

Aide médicale à mourir et prévention du suicide

Mémoire de

l'Association québécoise de prévention du suicide
présenté dans le cadre des travaux de la Commission
spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins
de fin de vie

Élargissement potentiel de l'aide médicale à mourir
aux personnes dont le seul problème médical est un
trouble mental

Août 2021

La forme masculine est utilisée dans ce mémoire uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Ce mémoire peut être téléchargé sur le site Web de l'Association québécoise de prévention du suicide : www.aqps.info

Association québécoise de prévention du suicide

1135, Grande Allée Ouest — bureau 230
Québec (Québec) G1S 1E7

418 614-5909

reception@aqps.info

www.aqps.info

Table des matières

Présentation de l'AQPS.....	4
Remerciements	5
Avant-propos.....	6
Introduction	7
Position de l'AQPS.....	7
« Le suicide n'est pas une option ».....	8
Présentation du plan du mémoire.....	9
Axe 1 : Condition préalable à un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental	10
Prévention et promotion de la santé mentale	10
L'accès aux soins et aux services en santé mentale	10
Axe 2 : Évaluer les impacts d'un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental	12
Des connaissances limitées	12
Impacts sur la prévention du suicide : valeurs, conceptions et stratégies	13
Complexification du discours social en faveur de la prévention du suicide	13
Complexification des interventions auprès des personnes suicidaires	14
Impacts sur les soins en santé mentale.....	14
Impacts sur le rapport de la société à l'AMM et à la santé mentale	15
Recommandations	16
Axe 3 : Évaluation des critères d'admissibilité actuellement en vigueur et mesures de protection à considérer	18
Critères d'admissibilité actuels.....	18
Maladie grave et incurable et déclin avancé et irréversible des capacités	18
Souffrance et aptitude	19
Balises et mesures de protection complémentaires	20
Suicidalité et AMM	20
Refus de traitement et tentatives de traitement raisonnables.....	21
Évaluation multidisciplinaire.....	22
Évaluation du caractère libre et éclairé de la demande et implication des proches	22
Recommandations	23
Axe 4 : Prendre soin de ceux qui restent.....	25
Recommandations	26
Conclusion	27
Synthèse des recommandations	28
Bibliographie	30

Présentation de l'AQPS

Fondée en 1986, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) est un organisme à but non lucratif qui œuvre au développement de la prévention du suicide au Québec.

Elle représente plus de 180 membres, tous engagés en prévention du suicide : des organismes communautaires, des organismes publics et privés, des syndicats, des citoyens, des endeuillés, des chercheurs, des cliniciens et 30 centres de prévention du suicide répartis sur l'ensemble du territoire québécois.

Notre association puise ses réflexions au cœur des échanges entretenus avec des individus et organismes œuvrant en prévention du suicide qui côtoient quotidiennement la détresse psychologique grave et la décision des gens affectés d'y mettre fin en s'enlevant la vie.

MISSION : Mobiliser l'ensemble des acteurs, soutenir les milieux, outiller les intervenants, sensibiliser le public et influencer les décideurs afin de prévenir le suicide.

VISION : Bâtir un Québec sans suicide.

VALEURS :

- Engagement ;
- Rigueur ;
- Solidarité ;
- Concertation ;
- Innovation.

PRINCIPALES ACTIVITÉS :

- Organisation de la Semaine nationale de prévention du suicide, de la Journée mondiale de la prévention du suicide et du Grand forum de la prévention du suicide ;
- Élaboration de contenus de formation en prévention du suicide à l'attention des citoyens, des professionnels et des intervenants ;
- Formation des formateurs en prévention du suicide et maintien de leurs compétences ;
- Analyse des dossiers sociopolitiques en cours et production de mémoires, de rapports et de recommandations ;
- Accompagnement de divers acteurs de la société, dont les citoyens, les créateurs, les milieux de la santé, de l'éducation ou de l'entreprise privée, ainsi que les médias ;
- Mise en œuvre du Service numérique québécois en prévention du suicide, suicide.ca. Il a pour but de prévenir le suicide au moyen des technologies numériques en informant et en soutenant les personnes vulnérables au suicide, les proches inquiets et les endeuillés par suicide. Il est également une référence pour les intervenants qui travaillent auprès de ces clientèles.

Remerciements

L'AQPS tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire :

Recherche et rédaction : Marie Hautval, courtière de connaissances, AQPS

Coordination à la recherche et à la rédaction : Jérôme Gaudreault, directeur général, AQPS

Soutien à la recherche et à la rédaction :

- Ensemble des membres du conseil d'administration de l'AQPS et son président, Denis Jean, conseiller principal à la retraite, De Facto Cabinet-Conseil
- Ensemble des membres du comité d'experts formé en vue de l'élaboration du présent mémoire :
 - Georgia Vrakas, Ph. D., psychologue et professeure au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières ;
 - Isabelle Marcoux, Ph. D. et professeure agrégée à l'École interdisciplinaire des sciences de la santé, Université d'Ottawa ;
 - Ginette Paquet, Ph. D., chercheuse en santé publique à la retraite, vice-présidente du conseil d'administration de l'AQPS et endeuillée par suicide ;
 - Charles-Albert Morin, patient partenaire, pair aidant et assistant de recherche.
- Ensemble des membres de l'équipe de l'AQPS, dont Rock-André Blondin, conseiller à la formation

Notre association tient également à remercier ses membres pour leur soutien et leur collaboration, notamment à travers leur participation au questionnaire leur ayant été soumis dans le cadre de cette réflexion.

Avant-propos

L'AQPS salue la démarche menée par celles et ceux qui étudient la question de l'aide médicale à mourir (AMM). Depuis le début des travaux, la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie a adopté une approche non partisane et a pris soin de permettre aux experts individuels et organisationnels ainsi qu'aux citoyens d'exprimer leur point de vue.

À ce titre, l'AQPS remercie les membres de la Commission spéciale de leur invitation en audition ce 12 août 2021.

Le présent mémoire s'intéresse principalement aux effets de la loi susceptibles d'avoir, selon l'AQPS, un impact sur la question du suicide et de sa prévention. Pour cette raison, bien que toutes les sections aient été considérées avec attention, nos commentaires ne porteront donc pas, ou peu, sur la question des personnes en situation d'incapacité, mais bien sur les personnes souffrant de troubles mentaux.

Introduction

Position de l'AQPS

La question de l'octroi de l'AMM préoccupe l'AQPS depuis le début. Nous avons eu l'occasion de nous prononcer sur ce sujet dans les médias à de multiples reprises, ainsi que la chance de présenter deux mémoires à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité en 2010 et à la Commission parlementaire portant sur le projet de loi 52, *Loi concernant les soins de fin de vie* en 2013.

La base des réflexions et débats autour de cet enjeu impliquait alors une exclusion de la question de l'accessibilité de l'AMM pour les personnes pour qui seul un trouble mental était invoqué. Un rapport d'experts mandatés à l'époque par le gouvernement provincial avait d'ailleurs spécifiquement exclu cette possibilité : « Il faut également s'assurer que la décision du patient n'est pas générée par une maladie mentale comme la dépression »¹.

Ainsi, l'argumentaire et les recommandations de l'AQPS se sont construits sur la considération que cette option était exclue et notre organisation ne s'était, dans ce cadre, pas formellement opposée à la légalisation de l'AMM. Toutefois, notre mémoire de 2013 recommandait bien de s'assurer qu'aucune demande ne soit générée par un trouble de santé mentale si l'AMM devenait légale au Québec dans le cadre de la Loi sur les soins de fin de vie².

Depuis que cette option est envisagée, l'AQPS a travaillé à déterminer sa position publique à l'égard de cette éventualité, notamment à travers un processus de consultation de ses membres, mais également par la formation d'un comité de réflexion regroupant plusieurs experts.

Notre organisation a finalement pris la décision de jouer un rôle de participant actif dans la réflexion entourant un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental.

Ainsi, sans s'opposer formellement ni se positionner en faveur de cet élargissement, l'AQPS souhaite participer pleinement au débat en apportant son expertise en matière de prévention du suicide, champ d'action ne pouvant être dissocié de la problématique des troubles de santé mentale.

Tout en étant consciente de l'évolution des perceptions et avis sur cette question au sein de notre société, de même que de la souffrance ressentie par les personnes atteintes de troubles mentaux, l'AQPS ne peut s'empêcher d'éprouver un certain malaise à l'idée que cet élargissement éventuel ne devienne une réalité : ceci en raison d'enjeux éthiques, cliniques et pratiques reliés à sa mission, à ses principes et aux valeurs de base de la prévention du suicide telle que notre organisation la conçoit.

En ce sens, dans une démarche volontaire, collaborative, mais vigilante, nous souhaitons vous faire part de nos préoccupations et partager avec vous nos recommandations

¹ Comité de juristes experts, « Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité : rapport » (Québec (Province), 2013), pp. 361-362, <https://rb.gy/3g6b18>.

² Association québécoise de prévention du suicide, « Aide médicale à mourir et prévention du suicide: Mémoire de l'Association québécoise de prévention du suicide portant sur le projet de loi n°52 Loi concernant les soins de fin de vie », 2013, pp.12-14, <https://rb.gy/pcvkw1>.

concernant la potentielle admissibilité à l'AMM des personnes dont le seul problème médical est un trouble mental.

« Le suicide n'est pas une option »

Le suicide est certes un geste posé par un individu. Pourtant, il ne peut être réduit à un problème individuel. Il s'agit d'un problème de société, car ce geste s'inscrit dans un contexte large d'interactions entre la personne, sa communauté immédiate et la société. Ainsi, des facteurs tels que le réseau social, la disponibilité des ressources, les modèles familiaux et sociaux ainsi que la représentation culturelle du suicide partagée par l'entourage et par la société en général jouent un rôle déterminant. Une évolution de la loi qui entraîne un changement social en rapport avec la souffrance et son issue doit être nécessairement prise en considération par ceux qui se préoccupent de santé mentale, de prévention des troubles mentaux et du suicide.

L'importance du phénomène suicidaire dans une société est notamment influencée par l'acceptation collective du suicide comme une solution possible à la souffrance. Le suicide existe parce que la culture le tolère. Au Québec, le suicide fait partie du répertoire des moyens tolérés et normalisés par la population de réagir à une souffrance.

En vue de lutter contre ce fléau, la plupart des organismes qui œuvrent en prévention du suicide ont pour mission de venir en aide aux personnes en détresse. Ces interventions sont essentielles et représentent l'une des forces de la prévention du suicide au Québec. Cependant, la portée de cette aide est limitée si elle ne s'accompagne pas d'un changement social profond à l'égard du suicide. Conscients de cet enjeu, des partenaires de plus en plus nombreux et de plus en plus engagés collaborent pour provoquer et accompagner ce changement de mentalité au Québec, notamment au moyen de campagnes de communication publique bâties autour du slogan « Le suicide n'est pas une option » et « Parler du suicide sauve des vies ». Comme cela a été le cas pour la prévention des accidents de la route, les messages faisant appel au rôle de l'entourage et visant un changement d'attitude généralisé par rapport au problème semblent se montrer plus efficaces que ceux qui se concentrent sur un message individuel adressé aux personnes vulnérables.

Présentation du plan du mémoire

Compte tenu des considérations qui précèdent, les préoccupations et recommandations de l'AQPS s'articulent autour de quatre axes en lien avec la prévention du suicide :

- 1^{er} axe : Condition préalable à un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental ;
- 2^e axe : Évaluer les impacts d'un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental ;
- 3^e axe : Évaluer les critères d'admissibilité actuellement en vigueur et les mesures de protection à considérer ;
- 4^e axe : Prendre soin de « ceux qui restent ».

Axe 1 : Condition préalable à un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental

Avant d'évaluer la question d'un éventuel élargissement de l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué et des mesures de protection qui pourraient être mises en place, l'AQPS croit qu'il est nécessaire de considérer, et de souligner, deux enjeux en matière de santé mentale :

- La prévention et la promotion de la santé mentale ;
- L'accès aux soins et services en santé mentale.

Nous sommes conscients que ces questions ne relèvent pas du mandat de la Commission spéciale, ainsi que du fait que le gouvernement présentera prochainement son nouveau Plan d'action en santé mentale et sa nouvelle Stratégie nationale en prévention du suicide. Cependant, ces enjeux nous apparaissent indissociables de la question ici abordée et nous ne pouvons nous empêcher d'en faire mention.

D'ailleurs, nous avons constaté que cette problématique avait été soulevée à plusieurs reprises par différents experts et témoins ayant été auditionnés dans le cadre de la première phase des consultations particulières de votre Commission.

Prévention et promotion de la santé mentale

Comme le souligne le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, « il est démontré qu'intervenir en promotion de la santé mentale, en prévention des troubles mentaux [...] s'avère un investissement de premier choix pour réduire l'incidence des troubles mentaux [...] et, par le fait même, les coûts importants pour le système de santé et la société »³.

L'AQPS croit donc au développement et au renforcement la santé mentale populationnelle par un meilleur financement des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale au Québec.

L'accès aux soins et aux services en santé mentale

À ce jour, l'accès à des soins de santé mentale au Québec demeure complexe et entraîne des délais que nous qualifions d'insoutenables pour trop de gens souffrant de troubles de santé mentale.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux » (Gouvernement du Québec, 2015), p.7, <https://rb.gy/tahu8c>.

Tel que souligné dans le rapport de la consultation menée par la *Commission sur les soins de fin de vie* au sujet de l'AMM et de la santé mentale auprès de divers groupes de soutien et de défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches aidants, un accès aux soins et services en santé mentale pour tous requiert les éléments suivants :

- Interventions psychiatriques, psychosociales, ressources communautaires et approches alternatives ;
- Soins et services humains, gratuits et accessibles au moment opportun ;
- Prise en compte des facteurs socio-économiques⁴.

Or, tel que le rappelle le rapport *L'aide médicale à mourir : le cas des personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée* du Groupe d'Halifax :

*[...] le manque d'accès à des services de santé mentale et à des mesures de soutien social adéquates (par exemple le logement) peut influencer sur la perception qu'une personne a du caractère irrémédiable de son état ou de ses souffrances persistantes, qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables [...]*⁵.

Dès lors, nous considérons qu'il y a un questionnement éthique réel à considérer l'ouverture de l'AMM aux personnes souffrant de troubles mentaux lorsque la qualité et la facilité de l'accès aux soins ne peuvent être assurées. À titre d'exemple, mentionnons une étude scientifique néerlandaise faisant état d'une absence d'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie chez 20 % des patients ayant été jugés admissibles à recevoir l'AMM en raison de leur condition médicale entre 2011 et 2014⁶.

Si certains sont d'avis que les améliorations et développements à apporter aux services et soins en santé peuvent être réalisés en parallèle d'un élargissement de l'AMM pour les personnes souffrant de problème de santé mentale, l'AQPS considère pour sa part que tout élargissement devra s'accompagner de mesures et d'investissements significatifs en santé mentale.

En conclusion, advenant l'ouverture des critères d'admissibilité à l'AMM, notre association juge qu'un message fort devra être envoyé par le gouvernement en faveur de la santé mentale, de manière à ce que cette décision ne soit pas interprétée comme un abandon pour la population qui souffre de troubles de santé mentale.

⁴ Commission sur les soins de fin de vie, « Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux - Consultation auprès de groupes de soutien et de défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches aidants - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux » (Gouvernement du Québec, 2020), <https://rb.gy/ssxmy9>.

⁵ Groupe d'Halifax, « L'aide médicale à mourir : le cas des personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée » (Montréal: Institut de recherche en politiques publiques, 2020), p.17, <https://on-irpp.org/2VcJP6W>.

⁶ Scott Y. H. Kim, Raymond G. De Vries, et John R. Peteet, « Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », *JAMA Psychiatry* 73, n° 4 (2016): 362-68.

Axe 2 : Évaluer les impacts d'un élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental

Des connaissances limitées

À ce jour, l'AQPS considère que la réflexion entourant l'élargissement potentiel de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental se fait dans un contexte de connaissances limitées.

Comme ceci a pu être souligné par divers acteurs, rapports et travaux de recherche, ces lacunes en matière de connaissances se retrouvent à plusieurs niveaux, allant des données disponibles concernant les troubles mentaux eux-mêmes et les soins en santé mentale au Québec et ailleurs, à celles se rapportant à l'AMM en contexte psychiatrique à travers le monde⁷.

On peut notamment soulever le manque d'informations disponibles concernant les profils sociodémographiques et socio-économiques détaillés des personnes souffrant de troubles mentaux et ayant à ce jour reçu l'AMM dans les pays où elle est autorisée en contexte psychiatrique, compliquant notre capacité à prédire qui pourrait demander cette intervention au Québec⁸. Dans un autre ordre d'idées, les recherches sur la gravité des symptômes d'un trouble mental, la qualité de vie de la personne qui en souffre et son désir de recourir à l'AMM mériteraient à être davantage documentées⁹, tout comme celles établissant un lien entre l'AMM en contexte psychiatrique et le suicide.

De plus, bien que plusieurs acteurs et travaux scientifiques aient soulevé et questionné l'impact que cet élargissement pourrait avoir sur les efforts déployés à long terme en prévention du suicide et plus globalement, sur l'engagement de la société en la matière¹⁰, la recherche semble encore peu développée quant aux conséquences éventuelles sur le suicide et sa prévention.

Ainsi, dans un contexte où les décisions prises par les instances juridique et législative semblent devancer l'avancement des connaissances cliniques et scientifiques, l'AQPS considère que la délicate question de l'élargissement des critères d'admissibilité à l'AMM doit être abordée avec une extrême prudence et qu'une attention particulière doit être accordée aux différents impacts sociaux et culturels qu'une telle décision pourrait avoir sur notre société et ses composantes.

⁷ Conseil des académies canadiennes, « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. » (Ottawa (ON): Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, Conseil des académies canadiennes, 2018), <https://rb.gy/2xv3hg>.

⁸ *Ibid.*, p.216

⁹ *Ibid.*, p.120

¹⁰ Paul S. Appelbaum, « Physician-assisted death for patients with mental disorders-Reasons for concern », *JAMA psychiatry* 73, n° 4 (2016): 325-26.; Scott Y. H. Kim, Yeates Conwell, et Eric D. Caine, « Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders: How Much Overlap? », *JAMA Psychiatry* 75, n° 11 (2018): 1099-1100.; Laura Guérinet et Marie Tournier, « La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté pour motif psychiatrique », *L'Encéphale* 47, n° 3 (2021): 246-53.

Impacts sur la prévention du suicide : valeurs, conceptions et stratégies

Complexification du discours social en faveur de la prévention du suicide

Bien que consciente du fait qu'ils forment deux concepts distincts, notre association ne peut ignorer le lien entre le suicide et l'AMM. Le recoupement peut notamment être fait en raison de leur classification commune au sein de la catégorie des décès auto-infligés¹¹.

Ce chevauchement génère en nous une confrontation avec les valeurs et principes de base que nous défendons et mettons en œuvre quotidiennement. Dans le cadre du débat actuel, cette confrontation est accrue par le fait qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide étaient aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale¹².

Comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), nous considérons que tout suicide est évitable¹³. Ce principe fait en sorte que les efforts que nous déployons en prévention du suicide sont basés sur l'espoir et que les principes qui guident nos actions tiennent pour acquis que la souffrance ressentie par les personnes aux prises avec des idéations suicidaires n'est pas permanente. Ainsi, comme démontré par la recherche, notre organisation considère qu'en travaillant l'ambivalence autour du désir de mourir de la personne¹⁴, il est possible de ranimer l'espoir, de recentrer les individus sur leurs raisons de vivre, et donc de prévenir le suicide.

En ce sens, la préoccupation essentielle de l'AQPS est que les résultats attendus de l'élargissement des critères d'admissibilité à l'AMM ne viennent pas fragiliser ou banaliser le discours social en faveur de la prévention du suicide. Déjà en 2013, notre organisation avait émis une telle crainte lorsqu'elle avait été invitée à s'exprimer dans le cadre des consultations entourant le projet de loi n° 52. La *Loi concernant les soins de fin de vie* avait alors été présentée comme une « option exceptionnelle pour répondre à des souffrances exceptionnelles¹⁵ ». À ce jour, nos inquiétudes ne sont que renforcées, puisque le débat législatif qui entoure cet élargissement potentiel tient de nouveau à souligner le caractère exceptionnel de ce recours, tout en envisageant, pourtant, de l'offrir à de nouvelles personnes ne répondant pas au critère de « fin de vie ».

D'autre part, le suicide étant reconnu comme un réel enjeu de santé publique¹⁶, dans l'éventualité où les personnes souffrant uniquement d'un trouble mental pourraient demander l'AMM, l'AQPS s'interroge quant aux efforts qui seraient alors entrepris afin de réaffirmer les objectifs gouvernementaux en matière de prévention du suicide, ainsi que du travail d'adaptation et de conciliation qui serait mis en œuvre, tant au niveau des engagements que des principes directeurs des politiques publiques en la matière. À

¹¹ Conseil des académies canadiennes, *op.cit.*, p.106

¹² Danielle Routhier et al., « Portrait du recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide qui requiert une hospitalisation », *Santé mentale au Québec* 37, n° 2 (2012): 223-37.

¹³ Organisation mondiale de la Santé, « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial » (Organisation mondiale de la Santé, 2014), p.2, <https://rb.gy/m1yrnm>.

¹⁴ Robert Kastenbaum et Oliver Leaman, *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying.*, 1st ed (Farmington Hills: Gale, Cengage Learning, 2002), <https://rb.gy/cbrfcs>.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services Sociaux, « Mourir dans la dignité - La ministre Véronique Hivon présente un projet de loi pour une vision globale et intégrée des soins de fin de vie », 12 juin 2012, <https://rb.gy/sppfnv>.

¹⁶ Organisation mondiale de la Santé, *op. cit.*, p.3

courte échéance, cet élargissement potentiel devrait ainsi être pris en compte dans le cadre des travaux d'élaboration de la nouvelle Stratégie nationale en prévention du suicide.

Advenant une évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, en plus de devoir adapter les stratégies en matière de prévention du suicide d'un point de vue gouvernemental, il nous semble absolument essentiel qu'une communication adaptée soit entreprise auprès de la population, afin qu'elle saisisse bien que cet élargissement de l'AMM n'ouvre pas la porte à la reconnaissance de la mort comme une issue à la souffrance. En effet, l'AQPS est extrêmement soucieuse du message social transmis par la légalisation de l'AMM à toutes les personnes qui souffrent sans être en fin de vie, ceci nous faisant craindre une modification de la norme sociale québécoise relative au suicide, l'amenant vers plus d'acceptabilité, voire une certaine banalisation. Dans le but de diminuer le risque de donner à la personne en détresse un signal d'approbation sociale, il est donc absolument essentiel d'éviter les amalgames et la confusion entre l'AMM aux victimes de troubles mentaux et le vécu de la personne suicidaire.

De plus, il est indispensable de présenter cet éventuel élargissement de l'AMM comme s'inscrivant dans le continuum de soins et d'adopter en ce sens, un langage propre au domaine médical, tout en réaffirmant le caractère exceptionnel du recours. Dès lors, dans toutes les communications publiques réalisées par les membres de la Commission et du gouvernement provincial, l'AQPS préconise, tout comme en 2013, de prêter une attention toute particulière à ce risque de confusion.

Complexification des interventions auprès des personnes suicidaires

Par ailleurs, au-delà de la complexification du discours social en faveur de la prévention du suicide, notre association craint que cette ouverture potentielle de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental puisse limiter la capacité d'intervention des professionnels de la santé et des services sociaux auprès des personnes suicidaires, de même que celle des divers intervenants œuvrant au sein des centres de prévention du suicide. De plus, une telle mesure pourrait également générer une certaine confusion chez ces professionnels et intervenants quant à la vision et à l'interprétation qu'ils se font de leur rôle et de leurs fonctions.

Ainsi, dans son document de réflexion *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux*, l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) souligne « [qu'] il n'est pas toujours évident pour un clinicien de savoir où tracer la ligne entre stratégies de prévention du suicide et l'AMM TM-SPMI¹⁷ devant une personne qui fait une telle demande »¹⁸.

Impacts sur les soins en santé mentale

L'AQPS aimerait souligner le fait que dans l'éventualité où l'AMM deviendrait accessible aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental, ce sont autant de ressources, de temps et de moyens financiers qui auraient pu être investis dans des soins en santé mentale.

¹⁷ AMM TM-SPMI : Aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué

¹⁸ Association des médecins psychiatres du Québec, « Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Document de réflexion », p.37, 2020, <https://rb.gy/v6c8fg>.

Certains experts croient d'ailleurs que l'élargissement de l'AMM en lien avec un trouble de santé mentale pourrait entraîner une réduction des services en la matière, ceci en raison du fait que les patients recevant l'AMM n'auraient plus besoin de services, ce qui réduirait le coût des soins et pourrait inciter à limiter encore plus les services¹⁹.

D'autre part, nous croyons que cette ouverture pourrait également avoir des impacts sur la relation entre le patient et le professionnel de santé et donc sur l'efficacité des soins prodigués dans une approche axée sur le rétablissement. Tout d'abord, il pourrait devenir très difficile de traiter psychologiquement une personne souffrant d'un trouble mental si celle-ci émet le désir de recevoir l'AMM. En effet, cette situation est notamment déjà rencontrée par certains praticiens en soins palliatifs, lesquels rapportent qu'une fois que le choix de l'AMM est fait par le patient, celui-ci ne désire plus, bien souvent, entendre parler d'autres options²⁰.

Enfin, en rendant les personnes souffrant uniquement d'un trouble mental admissibles à l'AMM, certains experts ont émis des craintes quant au fait que cela pourrait causer une perte de confiance du public envers les professionnels de la santé, lesquels pourraient alors être perçus comme « facilitant ou administrant la mort »²¹.

Impacts sur le rapport de la société à l'AMM et à la santé mentale

Un des arguments mis en avant par ceux se prononçant en faveur de l'admissibilité à l'AMM des personnes souffrant uniquement d'un trouble mental est qu'il serait discriminatoire d'exclure les patients présentant des troubles psychiatriques de cette procédure s'ils remplissent les critères prévus par la loi. Ils insistent ainsi sur le fait que la souffrance psychologique peut être aussi importante que la souffrance physique, constat auquel nous adhérons totalement.

De surcroît, les valeurs qui sous-tendent les considérations entourant l'élargissement potentiel de l'AMM aux personnes souffrant d'un trouble mental se fondent sur le respect du droit à l'autodétermination, à la liberté et aux droits individuels.

Or, dans la plupart des pays ayant légalisé l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental, la tendance est à une augmentation dans le temps de ce type de demandes²². Si la part de ces dernières reste faible sur l'ensemble des demandes d'AMM formulées et acceptées au sein de ces pays²³, il n'en reste pas moins que cette tendance nous laisse à penser qu'un développement d'une acceptation collective de l'AMM, et donc de la mort comme solution possible à la souffrance, doit être envisagé, tout particulièrement lorsque l'on souffre d'un trouble de santé mentale. De plus, l'AQPS éprouve des inquiétudes certaines à l'égard du fait que ce ne soit pas les maladies les plus sévères qui se trouvent être les plus représentées dans les diagnostics associés à ces demandes. En effet, en Belgique et aux Pays-Bas, on constate que les troubles de l'humeur sont les plus récurrents, dont les troubles dépressifs²⁴.

Notre association craint donc que cette ouverture de l'AMM puisse, en lien avec le développement d'une acceptation collective de l'AMM comme solution possible à la

¹⁹ Conseil des académies canadiennes, *op.cit.*, p. 190

²⁰ Constat réalisé sur le terrain par certains praticiens et ayant été abordé avec l'équipe clinique de l'AQPS.

²¹ Conseil des académies canadiennes, *op.cit.*, p. 190

²² Laura Guérinet et Marie Tournier, *op.cit.*, p.247

²³ *Loc. cit.*

²⁴ *Ibid.*, p.249

souffrance, venir influencer le rapport de la société à la santé mentale, en générant et en généralisant une certaine perte de résilience pour les personnes qui souffriraient de tels troubles. Nous éprouvons des préoccupations certaines quant au fait que la décision d'une personne de demander l'AMM puisse résulter de la perception d'être un fardeau pour son entourage, pour la société et ce, en raison de son trouble mental²⁵.

Dans cette perspective, l'AQPS s'inquiète également que cela puisse engendrer une augmentation de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale, en renforçant la croyance selon laquelle la vie des personnes atteintes de troubles mentaux est à ce point intolérable, qu'elle ne vaut pas la peine d'être vécue et qu'elle est sans espoir.

Dès lors, par cet élargissement, notre organisation considère qu'un réel choix de société sera opéré et que ce dernier pourrait venir profondément influencer les valeurs de la société québécoise. Notre organisation s'interroge donc sur l'ouverture de la population sur cette question délicate : la société québécoise évolue, mais est-elle réellement en faveur de cet élargissement des critères d'admissibilité à l'AMM pour les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux ?

À ce sujet, nous souhaitons souligner que dans le cadre du même débat, mais à l'échelon fédéral, une consultation publique en ligne a été réalisée par le gouvernement auprès de la population canadienne. Il est intéressant de constater que la majorité des répondants ayant fourni des commentaires se sont opposés à une telle ouverture des critères d'admissibilité. Plusieurs disaient notamment craindre que les personnes souffrant de troubles mentaux, comme la dépression, voient alors l'AMM comme étant leur seule solution, alors que des traitements auraient pu les amener à un rétablissement. Les répondants ont également souligné l'importance de placer les efforts sur la bonification des mesures préventives, des ressources de soutien et des traitements intensifs²⁶.

Recommandations

Dès lors, advenant que les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental deviennent admissibles à l'AMM, l'AQPS propose les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Documenter les retombées sociétales de cet élargissement en commandant des études portant notamment sur le lien entre l'AMM, les troubles de santé mentale et le suicide.

Recommandation 2

Déployer une campagne d'information et de sensibilisation ciblant la population et les professionnels de santé et des services sociaux, afin de préciser la définition et les nouveaux critères d'admissibilité à l'AMM. Cette campagne aurait pour objectif de diminuer les risques de confusion avec les autres formes de fin de vie, dont le suicide et le suicide assisté, et viendrait insister sur le caractère exceptionnel et le contexte médical de cette fin de vie.

²⁵ Monica Verhofstadt, Lieve Thienpont, et Gjalit-Jorn Ygram Peters, « When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study », *The British Journal of Psychiatry* 211, n° 4 (2017): 238-45.

²⁶ Gouvernement du Canada, « CE QUE NOUS AVONS ENTENDU : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir » (Gouvernement du Canada, 2020), <https://rb.gy/o8unzp>.

Recommandation 3

Intégrer les aspects relatifs à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental dans les formations relatives à la prévention du suicide déployées auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Axe 3 : Évaluation des critères d'admissibilité actuellement en vigueur et mesures de protection à considérer

Critères d'admissibilité actuels

Bien que l'AQPS soit d'accord avec l'idée que l'ouverture éventuelle de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental ne devrait pas reposer sur un diagnostic particulier²⁷, notre organisation pense néanmoins que la réflexion des membres de la Commission spéciale devrait prendre en considération le fait que certains critères de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* sont difficiles, voire impossibles à évaluer lorsqu'appliqués aux personnes souffrant uniquement d'un trouble mental.

Maladie grave et incurable et déclin avancé et irréversible des capacités

Comme cela a été souligné par le document de consultation rédigé par la Commission spéciale à l'issue de la première phase des consultations publiques, le critère d'incurabilité d'un trouble mental ne fait pas consensus d'un point de vue clinique, de même que le caractère irréversible des troubles mentaux²⁸. Les notions de troubles sévères, de troubles persistants et de troubles réfractaires sont ainsi celles utilisées communément en milieu clinique.

En effet, la progression des troubles mentaux est, en comparaison avec les maladies physiques, imprévisible²⁹. Ceci peut notamment s'expliquer par le fait que la réponse aux traitements peut grandement différer d'un individu à l'autre.

Ajoutons que le processus de rétablissement face à un trouble mental n'est lui non plus, pas toujours linéaire. De plus, ce processus n'aboutira pas nécessairement à une élimination pure et simple de tous les symptômes. Comme cela a été souligné par Georgia Vrakas dans son mémoire soumis lors de la première phase des auditions et consultations : il s'agit « [...] plutôt « [d'] un processus de reconstruction de notre identité, une identité qui inclut la maladie mentale mais qui n'est pas limitée à celle-ci »³⁰. La notion de « rétablissement » ne doit donc pas être confondue avec celle de « rémission ».

Par ailleurs, en Belgique comme aux Pays-Bas, les demandes d'euthanasie des patients dont la mort n'est pas prévisible impliquent la consultation de plusieurs médecins, avec toutefois des sous-modalités qui diffèrent entre les deux pays. Ainsi, en Belgique, le processus d'évaluation prévoit la réunion de trois médecins, dont un doit être psychiatre dans le cadre d'une demande pour trouble mental³¹. De plus, l'Ordre des médecins du pays

²⁷ Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, « Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie - Document de réflexion » (Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021), p.12, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cssfv/mandats/Mandat-44835/index.html>.

²⁸ *Loc. cit.*

²⁹ Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, *op.cit.*, p.19

³⁰ Georgia Vrakas, « Mémoire soumis dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie », 2021, p.5, <https://rb.gy/wfnarp>.

³¹ Association des médecins psychiatres du Québec, *op.cit.*, p.23

propose des recommandations additionnelles, dont l'implication de deux psychiatres indépendants, plutôt qu'un seul³².

À la lumière de nos recherches et des consultations menées auprès de nos membres, nous ne pouvons donc concevoir qu'une telle demande ne soit pas considérée par au moins deux médecins spécialistes, soit deux psychiatres. C'est ce que préconise également l'AMPQ³³. De plus, l'accord entre ces deux évaluateurs quant au caractère incurable de la maladie et du déclin avancé et irréversible des capacités du demandeur nous semble crucial.

Souffrance et aptitude

D'autre part, bien qu'il soit indéniable qu'un trouble mental puisse causer des souffrances graves et persistantes, la dimension personnelle de la souffrance ne peut être ignorée, ainsi que le caractère subjectif de sa perception.

La difficulté clinique à évaluer le critère de « souffrance insupportable » est soulignée par différents acteurs et recherches³⁴, certains allant jusqu'à dire qu'il n'existe pas « d'outil fiable et objectif pour l'évaluer »³⁵. L'AMPQ parle d'ailleurs de « véritable casse-tête » en référence à l'évaluation de ce critère³⁶. Ainsi, on peut notamment mentionner le fait que le processus d'évaluation de la souffrance peut différer d'un professionnel à l'autre, en raison de valeurs et d'expériences différentes chez chacun d'eux³⁷.

Qui plus est, la dimension multifactorielle de la souffrance devrait également être prise en compte dans le processus d'évaluation si l'AMM devenait accessible aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental. En effet, des facteurs socio-environnementaux, biographiques ou existentiels, peuvent par exemple influencer sur le sentiment de souffrance³⁸.

Aussi, notre organisation ne peut considérer ce critère d'évaluation dans le cadre d'une demande d'AMM en contexte psychiatrique sans faire de parallèle avec la souffrance ressentie et exprimée par les personnes suicidaires. En effet, comme mentionné précédemment, la personne suicidaire ne cherche pas la mort, mais l'arrêt de sa souffrance. L'AQPS travaille ainsi depuis des années à faire passer le message que le suicide n'est pas une option face à la souffrance et que parler de cette douleur psychologique sauve des vies.

³² *Loc. cit.*

³³ *Ibid.*, p.41.

³⁴ Marianne Dees et al., « Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. », *Psycho-oncology* 19, n° 4 (2010): 339-52; H. Roeline W. Pasman et al., « Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians », *BMJ: British Medical Journal* 339, n° 7732 (2009): 1235-37.

³⁵ Laura Guérinet et Marie Tournier, *op.cit.*, p.249

³⁶ Association des médecins psychiatres du Québec, *op.cit.*, p.32.

³⁷ Mona Gupta et al., « Exploring the psychological suffering of a person requesting medical assistance in dying » (Department of Psychiatry, CHUM and CRCHUM, 2017), <https://rb.gy/tf4gzs>.

³⁸ Monica Verhofstadt, Lieve Thienpont, et Gjalit-Jorn Ygram Peters, « When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study », *The British Journal of Psychiatry* 211, no 4 (2017): 238-45.; Marianne K. Dees et al., « 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying », *Journal of Medical Ethics* 37, n° 12 (2011): 727-34.

La souffrance psychologique ressentie par les personnes suicidaires est le plus souvent liée à un problème temporaire, mais elle peut aussi être la conséquence d'un problème permanent. Ainsi, les centres de prévention du suicide reçoivent des appels de personnes qui souffrent de maladies incurables, dégénératives ou non, y compris de troubles de santé mentale (p. ex., troubles bipolaires, schizophrénie, troubles de personnalité majeurs, etc.). Dans l'immédiat, celles-ci envisagent la mort par suicide comme une option pour répondre à leur désir de cesser de souffrir. Néanmoins, l'expérience démontre que celles qui reçoivent de l'aide dans la recherche de solutions à leur détresse n'envisagent généralement plus le suicide.

En ce qui a trait au critère de l'aptitude, là encore, il faut souligner l'absence d'uniformité relative à son évaluation³⁹. De plus, certains troubles mentaux peuvent altérer la capacité décisionnelle en générant notamment des biais de raisonnement⁴⁰. Enfin, même en étant considérée légalement apte, la volonté de mourir chez une personne atteinte d'un trouble de santé mentale peut être un symptôme du trouble plutôt qu'un choix fondé sur ses valeurs et ses croyances⁴¹.

Balises et mesures de protection complémentaires

Suicidalité et AMM

Des données probantes permettent d'attester que certains patients ayant demandé l'AMM en contexte psychiatrique ont des caractéristiques communes avec les personnes qui font une tentative de suicide, telles que l'ambivalence, le sentiment de désespoir ou celui d'isolement⁴². Comme mentionné précédemment, l'ambivalence face à l'idée de mourir ou de vivre est une des caractéristiques principales des personnes suicidaires.

Dès lors, dans un contexte d'élargissement potentiel des critères d'admissibilité à l'AMM aux personnes n'étant pas en fin de vie et souffrant de troubles mentaux, l'AQPS, tout comme le Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, s'inquiète « [...] face à la possibilité qu'en période d'ambivalence ou de vulnérabilité, les distorsions cognitives négatives qui accompagnent fréquemment la dépression, jumelées à l'ambivalence des idées suicidaires risquent d'inciter des individus à prendre la décision fatale et permanente de mettre fin à leur vie, puisque des moyens létaux sont accessibles »⁴³.

L'ambivalence quant au désir de mourir vient également questionner les dimensions rationnelle et émotionnelle de ces demandes. Or, en ce qui a trait au suicide, la possibilité qu'il puisse être considéré comme le résultat d'une décision rationnelle dans certaines

³⁹ Jocelyne Saint-Arnaud, « Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie Assemblée nationale le 18 mai 2021 Modifications à la Loi concernant la fin de vie et l'aide médicale à mourir (AMM) », 2021, p.7, <https://rb.gy/wfnarp>.

⁴⁰ Laura Guérinet et Marie Tournier, *op.cit.*, p.251

⁴¹ Conseil des académies canadiennes, *op. cit.*, p.96

⁴² *Ibid.*, pp.103-104.

⁴³ Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir, « Le Canada à la croisée des chemins : recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental. Une critique fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP » (Toronto (ON), 2020), p.24, <https://rb.gy/s3wdon>.

circonstances fait débat au sein de la communauté scientifique, tout comme chez les professionnels de la santé⁴⁴.

Par ailleurs, du fait de ces potentielles caractéristiques communes entre les personnes suicidaires et celles présentant une demande d'AMM en contexte psychiatrique, ainsi qu'en raison du fait que le champ d'action de la prévention du suicide ne puisse être dissocié de la problématique des troubles de santé mentale, l'AQPS recommande que le processus d'évaluation de toute demande porte une attention accrue à la suicidalité⁴⁵ du patient (comme symptôme d'un trouble mental) dans l'éventualité où le Québec offrirait la possibilité aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental de présenter une demande d'AMM.

L'Association psychiatrique néerlandaise (NVvp) considère d'ailleurs que les meilleures pratiques cliniques dans ce contexte doivent notamment prévoir une évaluation de la suicidalité aiguë du patient demandeur⁴⁶. De son côté, l'AMPQ recommande l'implantation d'un bureau régional d'AMM en santé mentale (BRAMM-SM) dans chacune des régions universitaires intégrées de santé (RUIS) et dont le rôle se rapporterait notamment à une fonction de surveillance du processus d'évaluation⁴⁷. Sur cette base, il s'assurerait alors que « la suicidalité (comme symptôme d'un trouble mental) est dûment explorée »⁴⁸.

Refus de traitement et tentatives de traitement raisonnables

Face à la possibilité du refus de traitement par un patient présentant une demande d'AMM en contexte psychiatrique, la législation néerlandaise exige que patient et médecin s'entendent sur le fait qu'il n'existe aucune option de traitement raisonnable⁴⁹.

En Belgique, en complément des critères présentés dans la loi, l'Association psychiatrique flamande (VVP) indique que « [...] si une personne refuse un traitement raisonnablement prometteur, le critère d'incurabilité ne pourra s'appliquer »⁵⁰.

Au Québec, la *Loi concernant les soins de fin de vie*, telle que rédigée à ce jour, indique uniquement que le médecin doit informer la personne « [...] du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences »⁵¹. Aussi, les critères d'admissibilité actuels évoquent « des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables⁵² », renvoyant donc à la subjectivité du patient sur ce qu'il considère comme raisonnable ou acceptable.

⁴⁴ Brian L. Mishara et al., « Suicide Types », in *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*, éd. par Robert Kastenbaum, vol. 2 (New York, NY: Macmillan Reference USA, 2002), 843-59.

⁴⁵ La notion de suicidalité fait référence aux pensées, idéations et comportements suicidaires, ainsi qu'aux tentatives de suicide et aux suicides complétés.

⁴⁶ Association des médecins psychiatres du Québec, *op.cit.*, p.22

⁴⁷ *Ibid.*, p.41

⁴⁸ *Ibid.*, p. 42

⁴⁹ Julia Nicol, « Aide médicale à mourir : la législation dans certains états à l'extérieur du Canada (Étude générale) », *Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaires*, n° Publication no 2015-116-F (23 octobre 2015), <https://rb.gy/Orsi92>.

⁵⁰ Association des médecins psychiatres du Québec, *op.cit.*, p.23.

⁵¹ Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001.

⁵² *Loc. cit.*

Évaluation multidisciplinaire

Un processus d'évaluation allant « au-delà des facteurs médicaux⁵³ », tout particulièrement en ce qui a trait à l'évaluation de la souffrance, peut être considéré comme une mesure de protection supplémentaire dans l'éventualité où l'admissibilité à l'AMM des personnes pour lesquelles le trouble mental est le seul problème médical invoqué deviendrait effective.

En effet, comme mentionné plus tôt, la souffrance peut être multifactorielle. Des facteurs psychologiques, sociaux, économiques, biographiques peuvent par exemple contribuer à la souffrance.

À l'instar de ce qui se fait en Belgique, une discussion avec une équipe multidisciplinaire pourrait ainsi être prévue dans le processus d'évaluation. Selon nous, cette équipe devrait être composée des professionnels qui ont l'acte réservé de diagnostiquer et de traiter.

Ceci permettrait par exemple que des psychologues et des travailleurs sociaux contribuent à l'évaluation, en plus des psychiatres mentionnés précédemment. De cette façon, l'expertise spécifique en pharmacologie du psychiatre se verrait complétée par celle en psychothérapie du psychologue et celle en matière d'évaluation psychosociale du travailleur social.

Enfin, l'implication d'une équipe multidisciplinaire dans le processus d'évaluation viendrait, selon nous, renforcer la conviction d'une absence d'alternative de traitement.

Évaluation du caractère libre et éclairé de la demande et implication des proches

L'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* indique déjà que « la personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre »⁵⁴.

L'AQPS croit qu'une attention toute particulière devrait être accordée au caractère libre, éclairé et réfléchi de ces potentielles demandes d'AMM. Ainsi, le processus d'évaluation devrait évaluer la possibilité qu'il y ait eu des pressions externes ou encore, que les proches aient pu faire pression. De la même façon, il faudrait évaluer si la personne a le sentiment d'être un fardeau pour ses proches, sa famille, etc.

Toutefois, notons que l'implication et la consultation des proches et de la famille nous apparaissent dans la plupart des cas comme étant tout à fait indiquées dans le cadre d'une démarche aussi complexe et éprouvante que l'AMM.

⁵³ Conseil des académies canadiennes, *op.cit.*, p.200.

⁵⁴ Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001.

Recommandations

Sur la base de ces différents éléments, les recommandations de l'AQPS seraient les suivantes si les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental devaient devenir admissibles à l'AMM :

Recommandation 4

Qu'au moins deux psychiatres soient chargés d'évaluer l'aspect incurable du trouble mental dont souffre le patient présentant une demande et de conclure que sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

Recommandation 5

Qu'au moins deux psychiatres soient responsables de l'évaluation de l'aptitude du patient présentant une demande et que celle-ci soit réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation commune et standardisée.

Recommandation 6

Former les professionnels chargés d'évaluer, d'accompagner et d'administrer la fin de vie à la réalité de l'ambivalence entourant le désir de mourir des individus en souffrance.

Recommandation 7

Ajouter un critère de non-ambivalence dans l'évaluation de la demande.

Recommandation 8

Étaler le processus d'évaluation d'une demande sur une période de plusieurs mois au cours de laquelle le patient devra réaffirmer le maintien de sa demande.

Recommandation 9

Évaluer la suicidabilité du patient, notamment afin de s'assurer qu'aucune demande ne puisse être acceptée dans le cas où une personne serait en situation de crise aiguë.

Recommandation 10

Ajouter un critère « d'absence d'alternative thérapeutique raisonnable » dans l'évaluation, ceci afin de s'assurer que le patient qui présente une demande a tenté tous les traitements reconnus efficaces pour sa maladie.

Recommandation 11

Impliquer une équipe multidisciplinaire dans le processus d'évaluation.

Recommandation 12

S'assurer que toute demande soit formulée de manière libre, réfléchie et éclairée lors du processus d'évaluation.

Recommandation 13

Prévoir une consultation des proches, à moins que cela ne soit contre-indiqué, dans le processus d'évaluation, si le patient donne son accord.

Axe 4 : Prendre soin de ceux qui restent

Outre les personnes recevant une approbation à la suite de la présentation d'une demande d'AMM, notre organisation tient à rappeler que les personnes touchées par cette réalité sont également celles qui voient leur demande refusée, ainsi que les proches des personnes décédées par ce moyen et les professionnels de la santé.

En Belgique comme aux Pays-Bas, le taux d'approbation des demandes d'AMM en contexte psychiatrique n'est pas publiquement connu. Cependant, plusieurs recherches évoquent ces demandes rejetées et certaines permettent ainsi d'en estimer le nombre. Par exemple, une recherche belge faisait état d'un taux d'approbation de 86 % des demandes en contexte psychiatrique entre 2007 à 2011, ceci en excluant les personnes ayant changé d'idée et celles étant décédées avant la fin de leur évaluation. Ce taux passait alors à 48 % en incluant les personnes précédemment exclues⁵⁵.

Si différentes études sont venues documenter les raisons venant justifier les motifs de refus des demandes d'AMM, peu se sont en revanche penchées sur ce qui se passe pour les patients dont la demande a été refusée⁵⁶. Toutefois, on peut notamment faire mention d'une étude qualitative récente ayant démontré que le désir de mourir peut diminuer, mais rarement disparaître pour les patients dont une demande d'AMM a été refusée. Cette même recherche souligne le fait que très peu des professionnels de la santé discutent ou évaluent le désir de mourir des patients ou leur situation après le refus⁵⁷.

L'AQPS est inquiète face au risque éventuel que certaines de ces personnes envisagent le suicide comme une alternative. En effet, dans un contexte où les gens ont déjà un lourd passé de troubles de santé mentale, avec probablement une expérience de tentative de suicide, un refus ne risquerait-il pas d'approfondir la détresse de la personne ? À ce sujet, une analyse sommaire des rapports de coroners portant sur des suicides depuis la fin de l'année 2018 démontre que l'impossibilité d'obtenir l'AMM a été identifiée dans au moins 27 rapports.

Face à ces situations, des interventions de suivi automatique pour une personne dont l'AMM a été refusée pourraient par exemple être mises en place.

En ce qui a trait aux impacts de l'AMM en contexte psychiatrique sur les professionnels de santé, les proches et autres membres de la famille, là encore, on relève des lacunes en matière de connaissances au niveau de la littérature scientifique⁵⁸.

L'AQPS considère que comme toute expérience de vie interpellant les valeurs personnelles et susceptible de générer de l'angoisse, de la tristesse et de l'incertitude, celle-ci comporte un risque pour les personnes qui resteront après le décès.

Dans une approche de postvention, notre organisation croit donc qu'il serait nécessaire de prendre en charge les proches des personnes qui auront eu accès à l'AMM, tout

⁵⁵ Lieve Thienpont et al., « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study », *BMJ Open* 5, n° 7 (2015), <https://rb.gy/bqcbjx>.

⁵⁶ Ex.: Ilana Levene et Michael Parker, « Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review », *Journal of Medical Ethics* 37, n° 4 (2011): 205-11.

⁵⁷ H. Roeline W. Pasman, Dick L. Willems, et Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, « What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians », *Patient Education and Counseling* 92, n° 3 (2013): 313-18.

⁵⁸ Conseil des académies canadiennes, *op.cit.*, p.162

particulièrement dans les situations où les patients n'étaient pas en fin de vie. En effet, il est avéré que le suicide peut avoir un effet d'entraînement⁵⁹. Nous craignons donc que des proches, témoins de ce processus, puissent idéaliser cette fin de vie et que cela puisse en influencer certains dans leur décision d'y avoir recours si jamais ils devaient vivre des situations similaires.

Dès lors, tout comme pour les personnes souffrant de troubles mentaux voyant leur demande refusée, l'AQPS souhaiterait que des interventions de suivi et la création de groupes de soutien pour personnes dont les proches sont décédés suite à une demande d'AMM soient envisagées.

Recommandations

Face à ces considérations, si les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental devaient devenir admissibles à l'AMM, l'AQPS propose les recommandations suivantes :

Recommandation 14

Prévoir des mesures de soutien aux personnes qui se verront refuser l'AMM sur cette base, des proches des personnes décédées au moyen de l'AMM et des professionnels de la santé impliqués dans sa mise en œuvre.

Recommandation 15

Documenter les effets sur les personnes refusées, sur les proches et sur les professionnels de la santé.

⁵⁹ Caroline Nicolas, Charles-Edouard Notredame, et Monique Séguin, « Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature » (Rapport de recherche inédit soumis à l'Association québécoise de prévention du suicide, 2017).

Conclusion

L'AQPS partage avec de nombreuses personnes et organisations la préoccupation du bien-être de la personne. En même temps, elle invite le législateur à adopter un regard large sur la question de l'AMM et à s'intéresser non seulement aux intérêts des personnes souffrant de troubles mentaux, mais aussi à ceux des milliers de personnes suicidaires que compte la société québécoise.

Sans prendre position dans le débat, l'AQPS exprime dans ce mémoire ses préoccupations majeures relatives à la prévention du suicide et appelle vivement les membres de la Commission spéciale sur l'évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie* à prendre celles-ci en considération.

Cette prise en compte pourra se concrétiser au travers de quelques mesures proposées par l'AQPS, soit en documentant les retombées sociétales de cet éventuel élargissement, en renforçant le caractère exceptionnel du recours à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental, en communiquant de manière appropriée pour prévenir les ambiguïtés du message et en prenant soin de ceux qui restent.

Synthèse des recommandations

Recommandation 1

Documenter les retombées sociétales de cet élargissement en commandant des études portant notamment sur le lien entre l'AMM, les troubles de santé mentale et le suicide.

Recommandation 2

Déployer une campagne d'information et de sensibilisation ciblant la population et les professionnels de santé et des services sociaux, afin de préciser la définition et les nouveaux critères d'admissibilité à l'AMM. Cette campagne aurait pour objectif de diminuer les risques de confusion avec les autres formes de fin de vie, dont le suicide et le suicide assisté, et viendrait insister sur le caractère exceptionnel et le contexte médical de cette fin de vie.

Recommandation 3

Intégrer les aspects relatifs à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental dans les formations relatives à la prévention du suicide déployées auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 4

Qu'au moins deux psychiatres soient chargés d'évaluer l'aspect incurable du trouble mental dont souffre le patient présentant une demande et de conclure que sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

Recommandation 5

Qu'au moins deux psychiatres soient responsables de l'évaluation de l'aptitude du patient présentant une demande et que celle-ci soit réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation commune et standardisée.

Recommandation 6

Former les professionnels chargés d'évaluer, d'accompagner et d'administrer la fin de vie à la réalité de l'ambivalence entourant le désir de mourir des individus en souffrance.

Recommandation 7

Ajouter un critère de non-ambivalence dans l'évaluation de la demande.

Recommandation 8

Étaler le processus d'évaluation d'une demande sur une période de plusieurs mois au cours de laquelle le patient devra réaffirmer le maintien de sa demande.

Recommandation 9

Évaluer la suicidabilité du patient, notamment afin de s'assurer qu'aucune demande ne puisse être acceptée dans le cas où une personne serait en situation de crise aiguë.

Recommandation 10

Ajouter un critère « d'absence d'alternative thérapeutique raisonnable » dans l'évaluation, ceci afin de s'assurer que le patient qui présente une demande a tenté tous les traitements reconnus efficaces pour sa maladie.

Recommandation 11

Impliquer une équipe multidisciplinaire dans le processus d'évaluation.

Recommandation 12

S'assurer que toute demande soit formulée de manière libre, réfléchie et éclairée lors du processus d'évaluation.

Recommandation 13

Prévoir une consultation des proches, à moins que cela ne soit contre-indiqué, dans le processus d'évaluation, si le patient donne son accord.

Recommandation 14

Prévoir des mesures de soutien aux personnes qui se verront refuser l'AMM sur cette base, des proches des personnes décédées au moyen de l'AMM et des professionnels de la santé impliqués dans sa mise en œuvre.

Recommandation 15

Documenter les effets sur les personnes refusées, sur les proches et sur les professionnels de la santé.

Bibliographie

- Appelbaum, Paul S. « Physician-assisted death for patients with mental disorders-Reasons for concern ». *JAMA psychiatry* 73, n° 4 (2016): 325-26.
- Association des médecins psychiatres du Québec. « Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Document de réflexion », 2020. <https://rb.gy/v6c8fg>.
- Association québécoise de prévention du suicide. « Aide médicale à mourir et prévention du suicide: Mémoire de l'Association québécoise de prévention du suicide portant sur le projet de loi n°52 Loi concernant les soins de fin de vie », 2013. <https://rb.gy/pcvkw1>.
- Cavanagh, Jonathan T. O., Alan Carson, Michael Sharpe, et Stephen M. Lawrie. « Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review ». *Psychological Medicine* 33, n° 3 (2003): 395-405.
- Cloutier, René, et Claire Gamache. « Manifeste pour l'accès à des soins de santé mentale | La Presse ». *La Presse*, 23 novembre 2020. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-11-23/manifeste-pour-l-acces-a-des-soins-de-sante-mentale.php>.
- Comité de juristes experts. « Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité : rapport ». Québec (Province), 2013. <https://rb.gy/3g6b18>.
- Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. « Rapport Euthanasie 2020 : Neuvième rapport aux Chambres législatives - Chiffres des années 2018-2019 ». CFCEE, 2020. <https://rb.gy/nvsneo>.
- Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie. « Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie - Document de réflexion ». Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cssfv/mandats/Mandat-44835/index.html>.
- Commission sur les soins de fin de vie. « Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux - Consultation auprès de groupes de soutien et de défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches aidants - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux ». Gouvernement du Québec, 2020. <https://rb.gy/ssxmy9>.
- . « Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie », 2021. <https://rb.gy/wfnarp>.
- . « Rapport annuel d'activités - Du 1er avril 2019 au 31 mars 2020 ». Gouvernement du Québec, 2020. <https://rb.gy/i5z4qw>.
- Conseil des académies canadiennes. « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. » Ottawa (ON): Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, Conseil des académies canadiennes, 2018. <https://rb.gy/2xv3hg>.
- Dees, Marianne K., Myrra J. Vernooij-Dassen, Wim J. Dekkers, Kris C. Vissers, et Chris van Weel. « 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying ». *Journal of Medical Ethics* 37, n° 12 (2011): 727-34.
- Dees, Marianne, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers, et Chris van Weel. « Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. » *Psycho-oncology* 19, n° 4 (2010): 339-52.
- Denys, Damiaan. « Is euthanasia psychiatric treatment?: The struggle with death on request in the Netherlands ». *The American Journal of Psychiatry* 175, n° 9 (2018):

822-23.

- Friesen, Phoebe. « Medically assisted dying and suicide: How are they different, and how are they similar? » *Hastings Center Report* 50, n° 1 (2020): 32-43.
- Gouvernement du Canada. « CE QUE NOUS AVONS ENTENDU : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir ». Gouvernement du Canada, 2020. <https://rb.gy/o8unzp>.
- Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir. « Le Canada à la croisée des chemins : recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental. Une critique fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP ». Toronto (ON), 2020. <https://rb.gy/s3wdon>.
- Groupe d'Halifax. « L'aide médicale à mourir : le cas des personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée ». Montréal: Institut de recherche en politiques publiques, 2020. <https://on-irpp.org/2VcJP6W>.
- Guérinet, Laura, et Marie Tournier. « La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté pour motif psychiatrique ». *L'Encéphale* 47, n° 3 (2021): 246-53.
- Gupta, Mona. « Mémoire soumis à la Commission Spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins fin de vie », 2021. <https://rb.gy/wfnarp>.
- Gupta, Mona, Jacynthe Rivest, Suzanne Leclair, Samuel Blouin, et Marc Chammas. « Exploring the psychological suffering of a person requesting medical assistance in dying ». Department of Psychiatry, CHUM and CRCHUM, 2017. <https://rb.gy/tf4gzs>.
- Heide, Agnes van der, Johannes J.M. van Delden, et Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. « End-of-life decisions in the Netherlands over 25 Years ». *New England Journal of Medicine* 377, n° 5 (2017): 492-94.
- Hetherington, Katherine, et Geneviève Fecteau. « Exclure les patients psychiatriques de l'aide à mourir ». *Le Devoir*, 17 janvier 2019. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/545676/exclure-les-patients-psychiatriques-de-l-aide-a-mourir>.
- Jones, David Albert, et David Paton. « How does legalization of physician assisted suicide affect rates of suicide? » *Southern Medical Journal* 108, n° 10 (2015): 599-694.
- Kastenbaum, Robert, et Oliver Leaman. *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*. 1st ed. Farmington Hills: Gale, Cengage Learning, 2002. <https://rb.gy/cbrfcs>.
- Kaur, Jaskiran, et Isabelle Marcoux. « Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques ». *Criminologie* 51, n° 2 (2018): 213-43.
- Kheriaty, Aaron. « Social Contagion Effects of Physician-Assisted Suicide: Commentary on "How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?". » *Southern Medical Journal* 108, n° 10 (2015): 605-6.
- Kim, Scott Y. H., Yeates Conwell, et Eric D. Caine. « Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders: How Much Overlap? » *JAMA Psychiatry* 75, n° 11 (2018): 1099-1100.
- Kim, Scott Y. H., Raymond G. De Vries, et John R. Peteet. « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 ». *JAMA Psychiatry* 73, n° 4 (2016): 362-68.
- Kious, Brent M., et Margaret P. Battin. « Physician aid-in-dying and suicide prevention in psychiatry: A moral crisis? » *American journal of bioethics* 19, n° 10 (2019): 29-39.
- Landry, Julie. « Aide médicale à mourir : les proches aussi ont besoin d'aide ». *Radio-Canada*, 13 mars 2018. <https://rb.gy/tqmbzo>.
- Levene, Ilana, et Michael Parker. « Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review ». *Journal of Medical Ethics* 37, n° 4 (2011): 205-11.
- Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001 (s. d.). <https://rb.gy/vlz9oa>.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. « Mourir dans la dignité - La ministre

- Véronique Hivon présente un projet de loi pour une vision globale et intégrée des soins de fin de vie », 12 juin 2012. <https://rb.gy/sppfnv>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux ». Gouvernement du Québec, 2015. <https://rb.gy/tahu8c>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. « Annual reports (English, Spanish, French and German) - Annual report - Regional Euthanasia Review Committees ». Jaarverslag. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 5 octobre 2020. <https://rb.gy/lre4f1>.
- Mishara, Brian L. « Mémoire à la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie », 2021. <https://rb.gy/wfnarp>.
- Mishara, Brian L., Marc S. Daigle, Robert Kastenbaum, Janie Houle, Isabelle Marcoux, et David Lester. « Suicide Types ». In *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*, édité par Robert Kastenbaum, 2:843-59. New York, NY: Macmillan Reference USA, 2002.
- Morin, Charles-Albert. « Troubles mentaux et aide médicale à mourir | S'accrocher à la vie ». *La Presse*, 14 mars 2021. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-03-14/troubles-mentaux-et-aide-medicale-a-mourir/s-accrocher-a-la-vie.php>.
- Nicol, Julia. « Aide médicale à mourir : la législation dans certains états à l'extérieur du Canada (Étude générale) ». *Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaires*, n° Publication no 2015-116-F (23 octobre 2015). <https://rb.gy/Orsi92>.
- Nicolas, Caroline, Charles-Edouard Notredame, et Monique Séguin. « Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature ». Rapport de recherche inédit soumis à l'Association québécoise de prévention du suicide, 2017.
- Nicolini, Marie E., Scott Y. H. Kim, Madison E. Churchill, et Chris Gastmans. « Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons ». *Psychological Medicine* 50, n° 8 (2020): 1241-56.
- Organisation mondiale de la Santé. « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial ». Organisation mondiale de la Santé, 2014. <https://rb.gy/m1yrnm>.
- Pasman, H. Roeline W., M L Rurup, Dick L. Willems, et Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. « Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians ». *BMJ: British Medical Journal* 339, n° 7732 (2009): 1235-37.
- Pasman, H. Roeline W., Dick L. Willems, et Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. « What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians ». *Patient Education and Counseling* 92, n° 3 (2013): 313-18.
- Pronk, Rosalie, Dick L. Willems, et Suzanne van de Vathorst. « Do doctors differentiate between suicide and Physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners ». *Culture, Medicine and Psychiatry* 45, n° 2 (2021): 268-81.
- Provencher-Renaud, Gabrielle, Serge Larivée, et Carole Sénéchal. « L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 177, n° 8 (2019): 801-8.
- Routhier, Danielle, Nicole Leduc, Alain Lesage, et Mike Benigeri. « Portrait du recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide qui requiert une hospitalisation ». *Santé mentale au Québec* 37, n° 2 (2012): 223-37.
- Saint-Arnaud, Jocelyne. « Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie Assemblée nationale le 18 mai 2021 Modifications à la Loi concernant la fin de vie et l'aide médicale à mourir (AMM) », 2021. <https://rb.gy/wfnarp>.
- Simpson, Alexander I. F. « Medical assistance in dying and mental Health: A legal, ethical,

- and clinical analysis. » *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 63, n° 2 (2018): 80-84.
- Thienpont, Lieve, Monica Verhofstadt, Tony Van Loon, Wim Distelmans, Kurt Audenaert, et Peter P. De Deyn. « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study ». *BMJ Open* 5, n° 7 (2015). <https://rb.gy/bqcbjx>.
- Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792 (11 septembre 2019).
- Verhofstadt, Monica, Lieve Thienpont, et Gjalb-Jorn Ygram Peters. « When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study ». *The British Journal of Psychiatry* 211, n° 4 (2017): 238-45.
- Verhofstadt, Monica, Kristof Van Assche, Sigrid Sterckx, Kurt Audenaert, et Kenneth Chambaere. « Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making ». *International Journal of Law and Psychiatry* 64 (2019): 150-61.
- Vrakas, Georgia. « Mémoire soumis dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie », 2021. <https://rb.gy/wfnarp>.