

Évaluer l'incurabilité pour les demandes d'Aide médicale à mourir

Mai 2025

Les informations et commentaires contenus dans cette publication ne constituent pas des conseils juridiques.
Pour lire l'intégralité de la clause de non-responsabilité juridique de l'ACEPA, veuillez consulter le
site <https://camapcanada.ca/disclaimer/>

Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA)

L'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) est la seule association de professionnels impliqués dans la prestation des soins de l'AMM au Canada. Fondée en 2016, sa mission est de soutenir les professionnels de l'AMM dans leur travail, d'éduquer le public et la communauté des soins de santé sur l'AMM, et de fournir un leadership pour déterminer les normes et lignes directrices nationales de la pratique de la prestation de l'AMM. Les membres de l'ACEPA s'efforcent d'atteindre l'excellence dans les soins prodigués aux patients, et d'en faire un exemple à suivre tant au niveau national qu'international. L'ACEPA vise à travailler avec les gouvernements du Canada à tous les niveaux, les organismes de réglementation médicaux et infirmiers provinciaux, les collèges médicaux et infirmiers nationaux, les groupes professionnels nationaux, les collègues médecins et infirmiers, et les organisations nationales qui soutiennent l'AMM.

Processus

L'ACEPA a établi le Groupe de travail sur l'évaluation de l'incurabilité dans les demandes d'aide médicale à mourir afin de produire un document visant à aider les évaluateurs et les prestataires d'AMM à déterminer si une personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap incurable (l'un des éléments requis d'un problème de santé grave et irréversible). Le groupe de travail comprenait des prestataires d'AMM spécialisés en (1) médecine familiale et (2) psychiatrie. Il comprenait également un expert universitaire en droit de la santé et en éthique. Une ébauche a été diffusée auprès des parties prenantes nationales pour commentaires. Celles-ci ont été invitées à soumettre leurs commentaires, et les orientations ont été révisées en réponse à ceux-ci. L'ébauche résultante a été soumise au conseil d'administration de l'ACEPA et approuvée pour publication sur le site Web de l'ACEPA. Ces orientations seront mises à jour si les circonstances l'exigent.

Introduction.....	3
Contexte.....	5
Évaluation de l'incurabilité.....	8
Exigences juridiques de base.....	8
Définitions de travail.....	8
Meilleures pratiques.....	9
Principaux éléments de pratique pour l'évaluation de l'incurabilité.....	14
À propos des autrices.....	16
Notes finales.....	17

Introduction

Introduction

Pour être admissible à l'AMM, une personne doit avoir des « problèmes de santé grave et irrémédiables ». Ce critère est défini explicitement dans le Code criminel du Canada comme suit :

241.2(2) Pour être considérée comme ayant des « problèmes de santé graves et irrémédiables », la personne doit répondre aux critères suivants :

- (a) la personne 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; et
- (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.¹

De même, la législation québécoise sur l'AMM exige qu'un patient « soit atteint d'une maladie grave et incurable et se trouve dans un état médical de déclin avancé et irréversible de ses capacités ».²

Certains cliniciens ont exprimé des incertitudes quant à la meilleure façon d'évaluer l'incurabilité dans le contexte de l'AMM, en particulier à la lumière de la Voie 2 de la loi fédérale et de la suppression de l'exigence de fin de vie dans la législation québécoise.³

Le présent document d'orientation vise à aider les cliniciens à comprendre et à évaluer l'élément d'incurabilité des critères d'admissibilité à l'AMM au Canada (y compris l'AMM pour maladie mentale comme seul problème médical invoqué(MM-SPMI⁴) à compter de mars 2027 au Canada, mais non au Québec).⁵

Ces orientations s'inscrivent dans un cadre plus large regroupant l'ensemble des critères d'admissibilité, et il est important de souligner que la constatation qu'une maladie, un trouble ou un handicap est incurable ne signifie pas automatiquement que la personne est atteinte d'un problème de santé grave et irrémédiable. Les deux autres exigences de ce critère d'admissibilité doivent également être satisfaites (c.-à-d. un déclin avancé et irréversible des capacités, et que la maladie, le trouble ou le handicap ou cet état de déclin cause des

souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour la personne et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables).

Il faut également souligner que la détermination du caractère curable ou incurable de l'état d'une personne relève du jugement professionnel du clinicien évaluateur (ci-après « clinicien »), dans le contexte de l'état médical particulier de cette personne au moment de l'évaluation. Dans certaines situations, cela sera difficile. Il incombe au clinicien d'exercer son meilleur jugement et d'être en mesure de le justifier.

Contexte

Le terme « incurable » n'est pas défini dans le Code criminel, et aucune cour de justice ne l'a interprété de manière autoritaire, ce qui constitue le seul mécanisme légal pour obtenir une telle interprétation d'un terme non défini dans une loi. Les cliniciens ont donc dû appliquer ce terme sans interprétation précise et officielle. Au fil du temps, des efforts ont été faits pour proposer des interprétations fondées sur les décisions judiciaires et les principes juridiques établis, efforts qui ont éclairé les évaluations cliniques.

La Cour suprême du Canada (CSC) a fait un commentaire sur la signification du terme connexe « irrémédiable » dans sa décision dans l'affaire *Carter c. Canada* (l'affaire phare sur l'AMM au Canada) :

« Il convient d'ajouter que le caractère "irrémédiable" ne suppose pas que le patient doive subir des traitements qu'il juge inacceptables. »⁶

Lors de la discussion du projet de loi C-14 (le premier cadre législatif sur l'AMM au Canada), un avocat principal du ministère fédéral de la Justice a déclaré :

« Je concluais que le droit criminel interdit en lui-même d'administrer une substance médicale à une personne contre son gré. C'est le crime d'agression. Le droit criminel doit être interprété de manière cohérente dans son ensemble. Il est donc impossible d'interpréter le mot "incurable" dans le projet de loi C-14, s'il était adopté, comme s'il exigeait qu'une personne suive un traitement médical auquel elle ne consent pas. Ce serait une disposition du Code criminel imposant ce que prévoit une autre disposition comme étant un acte criminel. »⁷

Un rapport publié par l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP) sur l'interprétation des critères d'admissibilité à l'AMM a suggéré que le terme « incurable » ne devait pas être interprété de manière à obliger les patients à accepter des traitements non désirés pour satisfaire à ce critère d'admissibilité. Pour justifier cette interprétation de la disposition du Code criminel, les auteurs du rapport se sont appuyés sur le droit en matière de consentement aux traitements médicaux :

«D'abord, cette interprétation proposée est conforme au droit bien établi en matière de consentement aux soins médicaux (dans les domaines du droit criminel relatif à l'agression et du délit civil de voies de fait). À très peu d'exceptions près (comme pour certains patients atteints de maladies transmissibles), la loi permet aux patients aptes de refuser des traitements médicaux pour quelque raison que ce soit, peu importe les conséquences potentiellement fatales de ce refus et peu importe que d'autres jugent ce refus raisonnable. Comme l'a souligné l'avocat principal du ministère de la Justice :

« En d'autres termes, une personne a le droit de refuser tout type de traitement. Une personne peut être atteinte d'une maladie pour laquelle il existe un traitement potentiellement efficace, mais si elle refuse d'être traitée, même pour sauver sa vie, la maladie sera, à toutes fins utiles, incurable. »⁸

Bien sûr, bien que suggestive, la déclaration de la CSC dans l'affaire Carter ne constitue pas un commentaire judiciaire sur la signification du terme « incurable », puisque ce terme ne figurait pas dans le dossier (la décision Carter est antérieure au projet de loi C-14, qui a introduit ce terme). De plus, le projet de loi C-14 ajoutait une exigence selon laquelle la « mort naturelle » d'une personne devait être « raisonnablement prévisible ».⁹ La loi québécoise exigeait qu'une personne soit « en fin de vie ».¹⁰ L'interprétation proposée par l'IRPP selon laquelle l'« incurabilité » n'exige pas un traitement a été développée dans ce contexte restreint. Toutefois, le projet de loi C-14 a ensuite été modifié par le projet de loi C-7¹¹ à la suite de la décision Truchon.¹² Ce projet de loi a retiré l'exigence selon laquelle la mort naturelle d'une personne devait être raisonnablement prévisible.¹³ De même, le projet de loi 11 au Québec a supprimé l'exigence que la personne soit « en fin de vie ».¹⁴

Tant avant qu'après ces changements législatifs, des questions ont été soulevées quant à savoir si l'état d'un patient pouvait être considéré comme « incurable » s'il existait encore des options de traitement qui n'avaient pas été essayées.

Actuellement, l'une ou l'autre des situations suivantes pourrait se présenter dans le cadre d'une demande d'AMM :

1. la pathophysiologie de l'état de la personne est comprise, y compris sa persistance dans le temps, et il est connu qu'elle ne peut pas être éliminée ou inversée, ou qu'il est hautement improbable qu'elle le soit (p. ex., SLA, glioblastome);
2. la pathophysiologie est comprise et persistante, mais ne correspond pas nécessairement bien aux symptômes (p. ex., maladie dégénérative des disques, sténose spinale);
3. la pathophysiologie est comprise, mais sa persistance et l'évolution des symptômes sont très variables dans le temps (p. ex., sclérose en plaques);
4. la pathophysiologie est mal comprise (p. ex., syndrome post-Covid) ou la condition est définie principalement par les profils de symptômes (p. ex., fibromyalgie).

Dans le but de faciliter l'élaboration d'orientations à l'intention des cliniciens, Santé Canada a mis sur pied le Groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'AMM pour rédiger un modèle de norme professionnelle lié aux dispositions du Code criminel pouvant être adopté ou adapté par les instances réglementaires des médecins et des infirmier.ère.s par l'entremise de leurs normes de réglementation et documents d'orientation. Le mandat de ce groupe était de développer un cadre général de compréhension et d'application des termes utilisés dans la législation, y compris ceux directement liés aux critères d'admissibilité, comme « incurable ».

Selon ce Modèle de norme de pratique :

« Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.¹⁵

Bien que l'évaluation de l'incurabilité dans la majorité des cas puisse ne pas être difficile, les cliniciens doivent également faire ces déterminations dans des situations plus complexes. Le présent document d'orientation vise à soutenir davantage les cliniciens dans l'application des meilleures pratiques cliniques dans le cadre juridique actuel.

Évaluation de l'incurabilité

Exigences juridiques de base

Il existe certaines exigences juridiques de base concernant l'évaluation de l'incurabilité :

Une personne qui demande l'AMM peut croire qu'elle a une maladie, affection ou incapacité grave et incurable. Toutefois, pour qu'une personne soit jugée admissible à l'AMM, l'évaluateur et le prestataire doivent être d'avis que la personne a une maladie, affection ou incapacité grave et incurable. Si un clinicien n'est pas en mesure de se forger l'opinion que l'état de la personne est incurable, cette personne ne peut être jugée admissible à l'AMM par ce clinicien.¹⁶

Si une personne qui demande l'AMM au titre de la voie 2 n'envisage pas sérieusement les moyens disponibles pour soulager ses souffrances, elle ne peut être jugée admissible à l'AMM.¹⁷ Toutefois, être en désaccord avec un refus éclairé de traitements indiqués et accessibles de la part du patient ne constitue pas en soi une preuve d'un manque de considération sérieuse, et ne constitue donc pas nécessairement un motif de conclure que le critère d'incurabilité n'est pas rempli.

Dans les cas relevant de la voie 2, si aucun des deux évaluateurs n'a d'expertise dans l'affection à l'origine des souffrances de la personne, la loi exige qu'un des évaluateurs de l'AMM consulte un médecin ou une infirmière praticienne possédant cette expertise.¹⁸ Cette consultation peut se faire par courriel, téléphone, en ligne ou en personne. L'évaluateur (et/ou le consultant) peut également juger nécessaire que le patient soit vu par un consultant, selon les enjeux cliniques à aborder. Il faut veiller à bien préciser dans la documentation la nature des consultations avec les autres cliniciens (S'agissait-il de satisfaire à la mesure de sauvegarde procédurale de consulter un clinicien ayant une expertise dans le problème de santé causant les souffrances de la personne? Et/ou s'agissait-il d'obtenir tous les renseignements nécessaires à l'évaluation de l'incurabilité, y compris des informations allant au-delà de la seule affection en cause?)

Définitions de travail

Aux fins de l'évaluation de l'incurabilité dans leur pratique, les cliniciens peuvent s'appuyer sur la définition de travail suivante d'« incurable » : « Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.¹⁹

Pour les fins de l'évaluation de l'« incurabilité », « efficace cliniquement » signifie qu'un traitement est capable d'inverser ou d'éliminer la pathophysiologie sous-jacente. Pour les affections définies par des profils symptomatiques ou lorsque la pathologie sous-jacente et les symptômes ne correspondent pas bien, l'« incurabilité » renvoie à l'incapacité de soulager suffisamment et durablement les symptômes.

Meilleures pratiques

Les meilleures pratiques pour établir l'incurabilité dans le processus d'évaluation de l'AMM incluent ce qui suit :

1. Compétence

« Les [*médecins/infirmières praticiennes*] qui choisissent d'évaluer l'admissibilité à l'AMM ou de l'administrer, doivent avoir une formation, une expérience et des qualifications suffisantes pour le faire de manière sécuritaire et compétente dans les circonstances de chaque cas. »²⁰ Lorsqu'ils évaluent une demande fondée sur une affection qu'ils connaissent peu, ils doivent demander l'aide de collègues, obtenir des documents médicaux et/ou consulter des cliniciens possédant l'expertise requise.

2. Informations essentielles

Accès. L'évaluateur doit obtenir toutes les informations nécessaires à l'évaluation de l'incurabilité. Si le patient refuse l'accès à une source essentielle d'information, les cliniciens doivent tenter de l'obtenir ailleurs. Si la personne refuse l'accès à toute source essentielle, l'évaluateur doit lui faire savoir que l'évaluation ne peut être complétée et qu'elle ne peut être jugée admissible.²¹

Diagnostic.²² Une attention particulière doit être accordée aux connaissances scientifiques sur la pathophysiologie sous-jacente de l'affection, si elles existent. Lorsqu'il y a des difficultés diagnostiques, il est important que les praticiens de l'AMM examinent toute l'information disponible provenant des spécialités pertinentes afin de connaître le diagnostic probable.

Tentatives de traitement²³ effectuées jusqu'au moment de l'évaluation doivent être revues, incluant leur durée, mode d'administration, intensité et résultats.

Options de traitement.²⁴ Les traitements *indiqués* sont ceux qui le seraient en fonction du problème de santé de la personne. Ils peuvent être déjà bien documentés dans les notes de traitement récentes ou les rapports de spécialistes. La gamme complète des options de traitement peut être trouvée dans les lignes directrices de pratique clinique reconnues pour les conditions sous-jacentes à la demande d'AMM, ou, à défaut, dans la

littérature scientifique. Dans certains cas, identifier toutes les options de traitement pourrait nécessiter que l'évaluateur consulte des spécialistes ou que le patient soit vu par des cliniciens ayant l'expertise pertinente. Cette consultation n'est pas en soi une évaluation de l'admissibilité (qui reste la responsabilité de l'évaluateur), mais une consultation visant à obtenir un avis expert pour l'évaluation.

Les évaluateurs doivent être attentifs au fait que des discussions approfondies avec le patient peuvent révéler que les traitements refusés ne sont pas indiqués pour ce patient en particulier (p. ex. un traitement peut avoir fait ses preuves en essai clinique, mais être intolérable pour la personne).

Traitements disponibles. Une fois les options indiquées identifiées, les évaluateurs doivent déterminer lesquelles sont accessibles au patient, c'est-à-dire ce qui peut être obtenu pour et par la personne. Établir l'incurabilité dans de tels cas ne signifie pas que la personne doit tenter des traitements qui existeraient ailleurs dans le monde mais ne sont pas disponibles pour elle.

*Traitements acceptables.*²⁵ Une fois les traitements indiqués et accessibles identifiés, les évaluateurs doivent déterminer ceux que le patient juge acceptables. Pour ce faire, les cliniciens doivent explorer les croyances, valeurs et objectifs de soins du patient. **Il est essentiel d'éviter qu'un patient refuse des traitements/interventions potentiellement efficaces en raison de malentendus ou de peurs non abordées.**

Traitements raisonnables. Le caractère « raisonnable » est défini conjointement par le clinicien et la personne à travers une exploration des traitements/interventions reconnus, disponibles et potentiellement efficaces, à la lumière de l'état de santé, des croyances, valeurs et objectifs de soins.²⁶

3. Évaluation du caractère incurable²⁷

L'incurabilité doit être établie en fonction de l'ensemble des circonstances propres à la personne. Un diagnostic, à lui seul, ne permet pas de conclure à l'incurabilité ou à l'admissibilité à l'AMM. L'incurabilité doit être évaluée au cas par cas en tenant compte de toutes les circonstances de la personne, y compris, mais sans s'y limiter, les interactions et les synergies entre ses conditions comorbides.

L'évaluateur peut juger que l'état de la personne est incurable :

- a) lorsque les connaissances sur la pathophysiologie permettent de prédire le décès, et qu'au moment de l'évaluation pour l'AMM, aucune intervention raisonnable ne permettra de renverser le processus pathophysiologique; OU

b) lorsque les connaissances sur la pathophysiologie permettent de prédire la progression du processus pathologique dans le temps, et qu'au moment de l'évaluation pour l'AMM, aucune intervention raisonnable ne permettra de renverser le processus pathophysiologique; OU

c) lorsque les connaissances sur la pathophysiologie permettent de prédire la persistance de la pathologie dans le temps, et qu'au moment de l'évaluation pour l'AMM, aucune intervention raisonnable ne permettra de renverser le processus pathophysiologique ou les symptômes qui y sont associés; OU

d) lorsque la condition est définie par un profil symptomatique et qu'elle est réfractaire au traitement. Une condition est dite « réfractaire au traitement » lorsqu'elle ne répond pas au traitement (à la totalité ou à la majorité des traitements disponibles).²⁸ L'éventail des options de traitement se reflète dans les lignes directrices en pratique clinique spécifiques à la condition (lorsqu'elles existent) et dans la pratique des surspécialités.

4. Refus de traitement

Il peut arriver qu'au moment de la demande d'AMM, certaines interventions puissent renverser le processus pathophysiologique ou soulager les symptômes d'une condition, mais que la personne refuse ces interventions. Le clinicien peut néanmoins juger que la condition est incurable, et il devrait alors clairement documenter son raisonnement ainsi que les motifs du refus exprimés par la personne.

Les évaluateurs devraient être attentifs à la possibilité qu'une condition comorbide contribue à la souffrance, même si ce n'est pas la raison principale invoquée pour la demande d'AMM (p. ex. un trouble de l'adaptation à la suite d'un diagnostic catastrophique, une douleur découlant d'une autre condition physique, ou un trouble mental chronique comorbide).²⁹ Dans de telles circonstances, les évaluateurs devraient confirmer que la personne a exploré les options de traitement pour la ou les conditions comorbides (ou demander à son médecin traitant de la référer à d'autres cliniciens capables de fournir cette information). Cette démarche est indiquée parce que la souffrance associée à une condition secondaire ou comorbide (p. ex. un trouble de l'adaptation ou une douleur) peut amener la personne à refuser des traitements et/ou d'autres interventions visant la condition principale à l'origine de la demande d'AMM. Le soulagement de cette souffrance pourrait amener la personne à vouloir poursuivre les traitements liés à la condition principale. Le clinicien doit également déterminer si la condition comorbide affecte la capacité de la personne à prendre des décisions. Si tel est le cas, la personne pourrait ne pas être admissible à l'AMM.

Les évaluateurs devraient également être attentifs à la possibilité que des enjeux socioéconomiques ou autres contribuent aux symptômes de la personne, à son expérience de la souffrance, ou à sa volonté de tenter les traitements pour la condition à l'origine de la demande d'AMM. Le fait de s'attaquer à ces enjeux (lorsque cela est possible) pourrait amener la personne à vouloir poursuivre les traitements pour la condition principale.³⁰ Dans de telles situations, les évaluateurs devraient explorer des options additionnelles pour répondre à ces enjeux (ou référer la personne à d'autres professionnels compétents pour le faire).

Cependant, si une personne continue de refuser des traitements indiqués et accessibles, l'évaluateur doit examiner plus avant ce que l'on sait de l'état de cette personne, plus précisément :

- a) lorsqu'il s'agit d'une condition pour laquelle le processus pathophysiologique ou les symptômes associés sont encore potentiellement réversibles, et que l'on ne peut avoir confiance que le refus sera maintenu dans le temps (soit parce que des indices montrent que la décision est instable, soit parce qu'il reste encore beaucoup de temps avant que la pathophysiologie cesse d'être potentiellement réversible), la condition ne peut être considérée comme incurable (p. ex. une jeune personne atteinte d'un cancer du sein à un stade précoce)
- b) lorsqu'il s'agit d'une condition pour laquelle le processus pathophysiologique ou les symptômes associés sont encore potentiellement réversibles, même si cela ne cessera d'être le cas que dans un délai considérable, mais que l'on a confiance que le refus sera maintenu pendant ce temps, la condition peut être considérée comme incurable (p. ex. le refus d'une greffe du foie pour une stéatohépatite d'origine métabolique, fondée sur des convictions religieuses de longue date);
- c) lorsque le processus pathophysiologique est connu mais que l'évolution de la condition ou des symptômes associés est imprévisible (p. ex. maladie dégénérative des disques intervertébraux), le clinicien devrait soupeser les options de traitement. Si la personne refuse la majorité des traitements, dont certains sont susceptibles de réduire les symptômes, la condition ne devrait pas être considérée comme incurable. Si la personne a essayé de nombreux traitements et refuse les quelques options restantes, la condition peut être considérée comme incurable;
- d) lorsque le processus pathophysiologique est mal connu et/ou que la condition est définie par un profil symptomatique (p. ex. fibromyalgie), le clinicien devrait soupeser les options de traitement. Si la personne refuse la majorité des traitements susceptibles de réduire les symptômes, la condition ne devrait pas

être considérée comme incurable. Si la personne a essayé de nombreux traitements et refuse les quelques options restantes, la condition peut être considérée comme incurable.

Entre « une majorité » et « les quelques » options restantes, le clinicien atteint les limites de clarté de la frontière entre ce qui est curable et incurable pour certaines conditions chroniques. Il devra alors exercer son meilleur jugement, en tenant compte de l'ensemble des circonstances cliniques et de la spécificité de la situation, pour en arriver à une décision.³¹ Les discussions de cas avec des collègues expérimentés sont encouragées pour recueillir d'autres perspectives et mettre son propre raisonnement à l'épreuve.

5. Documentation

Les étapes susmentionnées ainsi que le raisonnement clinique ayant mené aux conclusions du clinicien devraient être dûment documentés au dossier.

Principaux éléments de pratique pour l'évaluation de l'incurabilité

- Il existe un large éventail de maladies, affections et handicaps pour lesquelles une personne peut demander l'AMM. L'établissement de l'incurabilité nécessite un raisonnement clinique adapté à la ou aux conditions de la personne. Plus précisément, le raisonnement clinique doit tenir compte du niveau de connaissances cliniques et scientifiques existantes sur la ou les conditions.
- Connaître le ou les diagnostics de manière aussi précise que possible éclairera le type d'information que l'évaluateur devra recueillir sur la personne. Toutefois, un diagnostic, à lui seul, ne permet pas de conclure à l'incurabilité ou à l'admissibilité à l'AMM. L'incurabilité doit être évaluée au cas par cas, en tenant compte de l'ensemble des circonstances propres à la personne, y compris, mais sans s'y limiter, les interactions et les synergies entre ses conditions comorbides.
- Dans tous les cas, les évaluateurs doivent :
 - connaître la gravité et la durée de la condition de la personne;
 - connaître l'évolution de la maladie selon les données cliniques disponibles et l'évolution spécifique à l'individu, à travers une anamnèse détaillée de la maladie actuelle, les traitements reconnus entrepris avant l'évaluation, ainsi que l'accessibilité de tout autre traitement;
 - discuter avec la personne de l'information pertinente concernant sa ou ses conditions, les options de traitement, les moyens de soulagement de la souffrance, etc. (et pour les cas de voie 2, s'assurer que la personne a sérieusement envisagé ces moyens);
 - comprendre l'état de santé global de la personne, ses croyances, ses valeurs et ses objectifs de soins, et comment ceux-ci influencent la demande d'AMM et toute autre option de traitement indiquée, disponible, acceptable et raisonnable;
 - documenter les éléments ci-dessus dans leurs notes cliniques.
- En principe, une condition peut être considérée comme incurable lorsqu'aucune intervention raisonnable ne permet de renverser le processus pathophysiologique sous-jacent ou les symptômes associés. Le caractère « raisonnable » est déterminé par le clinicien et la personne, ensemble, en explorant les traitements/interventions reconnus, disponibles et potentiellement efficaces sur le plan clinique, à la lumière de l'état de santé global de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

- Pour les conditions dont la pathophysiologie est inconnue ou imprévisible, les évaluateurs doivent documenter les tentatives de traitement faites jusqu’au moment de l’évaluation (y compris leur durée et leur intensité, ainsi que les résultats de ces traitements/interventions), de même que les options restantes. De telles conditions peuvent être considérées comme incurables lorsqu’elles sont réfractaires au traitement.
- Le cas échéant, les évaluateurs doivent explorer les raisons pour lesquelles une personne a refusé d’accepter ou d’essayer les options de traitement restantes. Il est essentiel d’éviter qu’une personne refuse des traitements/interventions potentiellement efficaces en raison de conceptions erronées ou de craintes non abordées concernant ces options. Les évaluateurs doivent être attentifs à tout facteur — autre que la condition médicale grave et irrémédiable — qui contribue à l’expérience de la souffrance de la personne et, par conséquent, à sa demande d’AMM.
- Le refus de traitement n’exclut pas la possibilité de conclure à l’incurabilité, sous réserve de considérations précises (voir section 4).

À propos des autrices

Jocelyn Downie, CM, FRSC, FCAHS, SJD, est professeure émérite aux facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie. Elle mène des travaux de recherche et de défense des droits en lien avec l'aide médicale à mourir depuis trois décennies, notamment à titre de membre de l'équipe juridique bénévole dans l'affaire *Carter c. Canada* et de plusieurs groupes d'experts, dont, plus récemment, le Groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'AMM de Santé Canada.

Mona Gupta, MDCM, FRCPC, PhD, est psychiatre en liaison et consultation au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeure au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse en bioéthique et en philosophie de la psychiatrie. Elle a présidé le Groupe d'experts sur l'AMM et les troubles mentaux, ainsi que le Groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'AMM de Santé Canada.

Lilian Thorpe, MD, FRCP, PhD, est psychiatre spécialisée en gériatrie et professeure à l'Université de la Saskatchewan. Elle s'implique depuis longtemps dans les enjeux liés à la fin de vie, y compris l'AMM. Elle a été membre du Groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'AMM de Santé Canada et continue de participer activement aux activités cliniques, d'enseignement et de recherche liées aux enjeux de fin de vie.

Notes finales

1. Code criminel, RSC 1985, c C-46, s.241.2(2).
2. Loi concernant les soins de fin de vie CQLR c S-32.0001, s.26(3(a)).
3. Canada : Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), 1re session, 42e législature, 2016 (Projet de loi C-14) ; Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 1re session, 43e législature, 2020 (Projet de loi C-7) ; Projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 1re session, 44e législature, 2023 (Projet de loi C-39) ; et Projet de loi C-62, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) (no 2), 1re session, 44e législature, 2024 (Projet de loi C-62). Québec : Projet de loi 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, 1re session, 43e législature, 2023 (Projet de loi 11). À noter qu'il existe des différences importantes entre les lois fédérales et québécoises. Par exemple, le Québec autorise certaines demandes anticipées d'AMM et prévoit une exclusion permanente des troubles mentaux — à l'exception des troubles neurocognitifs — comme seule condition médicale invoquée (art. 26), alors que la législation fédérale ne permet pas les demandes anticipées avant que tous les critères d'admissibilité soient satisfaits (al. 241.2(3)h) et 241.2(3.1)k)) et prévoit une exclusion temporaire des troubles mentaux comme seule condition médicale invoquée (par. 241.2(2.1)). Cependant, les lois ne divergent pas en ce qui concerne le critère d'incurabilité.
4. Bien que l'expression « trouble mental comme seule condition médicale sous-jacente (MD-SUMC) » soit couramment utilisée, elle est inexacte. La loi fédérale exclut spécifiquement la « maladie mentale » et non le « trouble mental ». Ainsi, l'expression correcte est « maladie mentale comme seule condition médicale sous-jacente » (MI-SUMC).
5. Selon l'article 241.2(2.1) du Code criminel, une « maladie mentale » ne peut être considérée comme une « maladie, affection ou invalidité grave et incurable » aux fins de l'admissibilité à l'AMM. Cette exclusion sera automatiquement abrogée le 17 mars 2027 par la s.1 de loi C-62. Au Québec, cette exclusion est permanente et ne comporte pas de clause d'abrogation.
6. Affaire Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5, par. 127
7. Procédures. 42e législature, 1re session, no 10, « Témoignages », 6 juin 2016. <https://sencanada.ca/en/Content/Sen/Committee/421/LCJC/10ev-52666-e>
8. Downie J, Chandler JA. Interpreting Canada's Medical Assistance in Dying Legislation. Institute for Research on Public Policy. [Internet]. Canada; 2018; Disponible à : <https://irpp.org/wp-content/uploads/2018/03/Interpreting-Canadas-Medical-Assistance-in-Dying-Legislation-MAiD.pdf> at pp.17-18.

9. Projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), 42e législature, 1re session, 2016 (Loi C-14), s.3.
10. Projet de loi 52 : Loi concernant les soins de fin de vie, s.26(3). Cette loi a été adoptée par l'Assemblée nationale en juin 2014, soit avant l'arrêt *Carter* de la Cour suprême. L'exigence d'« être en fin de vie » prévue par la Loi était distincte et indépendante de l'ajout subséquent, par le gouvernement fédéral, du critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible ».
11. Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 1re session, 43e législature, 2020.
12. Truchon c. Canada (AG), 2019 QCCS 3792.
13. Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 1re session, 43e législature, 2020, art. 1(1).
14. Projet de loi 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives, 1re session, 43e législature, 2023, art. 2-3.
15. Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medecale-mourir.html> p.33.
16. Il convient de souligner que la norme applicable est celle de « former une opinion » et non celle d'une certitude. *Code criminel*, LRC 1985, c C-46, art. 241.2(3)a) et (3.1)a). Il faut également noter que si un autre clinicien est d'avis que la condition de la personne est incurable, il peut alors juger cette personne admissible (à condition qu'elle remplisse les autres critères d'admissibilité).
17. Le critère de « sérieusement envisagé » constitue une garantie juridique pour les personnes demandant l'AMM selon la voie 2. *Code criminel*, LRC 1985, c C-46, art. 241.2(3.1)h). Bien que l'interprétation de l'expression « sérieusement envisagé » dépasse la portée des présentes lignes directrices, la *Norme de pratique modèle* propose ce qui suit : « 10.3.6 La personne (qui a fait la demande d'AMM) a sérieusement envisagé les moyens disponibles pour soulager la souffrance; (voie 2 seulement). 10.3.6.1 Avant qu'un ou une [médecin/infirmière ou infirmier praticien] n'administre l'AMM, il doit s'assurer que lui et l'évaluateur ont discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés. 10.3.6.2 Par sérieusement envisagés, il faut entendre : a) exercer sa capacité, et non simplement l'avoir; b) faire preuve de réflexion approfondie; et c) ne pas être impulsif. » Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medecale-mourir.html> p.17.
18. Code criminel, RSC 1985, c C-46, s.241.2(3.1)(e.1).

19. Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medicale-mourir.html> p.33.
20. Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medicale-mourir.html> p.5.
21. « Lorsqu'une personne apte refuse de consentir à l'obtention du dossier de santé et des données personnelles nécessaires à la réalisation d'une évaluation pour l'AMM, les évaluateurs et les prestataires doivent expliquer que, sans ces renseignements, l'évaluation ne peut être réalisée et que, par conséquent, la personne ne peut être considérée comme admissible. » Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medicale-mourir.html> p.16.
22. Une personne peut être atteinte de plusieurs affections qui, ensemble, motivent la demande d'AMM. Pour alléger le texte, nous utilisons le singulier.
23. Par souci de lisibilité, le terme « traitement » comprend également les « interventions ».
24. Bien que nous utilisions le pluriel « options » tout au long du document, nous reconnaissons que certaines affections ne donnent lieu qu'à une seule option de traitement.
25. Comme pour tout soin clinique, les personnes sont libres de choisir les traitements en fonction de leur état de santé, de leurs valeurs, de leurs croyances et de leurs objectifs de soins.
26. Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir, 2023 [Internet]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/modele-norme-pratique-matiere-aide-medicale-mourir.html> p.11.
27. Cette analyse s'appuie sur : Gupta M and Downie J, "Interpreting and operationalizing the incurability eligibility criterion in the Canadian assisted dying legislation" Front. Psychiatry, 16 mars 2025, Sec. Public Mental Health, Volume 16 - 2025 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1549289>
28. L'incurabilité dans ce contexte doit être distinguée de l'expression « traitement-réfractaire » employée pour certaines affections particulières. Howes OD, McCutcheon R, Agid O, de Bartolomeis A, van Beveren NJ, Birnbaum ML, Bloomfield MA, Bressan RA, Buchanan RW, Carpenter WT, Castle DJ, Citrome L, Daskalakis ZJ, Davidson M, Drake RJ, Dursun S, Ebdrup BH, Elkins H, Falkai P, Fleischacker WW, Gadelha A, Gaughran F, Glenthøj BY, Graff-Guerrero A, Hallak JE, Honer WG, Kennedy J, Kinon BJ, Lawrie SM, Lee J, Leweke

FM, MacCabe JH, McNabb CB, Meltzer H, Möller HJ, Nakajima S, Pantelis C, Reis Marques T, Remington G, Rossell SL, Russell BR, Siu CO, Suzuki T, Sommer IE, Taylor D, Thomas N, Üçok A, Umbricht D, Walters JT, Kane J, Correll CU. Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. *Am J Psychiatry*. 2017 Mar 1;174(3):216-229. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16050503. Epub 2016 Dec 6. PMID: 27919182; PMCID: PMC6231547. Par exemple, l'expression « dépression résistante au traitement » fait généralement référence à des épisodes dépressifs majeurs qui ne répondent pas adéquatement à deux essais de traitement antidépresseur en monothérapie. Toutefois, cette définition n'est pas encore standardisée. Thase M Connolly KR. (2023) Unipolar treatment-resistant depression in adults: Epidemiology, risk factors, assessment, and prognosis. UpToDate. Consulté le 10 janvier 2025 à partir de : https://www.uptodate.com/contents/unipolar-treatment-resistant-depression-in-adults-epidemiology-risk-factors-assessment-and-prognosis?search=treatment%20resistant%20depression&source=search_result&selectedTitle=2%7E93&usage_type=default&display_rank=2

29. MAID Death Review Committee, Rapport MDRC 2024-2 : Affections médicales complexes sans mort naturelle raisonnablement prévisible. Ministère du Solliciteur général, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, 2024 [Internet]. Disponible à : <https://valuejudgments.substack.com/p/the-ontario-chief-coroners-reports> at pp 16-18.
30. MAID Death Review Committee, Rapport MDRC 2024-2 : Affections médicales complexes sans mort naturelle raisonnablement prévisible. Ministère du Solliciteur général, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, 2024 [Internet]. Disponible à : <https://valuejudgments.substack.com/p/the-ontario-chief-coroners-reports> at pp 16-18.
31. Ceci s'apparente au paradoxe classique du sorite :
« Le paradoxe du sorite découle d'une énigme ancienne liée à l'utilisation de termes vagues, c'est-à-dire des termes aux limites floues ou imprécises. Le prédicat "tas" possède des frontières imprécises : il semble donc qu'aucun grain de blé à lui seul ne transforme un ensemble de grains qui ne constitue pas un tas en un ensemble qui en est un. Ainsi, si un grain ne suffit pas, deux grains non plus, et ainsi de suite, menant à la conclusion absurde qu'aucun nombre de grains ne fait un tas. »
Hyde, Dominic et Diana Raffman, « *Sorites Paradox* », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (édition été 2018), Edward N. Zalta (éd.), URL : <https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/sorites-paradox/>