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

Les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles cognitifs ne doivent pas être euthanasiées

Mémoire présenté par

Dr Paul Saba, MD, M.Sc.
Médecin de famille et auteur de « Fait pour vivre »
Courriel : pauljsaba@gmail.com
Téléphone : 514-886-3447

Me Natalia Manole, Avocate
Courriel : manole@bureaulegal.ca
Téléphone : 514-295-4544

19 août 2021

Présentation du Dr Paul Saba

Le docteur Paul Saba a effectué sa formation en médecine en Amérique du Nord. Il a travaillé au Canada et aux États-Unis, ainsi qu'au Liban déchiré par la guerre, en Somalie, au Bangladesh, au Honduras, en Côte d'Ivoire et à Haïti.

Après avoir effectué ses études médicales à l'Université McGill de Montréal et complété sa formation en médecine interne au Massachusetts, Paul Saba a pratiqué la médecine durant quelques années dans ce même État américain. Il a ensuite intégré le Centre médical de l'Université Duke en Caroline du Nord en tant qu'urgentologue. Durant cette période, le Dr Saba a organisé des conférences sur le bénévolat pour soutenir les pays en développement, avec une emphase particulière sur l'enjeu de la santé des enfants.

Au début des années 2000, le docteur Saba a lutté pour le maintien de plusieurs salles d'urgence, dans les zones rurales du Québec, qui risquaient la fermeture à cause d'une importante pénurie de médecins. En 2004, il a pris ses fonctions à l'Hôpital Saint-Joseph de Lachine (appelé maintenant Hôpital Lachine) afin de sauver cet établissement communautaire d'une fermeture assurée. Son combat l'a conduit devant l'Assemblée nationale, mais il a fini par obtenir gain de cause pour maintenir l'hôpital ouvert. Actuellement, l'Hôpital Saint-Joseph offre une gamme complète de services de soins et est intégré au Centre de soins de l'Université McGill qui sera prochainement rénové. Pendant plus d'une décennie, le Dr Saba a été le président du conseil des médecins de ce même établissement. Aujourd'hui, l'Hôpital Lachine est classé parmi les 20 premier du Canada.

Depuis 1998, le Dr Saba a beaucoup travaillé à l'amélioration du système de soins de santé canadien, au moyen de la Coalition des médecins pour la justice sociale dont il est le cofondateur et l'actuel président. Il s'est aussi battu avec succès pour que les personnes les plus démunies bénéficient de médicaments gratuits, que les personnes âgées en résidence soient correctement nourries et pour que les enfants à l'école bénéficient de l'activité physique.

En 2000, il a examiné bénévolement des patients du nord-est des États-Unis, venus en bus à Montréal, afin de pouvoir acheter à un prix abordable des médicaments nécessaires au maintien de leurs conditions vitales.

Il a également présenté son plaidoyer contre le suicide assisté et l'euthanasie devant différentes Assemblées législatives, dont celles du New Hampshire, du Connecticut et de l'État de New York. Il a été le conférencier sur ce même sujet dans plusieurs forums internationaux : à Rome (Italie), Reykjavik (Islande), Santiago (Chili) et à Tbilissi (Géorgie).

Le docteur Paul Saba est actuellement médecin de famille dans la ville de Montréal.

Présentation de Me Natalia Manole

Natalia Manole est avocate en litige civil. Elle a obtenu son diplôme en Sciences politiques de l'Université Concordia et son diplôme de droit de l'Université de Montréal. Elle a également étudié à l'Institut d'études politiques de Strasbourg, avec pratique au Parlement européen.

Elle plaide régulièrement devant la Cour du Québec, la Cour supérieure et la Cour d'appel ainsi que devant les tribunaux administratifs.

Me Manole a travaillé dans plusieurs dossiers judiciaires de nature constitutionnelle, y compris sur l'aide médicale à mourir.

Me Manole est l'auteure de plusieurs publications de nature juridique.

Résumé

La maladie mentale est l'une des principales causes d'invalidité au Québec. Environ 20 % de la population québécoise, soit 1 personne sur 5, vivra une maladie mentale au cours de sa vie. Pourtant, moins de la moitié de ceux qui souffrent de maladie mentale cherchent une aide professionnelle. Environ 1 100 Québécois se suicideront chaque année.

Il est bien connu qu'Elon Musk, le fondateur de Tesla et de Space X, a le syndrome d'Asperger. Si la loi visant l'AMM (Aide médicale à mourir) est élargie, des gens comme ce dernier pourraient être euthanasiés.

La récente pandémie de COVID a augmenté la dépression parmi les Canadiens comme le sondage publié sur les impacts sur la santé mentale de COVID-19, publié en décembre 2020 par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) avec le plus grand impact sur les groupes marginalisés, y compris les jeunes adultes, les personnes handicapées, les pauvres, ceux qui ont des troubles de santé mentale préexistants, les autochtones, les femmes et ceux qui s'identifient comme LGBTQ2+.

Le médecin de famille est souvent le premier point de contact pour une personne ayant un problème de santé mentale. Plus de 50 % des personnes atteintes de troubles mentaux reçoivent des soins de santé mentale de leur médecin de famille, souvent sans la participation d'autres fournisseurs de soins.

Cependant, pour être en mesure de prodiguer des soins de santé mentale optimaux, le médecin de famille a besoin d'être soutenu par des psychiatres et des psychologues, des spécialistes auxquels les patients n'ont pas toujours un accès rapide. En fait, notre système social et de santé est déficient pour les personnes atteintes des troubles mentaux; il n'offre pas toutes les options thérapeutiques requises permettant d'assurer que le consentement est véritablement éclairé, c'est-à-dire fait en toute connaissance de cause.

La population ayant des problèmes de santé mentale est également susceptible de se suicider et recherchera l'aide à l'euthanasie. Ceci est confirmé par les rapports publiés soumis à la commission à partir des rapports publiés en Belgique et aux Pays-Bas sur les décès euthanasiés de leurs citoyens souffrant de troubles mentaux.

J'ai récemment parlé à un thérapeute travaillant dans le domaine de la prévention du suicide. Elle avait comme patiente une femme de 26 ans qui voulait désespérément mourir à cause d'une dépression ; elle a réussi à la convaincre de vivre pour s'occuper de son chien. Il y a toujours une raison de vivre, mais, en tant que soignants, nous devons trouver cette raison pour que la personne veuille vivre. Personne ne veut vraiment se suicider, les gens veulent simplement mettre fin à la souffrance. Nous devons les aider à soulager leurs souffrances.

Dans ce mémoire, je veux vous montrer qu'il n'est pas dans l'intérêt des Québécois d'élargir les critères, de tuer nos concitoyens et tous ceux souffrant de problèmes de santé mentale et de déclin cognitif.

Au Québec, nous avons la responsabilité d'améliorer notre système de santé pour les personnes atteintes des problèmes de santé mentale, incluant un accès rapide aux psychiatres, psychologues et travailleuses sociales. Nous devons aussi assurer des logements abordables, des revenus adéquats pour manger et nous divertir, les traitements adéquats pour soulager les douleurs physiques, telle la physiothérapie.

Pour les personnes atteintes de déclin cognitif, nous devons investir davantage dans la recherche et le développement de traitements prometteurs pouvant non seulement ralentir la progression de la maladie, mais inverser la déficience cognitive. Nous devons offrir plus de support pour les aidants naturels.

Le Québec peut devenir une société qui donnera un jour les meilleurs soins aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale ou d'un déficit cognitif plutôt que de les tuer, ou même de les guérir.

Du point de vue juridique, Me Manole considère que la demande d'aide médicale à mourir chez les personnes atteintes de maladies mentales ne remplit pas la condition du consentement libre et éclairé. Plus une personne est atteinte d'une maladie mentale ou un déclin cognitif, moins elle est apte à donner un consentement libre et éclairé.

Les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles cognitifs ne doivent pas être euthanasiées

Lorsque la loi sur l'AMM (Aide médicale à mourir) est entrée en vigueur, le ministre de la Santé de l'époque, le Dr Barrette, a déclaré qu'il n'y aurait qu'une poignée de cas chaque année au Québec. Comme cité dans le National Post du 2 décembre 2015, « le ministre de la Santé du Québec a déclaré au moment de l'annonce du projet de loi « historique » de la province visant à légaliser l'euthanasie que « probablement aucune, ou une poignée de personnes » le demanderait. On nous a assurés que la loi n'était que pour ceux qui étaient en phase terminale et avec des souffrances atroces et que les arguments de l'expansion et de la pente glissante étaient sans fondement. Je tiens à rappeler à la commission le fait que, non seulement nous euthanasions maintenant les personnes handicapées, mais que nous menons maintenant des consultations sur l'élimination de celles qui ont des problèmes de santé mentale et de celles qui souffrent d'un déclin cognitif. L'an dernier au Québec, il y a eu 2270 décès par euthanasie ou 3 % de tous les décès. C'est une grosse « poignée. »

Au Québec et au Canada, nous continuons à déplacer les poteaux de but afin de permettre de plus en plus facilement de se débarrasser des personnes confrontées aux défis de la vie. Dans ce mémoire, je veux vous montrer qu'il n'est pas dans l'intérêt des Québécois d'élargir les critères, de tuer nos concitoyens et tous ceux souffrant de problèmes de santé mentale et de déclin cognitif.

L'adoption par le Canada du projet de loi C-7 en février 2021, qui a levé l'interdiction de la maladie mentale comme seul critère d'aide au suicide, est censée d'entrer en vigueur en août 2023. Le Québec peut et doit utiliser la clause de dérogation pour protéger les personnes atteintes de problèmes de santé mentale liés au suicide assisté par un médecin.

La Commission devrait examiner la prévalence, les facteurs de risque de maladie mentale et de suicide

La maladie mentale est l'une des principales causes d'invalidité au Québec. Environ 20 % de la population québécoise, soit 1 personne sur 5, vivra une maladie mentale au cours

de sa vie. Pourtant, moins de la moitié de ceux qui souffrent de maladie mentale cherchent une aide professionnelle[1]. Environ 1 100 Québécois se suicideront chaque année.

Les maladies mentales les plus connues sont les suivantes :

- Anxiété généralisée
- Trouble panique et agoraphobie
- Phobie
- Anxiété sociale
- Trouble de la personnalité limite
- Troubles de l'humeur
- Trouble bipolaire
- Dépression
- Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Troubles psychotiques
- Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- Troubles liés à l'utilisation de substances
- Anorexie
- Spectre du syndrome d'Asperger

Il est bien connu qu'Elon Musk, le fondateur de Tesla et de Space X, a le syndrome d'Asperger. Si la loi est élargie, des gens comme ce dernier pourraient être euthanasiés.

Les causes exactes de chaque maladie mentale sont inconnues. Les maladies mentales sont le résultat d'une combinaison de nombreux facteurs qui peuvent déclencher leur développement. Ceux-ci incluent[2] :

- L'hérédité, c'est-à-dire si d'autres membres de la famille ont ou ont été affectés par des maladies mentales
- Les facteurs biologiques, qui altèrent l'équilibre chimique du cerveau (stress prolongé, consommation de substances, etc.)
- Caractéristiques du tempérament d'une personne, telles qu'une faible estime de soi ou une difficulté à s'adapter à différentes situations de la vie
- Maladies ou problèmes de santé physique chroniques, tels que le cancer, les maladies affectant la glande thyroïde, les maladies cardiovasculaires ou respiratoires
- La présence de facteurs de stress dans la vie d'une personne, qui peuvent être liés à :
- Environnement familial (exemples : décès d'un être cher, enfance abusive, violence domestique, exposition à des conflits)
- Environnement social (exemples : itinérance, isolement)

- Environnement professionnel ou situation financière (exemples : perte d'emploi, faible revenu)
- Dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu

La convergence du suicide et l'euthanasie (AMM TM-SPMI)

« Une requête d'AMM TM-SPMI [trouble mental - seul problème médical invoqué] pourrait être une forme de suicide et le fait de permettre l'AMM TM-SPMI pourrait contrecarrer les efforts sociaux de prévention. Une situation qui pourrait sembler contradictoire[3]. »

En effet, les efforts sociaux de prévention et le fait de permettre l'AMM TM-SPMI sont contradictoires; en fait, la légalisation de l'euthanasie fait la promotion de la mort pour régler les problèmes de santé mentale. Des personnes à risque pour le suicide sont les mêmes personnes qui auront accès à l'euthanasie.

Les problèmes de santé mentale peuvent mener au suicide. Voici quelques-uns des facteurs de risque :

- Adolescent
- Antécédent de comportement suicidaire
- Exposition à la violence (intimidation, maltraitance des enfants)
- Saison (printemps, été)
- Personnes recevant des soins hospitaliers
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques/suicide
- Consommation d'alcool/de substances
- Incarcération
- Facteurs sociaux : Solitude, événements récents de la vie
- Occupation (médecin, et policier par exemple)
- Surexposition aux informations médiatiques (exposition au suicide d'une célébrité par exemple[4]).

Les autres facteurs de risque de suicide comprennent entre autres :

- Troubles psychiatriques
- Troubles affectifs (dépression)
- Troubles liés à l'utilisation de substances
- Troubles psychotiques
- Troubles de la personnalité (trouble de la personnalité limite)
- Anorexie

- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble bipolaire (enfants et adolescents)
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH ; enfants et adolescents)
- Trouble de conduite (enfants et adolescents)
- Troubles somatiques
- Insuffisance pondérale
- Douleur physique (de tout type)
- Idées et comportements suicidaires)
- Avortement antérieur (comportement suicidaire) VIH+ (idées suicidaires et automutilation)
- Situation socio-économique
- État matrimonial (séparé ou divorcé)
- Précarité socio-économique ou chômage
- Faible niveau d'instruction
- Structure familiale
- Indisponibilité affective maternelle
- Autres troubles cérébraux
- Trouble cérébral traumatique
- Déficience intellectuelle
- Troubles du spectre autistique
- Sclérose en plaques
- Épilepsie
- Déficit ou déclin cognitif (personnes âgées)
- Groupes minoritaires
- Parmi les populations immigrantes (le risque de suicide est étroitement associé au pays d'origine)
- Autochtones (surtout les jeunes)
- Traits de personnalité et psychologiques (désespoir, impulsivité, névrosisme et anxiété par exemple[5]).

Dans un article de synthèse du Journal of the American Association publié le 10 octobre 2007, « Les événements stressants de la vie ont été liés à un trouble dépressif majeur ainsi qu'à des symptômes dépressifs. Au cours des 3 à 6 mois précédant le début de la dépression, 50 à 80 % des personnes déprimées vivent un événement majeur de la vie, contre seulement 20 à 30 % des personnes non déprimées évaluées au cours de la même période. Environ 20 % à 25 % des personnes qui vivent des événements stressants majeurs développent une dépression[6]. »

La récente pandémie de COVID a augmenté la dépression parmi les Canadiens comme le démontre le sondage publié sur les impacts sur la santé mentale de COVID-19, publié en décembre 2020 par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) avec le plus grand impact sur les groupes marginalisés, y compris les jeunes adultes, les

personnes handicapées, les pauvres, ceux qui ont des troubles de santé mentale préexistants, les autochtones, les femmes et ceux qui s'identifient comme LGBTQ2+[7].

Les défis du déclin cognitif

Il existe différentes étapes de déclin cognitif. Ces étapes peuvent être généralement classées comme légères, modérées ou graves. Le déclin peut être variable dans sa progression. Il y a plusieurs facteurs pouvant ralentir la progression de la maladie. Parce que la démence a de nombreuses causes différentes, il existe également de nombreux traitements et moyens différents de ralentir la détérioration. Il faut mieux traiter les maladies chroniques tels le diabète, les maladies cardiaques, la déficience en B12, et changer les médicaments qui ont pour effet secondaire une perte de mémoire. Les facteurs qui ralentissent la détérioration de la mémoire comprennent être plus actifs physiquement et mentalement. Ceci peut inclure de nouveaux apprentissages tels la musique et l'art. Il y a des régimes de cerveau sains. Il existe des apports psychologiques et sociaux ; en outre, de nouveaux médicaments arrivent continuellement sur le marché qui doivent être administrés à des stades précoces de la maladie pour avoir le plus grand impact. Les médecins doivent être mieux éduqués sur les interventions à faire et sur le moment de les faire. Avoir accès aux gériatres et aux neurologues qui se spécialisent dans le déclin cognitif est essentiel, non seulement pour établir un diagnostic précis, mais également pour prescrire le meilleur programme de traitement le plus rapidement possible. Malheureusement, le temps d'attente pour l'accès aux spécialistes est long. Les centres d'évaluation de la mémoire sont également des ressources importantes, mais, encore une fois, il y a un problème d'accessibilité auquel nous devons remédier. Pour conclure, malgré la progression du déclin cognitif, il existe des traitements ciblés. Une évaluation et des interventions précoces sont nécessaires pour ralentir le déclin de la mémoire. Au Québec, avec des investissements importants dans la recherche, nous pouvons développer des traitements prometteurs pouvant non seulement ralentir la progression de la maladie, mais inverser la déficience cognitive. Le Québec peut devenir une société qui donnera un jour les meilleurs soins aux personnes souffrant d'un déficit cognitif plutôt que de les tuer, ou même de les guérir.

La fragilité des aidants naturels et la pression extérieure sur les personnes atteintes d'un déclin cognitif

Les aidants naturels sont souvent débordés et sous-financés. Ils réagissent souvent par « épuisement professionnel » et émotionnellement à la demande de leurs proches. La fatigue et l'épuisement professionnel font des ravages chez les principaux aidants qui se sentent dépassés et abandonnés. Ceci est particulièrement important pour ceux qui s'occupent d'un être cher souffrant de problèmes de santé chroniques. Il y a des pressions causées par un changement dans la routine familiale et l'ajout de temps, de charge de travail et de pressions financières. Cela peut entraîner des problèmes de santé

et émotionnels, notamment l'anxiété et la dépression. Entre 40 et 70 pour cent des aidants peuvent présenter des symptômes de dépression cliniquement significatifs[8].
Les personnes qui demandent l'AMM font souvent la demande parce qu'ils ne veulent pas être un fardeau pour leurs proches/aidant naturels (Fabian Stahle), il faut les soutenir[9].

Il est de notoriété publique que les gens ne prennent pas les meilleures décisions lorsqu'ils sont déprimés ou épuisés. Il ne s'agit pas d'euthanasier leurs proches, mais d'apporter aide et répit à ces soignants. Nous devons également investir dans davantage d'options de recherche et de traitement, y compris le soutien aux aidants.

Rôle du médecin de famille dans la maladie mentale

Le médecin de famille est souvent le premier point de contact pour une personne ayant un problème de santé mentale. Plus de 50 % des personnes atteintes de troubles mentaux reçoivent des soins de santé mentale de leur médecin de famille, souvent sans la participation d'autres fournisseurs de soins.

Cependant, pour être en mesure de prodiguer des soins de santé mentale optimaux, le médecin de famille a besoin d'être soutenu par des psychiatres et des psychologues[10].

Ces patients sont souvent en détresse et ont besoin d'un soutien psychologique. Bon nombre de ces troubles sont exacerbés par les situations de la vie. Ces situations de vie peuvent être liées au travail, familiales, financières, sociales. Les médecins de famille sont là souvent et assurent un rôle de soutien et d'écoute. Le médecin de famille est également le gardien des services psychologiques ou psychiatriques.

Une recommandation d'un médecin pour ces services ne garantit pas que les patients auront accès à ces services, car ces derniers font souvent défaut.

Au Québec, le temps d'attente moyen entre la référence au psychiatre et le traitement était de 19,3 semaines (5 mois en 2020). Certains des retards de traitement comprennent : la psychothérapie (psychologues), le traitement des patients hospitalisés, la thérapie des troubles du sommeil, les programmes de traitement des troubles de l'alimentation et le logement[11].

Le rapport Fraser conclut : « avec des temps d'attente entre la rencontre avec un spécialiste et le traitement électif qui sont 320 % plus longs que ce que les spécialistes jugent approprié, il est clair que de nombreux patients nécessitant des soins

psychiatriques sont confrontés aux effets du rationnement dans notre système de soins de santé. »

Ce même groupe de population ayant des problèmes de santé mentale est également susceptible de se suicider et recherchera l'aide à l'euthanasie. Ceci est confirmé par les rapports publiés soumis à la commission à partir des rapports publiés en Belgique et aux Pays-Bas sur les décès euthanasiés de leurs citoyens souffrant de troubles mentaux.

Au lieu de montrer ces pays comme des pays modèles, ces pays devraient être condamnés pour avoir tué leurs citoyens souffrant de problèmes de santé mentale.

Euthanasie et suicide assisté sont des manquements à l'éthique médicale

Mon code médical de l'éthique me limite à agir pour protéger et améliorer la santé de mes patients individuellement et collectivement, de ne pas nuire à mes patients, de prescrire uniquement ce qui est médicalement nécessaire et d'agir avec les meilleures pratiques médicales à l'aide de principes scientifiques. L'AMM pour les patients souffrant de santé mentale ou de déclin cognitif est contraire à ces principes d'éthique. Ces derniers sont énoncés dans le code de déontologie du Collège des médecins du Québec[12].

L'Association médicale mondiale (AMM), qui représente plus de dix millions de médecins dans 112 pays, encourage fortement les médecins à refuser de participer à un acte d'euthanasie et de suicide médicalement assisté, même là où la loi nationale le permet. En octobre 2019, l'AMM a mis à jour sa Déclaration sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide : *The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide[13].*

L'American Psychiatric Association a publié une déclaration de leur prise de position en 2016 : « Un psychiatre ne devrait prescrire ni administrer aucune intervention à une personne non malade dans le but de causer la mort[14]. »

Une étude de ceux qui se sont inscrits au suicide assisté dans l'Oregon a montré que la douleur et la souffrance étaient l'une des raisons les moins citées pour faire ce choix, selon les familles. Beaucoup plus fréquents étaient la perte d'autonomie, la perte de maîtrise de soi, le sentiment d'être un fardeau et le plus important : la peur d'être seul. Presque rien sur la douleur et la souffrance. L'état d'esprit de l'euthanasie et du suicide assisté a été commercialisé en attaquant le courage défaillant des gens et en s'attaquant

à leur peur de finir leur vie comme un fardeau humain sans valeur ou, pire, seul. C'est le résultat d'une campagne de peur qui dit aux gens : « Vous allez avoir une qualité de vie horrible et terrible si vous ne mettez pas fin à vos jours. Mais c'est ton choix. » Stahle qualifie ce processus de « déshumanisation de la personne » : « L'action d'euthanasie et de suicide assisté est justifiée en affirmant que la qualité de vie du patient est telle que la mort est une meilleure alternative[15].

éthique dans un article du Journal of Ethics in Mental Health de 2017, décrit le processus de désengagement moral qui permet aux gens de tuer d'autres êtres humains par l'euthanasie et le suicide assisté :

Cette façon de souligner les limites et les possibilités réduites d'une vie indépendante de la personne malade équivaut à une déshumanisation. C'est la dégradation d'un être humain en un objet sous-humain avec une valeur de protection inférieure, afin de faciliter la participation à la mort de la personne. … On peut aussi blâmer le patient en insistant sur le fardeau émotionnel et/ou financier qu'il fait subir à ses proches et à la société en général. De cette façon, le patient est déclaré coupable et condamné à mort en raison de tous les désagréments, de l'inconfort et de la consternation qu'il cause[16].

« Pour moi, c'est vraiment une déclaration très triste des affaires de notre société, et ce que nous sommes devenus, en termes de dévalorisation de la vie humaine, l'euthanasie et le suicide assisté tuent. Ce sont des meurtres approuvés par l'État. Ils ont tort, et ils le restent, que l'État les approuve ou non. Ce ne sont pas des médicaments. Ils causent des pertes de vie inutiles. Il est mal de tuer des gens même lorsqu'ils le demandent[17]. »

D'une manière très simple, mais précise qui identifie le mal de traiter l'euthanasie ou le suicide comme un médicament. Dans de telles procédures, les médecins administrent une injection dont le seul objectif est de tuer. Mais la vraie médecine consiste à redonner au patient autant que possible ce qu'il avait autrefois : santé, mobilité, sécurité, voire la vie elle-même en cas de procédures d'urgence. Il ne s'agit pas de donner quelque chose qui enlève explicitement la chose la plus importante que le patient ait toujours eue : la vie elle-même[18].

Maladie mentale et incapacité de consentir

L'article 26 de la loi sur l'AMM précise que cette personne doit donner son consentement de manière libre et éclairée. L'article 29 de la Loi précise pour sa part les responsabilités du médecin devant administrer l'aide médicale à mourir.

Ce dernier doit notamment :

1. S'assurer auprès de la personne du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures ;
2. S'assurer auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences[19].

« . Dans son guide d'exercice sur l'AMM, le CMQ suggère qu'une évaluation de l'aptitude se base d'abord sur l'estimation de quatre habiletés cognitives : la compréhension de l'information, l'appréciation de l'information sur le plan personnel, le raisonnement sur l'information et l'expression de son choix. ***Des troubles psychiatriques peuvent compromettre la prise de décision chez certaines personnes s****ans nécessairement affecter la fonction cognitive. D'autres facteurs sont impliqués dans la prise de décision comme* ***l'humeur, les valeurs et la cohérence avec l'identité de la personne[20].*** *»*

Les exemples suivants montrent clairement que la nature même des problèmes de santé mentale empêche une personne ayant des problèmes mentaux graves de décider de manière lucide et claire sans se sentir obligée de mettre fin à ses jours.

Il est bien connu qu'une personne déprimée ne peut pas prendre une décision éclairée en raison de sentiments de désespoir, de sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et d'idéations suicidaires, de troubles de l'intérêt, de la concentration, de la mémoire et du jugement. L'un des symptômes caractéristiques de la dépression est un sentiment de désespoir. Si nous confirmons à une personne déprimée que « tout ce qui était possible a été fait » et que « la vie ne s'améliorera probablement pas », nous alimentons ce sentiment de désespoir. En Belgique, entre le moment de la demande d'euthanasie d'une personne dépressive et le moment de sa mise en œuvre, un mois doit s'écouler. Qu'est-ce qu'un mois dans le temps d'un être humain ? Quels changements de vie peuvent se produire en un an, trois ans ou 10 ans ? Un ami pharmacien a décrit comment son père disait à plusieurs reprises qu'il était déprimé et qu'il voulait mourir. Il buvait aussi régulièrement du gin « à des fins médicinales ». Avec l'arrivée d'un nouveau petit-fils, il était fou de joie, n'était plus déprimé et a cessé de boire. Il voulait vivre pour son petit-fils.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles un patient ne peut pas donner son consentement. Dépression, psychose, délire, détresse émotionnelle psychologique grave, il y a les effets secondaires des médicaments. Il existe une détérioration physique générale qui contribue

au déclin non seulement physique, mais mental d'une personne. Il a toujours été le principe fondamental en droit et en déontologie médicale que la personne puisse me donner un consentement éclairé avant de subir toute procédure qui lui serait appliquée. L'euthanasie n'a jamais été officiellement reconnue comme une procédure médicale acceptable ou éthique à plus forte raison nous ne devons pas légaliser l'euthanasie pour une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un déclin cognitif.

Puisque les troubles psychiatres peuvent compromettre la prise de décisions et que ces troubles sont variables selon l'humeur et d'autres facteurs, l'aptitude à donner un consentement éclairé est du fait même compromise, donc non valable.

'Le consentement éclairé par sa nature accepte la mort comme un résultat potentiel mis en balance avec la volonté du patient de prendre le risque.

L'erreur, bien sûr, est qu'avec le suicide assisté ou l'euthanasie, la mort n'est pas un risque, c'est une certitude.

Une histoire médiatique ici à Montréal raconte l'histoire d'un patient qui voulait mourir jusqu'à ce qu'un voisin vienne lui préparer de la soupe.

Il a changé d'avis sur le fait d'abandonner et de vouloir mourir.

Tant de facteurs peuvent changer. Le consentement éclairé signifie donc la volonté de prendre un risque calculé pour la vie.

Il ne peut jamais être consenti à être mis à mort.

La mort peut survenir à cause d'un refus de traitement ou d'un arrêt de traitement, mais ce n'est pas une garantie.

Ce n'est pas non plus la même chose que de provoquer intentionnellement la mort par une injection létale.

Lorsqu'il s'agit de chirurgie ou de produits pharmaceutiques, la personne qui informe a un corpus de connaissances sur les probabilités. Ils connaissent le résultat souhaité et ils connaissent les contre-indications.

Mais quand il s'agit de la mort, ils n'en savent pas plus que n'importe qui d'autre.

Ils savent que la personne est morte, mais ils ne savent pas ce que cela signifie réellement. Aucun de nous ne le fait.

Les défenseurs de l'euthanasie et du suicide assisté diront : « Oui, mais nous permettons aux patients de changer leur décision jusqu'à la fin. Mais quand ils ont cessé de respirer parce que vous avez paralysé leurs poumons, comment peuvent-ils exprimer ce qu'ils pensent ?

Et vous, en tant que médecin, infirmière, professionnel de la santé, ne pouvez certainement pas lire dans leurs pensées.

Une fois la procédure commencée, personne ne peut changer d'avis. C'est magique de penser le contraire[21]. »

Les Médecins compromis par la dépression

Une autre personne importante dans le processus de consentement éclairé est le médecin. Des études montrent qu'environ 15 % des médecins souffrent de dépression au cours de leur carrière professionnelle, souvent non diagnostiquée ou non traitée[22].

Si ces médecins ne sont pas diagnostiqués ou traités et ont une capacité réduite à évaluer objectivement les patients déprimés, dans combien de personnes déprimées seront jugées irrémédiables et inscrites pour l'euthanasie par un médecin déprimé avec une vision pessimiste et négative de la vie qui peut lui-même envisager le suicide ?
Un passage de mon livre récemment publié, Made To Live (Fait pour vivre), résume le mythe du consentement éclairé à l'aide médicale à mourir chez les personnes atteintes de maladie mentale :

Le rôle primordial de l'espoir

Victor Frankl était un éminent neurologue et psychiatre autrichien. Il a également survécu aux camps de la mort nazis de la Seconde Guerre mondiale. À partir de cette expérience, il a écrit l'un des grands livres d'inspiration, enraciné dans l'observation pratique du comportement, appelé Man's Search for Meaning. Frankl identifie les principaux signes qu'il a notés chez ceux qui étaient sur le point de mourir. L'un des plus cruciaux était la perte de sens. Immédiatement après, c'était une perte d'espoir. "Ceux qui ont un « pourquoi » pour vivre peuvent supporter presque tous les « comment », écrit Frankl[23].

Les personnes déprimées ont souvent des pensées de mort, mais pas nécessairement un plan pour le réaliser. En fait, c'est une question que les médecins poseront pour évaluer le risque qu'une personne se suicide. De la réflexion à la mise en place d'un plan organisé et à sa mise en œuvre, il faut beaucoup de planification et d'organisation, ce qui manque souvent à une personne gravement déprimée. Même alors, au dernier moment,

une personne peut changer d'avis ou même échouer dans ses tentatives. Qu'arrive-t-il à une personne dont les conditions de vie s'améliorent ? Cette personne pourrait développer une meilleure perspective en raison d'une multiplicité d'autres raisons, une meilleure réponse à un nouveau médicament, une relation significative, l'accès à une thérapie, un nouvel emploi ? Cependant, avec l'AMM, cette partie est retirée de l'équation et assure une mort certaine — aucun retour en arrière.

« Dans trois pays où l'AMM TM-SPMI est permise (Pays-Bas, Belgique et Suisse), des stratégies de prévention du suicide tout comme des mécanismes médicolégaux similaires à ceux du Québec visent à protéger une personne avec un trouble mental et à l'empêcher de se faire du mal. Cela suggère que de ***telles pratiques ne devraient pas être considérées comme contradictoires et qu'elles pourraient coexister***[24]*. »*

L'incohérence de l'euthanasie en Belgique d'une femme dépressive : un avertissement pour le Québec

Le système de l'euthanasie en Belgique est loin d'être la perfection décrite dans le document de l'Association des psychiatres du Québec. Lors des dernières auditions parlementaires en 2013, Tom Mortier qui est professeur de biochimie en Belgique a témoigné par vidéo.

Le Dr Tom Mortier a dénoncé la mort par euthanasie de sa mère à l'âge de 64 ans en avril 2012 en raison d'un état dépressif qui variait selon les circonstances de sa vie. Aucun membre de la famille n'a reçu de notification préalable avant l'injection létale. Elle a laissé derrière elle ses enfants et ses jeunes petits-enfants pour pleurer leur perte. Il est tragique de constater qu'un psychiatre l'a jugée irrémédiable, un autre a répliqué en disant qu'elle était réparable, un troisième psychiatre était incertain.

Les dispositions de l'AMM TM-SPMI sont incohérentes; elles sont illogiques, voire incompatibles avec l'éthique médicale. À l'urgence, nous administrons des antidotes et les traitements pour inverser les tentatives de suicide par surdosage de médicaments; de faire autrement irait à l'encontre de la déontologie médicale. Cela étant, comment un médecin peut-il administrer des substances pour donner la mort?

« Il existe des traitements connus pour guérir ou soulager les symptômes de la maladie mentale. Les traitements permettent aux personnes concernées de reprendre le contrôle de leur vie et de leurs activités quotidiennes. Plus tôt une personne atteinte consulte un médecin, meilleures sont ses chances de guérison.

Dans la plupart des cas, la maladie mentale est traitée efficacement par la psychothérapie, la médecine ou une combinaison des deux[25]. »

Nous devons fournir davantage de services sociaux psychologiques, sociaux et financiers à ceux qui sont en détresse psychologique, sociale, émotionnelle ou financière. Nous devons également offrir un meilleur accès aux psychiatres et aux psychologues. Mais nous devons améliorer les conditions de vie qui incluent un logement abordable, de la nourriture et un soutien vital de base. Nous devons soutenir les familles de la communauté qui s'occupent de membres de la famille souffrant de déficiences psychologiques et cognitives. Nous devons nous assurer que nos patients qui ont des problèmes d'alcool, de jeu et d'autres problèmes de dépendance ont accès à des centres de soins hospitaliers et ambulatoires.

Question d'autonomie individuelle

Dans notre société, nous faisons tout en notre pouvoir pour prévenir le suicide. Si quelqu'un veut sauter d'un pont, nous construisons des barrières pour empêcher les gens de sauter. Si des passants encourageaient ces personnes à sauter, elles seraient accusées d'un acte criminel. Le fait d'élargir la loi sur l'AMM aux personnes atteintes de dépression est aussi une forme de participation à un suicide.

L'euthanasie et le suicide assisté entraîneront des pertes de vie inutiles ; nous ne pouvons ignorer ces faits et aller de l'avant au nom de la liberté de choix individuelle. Les meilleurs soins seront sacrifiés au nom du choix individuel. Ignorer les faits sur les dommages collatéraux causés par l'euthanasie et le suicide assisté n'élimine pas la responsabilité de ceux qui s'occupent de ceux qui en ont besoin. La « cécité volontaire » n'est pas une justification médicale ou légale des vies perdues à cause des décès par euthanasie. Nous ne pouvons pas ignorer les faits. Personne n'est excusé. Personne ne peut se laver les mains de ses responsabilités.

L'incurabilité

« En pratique clinique, pour arriver à la conclusion d'incurabilité, le psychiatre doit évaluer les interventions biologiques, pharmacologiques, psychologiques et sociales qui ont déjà été tentées[26]. »

Cependant, il y a toujours de nouveaux traitements pharmacologiques sur le marché et les changements personnels dans la vie qu'on ne peut pas prévoir. Les injustices sociales, tels les revenus suffisants pour vivre une vie raisonnable avec un logement abordable et les repas adéquats, les traitements de physiothérapie accessibles, les traitements de psychologue accessibles, le psychiatre ou médecin doit avoir un pouvoir décisionnel pour assurer l'accès à ces interventions qui n'est pas le cas actuellement.

Pour les personnes atteintes de troubles mentaux, le système de santé est déficient

« Les patients atteints de troubles mentaux ont besoin d'avoir accès à des soins appropriés et en temps opportun. Les personnes atteintes de troubles mentaux difficiles à traiter ont droit à l'accès aux traitements nouveaux et prometteurs. ***Assurer l'accès adéquat à des soins de santé pour les personnes présentant des troubles mentaux est un problème perpétuel.*** *L'établissement d'un régime permettant l'AMM TM-SPMI doit être accompagné d'un engagement à la fois de la société et du système de santé envers l'offre d'options thérapeutiques pour ces personnes et en particulier les patients dont le trouble est difficile à traiter[27]. »*

Le carrefour du nombre de causes de dépressions qui interagissent est décrit dans le passage suivant de mon livre Made To Live (Fait pour vivre) :

'La réalité est que le Canada a des services de santé inadéquats pour plusieurs de ses citoyens. (1) De nombreuses personnes ne voient pas leurs besoins fondamentaux satisfaits, y compris un logement abordable et une alimentation. Ils veulent vivre dans la dignité, plutôt que mourir par euthanasie ou suicide assisté. Les effets néfastes de cette insuffisance sont incarnés dans les circonstances de Lisa D'Amico, qui vit avec la paralysie cérébrale. Lorsque j'ai rencontré Lisa pour la première fois, j'ai été touché par son courage. Elle lutte quotidiennement, vivant sa vie un jour à la fois. Chaque pas est douloureux, car elle se traîne avec un déambulateur. Elle peut se permettre de ne manger qu'un ou deux repas par jour. Elle a besoin de physiothérapie et d'hydrothérapie pour soulager sa douleur. Aucun de ces services n'est couvert par le système de santé publique canadien à l'extérieur de l'hôpital, et elle n'a pas les moyens de payer pour ces services. Elle a déclaré publiquement que le gouvernement voulait "la forcer à accepter l'euthanasie" en la privant, ainsi que des gens comme elle, des services de base et des

soutiens qui lui rendraient la vie supportable. Son but dans la vie n'est pas de mourir dans la dignité : elle veut vivre dans la dignité. Elle veut des soins et du soutien. Comme l'a rapporté CTV News, D'Amico a affirmé qu'elle était désespérée, que sa vie ne va nulle part et que le manque de soins la fait se sentir sans valeur. 'Je veux être libre. Je ne veux pas mourir », a déclaré D'Amico, mais a ajouté que la vie était difficile sans accès à des soins appropriés, à une nourriture appropriée et à une aide technique appropriée pour atténuer son handicap. 'Si jamais j'ai besoin d'euthanasie, ce n'est pas mon handicap qui me tue, c'est mon propre gouvernement.' Selon un rapport du Fonds du Commonwealth publié en 2017, le Canada se classe troisième avant-dernier pour les systèmes de santé parmi onze pays développés[28]. »

La réalité de la mort prescrite par manque de ressources a été rapportée dans un journal local de Québec le 30 novembre 2019. Raymond, un résident d'une maison de soins infirmiers atteint d'une affection neurologique, allait être euthanasié, car ses conditions de vie étaient devenues intolérables : le manque de la climatisation en été et le manque d'intimité[29].

J'aimerais rappeler à cette Commission que l'AMM ne doit pas se faire en fonction du bien-être financier du trésor public au détriment du bien-être de ses citoyens, comme Lisa d'Amico qui, en raison de problèmes de santé mentale ou d'autres handicaps, vivent dans la pauvreté.

L'euthanasie ou le suicide assisté sont les solutions les moins coûteuses pour les administrateurs soucieux des coûts.

Les économies de coûts ont été confirmées et elles sont rendues publiques aux médecins dans un communiqué de janvier 2017 du Journal de l'Association médicale canadienne, 'Analyse des coûts de l'aide médicale à mourir au Canada' conclut : 'La prestation d'aide médicale à mourir au Canada ne devrait pas entraîner un excès du fardeau financier pour le système de santé et pourrait entraîner des économies substantielles[30].

Notre éthique médicale de la médecine moderne basée sur le modèle du Bon Samaritain nous oblige à prendre soin de nos voisins tombés au bord de la route et en détresse. Nous devons prendre soin d'eux, pas les tuer.

Pour les personnes atteintes des troubles mentaux, notre système de santé est déficient; ne peut pas n'offrir toutes des options thérapeutiques nécessaires pour permettre un consentement éclairé.

Notre système de santé étant déficient, ce n'est pas le moment d'élargir l'AMM pour le TM-SPMI.

Pistes de réflexion

Cas de dépression

'Marc a 49 ans. Il est atteint, depuis plus de 20 ans, d'un trouble mental sévère qui affecte son fonctionnement quotidien. Il vit seul et n'est pas en mesure d'occuper un emploi. Il est très isolé. Pendant plus d'une décennie, les traitements proposés par sa psychiatre et son équipe de soins ont réussi à apaiser ses souffrances. Cependant, depuis quelques années, l'efficacité a décliné. Marc juge que ses souffrances sont maintenant intolérables. De nouveaux traitements et thérapies ont été essayés sans succès. Marc a été hospitalisé à quelques reprises au cours des dernières années.

Marc devrait-il être admissible à l'aide médicale à mourir s'il en fait la demande ? Afin de recevoir l'aide médicale à mourir, devrait-il avoir l'obligation de suivre tous les traitements qui lui sont proposés, même si certains causent des effets secondaires qu'il juge déraisonnables ?

De quelle manière devrait être évaluée une demande d'aide médicale à mourir comme celle de Marc ? Les conditions à respecter et le processus d'évaluation prévus actuellement dans la Loi sont-ils suffisants[31] ?'

Il est clair qu'une forme d'emploi adaptée à ses capacités l'aidera à briser une partie de son isolement social et lui donnera un sens à sa vie.

Un accompagnement de groupe et des activités telles que la marche, les sorties de magasinage dans un restaurant accompagné l'aideront à rompre son isolement et donner un peu de plaisir. Sa situation financière a-t-elle été corrigée puisque la pauvreté et la détresse financière aggraveront sa dépression ? Serait-il mieux dans un foyer de groupe de prendre ses repas avec d'autres et de mener des activités de groupe ? Nous ne pouvons pas prédire comment ses perspectives pourraient devenir plus positives sur le changement de sa situation personnelle ou même sur les nouvelles thérapies qui pourraient arriver sur le marché.

Comme la loi québécoise de la santé l'a toujours permis avant même la loi sur l'AMM, toute personne a le droit de refuser ou d'arrêter des traitements.

En fait, des personnes comme le dénommé Marc ne devraient pas avoir accès à l'AMM, pas plus que d'autres personnes dans des situations similaires.

Cas de déclin cognitif

'*Lucie vient d'obtenir un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Elle est actuellement dans les premiers stades de la maladie, mais craint de perdre ses capacités cognitives au cours des prochaines années. Ayant constaté les effets dévastateurs des derniers stades de cette maladie sur sa mère, elle souhaite obtenir l'aide médicale à mourir lorsqu'elle ne sera plus en mesure de reconnaitre ses proches et qu'elle aura perdu toute forme d'autonomie, notamment sur les plans de l'alimentation et de l'hygiène personnelle.*

Lucie pourrait-elle donner son consentement à l'aide médicale à mourir de façon anticipée alors qu'elle est toujours apte à prendre cette décision ? Quelle forme devrait prendre cette demande ? Comment devrait-elle être rédigée ? Qui devrait être chargé de la mettre en œuvre ? ET À QUEL MOMENT?

Son médecin lui a transmis l'information nécessaire à une prise de décision libre et éclairée. Lucie souhaite que sa décision sur l'aide médicale à mourir soit respectée par ses proches et par l'équipe soignante. Elle ne veut pas finir sa vie en ayant perdu sa dignité.

À votre avis, le choix de Lucie devrait-il être contraignant pour ses proches et l'équipe soignante ou plutôt réévalué selon l'évolution de sa maladie, notamment si elle ne montre pas de signes évidents de souffrance ?

Dans le cas présent, Lucie a obtenu un diagnostic. À votre avis, l'obtention d'un diagnostic est-elle nécessaire pour faire une demande d'aide médicale à mourir ? Une personne pourrait-elle formuler une demande ou une directive anticipée d'aide médicale à mourir au cas où elle serait victime d'un accident entraînant des séquelles graves et irréversibles tel qu'un accident vasculaire cérébral (AVC)[32] ?'

Dans le cas de Lucie, rien ne permet de croire que l'évolution la maladie suivra celle de sa mère. Le déclin cognitif ne rend pas nécessairement une personne moins précieuse en tant qu'être humain. Perdre la capacité de prendre soin de soi ne rend pas moins digne. Un bébé ne peut pas s'occuper de lui-même; est-il moins un être humain pour autant ? Il est évident que si des directives anticipées pour les personnes atteintes d'Alzheimer sont autorisées, des personnes comme Lucie pourraient opter pour celles-

ci. Nous ne pouvons pas prédire quels traitements seront disponibles à l'avenir pour non seulement ralentir le déclin cognitif de personnes comme Lucie, mais même éventuellement inverser la perte de mémoire.

Perspective légale

Le consentement vicié

Pour être admissible à l'AMM, la personne atteinte d'une maladie mentale devrait donner un consentement libre et éclairé.

Selon l'art. 4 du Code civil du Québec, toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils.

Il y a donc une présomption que la personne est capable de donner son consentement.

Par contre, cette présomption peut être renversée dès qu'il y a des motifs raisonnables de croire que la personne n'est pas apte à consentir. Et cette situation s'applique très souvent aux personnes souffrant de maladies mentales. Tel que décrit par Dr. Saba dans le présent mémoire, le consentement à l'aide médicale à mourir dans le cas des personnes atteintes de maladies mentales peut être vicié à cause de plusieurs facteurs : le fait que le désir de mourir est un symptôme de la maladie mentale, l'isolation, etc.

Comme avocate, j'ai parfois des dossiers où une partie veut annuler un contrat qu'elle a signé parce qu'elle n'avait pas donné un consentement libre et éclairé. Elle invoque souvent une maladie mentale. Dans un dossier actuel, il s'agit de l'achat d'une maison. Le consentement ne peut pas être vicié même pour acheter une voiture. Très souvent, les experts en psychiatrie se présentent à la cour : un médecin pour une partie, un autre médecin pour l'autre partie pour évaluer si la personne qui souffre d'une maladie mentale a été en mesure de donner son consentement lors de la signature du contrat. Dans la plupart du temps, les experts ne s'entendent pas sur la capacité de la personne de donner son consentement si elle souffre d'une maladie mentale. C'est le tribunal qui décide donc quelle est l'expertise qu'il retiendra. Qui plus est, dans la majorité des cas, en l'absence d'une contre-expertise, le tribunal ne pourra même pas retenir les prétentions d'une partie. Ce qui fait en sorte qu'on ait au moins deux experts avec des positions contradictoires. Donc on a, dans la majorité des dossiers, un expert qui considère que la

personne est apte à consentir et un autre expert qui considère que la personne n'est pas apte à consentir.

Si pour une petite chose comme la signature d'un contrat nous avons toujours des experts qui ne s'entendent pas sur la qualité du consentement, comment peut-on être convaincus que le consentement de la personne qui souffre d'une maladie mentale et qui demande l'AMM est libre et éclairé? Et il ne s'agit pas d'un contrat pour acheter une voiture, c'est une décision finale, celle de mettre fin à sa vie qui peut être un symptôme de la maladie ou une conséquence des facteurs sociaux dans la vie de la personne.

L'objectif du gouvernement et des cadres médicaux de protéger les personnes vulnérables

L'article 30 du C.c.Q. ainsi que les dispositions de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ont pour objectif la protection des personnes atteintes de maladie mentale. Au point où le gouvernement nous permet même de mettre une personne sous la garde d'un établissement, contre son gré, afin de la protéger si elle présente un danger pour elle-même.

La législation en vigueur prévoit donc des mesures qu'on doit prendre pour protéger ces personnes vulnérables. Comment peut-on concilier l'objectif du gouvernement et des cadres médicaux de protéger les personnes atteintes de maladies mentales avec une loi en vertu de laquelle une personne vulnérable souffrant d'une maladie mentale pourra recevoir l'aide médicale à mourir?

Le tribunal est souvent appelé à se prononcer en matière de refus de soins médicaux. Les personnes souffrant de maladies mentales refusent un traitement et la cour, après avoir écouté les experts, décidera si elle va ordonner des soins malgré l'absence de consentement de la personne. Une analyse de jurisprudence nous permet de constater que dans la majorité des cas, c'est la protection de la personne qui prime, au détriment des droits de la personne et de la personnalité. Autrement dit, très souvent, le droit de la personne de refuser des soins est écarté par le tribunal au profit de la protection de la personne.

Le juge met en balance les risques et les bénéfices attendus. Très souvent, c'est le meilleur intérêt de la personne qui prime, des fois au détriment du droit de la personne de prendre des décisions pour elle-même. Dans cette perspective, le juge favorise l'intervention la moins invasive possible mais qui aura des effets bénéfiques sur la santé de la personne.

Force est de conclure qu'on favorise la protection de la personne au détriment de la protection de son droit à l'autodétermination et ce, même quand cela n'a pas pour effet le décès de la personne.

Le consentement vicié

On est d'accord sur le fait que si le désir de mourir était un symptôme de la maladie mentale, le consentement de la personne serait vicié. Or, dans la plupart des cas, le désir de mourir est effectivement un symptôme de maladie mentale. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165520/

Comment légaliser donc l'aide médicale à mourir chez les personnes atteintes d'une maladie mentale tout en sachant que le désir de mourir est dans la plupart des cas un symptôme de maladie mentale? Autrement dit, le consentement serait vicié dans la plupart des cas.

Par ailleurs, les études démontrent qu'au moins 90% des gens qui ont mis fin à leurs jours étaient affectés par une maladie ou trouble mental, diagnostiqué ou pas, au moment de leur suicide.

De plus, selon les études, la plupart des gens qui ont tenté le suicide ou se sont suicidés ne veulent pas nécessairement mourir; ils veulent plutôt s'échapper de leur douleur émotionnelle accablante. https://www.esantementale.ca/Quebec/Le-suicide/index.php?m=article&ID=8912

Selon une étude menée par l'École de santé publique de Harvard, 9 personnes sur 10 qui ont tenté de se suicider, ne se sont pas suicidées suivant un traitement. https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/means-matter/survival/

L'étude constate qu'avec le bon traitement, les crises suicidaires disparaissent.

Ce sont donc les mêmes personnes, celles souffrant de maladies mentales qui ont eu des tentatives de suicide, qui finalement ne veulent plus mourir grâce aux traitements.

L'opinion des psychiatres

Les conclusions de ces études sont en ligne avec l'expérience des psychiatres. Dans une étude de 2017, on mentionne qu'une grande partie des psychiatres ont eu des patients

dans le passé qui se sont rétablis d'une maladie mentale mais qui auraient probablement demandé de recevoir l'AMM si elle avait été disponible.

L'étude indique que seulement 29,4 % des psychiatres canadiens, y inclus les psychiatres québécois, étaient en faveur de la légalisation de l'aide médicale à mourir pour les maladies mentales. L'étude conclut que la plupart des psychiatres, bien qu'ils soutiennent l'AMM en général, ne soutiennent pas la légalisation de l'AMM pour les malades mentaux et ce, pour les motifs suivants : le souci des patients vulnérables (en particulier ceux ayant des idées suicidaires persistantes), la nature de la maladie psychiatrique n'étant pas facilement qualifiée d'« irrémédiable », des objections morales personnelles, et le souci de l'effet que l'AMM aurait sur l'alliance thérapeutique. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697624/

L'association des psychiatres du Québec ne reflète donc pas la position de ses membres.

L'étude mentionne également qu'une enquête plus récente auprès des médecins aux Pays-Bas, l'une des juridictions les plus permissives en ce qui concerne les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir, a examiné les attitudes des médecins envers l'aide médicale à mourir chez les personnes atteintes de maladies mentales. Selon le sondage au Pays-Bas, les résultats ne sont pas différents des nôtres. Sur les 1456 médecins qui ont répondu, dont la majorité avaient même pratiqué l'aide médicale à mourir, 66 % ont trouvé inconcevable qu'ils administrent l'aide médicale à mourir pour une maladie psychiatrique.

---

[1] https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/mental-health-mental-illness/
[2] *Ibid*.
[3] https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf
[4] https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-12/Research_on_suicide_prevention_dec_2018_eng.pdf
[5] *Ibid*.
[6] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852580/
[7] https://www.med.ubc.ca/news/new-national-survey-finds-canadians-mental-health-eroding-as-pandemic-continues/
[8] American Psychology website http://www.apa.org/about/gr/issues/cyf/caregiving-facts.aspx
[9] Fabian Stahle, "Moral Disengagement—Mechanisms Propelling the Euthanasia/PAS Movement," *Journal of Ethics in Mental Health* 10 (2017)
[10] https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Shared_Mental_Health_Care_ENG-web.pdfhttps://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Shared_Mental_Health_Care_ENG-web.pdf
[11] https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2020.pdf
[12] http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1629385445649

[13] World Medical Association, WMA Declaration on Euthanasia and Physician Assisted Suicide, Oct. 27, 2019: https://www.wma.net/policies-post/declaration-oneuthanasia-and-physician-assisted-suicide/
[14] Komrad M. APA position on medical euthanasia. *Psychiatric Times*. 2017; 34(2). Accessed April 28, 2021.
[15] Made to Live, Dr Paul Saba, page 83
[16] Fabian Stahle, Op. Cit.
[17] Paul Saba, Op. Cit, p. 67
[18] *Ibid*., p. 73-74
[19] La commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie, juin 2021, p. 9 : La commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie, juin 2021, p. 21 : http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_175355&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
[20] https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf
[21] Paul Saba. Op. Cit., p. 25-26
[22] Medscape Physician Suicide, Louise B Andrew, et al, Updated: August 1, 2018 : https://emedicine.staging.medscape.com/article/806779-overview
[23] Paul Saba. Op. Cit., p. 41-42
[24] https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf
[25] https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/mental-health-mental-illness/
[26] https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf
[27] https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf
[28] Paul Saba, Op. Cit., p. 29
[29] Ibid., p. 30
[30] *Ibid*., p. 31
[31] La commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie, Op. Cit., p. 21.
[32] *Ibid*., p. 20-21.