



Mémoire soumis à la
Commission spéciale sur l'évolution de la
Loi concernant les soins de fin de vie

10 août 2021

1650, avenue Cedar, bureau D17-113
Montréal, QC H3G 1A4
<https://collectifmedecins.org>

le 10 août 2021

Le *Collectif des médecins contre l'euthanasie* participe depuis 2012 au débat sur ce qu'on appelle dorénavant « Aide Médicale à Mourir » (AMM) ; de nombreux membres du Collectif y participaient bien avant cette date. Le collectif regroupe plus de 1100 médecins membresⁱ qui ont signé notre *manifeste*ⁱⁱ sur les soins de fin de vie optimaux sans euthanasie. Bien que nous nous opposions à toute forme d'euthanasie pour des raisons médicales et philosophiques, nous comprenons que le mandat de la présente commission n'est pas de rouvrir le débat qui a eu lieu avant l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, mais plutôt d'examiner la pertinence d'étendre l'AMM à de nouveaux groupes de Québécois.

Nous avons éprouvé une immense déception lors du jugement rendu dans le cas Gladu-Truchon en 2019 et après le refus du Québec et du gouvernement fédéral de défendre leurs propres lois en faisant appel de ce jugement, qui ouvre la porte à l'AMM pour les personnes ayant encore des années ou des décennies à vivre. Toutefois nous ne nous attendions pas, moins de deux ans plus tard, à devoir nous battre pour la vie de citoyens aussi marginalisés que ceux atteints de troubles mentaux ou neurocognitifs. Ce développement ne nous surprend pas tout à fait : sans aucun doute beaucoup de personnes ayant fait pression, il y a quelques années, en faveur de la légalisation de l'AMM dans des cas extrêmes en toute fin de vie avaient la ferme intention de militer ensuite, petits pas par petits pas, pour l'euthanasie sur demande en toutes circonstances. Elles ont presque atteint leur but.

Personne ne participe à ce débat sans position préalable (pour ou contre) et sans « biais » vis-à-vis de l'AMM. Ou bien on considère qu'elle est tellement avantageuse pour ceux qui la choisissent qu'il faut accepter le risque de mort prématurée des autres personnes, ou bien on considère que toute mort délibérément provoquée est un mal à éviter. Ceux qui prétendent être neutres sur ce point se trompent eux-mêmes et trompent les autres.

Certains pourraient penser que les vues de notre collectif ne sont pas pertinentes dans le débat actuel en raison de notre opposition à l'AMM en

toute circonstance. Toutefois exclure notre contribution pour cette raison devrait logiquement entraîner l'exclusion de tous ceux qui se situent à l'autre extrémité du spectre des opinions.

En 2018, à la demande du gouvernement fédéral, le *Conseil des académies canadiennes* a fait une étudeⁱⁱⁱ (de loin la plus rigoureuse et la plus approfondie) sur la question de savoir si l'AMM devrait être une option pour les personnes souffrant uniquement de maladie mentale, et sur la même question pour les personnes inaptes ayant fait une demande anticipée d'AMM avant de devenir inaptes. Les groupes de travail qui se sont penchés sur ces questions étaient formés d'universitaires issus de domaines d'expertise variés et ayant un large éventail d'opinions sur l'AMM. Les deux groupes de travail ont produit des textes de plus de 200 pages résumant les données probantes disponibles et chacun s'est abstenu de faire des recommandations, en mentionnant le manque de preuves suffisantes que la permission d'offrir l'AMM dans ces cas-là ne présente pas de dangers pour les individus et la société.

Parmi les groupes plaidant contre l'adoption du projet de loi fédéral C-7 (supprimant le critère de fin de vie dans la loi sur l'AMM), les plus véhéments étaient ceux qui représentent les personnes handicapées. Ces groupes rejettent, à juste titre, l'offre du suicide assisté spécifiquement pour les personnes handicapées, au lieu de services de prévention du suicide. Le gouvernement canadien a ignoré une lettre ouverte^{iv} signée par 129 organisations de la communauté des droits des personnes handicapées et par leurs alliées. Les groupes de personnes handicapées sont allés jusqu'à organiser une « obstruction » en ligne continue^v (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) au cours de la dernière semaine de débat sur le projet de loi, mais en vain.

Une opposition vigoureuse au projet de loi C-7 est également venue des dirigeants autochtones, qui ont évoqué l'épidémie de suicide chez leurs jeunes gens et le racisme anti-autochtone dans le système de santé, des réalités qui mettraient leurs peuples en danger grave si l'AMM était autorisée pour les personnes souffrant uniquement de maladie mentale.^{vi}

L'AMM pour les personnes dont la seule condition médicale est une maladie mentale était spécifiquement exclue par le projet de loi C-7 jusqu'en février 2021, lorsqu'un amendement du Sénat qui l'incluait a été accepté par la Chambre des communes sans qu'elle étudie la question ou entende de témoins sur ce sujet. Avant février 2021, l'étude portait sur un projet de loi qui excluait explicitement la maladie mentale comme critère unique donnant accès à l'AMM. Le rôle du Sénat (qui n'est pas élu) ne consiste pas à ajouter des éléments radicaux aux projets de loi du gouvernement, mais à examiner ces projets de loi, à les rendre plus précis, et si nécessaire, à les renvoyer à la Chambre des communes.

L'Association canadienne pour la santé mentale et le *Centre de toxicomanie et de santé mentale* (CAMH) sont tous deux opposés à l'AMM pour cause de maladie mentale.^{vii viii} En 2020 un comité de *l'Association des psychiatres du Canada* (APC) a adopté une position neutre sur l'AMM pour cause de maladie mentale, sans consulter ses membres, bien qu'un sondage de 2016 ait révélé que 75 pour cent des membres de l'APC y étaient opposés.

Le rapport^{ix} de *l'Association des médecins psychiatres du Québec* (AMPQ), dont on a beaucoup parlé, a aussi été rédigé par un petit comité. Il cite une enquête à laquelle seulement 263 (20 %) des 1 300 psychiatres ont répondu ; 36 % d'entre eux s'opposent, en toute circonstance, à l'AMM pour cause de maladie mentale. Une majorité d'entre eux ont déclaré qu'il faudrait au moins cinq ans de traitement actif avant de pouvoir conclure que d'autres traitements ne produiraient pas de bénéfices supplémentaires ; 42 % ont déclaré qu'il faudrait au moins dix ans. Le mandat donné au comité de l'AMPQ par le *Collège des médecins du Québec* (CMQ) et la *Commission sur les soins de fin de vie* (CSFV) était de déterminer « les circonstances dans lesquelles une personne dont la seule condition médicale sous-jacente est un trouble mental pourrait avoir accès à l'AMM », éludant la question de savoir si l'AMM est un « traitement » approprié pour la maladie mentale. Le rapport affirme que l'AMPQ ne promeut pas l'AMM pour les patients souffrant de maladies mentales, mais aussi que l'AMM ne devrait pas être exclue pour les patients dont la seule condition médicale sous-jacente est un trouble mental : ces deux affirmations entraînent une grande confusion.

L'introduction de l'AMM par directive anticipée pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs (démence, par exemple) a été fermement rejetée par trois éminents gériatres dans une lettre au journal *Le Devoir*^x, lettre signée par 200 autres professionnels de la santé travaillant avec des personnes âgées.

AMM pour cause de maladie mentale

Depuis des siècles, la société et la médecine, en particulier la psychiatrie, investissent du temps et beaucoup d'efforts et de ressources afin d'empêcher les gens de s'enlever la vie. Ces efforts sont essentiels puisque la vie de chaque citoyen est précieuse et que pratiquement toutes les tentatives de suicide sont dues à une perte passagère d'espoir, souvent causée par une maladie mentale. Au Canada, sur l'ensemble des personnes qui font une tentative de suicide chaque année, seulement 23 % font une nouvelle tentative et seulement 7 % réussissent à se suicider.^{xi} Pourquoi les médecins devraient-ils aider des patients suicidaires à se donner la mort, avec un taux de réussite de 100 % ?

On dit que les docteurs peuvent faire la différence, dans le cas d'un patient psychiatrique, entre une requête d'AMM rationnelle et un désir de suicide. Cette opinion ne s'appuie sur aucune donnée probante et de telles données n'existent probablement pas. Le groupe de travail du Conseil des académies canadiennes mentionné ci-dessus a conclu qu'il était impossible de faire la différence entre requête rationnelle d'AMM et désir de suicide. *L'Association canadienne pour la prévention du suicide* a fait la déclaration suivante : « ... le risque de chevauchement [entre AMM et ce que nous appelons traditionnellement suicide] augmente brusquement pour ceux qui recherchent une AMM pour des affections chroniques ne mettant pas leur vie en danger et, en particulier, pour des troubles mentaux ».^{xii}

Le docteur John Maher, un psychiatre expert de la maladie mentale grave et persistante, écrit^{xiii} : « Le gouvernement canadien définit le suicide de manière simple et claire comme l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. L'AMM est un suicide [...]. Ceux qui prétendent qu'un suicide est un acte impulsif et

violent, alors que l'AMM est bien planifiée, paisible et digne, redéfinissent ce qu'est le suicide de façon arbitraire. La manipulation sociale commence toujours par la manipulation linguistique. Le suicide consiste à prendre les moyens de provoquer sa propre mort, quels que soient ces moyens. Soixante-quinze pour cent des personnes qui se suicident ont planifié leur suicide, et beaucoup de suicides sont réalisés avec soin et en prenant l'impact sur les premiers intervenants et les autres personnes en ligne de compte. Il est faux de caractériser tous les suicides comme étant contraints, impulsifs et violents : cette opinion ne fait que perpétuer les stéréotypes des médias.

Il est évident que le suicide cause une souffrance aigüe aux proches. Cette souffrance n'est pas diminuée par la mise en scène d'une « aide médicale à mourir », avec tout le confort de la médecine moderne et les deux parties qui font semblant de s'exonérer mutuellement. En réalité l'AMM peut attiser la blessure, à cause de la trahison de la profession médicale et de l'état. »

La simple possibilité de recourir à l'AMM peut entraver le processus de guérison. Elle revient à considérer le suicide comme un traitement médical acceptable. Les psychiatres entendent déjà des patients demander pourquoi ils devraient essayer de guérir alors qu'ils auront bientôt accès à l'AMM pour leur maladie.

Pendant le débat sur le projet de loi C-7, ses promoteurs affirmèrent que l'AMM pour cause de maladie mentale serait permise seulement pour les patients souffrant d'une maladie « irrémédiable », tel que requis par la loi canadienne. La loi québécoise sur les soins de fin de vie requiert que la maladie soit « incurable » et que le patient soit dans un état de « déclin avancé et irréversible de ses capacités » et éprouve « des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables ».^{xiv} Les termes *irrémédiable*, *incurable* et *insupportable* ne veulent pas nécessairement dire la même chose, ce qui entraîne beaucoup de confusion dans les articles où ces sujets sont traités. Une maladie incurable comme le diabète, la maladie pulmonaire chronique ou même la schizophrénie peut devenir, grâce à un traitement adéquat, une maladie « supportable » et n'est donc pas irrémédiable.

Une analyse documentaire (de portée) des articles sur la souffrance psychiatrique irrémédiable dans le contexte de l'AMM, publiée dans le *Canadian Journal of Psychiatry* en 2020,^{xv} trouva seulement 5 études empiriques ayant examiné au total les cas de 310 patients ayant demandé l'AMM. Aucune de ces études n'a considéré l'impact des soins psychiatriques et deux d'entre elles incluait des indications que des patients refusaient des traitements qui auraient pu être efficaces et choisissaient l'AMM.^{xvi} Au moins une des études utilisait seulement des antidépresseurs de faible intensité pour patients ambulatoires, sans aucun recours à des traitements additionnels pour dépression réfractaire. Il n'a pas de preuve (dans un sens ou dans l'autre) que la maladie mentale puisse être véritablement sans remède.^{xvii}

Si nous considérons maintenant l'individu malade (au lieu des données présentées dans les études), nous ne pouvons pas dire que la maladie suscitant un désir de mort est irrémédiable ou insupportable (sans espoir de soulagement) si toutes les autres options n'ont pas été essayées. Celles-ci peuvent inclure une psychothérapie spécialisée, une référence à des psychiatres surspécialisés, l'hospitalisation, la luminothérapie, l'électroconvulsivothérapie (ECT), la stimulation magnétique transcrânienne (TMS), la kétamine et d'autres thérapies émergentes. Toutes ces interventions ne sont pas remboursées par le système de santé public et certaines sont très chères. Les délais d'attente, même pour une évaluation et un traitement psychiatrique standard, peuvent atteindre plusieurs années. La psychothérapie dans le système de santé public du Québec est de qualité variable et est limitée à dix séances. Les psychothérapeutes privés demandent jusqu'à 200 dollars de l'heure. Un psychiatre ou un psychothérapeute inexpérimenté peut facilement intérioriser le désespoir du patient et conclure prématurément que la maladie est irrémédiable et le désir de mort rationnel.

Ceci nous amène à l'épineuse question de l'accès aux ressources en santé mentale. Personne ne peut contester la situation tragique des Québécois qui ont besoin de soins de santé mentale inexistantes ; ou de soins qui leur sont inaccessibles parce que les fonds publics ne les paient pas et que leur maladie les rend incapables de travailler de façon constante et efficace ; ou parce qu'ils devraient se rendre dans une autre région pour les recevoir ; ou parce que les

soins ne seront disponibles que dans quelques années, après de multiples tentatives de suicide et après que leur vie familiale et professionnelle aura été irrémédiablement endommagée par la maladie.

Lorsque l'AMM a été légalisée pour des patients en fin de vie, les politiciens ont promis un accès universel aux soins palliatifs, une promesse qu'ils n'ont pas tenue. Nous entendons maintenant des promesses vibrantes d'amélioration des soins en santé mentale, avec une porte de sortie rapide par AMM pour ceux qui n'en auront toujours pas. Offrir la mort aux personnes souffrantes parce que la société ne peut ou veut pas leur garantir une vie décente et digne revient à abdiquer nos responsabilités envers ces personnes.

On nous dit que refuser l'AMM aux personnes souffrant de maladie mentale est discriminatoire. C'est tout le contraire : la pire discrimination possible est de la leur offrir sans offrir à ces personnes des traitements adéquats et un soutien social.

Nous considérons comme très imprudente la légalisation prochaine de l'AMM pour cause de troubles mentaux (attendue le 17 mars 2023, conformément au projet de loi C-7), en particulier parce qu'elle résulte d'un amendement du Sénat accepté par le gouvernement sans étude ni consultation. Nous demandons au Gouvernement du Québec de manifester plus de prudence que le Gouvernement du Canada dans ce sujet délicat.

Puisque l'AMM sera permise dans deux ans pour les troubles mentaux dans tout le Canada, nous recommandons

1. d'augmenter rapidement la recherche et la formation professionnelle en santé mentale, ainsi que les services cliniques pour les personnes souffrant de troubles mentaux,
2. de considérer toutes les demandes d'AMM pour cause de troubles mentaux comme des manifestations de distorsion cognitive et de tendances suicidaires causées par la maladie,
3. d'interdire à tout professionnel de la santé de proposer l'AMM à une personne souffrant de maladie mentale,

4. d'exiger que tous les traitements disponibles pour la maladie ont bien été essayés, incluant les nouveaux traitements et ceux qui ne sont pas disponibles dans la région du patient, avant d'offrir l'AMM à une population donnée,
5. d'exiger que des traitements actifs adéquats soient fournis pendant au moins 10 années avant que l'AMM ne soit autorisée, et
6. de créer un comité d'experts pour examiner *avant la mort*, et non *après*, toute demande d'AMM pour cause de maladie mentale, et d'exiger que le comité entende des experts ayant évalué le patient, porté un diagnostic, évalué la pertinence des traitements déjà reçus et l'efficacité potentielle des traitements futurs, et évalué les effets de la maladie sur l'aptitude du patient à prendre des décisions.

L'AMM par directive anticipée pour les personnes incapables à consentir

Personne ne désire être vieux mais chacun de nous connaîtra la vieillesse, à moins de mourir jeune. Personne ne veut perdre son autonomie mais la plupart d'entre nous perdront au moins une partie de celle-ci, de façons diverses dépendant de la maladie ou condition entraînant notre mort.

Personne ne veut souffrir de démence mais certains d'entre nous auront cette maladie. La prévention de la démence requiert l'acquisition de bonnes habitudes devant durer toute la vie et n'est pas toujours couronnée de succès. Les traitements de la démence que nous connaissons aujourd'hui n'ont d'effet que sur les symptômes et ne peuvent modifier le cours de la maladie.

Dans notre société, la peur de la vieillesse et de la dépendance poussent beaucoup de personnes à imaginer une autre manière d'éviter la démence : « qu'on me tue si ça m'arrive ! ». Toutefois, comme une personne démente peut être devenue incapable à ce moment-là, la peur pousse ces personnes à dire : « Je signe maintenant et vous pourrez me tuer plus tard ». Les choses ne sont pas aussi simples qu'elles en ont l'air...

Comme le document de consultation de la commission l'affirme, *l'aptitude à consentir aux soins est l'une des balises fondamentales de la Loi concernant les soins de fin de vie.*^{xviii} En effet, en éthique occidentale contemporaine, il y a consensus sur l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant tout examen ou traitement médical : un traitement sans consentement est une voie de fait.^{xix}

Pour que le consentement soit valide, *le consentement doit être libre, le patient doit posséder l'aptitude à consentir et le patient doit avoir été informé correctement.*^{xx} Le consentement est *éclairé* lorsque le patient a reçu et comprend les informations détaillées sur son diagnostic, incluant les doutes à propos de celui-ci et d'autres diagnostics possibles, la nature des investigations ou traitements proposés, les chances de réussite, les autres traitements disponibles et leurs risques, et les conséquences potentielles d'une absence de traitement.^{xxi} Aucune de ces informations ne peut être fournie à l'avance pour une maladie future inconnue.

Nous utilisons les directives anticipées pour éviter les interventions technologiques qui peuvent être lourdes et inefficaces et pour lesquelles une décision doit être prise rapidement. Au Québec les directives médicales anticipées permettent d'accepter ou de refuser la réanimation cardio-pulmonaire, la respiration artificielle, la dialyse, et l'alimentation et l'hydratation forcées ou artificielles.^{xxii} Ces directives ne permettent pas au patient d'exiger un traitement particulier.^{xxiii} C'est avec sagesse que le législateur n'a pas étendu la portée de ces directives, étant donné les graves difficultés qui s'ensuivraient pour le concept de « consentement éclairé ».

Toutefois la loi n'exige pas une discussion complète du diagnostic et des risques et fardeaux potentiels, ou une vérification de l'aptitude du patient à prendre une décision et l'absence de coercition avant la signature d'une directive anticipée. Le formulaire de directive anticipée peut être téléchargé de l'internet et signé en présence de deux témoins ou d'un notaire.^{xxiv} Il est impossible d'avoir la discussion dont nous venons de parler, puisque l'avenir n'est pas connu. Ceci devrait nous préoccuper grandement, même en ce qui concerne les directives de refuser des traitements.

Malgré leurs limites, les directives de refuser certains traitements ne ressemblent pas du tout aux directives exigeant l'AMM, dans la mesure où elles manifestent le désir *d'être laissé en paix* et non le désir qu'*une intervention mette fin à notre vie*. Dans le monde aucune juridiction n'oblige les médecins à respecter une directive anticipée ordonnant une intervention médicale, et surtout pas une intervention mettant fin à une vie humaine.

Dans le cas de troubles cognitifs, la directive anticipée enlève au patient le droit de changer d'avis. Elle oblige le médecin à causer la mort de quelqu'un qui ne la demande pas, comme le montre le cas récent, aux Pays-Bas, d'une femme qui a été mise sous sédation, maîtrisée et euthanasiée contre son gré parce qu'elle avait signé une telle directive.^{xxv} La personne inapte est liée par une telle directive à cause d'une décision prise autrefois, bien qu'elle soit encore consciente et capable d'interagir et de profiter de la vie ; elle peut avoir une perspective et des désirs très différents de ceux qu'elle avait exprimés lorsqu'elle était apte. Souvent la qualité de vie des personnes démentes, telle qu'évaluée par elles-mêmes, est supérieure à celle que leur attribue leurs soignants.^{xxvi xxvii xxviii} Il n'y a pas de raison de refuser de respecter les désirs d'une personne inapte, pourvu qu'ils ne lui causent pas de tort.^{xxix}

Aux Pays-Bas l'euthanasie par directive anticipée est autorisée mais demeure controversée et est rarement pratiquée, surtout à cause de la difficulté de déterminer les souhaits courants du patient.^{xxx} En 2017 un groupe de médecins néerlandais s'est élevé contre cette pratique en écrivant : « Notre réticence morale à mettre fin à la vie d'une personne sans défense est trop grande ». Leur texte fut signé par certains médecins spécialisés en euthanasie.^{xxxi}

Le risque de maltraitance des aînés est omniprésent.^{xxxii} Même les personnes âgées sans aucun déficit cognitif dépendent souvent des jeunes générations, sur le plan émotif et par besoin d'aide pour maintenir leur autonomie et s'orienter dans un monde qui n'est plus tout à fait le leur. Les premiers troubles cognitifs, qui passent souvent inaperçus, augmentent cette dépendance et ce déséquilibre de pouvoir. Même les familles avec de très bonnes intentions peuvent donner à la personne âgée l'impression que ses

soins constituent un fardeau pour elles. Quand les proches aidants ont un comportement abusif, le déséquilibre des forces peut entraîner une personne âgée à signer des documents légaux (comme un testament ou un mandat de protection) en faveur de la personne abusive.^{xxxiii xxxiv} Il coûte cher de fournir des soins à une personne âgée dans une résidence ou à domicile : le coût des soins peut faire fondre l'héritage attendu par la prochaine génération. Des directives anticipées autorisant l'AMM constitueraient un outil nouveau et radical pour des héritiers avides.^{xxxv}

Il faut aussi considérer le point de vue de l'état et du système de santé. Le financement des soins en résidence et à domicile dépend de beaucoup de facteurs politiques et budgétaires ayant peu à voir avec les besoins des personnes concernées. Par exemple, le sous-financement des résidences pour aînés (RPA ou CHSLD), qui a commencé bien avant la pandémie actuelle, est l'une des raisons pour lesquelles la pandémie a eu un effet particulièrement grave sur les personnes âgées vivant dans de telles résidences.

Les professionnels de la santé qui soignent les personnes démentes souffrent aussi d'anxiété, spécialement lorsqu'il n'y a pas assez de personnel. Si un patient est difficile, ils peuvent blâmer le patient au lieu de réfléchir sur la nature de la maladie et d'essayer de comprendre ses motivations.

Ces considérations seraient forcément des facteurs lors d'une décision d'implanter une directive anticipée d'AMM, soit par des familles en plein désarroi, soit par des professionnels de la santé qui projettent leur souffrance sur le patient, soit par des administrateurs du système de santé ayant besoin de lits.

L'affirmation que le choix de la mort par AMM d'une personne démente peut être un choix autonome, grâce au consentement écrit avant qu'elle devienne inapte, est fondée sur des principes philosophiques et éthiques erronés.

Notre recommandation sur la question de l'AMM par directive anticipée pour les personnes inaptes est simple : cette sorte d'AMM doit être rejetée.

Sur la stigmatisation et la solidarité

Malgré l'accent mis sur l'autonomie comme motivation de la campagne pour l'AMM, dans les deux cas de la maladie mentale et de la démence, les opinions sont souvent influencées par la révulsion qu'inspire la condition de ces groupes marginalisés : « Je ne veux pas être comme eux », se disent beaucoup de gens.

La dignité, qui est une qualité intrinsèque de chaque être humain, se réduit à une apparence agréable, à un bon fonctionnement au sein de la société et à l'autonomie dans les soins personnels. Une personne qui ne peut pas travailler et dont on doit s'occuper devient un citoyen de seconde classe, qui inspire la pitié et qu'on évite.

« La valeur intrinsèque d'un bambin qui est incontinent, qui a besoin d'aide pour s'alimenter, se vêtir et se laver n'est jamais contestée par ses parents. Cet enfant est digne de considération et de soins, même s'il n'a pas encore acquis la bienséance. Qu'en est-il de ceux qui vivent toute leur vie avec un handicap mental ou physique qui limite leur accès à ce dernier type de dignité ? Ces gens devraient-ils être euthanasiés ? »^{xxxvi}

Les aînés souffrant de troubles neurocognitifs et les personnes de tous âges souffrant de troubles mentaux sont constamment aux prises avec des préjugés capacitistes dans le système de santé. On parle d'eux en termes péjoratifs, on les blâme parce qu'ils occupent des lits à l'urgence et à l'étage des hôpitaux, on leur donne leur congé de façon prématurée, ce qui résulte en d'autres séjours à l'hôpital. L'enthousiasme pour l'AMM est le résultat naturel de cette discrimination envers nos patients. Pourquoi faire partie d'un groupe aussi marginalisé et ignoré ? Je serais bien mieux morte...

Nous ne savons pas quand ce sera notre tour de faire partie de ces groupes-là et de vouloir être traités avec respect. En fin de compte nous sommes tous vulnérables, même ceux qui sont forts et en santé maintenant. Nous l'avons constaté pendant la pandémie de COVID-19, où des jeunes gens en bonne santé sont tombés malades et sont même morts de cette maladie. Au lieu de rejeter la vulnérabilité qui est notre partage, nous devons l'accepter comme

faisant partie de la condition humaine : elle est incontournable et belle, puisqu'elle nous rend dépendants les uns des autres et crée des liens entre nous. L'autonomie radicale est un mythe.

Nous devons bâtir la solidarité. Nous avons besoin d'un soutien adéquat de l'état pour les soins de santé mentale. Nous avons besoin, pour nos aînés, de soins à domicile et en résidence qui soient financés par l'état, mais nous devons aussi construire une société dans laquelle les familles et les amis des malades leur tendent la main et les soutiennent.

Ce type de solidarité existe. Nous, les médecins, la voyons tous les jours se manifester dans les actions des parents et des amis de nos patients. Nous la voyons dans les nombreuses personnes du système de santé qui font plus que leur devoir pour leurs patients. Nous la voyons dans les organismes sans but lucratif fournissant de l'accompagnement et toutes sortes de soutien aux personnes seules malades ou âgées. Naturellement il en faudra toujours plus.

Voilà la solution au désarroi que nous ressentons lorsque nous voyons des personnes souffrir. Un supplément de mort n'est pas la solution.

ⁱ <https://collectifmedecins.org/le-manifeste/signataires/>

ⁱⁱ <https://collectifmedecins.org/le-manifeste/>

ⁱⁱⁱ <https://www.rapports-cac.ca/reports/aide-medicale-a-mourir/>

^{iv} <http://www.vps-npv.ca/stopc7>

^v <https://disabilityfilibuster.ca/>

^{vi} <https://lactualite.com/actualites/aide-medicale-a-mourir-un-autochtone-reclame-de-meilleurs-soins-dabord/>

^{vii} <https://cmha.ca/news/statement-on-medical-assistance-in-dying-maid>

^{viii} <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/camh-just-committee-presentation-bill-c7-nov-2020-pdf.pdf>

^{ix} <https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf>

^x <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/595951/notre-inquietude-face-a-l-aide-medicale-a-mourir>

^{xi} <http://maid2mad.ca/wp-content/uploads/2021/03/MAID-and-Niagara-Falls.pdf>

^{xii} https://suicideprevention.ca/Statement-on-MAID?locale=fr_ca

^{xiii} <https://collectifmedecins.org/laide-medicale-a-mourir-pour-cause-de-maladie-mentale-des-mythes-et-des-faits/>

^{xiv} <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-32.0001>

^{xv} an Veen S, Ruissen A, Widdershoven G. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death: a scoping review of arguments in the literature. *Can J Psych.* 2020;65(9):593-603. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720923072?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

^{xvi} Sinyor M and Scaffer A. The Lack of Adequate Scientific Evidence Regarding Physician-assisted Death for People with Psychiatric Disorders Is a Danger to Patients. *Van J Psych* 2020: 0, Vol. 65(9): 607-609. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720928658>

^{xvii} Ibid

^{xviii} <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSFV/consultations/consultation-619-20210625.html>

^{xix} <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians>

^{xx} [https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Informed Consent/three key elements-f.html](https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Informed%20Consent/three%20key%20elements-f.html)

^{xxi} Ibid

^{xxii} <https://educaloi.qc.ca/capsules/directives-medicales-anticipees/>

^{xxiii} Ibid

^{xxiv} Ibid

^{xxv} Miller DG, Dresser R and Kim SYH. Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. *J Med Ethics* 2019; 45:84-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502099/>

^{xxvi} Zucchella C et al, Quality of life in Alzheimer disease: a comparison of patients' and caregivers' points of view. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2015 Jan-Mar;29 (1):50-4

xxvii Dixit D et al, Quality of Life Assessments in Individuals With Young-Onset Dementia and Their Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. Published online July 9, 2020.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988720933348>

xxviii Dewitte L et al, Cognitive functioning and quality of life: Diverging views of older adults with Alzheimer and professional care staff. *International journal of geriatric psychiatry*. 33:8, August 2018. <https://doi-org.proxy3.library.mcgill.ca/10.1002/gps.4895>

xxix <http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Making-decisions>

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

xxxi <https://nltimes.nl/2017/02/10/dutch-doctors-euthanasia-advanced-dementia-patients>

xxxii <https://cnpea.ca/images/canada-report-june-7-2016-pre-study-lynnmcdonald.pdf>

xxxiii <https://assetsforcare.seniorsrights.org.au/relationship-breaks-down/equity/undue-influence-unconscionable-dealing/>

xxxiv <http://www.donnellgroup.ca/resources/estate-litigation-articles/undue-influence-canada>

xxxv <https://www.mercatornet.com/careful/view/elder-abuse-a-real-and-present-danger/20318>

xxxvi <https://www.mercatornet.com/careful/view/elder-abuse-a-real-and-present-danger/20318>



**Brief submitted to the
Select Committee on the Evolution of the Act
respecting end-of-life care**

August 10, 2021

The ***Physicians' Alliance against Euthanasia*** has participated in the debate around what is now called “medical aid in dying” (MAiD) since 2012, and many of our individual members long before that. The *Alliance* has a membership of over 1100 physiciansⁱ who have signed our *Declaration*ⁱⁱ on optimal end of life care without euthanasia. Although we oppose all euthanasia on medical and philosophical grounds, we understand that the mandate of the present Committee is not to reopen the debate that took place before the *Act respecting end of life care* was adopted, but rather to consider the advisability of extending MAiD to new groups of Quebecers.

Distressed as we were by the Gladu-Truchon court judgment in 2019 and the Quebec and federal government’s refusal to defend their own laws by appealing it, opening the door to MAiD for people who are years or decades from the end of their life, we did not expect less than two years later to be fighting for the lives of two such marginalized groups of citizens as those with mental and neurocognitive disorders. However it is not entirely unsurprising; there is no doubt that many of those who lobbied for MAiD legalization in extreme situations at the very end of life a few years ago had every intention of then working piece by piece toward euthanasia on demand in all circumstances. We are almost there.

No one comes to the table without a preconceived position, or “bias”, for or against MAiD. One either considers it such a great benefit to those who choose it that the risk of premature death of others must be accepted, or one considers every deliberate premature death a harm to be avoided. Those who claim to be neutral on this point are deceiving themselves and others.

Some may consider the views of our Alliance irrelevant to the current debate because of our opposition to “medical aid in dying” in all situations. However, to exclude us for that reason would require also excluding all those who are at the opposite pole of the debate.

By far the most rigorous and extensive study of whether “medical aid in dying” should be an option for people whose only medical condition is a mental illness, and for people incapable of decision-making who made an advance request for it before losing capacity, was that undertaken by the *Council of Canadian Academies* in 2018 at the request of the Canadian government.ⁱⁱⁱ The panels on both questions were composed of academics across fields of expertise and with a broad range of opinions on MAiD. Both panels produced 200+-page summaries of the available evidence, and both refrained from making recommendations, citing the lack of sufficient evidence on the safety of allowing MAiD in these situations, both for individuals and for society.

The most outspoken advocacy against Canada’s recently-adopted Bill C-7 removing the end of life requirement in the law has been from groups representing disabled persons. They rightly reject being specifically targeted for suicide assistance instead of prevention on account of their disability. An open letter signed by 129 member organizations and allies of

the disability rights community^{iv} was ignored by the Canadian government. Disability groups went to the extent of holding a 24/7 online “filibuster” in the last week of debate on the Bill^v, to no avail.

Another vocal source of opposition to Bill C-7 was from Indigenous leaders, who invoked the suicide epidemic among their young people and anti-Indigenous racism in health care, situations which would put their people at grave risk should MAiD become legal for mental illness.^{vi}

MAiD for people whose sole medical condition is a mental illness were specifically excluded by Bill C-7 until February 2021, when a Senate amendment including it was accepted by the House of Commons without studying the question or hearing witnesses on it. All the study prior to February 2021 was of a Bill that explicitly excluded mental illness as an indication for MAiD. The role of the (unelected) Senate is not to add radical new elements to government Bills, but to review, refine, and if necessary return them for further study.

The *Canadian Mental Health Association* (CMHA) and the *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) both oppose MAiD for mental illness.^{vii viii} A committee of the *Canadian Psychiatric Association* adopted a neutral position on MAiD for mental illness in 2020, without consulting the CPA membership, despite their last survey in 2016 showing 75% opposed.

The much-discussed report of the *Association des médecins psychiatres du Québec* (AMPQ)^{ix} was also written by a small committee. It quotes a survey to which only 263 (20%) of 1300 psychiatrists responded; 36% of these objected to MAiD for mental illness in all circumstances. A majority said it would take at least five years of active treatment before one could conclude that further treatment may not produce added benefit; 42% thought it would take at least ten years. Their stated mandate, at the request of the *Collège des Médecins du Québec* (CMQ) and the *Commission des soins de fin de vie* (CSFV), was to determine “the circumstances in which a person with only a mental disorder as their sole underlying medical condition (MD-SUMC) could access MAiD”, sidestepping the question of whether it is an appropriate “treatment” for mental illness at all. The report states both that the AMPQ does not promote MAiD for mental illness, and that patients whose sole underlying medical condition is a mental disorder should not be excluded from it, leading to much confusion.

The question of MAiD by advance request for people with neurocognitive disorders (dementia) was vehemently opposed by three prominent geriatricians in a letter to *Le Devoir*^x supported by 200 other health professionals who work with elderly patients.

Medical aid in dying for mental illness

Society and medicine, especially psychiatry, have for centuries invested time, effort and resources into preventing people from taking their own lives. This is an important effort because the life of each citizen is valuable. It is important because virtually all suicide attempts are due to transient loss of hope, often due to mental illness. In Canada, of all those who attempt suicide each year, only 23% try again, and only 7% complete suicide.^{xi} Why should doctors enable suicidal patients' death, with a 100% success rate?

It is said that doctors can distinguish between a rational request for MAiD in a psychiatric patient and a desire for suicide. No evidence has been presented in support of this claim, and probably none exists. The *Council of Canadian Academies* panel concluded that it is impossible to distinguish between the two. The *Canadian Association for the Prevention of Suicide* states: "... the risk of overlap [between MAiD and what we traditionally understand as suicide] increases precipitously for those seeking MAiD for chronic, non-life threatening conditions and, in particular, for mental disorders."^{xii}

Psychiatrist Dr. John Maher, expert in serious and persistent mental illness, writes^{xiii}, "The Canadian government defines suicide simply and clearly as, "the intentional action of ending one's life". MAiD is suicide [...] Those who claim suicide is impulsive and violent, while MAiD is well thought out, peaceful, and dignified, are arbitrarily redefining what suicide is. Social engineering always begins with language engineering. Suicide is taking steps to cause your own death, whatever the steps. 75% of people plan their suicide, and many are completed with care and consideration of the impact on first responders and others. The characterization of all suicides as compelled, impulsive, and violent is factually wrong and perpetuates media stereotypes.

"What is clear is that suicide is a raw agony for loved ones. The trappings of medical comfort and the mutual pretense of moral exoneration that the staging of the MAiD event promises cannot diminish this sorrow. In fact, it can serve to inflame the wound through the betrayal by both medicine and state."

The availability of MAiD interferes with recovery. It sends the message that suicide can be an acceptable medical treatment. Psychiatrists are already hearing patients ask why they should persist in trying to recover when MAiD will soon be available for their illness.

It was said by proponents during the C-7 debate that MAiD for psychiatric patients would be only for those with "irremediable" psychiatric illness as required by Canadian law. The *Quebec Act respecting end-of-life care* requires that the illness be "incurable" and in an "advanced state of irreversible decline in capability", leading to "constant and unbearable physical or psychological suffering".^{xiv} The terms *irremediable*, *incurable* and *unbearable*

are not interchangeable, leading to much confusion in the literature studying these issues. An incurable illness, such as diabetes, chronic lung disease, or indeed, schizophrenia, may with adequate treatment be far from unbearable, so is not irremediable.

A scoping review of articles about irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death, published in the *Canadian Journal of Psychiatry* in 2020^{xv} found only 5 empirical studies that examined a total of 310 patients seeking MAiD. None examined the impact of psychiatric care, and two included evidence that patients were refusing potentially effective treatments in favour of MAiD.^{xvi} At least one study used only low-intensity outpatient antidepressants without any of the additional treatment options available for resistant depression. Whether mental illness can ever be truly irremediable remains an untested question.^{xvii}

Moving from study data to the individual patient, it cannot be said that the illness leading to a desire for death is irremediable, or incurably unbearable, if all other options have not been tried. These might include expert psychotherapy, referral to subspecialist psychiatrists, hospitalization, light therapy, electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation (TMS), ketamine and other emerging therapies. Not all these interventions are reimbursed by the public health system, and some are very expensive. Waiting times, even for standard psychiatric evaluation and treatment, can be up to several years. Psychotherapy in the Quebec public health care system is of variable quality and is limited to ten sessions. Private psychotherapists charge up to \$200 per hour. An inexperienced psychiatrist or psychotherapist may easily internalize the patient's despair and conclude prematurely that the illness is irremediable and the desire for death rational.

This leads to the thorny question of access to mental health resources. No one can dispute the tragic situation of Quebecers who need non-existent mental health care; or care that is inaccessible to them because the public purse doesn't pay for it and their illness renders them unable to work consistently and effectively; or because they would need to travel to another region to receive it; or care that will be available only in a few years, after multiple suicide attempts and after their family and professional life has been inalterably damaged by their illness.

As politicians' promises of ensuring palliative care access while legalizing MAiD at the end of life, were broken, we are now hearing heartfelt promises of improved mental health care, with a quick exit through MAiD for those who still can't get it. To end of the lives of people who suffer because society cannot or will not ensure a decent and dignified life is an abdication of our responsibility to them.

We are told that it is discriminatory to not offer MAiD to people suffering from mental illness. On the contrary, it is the height of discrimination to offer it to them while not offering adequate treatment and social support.

We consider the Canadian government's legalization of MAiD for mental disorders as of March 17, 2023 through Bill C-7, to be rash in the extreme, especially as it happened by the government accepting a Senate amendment with no study or consultation. We appeal to the Government of Quebec to show greater prudence than the federal government in this delicate question.

Since MAiD will be legal for mental disorders across the country in two years, we recommend:

1. Rapidly increasing mental health research and professional training, and clinical services for people with mental disorders;
2. Considering all requests for MAiD on the basis of mental disorders to be expressions of cognitive distortion and suicidality due to the illness;
3. Prohibiting any health professional proposing MAiD to a person with mental illness;
4. Requiring that all available treatments for the illness have been attempted, including novel treatments and those not available in the region where the patient resides, before considering MAiD in this population.
5. Requiring that at least 10 years have passed, with adequate active treatment, before considering MAiD;
6. Creating a committee of experts to examine all request for MAiD on the basis of mental illness alone, *before* the death, not *after*. Require the committee to hear evidence from experts who must evaluate the patient and report on the diagnosis, the adequacy of treatments already received, the possibility of further effective treatment, and the effect of the illness on decision-making capacity.

Medical aid in dying by advance request for persons incapable of decision-making

Nobody wants to get old, but everyone will unless they die young. Nobody wants to lose autonomy, but most of us will, in different ways, depending on the specific illness or condition that eventually leads to our death.

Nobody wants to develop dementia, but some of us will. Interventions to prevent dementia require lifelong implementation of lifestyle choices and are not guaranteed to be effective. Pharmacologic treatment for dementia is so far symptomatic only, and does not alter the ultimate course of the disease.

Thus our youth-worshipping and dependency-fearing society seeks another way of trying to avoid dementia: Kill me when I get there. But since a person with dementia may have lost capacity to understand the decision when the time comes, the ultimate solution has become: I sign now, so you can kill me later. But this is far from being as simple as it seems.

As noted in the Commission's consultation paper, *Capacity to consent to care is one of the fundamental guidelines of the Act respecting end-of-life care*.^{xviii} Indeed, the requirement of obtaining a patient's free and informed consent before undertaking any medical examination or treatment is undisputed in contemporary Western medical ethics, treatment without consent being a crime of assault.^{xix}

For consent to be considered valid: it must be voluntary; the patient must have the mental capacity to consent; and the patient must be properly informed.^{xx} Consent is *informed* when the patient has received and understands detailed information on their diagnosis, including any uncertainty about it and other possible diagnoses; the nature of the proposed investigations or treatments, the chances of success, available alternative treatments and their risks, and the potential consequences of leaving the condition untreated.^{xxi} None of this information can be provided in advance for an unknown future health condition.

We use advance directives to avoid technological interventions that are likely to be ineffective and burdensome and that must be decided upon quickly. Advance medical directives in Quebec law allow for acceptance or refusal of cardiopulmonary resuscitation, ventilator-assisted breathing, dialysis and forced or artificial feeding or hydration.^{xxii} They do not allow one to *demand* a particular treatment.^{xxiii} The legislator wisely did not broaden the scope of these directives, given the serious difficulties with informed consent that would ensue.

The law does not however require full discussion of diagnosis, potential risks and burdens, or determination of patient decision-making capacity and freedom from coercion before signing an advance directive. It can simply be downloaded from the internet and signed before two witnesses or a notary.^{xxiv} It is not possible to have such as a discussion, since the

future is unknown. This should be of grave concern to us, even with directives to withhold treatment.

Limited as they are, directives to refrain from certain treatments contrast starkly with directives ordering MAiD, in that they indicate a wish to be *left alone*, not a wish to *have something actively done to end one's life*. No jurisdiction in the world requires physicians to obey an advance directive mandating any specific medical intervention, much less the ending of life.

In the case of cognitive disorders, the directive denies the person the right to change their mind. It requires the physician to directly cause the death of someone who is not asking to die, as illustrated by the recent case in the Netherlands of a woman who was sedated, restrained and euthanized against her will in obedience to such a directive.^{xxv} It binds the incapable person to a decision made at a moment in the past, despite the fact that he or she is still conscious and able to interact and enjoy life, and may have a very different outlook on life and different wishes from those expressed while still legally capable. Persons with dementia often rate their quality of life as better than their caregivers rate it.^{xxvi xxvii xxviii} There is no reason not to respect the current wishes of an incapable person as long as they are not harmful to that person.^{xxix}

In the Netherlands euthanasia is permitted by advance directive but remains very controversial and rarely done, primarily because of the difficulty in knowing the patient's current wishes.^{xxx} In 2017 a group of Dutch doctors spoke out against the practice: "Our moral reluctance to end the life of a defenseless human being is too big", they wrote. Some physicians specialized in euthanasia were among the signatories.^{xxxi}

The risk of elder abuse is ever-present.^{xxxii} Even cognitively intact older persons are often dependent on the younger generation, emotionally as well as for help in maintaining their autonomy and navigating a world that has changed since their time. Early, unrecognized cognitive impairment increases the dependency and the power imbalance. Even well-intentioned families may give a subtle message that the older person's care is burdensome to them. When the caregivers are abusive this power differential can lead to an undue influence to sign legal documents, such as a will or protection mandate in favour of the abuser.^{xxxiii xxxiv} Private residential or home care for a dependent older person is expensive and can rapidly deplete the expected inheritance of the next generation. Advance directives authorizing death would provide a new and more definitive tool for greedy heirs.^{xxxv}

The State has interests too. The degree to which home and residential care is funded depends on many political and budgetary factors unrelated to the needs of the people concerned. Indeed, one of the reasons for the disproportionate effect of the pandemic on seniors in residential care is the chronic underfunding that was present for years before it began.

Health professionals who care for people with dementia also experience distress, especially in situations of understaffing. If a patient has difficult behaviour, it becomes easy to blame the patient instead of reflecting on the nature of the illness and trying to understand the motivation behind the behaviour.

These interests would unavoidably be factors in decisions to implement advance requests for MAiD, whether by distressed families or health care providers who project their suffering onto the patient, or by health care administrators in need of beds.

The claim that the death by MAiD of persons with dementia can become an autonomous choice, through written consent to it before losing their decision-making capacity, is philosophically and ethically flawed.

Our recommendation on the question of MAiD by advance request for persons incapable of decision-making is simple: Reject it.

On stigma and solidarity

Despite the insistence on autonomy as the supreme value and the motivation of the campaign for MAiD, both in the case of mental illness and in that of dementia, it often comes down to looking at members of these marginalized groups with revulsion and thinking “I don’t want to be like that”.

Dignity, an inherent characteristic of every human being, is reduced to looking nice, functioning in society and being autonomous for personal care. A person who can’t work and who must be looked after becomes a second-class citizen, to be pitied and avoided.

“The intrinsic value of a toddler who is incontinent and needs help to eat, dress and wash, is never contested by his parents. This child is worthy of consideration and care, even if he has not yet acquired propriety. What about those who live their whole life with a mental or physical disability that limits their access to this type of dignity? Should these people be euthanized?”^{xxxvi}

Seniors with neurocognitive disorders and people of all ages with mental illness are constantly confronted with ableist biases in the health care system. They are referred to with derogatory language, blamed for occupying space in emergency rooms and hospital wards, and often discharged prematurely, to their detriment and resulting in return visits to the hospital. The natural evolution of this discrimination against our patients is enthusiasm for MAiD. Why would anyone want to be part of such a marginalized and neglected group? Kill me first!

But we never know when we will join those groups and yearn to be treated with respect. And ultimately we are all vulnerable, even those who are presently healthy and strong. This fact has been underlined by the COVID-19 pandemic, when we see young healthy people become critically ill and even die. Instead of rejecting our shared vulnerability, we must accept it as part of the human condition, unavoidable but beautiful, as it draws us to interdependence and connectedness instead of unrealizable radical autonomy.

We must build solidarity. We need adequate support from the State for mental health care. We need adequate publicly-funded home care and residential care for seniors. But we must also build a society in which families and friends of those who are ill reach out to them and support them.

This kind of solidarity exists. We physicians see it daily in the relatives and friends of our patients. We see it in many individuals working in health care settings who go beyond strict duty to care for patients. We see it in non-profit organizations created to provide companionship and all kinds of support to people who are alone and aging or sick. But of course more is always needed.

That is the solution to the distress we feel when we see people suffer. More death is not.

-
- ⁱ <https://collectifmedecins.org/en/declaration/signatories/>
- ⁱⁱ <https://collectifmedecins.org/en/declaration/>
- ⁱⁱⁱ <https://cca-reports.ca/reports/medical-assistance-in-dying/>
- ^{iv} <http://www.vps-npv.ca/stopc7>
- ^v <https://disabilityfilibuster.ca/>
- ^{vi} <https://nationalpost.com/news/canada/address-anti-indigenous-racism-in-health-care-before-expanding-maid-fn-advocate>
- ^{vii} <https://cmha.ca/news/statement-on-medical-assistance-in-dying-maid>
- ^{viii} <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/camh-just-committee-presentation-bill-c7-nov-2020-pdf.pdf>
- ^{ix} <https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/mpqdocreflexionammenfinal.pdf>
- ^x <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/595951/notre-inquietude-face-a-l-aide-medicale-a-mourir>
- ^{xi} <http://maid2mad.ca/wp-content/uploads/2021/03/MAID-and-Niagara-Falls.pdf>
- ^{xii} <https://suicideprevention.ca/Statement-on-MAID>
- ^{xiii} <https://collectifmedecins.org/en/maid-for-mental-illness-myths-facts/>
- ^{xiv} <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/showdoc/cs/S-32.0001>
- ^{xv} an Veen S, Ruissen A, Widdershoven G. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician assisted death: a scoping review of arguments in the literature. *Can J Psych*. 2020;65(9):593-603. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720923072?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- ^{xvi} Sinyor M and Scaffer A. The Lack of Adequate Scientific Evidence Regarding Physician-assisted Death for People with Psychiatric Disorders Is a Danger to Patients. *Van J Psych* 2020: 0, Vol. 65(9): 607-609. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720928658>
- ^{xvii} Ibid
- ^{xviii} <http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/commissions/CSSFV/consultations/consultation-619-20210625.html>
- ^{xix} <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians#assault>
- ^{xx} [https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Informed Consent/three key elements -e.html](https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/communication/Informed%20Consent/three%20key%20elements-e.html)
-

xxi Ibid

xxii <https://educaloi.qc.ca/en/capsules/advance-medical-directives/>

xxiii Ibid

xxiv Ibid

xxv Miller DG, Dresser R and Kim SYH. Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. *J Med Ethics* 2019; 45:84-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502099/>

xxvi Zucchella C et al, Quality of life in Alzheimer disease: a comparison of patients' and caregivers' points of view. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2015 Jan-Mar;29 (1):50-4

xxvii Dixit D et al, Quality of Life Assessments in Individuals With Young-Onset Dementia and Their Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. Published online July 9, 2020. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988720933348>

xxviii Dewitte L et al, Cognitive functioning and quality of life: Diverging views of older adults with Alzheimer and professional care staff. *International journal of geriatric psychiatry*. 33:8, August 2018. <https://doi-org.proxy3.library.mcgill.ca/10.1002/gps.4895>

xxix <http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Making-decisions>

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

xxxi <https://nltimes.nl/2017/02/10/dutch-doctors-euthanasia-advanced-dementia-patients>

xxxii <https://cnpea.ca/images/canada-report-june-7-2016-pre-study-lynnmcdonald.pdf>

xxxiii <https://assetsforcare.seniorsrights.org.au/relationship-breaks-down/equity/undue-influence-unconscionable-dealing/>

xxxiv <http://www.donnellgroup.ca/resources/estate-litigation-articles/undue-influence-canada>

xxxv <https://www.mercatornet.com/careful/view/elder-abuse-a-real-and-present-danger/20318>

xxxvi Pageau, Félix, *La responsabilité de protéger les personnes âgées atteintes de démence*. Manifeste. (Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2020). <https://www.pulaval.com/produit/la-responsabilite-de-protoger-les-personnes-agees-atteintes-de-demence-manifeste>