



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

14 mai 2021

Mona Gupta, M.D. CM, FRCPC, Ph.D.
Psychiatre, CHUM
Chercheuse Régulière, Centre de recherche du CHUM
Professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal

Je remercie la Commission de me donner l'occasion de présenter le présent mémoire. J'y traiterai de deux questions. La première est de savoir s'il existe des caractéristiques propres à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux qui les rendent inadmissibles à recevoir de l'AMM. La seconde est de savoir comment répondre aux préoccupations soulevées par des demandes de l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI).

1. Les troubles mentaux ont-ils des caractéristiques propres qui les rendent inadmissibles à l'aide médicale à mourir (AMM) ?

Au cours des cinq à dix dernières années, un corpus de recherches, d'études commandées, de rapports indépendants et de guide de bonnes pratiques d'autres pays a été produit au sujet de l'aide à mourir pour les personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) (voir par exemple, AMPQ 2020, EAG 2020, The Halifax Group 2020, NVvP 2018). Les auteurs ont identifié et débattu de plusieurs préoccupations associées à l'accès à l'AMM pour le TM-SPMI. Celles-ci ont également été prises en compte lors du débat parlementaire et de l'étude de la récente loi fédérale, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* (C-7). Ces préoccupations sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Des préoccupations soulevées au sujet de l'AAM en situation de TM-SPMI (CAC 2018, 61-107)

<p>Évaluation de l'aptitude à consentir à l'AMM</p>	<p>Il peut être très difficile d'évaluer l'aptitude d'une personne à prendre une décision irréversible en raison des nombreuses incertitudes sur les risques et les avantages futurs potentiels de continuer à vivre.</p> <p>Le jugement d'une personne sur l'AMM peut être entravé par des caractéristiques du trouble mental (par exemple, un pessimisme non justifié concernant l'avenir) même si la personne a la capacité juridique. La capacité juridique n'offre pas une protection suffisante aux personnes atteintes de troubles mentaux.</p>
<p>Souffrances constantes et insupportables</p>	<p>Les interventions avancées pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques difficiles à traiter et pour réduire leurs souffrances ne sont pas accessibles à tous.</p> <p>Les souffrances d'une personne peuvent découler de facteurs sociaux comme l'exclusion sociale et la pauvreté associé à un trouble mental plutôt que causé le trouble mental lui-même. L'AMM pourrait servir de réponse à ces maux sociaux.</p>

	La perception d'une personne de sa propre réalité peut être faussée ou malavisée. En effet, les troubles mentaux peuvent altérer les cognitions, les émotions, les perceptions et le jugement. Cela pourrait avoir une incidence sur la perception ou l'expérience de la souffrance.
La suicidalité en tant que symptôme de certains troubles mentaux	Pour certaines maladies, les pensées suicidaires sont un symptôme qui disparaît lorsque la personne est traitée avec succès. Il est difficile de distinguer une personne demandant l'AMM de manière volontaire d'une autre agissant sous des pulsions suicidaires causées par la maladie.
La nature incurable d'un trouble/la nature irréversible d'un déclin	Il est difficile, voire impossible, de déterminer si un trouble mental est incurable ou si le déclin d'une personne est irréversible. De plus, il n'y a pas de normes établies pour évaluer cela. ¹

Au Québec, plus de 5 000 personnes ont eu accès à l'AMM depuis sa légalisation en 2015 (CSFV 2020). Bien que des données existent sur les diagnostics primaires livrés aux personnes qui ont reçu l'AMM, il n'existe pas de données sur leurs problèmes médicaux concomitants, y compris leurs problèmes psychiatriques. Cependant, étant donné la prévalence des troubles mentaux au sein de la population dans son ensemble (la prévalence de tous les troubles sur une période de 12 mois est d'environ 20 %) (Smetanin et al 2011), un pourcentage important des personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir sont susceptibles d'avoir également souffert de troubles mentaux.

La sous-population des personnes présentant des affections physiques et psychiatriques concomitantes demandant l'aide à mourir est un groupe diversifié qui comprend les personnes pour lesquelles :

- le trouble mental joue un rôle relativement mineur dans la motivation de la demande,
- le trouble mental joue un rôle important ou fondamental dans la motivation de la demande,
- la concomitance même des problèmes physiques et psychiatriques motive la demande,
- les composantes psychiatriques et physiques sont si enchevêtrées qu'il vaut mieux les considérer comme un état mixte plutôt que comme deux états concomitants, et c'est l'état mixte qui motive la demande.

Le tableau 2 donne des exemples de cas réels (dont on a fait une représentation fictive pour éviter l'identification des personnes) de personnes qui, en raison de troubles mentaux, ont demandé et obtenu l'AMM au Canada en vertu de la loi actuelle.

¹ Dans l'annexe A, je traite de l'argument, invoqué par certains, selon lequel des études empiriques de pronostic pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui souhaitent recevoir l'AMM peuvent et doivent être menées avant que l'AMM ne leur soit disponible.

Les réflexions sur des cas réels d'AMM aux personnes souffrant d'affections physiques et psychiatriques concomitantes ont démontré que les préoccupations au sujet de l'admissibilité des personnes en situation de TM-SPMI qui ont accédé à l'AMM ne sont pas propres aux personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué, mais que ces préoccupations peuvent aussi être présentes chez les patients souffrant d'affections physiques et psychiatriques concomitantes. Bien que les préoccupations décrites ci-dessus méritent d'être considérées attentivement lors du processus d'évaluation, elles sont déjà prises en compte dans certains cas que l'on rencontre actuellement dans la pratique clinique.

Tableau 2: Des cas réels de personnes atteintes de troubles mentaux ayant reçu l'AMM au Canada selon les critères existants

Cas présentant des affections physiques et psychiatriques concomitantes OU des affections ayant des composantes physiques et psychiatriques	Problèmes soulevés concernant l'application des critères d'admissibilité
<p>Des affections mentales et physiques concomitantes où le trouble mental est la motivation principale pour l'AMM</p> <p>Femme de 55 ans souffrant de schizophrénie et d'un cancer gastrique récemment diagnostiqué. Nombreuses tentatives de suicide antérieures. Elle refuse de se faire traiter contre un cancer et demande l'AMM pour mettre fin aux souffrances qu'elle a endurées toute sa vie en raison de ses troubles mentaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La demande d'AMM (et le refus d'un traitement contre le cancer) sont-ils en réalité l'expression d'idées suicidaires liées au trouble mental? • Existe-t-il des traitements spécialisés pour le trouble mental? • L'acceptabilité des traitements est-elle affectée par les symptômes de la schizophrénie?
<p>Un état mixte avec des composantes physiques et psychiatriques est la motivation pour l'AMM</p> <p>Femme de 68 ans souffrant de fibromyalgie grave, alitée et totalement dépendante des autres pour son quotidien. Elle pense que son état est associé à la maladie de Lyme. Elle se trouve dans une situation financière précaire. Elle souhaite bénéficier de l'AMM, car il n'y a aucun moyen de la guérir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les convictions de cette personne au sujet de la maladie de Lyme compromettent-elles sa capacité de consentir à l'AMM? • Le caractère volontaire de la demande est-il influencé par l'insécurité financière? • Des options de traitement spécialisé pour la maladie sont-elles disponibles? • La maladie est-elle incurable?

	<ul style="list-style-type: none"> • Le déclin provoqué par la maladie est-il irréversible? Le déclin provoqué par la maladie est-il irréversible? • Les souffrances de la personne sont-elles constantes et insupportables du fait de sa précarité financière?
<p>Une combinaison d'affections physiques et mentales est la motivation pour l'AMM</p> <p>Homme de 65 ans souffrant d'un trouble de la personnalité diagnostiqué à l'âge de 25 ans. Il a développé la maladie de Crohn à l'âge de 35 ans et souffre de douleurs chroniques et de malnutrition. Il demande l'AMM en raison de sa souffrance mentale et de ses douleurs physiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sa capacité à consentir est-elle affectée par la malnutrition? • Des traitements spécialisés sont-ils disponibles pour ce trouble mental et sa douleur? • L'une et l'autre de ces affections ou la combinaison de ces affections sont-elles incurables? • Le déclin provoqué par la combinaison des conditions est-il irréversible? • L'acceptabilité des moyens pour soulager la souffrance est-elle affectée par les symptômes du trouble de la personnalité?

2. Comment renforcer le processus d'évaluation de l'AMM pour les demandes concernant des personnes en situation de TM-SPMI ou souffrant d'affections physiques et psychiatriques concomitantes ?

Dans cette section, je traiterai de chaque préoccupation soulevée ci-dessus et offrirai des suggestions pour renforcer le processus d'évaluation afin de répondre à ces préoccupations.

L'aptitude

Il y a beaucoup de débats dans la littérature académique à savoir dans quelle mesure le standard cognitif de l'aptitude reflète la prise de décision réelle et est suffisante dans les situations de prise de décisions importantes (CAC 2018, 64-69). Je crois qu'il s'agit d'une préoccupation légitime et que le débat sur l'AMM pour les personnes en situation de TM-SPMI offre une occasion de reconsidérer la manière dont l'aptitude est définie et évaluée. Cependant, cette question n'est pas spécifique à l'AMM pour les personnes en situation de TM-SPMI, ni même à l'AMM. La question de savoir si la conception actuelle de l'aptitude offre une protection appropriée aux personnes vulnérables confrontées à des décisions de vie ou de mort doit être reconsidérée dans le domaine des soins de santé et ce, de manière plus générale.

Au-delà des critères existants (CMQ et al 2018, 17-18), d'autres aspects qui pourraient être pris en considération dans les évaluations de l'aptitude comprennent la mesure dans laquelle les réactions émotionnelles, les relations interpersonnelles néfastes et les antécédents de traumatisme,

entre autres, affectent le jugement d'une personne. Par exemple, une vision de l'avenir disproportionnellement pessimiste, qui accompagne souvent le trouble dépressif caractérisé, peut rendre difficile la capacité de croire en la possibilité d'un avantage futur. Une dynamique relationnel de victime-agresseur solidement ancré, souvent présent chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite, peut les rendre vulnérables à prendre des décisions contraires à leurs propres intérêts.

La souffrance

Pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et résistants aux traitements, l'accès aux soins spécialisés peut soulever des difficultés. Pour d'autres catégories de patients, comme ceux atteints de cancers, il existe des processus formels permettant de s'assurer qu'ils reçoivent les soins spécialisés requis par leur problème médical (tels que des corridors de services, des centres d'excellence avec des mandats précis et des partenariats avec des organismes communautaires bien encadrés). De tels mécanismes doivent être développés en psychiatrie afin de garantir que ces patients bénéficient de soins et de services sociaux adaptés à la gravité de leur problème médical.

La suicidalité

Ce ne sont pas toutes les maladies mentales qui sont associées à un risque accru de suicide et, parmi celles qui le sont, toutes les personnes atteintes de la maladie en question n'auront pas de pensées suicidaires. En revanche, les patients, y compris ceux qui souffrent de troubles mentaux et qui ont des antécédents de suicidalité, ont le droit de prendre des décisions quant à leurs soins de fin de vie. Que la personne souffre ou non de troubles mentaux, dans de telles circonstances, il peut être pertinent de remettre en question sa prise de décision : la personne est-elle apte à prendre la décision, traverse-t-elle une période de crise, y a-t-il des facteurs modifiables qui mènent à la décision, y a-t-il une relation néfaste en jeu ? La question principale n'est pas de savoir si la personne souffre de troubles mentaux, mais bien s'il existe des raisons pour lesquelles elle n'agit pas dans son propre intérêt. Dans les dossiers d'AMM pour les personnes en situation de TM-SPMI, nous devons faire appel à ces mêmes considérations. Si le concept de l'aptitude est réexaminé comme indiqué ci-dessus, cela sera également utile lors de l'évaluation d'une demande d'AMM faite par une personne qui a déjà eu ou a actuellement des pensées suicidaires.

La nature incurable de l'affection

Outre la fin de vie, lorsqu'il n'est plus possible de déterminer avec certitude ce qui arrivera à la personne dans l'avenir, nous devons définir la nature incurable d'une affection. Cela sera particulièrement important pour les affections pour lesquelles nous ne pouvons pas facilement désigner un processus pathophysiologique irréversible (par exemple, la progression d'une tumeur) comme indicateur de leur nature incurable. Ceci n'est pas propre aux troubles mentaux et inclut des affections telles que la douleur chronique. Cependant, cette tâche a déjà été entreprise - du moins en ce qui concerne les troubles mentaux - par les associations psychiatriques néerlandaise et flamande (NVvP 2018, VVP 2017) et elle comprend un examen de l'historique de traitements qu'a reçus la personne pour s'assurer que de multiples traitements de différents types (biologiques, psychologiques et sociales) ont été mis à l'essai. La notion de temps est implicite dans une telle définition - en psychiatrie, essayer une gamme complète de traitements appropriés nécessite beaucoup de temps, car procéder à des traitements et observer leurs effets peut prendre des mois, voire des années.

Le refus de traitement par une personne demandant de l'AMM sera une question importante à considérer. En d'autres termes, que faire lorsque les évaluateurs pensent qu'il existe d'autres traitements qui pourraient aider la personne à se sentir mieux, mais que celle-ci refuse de les essayer ? Cela rend-il l'affection de la personne incurable ?

Aucune personne apte ne peut être forcée à essayer des traitements et aucun médecin ne peut être forcé de fournir de l'AMM. Il est peu probable qu'en insistant qu'une personne essaie un traitement, cela produise un réel bénéfice thérapeutique, surtout si elle ne l'essaie que pour avoir accès à l'AMM. D'autre part, si la personne refuse un traitement qui a de fortes chances d'améliorer son état, cela peut signifier que l'AMM n'est pas le traitement approprié pour elle (CMQ et al 2019, 28-29).

Quatre recommandations complémentaires

Je vais conclure avec quatre recommandations qui, selon moi, renforceront le processus d'évaluation de l'AMM pour les demandes dans lesquelles un trouble mental est un important facteur de motivation.

1. Au moins un psychiatre devrait participer dans le processus d'évaluation. Pour déterminer si une personne a eu accès à une gamme de services adaptés à son état, pour évaluer son aptitude et sa souffrance dans des contextes complexes et pour comprendre la teneur de la demande dans le contexte de l'histoire de vie de la personne et de ses relations thérapeutiques, il faut une formation et une expérience spécialisés.
2. Il faut du temps pour procéder à une évaluation réfléchie et minutieuse d'une demande d'AMM faite par personne en situation de TM-SPMI. Le processus ne doit pas être si long qu'il constitue un obstacle, mais il doit être clair que l'examen de tous les facteurs en jeu exigera un investissement considérable en temps. Ceci doit être communiqué à toutes les parties impliquées dans le processus afin de contrecarrer la perception d'urgence dans l'évaluation de la demande.
3. Étant donné la possibilité d'un grand niveau de complexité et la menace de sanction criminelle, une surveillance prospective est appropriée pour l'AMM pour les personnes en situation de TM-SPMI. Un processus structuré de communication des décisions et des motifs relatifs aux cas complexes jouera un rôle majeur dans la formation continue des cliniciens impliqués dans cette pratique.
4. Ni la loi québécoise ni la loi canadienne ne prévoient de mécanisme pour empêcher une personne de faire plusieurs demandes et d'obtenir plusieurs évaluations après un refus. Les processus existants devraient inclure, à tout le moins, une période d'attente obligatoire après un refus avant de pouvoir présenter une nouvelle demande.

Annexe A - Peut-on parler d'un manque de preuves scientifiques concernant la prévisibilité de l'incurabilité et des souffrances intolérables associées aux troubles mentaux ?

Au cours de l'étude parlementaire canadienne du projet de loi C-7, certains experts ont déclaré qu'il y a un manque de preuves scientifiques concernant la prévisibilité de l'incurabilité et des souffrances intolérables en ce qui concerne les troubles mentaux. Les préoccupations spécifiques qui ont été soulevées sont que les médecins ne peuvent pas prédire la trajectoire des troubles mentaux d'une personne (Raaji 2021) et qu'il n'est pas possible de prédire que les souffrances d'une personne demeureront intolérables au fil du temps (Sinyor 2021).

Maintenant que le demandeur de l'AMM n'est plus tenu d'être en fin de vie (ni que sa mort naturelle soit raisonnablement prévisible), l'incertitude quant à l'avenir est inévitable. Même dans les cas où l'on connaît avec plus de précision comment l'état de santé d'une personne évoluera dans le temps, il sera difficile de faire des prédictions sur l'évolution de ses souffrances en lien avec cet état. La personne peut demander l'AMM maintenant, et si sa demande est jugée admissible, elle pourra recevoir l'AMM. Nous ne saurons jamais ce qu'elle aurait pu ressentir des années plus tard si elle avait continué à vivre. Toutefois, cette question n'est pas propre au TM-SPMI.

Certains proposent que nous menions des recherches cliniques sur cette question et que de telles recherches soient une condition préalable pour pouvoir fournir de l'AMM en toute sécurité aux personnes en situation de TM-SPMI (Sinyor 2021). Cette proposition considère la problématique de manière erronée. La problématique à laquelle nous sommes confrontés *post-Truchon* est de savoir quel est le degré de certitude nécessaire quant à l'avenir pour permettre aux personnes de recevoir l'AMM et pour les cliniciens, de la fournir. Nous devons commencer par déterminer le degré d'incertitude pronostique que nous sommes prêts à tolérer dans l'accès à l'AMM. Lorsque le degré de certitude aura été déterminé, nous pourrions commencer à concevoir des études pour déterminer si les cliniciens arrivent à faire des prédictions avec assez de précision pour satisfaire à cette norme. En l'absence de norme quant au niveau de certitude requis, une étude empirique ne peut, à elle seule, nous dire si un degré d'incertitude donné est acceptable ou sécuritaire.

Examinons cela plus en détail. Supposons que nous essayons de mener une étude dans laquelle nous suivons dans le temps un groupe de personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et qui ont été jugées admissibles selon les critères existants, la nature incurable ayant été établie à l'aide d'une définition similaire à celle recommandée par les associations psychiatriques néerlandaises (NVvP 2018) (Nous devons mettre de côté les difficultés que soulèverait le fait de d'inviter des demandeurs d'AMM de participer à une étude, sachant qu'elles ne recevront pas de l'AMM dans le cadre de l'étude). Nous effectuons le suivi de ces personnes pour plusieurs années, tout en les évaluant de manière régulière pour déterminer si elles sont toujours admissibles. Disons qu'après chaque évaluation, nous déterminons qu'un certain nombre de patients ne souhaitent plus recevoir de l'AMM. Lorsque l'on considère les prédictions initiales des cliniciens quant à quels patients étaient susceptibles de retirer leurs demandes, on constate que la capacité des cliniciens à prédire n'était pas plus juste que le hasard. Qu'avons-nous appris de cette étude ?

Nous avons appris ce que nous savons déjà, soit qu'il existe une incertitude inévitable lorsque l'AMM est permise à l'extérieur du contexte de fin de vie. Cela vaut quant à la nature incurable de nombreuses affections, pas seulement pour les troubles mentaux. Cela vaut aussi pour la nature constante des souffrances intolérables causées par pratiquement toutes affections. Ce que nous n'avons pas déterminé, c'est s'il est acceptable de permettre l'accès à l'AMM aux personnes qui en font la demande *malgré cette incertitude*. Nous pouvons répondre à cette question qu'à travers un débat éthique raisonné, mais nous devons aussi prendre en considération qui est présentement autorisé à faire une demande d'AMM.

BIBLIOGRAPHIE

Association des Médecins Psychiatres du Québec (2020). *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Document de réflexion*. Disponible en ligne : <https://ampq.org/acces-a-laide-medicale-a-mourir-personnes-atteintes-de-troubles-mentaux/>. [Consulté le 9 mai 2011].

Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Barreau du Québec et Chambre des notaires du Québec., (2019). *Guide d'Exercice et Lignes Directrices Pharmacologiques sur l'AMM*. Disponible aux membres et sur demande. Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec., (2018). *Le médecin et le consentement aux soins* [en ligne]. Collège des Médecins du Québec. Disponible en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>. [Consulté le 21 octobre 2020]

Commission sur les soins de fin de vie (CSFV)., (2020). *Rapport annuel d'activités. 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019* [en ligne]. Gouvernement du Québec. Disponible en ligne : http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_150901&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz. [Consulté le 18 octobre 2020]

Conseil des académies canadiennes (CAC)., (2018). *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition* [en ligne]. Ottawa (ON): The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition. Disponible en ligne : <https://cca-reports.ca/reports/medical-assistance-in-dying/>. [Consulté le 18 octobre 2020]

Expert advisory group on MAID (EAG)., (2020). *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* [en ligne]. Toronto (ON): EAG. DOI: 10.13140/RG.2.236236.87687 or 10.13140/RG.2.2.36236.87687/1. Disponible en ligne : <https://www.eagmaid.org/report>. [Consulté le 18 octobre 2020]

Loi concernant les soins de fin de vie. Québec, S-32.0001 [en ligne]. Disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-32.0001#:~:text=De%20plus%2C%20la%20pr%C3%A9sente%20loi,r%C3%A9gime%20des%20directives%20m%C3%A9dicales%20anticip%C3%A9es>. [Consulté le 18 octobre 2020]

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), L.C. 2016, ch. 3 [en ligne]. Disponible en ligne : https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2016_3/TexteComple.html. [Consulté le 18 octobre 2020]

Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), (L.C. 2021, ch. 2) [en ligne]. Disponible en ligne : https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2021_2/page-1.html. [Consulté le 9 mai 2021]

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)., (2018). *Directive sur la fin de vie à la demande pour les patients souffrant de troubles mentaux*. Traduction libre (non vérifiée) de : *Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*, NVvP [en ligne]. Version originale disponible en ligne : https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html

Raaji Tarek, *Témoignages*, Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 5 novembre 2021. Disponible en ligne : <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/JUST/reunion-5/temoignages>. [Consulté le 9 mai 2021]

Sinyor Mark, *Lack of evidence-based medicine in debate around new MAID law should concern Canadians*, CBC, 2021. Disponible en ligne : <https://www.cbc.ca/news/opinion/opinion-medical-assistance-in-dying-maid-1.5934977>. [Consulté le 9 mai 2021]

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. and Khan, M. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.

The Halifax Group., (2020). *MAiD Legislation at a Crossroads: Persons with Mental Disorders as Their Sole Underlying Medical Condition* [en ligne]. Montreal: Institute for Research on Public Policy. Disponible en ligne : <https://irpp.org/research-studies/maid-legislation-at-a-crossroads-persons-with-mental-disorders-as-their-sole-underlying-medical-condition/>. [Consulté le 18 octobre 2020]

Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792. Disponible en ligne : <http://canlii.ca/t/j2bz1>. [Consulté le 21 octobre 2020]

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), (2017). *How should a request for euthanasia owing to unbearable mental suffering be dealt with within the current legal framework?* Advisory document of the Flemish Psychiatric Association (VVP) on the due care requirements to be applied. Traduction libre (non vérifiée). Kortenberg, Belgium: Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.