

# De l'exceptionnel à la routine

La montée de l'euthanasie au Canada

RAPPORT DE RECHERCHE

Aide médicale à mourir et euthanasie

7 AOÛT 2024 [ALEXANDRE RAIKINE SANTE](#)

Au Canada, l'AMM est le programme d'aide médicale à mourir qui connaît la croissance la plus rapide au monde.

## Points clés

- Le nombre de Canadiens qui meurent prématurément à la suite de l'« aide médicale à mourir » (AMM) a été multiplié par 13 depuis la légalisation. En 2016, le nombre de personnes décédées de cette façon était de 1 018. En 2022, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, ce chiffre était de 13 241.
- Au Canada, l'AMM est le programme d'aide médicale à mourir qui connaît la croissance la plus rapide au monde.
- L'AMM est désormais, à égalité avec les maladies cérébrovasculaires, la cinquième cause de décès au Canada. Seuls les décès dus au cancer, aux maladies cardiaques, à la COVID-19 et aux accidents dépassent le nombre de décès dus à l'AMM.
- L'aide médicale à mourir n'a pas été conçue pour devenir une façon courante de mourir. Les décisions judiciaires ont souligné qu'il s'agissait d'un « système d'exceptions strictement limité et soigneusement surveillé ». La ministre de la Justice et procureure

générale de l'époque, Jody Wilson-Raybould, a convenu : « Nous ne souhaitons pas promouvoir la mort prématurée comme solution à toutes les souffrances médicales. » L'Association médicale canadienne a également déclaré que l'aide médicale à mourir était destinée à des situations rares.

- Les évaluateurs et les prestataires de l'AMM ne la considèrent pas comme un dernier recours. Le pourcentage de demandes d'AMM refusées continue de diminuer (il est actuellement de 3,5 %). Les demandes d'AMM peuvent être évaluées et traitées en une seule journée.
- Les ministères et organismes gouvernementaux continuent d'affirmer que l'expérience du Canada en matière d'AMM est semblable à celle d'autres pays, que le taux d'augmentation est prévu et que la croissance est graduelle. Les données contredisent ces déclarations.
- Santé Canada a considérablement sous-estimé à quoi ressemblerait un « état stable » de décès liés à l'AMM et à quelle vitesse le Canada atteindrait le seuil de 4 % du total des décès. Ce seuil a été atteint en 2022, soit onze ans plus tôt que ce que Santé Canada avait prévu seulement quelques mois plus tôt, et le double de ce qu'il avait prévu seulement quatre ans plus tôt.
- Malgré l'importance de disposer de statistiques de l'état civil précises, les registres de décès de certaines provinces n'indiquent pas l'AMM comme cause de décès, mais plutôt la condition sous-jacente qui a mené à la demande d'AMM et au décès subséquent. De plus, Santé Canada publie des rapports sur le nombre de décès liés à l'AMM, mais Statistique Canada ne considère pas l'AMM comme une cause de décès. Ces incohérences dans les rapports ont une

incidence sur la recherche sur l'AMM et sur les causes de décès en général.

- La sous-estimation systématique de l'AMM dans les déclarations et les rapports du gouvernement constitue un sérieux obstacle à la compréhension de l'ampleur de la normalisation de l'AMM au Canada et de son caractère anormal par rapport à d'autres pays où une certaine forme d'aide médicale à mourir est autorisée.
- Pour que les décideurs politiques et le public comprennent bien la réalité canadienne, il est essentiel que les organismes gouvernementaux recueillent des données cohérentes et publient des déclarations correctes.

## **Introduction**

Contrairement aux déclarations officielles répétées du gouvernement du Canada, l'aide médicale à mourir (AMM) canadienne est le programme d'aide médicale à mourir qui connaît la croissance la plus rapide au monde. En 2016, la première année complète au cours de laquelle l'aide médicale à mourir a été légale au Canada, 1 018 Canadiens sont décédés par AMM. Ce nombre a été multiplié par treize depuis, et en 2022, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, plus de trente-six décès par AMM sont survenus en moyenne par jour.<sup>1</sup> L'AMM est effectivement à égalité avec les maladies cérébrovasculaires comme cinquième cause de décès la plus fréquente en 2022.<sup>2</sup> Seuls les décès dus au cancer, aux maladies cardiaques, à la COVID-19 et aux accidents dépassent le nombre de décès dus à l'AMM.

Cette augmentation dépasse largement les projections de Santé Canada. En mai 2022, par exemple, Santé Canada prévoyait que d'ici 2033, les décès liés à l'AMM se stabiliseraient à 4 % du total des décès,<sup>3</sup> un chiffre qui était le double de sa première prédiction publique d'un « état stable » en matière d'AMM à peine

quatre ans auparavant.<sup>4</sup> Pourtant, l'estimation de Santé Canada s'est avérée inexacte avant même la fin de 2022. Le quatrième rapport annuel de Santé Canada sur l'AMM, publié en octobre 2023, a révélé que le Canada a dépassé la barre des 4 % en 2022, soit onze ans plus tôt que prévu.

Le nombre croissant de décès liés à l'AMM et l'élargissement continu des critères d'admissibilité dépassent de loin les attentes formulées dans *l'affaire Carter c. Canada*, l'affaire judiciaire qui a décriminalisé l'aide médicale à mourir en 2015. Par conséquent, l'AMM est désormais bien plus qu'une exception : elle est courante. Presque aucune demande d'AMM n'est refusée par les cliniciens, et le délai médian entre la demande écrite et le décès lié à l'AMM en 2022 n'était que de onze jours. Malgré les affirmations ou les attentes des juges et des décideurs politiques, l'AMM n'est plus une option de « dernier recours ».

Ce rapport examine les données disponibles sur le nombre de Canadiens décédés par l'AMM chaque année depuis sa légalisation, l'augmentation rapide de ce nombre d'année en année et la façon dont les chiffres canadiens se comparent à ceux d'autres pays où une certaine forme d'aide à mourir est légale. Le rapport remet en question l'exactitude des déclarations officielles, qui continuent de sous-estimer le taux de croissance de l'AMM au Canada, et il décrit les lacunes du système actuel de déclaration de l'AMM.

## **Expansion de l'AMM au Canada**

### **La légalisation de l'AMM en 2016 était destinée à des cas rares**

Dans les pays où l'« aide médicale à mourir » est légale, le terme peut désigner l'euthanasie (dans laquelle un médecin ou un autre professionnel de la santé met fin à la vie d'un patient avec son consentement, par exemple par injection létale), le suicide assisté (dans lequel un médecin ou un autre professionnel de la santé aide un patient à mettre fin à ses jours, par exemple en lui fournissant une

substance mortelle à consommer), ou les deux. Au Canada, bien que l'euthanasie et le suicide assisté soient tous deux légaux, presque tous les cas d'AMM sont des euthanasies pratiquées par un médecin ou un infirmier praticien.<sup>5</sup> Ce rapport utilise les termes « aide médicale à mourir » et « AMM » de manière interchangeable.

Contrairement à la plupart des juridictions qui ont légalisé l'aide médicale à mourir, l'interdiction pénale de l'aide médicale à mourir au Canada n'a pas été annulée par le système politique, mais par les tribunaux. En 2015, la Cour suprême du Canada, dans l'affaire *Carter c. Canada*, a confirmé à l'unanimité la décision d'un juge de première instance selon laquelle l'interdiction pénale de l'euthanasie et du suicide assisté était inconstitutionnelle. Pourtant, l'arrêt *Carter* et la législation fédérale subséquente, le projet de loi C-14, ont été rejetés.<sup>6</sup> La décision de la Cour suprême de l'année suivante n'a pas donné *carte blanche* à l'aide médicale à mourir pour toutes les maladies et tous les handicaps graves. Pour les tribunaux comme pour les décideurs politiques, le « consensus » sociétal qui a imposé la dépénalisation de certaines formes d'aide médicale à mourir était également le même consensus pour que l'aide médicale à mourir soit limitée et utilisée uniquement dans de rares cas.

Les tribunaux n'ont clairement pas voulu que l'aide médicale à mourir devienne une façon normale de mourir. Dans l'affaire *Carter* (2012), le juge de première instance de la Colombie-Britannique a souligné la nécessité d'un « système d'exceptions strictement limité et soigneusement surveillé » – un ensemble de circonstances en dehors des normes des soins de santé de routine.<sup>7</sup> Le danger posé par un régime d'AMM sans entraves a été reconnu : c'est en raison du « consensus selon lequel l'aide médicale à mourir illimitée présenterait de graves risques » qu'un système d'aide médicale à mourir nécessitait des limites strictes – sans aller jusqu'à une interdiction complète – pour être constitutionnel.<sup>8</sup> De plus, la Cour suprême a confirmé la décision du juge de première instance selon laquelle le même « consensus fort » au Canada était que « s'il est éthique dans un

cas particulier qu'un médecin aide à mourir, ce ne serait que dans des circonstances limitées et exceptionnelles, lorsque cela est clairement conforme aux souhaits et aux intérêts supérieurs du patient, et afin de soulager la souffrance ».<sup>9</sup> Il est important de reconnaître que les « souhaits » d'un patient peuvent entrer en conflit avec ses « meilleurs intérêts », et c'est souvent le cas, même lorsque le patient n'est pas suicidaire.

Les décideurs politiques n'ont jamais voulu que l'aide médicale à mourir soit une panacée pour toutes les maladies. En présentant le projet de loi C-14, la ministre de la Justice et procureure générale Jody Wilson-Raybould a convenu : « Nous ne souhaitons pas promouvoir la mort prématurée comme solution à toutes les souffrances médicales. »<sup>10</sup> Le rôle des professionnels de la santé ne se limite pas à fournir un service. Le fait qu'un patient puisse légalement avoir droit à l'aide médicale à mourir ne signifie pas qu'il doit en bénéficier. De plus, « les données probantes présentées au cours de la dernière année confirment que l'aide médicale à mourir peut présenter des risques pour les personnes vulnérables », a déclaré la ministre Wilson-Raybould au Parlement, « même dans les cas où il existe un consensus général sur le fait que la personne devrait être admissible à cette procédure ».<sup>11</sup>

Ce ne sont pas seulement les tribunaux et le gouvernement qui ont envisagé un programme limité d'aide médicale à mourir. À la suite de la décision de la Cour suprême dans *l'affaire Carter* (2015), l'Association médicale canadienne a publié une déclaration selon laquelle « il existe de rares occasions où les patients souffrent tellement, même avec accès à des soins palliatifs et de fin de vie, qu'ils demandent l'aide médicale à mourir. Dans un tel cas, et dans les limites des contraintes juridiques, l'aide médicale à mourir *peut* être appropriée. »<sup>12</sup> Cette formulation était similaire à celle de la ministre de la Justice de l'époque, Wilson-Raybould : même si l'AMM est légale, elle n'est pas nécessairement cliniquement appropriée. L'avocat principal du plaignant dans *l'affaire Carter* (2015) a également souligné qu'ils plaidaient spécifiquement en faveur de l'aide médicale

à mourir, ce qui contribuerait à garantir que l'AMM légalisée serait rarement pratiquée, notant que

Tous les médecins estiment qu'il est de leur devoir professionnel et éthique de ne pas nuire. Cela signifie que, dans presque tous les cas, ils voudront aider leurs patients à vivre, et non à mourir. C'est pour cette raison que nous préconisons uniquement l'aide médicale à mourir et non n'importe quelle forme d'aide à mourir, car nous savons que les médecins seront réticents à l'utiliser et n'accepteront cette aide qu'en dernier recours.<sup>13</sup>

*Les tribunaux n'avaient clairement pas pour objectif de faire de l'aide médicale à mourir une façon normale de mourir.*

**L'extension de l'AMM en 2021 était également prévue pour les cas rares**

Contrairement aux attentes antérieures selon lesquelles les demandes d'AMM ne seraient accordées que dans de rares circonstances, le Canada a désormais largement dépassé les limites prévues ou recommandées. À peine quatre ans après la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter*, un juge de la Cour supérieure du Québec a statué dans *l'affaire Truchon c. Canada* que le programme canadien d'AMM était inconstitutionnel parce qu'il ne permettait pas l'aide médicale à mourir à des personnes qui n'étaient pas en fin de vie.<sup>14</sup> Bien que des dizaines de groupes de défense des droits des personnes handicapées aient exhorté le ministre de la Justice et procureur général de l'époque, David Lametti, à faire appel de la décision, ce dernier a choisi de ne pas le faire.<sup>15</sup> Au lieu de cela, pour se conformer au juge du tribunal inférieur, le gouvernement a présenté le projet de loi C-7,<sup>16</sup> qui est entrée en vigueur en 2021.

Le projet de loi C-7 est allé bien au-delà de la décision judiciaire rendue dans l'affaire *Truchon*, sans parler de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter*. Les mesures de protection existantes ont été affaiblies. La période d'évaluation minimale de dix jours pour l'AMM a été entièrement supprimée, ce qui permet une évaluation et une prestation de l'aide médicale à mourir le jour même pour presque toutes les demandes d'AMM. L'obligation pour le patient de donner son consentement final avant l'administration de l'AMM n'était plus obligatoire. De plus, l'AMM est devenue accessible aux personnes dont la mort n'est plus « raisonnablement prévisible », mais qui considèrent que leurs souffrances physiques, dues à un handicap par exemple, leur sont intolérables. Dans un amendement surprise de dernière minute au projet de loi C-7 au Sénat, l'AMM a été élargie davantage, sans aucune mesure de protection juridique supplémentaire, pour inclure la maladie mentale comme condition admissible. Cette clause devait entrer en vigueur en mars 2023, mais a depuis été reportée à 2027.<sup>17</sup>

Malgré ces élargissements, le gouvernement a toujours déclaré qu'il souhaitait que l'AMM demeure une pratique rare. Lors d'une présentation de *Dying with Dignity Canada* en 2021, le ministre Lametti a souligné que l'AMM est « une décision très sérieuse qui n'est prise que dans les circonstances les plus tragiques et les plus personnelles ». <sup>18</sup> En 2022, le ministre Lametti a souligné au *Toronto Star* que l'AMM étant en réalité une « forme de suicide », elle ne s'appliquait qu'à « un groupe de la population qui, pour des raisons physiques et peut-être mentales, ne peut pas faire le choix [de se suicider] lui-même. Et en fin de compte, [l'AMM] leur offre un moyen plus humain de prendre une décision qu'ils auraient pu prendre s'ils en avaient été capables d'une autre manière. » <sup>19</sup>

Le projet de loi C-7 ne prévoyant aucune mesure de protection supplémentaire pour les cas où la maladie mentale est la seule condition sous-jacente, il est important que les décideurs politiques continuent de considérer l'AMM comme un dernier recours. Le ministre Lametti a affirmé au Parlement que l'AMM pour



maladie mentale ne serait accordée que « lorsque tout a été essayé, lorsque la personne est un adulte capable de prendre sa propre décision et qu'il n'existe aucun recours ».20 Lors de la mise en œuvre de l'un des délais d'obtention de l'AMM pour les maladies mentales uniquement, la secrétaire parlementaire du ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social de l'époque, Ya'ara Saks, a affirmé que cette extension ne s'appliquerait qu'à ceux « qui ont reçu traitement après traitement » et « qui ont essayé tout ce qui était imaginable pour soulager leur souffrance ».21

### **L'AMM n'est plus une solution de « dernier recours »**

Néanmoins, contrairement à ce qu'affirment à maintes reprises les décideurs politiques et les juges depuis *l'arrêt Carter*, les cliniciens qui administrent l'AMM ne la considèrent pas comme une option de dernier recours. Cela se voit à trois indicateurs : la fréquence relative de l'AMM, le pourcentage décroissant de demandes d'AMM refusées et le temps moyen utilisé par les cliniciens pour évaluer et délivrer un décès par AMM.

Pour être clair, les signaux d'alarme indiquent depuis longtemps que les évaluateurs et les prestataires de l'AMM ne considèrent pas l'AMM comme une solution de dernier recours. Même avant le projet de loi C-7, qui a supprimé la disposition selon laquelle la mort devait être « raisonnablement prévisible » pour être admissible à l'AMM, le procureur général du Canada n'a pas contesté le témoignage d'expert selon lequel « certains cliniciens se sentaient à l'aise avec l'allongement des délais pronostiques sur plusieurs années ».22

Le gouvernement ne conteste pas non plus que les patients puissent avoir droit à l'AMM sur la base d'une « intention de refuser un traitement » plutôt que d'un refus effectif de traitement.23 Cela implique également, selon l'Institut de droit de la santé de l'Université Dalhousie, que la simple *intention* d'arrêter de manger ou

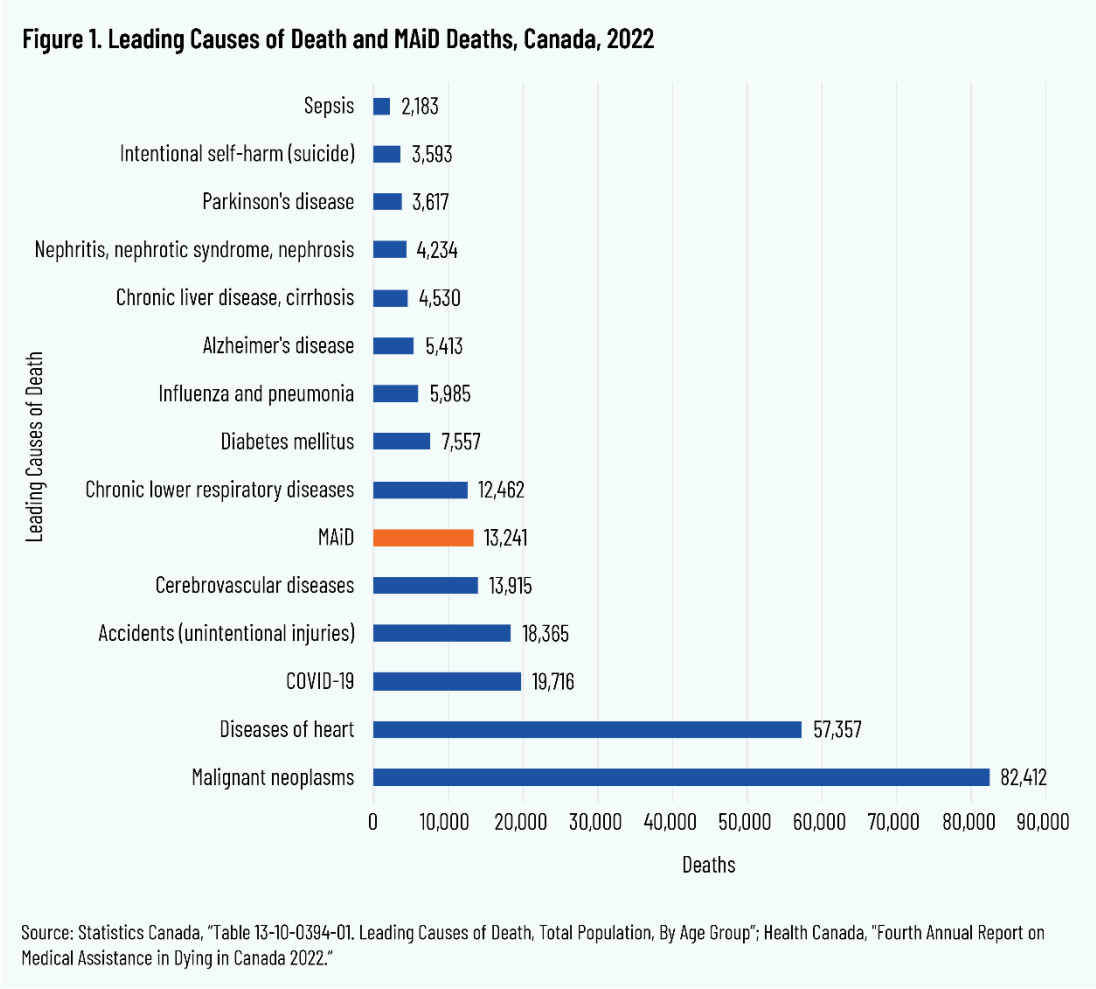
de boire pourrait qualifier un patient pour l'aide médicale à mourir.<sup>24</sup> compromettre l'efficacité des garanties.

Cette façon élargie d'évaluer l'admissibilité à l'AMM s'est accompagnée d'une expansion législative continue. L'année suivante, après que le projet de loi C-7 a inclus pratiquement tous les handicaps dans la liste des conditions potentiellement admissibles, la « perte de la vue ou de l'ouïe » a été si souvent considérée par les évaluateurs de l'AMM comme une forme admissible de souffrance intolérable qu'elle a été répertoriée comme une catégorie de déclaration distincte dans le rapport annuel de Santé Canada sur l'AMM.<sup>25</sup>

*L'AMM est désormais au moins la cinquième cause de décès au Canada, à égalité avec le nombre de décès dus à des maladies cérébrovasculaires.*

Les données fédérales fournissent d'autres preuves que les professionnels de la santé ne considèrent pas l'AMM comme une option de dernier recours. Statistique Canada ne reconnaît pas l'AMM comme une cause de décès (ce qui sera expliqué dans une section ultérieure du présent rapport), mais le nombre de personnes qui décèdent par AMM, tel que rapporté dans les rapports annuels de Santé Canada sur l'AMM, peut être comparé au nombre de personnes qui décèdent de causes reconnues par Statistique Canada. Lorsque les deux ensembles de données sont réunis, on peut constater que l'AMM est maintenant au moins la cinquième cause de décès au Canada, à égalité avec le nombre de décès dus à des maladies cérébrovasculaires (figure 1).

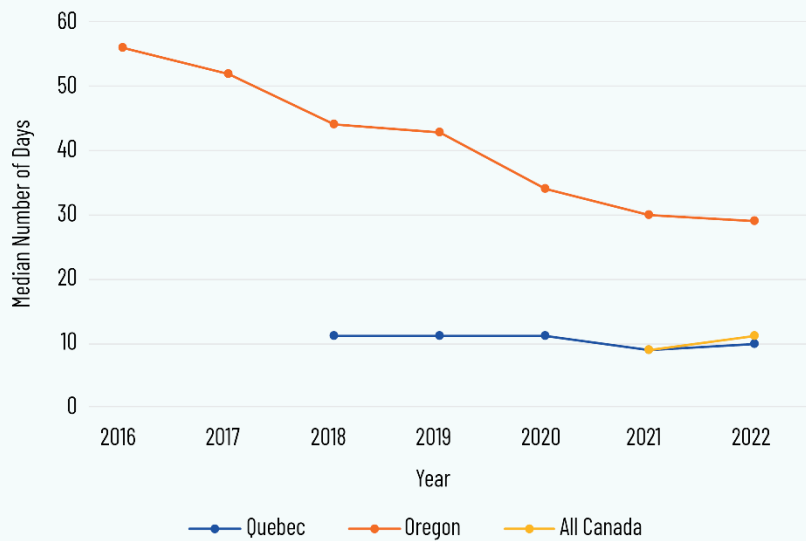
Statistique Canada a signalé 13 915 décès causés par des maladies cérébrovasculaires en 2022.<sup>26</sup> Bien que le rapport de Santé Canada sur l'AMM de 2022 ne mentionne pas les maladies cérébrovasculaires comme catégorie spécifique de condition médicale sous-jacente dans une demande d'AMM, il précise que les maladies cardiovasculaires, qui incluraient les maladies cérébrovasculaires, étaient la deuxième condition sous-jacente la plus courante pour les décès dus à l'AMM, à 18,8 % de tous les décès dus à l'AMM en 2022, soit environ 2 490 décès sur 13 241 décès dus à l'AMM au total.<sup>27</sup> On ne sait pas combien de ces décès par AMM dus à des maladies cardiovasculaires enregistrés par Santé Canada ont été comptabilisés comme des décès cérébrovasculaires par Statistique Canada, mais il est probable que certains l'aient été. Par conséquent, le nombre ajusté de décès cérébrovasculaires (moins les décès par AMM dont la maladie sous-jacente est une maladie cérébrovasculaire) est probablement comparable au nombre de décès par AMM en 2022.



L'objectif initial des mesures de protection de l'AMM était de garantir que les demandes d'AMM seraient examinées avec soin plutôt que simplement approuvées sans discussion. Le juge de première instance dans l'affaire *Carter* a cité à deux reprises le fait que seulement une demande explicite de suicide assisté sur dix en Oregon se terminait par une mort assistée, comme preuve des délibérations méticuleuses que les médecins prendraient si l'aide médicale à mourir devait être légalisée au Canada.<sup>28</sup> C'était également un argument clé dans la décision de la Cour suprême.<sup>29</sup> Pourtant, en 2022, plus de 81 % de toutes les demandes explicites d'AMM se sont soldées par un décès. L'une des principales raisons de ce taux de mortalité sans précédent lié à l'aide médicale à mourir est que le pourcentage de demandes d'AMM refusées au Canada est faible et continue de diminuer chaque année. Selon les données fédérales, 8 % du total des demandes écrites d'AMM en 2019 ont été jugées inadmissibles. En 2020, ce pourcentage était de 6,1 %, en 2021, de 4,1 % et en 2022, de 3,5 %.<sup>30</sup>

Le temps que les cliniciens mettent à évaluer les demandes, à explorer des solutions de rechange à l'AMM, à fournir des services supplémentaires en matière d'invalidité ou de soins palliatifs et à soutenir les patients dans leurs décisions en matière de soins de santé est également source d'inquiétude. Tous ces services nécessaires nécessitent du temps pour les consultations, la mise en relation avec les ressources disponibles et la proposition de traitements alternatifs. Pourtant, pour les patients dont la demande d'AMM a été acceptée, le délai médian entre la demande et la fourniture n'était que de onze jours en 2022 et de neuf jours en 2021 (figure 2).<sup>31</sup>

**Figure 2. Median Number of Days Between Assisted-Death Request and Assisted Death, Selected Jurisdictions**



Note: There are small differences between the median numbers reported in Oregon's Annual Reports. For instance, in the Year 21 (2018) Annual Report, the 2018 median is recorded as 43 days, whereas the Year 22 (2019) Annual Report lists the 2018 median number as 44. These small differences exist for 2018, 2019, 2020, and 2022 data. This report uses the number provided in whichever report is more recent (i.e. using the median of 29 for 2022 recorded in the Year 26 (2023) Annual Report, rather than the median of 30 recorded in the original Year 25 (2022) Annual Report).

Note: Quebec data is by fiscal year.

Source: Author's calculations using data from Health Canada, "Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada: 2022"; Government of Quebec, Commission sur les soins de fin de vie, "Rapport annuel d'activités," <https://csfv.gouv.qc.ca/publications>; Oregon Health Authority, Death with Dignity Act Annual Reports.

En revanche, comme le montre la figure 2, l'Oregon, qui exige que les patients soient atteints d'une maladie terminale avec un pronostic de moins de six mois, a un délai médian d'évaluation et de délivrance presque trois fois plus long. Il convient également de noter qu'en 2020, après que l'Oregon a accordé une exemption au délai d'attente de quinze jours entre une première et une deuxième demande, le délai médian d'aide à la mort est passé de quarante-trois à trente-quatre jours.<sup>32</sup> Au Canada, lorsque la période d'évaluation minimale de dix jours a été entièrement supprimée en 2021, il n'y a pas eu de changement significatif dans la durée médiane du temps nécessaire pour évaluer et fournir l'AMM.

### **Les décès liés à l'AMM dépassent largement les prévisions**

L'adoption de l'AMM au Canada a largement dépassé les attentes, le nombre de décès étant bien plus élevé que prévu. Ce nombre a continué d'augmenter année après année. Même les critiques pouvaient à peine imaginer les conséquences de la légalisation de l'AMM. La bioéthicienne Margaret Somerville a témoigné devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir le 4 février 2016 qu'elle estimait qu'il pourrait y avoir « entre 11 000 et 12 000 Canadiens tués par injection létale » chaque année si le Canada suivait le modèle belge et néerlandais – même si « j'avais du mal à y croire quand j'ai calculé ces chiffres ».33 Des médecins écrivant dans le *New England Journal of Medicine*, l'une des revues médicales les plus réputées au monde, ont déclaré en 2020 qu'« environ 2 000 cas d'euthanasie sont attendus au Canada chaque année ».34 Ce chiffre s'est avéré être une sous-estimation dramatique un an plus tard. En 2020, il y a eu 7 611 décès liés à l'AMM. En 2021, il y en a eu 10 092 et en 2022, ce chiffre était de 13 241, dépassant déjà les estimations de Somerville.

Santé Canada a également fait des prévisions inexactes concernant le nombre de décès liés à l'AMM, prédisant en 2018 que « le Canada atteindrait un niveau stable de 2,05 % du total des décès attribués à l'aide médicale à mourir ».35 En novembre 2022, il a été déclaré que « le Canada atteindrait une croissance stable du nombre total de décès attribués à l'AMM de 2023 à 2033, pour atteindre 4 % du nombre total de décès en 2033. »36 En réalité, le taux de 4 % a été dépassé en 2022, quelques mois seulement après cette déclaration.

On ne peut donc pas dire que l'AMM est offerte seulement en de rares occasions. Le président de la Commission des soins de fin de vie du Québec, qui surveille l'AMM dans cette province, a fait les manchettes lorsqu'il a affirmé qu'au Québec, « on n'est plus en présence d'un traitement exceptionnel, mais d'un traitement très fréquent ».37 Bien que le taux d'AMM au Québec soit plus élevé que dans la plupart des autres provinces, son affirmation selon laquelle l'AMM n'est pas exceptionnelle est vraie pour l'ensemble du Canada.

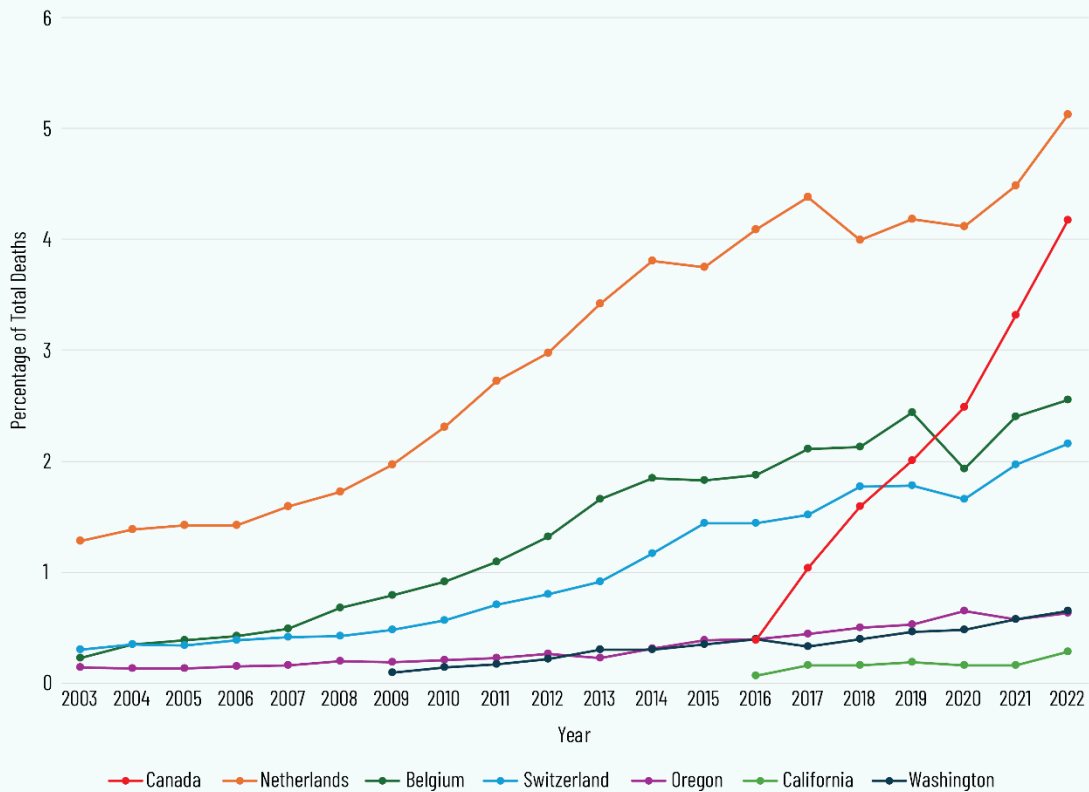
Les législateurs et les juges peuvent bien sûr se tromper dans l'évaluation des résultats de leurs décisions. Mais l'AMM au Canada va non seulement bien au-delà des attentes qui continuent d'être établies à son égard. Elle dépasse également toutes les autres juridictions où l'aide médicale à mourir existe, comme le montre la prochaine section du présent rapport.

## **Le régime canadien d'aide médicale à mourir dans une perspective internationale**

Plus de seize pays dans le monde ont décriminalisé ou légalisé l'aide médicale à mourir sous une forme ou une autre. Parmi ces pays, la Belgique, les Pays-Bas, la Suisse et les États américains de Californie, d'Oregon et de Washington signalent les taux les plus élevés d'aide médicale à mourir. Lorsque le Canada est placé à côté de ces États, on constate l'augmentation rapide du programme canadien d'aide médicale à mourir (figure 3).

Que ce soit en chiffres absolus ou en pourcentage des décès, le programme d'aide médicale à mourir du Canada est de loin le programme d'aide médicale à mourir qui connaît la croissance la plus rapide au monde. Aucun autre programme d'aide médicale à mourir n'a connu un taux de croissance aussi spectaculaire. Ce pays, avec son programme d'aide médicale à mourir naissant, a déjà dépassé les juridictions qui ont des programmes d'aide médicale à mourir depuis beaucoup plus longtemps. En 2016, la première année de légalisation, le pourcentage de décès par aide médicale à mourir au Canada égalait déjà le pourcentage de l'Oregon (où l'aide médicale à mourir a été légalisée en 1997) et de Washington (légalisée en 2009). En 2019, le pourcentage du Canada a dépassé celui de la Suisse (légalisée sous certaines formes en 1941) et en 2020, celui de la Belgique (décriminalisée sous condition en 2002).

**Figure 3. Assisted Deaths as a Percentage of Total Deaths, by Jurisdiction**



Note: This figure uses most recent reported annual number of deaths. While jurisdictions have varying legislation or definitions of euthanasia and medical assistance in dying, the numbers reported here are official government accounts relating broadly to assisted death. The number of deaths recorded in Washington are the number of participants who are known to have died specifically after ingesting the requested lethal doses of medication.

Source: Author's calculations using data from California Department of Public Health, "California End of Life Option Act Data Report"; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System, Underlying Cause of Death, 2018-2022 data set; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System, Underlying Cause of Death, 1999-2020 data set; Switzerland, Office fédéral de la statistique, "Suicide assisté selon le sexe et l'âge"; Belgium, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, "CFCEE Rapport Euthanasie"; Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, "Annual Reports"; Health Canada, "Annual report on Medical Assistance in Dying in Canada"; Human Mortality Database, "Canada"; Human Mortality Database, "Switzerland"; Oregon Health Authority, "Death with Dignity Act Annual Reports"; Statbel (Direction générale Statistique - Statistics Belgium), "Evolution of deaths per month since 1840"; Statistics Canada, "Table 13-10-0708-01. Deaths, by Month"; Statistics Canada, "Table 17-10-0006-01 Estimates of deaths, by age and gender, annual"; Statistics Netherlands, StatLine, "Population dynamics; month and year"; Washington State Department of Health, "Death with Dignity Act Report."

### Comment sont calculés les décès totaux

L'AMM en pourcentage du total des décès implique le nombre de décès par AMM dans une population éligible, et il est donc utilisé par les chercheurs comme indicateur de la prévalence de l'AMM après la légalisation.<sup>38</sup> Les « décès par AMM en pourcentage de tous les décès » qui sont rapportés dans ce rapport de Cardus



sont calculés sur la base du nombre total de décès dans chaque juridiction de personnes qui sont au moins théoriquement éligibles à l'aide à mourir. Pour les Pays-Bas et la Belgique, cela signifie que tous les âges sont inclus. L'euthanasie néonatale est officiellement légalisée aux Pays-Bas et en Belgique, elle est également pratiquée dans la pratique.<sup>39</sup> Pour les autres juridictions, l'aide médicale à mourir est actuellement limitée aux personnes âgées de dix-huit ans et plus.<sup>40</sup>

Étant donné que l'AMM n'est pas actuellement légale au Canada pour les personnes de moins de 18 ans, ce rapport de Cardus calcule les décès dus à l'AMM en pourcentage de tous les décès de personnes de 18 ans et plus, puisque seules ces dernières pourraient théoriquement être admissibles à l'AMM. Santé Canada, cependant, calcule les décès dus à l'AMM en pourcentage de tous les décès de personnes de plus de 0 an. Par conséquent, les données de Santé Canada et les propres calculs de Cardus présentent des différences mineures. Par exemple, le pourcentage de 2022 est de 4,2 % dans ce rapport de Cardus, tandis que pour Santé Canada, il est de 4,1 %.

Semblable à la méthodologie utilisée par Santé Canada dans ses rapports annuels sur l'AMM, ce rapport Cardus utilise deux ensembles de données distincts pour calculer le dénominateur du nombre total de décès toutes causes confondues à l'échelle nationale. Pour 2022 et 2021, ce rapport utilise les estimations provisoires du tableau 17-10-0006-01, tout comme l'a fait Statistique Canada pour son dernier rapport. Afin d'inclure uniquement les décès de personnes âgées de 18 ans et plus dans les données sur le nombre total de décès, ce rapport utilise la Base de données sur la mortalité humaine, une ressource fréquemment utilisée sur la mortalité comparative. Pour les données provinciales, il utilise le tableau 17-10-0006-01 de Statistique Canada.

Il est important de noter que le pourcentage de décès par AMM par rapport à l'ensemble des décès est une méthode de comparaison imparfaite entre les juridictions, puisque chaque juridiction a sa propre législation définissant les

circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir est autorisée. Il n'est donc pas possible d'effectuer une comparaison précise entre des éléments identiques.

Par exemple, dans l'Oregon, dans l'État de Washington et en Californie, seul le suicide assisté est une option (l'euthanasie est exclue), et seulement pour les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale dont le pronostic est inférieur à six mois.<sup>41</sup> En Belgique et aux Pays-Bas, en revanche, l'euthanasie et le suicide assisté sont tous deux disponibles, pour les maladies ou affections physiques et mentales, terminales ou non.<sup>42</sup> En Suisse, seul le suicide assisté (et non l'euthanasie) est éthiquement autorisé pour toute personne consentante qui n'est pas « en bonne santé ».<sup>43</sup>

Le modèle canadien est similaire à celui de la Belgique et des Pays-Bas en ce sens qu'il autorise désormais l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladies non terminales, ce qui élargit l'admissibilité aux personnes handicapées (dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible). Alors que l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale a été reportée jusqu'en 2027, le Canada autorise effectivement l'aide médicale à mourir sur la base d'une « vie achevée », un critère rejeté aux Pays-Bas, selon Madeline Li, responsable scientifique du programme national de formation de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires d'aide médicale à mourir.<sup>44</sup>

Depuis l'entrée en vigueur du projet de loi C-7 en 2021, le Canada autorise les cliniciens à pratiquer l'aide médicale à mourir sur des patients qui, autrement, ne seraient pas décédés, mais auraient peut-être vécu pendant des années, voire des décennies. La situation du Canada est donc différente de celle des juridictions qui limitent l'aide médicale à mourir aux patients dont la mort est raisonnablement prévisible. Dans ces juridictions (l'Oregon, par exemple), il existe une relation directe à somme nulle entre l'AMM et la mort naturelle : une demande d'AMM refusée, ou jamais demandée en premier lieu, équivaut à une mort naturelle obtenue. Au Canada, en revanche, où la mort n'a pas besoin d'être

raisonnablement prévisible, une demande d'AMM refusée ou non demandée ne signifie pas nécessairement une mort naturelle ultérieure imminente.

Bien que le pourcentage de décès dus à l'AMM par rapport à tous les décès soit une méthode de comparaison imparfaite entre les juridictions, ce rapport Cardus utilise ce point de données parce que le gouvernement canadien déclare les décès dus à l'AMM en pourcentage de tous les décès et l'utilise pour caractériser la croissance du Canada comme étant constante et attendue.<sup>45</sup> Ce rapport Cardus souligne que le pourcentage au Canada n'est en fait pas cohérent avec celui des autres juridictions.

Bien que le taux de suicide assisté augmente généralement dans toutes les juridictions qui le légalisent, le taux d'augmentation au Canada est inhabituel. La Californie, dont la population est semblable à celle du Canada, a légalisé le suicide assisté la même année que le Canada. En 2022, la Californie n'a toujours pas atteint le taux de décès assistés observé au Canada la première année de la légalisation.

Certains des pays et territoires internationaux évoqués ci-dessus, comme la Californie, autorisent *uniquement* le suicide assisté (auto-administré) plutôt que l'euthanasie (administrée par un médecin), alors que le Canada autorise les deux. La question se pose de savoir pourquoi le Canada a adopté une approche élargie de l'aide à mourir semblable à celle de la Belgique et des Pays-Bas, qui est associée à des chiffres plus élevés, au lieu d'autoriser uniquement le suicide assisté, comme c'est le cas dans plusieurs États américains, une approche qui est associée à une croissance plus faible et plus stable.

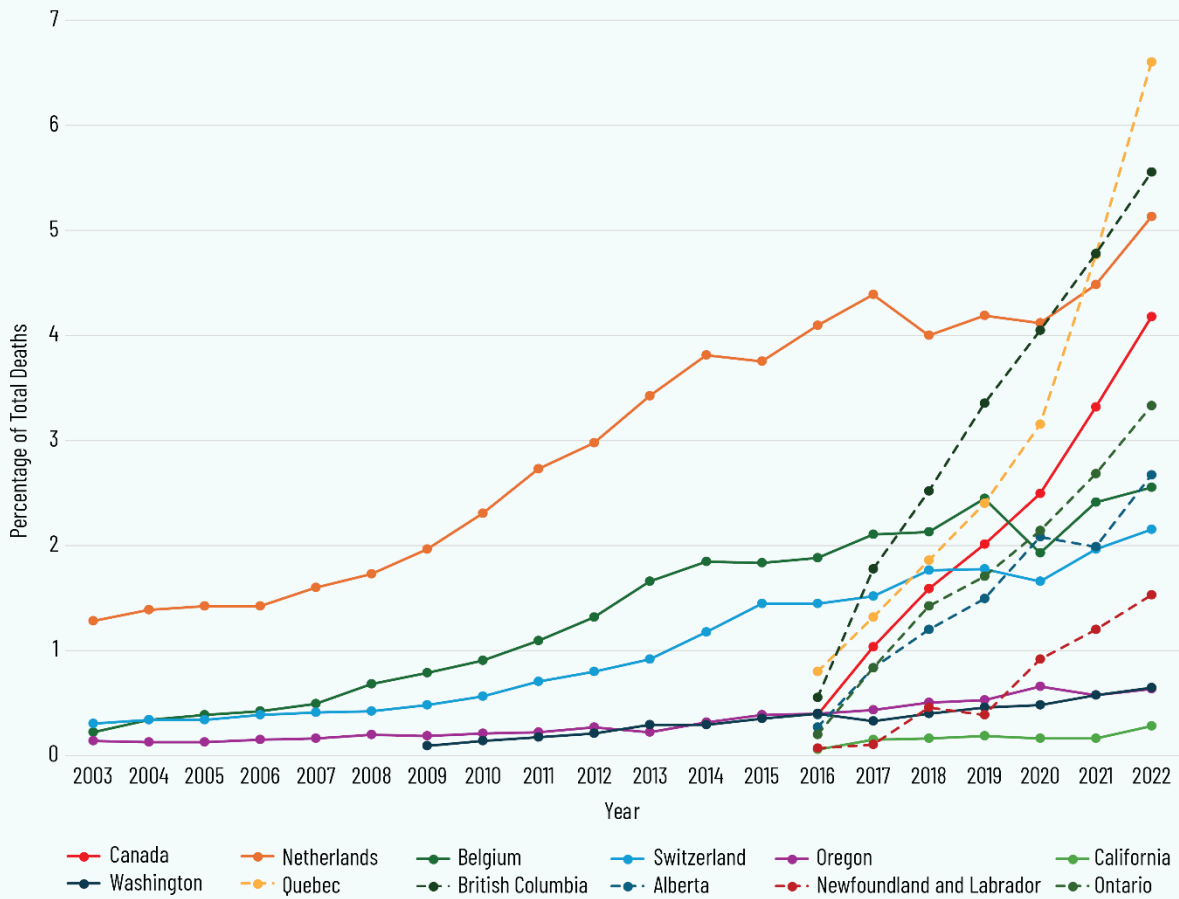
Les Pays-Bas sont le seul pays où le taux de recours à l'aide médicale à mourir est comparable à celui du Canada. Ils ont été le premier pays à dépénaliser l'euthanasie en 1981 et à la légaliser officiellement en 2002.<sup>46</sup> En 2013, trente-deux ans après la dépénalisation effective du pays, le pourcentage de décès totaux

a franchi la barre des 3 %.<sup>47</sup> Le Canada a franchi le seuil des 3 % six ans seulement après la légalisation. Aucun autre pays doté d'un programme d'aide médicale à mourir, à l'exception du Canada et des Pays-Bas, n'a franchi le seuil des 3 %. Au cours de la septième année de sa légalisation, le Canada a franchi la barre des 4 %.

Depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir, toutes les provinces canadiennes ont connu une hausse des décès (figure 4). Bien que les taux de mortalité soient généralement similaires dans tout le Canada, ce n'est pas le cas pour l'aide médicale à mourir.<sup>48</sup> Aucune recherche examinant les disparités frappantes dans le nombre de décès liés à l'AMM entre les provinces n'a encore été publiée.

Les disparités peuvent être attribuées au moins en partie aux différentes mesures de protection mises en place par chaque province. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, où les infirmières suivent une ligne directrice de pratique selon laquelle elles ne peuvent pas entamer de conversations avec les patients au sujet de l'AMM,<sup>49</sup> Français L'AMM n'a représenté presque aucun décès en 2016-2017 et a atteint 1,52 % des décès en 2022. Bien que ce taux soit faible par rapport à celui des autres provinces canadiennes, il est plus du double du taux observé entre 2016 et 2022 dans les juridictions américaines qui comptent le plus grand nombre d'aides au décès. L'Alberta, avec son protocole centralisé d'admission à l'AMM qui pourrait réduire l'incidence du « magasinage de médecins », avait un taux en 2022 légèrement supérieur à celui de la Belgique (2,5 % contre 2,7 %). Le taux de 3,3 % de l'Ontario en 2022 est nettement supérieur à celui de la Belgique, tandis que les taux de la Colombie-Britannique (5,5 %) et du Québec (6,6 %) dépassent et continuent d'augmenter beaucoup plus rapidement que le taux néerlandais (5,1 %) (figure 4).

**Figure 4. Assisted Deaths as a Percentage of Total Deaths, by Jurisdiction, Including Provinces**



Notes: As noted in previous figures, this figure uses the data from whichever report is more recent. Newfoundland and Labrador 2016 and 2017 data was suppressed for confidentiality reasons, so it is <5. Swiss data include the assisted suicides of Swiss residents only. Non-residents are excluded. See Swiss Federal Statistical Office, Table je-f-14.03.04.01.14.

Source: Author's calculations using sources in figure 3 and from Alberta, "Alberta annual deaths totals"; British Columbia, "Deaths: Vital Statistics Agency Reports"; Newfoundland and Labrador, "Newfoundland and Labrador: Deaths by Age (Calendar Year), 1993 to 2021."

Cette augmentation rapide dont il est question ci-dessus ne se reflète toutefois pas dans les déclarations officielles canadiennes. En voici trois exemples :<sup>50</sup>

- Le ministère de la Justice a publié un communiqué de presse au début de 2020 indiquant que « le pourcentage de décès dus à l'AMM par rapport à tous les décès au Canada demeure conforme aux autres régimes internationaux d'aide médicale à mourir ».<sup>51</sup> En fait, en 2019, le pourcentage de décès dus à l'AMM par rapport à tous les décès au Canada était de 2,00 %, soit plus élevé que celui du plus ancien programme d'aide au suicide au monde, celui de la Suisse, qui a causé 1,78 % du total des décès de ce pays en 2019.
- Lors de notes d'information internes et de points de discussion préparés à l'intention des ministres par Santé Canada et le ministère de la Justice, les ministres ont été informés que « comme prévu, il y a eu une augmentation constante et graduelle des décès liés à l'AMM au cours des trois dernières années ».<sup>52</sup> En fait, le nombre de décès liés à l'AMM a plus que doublé au cours de ces années : de 4 493 décès en 2018 à 10 092 décès en 2021.<sup>53</sup> Cette augmentation n'était pas non plus attendue. La séance d'information de Santé Canada n'a pas informé les ministres du Cabinet que le ministre fédéral de la Santé, dans le cadre d'un avis public publié dans la *Gazette du Canada*, avait prédit en 2018 que le programme canadien d'AMM était censé avoir déjà « atteint un niveau stable de 2,05 % du total des décès attribués à l'aide médicale à mourir ».<sup>54</sup>
- Statistique Canada a déclaré en 2022 que « les augmentations observées des décès médicalement assistés sont cohérentes avec celles observées à l'échelle internationale dans les juridictions où une certaine forme d'aide médicale à mourir est légale, notamment les États américains de l'Oregon et de Washington, et les États-Unis ».<sup>55</sup> En fait, le pourcentage de décès par AMM par rapport au total

des décès au Canada en 2022 (4,18 %) était plus de cinq fois supérieur à celui de l’Oregon et de Washington la même année (0,63 % et 0,65 %, respectivement). Le Canada a en outre dépassé le taux de décès par AMM que les Pays-Bas, la juridiction comptant le plus grand nombre de décès assistés, ont atteint en 2020, près de deux décennies après la légalisation officielle dans ce pays.

•

### **Incohérences et contradictions dans les rapports sur l'AMM**

Les décideurs politiques et les chercheurs ont besoin de données statistiques précises sur l’état civil pour comprendre la fréquence et les tendances des décès naturels (liés au vieillissement ou à la maladie) et des décès non naturels (liés à l’homicide, au suicide et aux accidents). Par exemple, en Ontario, si une personne atteinte d’une maladie en phase terminale décède dans un accident de voiture, l’accident est enregistré comme la cause immédiate du décès, même si la maladie aurait pu y contribuer.<sup>56</sup> La publication d’informations cohérentes et publiques est essentielle pour améliorer la santé publique, non seulement dans la province, mais dans tout le pays. Santé Ontario le reconnaît, en citant le « Manuel des méthodes de statistiques de l’état civil » de l’ONU : « On peut dire en toute honnêteté que pratiquement tous les problèmes de grande ampleur en médecine préventive ont été mis en lumière – du moins en partie – par les statistiques de décès, et que, de plus, la pertinence des mesures correctives ou curatives se reflète, en dernière analyse, dans ces mêmes statistiques. »<sup>57</sup>

À l’heure actuelle, les organismes gouvernementaux fédéraux et provinciaux canadiens enregistrent les décès par AMM à des fins de statistiques de l’état civil de diverses manières. Certains enregistrent les décès par AMM comme des « décès naturels », en attribuant la maladie sous-jacente comme cause immédiate du décès et l’AMM comme cause secondaire. D’autres organismes gouvernementaux enregistrent les décès par AMM comme des « décès non

naturels », en attribuant l'AMM comme cause immédiate du décès. Et certains organismes gouvernementaux n'incluent pas du tout l'AMM dans le registre des décès, car ils enregistrent uniquement la maladie sous-jacente qui a conduit à l'AMM.

La majorité des provinces et des territoires (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) enregistrent l'AMM comme cause de décès, soit comme cause immédiate, soit comme cause secondaire.<sup>58</sup> Santé Canada recommande que les certificats de décès indiquent comme cause immédiate du décès « la toxicité des médicaments administrés aux fins de l'aide médicale à mourir ».<sup>59</sup>

En 2016, la politique du Bureau du coroner en chef de l'Ontario prévoyait que l'AMM soit consignée comme cause immédiate du décès, la maladie admissible étant consignée comme facteur contributif : « Dans le cadre législatif actuel, la cause immédiate du décès sera généralement indiquée comme une toxicité médicamenteuse combinée, la condition sous-jacente ayant conduit à la demande d'AMM étant indiquée comme facteur contributif. »<sup>60</sup> Mais au plus tard en novembre 2018, et malgré l'absence de changement dans la législation, la recommandation officielle a changé :

Lorsque vous remplissez le certificat de décès, veuillez noter que la maladie, l'affection ou le handicap à l'origine de la demande d'aide médicale à mourir doit être consigné comme cause du décès. . . . Aucune référence à l'AMM ou aux médicaments administrés aux fins de l'AMM ne doit figurer sur le certificat médical de décès.<sup>61</sup>

D'autres provinces ont emboîté le pas. Comme en Ontario, les certificats de décès du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador ne mentionnent pas l'aide médicale à mourir. En 2018, les certificats de décès délivrés dans sept provinces



mentionnaient l'aide médicale à mourir, mais classaient la cause du décès comme étant « naturelle ».62 En Alberta, un décès lié à l'AMM est enregistré comme étant causé par « l'administration des médicaments X, Y, Z (en raison d'une) maladie, d'une affection ou d'un handicap sous-jacent » selon un mode de décès « non classé ».63

Statistique Canada, l'organisme qui publie les statistiques nationales sur les décès, adopte une approche différente. Selon Statistique Canada, personne au Canada ne décède des suites de l'AMM, même si la maladie ou le handicap sous-jacent n'était pas terminal.64 L'AMM n'est pas « une cause officielle de décès, et la plupart des cas concernent des personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents graves ».65 Statistique Canada enregistre la maladie ou l'affection sous-jacente comme seule cause de décès.

Cette pratique entraîne une divergence entre les deux ministères fédéraux, car Santé Canada déclare le nombre de décès liés à l'AMM, par le biais d'un processus de collecte de données distinct. Par conséquent, dans les rapports officiels, les rapports annuels de Santé Canada sur l'AMM montrent une explosion du nombre de décès liés à l'AMM, alors que cette explosion est complètement masquée lorsque l'on consulte l'ensemble de données de Statistique Canada sur les causes de décès. Comme nous l'avons mentionné précédemment, lorsque l'AMM est représentée graphiquement aux côtés des données de Statistique Canada sur les causes de décès, l'AMM est pratiquement à égalité comme cinquième cause de décès en 2022 (figure 1).

Le problème est aggravé par l'absence de méthode permettant de vérifier de manière indépendante l'exactitude des rapports de Santé Canada sur l'AMM au Canada. Le seul organisme de surveillance des décès liés à l'AMM au Canada est le

ministre fédéral de la Santé, comme le prévoit le projet de loi C-14. Les mêmes professionnels de la santé qui évaluent directement les demandes et administrent l'AMM sont ceux qui soumettent les données à Santé Canada. La soumission comprend des informations sur le fait que le bénéficiaire a reçu des soins palliatifs, l'âge au décès et le pourcentage de demandes d'AMM rejetées. Santé Canada publie ensuite un rapport annuel sur le nombre de décès liés à l'AMM.

Pourtant, Statistique Canada, sur lequel les décideurs politiques et les chercheurs s'appuient pour obtenir des données économiques et sociales, est l'organisme responsable des données officielles sur les causes de décès, et Statistique Canada ne considère pas l'AMM comme une cause de décès.

Ces critiques à l'égard des rapports et de la surveillance de l'AMM ne sont pas nouvelles. D'autres, notamment la Société canadienne des médecins de soins palliatifs et des chercheurs universitaires, ont critiqué les rapports fédéraux sur l'AMM, les qualifiant d'inexactes ou de trompeurs.<sup>66</sup> Par exemple, la statistique largement répétée selon laquelle un pourcentage élevé de demandeurs d'AMM ont reçu des soins palliatifs<sup>67</sup> Jusqu'en 2022 (dernière année pour laquelle un rapport a été rendu public), le questionnaire fédéral sur l'AMM reposait sur une seule question, avec les réponses « oui », « non » et « je ne sais pas » (figure 5). Le formulaire ne demandait pas aux évaluateurs et aux prestataires de l'AMM le type ou la qualité des soins palliatifs reçus par le patient ; il pouvait s'agir de n'importe quoi, depuis des soins palliatifs complets jusqu'à une simple prescription d'analgésiques.<sup>68</sup>

De plus, les mécanismes de déclaration des données ne tiennent pas compte des commentaires des bénéficiaires de l'AMM avant leur décès, ni des commentaires des professionnels de la santé qui n'ont pas participé à l'évaluation ou à la prestation de l'AMM. Au lieu de cela, tous les rapports sont autodéclarés, enregistrés et soumis par les mêmes personnes qui évaluent et fournissent

l'AMM. Les mêmes personnes qui pourraient faire face à des répercussions criminelles pour ne pas avoir respecté strictement les exemptions pénales pour le suicide assisté et l'homicide en vertu des lois fédérales canadiennes régissant l'AMM sont les seules à déclarer si elles ont respecté la réglementation.

*Les mêmes personnes qui pourraient faire face à des répercussions criminelles pour ne pas avoir respecté strictement les exemptions pénales pour le suicide assisté et l'homicide en vertu des lois fédérales canadiennes régissant l'AMM sont les seules à signaler si elles ont respecté la réglementation.*

D'autres pays disposent de méthodes permettant de vérifier l'exactitude des rapports sur les décès assistés. Les Pays-Bas disposent de comités régionaux d'examen de l'euthanasie qui publient le nombre de décès assistés et ces données peuvent être comparées à celles figurant sur les certificats de décès.<sup>69</sup> Cette méthode de vérification ou de comparaison ne peut pas être utilisée au Canada, car un nombre croissant de provinces ont supprimé toute mention de l'AMM des certificats de décès, comme nous l'avons vu précédemment.

L'incohérence dans la consignation des données par les administrations provinciales et fédérales a des conséquences sur les rapports fédéraux sur l'AMM et sur toutes les recherches ou estimations qui en découlent. D'une part, elle limite la capacité des chercheurs à vérifier les chiffres de l'AMM au moyen de comparaisons fédérales et provinciales, ce qui constitue un outil permettant de garantir la fiabilité des rapports. D'autre part, elle affecte la recherche effectuée à

l'aide de certificats de décès, qui constituent une ressource importante pour la recherche médicale.<sup>70</sup> Ces problèmes de données peuvent nuire à la capacité des décideurs politiques à prendre des décisions éclairées.

## **Conclusion**

La sous-estimation systématique de l'AMM dans les déclarations et les rapports du gouvernement est un obstacle sérieux à la compréhension de l'ampleur de la normalisation de l'AMM au Canada et de son caractère anormal par rapport à d'autres pays où une certaine forme d'aide à mourir est autorisée. Le compte rendu des délibérations dans l'affaire *Carter* et au Parlement montre que lorsque l'AMM a été décriminalisée et légalisée, elle n'était pas destinée à devenir une pratique courante. On a souvent affirmé que l'aide à mourir était destinée à être une « solution de dernier recours ». L'AMM au Canada était censée refléter les régimes d'aide à mourir dans d'autres pays, et le message public aux Canadiens continue d'être que l'expérience du Canada est similaire à celle d'autres pays, que le taux d'augmentation est prévu et que la croissance est graduelle.

Pourtant, comme le démontrent les données présentées dans cet article, l'AMM au Canada n'est plus inhabituelle ou rare. Les prévisions du gouvernement fédéral sur la fréquence prévue de l'AMM ont considérablement sous-estimé le nombre de Canadiens qui meurent par ce moyen. Plus inquiétant encore, au lieu que les médecins agissent comme des « gardiens réticents » de l'aide médicale à mourir, comme l'avaient envisagé les avocats du demandeur dans l'affaire *Carter*, ils semblent très favorables aux demandes d'AMM, comme le montrent les données disponibles sur le délai entre l'évaluation et la prestation, le pourcentage de demandes d'AMM refusées et la prévalence même des cas.

À l'échelle internationale, le Canada fait de plus en plus figure d'exception, car il connaît la croissance la plus rapide au monde en matière de programme d'aide médicale à mourir et se dirige vers une plus grande libéralisation des critères

d'admissibilité. Il est difficile de comprendre comment le gouvernement du Canada continue d'affirmer que le taux d'AMM au Canada est similaire à celui des autres pays. Il est essentiel de comprendre cette croissance pour évaluer l'utilisation et les abus possibles de l'AMM, en particulier à la lumière de l'élargissement futur des critères d'admissibilité.

Pour que les décideurs politiques et le public comprennent et réagissent correctement à la réalité canadienne, il est essentiel que les organismes gouvernementaux recueillent des données cohérentes et publient des déclarations correctes.

## Références

APF Canada. « Des allégations trompeuses sur la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir. » AFP Fact Check, 31 août 2022. <https://factcheck.afp.com/doc.afp.com.32HB2WX> .

Arvay, J. Lettre re: *Lamb et BCCLA c. AGC* à la Cour suprême de la Colombie-Britannique. BC Civil Liberties Association, dossier no 20001, 6 septembre 2019. [https://bccla.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-09-06B-LT-Court\\_adjournment-of-trial.pdf](https://bccla.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-09-06B-LT-Court_adjournment-of-trial.pdf) .

Ball, I., A. Healy, S. Keenan, F. Priestap, J. Basmaji, K. Honarmand, J. Parsons Leigh, et al. « Don d'organes après aide médicale à mourir : premiers cas au Canada ». *New England Journal of Medicine* 382, no 6 (2020) : 576–77. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1915485> .

Battin, M., A. van der Heide, L. Ganzini, G. van der Wal et B. Onwuteaka-Philipsen. « L'aide médicale légale à mourir en Oregon et aux Pays-Bas : données probantes concernant l'impact sur les patients des groupes « vulnérables ». *Journal of Medical Ethics* 33, n° 10 (2007) : 591–97. [10.1136/jme.2007.022335](https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335) .

Brown, J., L. Thorpe et D. Goodridge. « Remplissage des certificats médicaux de décès après une mort assistée : une analyse environnementale des pratiques ». *Healthcare Policy* 14, no. 2 (2018) : 59–67. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25685> .

Département de la santé publique de Californie. « California End of Life Option Act Data Report ». Dernière mise à jour le 10 juin 2024. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act.aspx> .

Canada. *Débats de la Chambre des communes*. 22 avril 2016, 42e législature, 1re session, vol. 148 (045). <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-45/hansard#8881567> .

———. *Débats de la Chambre des communes*. 31 mai 2016, 42e législature, 1re session, vol. 148 (068). <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-62/hansard> .

———. *Débats de la Chambre des communes* . 15 février 2023, 44e législature, 1re session, vol. 151 (161). <https://www.noscommunes.ca/documentviewer/fr/44-1/chambre/seance-161/hansard#Int-12065422> .

———. « Témoignages ». Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 18 octobre 2022, 44e législature, 1re session, no 020. <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Evidence/EV11991759/AMADEV20-F.PDF> .

———. « Témoignages ». Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 4 février 2016, 42e législature, 1re session, no

012. <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/42-1/pdam/reunion-12/temoignages> .

———. « Témoignages ». Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 14 février 2023, 44e législature, 1re session, no 050. <https://www.noscommunes.ca/documentviewer/fr/44-1/JUST/reunion-50/temoignages> .

Association médicale canadienne. « L'AMC examine la décision de la Cour suprême annulant l'interdiction de l'aide médicale à mourir. » Longwoods, 6 février 2015. <https://www.longwoods.com/newsdetail/4968> .

Société canadienne des médecins de soins palliatifs. « Déclaration de la CSPCP en réponse au rapport du Comité mixte spécial sur l'AMM : L'AMM au Canada : Des choix pour les Canadiens. » Mars 2023. <https://www.pallmed.ca/wp-content/uploads/2023/03/CSPCP-response-to-AMAD-report-final-Mar-2023.pdf> .

*Carter c. Canada* (Procureur général), 2012 BCSC 886.

*Carter c. Canada* (Procureur général) , 2015 CSC 5, [2015] 1 RCS 33.

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. « À propos des causes sous-jacentes de décès, 1999-2020. » <https://wonder.cdc.gov/ucd-icd10.html> .

———. « À propos de la cause sous-jacente du décès, 2018-2022, race unique. » <https://wonder.cdc.gov/ucd-icd10-expanded.html> .

Cohen, J., J. Bilsen, G. Miccinesi, R. Löfmark, J. Addington-Hall, S. Kaasa, M. Norup, G. van der Wal et L. Deliens. « Utilisation des données des certificats de décès pour étudier le lieu du décès dans 9 pays européens : opportunités et faiblesses ». *BMC Public Health* 7, n° 283 (2007) : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-283> .

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador. « Medical Assistance in Dying Practice Guideline » (Ligne directrice sur la pratique de l'aide médicale à mourir), juin 2021. <https://www.clpnnl.ca/storage/Medical%20Assistance%20in%20Dying%20MAiD%20Practice%20Guideline%202021%20in%20template.pdf> .

Confédération suisse. "Suicide assisté selon le sexe et l'âge." Office fédéral de la statistique, 11 décembre 2023. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/29125050> .

Dombrecht, L., K. Beernaert, K. Chambaere, F. Cools, L. Goossens, G. Naulaers, L. Cornette, et al. « Décisions de fin de vie chez les nouveau-nés et les nourrissons : une enquête nationale de suivi de la mortalité ». *BMJ Support & Palliative Care* 14, no 1 (30 avril 2024) : e1183–91. <https://spcare.bmj.com/content/14/e1/e1183> .

Downar, J., S. MacDonald et S. Buchman. « Qu'est-ce qui motive les demandes d'AMM? » *Journal de l'Association médicale canadienne* 195, no 40 (16 octobre 2023) : E1385–87. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230259> .

Mourir dans la dignité Canada. « Le point sur le projet de loi C-7 avec l'honorable David Lametti. » 21 avril 2021. Vidéo YouTube, 52:16. [https://www.youtube.com/watch?v=eD71TvVKGZE&ab\\_channel=DyingWithDignityCanada](https://www.youtube.com/watch?v=eD71TvVKGZE&ab_channel=DyingWithDignityCanada) .

Gomez, CF *Régulation de la mort : l'euthanasie et le cas des Pays-Bas* . New York : Free Press, 1991.

Gouvernement de l'Alberta. « Alberta Annual Deaths Totals ». Mis à jour le 22 septembre 2023. <https://open.alberta.ca/opendata/alberta-annual-deaths-totals> .



Gouvernement de Belgique. « CFCEE Rapport Euthanasie. » Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 9 avril 2024. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-dévaluation-de-leuthanasie> .

Gouvernement de la Colombie-Britannique. « Décès : Rapports de l'Agence des statistiques de l'état civil ». Mis à jour le 9 mai 2024. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/statistics-reports/deaths> .

Gouvernement du Canada. Portail canadien de collecte de données sur l'AMM. <https://www.canada.ca/declaration-aide-medicale-a-mourir> .

———. « Le gouvernement du Canada propose des modifications à la législation sur l'aide médicale à mourir. » Communiqué de presse du ministère de la Justice, 24 février 2020. <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2020/02/le-gouvernement-du-canada-propose-des-modifications-a-la-legislation-sur-laide-medicale-a-mourir.html> .

———. « Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir. » *Gazette du Canada, partie I* 156, no 21 (21 mai 2022) : 2545–95. <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p1/2022/2022-05-21/pdf/g1-15621.pdf> .

———. « Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ». *Gazette du Canada, partie II* 152, no 16 (8 août 2018) : 3069–99. <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2018/2018-08-08/pdf/g2-15216.pdf> .

Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. « Terre-Neuve-et-Labrador : Décès selon l'âge (année civile), 1993 à 2021. » Mis à jour le 8 décembre

2022. [https://nl.communityaccounts.ca/table.asp?\\_vb7En4WVgb0xz7ZjS6rIxpuiXqOVko7Lqomyv4yoXsw](https://nl.communityaccounts.ca/table.asp?_vb7En4WVgb0xz7ZjS6rIxpuiXqOVko7Lqomyv4yoXsw) .

Gouvernement du Québec. « Rapport annuel d'activités ». Commission sur les soins de fin de vie. <https://csfv.gouv.qc.ca/publications> .

Grant, I. « Le capacitisme légiféré : le projet de loi C-7 et l'expansion rapide de l'AMM au Canada ». SSRN Scholarly Paper, Rochester, NY, 2023. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4544454> .

Santé Canada. « Quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2022 ». Octobre 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-sante-services/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2022.html> .

———. « Lignes directrices concernant les certificats de décès ». 26 avril 2017. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-sante-services/lignes-directrices-certificats-deces.html> .

Health Law Institute, Université Dalhousie. « VSED et VSPeC. » *End-of-Life Law and Policy in Canada* (blogue). [http://eol.law.dal.ca/?page\\_id=2475](http://eol.law.dal.ca/?page_id=2475) .

Santé Ontario. « Aperçu du processus et liste de vérification : déclaration d'un décès par aide médicale à mourir au Bureau du coroner en chef de l'Ontario ». Copie en possession de l'auteur.

Base de données sur la mortalité humaine. « Canada. »  
» <https://www.mortality.org/Country/Country?cntr=CAN> .

———. « Suisse. » <https://www.mortality.org/Country/Country?cntr=CHE> .

Hurst, S. et A. Mauron. « Suicide assisté et euthanasie en Suisse : donner un rôle aux non-médecins. » *BMJ* 326, n° 7683 (2003) : 271–273.

Inclusion Canada. « Des défenseurs des droits des personnes handicapées demandent un appel fondé sur les droits des personnes handicapées de la décision de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Truchon et Gladu », 4 octobre 2019. <https://inclusioncanada.ca/2019/10/04/des-defenseurs-des-droits-des-personnes-handicapees-demandent-un-appel-fonde-sur-les-droits-des-personnes-handicapees-de-la-decision-de-la-cour-superieure-du-quebec-dans-laffaire-truchon-gladu/> .

Kotalik, J. « Rapports annuels fédéraux sur l'AMM : un portrait informatif mais incomplet ». Dans *Medical Aide in Dying (MAiD) in Canada: Key Multidisciplinary Perspectives* , édité par J. Kotalik et DW Shannon, 127–142. Cham, Suisse : Springer, 2023. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-30002-8\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-031-30002-8_8) .

Nicol, J. « Aide médicale à mourir : le droit dans certaines juridictions à l'extérieur du Canada ». Études de la Colline du Parlement, publication no 2015-116-F, 2015 (rév. 2021). [https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr\\_CA/ResearchPublications/2015116F](https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/2015116F) .

Association des hôpitaux de l'Ontario. « Pleins feux sur l'aide médicale à mourir : le rôle du coroner en Ontario ». Septembre 2016. <https://www.oha.com/Legislative%20and%20Legal%20Issues%20Documents1/Spotlight%20on%20MAID%20-%20Interview%20with%20the%20Coroner%20-%20final.pdf> .

Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs de l'Ontario, Bureau du registraire général de l'état civil. « Manuel de certification médicale des décès et des mortinaissances ». Édition 2019. [https://www.publications.gov.on.ca/store/20170501121/Free\\_Download\\_Files/300146.pdf](https://www.publications.gov.on.ca/store/20170501121/Free_Download_Files/300146.pdf) .

Autorité sanitaire de l’Oregon. « Rapports annuels sur la loi sur la mort dans la dignité

». <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ar-index.aspx> .

Parlement du Canada. Projet de loi C-7, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* , Lois du Canada

2021. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-de-loi/C-7/sanction-royale> .

———. Projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d’autres lois (aide médicale à mourir)* , Lois du Canada 2016. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/bill/C-14/royal-assent> .

———. Projet de loi C-39, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* , Lois du Canada 2023. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/44-1/bill/C-39/royal-assent> .

Raj, A. « Le Canada élargit-il trop rapidement l’aide médicale à mourir ? », *Toronto Star , It's Political* (podcast), 18 novembre

2022. [https://www.thestar.com/podcasts/its-political/is-canada-expanding-medical-assistance-in-dying-too-quickly/article\\_caea1226-64ea-56a6-912b-08c5b7d10aa7.html](https://www.thestar.com/podcasts/its-political/is-canada-expanding-medical-assistance-in-dying-too-quickly/article_caea1226-64ea-56a6-912b-08c5b7d10aa7.html) .

Comités régionaux d’examen de l’euthanasie. Rapports annuels pour 2002–2022

[version anglaise]. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports> .

Rooney, W., U. Schuklenk et S. van de Vathorst. « Les inquiétudes concernant le caractère irrémédiable, la vulnérabilité ou la compétence sont-elles suffisantes pour justifier l’exclusion de tous les patients psychiatriques de

l'aide médicale à mourir ? » *Health Care Analysis* 26, no. 4 (2018) : 326–43. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0344-8> .

Serebrin, J. « Les Québécois ne considèrent plus les décès assistés par un médecin comme exceptionnels, affirme l'organisme de surveillance. » *CBC News* , 15 août 2023. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebecers-aid-no-longer-last-resort-oversight-body-1.6936530> .

Statistique Belgique. « Évolution des décès par mois depuis 1840.

» [https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.4%20Sterfte%2C%20levensverwachting%20en%20doodsoorzaken/5.4.1%20Sterfte/DECES%20PAR%20MOIS\\_FR\\_V1.xlsx](https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.4%20Sterfte%2C%20levensverwachting%20en%20doodsoorzaken/5.4.1%20Sterfte/DECES%20PAR%20MOIS_FR_V1.xlsx) .

Statistique Canada. « Tableau 13-10-0394-01. Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. » 27 novembre 2023. <https://doi.org/10.25318/1310039401-fra> .

———. « Tableau 13-10-0708-01. Décès, par mois.

» <https://doi.org/10.25318/1310070801-fra> .

———. « Tableau 13-10-0800-02. Taux de mortalité normalisé selon l'âge par principale cause de décès et par sexe.

» <https://doi.org/10.25318/1310080001-fra> .

———. « Tableau 17-10-0006-01. Estimations des décès, par âge et par sexe, annuelles. » <https://doi.org/10.25318/1710000601-fra> .

———. « Aide médicale à mourir, 2019 et 2020. » *Le Quotidien* , 10 janvier 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220110/dq220110d-fra.htm> .

———. « Dans la base de données, la cause sous-jacente du décès est définie comme la maladie ou la blessure qui a déclenché la série d'événements morbides menant directement au décès. Par conséquent, les décès liés à

l'AMM sont codés en fonction de la condition sous-jacente pour laquelle l'AMM a été demandée. » Twitter, 28 novembre 2023, 10 h

34 [https://twitter.com/StatCan\\_fra/status/1729539259076334034](https://twitter.com/StatCan_fra/status/1729539259076334034) .

Statistique Pays-Bas. « Dynamique de la population ; mois et année. »

StatLine. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/83474ENG/table?dl=A5C1D> .

Cour suprême du Canada. « Webdiffusion de l'audience du 2014-10-15.

» <https://www.scc-csc.ca/case-dossier/info/webcastview-webdiffusionvue-fra.aspx?cas=35591&id=2014/2014-10-15-35591&date=2014-10-15&fp=n&audio=n> .

Académies suisses des sciences. « Mourir et mourir.

» <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Thèmes-de-A-Z/Mourir-et-mourir.html>

Taylor, S. et A. Bridges. « La Saskatchewan met fin à la pratique consistant à enregistrer les décès médicalement assistés comme des suicides. » *CBC News* , 5 octobre 2018. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/maid-medically-assisted-deaths-suicide-saskatchewan-1.4851451> .

*Truchon c. Procureur général du Canada* , 2019 QCCS 3792.

Bureau de statistique de l'ONU. « Manuel des méthodes de statistiques de l'état civil, 1955. »

van der Heide, A., et al. « Pratiques de fin de vie aux Pays-Bas en vertu de la loi sur l'euthanasie ». *New England Journal of Medicine* 356, no. 19 (2007) : 1957–65. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa071143> .

Département de la Santé de l'État de Washington. « Rapport sur la loi sur la mort dans la dignité ». <https://doh.wa.gov/data-and-statistical-reports/health-statistics/death-dignity-act/death-dignity-data> .