

Légiférer l'indéfini : Quand la maladie mentale entre dans les débats sur l'aide médicale à mourir.

Romane Simon

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de Maîtrise ès arts en criminologie, option thèse, et
Master en criminologie de l' Université catholique de Louvain.

Département de criminologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Romane Simon, Ottawa, Canada, 2024

RÉSUMÉ

L'Aide Médicale à Mourir (AMM) est un sujet d'actualité au Canada. Légalisé en 2016, cette aide de fin de vie reprenant les notions d'euthanasie volontaire active et de suicide médicalement assisté, est sujette à débat depuis l'affaire *Rodriguez* de 1992.

C'est en 2019, lors de la décision suivant l'affaire *Truchon* que la question de la maladie mentale entre dans les discussions parlementaires suite au retrait du critère de mort naturelle raisonnablement prévisible. Cette introduction suscite un certain problème : l'absence d'une définition consensuelle entourant la maladie mentale. Dès lors, comment légiférer l'intégration d'un terme qui n'a pas de définition claire ?

Au travers des débats parlementaires concernant les projets de loi C-7, C-39 et C-62, nous étudierons de quelle manière l'absence de contours clairs entourant la maladie mentale conduit à l'inclusion des personnes suicidaires dans cette catégorie. Cette situation soulève, au sein des débats, des questions sur la volonté des personnes atteintes de maladie mentale de recourir à l'AMM, un critère essentiel pour déterminer leur admissibilité à cette procédure

PLAGIAT ET ERREUR MÉTHODOLOGIQUE GRAVE

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire marque la fin de mon parcours universitaire, un chemin riche en expériences et en émotions. J'aimerais exprimer ma gratitude envers ceux qui m'ont soutenu tout au long de cette aventure et particulièrement cette année.

Je suis reconnaissante envers mes deux promoteurs pour la confiance et le soutien accordés. Je tiens à remercier mon promoteur belge, Jérôme Englebert, pour son aide et ses conseils, toujours disponible lorsque le besoin s'en faisait sentir. Je souhaite également adresser mes remerciements à mon promoteur canadien, Patrice Corriveau qui a su me guider tout au long de cette recherche. Son expertise a été déterminante pour m'orienter et mener à bien ce travail.

Mes remerciements vont également à Jean-François Cauchie, dont les conseils ont également été bénéfiques lors de mes recherches.

Enfin, ce parcours universitaire n'aurait pas été possible sans le soutien de mes proches. Leur accompagnement tout au long de ces années en particulier lors de la rédaction de ce mémoire a été d'une aide précieuse.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	ii
PLAGIAT ET ERREUR MÉTHODOLOGIQUE GRAVE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	viii
INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 L'aide médicale à mourir	4
1.2 Évolution historique de l'AMM	6
1.3 Formulation de la problématique	17
2 MÉTHODOLOGIE	21
2.1 Choix du terme « maladie mentale ».....	21
2.2 Présentation et sélection des données empiriques.	21
2.3 Théorisation ancrée	24
2.3.1 Choix méthodologiques	24
2.3.2 Analyse par théorisation ancrée	25
2.4 Limites de la méthode.....	30
3 PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	32
3.1 Maladie mentale.....	32
3.1.1 Intégration.....	32
3.1.2 Flou définitionnel.....	33
3.1.2.1 Diversité des définitions.....	33
3.1.2.2 Ignorance et stigmatisation.....	35
3.1.2.3 Terminologie : maladie mentale, trouble mental et santé mentale.....	36
3.2 Suicide.....	41

3.2.1	<i>Définition</i>	41
3.2.2	<i>Lien entre maladie mentale et suicide</i>	43
3.2.3	<i>Lien avec l'AMM</i>	46
3.3	Volonté	48
3.3.1	<i>Définition</i>	48
3.3.1.1	Capacité à consentir	48
3.3.1.2	Consentement	50
3.3.2	<i>Séparateur du lien entre AMM et suicide</i>	51
4	DISCUSSION TRANSVERSALE.....	57
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	ANNEXES	75
	Annexe 1 : Processus législatif canadien.	75
	Annexe 2 : Critères d'admissibilités actuels de l'AMM- Art 241.2 du CCC.	76

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMAD : Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (1re session, 44e législature)

AMM : Aide Médicale à Mourir

AMM TM-SPMI : Aide Médicale à Mourir lorsqu'un Trouble Mental est le Seul Problème Médical Invoqué

CAMRT : L'association canadienne des technologues en radiation (Canadian Association of Medical Radiation Technologists)

CCC : Code Criminel Canadien

CSC : Cour Suprême du Canada

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

IRSC : Instituts de Recherche en Santé du Canada

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDAM Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (1re session, 42e législature)

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

La Charte : Charte canadienne des droits et libertés

Le Groupe : Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale

MNRP : Mort Naturelle Raisonnablement Prévisible.

TM-SPMI : Trouble Mental comme Seul Problème Médical Invoqué

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1 : Représentation du contexte historique entourant l'AMM au Canada.....	6
Figure 2 : Codification du texte.....	25
Figure 3 : Codification Microsoft Excel	26
Figure 4 : Représentation de la dualité entre intégration et rejet des personnes atteintes uniquement de maladie mentale au sein de l'AMM.	30

Tableaux

Tableau 1 : Comparaison des concepts d'euthanasie et de suicide assisté dans le cadre de l'AMM	5
Tableau 2 : Définition des catégories	28

INTRODUCTION

« *Nous ne proposons pas le suicide aux personnes atteintes de troubles de santé mentale.* »
(M. Corey Tochor, 161, 15 février 2023, p. 11808)¹

Cette déclaration, tirée des débats parlementaires constituant la base de notre étude, met en lumière une situation intrigante : pourquoi parle-t-on de « suicide » et de « troubles de santé mentale » lorsque l'on débat de l'intégration des personnes atteintes de maladies mentales dans l'Aide Médicale à Mourir (AMM) ? Les propos exprimés par M. Corey Tochor reflète une tendance à associer ces notions, une dynamique que notre recherche vise à explorer afin de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à ce discours.

L'aide médicale à mourir, regroupant les concepts d'euthanasie volontaire active et de suicide médicalement assisté, est un sujet d'actualité au Canada. Bien que sujet à débat depuis 1992, ce n'est qu'à partir du 6 février 2015 que, grâce à l'affaire *Carter c. Canada*, les dispositions interdisant l'AMM sont invalidées par la Cour Suprême du Canada (CSC). Quelques années plus tard, en 2019 dans le jugement *Truchon c. Canada*, la décision de retirer la Mort Naturelle Raisonnablement Prévisible (MRNP) des critères d'admissibilité est prise. Cette disposition bloquait autrefois l'accès à l'AMM pour des personnes dont la mort naturelle n'était pas « raisonnablement envisageable ». Cette notion signifie une mort anticipée ou proche, basée sur l'évolution prévue des problèmes de santé et leurs conséquences (Camap Canada, 2022). Depuis la suppression de ce critère, la possibilité d'inclure les personnes atteintes de maladies mentales est au centre des discussions. En nous attardant sur cette évolution de la législation entourant l'AMM, nous avons observé qu'il existe une intention d'élargir l'accès à ces personnes. Depuis le 17 avril 2021, une clause de temporisation a été mise en place, ce qui signifie qu'à son expiration, l'exclusion des personnes atteintes de maladies mentales de l'AMM prendra fin. Cependant, plus la date butoir approche, plus les parlementaires canadiens la repoussent. Jusqu'à présent, cette échéance a été reportée à deux reprises, avec la date actuelle fixée au 17 mars 2027.

Cette dualité entre rejet et intégration des personnes atteintes de maladie mentale a retenu notre attention. Nous avons alors décidé de creuser plus loin afin d'essayer de comprendre cette

¹ Toutes les citations issues des débats parlementaires seront référencées de la manière suivante : (nom du député, numéro de la séance, date, page)

exclusion persistante. Grâce à la lecture des différents débats parlementaires sur les questions d'intégration et de report, un fait s'est imposé à nous : la maladie mentale souffre d'un flou définitionnel législatif et juridique. Cette absence de définition claire a aussi été observée dans la littérature. Notre démarche a été de nous questionner sur l'influence que pouvait avoir ce concept. Nous nous sommes alors posé la question suivante : « Comment le flou définitionnel entourant la maladie mentale influence-t-il les décisions législatives concernant l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale dans l'aide médicale à mourir au Canada ? »

Pour répondre à cette question, notre recherche se divisera en différents chapitres. Le premier nommé « contexte problématique » permettra de définir le terme d'AMM qui est central à notre étude. Par la suite, nous explorerons plus en détail le contexte historique et législatif, indispensable à la compréhension des enjeux actuels entourant l'AMM. Enfin, nous présenterons notre problématique en la mettant en perspective avec les recherches en lien avec notre sujet.

Le deuxième chapitre sera consacré à la méthodologie. Il nous permettra d'expliquer et justifier nos différents choix, notamment ceux relatifs au lexique utilisé et à la sélection de notre empirie. La théorisation ancrée, issue de la *Grounded theory* développée par Glaser et Strauss, sera ensuite expliquée grâce à l'article de Paillé (1994) et mise en lien avec notre recherche. Ce chapitre se terminera par une partie sur les limites de l'étude. En effet, bien que l'objectivité soit difficilement atteignable, nous tentons de nous en rapprocher le plus possible en prenant conscience de nos biais et ceux que comprend cette recherche.

Pour ce qui est du troisième chapitre, nous avons opté pour une présentation et une interprétation des résultats regroupant les apports de la littérature, les données empiriques, ainsi que nos propres contributions. Cette partie sera donc consacrée aux résultats, dans lesquels nous présenterons de manière détaillée comment ces différentes sources d'information sont intéressantes pour notre recherche. C'est notamment dans ce chapitre que nous expliquerons de quelle manière le suicide, mentionné dans l'extrait introduisant cette étude, entre dans les débats sur l'AMM.

Le quatrième chapitre proposera quant à lui une discussion transversale. Cette dernière permettra de reprendre et résumer les aspects importants abordés dans le chapitre précédent, en les mettant en lien pour montrer comment ils permettent de répondre à notre question. Cette discussion mentionnera également comment notre recherche s'inscrit dans la continuité des études précédentes, mais expliquera en outre de quelle manière elle s'en démarque.

Enfin, nous reprendrons les points essentiels de cette recherche et nous évoquerons des pistes intéressantes pour de futurs travaux.

1 CONTEXTE PROBLÉMATIQUE

1.1 L'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir (AMM) se définit dans la loi canadienne de la manière suivante :

Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier-praticien :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ;
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort (medical assistance in dying).
(Art, 241.1 du *Code criminel canadien*)

Ainsi, l'AMM implique que le patient reçoive une assistance pour s'administrer lui-même une substance mortelle ou pour se la faire administrer par un professionnel de la santé. On parle alors d'AMM seulement quand « il est nécessaire de poser un acte supplémentaire, ayant spécifiquement pour but de causer la mort de la personne » (Commission de l'éthique en science et en technologie, s.d). Le terme englobe ainsi les concepts d'euthanasie volontaire et de suicide médicalement assisté (Provencher-Renaud & al., 2019).

L'euthanasie se définit comme « la cessation intentionnelle de la vie d'une personne par une autre pour abréger les souffrances de la première » (Nicol & Tiedemann, 2015, p. 3). Elle est qualifiée d'involontaire lorsqu'elle est réalisée sans le consentement de la personne concernée, de non volontaire lorsqu'on ne dispose pas d'informations sur la volonté de la personne, et de volontaire lorsque la personne a exprimé son désir de mourir (Nicol & Tiedemann, 2015 ; Have, 2016). On parle également d'euthanasie active, qui se définit comme l'acte d'intervenir directement pour provoquer la mort (Have, 2016), impliquant donc un geste actif. Ce terme permet de se distinguer de l'euthanasie passive, assimilée à l'arrêt de traitement, qui consiste à « permettre de ou laisser mourir »² (Have, 2016, p. 1179). L'article 5 de la *Loi sur les soins de fin de vie* permet d'illustrer la cessation de traitement et dispose que « [...] toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin ». C'est pour cette raison que l'on peut dire que l'euthanasie présente au sein de l'AMM est celle nommée de volontaire active.

² Traduit de l'anglais : « allowing to or letting die »

Le suicide assisté, quant à lui, « implique les actes d'une personne qui fournit les moyens de se suicider ou les renseignements sur la manière de le faire à un individu désirant mettre fin à ses jours » (Mishara & Tousignant, 2004). Lorsque cette assistance est fournie dans le cadre de l'AMM, on parle alors de suicide médicalement assisté, mais sous un autre nom.

Tableau 1 : Comparaison des concepts d'euthanasie et de suicide assisté dans le cadre de l'AMM

	Définition	Intégration dans l'AMM
Euthanasie	Acte qui consiste à provoquer volontairement la mort d'une autre personne. C'est une « personne extérieure » ³ qui met fin aux jours de l'autre.	Il s'agira d'une euthanasie volontaire et active , comme définie à l' alinéa a de l'art. 241.1 du CCC susmentionné, où l'acte doit être réalisé par un médecin ou un infirmier-praticien.
Suicide assisté	Processus où une personne fournit les moyens ou les informations nécessaires à une autre pour que cette dernière puisse mettre fin à ses jours. Dans ce cas, l'individu agit lui-même pour se donner la mort.	On parle de suicide médicalement assisté , car c'est uniquement le professionnel de la santé qui peut procurer cette assistance. Cela correspond à l' alinéa b de l'art. 241.1 du CCC.

Le tableau ci-dessus permet une meilleure compréhension des différences entre euthanasie et suicide assisté et comment ces derniers s'intègrent dans l'AMM.

Nous pouvons dès lors nous demander pourquoi l'euthanasie volontaire active et le suicide médicalement assisté ont été reformulés sous le terme « aide médicale à mourir ». La raison principale réside dans le fait que ces deux termes ont des connotations plutôt négatives que les législateurs n'ont pas voulu reprendre. En effet, ces termes peuvent être perçus comme « chargés »⁴ (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012), ainsi que « punitifs » et « moralisateurs » par les patients souhaitant y avoir recours (Chochinov, 2016). De plus, le terme « euthanasie » est souvent confondu avec la cessation de traitement (*ibid.*), alors que, comme expliqué précédemment, il ne se limite pas à cette signification. Ainsi, la notion d'AMM a été choisie, car elle évoque quelque chose de plus doux (*ibid.*) mettant l'accent

³ Par « personne extérieure », nous entendons toute personne autre que celle qui souhaite se donner la mort.

⁴ La commission illustre ce terme en donnant l'exemple des « [...] euthanasies non volontaires qui se sont pratiquées au cours de la Deuxième Guerre mondiale » (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012, p. 78, note 71)

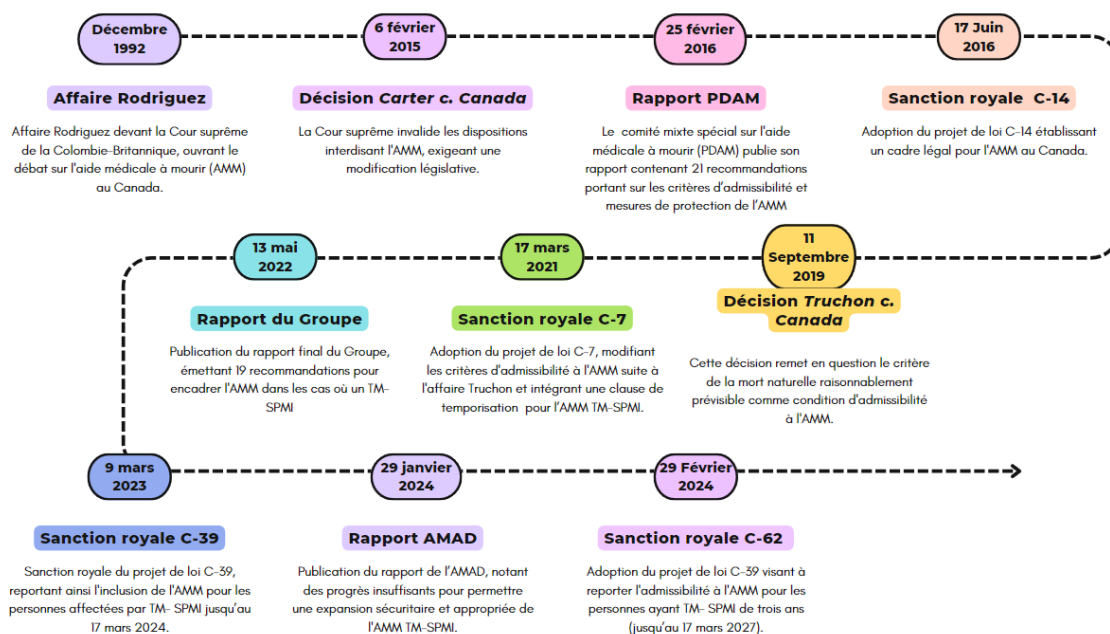
sur l'idée d'aide et sur l'implication des professionnels de la santé, comme l'illustrent les mots « aide » et « médicale » (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012).

Cependant, il faut noter qu'il existe différentes modalités pour mettre fin à sa vie (Desmarais, 2023 ; Mishara, 2007). Bien que nous nous concentrons, dans cette recherche, sur les termes de suicide, euthanasie, suicide assisté et aide médicale à mourir pour des raisons de clarté de cohérence, il est important de reconnaître que ces méthodes ne représentent pas les seuls moyens disponibles. En effet, il existe d'autres options qui jouent un rôle dans les discussions sur la fin de vie, telles que le refus de traitement, l'arrêt de traitement, le double effet et la sédation palliative (*ibid.*).

1.2 Évolution historique de l'AMM

Pour saisir les implications entourant l'AMM, il est nécessaire de retracer l'évolution de sa légalisation au fil du temps. Dans cette optique, nous allons synthétiser les différents événements dans une ligne du temps afin de les explorer par la suite.

Figure 1 : Représentation du contexte historique entourant l'AMM au Canada



L'affaire *Rodriguez* est la première affaire liée à la question de l'AMM au Canada. Sue Rodriguez, une résidente de la Colombie-Britannique atteinte de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), souhaite obtenir le droit de recevoir l'aide d'un médecin pour mettre fin à sa vie au moment où elle le décide (Smith, 1993). Cependant à cette époque, ce type d'aide est illégal au Canada, S. Rodriguez mènera un combat juridique afin d'obtenir l'aide qu'elle souhaite.

En décembre 1992, S. Rodriguez conteste devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique⁵, la validité constitutionnelle de l'alinéa 241.1 b) du *Code criminel canadien* (CCC) qui interdit l'aide au suicide.

241.1 : Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, que le suicide s'ensuive ou non, selon le cas :

a) conseille à une personne de se donner la mort ou l'encourage à se donner la mort ;

b) aide quelqu'un à se donner la mort

Elle argumente que cette interdiction viole plusieurs droits protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés* (La Charte), notamment le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne (article 7)⁶, le droit à la protection (article 12)⁷ ainsi que le droit à l'égalité (article 15)⁸ (Smith, 1993).

Après avoir obtenu un jugement insatisfaisant, S. Rodriguez décide de présenter l'affaire devant la CSC en 1993. Cependant, malgré ses arguments, la CSC a statué le 30 septembre 1993, par une majorité de cinq juges contre quatre, que l'interdiction de l'aide médicale à mourir

⁵ La Cour suprême de la Colombie-Britannique est « le plus haut tribunal de première instance » qui traite les affaires civiles et criminelles ainsi que certains appels de la Cour provinciale. (Legislative Assembly of British Columbia. (2020). Dans quelques autres provinces, telles que celle du Québec, ce tribunal porte le nom de Cour supérieure.

⁶ « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (*Charte canadienne des Droits et Libertés*, art. 7).

⁷ « Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités ». (*Charte canadienne des Droits et Libertés*, art.12).

⁸ « (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

(2) Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques » (*Charte canadienne des Droits et Libertés*, art.15).

était bien constitutionnelle (*ibid.*). La Cour a estimé que l'objectif de protéger la vie humaine prévalait sur le droit individuel de choisir la manière et le moment de mourir. Bien que le combat de la demanderesse n'ait pas abouti de la manière dont elle le souhaitait, il a néanmoins ouvert la discussion sur l'AMM⁹.

Deux décennies plus tard, Gloria Taylor, confrontée à la SLA, a introduit une action en justice en Colombie-Britannique en 2011 dans le but d'obtenir le droit à l'AMM. Sa demande reposait sur le fait de pouvoir choisir de mettre fin à sa vie quand et si elle le voulait, car son état de santé se dégradait de manière irrémédiable (*ibid.*). En 2012, la Cour suprême de la province a déclaré que l'interdiction de l'aide à mourir était contraire à la Constitution. Cette décision a ouvert la voie à une exemption spécifique pour Gloria Taylor, lui permettant de considérer l'option de l'AMM. Cependant, son décès survenu peu après n'a pas permis l'accomplissement de cette possibilité.

Under s. 52 of the Constitution Act¹⁰, the provisions are declared invalid, but the operation of that declaration is suspended for one year. During the period of suspension, a constitutional exemption will permit Ms. Taylor the option of physician-assisted death under a number of conditions (*Carter c. Canada, 2012, § 2*).

Après le décès de Gloria Taylor en 2013, son cas a été porté devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. Cette dernière a annulé l'exemption accordée à Taylor en évoquant que la décision de la Cour suprême de la province en 2012 était contradictoire avec celle établie par la CSC dans l'affaire Rodriguez en 1993. L'argument évoqué se basait sur le principe du *stare decisis*, qui signifie que les décisions ultérieures doivent respecter les précédentes pour garantir la cohérence juridique (Butler & Tiedemann, 2015). Par conséquent, la Cour d'appel a conclu que toute révision de la constitutionnalité de l'article 241 du CCC devrait être soumise à la CSC (*ibid.*)

Le cas de Gloria Taylor a été associé à celui de Kathleen Carter. Cette dernière, souffrant d'une sténose lombaire, a également exprimé le souhait de mourir avec une assistance médicale.

⁹ En réalité, l'Affaire Latimer s'est déroulée avant l'affaire Rodriguez et a amené la question de l'aide à mourir sur le devant de la scène. Dans cette affaire, on y voit un père condamné pour meurtre, car il a mis fin aux jours de sa fille, cette dernière étant atteinte d'une paralysie cérébrale depuis sa naissance (Butts, 2016). Selon le père de famille, c'était la seule solution pour mettre fin aux souffrances de son enfant, les options médicales n'étant pas suffisantes (*ibid.*). Cependant, nous parlons ici de l'affaire Rodriguez (comme ouverture de discussion), car c'est elle qui a initié la discussion législative sur cette aide en fin de vie.

¹⁰ « La Constitution du Canada est la loi suprême du Canada ; elle rend inopérantes les dispositions incompatibles de toute autre règle de droit » (*Loi constitutionnelle de 1982, §52(1)*).

Les descendants de Taylor et de Carter, ainsi que d'autres demandeurs, ont uni leurs efforts pour contester l'interdiction du suicide assisté devant la CSC. En s'appuyant sur les principes établis dans l'affaire *Rodriguez*, auxquels ils ont ajouté l'article 14¹¹ du CCC, ils ont plaidé que cette interdiction violait les droits constitutionnels (*ibid.*).

Le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada a rendu son arrêt dans l'affaire *Carter c. Canada* et a invalidé les dispositions législatives interdisant l'aide médicale à mourir en les déclarant inconstitutionnelles. Par conséquent, ces dispositions doivent être modifiées afin de respecter *la Charte*.

« Nous sommes arrivés à la conclusion que les dispositions prohibant l'aide médicale à mourir (l'al. 241 b) et l'art. 14 du Code criminel **portaient atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que l'art. 7** garantit à Mme Taylor, et ce d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale, et que cette atteinte n'était pas justifiée au regard de l'article premier de la Charte¹². Dans la mesure où les dispositions législatives contestées nient les droits que l'art. 7 reconnaît aux personnes comme Mme Taylor, elles sont nulles par application de l'art. 52 de la Loi constitutionnelle de 1982. Il appartient au Parlement et aux législatures provinciales de répondre, s'ils choisissent de le faire, en adoptant une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans les présents motifs » (*Carter c. Canada, 2015, §126*).

Cette décision établit que ces articles du CCC sont invalides dans les cas où une personne adulte capable, souffrant de problèmes de santé graves et irrémédiables, souhaite mettre fin à sa vie et donne son consentement clair à cet égard.

La réparation appropriée consiste donc en un jugement déclarant que l'alinéa 241 b) et l'article 14 du Code criminel sont nuls dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie ; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. Il convient d'ajouter que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doive subir des traitements qu'il juge inacceptables. Cette déclaration est censée s'appliquer

¹¹ « Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement ». (*Code criminel Canadien*, art. 14)

¹² « La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». (*La Charte*, art.1)

aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut-être demandé. (*Carter c. Canada, 2015, § 127*)

Cette décision a donné un délai jusqu'en juin 2016 pour réviser la législation existante (al. 241 b et art 14 du CCC). La CSC a retardé l'application de sa décision de 12 mois pour permettre au Parlement de s'adapter à son jugement. Elle a souligné la nécessité d'un cadre législatif adéquat pour protéger les personnes vulnérables tout en respectant le droit à l'autonomie individuelle. (*Carter c. Canada, 2015*)

En réponse à l'arrêt *Carter*, un comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir a été créé en décembre 2015 pour étudier cette question et formuler des suggestions générales concernant l'apparition de l'AMM, ce rapport est destiné au gouvernement et au parlement du Canada afin de les aider à élaborer, débattre et voter les lois (Philips & Tiedemann, 2024).

Leur rapport, publié en février 2016, contient 21 recommandations portant sur les critères d'admissibilité et les mesures de protection. Il est important de noter que ce rapport ne reflète pas un consensus unanime entre les membres du comité. La plupart des recommandations ont été intégrées dans le projet de loi C-14 déposé en première lecture le 2 décembre 2020 (*ibid.*). Les recommandations visent à rendre l'AMM accessible aux personnes atteintes de maladies graves et irrémédiables, tout en respectant leur consentement et en protégeant leurs droits et libertés (*ibid.*).

Cependant, certaines recommandations, comme la numéro 3 concernant les maladies mentales, n'ont pas été prises en compte. Cette dernière dispose « que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie » (PDAM, 2016, p 16). Le Comité reconnaît les difficultés de l'application des critères d'admissibilité à l'AMM pour les patients souffrant de maladies mentales, mais insiste sur l'importance des critères de capacité et d'irrémédiabilité. Il reste confiant sur la capacité des professionnels de la santé de créer et de suivre des directives appropriées pour gérer ces cas complexes. **Le Comité estime qu'il serait injuste de refuser l'accès à l'AMM en raison de troubles mentaux et anticipe un faible nombre de demandes dans ce contexte.** (*ibid.*). De plus, la recommandation 6 qui préconise l'accès à l'AMM pour les « mineurs capables et matures » dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur des dispositions pour les adultes, ainsi que la recommandation 7 qui concerne l'autorisation des demandes anticipées d'AMM dans certaines circonstances, ne seront pas prises en compte. (Philips & Tiedemann, 2024)

Par la suite, le gouvernement, en considérant le rapport du comité, a présenté le projet de loi C-14 en avril 2016 pour déterminer un cadre légal pour l'AMM. Ce projet de loi a reçu la sanction royale le 17 juin 2016 et établissait les critères d'admissibilité pour l'AMM ainsi que les mesures de sauvegarde à respecter. De ce fait, seule la personne répondant à tous les critères ci-dessous pouvait être admissible à l'AMM.

- être admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada (CCC, 2017, al. 241.2 (1)a) ;
- être âgé d'au moins 18 ans et être apte à consentir aux soins ou capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé (*ibid.*, al. 241.2 (1)b) ;
- être affecté de « problèmes de santé graves et irrémédiables » (*ibid.*, al. 241.2 (1)c) ;
- avoir fait une demande d'AMM de manière volontaire, sans pression extérieure (*ibid.*, al. 241.2 (1)d) ;
- consentir de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances (*ibid.*, al. 241.2 (1)e).

Pour être qualifiée de présenter des « problèmes de santé graves et irrémédiables » en vertu du projet de loi, la personne devait satisfaire aux critères suivants :

- être atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables (*ibid.*, al. 241.2 (2)a) ;
- avoir une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités (*ibid.*, al. 241.2 (2)b) ;
- éprouver des souffrances physiques ou psychologiques persistantes « qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables » (*ibid.*, al. 241.2 (2)) ;
- se trouver dans un état où la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » (*ibid.*, al. 241.2 (2) d).

La version définitive du projet de loi C-14 disposait la nécessité de réaliser plusieurs examens indépendants sur trois aspects des restrictions actuelles de l'AMM : les demandes pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes basées uniquement sur des troubles mentaux (Nicol & Tiedemann, 2016).

En septembre 2019, le critère d'admissibilité de MNRP sera remis en question par la juge Baudoin de la Cour supérieure du Québec lors de l'affaire *Truchon c. Canada*. Dans cette affaire, il est question de Jean Truchon, souffrant d'une paralysie cérébrale depuis sa naissance, et Nicole Gladu, atteinte de paralysie et scoliose grave causée par la poliomyélite (Philipps & Tiedemann, 2024). Jean Truchon et Nicole Gladu remplissent tous les critères législatifs pour

être admissibles à l'AMM, à l'exception de celui qui exige une MNRP. Ils remettent donc en question la constitutionnalité des critères énoncés dans l'alinéa 241.2 (2) d) du *Code criminel* et de l'article 26, paragraphe 3¹³ de la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Ces critères les excluent de l'accès à l'AMM, car ils ne sont pas en phase terminale de leur vie et leur maladie respective ne précipite pas leur décès (Clouet, 2021).

Selon Truchon et Gladu, l'article 241.2 du CCC viole leurs droits décrits aux articles 7 et 15 de *la Charte*. Cependant, les procureurs généraux du Québec estiment que l'exigence de fin de vie est justifiée par l'article premier de *la Charte*, car elle permet un équilibre entre la protection des personnes vulnérables et l'autonomie des personnes voulant avoir recours à L'AMM (*ibid.*). Finalement, la juge Baudoin conclut que l'exigence de fin de vie est en opposition au droit à la vie. De plus, elle estime que cette exigence prive les demandeurs de leur autonomie décisionnelle et de leur dignité, ce qui constitue une atteinte à leurs droits à la liberté et à la sécurité (*ibid.*). La cour supérieure conclut alors que ces exigences sont en désaccord avec les articles de *la Charte* susmentionnés.

Par conséquent, tant l'exigence législative de la mort naturelle raisonnablement prévisible de l'alinéa 241.2 (2) d) C. cr. que celle de la fin de vie du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la loi québécoise, apparaissent clairement incompatibles avec les paramètres énoncés par la Cour suprême dans l'arrêt Carter. Elles privent en effet des personnes se trouvant dans une condition semblable à celle des demandeurs de la possibilité que leur octroie le jugement Carter d'être admissibles à recevoir l'aide médicale à mourir (*Truchon c. Canada*, 2019, § 501).

La cour a alors accordé un délai de 6 mois aux législateurs pour modifier les dispositions en question, pendant ce temps les dispositions spécifiques du *Code criminel* et de la *Loi sur les soins de fin de vie* resteront en vigueur. (*Truchon c. Canada*, 2019, § 767).

De plus, le tribunal accorde à M. Jean Truchon et à Mme Nicole Gladu une exception à l'invalidité de ces dispositions pendant toute la période où cette suspension est en place. En d'autres termes, ils sont exemptés de l'application de ces parties de la loi tant que la suspension est en vigueur. (*Truchon c. Canada*, 2019, § 768).

Le 24 février 2020, le ministre de la Justice a présenté à la Chambre des communes le projet de loi C-7, visant à modifier la loi sur l'AMM en réponse à la décision *Truchon*. Toutefois, les travaux ont été interrompus à cause de la pandémie de la Covid-19 avant de reprendre le

¹³ « elle est en fin de vie » (*Loi concernant les soins de fin de vie*, § 26(3))

5 octobre 2020. Le 17 mars 2021, le Parlement a adopté le projet de loi C-7, modifiant immédiatement les critères d'admissibilité à l'AMM. L'alinéa 241.2 (2) d) du *Code criminel canadien*, jugé inconstitutionnel dans la décision *Truchon*, a été abrogé par le paragraphe 1 (1) du projet de loi (déposé le 24 février 2020). En conséquence, les personnes souffrant de maladies dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible peuvent désormais accéder à l'AMM, sous réserve de mesures de sauvegarde particulières.

Le projet de loi C-7 propose également d'exclure la « maladie mentale » des critères d'admissibilité à l'AMM. Cela empêche les personnes dont la seule condition médicale est une maladie mentale d'accéder à l'AMM. Bien que la décision *Truchon* ne concernait pas ces personnes, l'élimination du critère de MNRP aurait pu leur permettre d'avoir accès à l'AMM. Initialement, le gouvernement souhaitait écarter ces personnes des critères d'admissibilité, mais un amendement du Sénat a introduit une clause de temporisation de 24 mois, qui permettrait aux personnes atteintes uniquement de maladie mentale de bénéficier de l'AMM à partir du 17 mars 2023 (*Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 2021, § 6)¹⁴. Malgré des avis partagés, cet amendement a été accepté par la Chambre. Dès lors, les critères d'admissibilité après ce projet sont les mêmes que ceux toujours existants à l'heure actuelle (voir annexe 2).

Cependant, la loi demandera aux ministres de la Santé et de la Justice de faire examiner par des experts « les protocoles, lignes directrices et mesures de sauvegarde recommandées pour les demandes d'aide médicale à mourir des personnes atteintes de maladie mentale » (*Loi modifiant le Code criminel-aide médicale à mourir*, 2021, § 3.1 (1)). Le rapport des experts devait être remis aux ministres le 17 mars 2022 pour assurer des mesures basées sur des normes cliniques uniformes à travers le pays (*Ibid.* § 3.1 (2))

Dans cette lignée, un groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale nommé « le Groupe » a été formé en août 2021. Leur but est d'étudier les conditions d'admissibilités des personnes atteintes de maladie mentale. Dans son rapport publié le 13 mai 2022, Le Groupe a

¹⁴ « Le paragraphe 1(2.1) entre en vigueur au deuxième anniversaire de la sanction de la présente loi » (*Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 2021, §6)

choisi d'utiliser le terme « trouble mental¹⁵ » plutôt que « maladie mentale¹⁶ », car ce dernier ne dispose pas d'une définition standard. Cette décision vise à éviter toute confusion et à s'aligner avec les classifications diagnostiques couramment utilisées en psychiatrie (AQDM, 2023).

Les travaux du groupe ont abouti à 19 recommandations destinées à encadrer l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI). Ils estiment que ces recommandations sont réalisables sans nouvelles mesures de sauvegarde. Ils considèrent également que les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde actuelles relatifs à l'AMM, renforcés par les lois, les normes et les pratiques dans les domaines connexes des soins de santé, peuvent suffire à encadrer l'AMM TM-SPMI, pour autant qu'ils soient interprétés en tenant compte de la nature spécifique des troubles mentaux. (Le Groupe, 2022).

¹⁵ « selon le DSM-5, un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation considérable sur le plan clinique de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'une personne, qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent les fonctions mentales. » (Le Groupe, 2022, p.7)

¹⁶ « désigne un sous-ensemble de troubles mentaux, mais ne dispose pas d'une définition clinique standard. Il s'agit du terme utilisé dans le projet de loi C-7 et dans les documents connexes (p. ex. le contexte législatif et l'énoncé concernant la Charte) ». (Le Groupe, 2022, p.6)

Le groupe a 4 principales préoccupations liées à l'AMM TM-SPMI qui ont été examinées afin de formuler ses recommandations

1. **Incurabilité et irréversibilité** : Comme pour d'autres problèmes de santé, il est difficile de prévoir l'évolution à long terme des troubles mentaux pour un individu. Pour être admissible à l'AMM, il est nécessaire d'établir l'incapacité à guérir ou à revenir à un état antérieur.

2. **Capacité** : Au Canada, tout adulte, y compris souffrant de troubles mentaux, est présumé avoir la capacité de prendre des décisions de santé éclairées. Cependant, évaluer cette capacité peut être difficile, surtout lorsque les symptômes affectent la prise de décision.

3. **Tendances suicidaires** : Bien qu'il existe une forte corrélation entre les troubles mentaux diagnostiqués et le risque de suicide, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux ne se suicident pas. Ainsi, la présence d'un trouble mental seul ne garantit pas un risque de suicide. Cependant, il est important que les cliniciens prennent au sérieux les tendances suicidaires exprimées par les patients, même en l'absence de diagnostic explicite de trouble mental associé au suicide.

4. **Vulnérabilité structurelle** : Les troubles mentaux peuvent interagir avec d'autres facteurs sociaux, économiques et culturels pour augmenter la vulnérabilité. Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être mal comprises et leurs demandes d'AMM mal interprétées, ce qui peut conduire à des mesures inappropriées.

En conclusion, bien que son rôle se limite aux maladies mentales, le Groupe considère que ses recommandations sur les mesures de sauvegarde et les directives devraient être applicables à toutes les situations cliniques où ces préoccupations sont présentes. Ensuite, le rapport suggère que la considération exclusive des troubles mentaux comme critère d'admissibilité à l'AMM ne prend pas en compte toute la complexité des situations individuelles et des maladies. Il met en lumière le fait que de nombreuses autres personnes peuvent également être vulnérables et avoir besoin de cette option. Ainsi, cela signifie que les personnes atteintes de troubles mentaux pourraient être intégrées dans l'AMM, mais cela nécessite une réflexion sur la manière de répondre adéquatement aux besoins de tous les individus qui pourraient choisir cette option.

Plus tard, à l'approche de la date limite de la clause de temporisation prévue pour le 17 mars 2023 par le projet de loi C-7, un nouveau projet de loi (C-39) a été introduit le 2 février 2023. Ce projet propose de prolonger jusqu'au 17 mars 2024, l'exclusion temporaire de

l'admissibilité à l'AMM pour les personnes dont le seul problème de santé est la maladie mentale.

Depuis les changements apportés à la loi sur l'AMM en 2021, des inquiétudes ont été soulevées quant à l'équité et à la sécurité du processus de décision, surtout lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible et que la maladie mentale est le seul problème de santé. L'inclusion de ces personnes nécessite une approche prudente pour éviter de porter préjudice à des individus vulnérables tout en respectant leur autonomie et leur liberté de choix. (Gouvernement du Canada, 2023). Dans cette perspective, le projet de loi C-39 vise à prolonger la période de réflexion afin de :

- Partager des informations importantes, telles que des lignes directrices sur la prise de décision en matière d'AMM, et former les professionnels de la santé à leur utilisation. Cela aiderait à garantir des décisions justes et sécurisées pour les personnes dont le seul problème de santé est la maladie mentale (*ibid.*).
- Tenir compte des recommandations formulées par « Le groupe » sur l'AMM et la maladie mentale (*ibid.*).

Finalement, malgré des débats limités en raison de l'urgence de la situation, le projet de loi C-39 a reçu la sanction royale le 9 mars 2023, reportant ainsi l'inclusion susmentionnée de 12 mois. (*ibid.*).

De plus, bien que des efforts aient été faits pour préparer l'introduction de l'AMM TM-SPMI, le gouvernement du Canada a constaté que le système de santé n'était pas encore prêt pour cette expansion. Le rapport récent de l'AMAD, publié le 29 janvier 2024, note des progrès, mais évoque leur insuffisance pour permettre une expansion sécuritaire de l'AMM TM-SPMI (Santé Canada, 2024 juillet).

Dans cette perspective, le ministre de la Santé, Mark Holland, a déposé le projet de loi C-62 visant à reporter cette admissibilité de trois ans. Il a déclaré à ce propos :

[...] Cependant, après des consultations approfondies avec les principaux partenaires du système de santé, les provinces et les territoires, et à la suite de la publication du rapport du Comité mixte spécial, nous avons bien compris que le système de santé n'est pas encore prêt pour l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué. [...] (Mark Holland, cité dans Santé Canada, 2024 février).

Ce projet de loi, déposé le 1^{er} février 2024 a reçu la sanction royale le 29 février 2024, retardant ainsi l'inclusion jusqu'au 17 avril 2027.¹⁷

1.3 Formulation de la problématique

L'aide médicale à mourir est un sujet d'actualité au Canada. En effet, l'AMM fait débat depuis les affaires *Rodriguez* et *Carter* jusqu'à aujourd'hui. De nombreuses recherches abordent ce processus de fin de vie, cependant peu explorent son lien avec les maladies mentales, probablement en raison de l'apparition récente de ces préoccupations. De ce fait, la question de la maladie mentale n'est apparue qu'en 2019, lors du projet de loi C-7 suivant l'affaire *Truchon*. C'est à ce moment que la décision de retirer l'exigence d'une MNRP des critères d'admissibilité de l'AMM a été prise. Dès lors que ce critère de fin de vie a été supprimé, la possibilité d'intégrer les maladies mentales à l'AMM est apparue. En effet, étant donné que les maladies mentales ne conduisent pas directement à la mort naturelle, cela a suscité des discussions sur la possibilité d'offrir l'AMM aux personnes souffrant de maladie mentale.

En explorant l'évolution de la législation sur l'AMM au Canada, nous avons observé qu'une volonté générale d'inclure les personnes atteintes de maladies ressort, comme le montrent les délais spécifiques définis pour leur admissibilité. Cependant, malgré cette intention, les dates prévues pour cette intégration sont régulièrement repoussées, souvent en raison du manque de préparation du pays perçu par les autorités pour ce changement. Par exemple, pendant la clause de temporisation du projet de loi C-7 dont la fin était fixée au 17 mars 2023, un nouveau projet de loi (C-39) a repoussé cette date au 17 mars 2024. Plus récemment, en février 2024, le projet de loi C-62 a encore prolongé ce délai jusqu'en mars 2027. On observe alors une dualité entre une intégration et un rejet des personnes atteintes uniquement de maladie mentale.

En outre, les recherches concernant l'intégration des personnes atteintes de maladies mentales au sein de l'AMM restent peu nombreuses et assez récentes. On retrouve quelques

¹⁷ Ainsi, en août 2024 (date de publication de ce mémoire), la situation concernant l'AMM et les personnes atteintes de maladies mentales reste inchangée

rapports et textes scientifiques telles que celles de Martin (2023), Freeland et al. (2022), et Gaind et al. (2020) qui fournissent des recommandations sur l'intégration des personnes atteintes de maladies mentales à l'AMM. Ces suggestions s'expliquent notamment par la nécessité des parlementaires de rassembler un maximum d'informations afin de prendre la meilleure décision pour voter les lois. Notre recherche ne se veut dès lors pas émettre des recommandations sur comment intégrer les malades mentaux à l'AMM, tout d'abord parce que nous ne sommes pas compétents sur le sujet, mais également, car cela a déjà beaucoup été étudié.

De plus, très peu de (voire aucune) recherches s'attardent sur la vision des parlementaires à ce sujet. Par exemple, Bravo et al. (2023) se sont intéressés à l'avis des travailleurs sociaux sur l'acceptabilité d'étendre l'AMM aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Ensuite, Thériault (2021), dans son mémoire de master, étudie la vision des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'AMM, indiquant qu'elles seraient favorables à l'accès à l'AMM par peur de la maladie plutôt que par leur souffrance.

Enfin, certains auteurs tels que Provencher et al. (2019) et Auxéméry (2023) abordent l'accès à l'AMM pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Ils examinent ce thème en parlant de la notion de suicide comme liée aux troubles mentaux, ceux-ci étant l'un des principaux facteurs de risque de suicide. Ils s'interrogent sur la capacité des personnes atteintes de maladies mentales à prendre des décisions éclairées concernant l'AMM. Il est important, selon eux, de distinguer deux groupes : d'une part, ceux ayant des idées suicidaires en raison d'une maladie mentale, mais dont la qualité de vie pourrait être améliorée avec un traitement adéquat, et d'autre part, ceux dont la souffrance est due à une maladie mentale incurable par des traitements acceptables. Seuls ces derniers devraient être éligibles à l'AMM (Provencher & al., 2019, p. 804). Auxéméry (2023) ajoute que l'AMM pourrait être considérée comme une extension des conduites suicidaires. De plus, Martineau et al. (2023) soulignent l'importance de reconnaître les facteurs sociaux, politiques et culturels influençant la capacité décisionnelle des personnes atteintes de maladies mentales.

Après avoir examiné le contexte législatif et les études existantes, nous avons jugé intéressant de nous attarder sur la tension entre la volonté d'intégrer les personnes souffrant de maladie mentale à l'AMM et le rejet persistant de cette intégration. En effet en explorant davantage cette problématique, nous avons observé un phénomène qui a retenu notre attention ; celui d'un **flou définitionnel**.

De ce fait, nous avons remarqué que pour ce qui est des maladies physiques admissibles à l'AMM, une définition est présente. Pour rappel, pour avoir accès à l'AMM il faut être atteint de problèmes de santé graves et irrémédiables, le *Code criminel* le précise au travers de l'alinéa 241.2 (2) (voir annexe 2).

Ces extraits de lois sont à comprendre par le fait qu'avec l'exclusion de la maladie mentale, c'est alors la maladie physique qui est visée. Cependant, une personne répondant à tous les critères d'admissibilité peut aussi¹⁸ être atteinte d'une maladie mentale.

Dans cette optique de différenciation entre maladie mentale et physique, nous avons observé que certains auteurs affirment qu'il existe un lien entre maladie somatique¹⁹ et psychique. Par exemple selon Peter et Tarquinio (2012), la relation entre les maladies somatiques et les souffrances psychologiques est observée dans « la plupart des études épidémiologiques portant sur les maladies chroniques » (p. 43). Ils affirment que les personnes atteintes de maladies chroniques ou aiguës ont plus de risques de développer des troubles mentaux que les individus en bonne santé (Gili & al., 2010 ; Verhaak & al., 2005, cités par Peter et Tarquinio, 2012). En outre, Dumouchel (2006) discute de la perspective de Pinel selon laquelle il n'est pas pertinent de différencier radicalement les maladies physiques des maladies mentales. Cependant, Peter et Tarquinio (2012) racontent que la recherche actuelle rencontre des difficultés à établir des liens physiopathologiques directs entre les troubles somatiques et psychiques, malgré une compréhension relativement bonne des liens causaux indirects. Nous comprenons cette vision et ne la mettons pas de côté, cependant dans notre recherche, nous nous intéressons à la distinction qui est faite entre maladie mentale et maladie physique au sein de l'AMM. En effet, la loi émet une certaine séparation (maladie physique *versus* maladie mentale), cependant nous devons tenir compte du fait que les personnes souffrant de ces 2 maladies peuvent tout de même avoir accès à l'AMM, ce qui montre qu'il y a également une compréhension du lien, mais nous verrons que ce dernier est friable.

Bien que les maladies physiques admissibles à l'AMM soient définies, un questionnement persiste autour de ce que signifie la maladie mentale. Nous avons pu observer que ni les parlementaires, ni les experts, ni la littérature, ni la loi ne s'accordaient sur une définition claire

¹⁸ Par « aussi » nous entendons que les souffrances doivent être liées à une condition physique ou à une combinaison de conditions physiques et mentales, mais pas uniquement mentale.

¹⁹ Une maladie somatique est une maladie « qui se rapporte au corps » (Larousse, s. d.)

de ce qu'est la maladie mentale. Dans cette recherche, nous appellerons cela le « flou définitionnel ».

Notre **question de recherche** est donc la suivante :

Comment le *flou définitionnel* entourant la maladie mentale influence-t-il les décisions législatives concernant l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale dans l'aide médicale à mourir au Canada ?

En prenant en compte l'importance accordée à l'aptitude à consentir, comme soulignée par Provencher et al. (2019, p.804), Auxéméry (2023) et Martineau et al. (2023), ainsi que de l'association fréquente avec le risque de suicide, nous avons émis quelques **sous-questions** :

- Comment les critères actuels pour l'éligibilité à l'AMM au Canada sont-ils appliqués aux personnes atteintes de maladie mentale ?
- En quoi le flou définitionnel entourant la maladie mentale contribue-t-il à l'association de cette dernière avec le risque de suicide ?
- Pourquoi les personnes atteintes de maladie mentale sont-elles considérées moins ou non aptes à consentir, et comment cela affecte-t-il leur éligibilité ou intégration à l'AMM au Canada ?

Sur base de ces sous-questions, voici notre proposition d'**hypothèse** :

Le *flou définitionnel* entourant la maladie mentale contribue à renforcer le lien perçu entre maladie mentale et suicide dans les débats parlementaires concernant l'intégration des personnes ayant comme seul problème de santé une maladie mentale dans l'AMM. Cette incertitude (définitionnelle) entraîne des débats/questionnements sur la capacité décisionnelle et le consentement de ces patients, ce qui conduit les parlementaires à prendre des décisions allant à l'encontre de l'intégration de ces personnes (la capacité décisionnelle étant un critère important d'admissibilité).

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Choix du terme « maladie mentale »

Nous allons explorer plus en profondeur le flou définitionnel durant la présentation des résultats, mais nous pouvons déjà constater que l'utilisation du « bon terme »²⁰ n'est pas facile. Comme nous l'avons déjà vu, le groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale (Le Groupe) parle de troubles mentaux en raison du flou définitionnel entourant la notion de maladie mentale. Par flou définitionnel, nous le développerons, nous entendons l'absence d'une définition claire et universelle du terme.

Dans cette recherche, nous parlerons de « maladie mentale » pour plusieurs raisons, notamment parce que c'est le terme utilisé dans la loi et nous nous intéressons ici aux débats parlementaires qui traitent des projets de loi. Ce flou définitionnel constitue un des points essentiels de notre étude. Cela n'aurait donc pas de sens, selon nous, d'utiliser un autre terme, car cela nuirait à la cohérence de notre analyse. En conservant l'expression « maladie mentale », nous nous rappelons constamment ce « flou », et le fait qu'il n'y ait pas de définition claire fait justement partie de notre problématique. Ainsi, nous pouvons mieux aborder les implications de cette ambiguïté et examiner comment elle influence les discours législatifs autour de la maladie mentale. Cependant, lorsque nous mentionnerons les « troubles mentaux » dans cette recherche, ce sera uniquement pour faire référence aux dossiers ou aux auteurs qui emploient cette expression.

2.2 Présentation et sélection des données empiriques.

Au cours du chapitre précédent, nous avons présenté les avancées législatives en matière d'aide médicale à mourir. Dès lors, nous avons vu que plusieurs projets de loi ont été proposés au cours des dernières années. Pour rappel, un projet de loi énonce les règles de conduite, constitue une base pouvant être modifiée, refusée ou acceptée (Parlement du Canada, s.d.). Ces projets sont soumis à différents débats parlementaires, divisés en plusieurs lectures. L'étude du projet de loi est soumise aux deux chambres. Ainsi, chaque chambre procède à un minimum de trois lectures²¹ du projet de loi. La première lecture se limite à la présentation du projet, tandis

²⁰ Par cette expression nous entendons le terme qui marquerait un consensus quant à son utilisation.

²¹ C'est le cas lorsque que le projet de loi n'est pas rejeté avant. En effet, le processus peut s'arrêter dès la deuxième lecture si les parlementaires décident, déjà à ce stade, de ne pas l'adopter.

que les deux dernières incluent plusieurs sessions de débats (pour davantage de précisions sur le processus législatif canadien, voir annexe 1).

Notre choix de mener notre analyse à travers les débats parlementaires s'est fait pour différentes raisons. Premièrement, ils offrent un accès aux opinions des parlementaires, permettant de comprendre comment leurs avis et perceptions influencent les débats et les décisions législatives sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale. De plus, en tant que documents officiels et publics, les débats parlementaires sont des sources fiables et vérifiables qui renforcent la crédibilité de cette étude.

Ensuite, notre source empirique se compose des débats parlementaires sur les projets de loi C-7, C-39 et C-62 à la Chambre des communes. Nous avons estimé qu'il était plus pertinent d'étudier les débats de la Chambre des communes plutôt que ceux du Sénat. En effet, nous attarder sur tous les débats parlementaires des deux chambres aurait été un travail trop conséquent. Il était important de faire un choix afin de diriger au mieux notre étude. De plus, les projets de loi sont généralement, sauf rares exceptions, déposés en premier lieu à la Chambre des communes, comme l'indique notamment la lettre « C » des débats sélectionnés²². Ensuite, les députés sont des représentants élus par les citoyens et tentent, dans la mesure du possible, de prendre en compte leurs opinions. Cette approche nous permettra d'obtenir une perspective plutôt complète sur les enjeux entourant l'inclusion des personnes souffrant de maladies mentales dans le cadre de l'AMM.

Dans cette même lignée, nous avons choisi d'étudier les projets de loi C-7, C-39 et C-62, car c'est lors de leur examen que la question de l'inclusion des personnes dont le seul problème de santé est la maladie mentale a été abordée. Ces débats apparaissent après la décision Truchon, qui a indirectement introduit la possibilité d'intégrer les personnes atteintes uniquement de maladies mentales. Nous nous sommes concentrés sur les 2^e et 3^e lectures parce que c'est à ce moment-là que les débats prennent véritablement place. La première lecture est consacrée au dépôt du projet de loi et les députés ne présentent pas encore leurs arguments à ce stade. Cependant, au cours de nos lectures, nous avons compris qu'une disposition visant à intégrer une date butoir pour l'inclusion des personnes dont la seule condition médicale est une maladie mentale a été proposée dans les amendements présentés par le Sénat. Les débats lors des 2^e et 3^e lectures du projet de loi C-7 ne semblaient pas couvrir de manière exhaustive les arguments

²² La lettre précédant le numéro de chaque projet de loi indique la chambre où il a été présenté : « S » pour le Sénat et « C » pour la Chambre des communes (par exemple, S-8 ou C-7). De ce fait, tous les projets de loi sont classés numériquement de manière chronologique au cours de chaque session parlementaire, ce qui indique l'ordre de leur introduction. (Parlement du Canada, s. d)

avancés par les députés sur cette question. Par conséquent, nous avons décidé d'ajouter à notre source empirique l'étude des amendements du Sénat effectuée par la Chambre des communes (lors du projet C-7).

Nous avons commencé par lire le projet de loi C-39, dont les 2^e et 3^e lectures ont respectivement eu lieu les 13 et 15 février 2023. Ce projet vise à retarder d'un an la date d'accès à l'AMM pour les Canadiens atteints de maladies mentales. Il était donc nécessaire de lire les débats en entier, d'autant plus que les dossiers n'étaient ni nombreux ni volumineux. En effet, il y a seulement eu une séance par lecture en raison de l'urgence de la situation. Pour le projet de loi C-7, il y a eu dix séances au total (pour les 2^e et 3^e lectures), qui se sont déroulées du 9 octobre au 10 décembre 2020. Étant donné la grande quantité de documents et le fait que la question de la maladie mentale était peu abordée (la clause de temporisation étant apparue après ces lectures, comme expliqué précédemment), nous avons utilisé une recherche par mot-clé pour cibler les passages intéressants. Les termes utilisés ont été : « maladie mentale », « santé mentale », « troubles mentaux » regroupés sous le radical commun « menta ». Les notions d'« aide médicale à mourir » et de « vulnérabilité » ont également été utilisées pour nous assurer de lire tous les passages pertinents. De plus, pour les débats concernant l'étude des amendements du Sénat, nous avons effectué une lecture complète des séances des 23 février et 11 mars 2021, pour les mêmes raisons que celles évoquées pour les 2^e et 3^e lectures du projet de loi C-39.

Pour terminer, nous nous sommes attardés sur l'étude des 2^e et 3^e lectures du projet de loi C-62, qui ont respectivement eu lieu les 14 et 15 février 2024. Étant donné l'actualité du sujet, il nous était inévitable de terminer par cet examen. Pour ces débats, nous avons appliqué la même méthode que pour le projet de loi C-39 (et par conséquent C-7), car ces projets ont été déposés avec la même volonté de retardement.

2.3 Théorisation ancrée

2.3.1 Choix méthodologiques

La théorisation ancrée découle d'une traduction et d'une adaptation de la *Grounded Theory* initialement présentée par Glaser et Strauss en 1967 (Paillé, 1994). En effet, la théorisation ancrée se voit adaptée puisque cette dernière est une méthode d'analyse de données tandis que la *Grounded Theory* est une méthode de recherche qualitative (*ibid.*). De ce fait, malgré sa traduction, elle se distingue tout de même par des modifications nécessaires à son adaptation.

L'objectif de la théorisation ancrée est de « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996, p. 184). Cependant, théoriser ne signifie pas nécessairement élaborer une théorie générale. Il s'agit plutôt de dégager le sens d'un événement et de le comprendre sous un angle nouveau (Paillé, 1994). Cette théorisation est ancrée dans les données et se construit par une comparaison continue entre la théorie et l'empirie (*ibid.*).

De plus, cette méthode « consiste à procéder d'abord de manière rigoureusement méticuleuse, avant de passer à un type de travail plus sélectif, de poursuivre des pistes et d'en abandonner d'autres » (Paillé, 2017, p. 76). Ce choix méthodologique s'est révélé pertinent dans le cadre de notre recherche. Bien que ce ne soit pas une décision initialement consciente, la théorisation ancrée s'est imposée naturellement au fil de notre travail. Notre projet de départ portait sur un sujet connexe, mais le manque de matériel empirique nous a conduits à réorienter nos recherches. Les débats parlementaires étant encore peu explorés, nous avons commencé à les lire de manière large au sujet de l'AMM. Cette exploration, combinée à des retours réguliers vers la théorie, nous a permis de développer et préciser progressivement notre sujet actuel.

Ensuite, la théorisation ancrée s'inscrit dans une démarche inductive. Selon Glaser et Strauss (cités dans Guillemette & Luckerhoff, 2009), la *Grounded Theory* se distingue des approches hypothético-déductives, qui récoltent des théories et hypothèses avant de les vérifier et les interpréter empiriquement. Dans la théorisation ancrée, le cadre théorique est construit à partir des données (méthode inductive). Cependant, le va-et-vient incessant entre l'empirie et la théorie peut questionner la réelle inductivité de la méthode. Pour clarifier cet aspect, le concept d'*emergent fit* a été introduit (Guillemette & Luckerhoff, 2009).

Ce terme désigne le processus par lequel les catégories et concepts théoriques sont ajustés pour correspondre aux données empiriques collectées. Plutôt que d'imposer des théories

préexistantes aux données, les chercheurs adaptent continuellement ces catégories pour qu'elles reflètent les observations. Ainsi, les concepts évoluent en fonction des données, ce qui respecte le processus inductif de la théorisation ancrée dans laquelle les théories émergent des données. (Horincq Detournay, 2021). Ainsi, il est difficile de justifier les choix méthodologiques avant d'avoir réalisé des recherches préalables. Ces choix se font au fur et à mesure en tenant compte de ce qui ressort des données empiriques (Guillemette & Luckerhoff, 2009). Cela explique la pertinence de notre choix méthodologique, qui s'adapte continuellement aux données collectées et assure une théorisation qui reflète la réalité observée.

2.3.2 Analyse par théorisation ancrée

L'analyse par la théorie ancrée comporte 6 étapes : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. Ces dernières, bien qu'elles soient présentées dans un ordre séquentiel pour théoriser un corpus, ne sont pas à considérer comme étant indépendantes les unes des autres. Il ne faut pas non plus croire que la progression se fait de manière linéaire. En réalité, ces étapes peuvent interagir et nécessiter des ajustements tout au long du processus de recherche. (Paillé, 1994)

Dans la première étape de **codification**, il s'agit de reformuler les données brutes en restant fidèle à la réalité exprimée (Méliani, 2013). Cela revient à réécrire presque ligne par ligne ce qui est dit dans les documents analysés (Paillé, 1994). Les mots ou expressions choisis doivent permettre à un lecteur extérieur de comprendre l'« essentiel du témoignage ». (Paillé, 1996, p.186).

Pour cette étape, nous avons procédé de la manière suivante : dès qu'un passage, un mot ou une phrase était intéressant pour notre recherche, nous le soulignions dans le document et le reformulions de manière plus concise et spécifique à l'extrait en question.

Figure 2 : Codification du texte

Examinons certaines des données dont disposait le ministre au printemps. Le Dr John Maher, psychiatre clinicien et éthicien médical qui a comparu devant le comité, a déclaré: « Les psychiatres ne savent pas, et ne peuvent pas savoir, quel patient verra son état s'améliorer et vivra une bonne vie pendant des décennies. Les maladies du cerveau ne sont pas comme des maladies du foie. »

Comment se fait-il que, tout au long de notre vie, le droit nous consacre le principe à l'autodétermination de notre personne, mais pas au moment le plus intime de notre vie? Ce n'est pas l'État ou le voisin qui va mourir à notre place. Au nom de quoi l'État s'autoriserait-il, au moment le plus intime de notre vie, à décider à notre place?

Ce sont les fondements et les principes éthiques et philosophiques qui sont à la base de notre prise de position. Ce n'est pas parce qu'on a un trouble mental qu'on doit subir la discrimination sociale et stigmatisante en plus. La maladie mentale, même si elle a accédé au titre de maladie, n'est pas considérée sur le même pied d'égalité. Elle donne lieu à de la discrimination et à de la stigmatisation.

autodétermination- rôle de l'Etat
 irréversibilité maladie mentale
 égalité des maladies- discrimination

Nous allons ensuite directement coder le passage dans notre tableau Microsoft Excel en remplissant les différents renseignements (voir figure 3). Le « type » correspond au type d'argument (autrement dit, la manière dont nous avons renommé l'extrait dans le texte). Ensuite, nous notons l'auteur/autrice des propos, le parti dont il/elle fait partie, la lecture concernée, la séance, le sujet (l'extrait parle-t-il de l'intégration des personnes ayant pour seul problème de santé la maladie mentale, ou est-il question de la prolongation de la clause de temporisation ?), la page, la date, ainsi que l'extrait. Notre document est divisé en différentes feuilles nommées C-7, C-39 et C-62, et sur chaque feuille se trouvent deux tableaux : l'un qui contient les arguments « pour » et l'autre les arguments « contre ». Sur la figure 3 ci-dessous, nous pouvons observer une partie des arguments « contre » de la 2^e lecture, séance 159 du projet de loi C-39 qui s'est déroulé le 13 février 2023.

Figure 3 : Codification Microsoft Excel

CONTRE ->	TYPE	QUI	parti	LECTURE	SEANCE	SUJET	PAGE	DATE	EXTRAIT
	Statistiques	L'hon. Rob Moore	PCC		2	159 PROLONGATION	11580	2023-02-13	Nous avons donc maintenant la preuve que 70 % di
	avis de la population	M. Frank Caputo	PCC			prolongation	11580		Il faut vraiment, à mon avis, que le ministre de la J
	fondement	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11582		Il n'y a eu aucune étude sérieuse et absolument a
	irréversibilité de la maladie	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11582		La preuve montrant que cela ne peut se faire en toi
	irréversibilité de la maladie	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11583		Brian Mishara, psychiatre clinicien et professeur à
	subjectivité de l'évaluation	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11583		Le groupe d'experts n'a pas employé le même lang
	subjectivité de l'évaluation	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11583		Sur une question de vie et de mort, le risque d'être
	rationalité/ suicide	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11583		Il est très difficile de distinguer une demande moti
	STATistiques sur volonté d'intégration	M. Michael Cooper	PCC			prolongation?	11583		Environ 2 % ont exprimé leurs soutiens. Quelque 91 %
	Question fondamentales	M. Michael Cooper	PCC			prolongation	11583		Ce que nous avons n'est rien d'autre qu'une date l
	irréversibilité/subj	M. Michael Cooper	PCC			prolongation	11584		J'ai dit que le groupe d'experts reconnait ce que d
	tendance suicidaire	M. Michael Cooper	PCC			Intégration	11584		Il explique pourquoi ce serait inapproprié, étant dc
	Financement santé mentale	m. michael Cooper	PCC			Intégration	11585		le premier ministre a affirmé que la santé mentale
	Éthique, priorité gnmt	M. Michael Cooper	PCC			INTÉgration	11585		Au lieu d'offrir du soutien et de l'aide, le gouverne

L'étape de **catégorisation** est en lien avec la première. C'est une « opération intellectuelle qui permet de subsumer un sens plus général sous un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà traités et dénommés (codifiés) » (Mucchielli, 1996, p. 23). En d'autres termes, cela revient à recoder le corpus en employant des catégories, ce qui constitue un outil plus élaboré (Paillé, 1994). Bien que les deux premières étapes soient assez similaires, il ne faut pas penser que la deuxième annule la première. Elle permet, au contraire, d'élargir le contexte explicatif (*ibid.*). Le corpus n'est alors plus codé ligne par ligne, mais les codes sont relus et regroupés.

Pour ce qui est de cette partie, nous l'avons commencée au départ sans réellement nous en apercevoir. En effet, après chaque lecture des débats concernant un projet de loi, nous écrivions un résumé des arguments qui ressortaient. C'est en les relisant que nous nous sommes rendu compte que, bien qu'elle soit très vaste, nous avons déjà effectué une première catégorisation. Cependant, cette dernière reposait surtout sur les arguments généraux qui ressortaient en (dé)faveur de l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale au sein l'AMM. C'est alors par différents allers-retours entre les 2 premières étapes ainsi qu'avec l'aide de la

littérature scientifique qu'il nous a été possible de préciser les catégories qui « sortaient du lot » et donc d'avoir une idée plus claire du sujet principal de recherche. Cependant, une fois les catégories établies, il est important de les définir, d'en dégager les propriétés et les dimensions (*ibid.*), comme nous l'avons fait sur le tableau 2 de la page suivante. C'est notamment lors de cette volonté de définition que nous avons découvert que le « flou définitionnel » de la maladie mentale présent dans nos données empiriques existait également dans la littérature scientifique. Cette découverte a eu un impact significatif sur la compréhension de notre sujet.

Tableau 2 : Définition des catégories

Concept	Définition
Truchon	C'est en septembre 2019, avec la décision <i>Truchon c. Canada</i> , que l'exigence d'une MNRP a été retirée des critères d'admissibilité à l'AMM. Dès lors que ce critère de fin de vie a été supprimé, la possibilité d'intégrer les maladies mentales est apparue.
Intégration	À la suite des débats entourant le projet de loi C-7, une clause de temporisation a été fixée par la législation, les personnes atteintes de maladies mentales pourront alors accéder à l'AMM quand cette clause prendra fin.
Rejet	La clause de temporisation fixée est constamment prolongée. Les personnes atteintes de maladies mentales se voient donc refuser l'accès à l'AMM chaque fois que la date butoir approche, en raison de nouveaux projets de loi adoptés qui reportent cette échéance.
Maladie mentale et flou définitionnel	Ces deux concepts se comprennent ensemble, en effet il n'y a pas de définition claire entourant la maladie mentale. On ne se sait pas ce qui s'y intègre et c'est en cela que le concept de flou définitionnel apparaît. Il démontre l'absence d'un consensus définitionnel sur le terme.
Suicide (liaison)	Le suicide est souvent compris en relation avec la maladie mentale. Dès que la question de la fin de vie est abordée, un lien entre suicide et maladie mentale est fréquemment fait. Cette association est alimentée par le flou définitionnel existant entourant la maladie mentale.
Volonté	La volonté renvoie notamment au fait d'être capable d'émettre un consentement libre et éclairé. Ce critère est indispensable pour l'AMM, c'est une condition d'admissibilité. Le flou définitionnel questionne (in)directement ce critère. Dès lors, cela pourrait expliquer le rejet des personnes atteintes uniquement de maladie mentale de l'AMM.

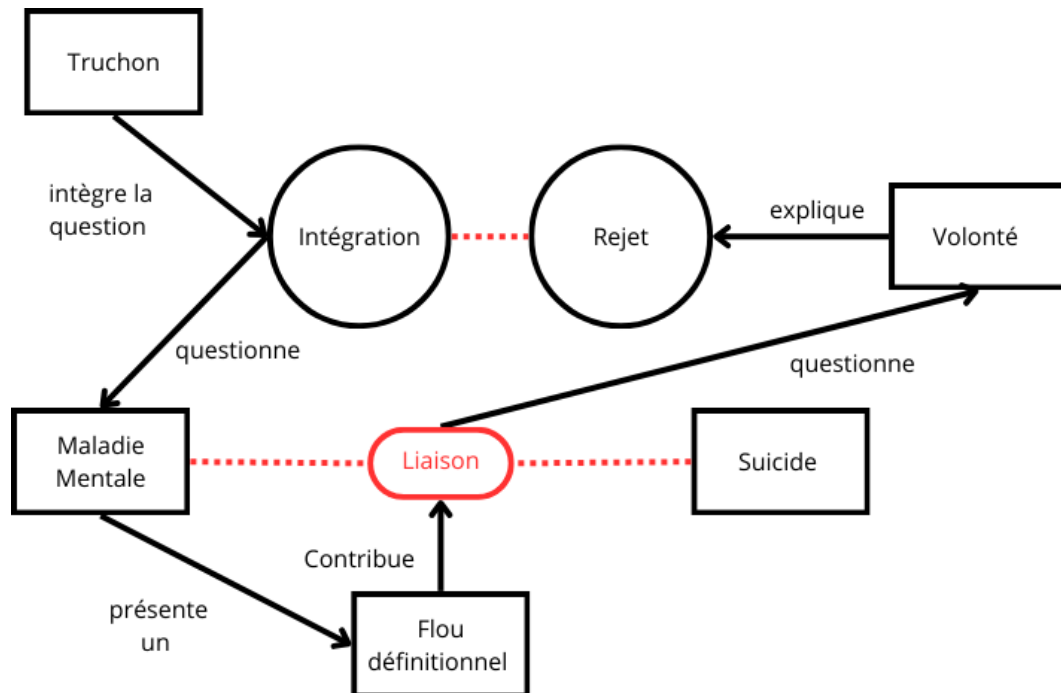
La troisième étape est celle de la **mise en relation**, il s'agit de créer des liens qui ont déjà commencé à se former durant la catégorisation (*ibid.*), de systématiser (Méliani, 2013). Il existe différentes approches pour ce faire. L'*approche empirique* consiste à examiner les catégories identifiées et à rechercher les liens potentiels entre elles (Paillé, 1994). L'*approche spéculative* utilise la logique pour déterminer quels types de connexions devraient normalement unir ces catégories (*ibid.*). Enfin, l'*approche théorique* implique de faire des liens entre les catégories en se basant sur la littérature scientifique, puis de vérifier si ces liens peuvent être généralisés aux données recueillies (*ibid.*). Pour notre part, nous avons adopté une approche empirique. En

effet, au cours du processus de codage et de catégorisation, des liens se sont formés naturellement entre certaines catégories. Cette méthode nous a permis d'identifier des connexions entre des éléments auxquels nous n'aurions pas nécessairement pensé en suivant une approche basée sur la logique.

Les étapes susmentionnées ont irrémédiablement donné suite à « l'**intégration** ». Cette étape a pour but d'examiner les données/catégories afin d'en dégager l'objet d'étude précis. On cherche à identifier l'objet principal (*ibid.*). Elle est importante, car elle permet de clarifier et de focaliser la recherche sur un sujet spécifique. Dans notre cas, cela a été effectué durant la mise en relation. En effet, c'est grâce aux liens créés entre les différentes catégories qu'un sujet a émergé : celui de l'intégration des personnes atteintes de maladies mentales dans le cadre de l'AMM. Bien que ce sujet reste assez général, la catégorisation nous a permis de centrer notre attention sur l'avis des parlementaires vis-à-vis des maladies mentales, avec un accent particulier sur le lien perçu entre la maladie mentale et le suicide.

Ensuite, la **modélisation** vise à reproduire avec précision l'organisation des « relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement ou un système » (Paillé, 1994, p. 174). À cette étape, le chercheur aborde la problématique identifiée (Paillé, 1994), en représentant de manière schématique les concepts impliqués. Cette phase encourage le chercheur à examiner plus en détail les dynamiques existantes (Méliani, 2013). Pour cela, nous avons construit un schéma (voir figure 4 à la page suivante) qui permet de comprendre de manière plus précise notre sujet et ses catégories.

Figure 4 : Représentation de la dualité entre intégration et rejet des personnes atteintes uniquement de maladie mentale au sein de l'AMM²³.



Pour la dernière étape qui est celle de la **théorisation**, Paillé (1994) indique que « en pratique, la consolidation de la théorie a lieu en même temps que son développement » (p.177). En effet, la théorisation est à la fois un processus et un résultat. Dans cette recherche, notre théorisation s'est effectuée au fur et à mesure des étapes susmentionnées.

2.4 Limites de la méthode

Premièrement, l'objectif de la théorisation ancrée est d'atteindre la *saturation théorique*, ce qui renvoie au point où les nouvelles données n'apportent plus de nouvelles informations intéressantes à la théorie (Paillé, 1994). Cependant, nous ne prétendons pas avoir atteint cette saturation, notamment en raison des limitations de temps auxquelles nous avons été confrontés. Néanmoins, notre démarche a été de nous en approcher le plus possible, en explorant le maximum de données disponibles.

Deuxièmement, notre recherche repose sur l'analyse des débats parlementaires, ce qui introduit une limitation quant au caractère généralisable des résultats à l'ensemble de la population. Bien que les parlementaires soient élus pour représenter les citoyens, leurs propos

²³ L'idée de dualité signifie que les concepts d'intégration et rejet coexistent et s'influencent. Cela est représenté par les pointillés rouges entre les 2 concepts.

et opinions ne reflètent pas nécessairement ceux de toute la population. Par conséquent, les conclusions de cette étude sont essentiellement une représentation des opinions et visions des parlementaires. Cependant, il est important de noter que l'objectif de notre recherche n'a jamais été de créer une théorie de la sorte. En effet, notre intention était plutôt de comprendre les enjeux entourant l'intégration des maladies mentales dans le cadre de l'aide médicale à mourir au sein des débats parlementaires.

Troisièmement, comme mentionné, notre corpus se base uniquement sur des débats afin d'analyser les dynamiques parlementaires sur notre sujet. En effet, nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger directement les parlementaires pour diverses raisons, notamment des contraintes de temps et les exigences des comités d'éthique nécessaire à remplir pour effectuer des recherches au Canada. Cette absence de témoignage direct pourrait limiter la richesse de notre compréhension des positions et des arguments des parlementaires. En effet, notre travail a été d'analyser des données déjà existantes afin d'en faire sortir une théorie. Cela impose de prendre en compte la subjectivité du chercheur dans la sélection et l'interprétation des éléments pertinents issus des débats.

Quatrièmement, dans cette optique, la sélection des éléments pertinents pour l'analyse est inévitablement influencée par l'interprétation du chercheur. Bien que je²⁴ n'aie pas de position préétablie pour ou contre l'intégration des maladies mentales dans l'AMM, ma posture en tant que nouvelle chercheuse dans ce domaine peut influencer mes choix et mon interprétation des données. Mon manque d'expérience pourrait me faire manquer certaines informations ou nuances importantes. Cependant, mon absence de position sur le sujet peut également être vue comme un avantage. En effet, cela me permet d'aborder le sujet avec un esprit ouvert et une démarche de compréhension du phénomène plutôt qu'avec de potentiels biais de départ. Cette approche m'a permis de me concentrer sur la compréhension des dynamiques entourant l'AMM et les maladies mentales, plutôt que de chercher à confirmer une idée préétablie.

²⁴ Dans ce paragraphe, nous utiliserons la première personne du singulier pour expliciter les limites personnelles de notre démarche. Il serait incohérent de viser une neutralité en employant le « nous » alors que c'est précisément notre propre subjectivité qui est en question et peut constituer un biais.

3.1 Maladie mentale

3.1.1 Intégration

Pour comprendre comment les maladies mentales ont été intégrées dans les débats sur l'AMM, il est essentiel de revenir sur l'affaire Truchon. En septembre 2019, la décision *Truchon c. Canada* a retiré l'exigence d'une mort naturelle raisonnablement prévisible (MRNP) des critères d'admissibilité à l'AMM (pour la liste des critères actuels, voir annexe 2). Cette modification législative, faite au sein du projet de loi C-7, a permis de concevoir l'AMM pour des personnes dont la mort n'est pas envisageable, incluant potentiellement celles atteintes de maladies mentales. Cependant, cette possibilité d'intégration des personnes atteintes de maladies mentales n'était pas l'objectif initial, comme le mentionnent de nombreux parlementaires. M. Dane Lloyd a par exemple souligné :

« Comme si ce n'était pas suffisant, le gouvernement libéral nous demande maintenant d'aller au-delà de l'arrêt Truchon, qui n'a même pas envisagé que la maladie mentale pouvait être la seule condition médicale invoquée pour demander et accorder l'aide médicale à mourir, et d'adopter le projet de loi à toute vapeur » (M. Dane Lloyd, 71, 11 mars 2021, p. 4948)²⁵.

Le gouvernement, pressé par le délai imposé par la cour dans l'arrêt Truchon, a dû modifier la loi et supprimer l'exigence d'une MRNP pour l'admissibilité à l'AMM. Il a également accepté l'amendement du Sénat visant à supprimer l'exclusion relative aux maladies mentales en raison de cette contrainte temporelle :

« Il ne pouvait pas se permettre un jeu de ping-pong procédural avec le Sénat au sujet de son amendement de dernière minute visant à supprimer l'exclusion relative aux maladies mentales du projet de loi C-7. Il a dû accepter l'amendement du Sénat pour que le projet de loi soit adopté ». (M. Francis Scarpaleggia, 281, 13 février 2024, p. 21017).

Cette situation met en doute la légitimité de l'intégration des maladies mentales au sein de l'AMM, étant donné que cela n'était pas l'objectif premier et qu'elles ont été ajoutées tardivement dans le processus législatif. La décision d'envisager l'intégration des maladies mentales a engendré des débats qui se poursuivent encore aujourd'hui, en raison des multiples reports de la date de caducité. Cependant, cette réflexion sur l'intégration a soulevé une autre

²⁵Afin de distinguer nos apports empiriques des citations littéraires, nous avons fait le choix de les noter en italique et entre guillemets.

question : qu'entend-on exactement par « maladie mentale » dans le cadre de l'AMM ? Quelle est la définition de ce concept ? Quels types de personnes sont considérés comme souffrant d'une maladie mentale, et que recouvre précisément ce terme ? C'est en essayant de répondre à cette question que nous nous sommes rendu compte de l'existence d'un flou définitionnel.

3.1.2 Flou définitionnel

3.1.2.1 Diversité des définitions

Comme en attestent les débats parlementaires et la littérature scientifique, il existe une diversité de définitions de la maladie mentale.

Dans son ouvrage *S'associer face à la maladie*, Delchevalerie (2011) mentionne Norman Sartorius. Ce dernier observe que la langue anglaise utilise trois termes distincts pour décrire la maladie : *disease*, *illness* et *sickness*. Cette variété de mots permet de saisir les différents points de vue de la maladie, ainsi que les définitions qui en découlent.

- *Disease* renvoie à « la maladie comme un phénomène objectif » (Delchevalerie, 2011, p.2). Cela signifie qu'on oppose santé et maladie. Elle requiert une approche médicale spécialisée, notamment en psychiatrie, pour la prévention, le traitement efficace et une approche humaine basée sur les avancées scientifiques (Delchevalerie, 2011).
- *Illness* ou « maladie vécue par le sujet » (*ibid.*, p.2). Cette conception offre une définition subjective basée sur l'expérience personnelle du sujet. Cela comprend la capacité individuelle à surmonter les défis que la maladie représente, et souligne l'importance d'écouter la perspective du patient, qui enrichit la compréhension de la maladie mentale (*ibid.*).
- *Sickness* ou « maladie vue par la société » (*ibid.*). Cette perspective se concentre sur l'impact de la maladie mentale sur la société. Elle met en lumière les responsabilités individuelles (chacun doit prendre en charge sa propre vie) et collectives (chacun doit assumer les responsabilités sociales) liées à la santé mentale. Ainsi, de nombreux acteurs participent à la définition de la priorité accordée à la santé mentale dans la société (*ibid.*).

De plus, Dorvil (1982) explique qu'il existe, au Québec, plusieurs perspectives sur la nature de la maladie mentale²⁶ et sur les méthodes pour la comprendre et la traiter. Ces perspectives coexistent avec la conception dominante technocratique, qui considère la santé mentale comme

²⁶ Nous le verrons plus tard, mais l'auteur associe maladie mentale et santé mentale.

« un droit pour tous » (Dorvil, 1982, p.190). En d'autres termes, bien que l'idée principale dans la société soit que chaque personne ait droit à une bonne santé mentale, divers groupes (sociologues, les thérapeutes et psychiatres) ont des avis différents sur ce à quoi renvoie la maladie mentale. Ces définitions illustrent la diversité des approches sur le sujet, englobant des aspects médicaux, sociaux, comportementaux et politiques. Dorvil (1982) présentera six définitions différentes, reflétant l'influence qu'ont les diverses disciplines, expériences et points de vue sur l'essai définitionnel de la maladie mentale.

Dans cette même idée des différentes perceptions de la maladie mentale, nous trouvons intéressant de mentionner Canguilhem (cité dans Canoui, 2017). Ce dernier explore comment la maladie possède ses propres règles et logiques internes, qui peuvent parfois différer de celles de la santé « normale ». L'auteur remet en question l'existence d'une science exacte capable de définir clairement ce qui est normal et ce qui est pathologique (et donc si on fait le lien, qui est atteint de maladie mentale et qui ne l'est pas). Pour lui, parler de « type normal » dans le domaine médical devient compliqué lorsque chaque individu est unique, avec ses propres circonstances médicales.

Ensuite, Sicot (2006) souligne que la reconnaissance sociale d'un état comme étant une maladie mentale est essentielle pour que cet état soit considéré comme tel. Cela complique encore la tâche de définition de la maladie mentale, car elle implique que la maladie n'existe pas indépendamment de sa reconnaissance sociale. De plus, l'auteur critique l'idée que les maladies mentales puissent être universellement observables sans tenir compte des biais culturels. Cela met en évidence l'importance de considérer le contexte dans l'interprétation et la prise en charge de la maladie mentale, afin d'éviter des jugements erronés ou des pratiques basées sur des préjugés (*ibid.*).

En résumé, Delchevalerie (2011) et Dorvil (1982) montrent que la perception de la maladie mentale diffère selon la personne ou le groupe qui l'observe. De plus, Canoui (2017), en mentionnant Canguilhem, nous fait reconsidérer notre compréhension de ce qui est normal et pathologique en santé. Cela doit être compris à travers les expériences personnelles et des valeurs culturelles, comme le mentionne également Sicot (2006). Dans ce cadre de recherche, il pourrait être logique de s'attendre à ce que les intervenants dans les débats parlementaires parviennent à une définition commune de la maladie mentale, étant donné leur appartenance au même groupe. Cependant, nous observons qu'au sein de ce large groupe de députés, il existe des divergences en ce qui concerne les valeurs et les croyances. En outre, certains peuvent avoir une expérience personnelle en lien avec la maladie mentale, ce qui contribue à des différences

dans les définitions qu'ils proposent. Bien que ces débats puissent être perçus comme étant orientés vers une perspective de type *sickness*, où les parlementaires influencent inévitablement la reconnaissance accordée à la maladie mentale, les croyances et expériences personnelles continuent néanmoins de jouer un rôle déterminant.

3.1.2.2 Ignorance et stigmatisation

En outre, même si cela pourrait sembler paradoxal, la diversité des définitions peut être mise en lien avec la lacune de données dans la littérature. Les perceptions de la maladie mentale sont influencées par des facteurs culturels, sociaux et géographiques variés, ce qui rend difficile l'établissement de définitions universellement acceptées. Ce manque de recherche littéraire contribue à l'existence d'une multitude de perspectives compliquant l'établissement d'un consensus clair sur ce que comprend la maladie mentale.

Dans cette optique, Sicot (2006) remarque que la littérature sociologique francophone sur la maladie mentale est assez faible. Cette faiblesse est en partie attribuée à l'indétermination de l'objet même de la maladie mentale. L'auteur raconte qu'il y a eu très peu de travaux sociologiques sur les déterminants sociaux de la maladie mentale. De plus, aucun champ de la sociologie ne s'est approprié l'objet de la maladie mentale. Ni la sociologie criminelle ni la sociologie de la santé ne l'ont véritablement intégré dans leurs corpus de recherche. « C'est pourtant au croisement de ces deux champs que la maladie mentale pourrait constituer l'objet par excellence d'une sociologie de la déviance » (Sicot, 2006, p. 227). De plus, Durant (2017) souligne qu'encore aujourd'hui la maladie mentale reste source de questionnement. De ce fait « 80 % des Français déclarent ne pas être informés sur ces pathologies [maladie mentale, dépression] et les dispositifs permettant de les soigner »²⁷ (Durant, 2017, p. 45-46).

Dès lors, cette ignorance (créé par la pluralité des définitions existantes et la faiblesse théorique) illustre un problème de compréhension et alimente une certaine stigmatisation. Cette stigmatisation peut être comprise à travers la notion de stigmat qui est défini par Goffman comme « ce qui, lors d'une interaction, affecte, en le discréditant, l'identité sociale d'un individu » (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2014, p.216). L'individu présente alors « un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles » (Goffman, 1975, p.12), c'est-à-dire entre ce qu'il devrait être (comment il est vu), et ce qu'il est. Autrement dit, le stigmat renvoie à l'idée d'un marqueur social négatif et la stigmatisation est le processus social

²⁷ En l'absence de statistiques canadiennes sur ce point, nous avons décidé d'utiliser cette statistique française afin d'illustrer notre propos.

par lequel ce stigmat est appliqué. La stigmatisation de la maladie mentale se produit souvent parce que les gens ne comprennent pas bien ce que ces maladies impliquent (Giordana, 2010). En effet, Thornicroft et al. (2007) expliquent que la stigmatisation comporte trois composantes principales : les problèmes de connaissance (ignorance), les problèmes d'attitudes (préjugés), et les problèmes de comportement (discrimination). Benoist (2007) parlera quant à lui des champs de la peur, l'anomalie (étrangeté) et la régulation sociale (la stigmatisation sert de contrôle social). Cependant dans le cadre de notre recherche nous allons surtout nous intéresser à l'aspect de l'ignorance, car c'est elle qui nous permet de comprendre l'impact que peut avoir le flou définitionnel dans les choix parlementaires²⁸. En effet, Thornicroft et al. (2007) et Benoist (2007) indiquent que les connaissances exactes sur ce qu'est la maladie mentale sont assez faibles, ce qui peut conduire à la formation de stéréotypes.

En outre, Benoist (2007) parle d'une création de la connaissance. Comme nous l'avons vu plus haut, les définitions entourant la maladie mentale sont nombreuses, car elles viennent surtout de la perception de la personne qui émet la définition. Les croyances et idéologies sont alors présentes. L'auteur raconte que ces croyances peuvent être perçues par certains comme une connaissance, un savoir légitime. Le stigmat peut alors être intégré comme une vérité.

Cependant bien que certaines enquêtes aient révélé une augmentation des connaissances sur la maladie mentale pouvaient réduire la stigmatisation (Jorm & al., 2005, cité dans Thornicroft & al., 2007), ces progrès ne se traduisent pas toujours par une amélioration des comportements envers les personnes atteintes de maladies mentales (Thornicroft & al., 2007). Cela démontre que même si une meilleure connaissance est nécessaire, elle ne suffit pas à elle seule pour éliminer la stigmatisation.

Dans ce cadre, la création d'une définition universelle nous paraît difficile. En effet, comment se mettre d'accord sur ce qu'est et ce qu'intègre la maladie mentale si (dans ce cas) tous les parlementaires ont des visions différentes qu'ils prennent pour vérité ?

3.1.2.3 Terminologie : maladie mentale, trouble mental et santé mentale.

Comprendre comment la maladie mentale est perçue nous a menés à nous demander pourquoi ne pas remplacer ce terme par un autre, qui aurait une définition plus précise et qui serait potentiellement moins stigmatisant. Dans cette lignée, on retrouve Durand (2019), qui préfère utiliser le concept de trouble mental et de souffrance psychique qu'il décrit comme des

²⁸ Notons cependant que selon nous, les composantes mentionnées ne sont pas isolées, mais s'influencent mutuellement.

catégories plus inclusives et moins stigmatisantes que la maladie mentale. Ces catégories présentes dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) sont aussi présentées par Doron (2008). L'auteur explique qu'il n'existe pas de définition claire et fixe de la maladie mentale. Cette dernière est souvent perçue comme un ensemble de conditions cliniquement reconnues et est sujette à interprétation. De plus, la politique de santé mentale actuelle s'éloigne de plus en plus du terme « maladie mentale » au profit de termes comme « souffrance psychique » et « troubles mentaux » qui s'intègrent mieux dans une continuité de la santé mentale plutôt que dans une opposition entre malade et non-malade (Doron, 2008). En d'autres mots, ces termes sont, selon l'auteur, mieux adaptés, car ils permettent de situer les individus à différents niveaux de bien-être mental, plutôt que de les classer strictement comme malades ou non-malades.

Pour mieux comprendre, prenons la définition du trouble mental telle que définie par le DSM-5.

[...] syndrome caractérisé par une perturbation considérable sur le plan clinique de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'une personne, qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent les fonctions mentales. (Le Groupe, 2022, p.7)

Cette définition est reprise par le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale (Le Groupe) dans leur rapport de 2022. En effet, selon eux, il existe une certaine ambiguïté entourant la maladie mentale parce qu'elle n'a pas de définition précise. Ils privilégient donc le terme « trouble mental » dans leur rapport.

La maladie mentale désigne un sous-ensemble de troubles mentaux, mais ne dispose pas d'une définition clinique standard. Il s'agit du terme utilisé dans le projet de loi C-7 et dans les documents connexes (p. ex. le contexte législatif et l'énoncé concernant la Charte). (Le Groupe, 2022, p.6).

Il est également intéressant de noter que Le Groupe a pour but d'émettre des recommandations sur l'entrée des personnes atteintes de maladie mentale au sein de l'AMM. Ils décident donc explicitement de ne pas utiliser le terme de maladie mentale, pourtant utilisée dans la loi sur laquelle il se base pour émettre des recommandations. Cette situation est intéressante, car elle démontre, selon nous, une fois de plus l'existence d'un flou définitionnel même au sein du groupe d'expert. En choisissant d'éviter le terme utilisé dans la législation, le

Groupe (2022) souligne implicitement les difficultés liées à l'absence de consensus autour de la maladie mentale.

Cette utilisation du DSM pour permettre d'identifier et différencier les personnes atteintes de maladie mentale est également faite au sein des débats parlementaires comme le montre l'extrait suivant.

« Quand je parle de personnes à qui l'on diagnostique une maladie mentale, je parle de personnes diagnostiquées par un médecin, c'est-à-dire un psychiatre, un professionnel de la santé qui connaît les catégorisations de diagnostic du DSM-5 ». (Mme Ya'ara Saks, 161, 15 février 2023, p.11802)

Cependant, d'autres auteurs critiquent cette utilisation. Canoui (2017) et Sicot (2006) mettent en avant les limites du DSM en citant la subjectivité des cliniciens pour évaluer les troubles mentaux. Les auteurs remettent en question la prétendue neutralité des outils diagnostiques modernes et suggèrent que ces derniers peuvent refléter des normes culturelles plutôt qu'une réalité objective. Cette critique est renforcée par Kirk et Kutchins (1998, cité dans Sicot, 2006), qui expliquent que le DSM a été façonné par des compromis entre les acteurs plutôt que sur des preuves scientifiques. Les auteurs expliquent comment la fiabilité des diagnostics a primé sur leur validité. On aperçoit également ces critiques chez certains parlementaires.

« Cependant, les définitions de diverses maladies mentales dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ou le DSM, changent constamment. Le DSM-4 était radicalement différent à bien des égards du DSM-3, du DSM-2 et du DSM-1. Comme il s'agit, dans une certaine mesure, de maladies définies de façon arbitraire, dire que nous pouvons déterminer de façon ferme et sensée, et non de manière subjective, que quelqu'un est dans une situation où il est suffisamment malade mentalement pour avoir droit à l'aide médicale à mourir me semble en effet très étrange et très subjectif » (M. Scott Reid, 161, 15 février 2023, p.11808)

Donc le trouble mental, même s'il est controversé, servirait de remplacement au terme de « maladie mentale ». Mais alors, comment comprendre la santé mentale ? Devrait-elle être considérée comme un synonyme, un antonyme, ou autre, par rapport à la maladie mentale ?

Certains parlementaires estiment que ces termes sont des synonymes. De ce fait, cela est illustré par leur perception de l'ouverture de l'AMM aux personnes atteintes uniquement de maladie mentale comme une ouverture aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Bien qu'ils soient conscients que le terme « maladie mentale » est utilisé dans les projets de loi, ils emploient le terme « problème de santé mentale » dans leurs discours. Selon nous, cette équivalence est due au flou définitionnel que nous développons dans ce point. En effet, comment savoir à quoi renvoie la maladie mentale si elle n'a pas de définition claire ?

*« Contrairement aux cas de cancer, pour lesquels nous pouvons procéder à un test objectif afin d'établir un pronostic, dans le cas des **problèmes de santé mentale**, nous sommes censés faire confiance à l'opinion des médecins ». (Mme Cheryl Gallant, 161, 15 février 2023, p.11785)*

*« Ce projet de loi laisse entendre qu'un Canadien handicapé ou quiconque souffre d'un **problème de santé mentale** devrait envisager la mort plutôt que le rétablissement » (Mme Tamara Jansen, 64, 23 février 2021, p.4441)*

*« Je ne veux pas que mes deux garçons pensent que, simplement parce **qu'ils sont déprimés et qu'ils traversent une période difficile**, ou qu'ils ont peut-être des **problèmes de santé mentale** plus graves, ils peuvent simplement avoir accès à l'aide médicale à mourir et en finir. Cette approche est mauvaise pour le Canada ». (M. Corey Tochor, 161, 15 février 2023, p.11808)*

Cette liaison est également faite en littérature. C'est par exemple le cas de Dorvil (1982). En effet, bien que cela ne soit pas explicité, on observe un lien établi par l'auteur entre maladie mentale et santé mentale comme peut l'illustrer l'extrait suivant :

Actuellement au Québec, plusieurs définitions de la santé mentale coexistent : a) La maladie mentale est une maladie du cerveau [...] b) Les psychiatres modernes, les psychologues, les psychanalystes, conçoivent la maladie mentale comme un état de perturbation affectif qui provient de blocages dans le développement de la personne (de 0 à l'âge adulte) [...] (*ibid.*, p.190).

Dorvil (1982) mentionnera « la maladie mentale » dans les 6 définitions qu'il présente, alors qu'il les introduit comme « des définitions de la santé mentale » (*ibid.*, p.190). Selon Sicot (2006), cette confusion est accentuée et peut être expliquée par les méthodes de mesure de la santé mentale. Par exemple, les enquêtes de santé mentale menées auprès des populations pauvres ou sans-abri identifient souvent une « mauvaise » santé mentale en se basant sur des symptômes tels que l'insomnie ou la nervosité, sans distinguer clairement entre des troubles mentaux diagnostiqués et des détresses liées à des situations de vie précaires (Bresson 2003, cité dans Sicot, 2006).

Cependant, cette liaison des termes ne fait pas consensus. Doron (2008) explique que pendant longtemps, la santé et la maladie étaient vues comme des opposés. En reprenant la définition de l'OMS de 1946, l'auteur définit la santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (Doron, 2008, p.24). Cette définition se réfère à la capacité d'une personne à réaliser son potentiel, à faire face au stress, à travailler de manière productive et à contribuer à sa communauté. La santé ne se réduit donc pas à l'absence de maladies ou à la capacité de les surmonter (Doron, 2008). Nous observons également cette définition dans les débats, ces derniers mettent l'accent sur la différenciation à faire entre maladie mentale (ou trouble mental, selon les avis) et santé mentale.

« La santé mentale est la capacité de vivre une situation difficile et de s'en sortir de manière à continuer d'avancer avec le sentiment de connaître sa propre valeur. Autrement dit, quand une personne est stressée, qu'elle vit de l'anxiété ou qu'elle traverse une période difficile en ressentant les hauts et les bas de la dépression, cela ne veut pas dire qu'elle souffre de maladie mentale. Voilà ce qu'est la santé mentale à mon avis. [...] Il y a des personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont traitées pour cette maladie et qui ont une bonne santé mentale. » (Mme Ya'ara Saks, 161, 15 février 2023, p.11802)

« Je voudrais lui dire que, dans un débat comme celui-ci, il faut qu'on puisse faire la distinction entre certaines réalités. On ne parle pas ici de santé mentale. Quand on parle de santé mentale, on parle de la prévention. Dans le rapport, on ne parle pas de l'ensemble des maladies mentales, on parle d'un trouble mental dont l'issue est incurable. Il faut accepter qu'il existe des gens souffrant de trouble mental comme la schizophrénie qui est incurable et irréversible ». (M. Luc Thériault, 159, 13 février 2023, p.11618)

Néanmoins, cette définition de la santé mentale ne fait pas l'unanimité. En effet, Delchevalerie (2002) critique cette conception en citant une remarque d'un spécialiste de la comorbidité : « L'état de bien-être total décrit par l'OMS est atteint par la plupart des drogues légales ou illégales disponibles sur le marché » (p.1). Selon cet auteur, il serait préférable d'adopter une définition collective de la santé mentale, qui reflète la perspective culturelle d'un équilibre « bio-psycho-social » favorisant le développement de l'individu tout en respectant les droits égaux dans les sociétés démocratiques. La santé mentale serait alors le « socle » du développement humain (*ibid.*).

Ce point sur le flou définitionnel met en lumière, qu'alors que certains cherchent à établir un « vocabulaire plus adéquat » ou une définition précise, d'autres expriment leur désaccord, ce

qui contribue à la confusion terminologique. Nous estimons que l'utilisation du terme « trouble mental » pour désigner la maladie mentale, comme le propose par exemple le Groupe (2022), pourrait être pertinente. Cependant, cette démarche se heurte à une difficulté, car le terme utilisé dans la législation reste celui de « maladie mentale ». En effet, cette ambiguïté est présente aussi bien dans la littérature de manière générale que dans les débats parlementaires et dans la loi. Si la maladie mentale était clairement définie dans la législation, ce flou devrait logiquement poser moins de problèmes dans les discussions et décisions parlementaires. En effet, les députés auraient une base plus solide sur laquelle s'appuyer pour discuter de ce sujet délicat. Cependant, nous pensons qu'en absence de définition claire, les parlementaires ont généré leur propre perception de la maladie mentale et de ce qu'elle entoure. Même si l'ignorance générale entourant le terme baisse, est-ce que cela suffirait à supprimer ce flou définitionnel présent au sein des débats ? Nous n'en sommes pas certains.

3.2 Suicide

3.2.1 Définition

Définir et discuter du suicide peut, au premier abord, sembler contre-intuitif. En effet, avant de commencer nos recherches, nous n'aurions pas pensé que ce sujet s'imposerait à nous, mais il est désormais essentiel d'en poser les bases. De ce fait, cela nous permettra d'explorer ses liens avec des notions telles que les maladies mentales et AMM. Nous examinerons également comment le flou définitionnel entourant les maladies mentales peut influencer ces connexions.

Le concept de suicide peut être exploré de différentes façons et sous différents angles, mais contrairement à la maladie mentale, nous ne le lierons à un « flou définitionnel ». Bien que le terme puisse varier dans ses définitions, elles demeurent généralement semblables. Par ailleurs, la notion de suicide est largement comprise ; dès que ce mot est mentionné, son sens est clair tandis que la maladie mentale est souvent perçue comme plus complexe et ambiguë.

Le terme « suicide » provient du latin *suicidium*, formé de *sui* (de soi-même) et *cidium* (tuer). Introduit en français au XVII^e siècle, il désigne l'acte de se donner la mort, autrement dit, « se tuer soi-même » (CNRTL, 2024). Les définitions du suicide provenant de dictionnaires ou d'organisations telles que l'OMS, sont en accord avec son étymologie. Le Larousse le décrit comme « l'acte de se donner volontairement la mort » (Larousse, s.d.), tandis que l'OMS le définit comme « un acte qui consiste à se donner délibérément la mort » (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2024).

Les comportements suicidaires englobent trois « phénotypes » distincts (Turecki & al., 2019, p.2) : les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide achevé (*ibid.*). Selon Turecki et al. (2019), les idées suicidaires se manifestent sous forme de pensées concernant l'acte de se donner la mort, soit activement avec un plan, soit passivement sans plans précis. Bordeleau (1994) ajoute que l'idée suicidaire est « une représentation psychique prédisposant à envisager la mort ou à tendre vers elle, se manifestant sous diverses formes telles que des images, des plans ou des fantasmes » (p.105). La tentative de suicide, quant à elle, se définit comme une automutilation avec une intention plus ou moins déterminée de mourir (Turecki & al., 2019 ; Toussignant & al., 1999). Enfin, il est important de distinguer le suicide accompli des idées suicidaires. Bien que cette distinction puisse sembler évidente, la transition de l'état suicidaire à celui de suicidé peut se produire rapidement. En effet, les personnes ayant des pensées suicidaires sont souvent perçues comme des suicidés potentiels et parfois traitées en conséquence, alors que ces deux notions renvoient à des réalités différentes (Bordeleau, 1994).

Durkheim est l'un des pionniers de l'approche sociologique du suicide. Il considère ce dernier comme un phénomène social, écartant ainsi les explications individuelles (Broudic, 2008 ; Mucchielli & Renneville, 1998). Il donne la définition suivante :

On appelle suicide, tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat. La tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée. (Durkheim, 2007, p. 5)

Selon Durkheim (2007) il existe quatre types de suicides, chacun associé à une cause différente. Il déclare que « si le suicide dépend de plusieurs causes, c'est parce qu'il existe en réalité plusieurs types de suicides » (Durkheim, 1947, cité dans Mucchielli & Renneville, 1998). Le premier type est le *suicide égoïste* ; il survient lorsque l'intégration sociale est insuffisante en raison des faibles liens entre l'individu et la société (Durkheim, 2007). En revanche, le *suicide altruiste* se manifeste lorsque les liens sociaux sont forts, poussant l'individu à se sacrifier pour la communauté ou sous une pression sociale (*ibid.*). Le *suicide anémique* est quant à lui lié à des périodes de perturbation sociale ou de crise, où les normes et valeurs de la société sont désorganisées (*ibid.*). Enfin, le *suicide fataliste* se produit dans des contextes de régulation sociale forte et oppressive (*ibid.*).

Cependant, de nombreux auteurs ont contesté cette perspective sociologique. Parmi eux, Halbwachs intègre une dimension psychiatrique dans la théorie de Durkheim, qui avait

délibérément écarté l'aspect psychique de son étude. Halbwachs (2002) observe que beaucoup de suicidés présentent des troubles mentaux et propose alors deux angles d'analyse. La première repose sur des causes organiques, considérant le suicide comme le résultat de troubles mentaux souvent lié à des causes biologiques ou organiques. Cette perspective se concentre sur les aspects personnels du problème. Le deuxième angle d'analyse évoque que le suicide peut également être le résultat d'un déséquilibre de la structure sociale. Il faut considérer à la fois les causes organiques et les causes sociales pour comprendre le suicide (Broudic, 2008 ; Mucchielli & Renneville, 1998)

3.2.2 *Lien entre maladie mentale et suicide*

Nous venons de citer Halbwachs qui intègre la maladie mentale dans la problématique du suicide. Cet auteur précise que le suicide ne doit pas être simplifié en deux catégories distinctes (organique ou social). Au lieu de cela, chaque acte suicidaire peut être analysé sous deux angles complémentaires :

Il ne faut pas croire qu'il y a deux catégories de suicides dont chacune s'explique par un déterminisme différent, que tantôt, et suivant les individus, c'est le déterminisme organique qui joue, et tantôt le déterminisme social. En réalité, tout suicide peut-être envisagé à deux points de vue. Suivant qu'on se place à l'un ou l'autre, on y verra l'effet d'un trouble nerveux qui relève de causes organiques, ou d'une rupture de l'équilibre collectif, qui relève de causes sociales. (Halbwachs, 1929, p.360)

Le lien entre le suicide et les « troubles mentaux » est un aspect important à considérer, mais il faut également prendre en compte les facteurs sociaux. Selon Halbwachs (1929), le suicide est un phénomène complexe qui ne peut pas être uniquement expliqué par les troubles mentaux. Cette perspective est partagée par d'autres auteurs, tels que Toussignant (1994), Boyer et Loyer (2007) et l'OMS.

Toussignant (1994) souligne que les cliniciens reconnaissent généralement que les comportements suicidaires sont associés à des traits pathologiques, mais ils ne considèrent pas ces traits comme la « cause directe » (p.8) du suicide. L'Organisation mondiale de la santé ajoute que, dans les pays riches, il existe souvent un lien fort entre le suicide et certains troubles mentaux. Cependant, de nombreux suicides surviennent également de manière impulsive, notamment lorsqu'une personne est en crise et incapable de gérer des situations stressantes comme des problèmes financiers, une rupture amoureuse, une maladie ou une douleur persistante. En outre, l'OMS note que d'autres facteurs, tels que l'isolement social, les conflits,

les catastrophes, la violence, la maltraitance, le deuil et les sentiments de désespoir, peuvent également contribuer à augmenter le risque de suicide (OMS, 2023).

Cependant, la plupart, voir la quasi-totalité des statistiques existantes sur le sujet estiment que la majorité des personnes suicidées souffraient de maladie mentale. Par exemple, Boyer et Loyer (2007) citent une étude du Centre de recherche Fernand-Seguin de Montréal, qui montre que « 90 % des personnes décédées par suicide avaient présenté au moins un trouble mental au cours des six mois précédant leur décès »²⁹ (p.140).

Il faut cependant être vigilant avec ces statistiques. Bien que de nombreux auteurs soulignent que la maladie mentale peut être une cause significative du suicide, ils rappellent que d'autres causes existent et que la maladie mentale ne doit pas être considérée comme la cause directe. Cependant, la proportion importante de cas (de personnes suicidaires présentant un trouble mental) peut mener à une généralisation du lien entre les deux. En effet, de nombreuses directives pour traiter les personnes ayant des idées suicidaires reposent sur l'hypothèse que ces pensées sont dues à un trouble mental (Ho, 2014). Ce biais est illustré par l'étude de Cauchie et al. (2017), qui examine les conclusions des coroners³⁰ concernant les suicides.

Dans cette étude, les auteurs analysent des cas où des lettres d'adieu des personnes suicidées indiquent qu'elles avaient toutes leurs capacités mentales et affirment que leur suicide ne doit pas être associé à une folie ou une maladie mentale. Cependant, Cauchie et al. (2017) constatent que le suicide est souvent interprété comme une manière de confirmer l'existence d'une maladie mentale. Ainsi, même en l'absence de signes de condition mentale altérée, le suicide est utilisé pour soutenir le diagnostic de maladie mentale par les coroners (Cauchie et al., 2017). Les auteurs citent Maris (1982) qui affirme que « la décision de mettre fin à ses jours devient, en soi, la preuve de l'existence d'une maladie mentale » (Cauchie et al., 2017, p.6). Par conséquent, le suicide est systématiquement considéré comme un symptôme de folie (lui-même associé à la maladie mentale), sans tenir compte des facteurs exogènes même lorsqu'ils sont expliqués par la personne concernée ou par ses proches.

Dans cette même lignée, Clarke (1999) déclare que, bien que la « maladie psychiatrique » ne soit pas la cause du suicide, ce dernier a rarement lieu sans une perturbation mentale. Dès lors, « le suicide et le désir de mourir se produisent généralement en présence d'états mentaux altérés

²⁹ Ces statistiques sont également mentionnées par l'institut de recherche en santé du Canada (IRSC, 2013) ainsi que par l'OMS.

³⁰ Le Coroner est un officier public qui est chargé, entre autres, d'enquêter sur les causes et circonstances d'une mort violente (comprenant les suicides) (Gouvernement du Québec, s.d.)

c'est-à-dire des états mentaux qui nuisent à la capacité d'une personne de penser rationnellement et d'envisager les options pleinement »³¹(*ibid*, p. 458). L'auteur ne fait pas un lien direct, cependant il mérite d'être cité par le lien étroit qu'il présente entre suicide et maladie mentale.

Ce constat est également reflété dans les débats parlementaires étudiés. Bien que certains parlementaires mentionnent la statistique selon laquelle 9 suicides sur 10 sont associés à des maladies mentales, leur lien est souvent simplifié. En effet, il semble que la plupart des parlementaires établissent un raccourci entre les termes de maladie mentale et de suicide dès que le premier est abordé.

« Une personne qui a de très graves problèmes de santé mentale et qui veut mettre fin à sa vie est, par définition, suicidaire. Lorsqu'une personne ne peut pas faire face mentalement à ses problèmes, que son gouvernement l'a abandonnée, qu'elle n'a aucune chance d'obtenir de l'aide et qu'elle décide de mettre fin à ses jours, elle n'est pas saine d'esprit.s ». (Mme Leslyn Lewis, 161, 15 février 2023, p.11784)

« Il explique pourquoi ce serait inapproprié, étant donné que les tendances suicidaires sont un symptôme de maladie mentale et que 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble mental diagnostiqué. Je pense que tout cela souligne le fait que ce n'est pas acceptable ». (M. Michael Cooper, 159, 13 février 2023, p. 11584)³²

De plus, Le Groupe, dans son rapport final de 2022, explique que bien qu'il existe une corrélation entre suicide et maladie mentale, le trouble mental seul ne garantit pas un risque de suicide. Pour rappel, ce rapport a pour but d'émettre des recommandations aux gouvernements et parlementaires pour les aider dans la création et le vote des lois. Les parlementaires n'ont cependant pas tous l'air de prendre ces informations en compte. De plus, certains se questionnent sur le fait que tous les parlementaires aient lu ce rapport.

« [...] Je me suis demandé s'il avait pris connaissance du rapport des experts sur la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée [...] ». (M. Luc Thériault, 159, 13 février 2023, p. 11614)

« Madame la Présidente, je n'ai pas lu le rapport. [...] » (M. Marcus Powlowski, 159, 13 février 2023, p. 11614)

³¹ Traduit de l'anglais : « [...] suicide and the desire to die usually occur in the presence of altered mental states- that is, mental states that impair a person's ability to think rationally and to consider options fully »

³² Pour contextualiser, le député reprend les propos d'un de ses collègues concernant l'extension de l'AMM aux cas de maladie mentale afin de le contre- argumenter.

Selon nous, cette perspective de liaison devient problématique si la complexité des causes du suicide est simplifiée ou réduite uniquement à la maladie mentale. Une telle simplification peut entraîner une mauvaise compréhension, suggérant une causalité directe entre maladie mentale et suicide. Il faut cependant avoir conscience que tous les parlementaires ne font pas cette liaison, comme tous les auteurs ne la font pas non plus, cependant nous nous intéressons à la tendance générale qui ressort des débats parlementaires, et c'est celle que nous présentons dans cette recherche.

L'ignorance entourant la maladie mentale, expliquée plus haut, joue également un rôle dans l'établissement de ce lien. Les personnes ne sachant pas précisément ce que représente la maladie mentale, ni à quoi elle renvoie, ont du mal à définir ses contours. Selon nous, cela facilite l'association directe entre suicide et maladie mentale. Ce mélange de flou définitionnel et d'interprétation collective conduit à une perception où, au sein des débats sur l'aide médicale à mourir, les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent vues comme ayant des idées suicidaires.

3.2.3 Lien avec l'AMM

Certains parlementaires tels que M. Garnett Genuis considèrent le suicide et l'AMM comme des concepts équivalents.

« Madame la Présidente, le gouvernement a dit que son approche consistait à essayer d'exclure les gens qui sont suicidaires. Autrement dit, ceux qui sont suicidaires n'auront pas accès à l'aide médicale à mourir, mais ceux qui ne le sont pas y auront droit. À première vue, cela n'a pas de sens parce que par définition, une personne qui demande le suicide assisté, fourni par le système médical, est suicidaire. Le gouvernement essaie d'établir une distinction entre des concepts pour lesquels il n'existe pas de véritable distinction » (M. Garnett Genuis, 159, 13 février 2023, p.11639).

Cette liaison peut être comprise à travers la définition de Durkheim, qui évoque l'idée de mettre fin à ses jours. Pour rappel, selon Durkheim, le suicide est défini comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim, 2007, p. 5). Le seul problème réside dans le fait que dans l'AMM, la mort peut également être effectuée par le médecin. Cependant, la définition concorde si l'on adopte la vision selon laquelle l'acte, bien qu'exécuté par un professionnel de la santé, est toujours initié par la personne elle-même.

Cependant, si nous remontons aux débats datant d'avant l'affaire *Truchon*, nous n'observons aucune mention du suicide lorsqu'il est seulement question des maladies physiques. Nous pouvons alors supposer qu'à sa création, l'AMM était considérée comme différente du suicide. En effet, l'AMM est davantage à comprendre comme un soin de fin de vie qui pourrait être comparable aux soins palliatifs. *La loi concernant les soins de fin de vie* dispose qu'on entend par « soins de fin de vie, les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir » (§3(3)). Le paragraphe 3 (6) ajoute que l'AMM est vue comme un soin, car son but premier est de soulager les souffrances avant de donner la mort.

En outre, l'intégration des maladies mentales dans les débats sur l'AMM nous a amené à reconsidérer la distinction entre AMM et suicide. Nous revenons au lien mentionné plus haut à l'aide de la définition de Durkheim. En effet, c'est à cause des définitions similaires du suicide et de l'AMM et, parce que le suicide et la maladie mentale sont vus comme liés, que la possible intégration des personnes atteintes de maladie mentale au sein de l'AMM, mène inévitablement à considérer l'AMM comme un suicide.

« L'aide médicale à mourir pour une personne atteinte de troubles mentaux équivaut-elle à un suicide ? Bien sûr. La seule différence, c'est qu'une autre personne commet le geste fatal. C'est un suicide commis avec un complice. L'aide médicale à mourir est-elle offerte aux gens suicidaires ? [...] En supposant qu'elle est encore censée être destinée uniquement à ceux qui la demandent, et puisque le terme "suicidaire" signifie littéralement "qui désire se suicider", alors, l'aide médicale à mourir est réservée aux gens qui, par définition, sont suicidaires. » (M. Garnett, 159, 13 février 2023, p. 11624)

« Les militants de l'expansion ont tenté de rassurer les Canadiens en leur disant que l'aide médicale à mourir n'est pas un suicide, qu'il serait possible de la distinguer du suicide, mais lorsqu'on l'étend à ceux qui cherchent la mort pour la seule raison d'une maladie mentale, il est évident que l'aide médicale à mourir devient indiscernable du suicide » (Mme Melissa Lantsman, 281, 13 février 2024, p.21052).

Ces citations révèlent comment l'AMM est souvent perçue comme un suicide. Toutefois, bien que cette perception soit remise en cause, cela paraît être un phénomène récent, apparu avec l'inclusion de la maladie mentale dans les discussions sur l'AMM. Il semble donc que le lien entre AMM et suicide soit en lien avec l'intégration des maladies mentales dans les débats. Cependant, on aperçoit que les parlementaires repoussent l'intégration des personnes atteintes de maladies mentales au sein de l'AMM, ce qui suggère qu'il existe une distinction importante qui sépare ces termes. En effet, il y a quelque chose qui empêche, dans la réalité, que l'on puisse intégrer les maladies mentales à l'AMM et selon nos observations, cette chose est : la volonté. Bien que certains auteurs tels que Black (2022) parlent de la mort volontaire comme un terme

qui associe AMM et suicide, nous allons démontrer que, au contraire, cela permet de les différencier plus que cela ne les rapproche.

3.3 Volonté

Ce qui est notable dans la définition de Durkheim est l'absence de mention de la volonté, un élément essentiel dans le cadre de l'AMM. Mais lorsque nous intégrons cette notion, une distinction claire apparaît. La volonté est interprétée différemment selon qu'il s'agit de suicide ou d'AMM. Dans le suicide, la volonté peut être influencée par une détresse momentanée ou des troubles mentaux. Dans le cadre de l'AMM, la volonté est généralement perçue comme libre et éclairée, et elle est soumise à des critères stricts de consentement. En somme, bien que les définitions du suicide et de l'AMM puissent se chevaucher, la notion de volonté joue un rôle dans la différenciation entre les deux. Cette distinction est importante pour éviter les généralisations et pour reconnaître la complexité des facteurs impliqués dans l'AMM, notamment en ce qui concerne les maladies mentales.

3.3.1 Définition

Selon le Larousse, la volonté est définie comme suit : « Faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels ; pouvoir de faire ou de ne pas faire quelque chose ».

Ce que nous nommons « volonté », est en fait une reprise de la définition susmentionnée ainsi que les alinéas b, d et e du paragraphe 241.2 (1) du CCC (voir annexe 2). On observe que cela reprend les notions de capacité de consentement et de consentement.

3.3.1.1 Capacité à consentir

La capacité à consentir est représentée par l'alinéa b du paragraphe 241.2 (1) du CCC³³. Elle se réfère à l'aptitude de prendre des décisions libres et éclairées concernant des traitements médicaux ou autres interventions. Garneau et Diener (1989) évoquent l'ambiguïté de cette capacité qui peut être influencée par des émotions ou des conditions psychologiques. Ils notent qu'un patient peut comprendre une proposition sans pour autant être considéré comme capable de consentir, notamment en raison de facteurs émotionnels tels que la dépression. Pour Blondeau et Gagnon (1994), cette capacité repose sur 2 exigences : la neutralité et l'objectivité. En effet, pour que l'évaluation soit neutre, la personne demanderesse ne doit pas être jugée sur la nature de sa décision, mais en fonction de ses compétences à comprendre et évaluer les

³³ « elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé » (CCC, al 241.2 (1) b))

informations pour pouvoir émettre sa décision (*ibid.*). Il est question de la capacité de décision (approche fonctionnelle) plutôt que le contenu de cette dernière (*ibid.*). Le rôle de l'évaluateur est donc de ne pas juger le patient en fonction de ses propres valeurs ou de ce qui est généralement acceptable ou raisonnable par la société. Pour ce qui est de l'objectivité, elle se traduit par le fait que la capacité à consentir de l'individu est analysée selon des critères uniformes, clairs et transparents (*ibid.*).

L'objectif est de commencer par se prononcer sur la capacité ; si le patient est considéré comme apte à décider, il pourra, s'il répond aux critères, choisir son traitement (ou dans ce cas-ci, avoir recours à l'AMM). « Par cette opération, l'évaluation des capacités du patient devient un problème distinct et indépendant de la gravité de la décision à prendre, des recommandations du médecin et de ce que le sens commun juge raisonnable de faire » (*ibid.*, p. 662). De plus, la Canadian Association of Medical Radiation Technologists (CAMRT, s.d.) précise que le patient doit être légalement et mentalement compétent pour donner son consentement, avec la possibilité que cette capacité soit réévaluée si nécessaire.

3.3.1.2 Consentement

Bouquet (2021) souligne que le consentement est l'expression d'une volonté libre et éclairée, où la personne est capable de décider de son adhésion ou refus à une proposition. Cela inclut la compréhension complète de l'information et la capacité de réflexion personnelle.

Dans le cadre du paragraphe 241.2 (1), le **consentement libre** se manifeste par l'alinéa d du CCC³⁴, où l'individu doit formuler une demande « de manière volontaire », sans subir de pressions extérieures. Le patient est libre d'accepter ou refuser les soins et peut décider d'interrompre ou refuser le traitement s'il le souhaite (CHU de Québec, s.d.). Il est important de considérer la possibilité qu'un individu puisse être influencé dans sa décision de recourir à l'aide médicale à mourir. Gather et Vollman (2013) mettent en garde contre la possibilité de manipulation de la part des médecins, soit en dissuadant, soit en incitant le patient à choisir cette option. Ho (2008, 2014, cité dans Martineau & al., 2023) souligne également l'importance de considérer l'environnement social plus large, en particulier pour les personnes vulnérables. Les pressions sociales et des forces oppressives peuvent influencer la décision d'une personne de choisir l'AMM.

La volonté est également basée sur le **consentement éclairé**. Il est illustré par l'alinéa e³⁵ de la loi, impliquant que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances et a fait un choix rationnel basé sur cette information. Le consentement éclairé est le processus par lequel une personne autorise la réception de l'aide médicale à mourir après avoir reçu toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée (Bouquet, 2021). Cela comprend la connaissance du diagnostic médical, des options de traitement disponibles et des moyens de soulager la souffrance, y compris les soins palliatifs (Santé Canada, 2024 juillet).

Le concept de rationalité, susmentionné dans la définition de la volonté, va nous permettre de mieux comprendre celui du consentement éclairé et peut être illustré par le modèle de l'Homo Oeconomicus. Bien que cette représentation théorique économique (Demeulenaere, 2015), de l'individu soit controversée, elle offre une compréhension de la rationalité. L'Homo Oeconomicus est décrit comme un individu parfaitement rationnel qui utilise ses ressources de

³⁴ « elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures » (CCC, al 241.2 (1) d))

³⁵ « elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs ». (CCC, al 241.2 (1) e))

manière stratégique pour maximiser sa satisfaction personnelle. Ce modèle suppose que la personne évalue toutes les options disponibles, anticipe les conséquences possibles de ses choix et prend les décisions les plus avantageuses pour elle-même. En ce sens, l'individu est en quête du meilleur résultat possible, cherchant à optimiser son bien-être en s'appuyant sur une analyse logique et anticipatrice des circonstances (Kirchgässner, 2008). En d'autres termes, cela signifie choisir la décision la plus logique ou bénéfique après avoir examiné toutes les informations disponibles. Cependant, cette théorie fait l'objet de critiques, notamment en raison de son omission des valeurs humaines et des interactions sociales (Lingua & Pezzano, 2012). Cette critique est particulièrement pertinente dans le contexte de l'AMM dans lequel les individus sont influencés par des sentiments, des valeurs et des interactions sociales (*ibid.*). Affirmer que l'une des conditions d'admissibilité à l'AMM serait d'agir comme l'Homo Oeconomicus serait non seulement inapproprié, mais aussi contre nature selon nous. En effet, il est important de reconnaître que la rationalité dans ce contexte ne peut pas se limiter à des considérations utilitaristes.

Les concepts de consentement et de capacité à consentir sont tous deux nécessaires pour avoir recours à l'AMM. Ces notions sont reliées, car pour que le consentement soit valide, il doit être libre et éclairé ; de plus, la personne en question doit être considérée comme capable de donner ce consentement.

3.3.2 Séparateur du lien entre AMM et suicide.

Nous l'avons vu, un lien est effectué entre les concepts d'AMM et de suicide, cependant le critère de volonté y est abordé de manière différente. Pour ce qui est de l'AMM, nous venons de décrire ci-dessus une des conditions nécessaires pour y être admissible (la totalité des critères se trouvant en annexe 2). En ce qui concerne le suicide, il n'y a pas de critère spécifique. Mais la réelle question est de savoir si, malgré cela (l'absence du critère de volonté en ce qui concerne le suicide) la personne atteinte de maladie mentale est capable d'émettre un consentement libre et éclairé. Est-ce que l'AMM et le suicide peuvent s'accorder sur cette exigence de volonté ?

Provencher-Renaud et al. (2019) remettent en question la capacité des personnes atteintes de troubles mentaux à prendre des décisions éclairées concernant la fin de leur vie. Ils parlent de la possibilité que ces individus ne soient pas capables d'évaluer objectivement leur situation, ce qui pourrait les empêcher de prendre des décisions basées sur une compréhension réaliste de leur état. De même, Sicot (2006) évoque que les personnes considérées comme « malades mentales », « folles » ou « dépressives », sont vues comme inconscientes de leur état et de leurs

actes. En suivant cette idée, il faudrait soigner ces personnes même si elles le refusent (*ibid.*). Ces propos remettent en question l'autonomie et la liberté de choix de l'individu et supposent que c'est aux autres de choisir ce qui est le mieux pour la personne concernée. Cette vision est présente dans les débats parlementaires, comme l'illustrent notamment les extraits ci-dessous.

« Il y est mentionné qu'il est tout particulièrement difficile de juger de la capacité d'une personne de prendre cette décision parce que les symptômes de son état ou ses expériences de vie peuvent influencer sur sa capacité à comprendre et à évaluer la décision qu'elle s'apprête à prendre ». (L'hon. Arif Virani, 281, 13 février 2024, p. 21009)

« En tant que législateurs, nous ne pouvons pas simplement affirmer qu'il s'agit d'un choix individuel. C'est un choix de société que nous faisons, et nous faisons ce choix au nom de personnes très vulnérables qui ont besoin de notre aide. Nous ne pouvons pas tout simplement nous dire que ces personnes sont déprimées, qu'elles ont toujours été déprimées et qu'elles ont le droit de faire leur choix personnel. Une telle attitude équivaut à renoncer à notre devoir en tant que voisin, communauté ou famille d'être là pour soutenir ces personnes et les aider à traverser les périodes sombres ». (L'hon. Rob Moore, 159, 13 février 2023, p.11641).

On observe ici un paternalisme à l'encontre des personnes atteintes de maladie mentale. En effet, elles sont vues comme incapables d'émettre un jugement rationnel, on doit alors décider pour elles. Dans ce contexte, les propos de Jaunait (2023) semblent intéressants à mobiliser. L'auteur adopte une vision médicale et raconte que certaines valeurs sont considérées comme supérieures à l'autonomie du patient qui suppose que le médecin est plus apte à décider de l'intérêt de la personne concernée. De plus, « moins le patient semble en état de prendre de décisions, plus la responsabilisation morale du médecin est forte » (*ibid.*, p.11). Cette perception peut être mise en lien avec notre recherche, mais, dans ce cas-ci, nous parlerons d'un paternalisme exercé par les parlementaires. En effet certains estiment qu'il est de leur devoir de choisir pour les personnes vulnérables de la société. Dans l'extrait ci-dessus, il s'agit de décider de l'inclusion des personnes atteintes de maladie mentale au sein de l'AMM, car de toute manière ces dernières « ne peuvent faire un choix personnel ».

Pour rappel, un des critères d'admissibilité concernant la volonté est celui d'un consentement libre, sans pression extérieure. Selon Bouquet (2021), le consentement s'articule avec la contrainte. Cette dernière, définie comme « une pression [...] exercée contre une personne » (Bouquet, 2021, p.23), touche les personnes vulnérables à cause d'une situation sociale ou d'un problème de santé. L'auteur évoque le fait que même si une personne dit être consentante, il faut tout de même questionner la nature de ce consentement. Cette contrainte existe notamment dans les relations asymétriques de pouvoir entre un professionnel (de la santé) et un patient

(Bouquet, 2021). De plus, Sicot (2006) ajoute que « en matière de troubles mentaux, la notion de consentement ne va pas de soi » et que les professionnels doivent parfois « travailler la demande » pour obtenir un consentement pour des soins non demandés (p.210). Dans cette lignée, certains parlementaires évoquent le fait que les personnes atteintes de maladies mentales sont plus susceptibles d'être soumises à une pression, ce qui remettrait en cause leur consentement.

« Inclusion Foothills soutient que les Canadiens ayant une déficience cognitive ou souffrant de dépression et d'anxiété sont beaucoup plus susceptibles d'accepter l'option de mettre fin à leurs souffrances, que l'offre vienne d'une bonne intention ou non, ou qu'il y ait coercition, perçue ou réelle ». (Mme Cathay Wagantall, 159, 13 février 2023, p. 11663)

« Allison m'a écrit ceci : "Un membre de la famille qui a des problèmes de santé complexes m'a dit qu'on lui en avait parlé tellement souvent [de l'aide médicale à mourir] qu'elle se demandait si son médecin recevrait une commission pour cet acte médical !! Où sont les mesures de sauvegarde et les règlements ? Qui protège les patients vulnérables pour empêcher que des suggestions subtiles les poussent vers ce choix ?" » (M. Tom Kmiec, 161, 15 février 2023, p. 11796).

De plus, on observe que l'intégration de cette question de volonté sur la maladie mentale remet aussi en question ceux pourtant admissibles à l'AMM ; à savoir les personnes atteintes de maladie mentale et ayant un problème de santé grave et irrémédiable (et répondant à toutes les conditions d'admissibilités). Il y a une remise en question de la capacité à consentir de ces individus et leur volonté d'avoir recours à l'AMM.

« Le gouvernement a beau dire qu'elles sont admissibles parce qu'elles ont un problème de santé grave et irrémédiable, mais nous devons prévoir plus de mesures de protection pour nous assurer que des personnes souffrant d'une maladie mentale ne demandent pas l'aide médicale à mourir sous le coup de l'émotion. Une personne pourrait avoir souffert d'un incident qui la pousse à demander l'aide médicale à mourir, mais en lui donnant du temps pour réfléchir, on pourrait l'en dissuader ». (M. Dane Lloyd, 45, 8 décembre 2020, p.3167)

Comme nous venons de l'expliquer, les personnes atteintes de maladie mentale sont considérées comme globalement incapables d'émettre un jugement rationnel à cause de leur pathologie. Cependant, Hewitt (2013) et Ho (2014) expliquent que certaines personnes, voire la plupart, sont capables de prendre des décisions rationnelles et raisonnables. Cholbi (2009, cité dans Hewitt, 2013) raconte que les troubles de la pensée sont souvent isolés dans un domaine précis et qu'élargir cette incapacité décisionnelle à tous les éléments de la vie est une fausse croyance. Dès lors, la majorité des personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas irrationnelles de manière continue (Ho, 2014), et leur capacité décisionnelle devrait alors être analysée au cas par cas (Hewitt, 2013).

« Ce n'est pas parce qu'une personne a un trouble mental qu'il faut qu'on porte atteinte à son autodétermination et à sa capacité décisionnelle. Cela s'appelle de la discrimination et de la stigmatisation ». (M. Luc Thériault, 277, 7 février 202, p. 20797)

« La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres et non pas en fonction d'un groupe de référence dit "de personnes vulnérables". La juge Beaudouin ajoute que c'est l'aptitude du patient à comprendre et à consentir — avec l'aide d'un médecin — qui devrait s'avérer déterminante en sus des autres critères prévus dans la loi » (L'hon. Hedy Fry, 16, 21 octobre 2020, p.1042)

Bien que les avis soient partagés comme le démontrent les extraits ci-dessus, ce qui ressort des débats est une mise en question de la capacité à consentir des personnes atteintes de maladie mentale d'avoir recours à l'AMM. Nous ne pouvons pas associer les principes du suicide et de l'AMM, car les personnes souffrant de troubles mentaux sont considérées comme incapables de répondre au critère de volonté.

Dans cette lignée, bien que les malades mentaux soient souvent considérés comme inaptes à consentir, une question se pose : en quoi le lien entre suicide et maladie mentale est-il intéressant dans ce critère de volonté ? Grâce à la relecture des différents arguments avancés dans les débats, nous avons compris que le suicide est considéré comme évitable, et qu'avec des soins (notamment) la volonté de mourir disparaît dans de nombreux cas. La plupart des

parlementaires estiment qu'un suicide peut être évité grâce à la prévention et que, dans cette optique, il est possible de dissuader une personne souffrant de maladie mentale de recourir à l'AMM. Dès lors, il est légitime de se demander comment inclure ces personnes dans les discussions sur l'AMM si leur désir de mourir peut évoluer avec des soins. En effet, ils risquent de changer d'avis et dans le cas de l'AMM, il sera trop tard pour faire marche arrière vis-à-vis de leur consentement.

« Les conservateurs ne croient pas que l'aide médicale à mourir soit une solution acceptable face à la maladie mentale ou à la souffrance psychologique. Notre système de soins de santé devrait aider les Canadiens à trouver l'espoir dont ils ont besoin pour vivre, pas à faciliter la mort » (M. Todd Doherty, 159, 13 février 2023, p.11618)

« On craint beaucoup à juste titre que l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale ne nuise aux mesures de prévention du suicide et aux efforts faits pour aider les personnes souffrant de maladies mentales à guérir. En fait, le ministre de la Justice lui-même a exprimé cette crainte. Cet amendement irresponsable pourrait faire en sorte que des Canadiens souffrant de problèmes de santé mentale mettent fin à leur vie prématurément ». (Mme Rosemarie Falk, 71, 11 mars 2021, p.4952)

Dans la littérature, on observe que des programmes de prévention du suicide, développés notamment par l'OMS, ont démontré une réduction des taux de suicide, en partie grâce à des interventions médicales et à la formation des professionnels de santé (Cyprien et al., 2013 ; Boyer & Loyer, 1996). Se concentrer sur la santé mentale des personnes ayant des idées suicidaires a également permis de réduire ces taux (Boyer & Loyer, 1996). En effet, l'agence de la santé publique du Canada (2023) identifie diverses causes à la base des pensées suicidaires et du suicide, telles que la maladie mentale susmentionnée, mais également l'alcoolisme, les traumatismes, la perte d'un proche, la perte d'emploi, des difficultés financières, des changements stressants, le sentiment d'isolement, etc. Beaucoup de ces facteurs peuvent être atténués par exemple par un soutien social et psychologique, ainsi que par un sentiment d'appartenance (Agence de la santé publique du Canada, 2023). Le suicide a autant de causes qu'il existe de moyens de le prévenir (ou presque) (*ibid.*). Ainsi, il est plus compréhensible que le suicide ne soit pas lié à la volonté, car cette dernière, bien que présente à un moment donné, peut disparaître si les idées suicidaires sont traitées efficacement.

Nous apercevons dès lors que ce qui bloque l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale est en lien avec l'incertitude de pouvoir juger la volonté de ces mêmes personnes, en raison du lien effectué avec le suicide. Selon nous, tant que la définition de la maladie mentale

ne sera pas clarifiée, il est plus que probable qu'un flou persistera sur ce que le concept intègre et par conséquent, il sera difficile de savoir comment évaluer ce critère de volonté.

4 DISCUSSION TRANSVERSALE

Que retenir de nos résultats ? Et quel est leur lien avec notre hypothèse ? L'objectif initial était de comprendre la dualité entre intégration et rejet des personnes atteintes de maladie mentale. Nous nous demandions pourquoi les parlementaires rejetaient sans cesse, en créant de nouveaux projets de loi, les personnes atteintes uniquement de maladie mentale au sein de l'AMM. La réponse généralement donnée est que le pays n'est pas prêt à accepter de nouvelles mesures aussi importantes (Santé Canada, 2024 juillet). Nous n'avancions pas que cela est faux, cependant nous pensons que d'autres justifications peuvent se cacher derrière cette explication mise en lumière. Après de nombreuses lectures, un point a attiré notre attention : celui d'un flou définitionnel entourant le terme de maladie mentale.

Cette incertitude définitionnelle se reflète dans nos débats, notamment à travers l'utilisation de termes variés tels que « troubles mentaux », « santé mentale » et « maladie mentale », qui sont souvent considérés comme équivalents. Cependant, la littérature examinée révèle un manque de consensus sur les relations exactes entre ces termes (Sicot, 2006 ; Doron, 2008 ; Delchevalerie, 2002), ce point est également relevé dans notre empirie.

*L'extension de l'aide médicale à mourir pour les personnes aux prises avec des **problèmes de santé mentale** n'y fait pas exception. Je vois des parents, des grands-parents, des frères, des sœurs, des amis inquiets devant la question de l'élargissement de la loi sur l'aide médicale à mourir (M. Jacques Gourde, 161, 15 février 2023, p.11804)*

*Je voudrais lui dire que, dans un débat comme celui-ci, il faut qu'on puisse faire la distinction entre certaines réalités. **On ne parle pas ici de santé mentale.** Quand on parle de santé mentale, on parle de la prévention. Dans le rapport, on ne parle pas de l'ensemble des maladies mentales, **on parle d'un trouble mental dont l'issue est incurable.** Il faut accepter qu'il existe des gens souffrant de trouble mental comme la schizophrénie qui est incurable et irréversible. (M. Luc Thériault, 159, 13 février 2023, P.11618)*

Dès lors, pour certains, ces expressions sont interchangeables, tandis que pour d'autres, elles désignent des concepts distincts. De plus, la définition de la maladie mentale elle-même reste floue et sujette à de nombreuses interprétations, influencées par les perceptions des individus qui la définissent. Par exemple, Delchevalerie (2011) et Dorvil (1982) mettent en lumière cette diversité de définitions. Cette vision ne nous est pas apparue dès le début de notre recherche empirique, cependant nous avons pu observer par la suite comment les parlementaires pouvaient adopter une compréhension de la maladie mentale basée sur leurs expériences et leurs

valeurs. En conséquence, même si certains proposent de remplacer le terme maladie mentale par celui de trouble mental, en raison d'une définition claire de ce dernier grâce au DSM 5³⁶, cela ne serait, selon nous pas une solution dans l'immédiat. En effet, la notion utilisée aujourd'hui dans la loi et dans les projets de loi discutés lors des débats reste celle de l'indéfinie maladie mentale.

Cette présentation du flou définitionnel est indispensable pour appréhender notre question de recherche :

« Comment le flou définitionnel entourant la maladie mentale influence-t-il les décisions législatives concernant l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale dans l'aide médicale à mourir au Canada ? ».

Pour rappel, l'hypothèse mentionnée au début de ce mémoire est la suivante :

Le flou définitionnel entourant la maladie mentale contribue à renforcer le lien perçu entre maladie mentale et suicide dans les débats parlementaires concernant l'intégration des personnes ayant comme seul problème de santé une maladie mentale dans l'AMM au Canada. Cette incertitude (définitionnelle) liée au lien entre suicide et maladie mentale entraîne des débats/questionnements sur la capacité décisionnelle et le consentement des patients atteints de maladies mentales, ce qui conduit les parlementaires à prendre des décisions allant à l'encontre de l'intégration de ces personnes (la capacité décisionnelle étant un critère important d'admissibilité).

Nous pouvons d'ores et déjà dire que nos résultats permettent de vérifier cette hypothèse. En effet, il apparaît dans les débats un lien étroit entre suicide et AMM, où les personnes atteintes de maladie mentale sont généralement perçues comme étant, pour la quasi-totalité (voir la totalité), sujettes à des idées suicidaires.

³⁶ C'est par exemple le cas du « Groupe » dans son rapport final de 2022, qui privilégie le terme « trouble mental » en dépit d'une définition clinique claire de la maladie mentale. (p. 6-7)

« Une personne qui a de très graves problèmes de santé mentale et qui veut mettre fin à sa vie est, par définition, suicidaire. Lorsqu'une personne ne peut pas faire face mentalement à ses problèmes, que son gouvernement l'a abandonnée, qu'elle n'a aucune chance d'obtenir de l'aide et qu'elle décide de mettre fin à ses jours, elle n'est pas saine d'esprit.s. » (Mme Leslyn Lewis, 161, 15 février 2023, p.11784)

Ce lien est également présent dans quelques recherches scientifiques (Cauchie & al., 2017 Clarke, 1999) dans lesquelles on observe notamment comment le diagnostic de maladie mentale est facilement donné à une personne suicidée. Cependant, ces auteurs et d'autres (Boyer & Loyer, 2007 ; Tousignant, 2005 ; Ho, 2014) rappellent que la maladie ne doit pas être considérée comme cause unique et directe du suicide, il existe, en effet, différents facteurs exogènes qui doivent être pris en compte. Nous sommes d'accord avec cette vision, nous pensons que simplifier et généraliser le lien entre maladie mentale et suicide est problématique, car il entraîne une mauvaise compréhension de ce que recouvre réellement cette terminologie. Cela mène notamment à un mélange entre prévention et accompagnement en raison d'une certaine stigmatisation de la part des députés.

Cette liaison (entre suicide et maladie mentale) est, selon notre analyse, en lien avec le flou définitionnel précité. En effet, bien que cela ne soit pas forcément explicité scientifiquement, nous pensons que l'absence d'une définition claire des contours de la maladie mentale facilite l'association, par les parlementaires, entre maladie mentale et suicide. Ainsi, ils considèrent que l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale entraînera par défaut celle des personnes avec des idées suicidaires.

Cette combinaison entre flou définitionnel et liaison suicide-maladie mentale remet en question l'utilisation du terme AMM. Selon la définition du suicide de Durkheim (2007) où le suicide est décrit comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (p. 5), le suicide et l'AMM peuvent être perçus comme similaires. Bien que l'AMM puisse être administrée par un médecin, nous partons ici de l'idée que l'acte est initié par le patient et assisté par le médecin. Ainsi, l'AMM pourrait être considérée comme un suicide avec aide. Ce qui concorde est donc l'idée de fin de vie ; la personne sait dans les deux cas qu'elle va mourir si l'acte est commis. Cette liaison est également observable dans les débats parlementaires.

« Les militants de l'expansion ont tenté de rassurer les Canadiens en leur disant que l'aide médicale à mourir n'est pas un suicide, qu'il serait possible de la distinguer du suicide, mais lorsqu'on l'étend à ceux qui cherchent la mort pour la seule raison d'une maladie mentale, il est évident que l'aide médicale à mourir devient indiscernable du suicide » (Mme Melissa Lantsman, 281, 13 février 2024, p.21052).

En outre, cette perception pose un problème lorsqu'il s'agit d'intégrer les malades mentaux au sein de l'AMM. De ce fait, si l'on considère que toutes les personnes suicidaires sont atteintes de maladie mentale, comme cela est souvent suggéré dans les débats parlementaires ainsi que dans la littérature, l'AMM pourrait alors être assimilée au suicide. Cependant, dans la réalité des faits, il existe un critère qui permet de différencier ces deux concepts : celui de la volonté.

Ce terme renvoie à la capacité de consentir et au consentement libre et éclairé. C'est un critère d'admissibilité obligatoire pour pouvoir avoir recours à l'AMM (voir annexe 2), cependant ce même critère n'est pas attribuable aux personnes atteintes de maladie mentale. En d'autres mots, les malades mentaux sont vus par les parlementaires comme incapables à pouvoir émettre un consentement.

« Il y est mentionné qu'il est tout particulièrement difficile de juger de la capacité d'une personne de prendre cette décision parce que les symptômes de son état ou ses expériences de vie peuvent influencer sur sa capacité à comprendre et à évaluer la décision qu'elle s'apprête à prendre ». (L'hon. Arif Virani, 281, 13 février 2024, p. 21009)

Ce jugement de la volonté des personnes atteintes de maladie mentale se confirme à travers la littérature. Les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas en mesure de comprendre leur état (Provencher-Renaud & al., 2019 ; Sicot, 2006), de plus elles sont vulnérables et ont plus de risques d'être soumises à des pressions extérieures ce qui remettrait en question le libre consentement (Sicot, 2006 ; Bouquet, 2021). En outre, le suicide est vu comme évitable en raison de la disparition souvent constatée du désir de mourir. En effet, la prévention permet d'éviter un suicide, il est alors possible qu'une personne change d'avis sur sa volonté de mettre fin à ses jours (OMS 2006 ; Cyprien & al., 2013 ; Boyer & Loyer, 1996). Cette perception de la mort comme évitable remet en question la volonté des personnes suicidaires, et par conséquent, des malades mentaux dans le contexte de l'AMM.

« On craint beaucoup à juste titre que l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale ne nuise aux mesures de prévention du suicide et aux efforts faits pour aider les personnes souffrant de maladies mentales à

guérir[...]Cet amendement irresponsable pourrait faire en sorte que des Canadiens souffrant de problèmes de santé mentale mettent fin à leur vie prématurément. »(Mme Rosemarie Falk, 71, 11 mars 2021 p.4952)

Par son association avec la maladie mentale, le suicide est différencié de l'AMM en raison de l'incapacité à répondre au critère de volonté. En effet, il serait alors inconcevable d'intégrer ces personnes à l'AMM, car elles ne répondent pas aux critères requis. Selon nous, c'est cette même volonté qui influence le report incessant de la date de caducité. Selon notre analyse, tant qu'il n'y aura pas un consensus sur la définition de la maladie mentale et de ses contours, les personnes suicidaires continueront à être considérées comme malades mentales, et la difficulté de pouvoir répondre et évaluer le critère de volonté persistera. Cependant, il est intéressant de se demander si un consensus permettrait réellement d'abolir la relation entre la maladie mentale et les comportements suicidaires. Nous pensons que cela ne se fera pas facilement notamment en raison des idées reçues entourant la maladie mentale. En effet, ces idées sont, selon nous, relativement ancrées dans les pensées des parlementaires, qui influencent les décisions législatives.

En raison de la rareté des travaux existants sur le sujet étudié, nous ne pouvons pas affirmer que notre recherche valide ou invalide les études antérieures. Cependant, nous observons une continuité dans les idées concernant le flou définitionnel entourant la maladie mentale. Cette notion, déjà apparente dans la littérature, a également été observée dans notre recherche. Toutefois, notre étude ouvre la discussion sur la manière dont ce flou se manifeste dans les débats parlementaires, éclairant ainsi un nouvel angle d'approche. De même, bien que le lien entre maladie mentale et suicide, ainsi que la question de la volonté, soient abordés dans la littérature, notre étude permet de les étudier dans un autre contexte et selon d'autres situations.

Cependant, il faut prendre en compte que notre recherche propose un angle d'analyse. Elle ne se veut pas expliquer le phénomène à elle seule, en effet il serait inconcevable de penser qu'une situation aussi complexe que celle que nous avons présentée pourrait se résumer à un seul critère. Par exemple, nous avons identifié un critère au cours de nos lectures que nous n'avons pas eu le temps de développer : celui de l'irrémediabilité. Ce sujet avait été évoqué lors de notre problématisation. Pour rappel, Provencher et al. (2019) établissent un lien entre les idées suicidaires et l'irrémediabilité dans le contexte de l'AMM. Selon eux, il est important de distinguer les idées suicidaires qui peuvent être « soignées » de celles où la souffrance est jugée incurable ; seuls ces derniers cas devraient avoir accès à l'AMM. Notre recherche a également observé cette association entre le suicide et la maladie mentale. De plus, le concept

d'incurabilité a été mentionné à plusieurs reprises dans les débats, comme l'illustre notamment M. Dane Lloyd.

« Ma préoccupation est liée à l'idée qu'une maladie mentale est incurable. D'après mon expérience et le témoignage du Dr Sonu Gaind, de l'Association des psychiatres du Canada, en 2016, l'Association hésite beaucoup à appuyer l'idée qu'une maladie mentale pourrait être incurable. Elle peut assurément résister au traitement, mais pas être incurable, et l'on craignait que dès qu'on commencerait à dire que les maladies mentales sont incurables, on plongerait les gens dans le désespoir et qu'ils ne chercheraient plus à se faire soigner » (M. Dane Lloyd, 71, 11 mars 2021, p.4929).

Cela nous pousse à nous interroger : l'incurabilité est-elle liée au suicide ? Si le suicide est considéré comme évitable, comme nous l'avons souligné dans cette recherche, sa relation avec la maladie mentale rend-elle cette dernière curable ?

CONCLUSION

En conclusion, la définition de l'AMM, les différents aspects qu'elle recouvre, ainsi que la contextualisation historique de son évolution législative, ont posé une bonne base pour la suite de notre étude. La théorisation ancrée, telle que présentée par Paillé (1994), nous a permis de développer notre raisonnement par un va-et-vient constant entre théorie et empirie (*ibid.*). Ainsi, notre étude vise à ouvrir de nouvelles perspectives en apportant un angle nouveau pour concevoir l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale au sein de l'AMM.

En effet, notre objectif était de comprendre pourquoi ces personnes étaient rejetées alors qu'une volonté d'inclusion semblait se dégager. Pour cela, nous avons décidé d'étudier l'influence du flou définitionnel entourant la maladie mentale sur les décisions législatives.

De ce fait, le flou définitionnel influence ces décisions de plusieurs manières. Tout d'abord, l'absence de définition claire du terme « maladie mentale » permet plus facilement aux parlementaires d'y inclure, les personnes qu'ils jugent concernée. Ce problème en amène un autre : l'intégration des personnes suicidaires dans cette catégorie. En effet, le flou définitionnel, combiné à des idées préconçues, simplifie à tort le lien entre suicide et maladie mentale.

Dans cette optique, les définitions de l'AMM et du suicide peuvent sembler assez similaires si l'on s'arrête sur la notion de mettre un terme à sa vie. Cependant, la volonté entourant l'acte permet de les différencier. En effet, la volonté est un critère indispensable d'admissibilité à l'AMM alors que le suicide ne permet pas d'y répondre. Les personnes atteintes de maladie mentale sont perçues comme incapables d'émettre un consentement et les personnes suicidaires sont souvent considérées comme susceptibles de renoncer à un consentement précédemment exprimé. Ainsi, bien que les experts émettent des recommandations en faveur de l'intégration, ce critère de volonté empêche d'inclure les personnes atteintes de maladies mentales au sein de l'AMM. Le flou définitionnel influence alors les discussions tout au long de ce processus. En effet, même si le pays se prépare de la meilleure des manières, nous ne sommes pas certains que l'intégration se fera, et ce en raison du flou définitionnel et de ce qu'il engendre.

Finalement, l'association entre suicide et maladie mentale soulève des questions sur la volonté, mais également sur l'irrémediabilité. En effet, le suicide vu comme évitable peut remettre en question la curabilité de la maladie mentale. L'irrémediabilité étant un critère d'admissibilité pour l'AMM, il devient pertinent de se demander comment cette liaison pourrait

influencer l'intégration des maladies mentales dans les critères de l'AMM. À l'avenir, il pourrait être intéressant d'examiner la possibilité de clarifier la définition de la maladie mentale et voir si cela permettrait une dissociation du lien entre suicide et AMM. Est-ce que cela suffirait à établir un cadre clair ou le critère de volonté et, potentiellement celui d'irrémediabilité, pourraient être accessibles aux personnes atteintes de maladie mentale ? (Nous sommes sceptiques). Quel serait le prix à payer pour intégrer ces personnes ? Y a-t-il une solution éthique et légale qui permettrait cette inclusion sans risquer de confondre des cas de suicide évitables avec une décision libre et éclairée d'AMM ?

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la Santé Publique du Canada (2023, novembre 30). *Risques et prévention de suicide*. Canada.ca. Consulté le 21 avril 2024 sur <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/suicide-risques-et-prevention.html>
- AQDMD | Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale. (2023). *AQDMD*. Consulté le 21 avril 2024 sur <https://aqdmd.org/documentation/rapport-final-du-groupe-dexperts-sur-lamm-et-la-maladie-mentale/>
- Auxéméry, Y. (2023 b). Suicide assisté dans le cadre de troubles psychiques : Où va-t-on ? *Annales Médico-psychologiques*, 181 (10), 895-904. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.09.009>
- Barnes, A., et Virgint, E. (2019). *Le processus législatif fédéral au Canada*. Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2019-31-f.pdf>
- Benoist, J. (2007). Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *L'information psychiatrique*, 83, 649-654. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1684/ipe.2007.0228>
- Black, T. (2022). Les preuves concernant l'AMM et le suicide. Dans *Chambre des communes du Canada*
- Blondeau, D. & Gagnon, É. (1994). De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les Cahiers de droit*, 35(4), 651–673. <https://doi.org/10.7202/043301a>
- Bordeleau, D. (1994). Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 105–116. <https://doi.org/10.7202/032315ar>
- Bouquet, B. (2021). Consentement et contrainte : des notions polysémiques. *Vie sociale*, 33, 13-27. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/vsoc.211.0013>
- Boyer, R. & Loyer, M. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec ? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139–157. <https://doi.org/10.7202/032402ar>
- Bravo, G., Delli-Colli, N., Dumont, I., Bouthillier, M.-E., Rochette, M. & Trottier, L. (2023). Aide médicale à mourir pour les personnes inaptes à consentir à la suite d'un trouble neurocognitif majeur : préoccupations de travailleurs sociaux du Québec. *Intervention*, (156), 7–22. <https://doi.org/10.7202/1097403ar>
- Broudic, J. (2008). Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. *Le Journal des psychologues*, 262, 58-62. <https://doi.org/10.3917/jdp.262.0058>
- Butler M. & Tiedemann M. (2015). *Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir*. Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Division des affaires juridiques et sociales.

- Butts, E. (2016, 9 septembre). *Affaire Robert Latimer*. Dans *Encyclopédie canadienne*. Consulté le 21 avril 2024 sur <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/robert-latimer-case>
- Camap Canada. (Février, 2022.). *Interprétation et rôle de l'expression mort naturelle raisonnablement prévisible dans la pratique d'AMM*.
- Canadian Association of Medical Radiation Technologists (CAMRT). (s.d.). Consentement éclairé. Consulté le 30 juillet 2024 sur <https://camrt-bpg.ca/fr/prise-en-charge-du-patient/interactions-avec-le-patient/consentement-eclairé/>
- Canouï, P. (2017). Chapitre 13. L'Homme normal existe-t-il : Regards sur la santé mentale (et physique). Dans : Roland Coutanceau éd., *Santé mentale et société* (pp. 133-
- Cauchie, J.-F., Corriveau, P. & Hamel, B. (2017). « Croyez surtout pas que j'ai perdu la tête » : quand les lettres d'adieu de suicidés québécois défient les verdicts du coroner. *Frontières*, 29(1). <https://doi.org/10.7202/1042987ar>
- Carter c. Canada (Procureur général), 2012, BCSC 886
- Carter c. Canada (Procureur général), 2015, CSC 5
- Charte canadienne des droits et libertés. (2016). Partie I de la loi constitutionnelle de 1982. Document en ligne consulté le 20 avril 2024 de <http://lawslois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>
- Chochinov, H. M. (2016). Physician-Assisted Death in Canada. *JAMA*, 315(3), 253. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17435>
- CHU de Québec. (n.d.). Consentement libre et éclairé et à un projet de recherche. CHU de Québec. Consulté le 5 août 2024 sur <https://www.chudequebec.ca/patient/droits-responsabilites-et-recours/consentement-libre-et-eclairé-et-a-un-projet-de-re.aspx>
- Clarke, D. M. (1999). Autonomy, rationality and the wish to die. *Journal Of Medical Ethics*, 25(6), 457-462. <https://doi.org/10.1136/jme.25.6.457>
- Clouet, J. (2021). L'aide médicale à mourir : État de la question et perspectives. *Les Cahiers de droit*, 62 (1), 117-147. <https://doi.org/10.7202/1076008ar>
- CNRTL. (2024). *Suicide*. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 23 juin 2024 sur <https://www.cnrtl.fr/etymologie/suicide>
- Code criminel canadien, L.R.C. 1985, c. C -46, art. 241.1 et suivant.
- Code criminel canadien (2017), L.R.C. 1985, c. C -46, art. 241.1. et 241.2.
- Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (2016, février). *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*.
- Commission de l'éthique en science et technologie. (s. d.). *Aide médicale à mourir et suicide assisté- Commission de L'éthique En Science et En Technologie*. Consulté le 17 juillet 2024 sur <https://ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/qu-est-ce-que-l-ethique/aide-medicale-a-mourir-et-suicide-assiste/>

- Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. (2012). *Mourir dans la dignité : rapport*. <https://afeas.qc.ca/wp-content/uploads/2012/03/Rapport-commission-mourir-dignit%C3%A9.pdf>
- Cyprien, F., Olié, É. & Courtet, P. (2013). Chapitre 16. Les traitements. Dans : Philippe Courtet éd., *Suicide et environnement social* (pp. 121-127). Paris : Dunod. <https://doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/dunod.court.2013.01.0121>
- Delchevalerie, F. (2002). S'associer face à la maladie mentale. *Pyramides. Revue du Centre D'études et de Recherches En Administration Publique*, 6, 171-188. <https://journals.openedition.org/pyramides/455>
- Demeulenaere, P. (2015). *Homo œconomicus : Enquête sur la constitution d'un paradigme*. PUF.
- Desmarais, A. (2023). Décider de mourir : perspective diachronique de savoirs médicaux sur les gestes suicidaires. Université d'Ottawa.
- Doron, C. (2008). La maladie mentale en question. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2, 9-45. <https://doi.org/10.3917/ccgc.002.0009>
- Dorvil, H. (1982). La maladie mentale : définition des Normaux versus celle des Déviants. *Santé Mentale Au Québec*, 7(2), 189. <https://doi.org/10.7202/012984ar>
- Dumouchel, P. (2006). Qu'est-ce qu'une maladie? Pinel, aliéniste et nosographe. *Philosophiques*, 33(1), 19–35. <https://doi.org/10.7202/012945ar>
- Durand, B. (2017). Chapitre 5. Maladies mentales et société. Dans : Roland Coutanceau éd., *Santé mentale et société* (pp. 43-58). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2017.02.0043>
- Durand, B. (2019). Psychiatrie et santé mentale. *Perspectives Psy*, 58, 7-10. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2019581007>
- Durkheim E., 2007, *Le Suicide. Étude de sociologie*, Paris, PUF.
- Freeland, A., Godkin, D., Dembo, J., Chan, P., Knoop, F., Lachmann, M., Morissette, L., Smith, D. H., Stewart, D. E., Trew, M., Wong, M. R., & Charbonneau, M. (2022). Medical Assistance in Dying (MAiD) for Persons Whose Sole Underlying Medical Condition is a Mental Disorder: Challenges and Considerations. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 67(1), 71–87. <https://doi.org/10.1177/07067437211043315>
- Gaind, S., Crawford, A., Geist, R., Henick, M., Kim, S., Lemmens, T., Mishara, B., Simpson, A., Schipper, H., Shakespeare, T., Stainton, T., & Vrakas, G. (2020). *LE CANADA À LA CROISÉE DES CHEMINS : RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'AIDE MÉDICALE À MOURIR POUR LES PERSONNES AYANT UN TROUBLE MENTAL - UNE CRITIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES DU RAPPORT DU GROUPE D'HALIFAX POUR L'IRPP*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34244.58240>
- Gather, J. & Vollmann, J. (2013). Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 444-45

- Garneau, Y., & Diener, J. (1989). La règle du consentement éclairé et ses impasses en psychiatrie*. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 34(8), 759-764. <https://doi.org/10.1177/070674378903400803>
- Giordana J.Y. (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en sante mentale. Paris : Masson.
- Goffman, E (1975). Stigmate : les usages sociaux des handicaps, Paris.
- Gouvernement du Canada, Ministère de la Justice (2016, janvier 15). *Résumé - Contexte législatif : Aide médicale à mourir*, Consulté 21 avril 2024, sur <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/am-ad/p2.html>
- Gouvernement du Canada, Ministère de la Justice (2020, mars 10). *Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir*, Consulté 23 avril 2024, sur <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/cqnae-wwh/p1.html>
- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice (2021, 21 juillet). *La création de lois et de règlements*. <https://www.justice.gc.ca/fra/lois-laws/index.html>
- Gouvernement du Canada, Ministère de la Justice (2023, février 2). *Modifications de la loi : Prolongation de l'exclusion temporaire de l'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale*, Consulté 20 juin 2024, sur <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/fiche-sheet.html>
- Gouvernement du Québec (s.d.). *Qu'est-ce qu'un coroner ?* <https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/quest-ce-quun-coroner.html>
- Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale. (2022). Rapport final du groupe d'experts sur les alternatives aux mesures de mainmise pour les personnes atteintes de maladie mentale [Format PDF]. Récupéré sur <https://aqdmd.org/wp-content/uploads/2022/05/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.pdf>
- Guillemette, F. & Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28 (2), 4– 21. <https://doi.org/10.7202/1085270a>
- Have, H. (2016). Euthanasie. Dans *Encyclopedia of Global Bioethics*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-09483-0>
- Halbwachs, M. (1929). Le suicide et les maladies mentales. *Revue Philosophique de La France et de l'Étranger*, 108, 321–360. <http://www.jstor.org/stable/41083733>
- Halbwachs, M. (2002). XIV. Examen de la thèse psychiatrique : L'aspect pathologique et l'aspect social du suicide. Dans :, M. Halbwachs, *Les causes du suicide* (pp. 305-338). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Hewitt, J. (2013). Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate ? *International Journal Of Law And Psychiatry*, 36(5-6), 358-365. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.006>
- Ho, A. O. (2014). Suicide : Rationality and responsibility for life. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 59(3), 141–147.

- Horincq Detournay, R. (2021). Le concept d'emerget-fit dans les approches méthodologiques inductives. *Enjeux et société*, 8 (1), 36–61. <https://doi.org/10.7202/1076535ar>
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2023, 15 février). *Les normes d'éthique des IRSC : Aider à relever les défis éthiques de la recherche en santé*, Consulté 23 mai 2024, sur <https://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47173.html>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide* [PDF]. Consulté le 24 juillet 2024, sur <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/definitions>
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Politiques*, 11(3), 59-79. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>
- Kirchgässner, G. (2008). The Economic Model of Behaviour. Dans *Springer eBooks* (p. 11-58). https://doi.org/10.1007/978-0-387-72797-4_2
- Larousse. (s. d.). *somatique* – LAROUSSE, Consulté 18 juin 2024, sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/somatique/16163>
- Larousse. (s.d.). *Suicide*. Dans *Dictionnaire de la langue française* (en ligne). Consulté le 24 juillet 2024, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284>
- Le processus d'adoption d'un projet de loi*. (s. d.). Consulté 25 juin 2024, sur <https://learn.parl.ca/understanding-comprendre/fr/les-rouages-du-parlement/le-processus-d-adoption-d-un-projet-de-loi/>
- Legislative Assembly of British Columbia. (2020, novembre). *Le système judiciaire*. Legislative Assembly of British Columbia. Consulté 18 juin 2024, sur <https://www.leg.bc.ca/sites/default/files/images/pdf/peo/The-Justice-System-Fact-Sheet-French.pdf>
- Lingua, G., & Pezzano, G. (2012b). Repenser la rationalité économique : de l'homo oeconomicus à l'homo relationalis. *Noesis*, 20, 283-302. <https://doi.org/10.4000/noesis.1839>
- Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.000. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-32.0001%20/20221101>
- Loi constitutionnelle de 1982, Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, R. U. 1982, c. 11 (1er suppl.).
- Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) (L.C. 2021, ch. 2)
- Martel, J. (2002). *Le suicide assisté : héraut des moralités changeantes*. Presses de l'Université d'Ottawa
- Martin, A. (2023). L'aide médicale à mourir et la question de la déficience physique.
- Martineau, I., Ummel, D., & Fortin, G. (2023). Quelques réflexions éthiques autour du respect de l'autonomie et du consentement, dans le contexte de l'aide médicale à mourir en situation de handicap. *Intervention*, (156), 85-96.

- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. <https://doi.org/10.4000/books.pum.10630>
- Mishara, B. L. (2007). Les enjeux liés à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada. *Frontières*, 20 (1), 47–51. <https://doi.org/10.7202/017947ar>
- Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin
- Mucchielli, L., & Renneville, M. (1998). Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Déviance et Société*, 22(1), 3-36. <https://doi.org/10.3406/ds.1998.1647>
- Nicol J., & Tiedemann M. (2016). *Projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Division des affaires juridiques et sociales.
- Organisation mondiale de la Santé (2006). *Prévenir le suicide : ressource pour conseillers*, Consulté 5 juin 2024, sur (http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_french.pdf).
- Organisation mondiale de la santé. (2023, août 28). *Suicide*. Consulté le 2 août sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181.
- Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans A. Mucchielli (Éd.), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (pp. 54-55 ; 101-102 ; 184-190 ; 266-267). Paris : Armand Colin.
- Paillé P. (2017), « Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée », in : Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé, s.l., Dunod, pp. 61-83, disponible sur : <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-page-61.htm> (consulté le 12/05/2023).
- Parlement du Canada (s.d.) *Le processus d'adoption d'un projet de loi*. Consulté le 10 avril sur <https://learn.parl.ca/understanding-comprendre/fr/les-rouages-du-parlement/le-processus-d-adoption-d-un-projet-de-loi/>
- Peter, F. et Tarquinio, C. (2012). Chapitre 2. Psychopathologie et maladies physiques. Dans : Cyril Tarquinio éd., *Manuel des psychothérapies complémentaires* (pp. 43-78). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2012.01.0043>
- Philips D. & Tiedemann M. (2024). *Étude de la Colline : L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada*. Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement

- Plumauzille, C. et Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmate ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*, 17, 215-228. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>
- Provencher-Renaud, G., Larivée, S., & Sénéchal, C. (2019). L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177 (8), 801-808. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.022>
- Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (2016, février). *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*.
- Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), 1993, 3 R.C.S. 519.
- Santé Canada. (2024, février 29). *Le gouvernement du Canada présente un projet de loi pour la mise en œuvre de la première phase d'un régime national et universel d'assurance médicaments* [Communiqués de presse]. Consulté le 17 mars 2024 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/02/le-gouvernement-du-canada-presente-un-projet-de-loi-pour-la-mise-en-uvre-de-la-premiere-phase-dun-regime-national-et-universel-dassurance-medicaments.html>
- Santé Canada. (2024, 18 juillet). *Aide médicale à mourir : Aperçu*. Canada.ca, Consulté 22 juillet 2024, sur <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medecale-mourir.html>
- Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ?. *Déviance et Société*, 30, 203-232. <https://doi.org/10.3917/ds.302.0203>
- Sider, C., Kacha, F., Benradia, I., Roelandt, J. & Mouchenik, Y. (2015). De la stigmatisation à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie. *Perspectives Psy*, 54, 142-147. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1051/psy/2015542142>
- Smith M. (1993). L'affaire Rodriguez : examen la décision rendue par la Cour suprême du Canada sur l'aide au suicide. Publications du gouvernement du Canada. Division du droit et du gouvernement. Consulté le 14 juin 2024 de <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp349-f.htm>
- Système parlementaire canadien - Notre procédure - InfoProcédure - Chambre des communes du Canada.* (s. d.), Consulté 3 mai 2024, sur https://www.noscommunes.ca/procedure/notre-procedure/ParliamentaryFramework/c_g_parliamentaryframework-f.html
- Tadros, G., & Jolley, D. (2001). The stigma of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 179(2), 178–178. doi:10.1192/bjp.179.2.178
- Thériault, V. (2021). Étendre l'aide médicale à mourir à des patients inaptes : une étude qualitative descriptive sur les attitudes de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer. [Mémoire de master, Université de Sherbrooke]
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma : ignorance, prejudice or discrimination ? *British Journal Of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

- Tousignant, M. (1994). Le suicide et les comportements suicidaires. Dans *Classiques des sciences sociales*. <https://doi.org/10.1522/cla.tom.sui>
- Tousignant, M., Gagnon, A. & Des Aulniers, L. (1999). Une entrée ratée dans la vie : suicides et dynamiques suicidaires chez les jeunes. *Frontières*, 12 (1), 23–32. <https://doi.org/10.7202/1074504ar>
- Truchon c. Canada (Procureur général), 2019, QCCS 3792
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Dossiers-débats parlementaires

Débats (Hansard) no 13 - 9 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-13/debats>

Débats (Hansard) no 14 - 19 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-14/debats>

Débats (Hansard) no 16 - 21 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-16/debats>

Débats (Hansard) no 20 - 27 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-20/debats>

Débats (Hansard) no 21 - 28 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-21/debats>

Débats (Hansard) no 22 - 29 octobre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-22/debats>

Débats (Hansard) no 43 - 4 décembre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-43/debats>

Débats (Hansard) no 45 - 8 décembre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-45/debats>

Débats (Hansard) no 46 - 9 décembre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-46/debats>

Débats (Hansard) no 47 - 10 décembre 2020 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-47/debats>

Débats (Hansard) no 64 - 23 février 2021 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-64/debats>

Débats (Hansard) no 71 - 11 mars 2021 (43-2) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-71/debats>

Débats (Hansard) no 159 - 13 février 2023 (44-1) — Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-159/debats>

Débats (Hansard) no 161 - 15 février 2023 (44-1) — Chambre des communes du Canada.
(s. d.). <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-161/debats>

Débats (Hansard) no 277 - 7 février 2024 (44-1) - Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-277/debats>

Débats (Hansard) no 281 - 13 février 2024 (44-1) - Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-281/debats>

Débats (Hansard) no 282 - 14 février 2024 (44-1) - Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-282/debats>

Débats (Hansard) no 283 - 15 février 2024 (44-1) - Chambre des communes du Canada. (s. d.).
<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/44-1/chambre/seance-283/debats>

ANNEXES

Annexe 1 : Processus législatif canadien.

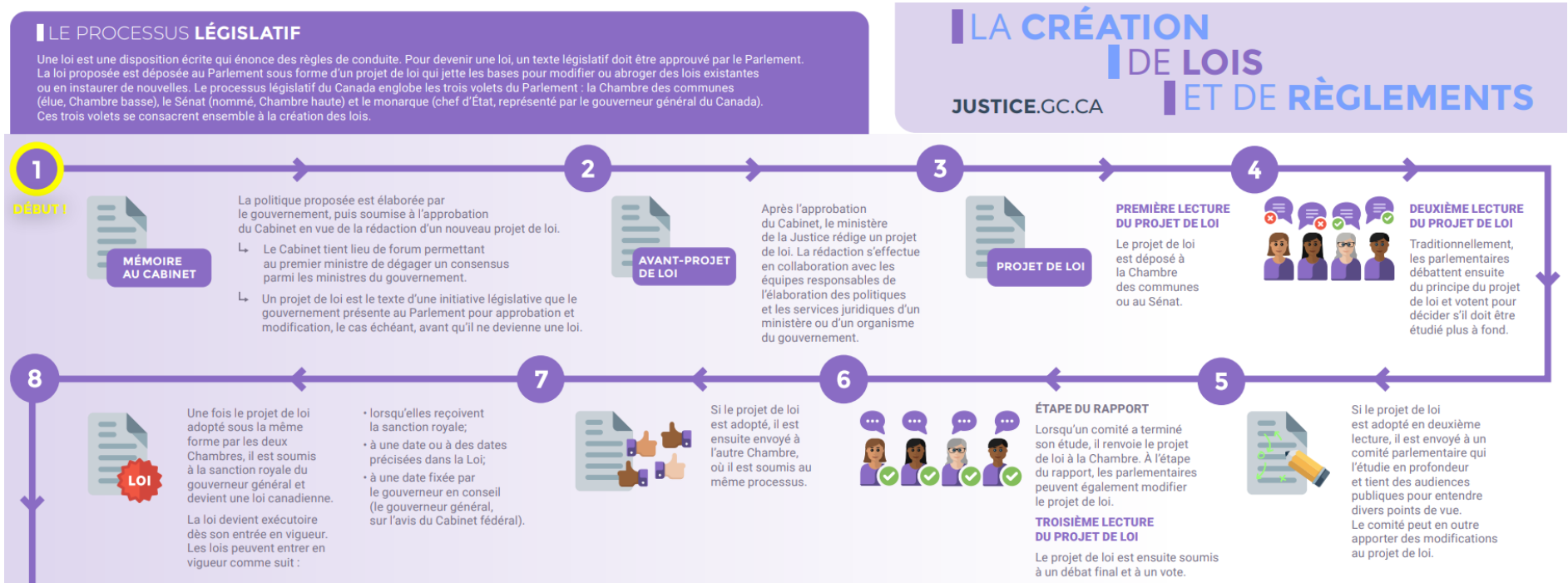


Image extraite du site internet du Gouvernement du Canada- Ministère de la Justice (2021)

Annexe 2 : Critères d'admissibilités actuels de l'AMM- Art 241.2 du CCC.

- **241.2 (1)** Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :
 - **a)** elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada ;
 - **b)** elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ;
 - **c)** elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ;
 - **d)** elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ;
 - **e)** elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.
- **Note marginale : Problèmes de santé graves et irrémédiables**

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

 - **a)** elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables ;
 - **b)** sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;
 - **c)** sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.
 - **d)** [Abrogé, 2021, ch. 2, art. 1]
- **Note marginale : Exclusion**

(2.1) Pour l'application de l'alinéa (2)a), la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap