étude sur 118 patients atteints de dépression qualifiée de « résistante au traitement » a révélé que la majorité (60,2%) a atteint une rémission complète, dont 43,8 % des 118 patients présentaient une rémission complète prolongée d'au moins 6 mois (Fekadu, British J Psychiatry 2012(5) : 369 – 375).
- f. Le refus de traitement est également une composante intrinsèque des troubles mentaux. Il n'y a aucune discipline où l'on obtient aussi

fréquemment des ordonnances de traitement de la cour pour obliger les patients à se faire soigner et à recevoir des traitements pharmacologiques contre leur gré par exemple; et les patients s'en voient grandement améliorés et dans certains cas peuvent reprendre une vie quasi normale. Le devoir de proposer un traitement approprié est intrinsèque à la déontologie du médecin ; il est surprenant que les autorités, dont le Collège des médecins du Québec, nous demandent de sursoir à ce devoir lorsque le patient demande à mourir. En effet, il est du devoir du médecin de proposer des traitements appropriés, proportionnés, et de ne pas simplement se fier à l'opinion subjective du patient, certes très importante, mais qui ne représente pas l'unique critère de décision thérapeutique.

- g. Ainsi, il est inconcevable de laisser le patient décider qu'un médecin doit mettre fin à ses jours alors que la science confirme jour après jour que ces personnes peuvent être soulagées, améliorées, et même relancées sur une trajectoire de vie gratifiante. On n'autoriserait pas un patient à recevoir une lourde chirurgie avant d'avoir essayé d'autres traitements beaucoup plus légers, tel que la prise de médicaments ou une amélioration des habitudes de vie. Par exemple, un patient qui présenterait un diabète et qui voudrait d'emblée recevoir une greffe du pancréas se ferait évidemment refuser cette intervention avant d'avoir essayé des interventions moins agressives.
 - h. L'ambivalence face au traitement demeure également une caractéristique fréquente et importante dans le cas des troubles mentaux, et c'est le travail des équipes de soins d'accompagner le patient avec sensibilité et respect dans son cheminement thérapeutique.
 - i. Dans le contexte du traitement pour troubles mentaux, la relation entre le patient et les soignants et l'attitude des soignants peuvent jouer un rôle particulièrement significatif, et le devoir du psychiatre et des autres professionnels de la santé demeure de tenter d'instiller l'espoir, qui est un ingrédient thérapeutique très précieux. La suggestion que le patient peut obtenir de l'AMM au lieu d'un traitement pour améliorer sa qualité de vie est dans ce contexte contre-indiquée et incompatible avec le rôle clinique : amener le patient dans le couloir du désespoir est un véritable non-sens.
2. Lors des présentations favorables et militantes en faveur de l'euthanasie pour les personnes atteintes principalement de troubles mentaux, l'on donne souvent l'exemple d'un trouble obsessionnel-compulsif sévère qui résiste à tous les traitements. Il s'agit d'un cas extrêmement rare et les données ne confirment pas cet exemple typique en fait. Une étude par Kim publiée en 2016 (JAMA Psychiatry 73(4) :362-368), et très étonnamment non recensée dans le rapport de l'AMPQ, a été réalisée

pour étudier une série de 66 cas aux Pays-Bas qui ont subi l'euthanasie pour des raisons primaires de troubles mentaux. Des troubles beaucoup plus courants et traitables étaient représentés : dans 55 % des cas, les troubles dépressifs constituaient le diagnostic psychiatrique principal. La majorité des patients avait un trouble de personnalité, était solitaire et isolée socialement. 70 % des cas étaient des femmes, ce qui représente l'inverse de ce que l'on observe pour les suicides; on peut suspecter que l'on a ainsi rendu le suicide plus « disponible » pour les femmes.

Une autre étude, chez des patients belges atteints de troubles mentaux demandant l'euthanasie, démontre l'élargissement excessif et idiosyncrasique du concept de souffrance intolérable. Cette étude révèle que des psychiatres ont accepté qu'une composante importante de la souffrance intolérable admissible à l'euthanasie puisse provenir d'aspects sociaux, économiques et même existentiels, tels que la perte d'un être cher, d'un ami, d'un animal de compagnie, de problèmes financiers ou du sentiment d'être un fardeau pour la société (Verhofstadt, British J Psychiatry 2017 (211) : 238-245).

3. Nous ne voulons surtout pas inférer au sujet des intentions des équipes traitantes; il s'agit de phénomènes souvent inconscients. L'on se doit cependant de reconnaître que ces patients génèrent beaucoup d'impuissance et de frustration dans les équipes de soins. Le fait de pouvoir leur offrir l'aide médicale à mourir donne un sentiment de libération et d'avoir un outil pour répondre à leur détresse, et ainsi répondre à notre propre impuissance, et de mettre fin à un fardeau lourd à porter à la fois pour le patient, ses proches et son équipe traitante.

4. Le document souffre également d'une lacune importante : le mot et le concept de soins palliatifs en sont complètement exclus, tout comme l'expertise en soins palliatifs dans la rédaction du document. Contrairement aux maladies physiques, l'on saute directement de traitement actif, curatif, à l'euthanasie, sans passer par une phase palliative. Dans la médecine moderne, il y a une phase importante de soins palliatifs qui vise premièrement à soulager la souffrance. Bien que ce concept soit émergent en psychiatrie, il se doit d'être développé. Ces interventions palliatives doivent être étudiées. Bien qu'il soit difficile de nommer des interventions avec données probantes, ce qui est aussi le cas en soins palliatifs physiques par ailleurs, nous pouvons ici par exemple penser à différentes interventions pharmacologiques en utilisant des psychodysléptiques (par exemple la kétamine et la psilocybine), les interventions de neurostimulation diverses, et surtout les interventions psychothérapeutiques que tel que les interventions pour accompagner les patients dans la souffrance et les aider à créer du sens malgré des conditions adverses extrêmes, entre autres fondées sur la logothérapie de Victor Frankl. Proposer l'euthanasie pour les patients atteints de troubles mentaux correspond à

un saut inacceptable, où l'on fait complètement abstraction d'une phase thérapeutique essentielle, les soins palliatifs, en médecine moderne.

5. Enfin, plusieurs spécialistes en bioéthique, dont le groupe de bioéthique de l'Université Yale, concluent qu'il est clairement prématuré d'ouvrir l'AMM aux patients atteints de troubles mentaux (Zhong, American J Bioethics 2019 (10), 61-63- Voir aussi pour la perspective canadienne : Expert Advisory Group on Medical Assistance in Dying, Canada at a Crossroads: Recommendations on Medical Assistance in Dying and Persons with a Mental Disorder: An Evidence-Based Critique of the Halifax Group IRPP Report; Toronto: EAG, 2020).

Ainsi, favoriser l'aide médicale à mourir présentement pour les patients atteints de troubles mentaux s'avère :

- Inapproprié : le désir de mourir et le refus des soins fait partie intégrante de la maladie et ils s'améliorent avec le traitement du trouble mental;
- Dangereux : le désir de mourir fluctue, se corrige, s'améliore, le pronostic est incertain et souvent favorable, et se décline sur des années et non pas sur des jours ou des mois;
- Fait fi du devoir déontologique du médecin de proposer des soins adaptés et proportionnels en recourant à une solution ultime d'emblée basée sur le seul désir du patient;
- Démontre que la majorité des patients qui s'en prévalent souffrent de troubles mentaux courants et hautement traitables contrairement à ce que soutiennent les organisations militantes pour l'euthanasie;
- Contribue à l'élimination de patients qui pourraient représenter un fardeau pour les familles et les équipes de soins;
- Représente un court-circuit inapproprié en médecine moderne sans avoir recours à des soins palliatifs adaptés aux troubles mentaux.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces considérations, veuillez accepter, Mesdames et Messieurs Membres de la Commission, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Cosignataires :



Pierre R. Gagnon, MD, FRCPC, DABPN
Psychiatre spécialisé en psycho-oncologie
Directeur et Professeur titulaire, Département de psychiatrie et de neurosciences
Faculté de médecine, Université Laval
Directeur, Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie du FRQS
Directeur, Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et en soins palliatifs
Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, axe Oncologie
Centre de recherche sur le cancer, Université Laval

Correspondance :

Dr Pierre R. Gagnon

Psycho-oncologie

L'Hôtel-Dieu de Québec – CHU

11, Côte du Palais

Tel. : 418-525-4444 #15808

Québec, Québec

Fax : 418-691-5019

G1R 2J6, Canada

courriel : pierre.gagnon@crhdq.ulaval.ca

Bertrand Major, MD, CSPQ

Psychiatre

CISSS de Lanaudière

Joliette, QC

Dr Joel Paris

Professeur émérite de psychiatrie

Université McGill

Montréal, QC

François Rousseau, MD, FRCPC
Psychiatre spécialisé en géro-psycho-geriatrie
Co-chef, Département de psychiatrie
CIUSSS de la Capitale Nationale et
Institut universitaire en santé mentale
Québec, QC

Nedjma Sebti, MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Jean-Marie Albert, MD, CSPQ, FRCPC, DFAPA, DFCPA
Psychiatre retraité
Joliette, QC

Gabriella Gobbi, MD, PhD
Professeur de psychiatrie
Université McGill
Psychiatre
Centre universitaire de santé McGill

Louis Morissette, MD, FRCPC
Psychiatre légiste
Institut national de psychiatrie légale Philippe -Pinel
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie et addictologie
Université de Montréal

Hervé Amand, MD, CSPQ
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

Nive Morin MD, CSPQ, FRCPC
Psychiatre
CISSS de Lanaudière
Joliette, QC

David Bloom, MD, CSPQ
Psychiatre
Chef médical
Direction des programmes santé mentale et dépendances
Continuum Troubles psychotiques
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'Île de
Montréal
Institut universitaire en santé mentale Douglas