

Troisième rapport annuel sur

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA 2021



Santé
Canada

Health
Canada

Canada 

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:
Third Annual Report on Medical Assistance in Dying (MAID) in Canada 2021

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

Date de publication : juillet 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H22-1/6F-PDF
ISBN : 2563-3651
Pub. : 220228

Table of Contents

Faits saillants.....	5
Message du ministre.....	8
Introduction	10
1.0 L'évolution de la législation fédérale sur l'aide médicale à mourir	11
1.1 Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 2021	11
Tableau 1.1 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : Critères d'admissibilité révisés	12
Tableau 1.2 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : mesures de protection révisées	14
1.2 Nouveau règlement et régime de surveillance.....	15
1.3 Exigences de la législation	15
1.4 Soutien à la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir dans l'ensemble du Canada	16
2.0 Méthodologie et limites.....	18
2.1 Collecte de données en vertu des règlements fédéraux.....	18
2.2 Notes méthodologiques	19
2.3 Limites des données	20
3.0 Administration de l'aide médicale à mourir au Canada	21
3.1 Nombre de décès par l'aide médicale à mourir déclarés au Canada (2016 à 2021).....	21
Graphique 3.1 : Nombre total de décès par l'aide médicale à mourir au Canada, 2016 à 2021	22
Tableau 3.1 : Total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada par administration, 2016 à 2021	23
3.2 Décès par l'aide médicale à mourir par rapport au nombre total de décès au Canada.....	23
Graphique 3.2 : Pourcentage du total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir par administration, 2019 à 2021	24
4.0 Profil des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir	25
4.1 Affections médicales sous-jacentes des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir	25
Graphique 4.1A : Aide médicale à mourir par affection principale, 2021	26
Graphique 4.1B : Aide médicale à mourir par type de cancer, 2021.....	27
Graphique 4.1C : Aide médicale à mourir par affection neurologique, 2020–2021	28
Graphique 4.1D : Aide médicale à mourir : nombre d'affections principales, par personne, 2021.....	29
4.2 Sexe, âge moyen et tranche d'âge des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir	29
Graphique 4.2 : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge, 2021	30
4.3 Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir.....	31
Graphique 4.3 : Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, 2021 ...	31
4.4 Services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées.....	32
Tableau 4.4 : Bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant reçu des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées, 2021	33

4.5	Profil des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible	34
	Graphique 4.5 : Affection principale : Aide médicale à mourir, mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2021	35
5.0	Prestation de l'aide médicale à mourir.....	37
5.1	Décès par l'aide médicale à mourir déclarés selon le lieu	37
	Graphique 5.1 : Décès par l'aide médicale à mourir selon le lieu, 2019 à 2021	37
5.2	Situation géographique de l'aide médicale à mourir : milieux urbains et ruraux	38
	Graphique 5.2 : Décès par l'aide médicale à mourir : région urbaine et région rurale, 2021	39
5.3	Nombre de praticiens uniques de l'aide médicale à mourir et fréquence de la prestation de cette aide.....	39
	Graphique 5.3 : Praticiens uniques de l'aide médicale à mourir au Canada et fréquence de l'administration, 2019 à 2021	40
5.4	Spécialité des praticiens qui administrent l'aide médicale à mourir	40
	Graphique 5.4 : Spécialité du praticien ayant administré l'aide médicale à mourir, 2021	41
5.5	Type de praticien administrant l'aide médicale à mourir donnant le deuxième avis écrit.....	42
6.0	Mesures de protection procédurales et données supplémentaires	43
6.1	Origine de la demande écrite d'aide médicale à mourir	43
	Tableau 6.1 : Origine de la demande écrite, 2021	44
6.2	Détermination du caractère volontaire de la demande du patient	44
	Tableau 6.2 : Détermination du caractère volontaire de la demande du patient, 2021	44
6.3	Consultation d'autres professionnels de la santé.....	45
	Tableau 6.3 : Consultation d'autres professionnels de la santé, 2021	45
6.4	Information communiquée par les pharmaciens.....	45
	Graphique 6.4 : Délivrance de médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir par type de pharmacie, 2021	46
7.0	Demandes ne donnant pas lieu à un décès par l'aide médicale à mourir	47
7.1	Nombre de demandes et résultats	47
	Tableau 7.1 : Demandes et résultats de l'aide médicale à mourir par administration, 2021	47
	Graphique 7.1 : Demandes et résultats, 2019 à 2021	48
7.2	Inadmissibilité.....	49
	Graphique 7.2 : Raisons de l'inadmissibilité à l'aide médicale à mourir, 2021	50
7.3	Retrait de la demande d'aide médicale à mourir par le patient	50
	Tableau 7.3 : Motif du retrait de la demande d'aide médicale à mourir, 2021	51
7.4	Décès du patient d'une cause autre que l'aide médicale à mourir.....	51
	Graphique 7.4 : Délai de survenue du décès après la soumission d'une demande écrite (patient décédé d'une autre cause), 2019 à 2021	52
8.0	Conclusion	53
Annexe A : Profil de l'aide médicale à mourir par administration pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021		54

Faits saillants

Le troisième rapport annuel fédéral sur l'aide médicale à mourir présente les données de l'année civile 2021, recueillies conformément au [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#). Il s'appuie sur les [premier](#) et [deuxième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Avec trois années complètes de collecte de données, les tendances observées au cours de ces trois années permettent de dresser un tableau plus complet de l'aide médicale à mourir au Canada.

Les données rendent compte des déclarations des médecins, des infirmiers praticiens et des pharmaciens, pour l'année civile 2021, sur les demandes écrites d'aide médicale à mourir et les cas où elle a été administrée au Canada. Le présent rapport suit un format semblable à celui des deux rapports précédents, avec des données sur trois ans disponibles pour de nombreux graphiques et tableaux. Santé Canada salue la collaboration importante entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les pharmaciens et les praticiens de l'aide médicale à mourir, qui a favorisé la collecte, la vérification, l'exactitude des données et l'analyse contenues dans ce rapport.

Le nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada continue d'augmenter en 2021

- En 2021, 10 064 cas d'aide médicale à mourir ont été déclarés au Canada, ce qui représente 3,3 % de tous les décès dans le pays.
- Le nombre de cas d'aide médicale à mourir en 2021 représente un taux de croissance de 32,4 % par rapport à 2020. Toutes les provinces continuent de présenter une croissance constante d'une année à l'autre.
- Lorsque toutes les sources de données sont prises en compte, le nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada depuis que le Parlement du Canada a adopté une législation fédérale permettant aux adultes canadiens admissibles de demander une aide médicale à mourir en 2016 est de 31 664.

Profil des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

- En 2021, dans l'ensemble du Canada, une proportion légèrement plus élevée d'hommes (52,3 %) que de femmes (47,7 %) ont bénéficié de l'aide médicale à mourir. Ce résultat est cohérent avec l'année 2020 (51,9 % d'hommes contre 48,1 % de femmes) et l'année 2019 (50,9 % d'hommes contre 49,1 % de femmes).
- L'âge moyen au moment où l'aide médicale à mourir a été administrée en 2021 était de 76,3 ans, soit un peu plus que l'âge moyen en 2019 et en 2020 (75,2 et 75,3 respectivement). L'âge moyen des femmes en 2021 était de 77,0 ans, contre 75,6 ans pour les hommes.
- Le cancer (65,6 %) est l'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée dans la majorité des cas d'aide médicale à mourir au cours de l'année 2021, soit une légère baisse par rapport à l'année 2020 (69,1 %). Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires (18,7 %), les maladies respiratoires chroniques (12,4 %) et les troubles neurologiques (12,4 %). Les trois quarts des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir présentaient une seule affection principale, tandis qu'un quart d'entre eux présentaient deux affections principales sous-jacentes ou plus.

- En 2021, 2,2 % du nombre total de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir (219 personnes) étaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (au Québec depuis 2019 et dans le reste du Canada après l'adoption de la nouvelle législation le 17 mars 2021). L'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée pour cette population était l'affection de nature neurologique (45,7 %), suivie d'une autre affection (37,9 %) et de comorbidités multiples (21,0 %). L'âge moyen des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était de 70,1 ans.

La majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir avaient reçu des soins palliatifs et des services de soutien pour les personnes handicapées

- Au cours de l'année 2021, la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (80,7 %) ont reçu des soins palliatifs. Ces chiffres sont comparables à ceux de 2019 et de 2020 (82,1 % et 82,8 % respectivement). Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui n'ont pas reçu de soins palliatifs, 88,0 % avaient accès à ces services s'ils en avaient besoin.
- En 2021, 43,0 % des personnes qui ont eu recours à l'aide médicale à mourir ont eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées. Parmi ces personnes, la majorité, à savoir 87,4 %, ont bénéficié de services de soutien aux personnes handicapées. Ces données sont similaires à celles de 2019 et de 2020.
- Le recours aux soins palliatifs et aux services de soutien aux personnes handicapées est similaire pour toutes les affections principales, à l'exception des troubles neurologiques pour lesquels le recours aux soins palliatifs est plus faible (56,0 %) et le besoin de services de soutien aux personnes handicapées, plus élevé (66,8 %).

Nature de la souffrance vécue par les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

- La souffrance physique ou psychologique intolérable la plus souvent citée par les personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir en 2021 était la perte de la capacité à participer à des activités significatives (86,3 %), suivie de près par la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (83,4 %).
- Ces résultats sont très semblables à ceux de 2019 et 2020, ce qui indique que la nature de la souffrance conduisant une personne à demander une aide médicale à mourir est restée constante au cours des trois dernières années.

Le nombre total de praticiens qui administrent l'aide médicale à mourir continue d'augmenter, et les médecins de soins primaires demeurent les principaux prestataires de l'aide médicale à mourir.

- Le nombre total de praticiens uniques administrant l'aide médicale à mourir est passé à 1 577 en 2021, soit une augmentation de 17,2 % par rapport aux 1 345 praticiens en 2020. Comme en 2020, 94,4 % de tous les praticiens ayant administré l'aide médicale à mourir étaient des médecins, tandis que 5,6 % étaient des infirmiers praticiens. Les médecins ont administré 91,6 % des procédures d'aide médicale à mourir en 2021, tandis que les infirmiers praticiens ont pris une part croissante dans ce type de procédure, administrant 8,4 % des procédures d'aide médicale à mourir.
- Les médecins de famille continuent d'administrer la majorité des procédures d'aide médicale à mourir (68,2 %), un chiffre constant par rapport aux résultats de 2019 et 2020.

Les résidences privées constituent toujours le lieu principal d'administration de l'aide médicale à mourir au Canada.

- En 2021, 44,2 % des procédures d'aide médicale à mourir ont eu lieu dans des résidences privées, ce qui continue d'être le principal cadre d'administration de l'aide médicale à mourir au Canada. Il ne s'agit que d'une légère baisse par rapport à 2020 (47,6 %); en effet, au cours de cette année, la tendance de l'administration de l'aide médicale à mourir dans des cadres plus familiers, au détriment de l'hôpital, s'est poursuivie. Les autres procédures d'aide médicale à mourir réalisées en 2021 se sont déroulées dans des hôpitaux (28,6 %), des établissements de soins palliatifs (19,6 %), des établissements de soins pour bénéficiaires internes (6,1 %) et d'autres établissements (1,5 %). Ces niveaux sont semblables aux résultats de 2020.
- Les provinces de l'Atlantique présentaient une proportion plus élevée que les autres administrations de procédures d'aide médicale à mourir pour les personnes vivant dans les zones rurales, de 42,1 % en Nouvelle-Écosse à 46,2 % à l'Île-du-Prince-Édouard. En revanche, l'Alberta (84,1 %), la Colombie-Britannique (83,6 %), l'Ontario (81,6 %), le Manitoba (80,7 %) et le Québec (79,1 %) affichaient la plus forte proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivant en milieu urbain. Ces chiffres, cohérents par rapport à ceux de 2020, sont plus ou moins représentatifs du schéma général de répartition de la population de chaque administration.

Demandes n'ayant pas abouti à l'aide médicale à mourir

- En 2021, 12 286 demandes écrites d'aide médicale à mourir ont été recensées, soit une augmentation de 27,7 % par rapport au nombre de demandes écrites en 2020. La majorité des demandes écrites (9 950 ou 81,0 %) ont abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir.
- Les 2 336 demandes restantes (19,0 %) ont abouti à un autre résultat que l'aide médicale à mourir : 231 personnes ont retiré leur demande (1,9 % des demandes écrites); 487 personnes ont été jugées non admissibles (4,0 % des demandes écrites); 1 618 personnes sont décédées avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir (13,2 % des demandes écrites).
- Les personnes ayant retiré leur demande d'aide médicale à mourir l'ont fait pour deux raisons : elles avaient changé d'avis (62,3 % des cas) ou les soins palliatifs étaient suffisants (38,5 % des cas). Dans 12,1 % des cas (28 personnes), le retrait s'est produit juste avant la procédure d'aide médicale à mourir, au moment où les personnes en question étaient invitées à donner leur consentement définitif.
- En 2021, 487 personnes ont été jugées non admissibles à l'aide médicale à mourir, ce qui représente 4,0 % de toutes les demandes écrites. Cela représente une diminution par rapport à 2020 (6,1 % de toutes les demandes écrites) et 2019 (7,9 % de toutes les demandes écrites). La raison la plus fréquemment évoquée pour la détermination de l'inadmissibilité d'une personne était liée à son incapacité à prendre des décisions concernant sa santé (33,1 %), un chiffre constant par rapport aux résultats de 2020.
- En 2021, l'âge moyen des personnes décédées d'une autre cause avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir était de 73,7 ans, avec 55,1 % d'hommes et 44,9 % de femmes. Environ 70 % d'entre elles avaient un cancer. Le nombre médian de jours avant le décès d'une autre cause, à partir du moment où la demande a été soumise, était de neuf jours.



Message du ministre

En tant que ministre de la Santé, je suis fier de présenter le troisième Rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada de Santé Canada (2021). Ce rapport est le fruit d'une solide collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les professionnels de la santé, et il brosse un portrait complet de l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) au pays.

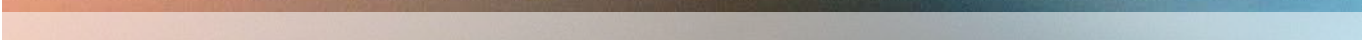
Le présent rapport s'appuie sur les [premier](#) et [deuxième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Avec trois années complètes de collecte de données, nous avons maintenant un meilleur aperçu de la situation de l'AMM au Canada, ce qui contribue à un dialogue éclairé au fur et à mesure que le régime de l'AMM au Canada évolue.

Depuis ma nomination à titre de ministre de la Santé l'automne dernier, j'ai pris conscience des opinions fermes de nombreux Canadiens sur l'aide médicale à mourir. La plupart des Canadiens souhaitent et s'attendent à des soins de fin de vie de grande qualité, y compris des soins palliatifs, intégrés dès le début du traitement d'une maladie limitant l'espérance de vie. Bon nombre de ces mêmes Canadiens veulent être assurés que si leur situation personnelle les amène à choisir l'aide médicale à mourir, ils pourront le faire. À ce titre, le système de santé canadien a besoin d'un cadre de praticiens de l'AMM dévoués et diligents, qui s'engagent à fournir des services d'AMM selon les paramètres établis dans le cadre juridique canadien.

Le gouvernement du Canada a travaillé et continuera à travailler en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les partenaires autochtones, les experts médicaux et d'autres intervenants pour soutenir la mise en œuvre et l'application continues du régime d'aide médicale à mourir au Canada. En particulier, le gouvernement reconnaît la nécessité de soutenir les professionnels de la santé dans l'interprétation et l'application de l'élargissement de l'admissibilité et des mesures de protection supplémentaires introduites dans le projet de loi C-7 : [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#). À cette fin, le gouvernement collabore avec l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) à l'élaboration et à la prestation d'un programme national de formation accrédité sur l'aide médicale à mourir à l'intention des cliniciens, afin de favoriser la prestation sécuritaire et uniforme de l'aide médicale à mourir.

Conscient de l'importance de rendre compte aux Canadiens de ce sujet très délicat, le gouvernement continuera d'améliorer la collecte de données et l'établissement de rapports afin de dresser un tableau complet des personnes qui ont recours à l'AMM, des circonstances et des motivations qui les poussent à l'envisager, et de la manière dont les praticiens de la santé la mettent en œuvre dans tout le pays. À partir de 2023, la collecte de données sera élargie pour refléter les changements apportés au cadre de l'AMM en 2021, y compris la collecte d'informations liées à la race, à l'identité autochtone et au handicap des personnes sollicitant l'AMM.

Le 13 mai 2022, le ministre de la Justice et moi-même avons déposé au Parlement le [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), qui était une exigence du projet de loi C-7. Le rapport comprend des recommandations qui fournissent une orientation sur l'interprétation des critères d'admissibilité à l'AMM, l'application des garanties législatives et le processus d'évaluation, ainsi que des conseils sur les mesures à prendre pour améliorer le fonctionnement sûr et efficace de la pratique de l'AMM au Canada. Le gouvernement étudie attentivement les recommandations du Comité, qui



concernent les cas où la seule condition médicale sous-jacente du demandeur est une maladie mentale, mais également les personnes souffrant à la fois d'une maladie mentale grave et d'une condition physique complexe, et les demandeurs d'AMM qui vivent avec des maladies physiques multiples.

La nouvelle loi adoptée en mars 2021 exige qu'un comité mixte des deux chambres du Parlement entreprenne un examen complet des dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM et à son application. L'examen parlementaire porte sur les sujets suivants : les demandes d'AMM par des mineurs matures, les demandes anticipées, les demandes par des personnes atteintes de maladie mentale, l'état des soins palliatifs au Canada et la protection des Canadiens handicapés. Le gouvernement examine le rapport provisoire du Comité mixte spécial et attend avec impatience de recevoir son rapport complet à l'automne 2022.

Le gouvernement du Canada continuera à respecter les principes de sécurité, de protection et d'accessibilité à mesure que l'approche canadienne en matière d'AMM évolue.

L'honorable Jean-Yves Duclos

Ministre de la santé

Introduction

Les rapports publics fédéraux sur l'aide médicale à mourir restent un élément essentiel, favorisant la transparence et la confiance du public à l'égard de l'application de la loi. L'obligation de recueillir de façon cohérente des renseignements et de produire des rapports publics reflète également le sérieux de l'aide médicale à mourir en tant qu'exception aux interdictions prévues au *Code criminel* en ce qui concerne l'interruption intentionnelle de la vie d'une personne ou l'aide apportée à une personne pour mettre fin à sa vie.

Cela fait plus d'un an que la nouvelle législation relative à l'aide médicale à mourir, la [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), a reçu la sanction royale (17 mars 2021), entrant alors immédiatement en vigueur. Éclairée par les vastes consultations menées auprès du public canadien, des provinces et des territoires, de professionnels de la santé, d'experts et d'intervenants essentiels¹, cette nouvelle législation a codifié les changements apportés au régime de l'aide médicale à mourir du Canada en matière de critères d'admissibilité, de mesures de protection et de surveillance. Plus important encore, la nouvelle législation a mis en place la notion d'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible, tant qu'elles remplissaient tous les autres critères d'admissibilité, notamment le fait de présenter ou d'être atteintes d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable, d'être dans un état avancé de déclin irréversible de leurs capacités et d'éprouver une souffrance physique ou psychologique durable qui leur est intolérable et qui ne peut être soulagée dans des conditions qu'elles jugent acceptables.

Bien que les dispositions de la nouvelle législation soient entrées en vigueur immédiatement, les changements apportés au cadre de la collecte de données sur l'aide médicale à mourir n'ont pas encore été répercutés dans le [Règlement existant sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#). Santé Canada est en train de modifier le Règlement, qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Ce troisième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir présente les données de l'année civile 2021, recueillies conformément au [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#). Il s'appuie sur le [premier](#) et le [deuxième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Avec trois années complètes de collecte de données, les tendances observées au cours de ces trois années permettent de dresser un tableau plus complet de l'aide médicale à mourir au Canada.

Ce rapport suit un format semblable à celui des deux rapports précédents, avec une analyse supplémentaire dans certaines sections, notamment des renseignements préliminaires sur l'administration de l'aide médicale à mourir dans les cas où la mort naturelle de la personne n'était pas raisonnablement prévisible, apportant un éclairage sur l'aide médicale à mourir, sa croissance et son évolution en 2021.

¹ Le gouvernement du Canada a organisé une table ronde axée sur les perspectives autochtones afin d'éclairer le processus de modification législative. Des projets visant à améliorer la collaboration avec les peuples autochtones, conformément à leurs priorités, sont en cours.

1.0 L'évolution de la législation fédérale sur l'aide médicale à mourir

1.1 Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 2021

Le 11 septembre 2019, la Cour supérieure du Québec a statué en faveur de deux demandeurs (Jean Truchon et Nicole Gladu) qui avaient contesté la condition d'admissibilité du *Code criminel* selon laquelle, pour bénéficier de l'aide médicale à mourir, la mort naturelle d'une personne doit être raisonnablement prévisible et la condition de la province du Québec, plus stricte, selon laquelle une personne doit être en fin de vie². Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec n'ont pas interjeté appel de la décision.

Éclairée par les vastes consultations menées auprès du public canadien, des provinces et des territoires, des peuples autochtones, de professionnels de la santé, d'experts et d'intervenants essentiels, la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* a reçu la sanction royale le 17 mars 2021 et est immédiatement entrée en vigueur³.

Les changements apportés au cadre de l'aide médicale à mourir au Canada sont les suivants :

- Suppression de l'exigence de mort naturelle raisonnablement prévisible pour qu'une personne puisse bénéficier de l'aide médicale à mourir.
- Adoption d'une approche à deux volets en matière de mesures de protection fondée sur le fait que la mort naturelle d'une personne est raisonnablement prévisible ou non.
 - Maintien des mesures de protection actuelles et, dans certains cas, assouplissement de ces mesures pour les personnes admissibles dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.
 - Prise de nouvelles mesures de protection et renforcement des mesures existantes pour les personnes admissibles dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.
- Exclusion temporaire (pour une période de 24 mois, jusqu'au 17 mars 2023) des personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué, et obligation, pour les ministres de la Justice et de la Santé, de mettre sur pied un groupe d'experts indépendant chargé de formuler des recommandations sur les protocoles, l'orientation et les mesures de protection liés à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant d'une maladie mentale.
- Possibilité, pour les personnes admissibles dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, qui ont fixé une date avec leur praticien pour bénéficier de l'aide médicale à mourir, et qui ont été informées qu'elles risquent de perdre leur capacité de décision avant cette date, de renoncer à l'exigence du consentement définitif au moment de bénéficier de l'aide médicale à mourir.
- Élargissement de la collecte et de l'analyse des données à l'aide du régime fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir afin de dresser un tableau plus complet et plus inclusif de l'aide médicale à mourir au Canada.

² Truchon c. Procureur général du Canada

³ <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/sanction-royal>

Le [tableau 1.1](#) résume les critères d'admissibilité révisés dans le cadre de la nouvelle législation.

Tableau 1.1 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : Critères d'admissibilité révisés⁴

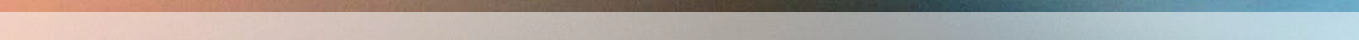
Critères d'admissibilité
<ul style="list-style-type: none">• Faire une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire• Être âgé d'au moins 18 ans• Être capable de prendre des décisions concernant sa santé• Fournir un consentement éclairé• Être admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada• Avoir obtenu un diagnostic d'un « problème de santé grave et irréversible », pour lequel la personne doit satisfaire à tous les critères suivants :<ul style="list-style-type: none">– maladie, problème de santé ou handicap graves et incurables;– état caractérisé par un déclin avancé et irréversible des capacités;– souffrance physique ou psychologique qui lui est intolérable et qui ne peut être soulagée dans des conditions que la personne juge acceptables.• La maladie mentale comme seule affection médicale sous-jacente est exclue jusqu'au 17 mars 2023.

Comme indiqué ci-dessus, une modification importante des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir concerne la maladie mentale. Cette clause d'exclusion dans la législation expire le 17 mars 2023, après quoi les personnes atteintes d'une maladie mentale comme seule affection médicale sous-jacente pourront effectuer une demande d'aide médicale à mourir et en bénéficier, à condition qu'elles remplissent tous les autres critères d'admissibilité, y compris ceux qui définissent une *affection médicale grave et irréversible*.

Dans l'intervalle, la législation exige que les ministres de la Santé et de la Justice lancent une étude sur cette question sous la forme d'un examen par des experts indépendants. Le [groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#) a été formé en 2021 pour formuler des recommandations à l'intention des ministres concernant les mesures de protection, les protocoles et les orientations pour la prise en compte des demandes d'aide médicale à mourir émanant de personnes atteintes de maladies mentales (abordé plus en détail à la [section 1.3](#)).

Étant donné que les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir ont été élargis pour inclure les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (n'entrant pas dans la catégorie des morts naturelles raisonnablement prévisibles), les amendements au *Code criminel* créent deux séries de mesures de protection à appliquer en fonction de la situation de la personne (mort naturelle raisonnablement prévisible ou mort naturelle non raisonnablement prévisible). Pour les demandes émanant de personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, il existe des mesures de protection renforcées pour faire face à la complexité liée à l'évaluation des personnes présentant une affection médicale et dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Le [tableau 1.2](#) résume les mesures de protection révisées dans le cas d'une mort naturelle raisonnablement prévisible et d'une mort naturelle non raisonnablement prévisible.

⁴ Voir la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) pour obtenir une liste complète de tous les critères d'admissibilité.



D'autres modifications apportées aux mesures de protection visent à lever les obstacles potentiels à l'accès à l'aide médicale à mourir qui ont été soulevés au cours du processus de consultation. Tout d'abord, les demandes d'aide médicale à mourir requièrent désormais un témoin indépendant au lieu de deux. Deuxièmement, les personnes rémunérées pour prodiguer des soins de santé ou des soins personnels peuvent désormais faire office de témoins indépendants (à l'exclusion de tout prestataire médical participant à l'évaluation ou à l'administration de l'aide médicale à mourir au demandeur).

Pendant la période de consultation, les professionnels de la santé, ainsi que d'autres experts ont indiqué que les personnes qui effectuent une demande d'aide médicale à mourir le font après mûre réflexion, souvent sur une longue période. Les législateurs ont constaté que les personnes souhaitant bénéficier de l'aide médicale à mourir refusent parfois de prendre des médicaments destinés à soulager leurs symptômes afin de conserver leur capacité à consentir à l'aide médicale à mourir pendant la période de réflexion de 10 jours précédant son administration. Il s'est avéré que cette mesure de protection avait pour conséquence involontaire l'intensification des souffrances globales de la personne. La mesure de protection relative au délai de réflexion de 10 jours a donc été abrogée pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Tableau 1.2 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : mesures de protection révisées⁵

La mort naturelle est raisonnablement prévisible	La mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible
<ul style="list-style-type: none"> La personne doit effectuer une demande écrite corroborée et signée par un témoin indépendant (mesure de protection assouplie); <ul style="list-style-type: none"> Un travailleur de la santé ou un travailleur professionnel rémunéré peut être un témoin indépendant (mesure de protection assouplie); Deux praticiens indépendants doivent confirmer le respect de tous les critères d'admissibilité; La personne doit être informée qu'elle peut retirer sa demande à tout moment et par n'importe quel moyen; Immédiatement avant l'administration de l'aide médicale à mourir, la personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement et doit confirmer qu'elle consent à bénéficier de l'aide médicale à mourir (à moins qu'elle n'ait conclu une « entente de consentement préalable » – voir ci-dessous); Des dispositions permettent aux praticiens d'aider une personne ayant choisi l'autoadministration, en cas de complications liées à cette procédure. 	<ul style="list-style-type: none"> La personne doit effectuer une demande écrite corroborée et signée par un témoin indépendant (mesure de protection assouplie); <ul style="list-style-type: none"> Un travailleur de la santé ou un travailleur professionnel rémunéré peut être un témoin indépendant (mesure de protection assouplie); Deux praticiens indépendants doivent confirmer le respect de tous les critères d'admissibilité; <ul style="list-style-type: none"> L'un des deux praticiens évaluant l'admissibilité de la personne doit avoir une expertise de l'affection médicale à l'origine de la souffrance de la personne (nouvelle mesure de protection) et si ce n'est pas le cas, doit consulter un autre praticien ayant cette expertise; Une période minimale de 90 jours doit être observée pour l'évaluation de la demande d'aide médicale à mourir; cette période peut être écourtée si la perte de capacité est imminente et que les évaluations sont terminées (nouvelle mesure de protection). La personne doit être informée des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs, et doit avoir la possibilité de consulter les professionnels compétents, selon leur disponibilité et leur pertinence (clarification du consentement éclairé); La personne et les praticiens doivent avoir discuté des moyens raisonnables disponibles pour soulager la souffrance de la personne et convenir que la personne a sérieusement envisagé ces moyens (clarification du consentement éclairé). Immédiatement avant l'administration de l'aide médicale à mourir, la personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement et doit confirmer qu'elle consent à bénéficier de l'aide médicale à mourir.

Audrey Parker est une Canadienne qui a choisi de bénéficier de l'aide médicale à mourir plus tôt que la date souhaitée, car elle risquait de perdre ses capacités. Elle a fortement plaidé pour que la loi permette aux personnes admissibles à l'aide médicale à mourir de conserver leur droit d'en bénéficier même si elles ont perdu la capacité de donner leur consentement définitif avant la date prévue de l'administration. Son cas a suscité un soutien massif dans tout le pays, ce qui a conduit à une modification de la loi autorisant la renonciation au consentement définitif pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Pour pouvoir donner son consentement préalable, la personne doit avoir conclu une entente écrite avec le praticien qui lui administrera l'aide médicale à mourir, en donnant son consentement préalable à bénéficier de l'aide médicale à mourir à la date de son choix, au cas où elle perdrait la capacité de donner son consentement définitif avant cette date. En outre, la personne doit avoir

⁵ Voir la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) pour obtenir une liste complète de toutes les mesures de protection.

fait l'objet d'une évaluation et avoir été jugée admissible à l'aide médicale à mourir, avoir indiqué la date de son choix pour en bénéficier et avoir été informée qu'elle risque de perdre sa capacité à consentir à l'aide médicale à mourir avant cette date. La renonciation au consentement définitif n'est possible que pour les demandeurs admissibles à l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

1.2 Nouveau règlement et régime de surveillance

La [législation](#) exige que le ministre de la Santé adopte un règlement fédéral concernant la diffusion et la collecte de renseignements aux fins de la surveillance de l'aide médicale à mourir au Canada. Des modifications doivent être apportées au règlement existant pour harmoniser les exigences en matière de collecte de données et de rapports sur les nouveaux critères d'admissibilité et les nouvelles mesures de protection, et afin qu'il tienne compte des enseignements tirés et de l'expérience acquise dans la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada au cours des six dernières années.

Le règlement ainsi modifié permettra de dresser un tableau plus complet des demandes d'aide médicale à mourir, y compris des demandes verbales, ainsi que des demandes adressées à un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou un infirmier praticien (par exemple, un coordonnateur de soins). La nouvelle loi autorise également la collecte de données fondées sur la race, l'identité autochtone et la présence d'un handicap, afin d'aider à déterminer l'existence d'une inégalité ou d'un désavantage dans les demandes et l'administration de l'aide médicale à mourir. Enfin, le règlement modifié favorisera la collecte de données sur les mesures de protection procédurales révisées qui s'appliqueront aux demandes de personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et de personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. D'autres changements pourraient être apportés au règlement en fonction des commentaires reçus dans le cadre du processus de consultation réglementaire.

La mise à jour du règlement implique un vaste processus de consultation publique, auprès des principaux intervenants, avant de devenir définitive. Des consultations préréglementaires ont eu lieu en août et en septembre 2021 et des commentaires ont été formulés par un éventail d'intervenants, notamment des provinces et des territoires, des associations médicales, des associations de personnes handicapées, des associations de pharmaciens, des évaluateurs et des prestataires de l'aide médicale à mourir. Ces commentaires importants ont permis d'élaborer la première version du règlement. Le projet de règlement a été publié au préalable dans la [Gazette du Canada, Partie I](#) le 21 mai 2022 en vue d'une période de consultation publique de 30 jours. Ce processus permet d'effectuer des consultations officielles générales auprès du public et des intervenants. Le règlement final devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2023, afin de publier une année complète de déclarations. Les données recueillies en 2023 seront publiées à la mi-2024, ce qui constituera le premier rapport fondé sur la [législation](#) et le règlement révisés sur l'aide médicale à mourir. Actuellement, la collecte de données et l'établissement de rapports sont effectués conformément à l'ancien [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) (avec quelques exceptions décrites dans la [section 2.0 Méthodologie et limites](#)) jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau règlement.

1.3 Exigences de la législation

Tout comme l'ancien projet de loi C-14, la nouvelle législation réaffirme l'exigence d'un examen complet des dispositions du *Code criminel* relatives à l'aide médicale à mourir et à son application. Cet examen doit porter sur des questions telles que (sans s'y limiter) les mineurs matures, les demandes anticipées, les maladies mentales, l'état des soins palliatifs au Canada, ainsi que la protection des Canadiens en situation de handicap. Le [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#) a été créé et a commencé à se réunir en 2021 avant la prorogation du Parlement. Le Comité a été reconstitué en avril 2022 et

doit rendre compte au Parlement, d'ici le 17 octobre 2022, des conclusions de son examen et de ses recommandations. Le Comité s'est également engagé à fournir un rapport intermédiaire axé sur l'aide médicale à mourir et les maladies mentales d'ici le 23 juin 2022.

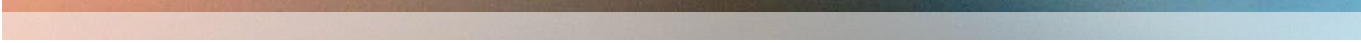
Compte tenu des considérations propres à l'aide médicale à mourir et aux maladies mentales, la nouvelle [législation](#) exige que les ministres de la Justice et de la Santé lancent un examen indépendant de l'aide médicale à mourir et des maladies mentales. En août 2021, les ministres fédéraux de la Santé et de la Justice ont lancé le [groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#) pour entreprendre cet examen. Le [rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#), déposé au Parlement par les ministres le 13 mai 2022, présente des recommandations concernant les protocoles, les orientations et les mesures de protection afin de permettre d'évaluer, en toute sécurité, les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes d'une maladie mentale. Ses recommandations étayeront les discussions en cours concernant la politique et la pratique de l'aide médicale à mourir dans le contexte des troubles mentaux et d'autres circonstances cliniques difficiles. Le rapport du groupe d'experts a été transmis au Comité mixte spécial, qui doit produire un rapport provisoire et un rapport final en juin et en octobre 2022, respectivement.

1.4 Soutien à la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir dans l'ensemble du Canada

Le domaine de la santé relève de la responsabilité des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. En ce qui concerne l'aide médicale à mourir, le gouvernement fédéral, par le biais des dispositions du *Code criminel*, établit le cadre de l'administration légale de l'aide médicale à mourir au Canada et applique un régime de surveillance pour permettre d'établir des rapports réguliers, à l'échelle nationale, sur sa mise en œuvre. Les provinces et les territoires sont responsables de la gestion et de la prestation des services de soins de santé, y compris de l'aide médicale à mourir. Les organismes de réglementation de la médecine, des soins infirmiers et de la pharmacie dans chaque province et territoire sont chargés de l'élaboration et de l'application de normes, de protocoles et de lignes directrices professionnels, qui constituent des orientations pour les professionnels de la santé de leur territoire.

Santé Canada reconnaît que les changements apportés au régime de l'aide médicale à mourir présentent de nouveaux défis pour les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que pour les praticiens. Santé Canada continue de travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin qu'ils interprètent et appliquent la loi de manière sécuritaire, sensible et cohérente dans les systèmes de santé d'un bout à l'autre du pays. Santé Canada tient à jour une page Web qui présente des orientations sur les aspects de la mise en œuvre du [cadre](#) de l'aide médicale à mourir afin d'aider les praticiens et les autres professionnels de la santé dans les aspects pratiques de l'application de la nouvelle loi.

À plus long terme, Santé Canada soutient la mise en œuvre de la nouvelle législation dans un certain nombre de domaines essentiels. À l'échelle pancanadienne, Santé Canada accorde un financement à l'[Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir \(ACEPA\)](#), pour l'élaboration d'un programme national de formation sur l'aide médicale à mourir à l'intention des praticiens, comprenant une orientation et une formation visant à favoriser une application sûre et cohérente de la nouvelle législation. L'ACEPA travaille à l'élaboration et à la diffusion des modules de formation du programme de formation sur l'aide médicale à mourir en 2022/23.



Santé Canada reconnaît la nécessité de renforcer son engagement auprès des peuples autochtones à l'égard de l'aide médicale à mourir et veillera à le faire en partenariat avec ces peuples et dans le respect de leurs priorités afin de mieux comprendre leur point de vue et leur opinion, fondées sur leurs particularités, au sujet de l'aide médicale à mourir, notamment concernant l'accès à des services d'aide médicale à mourir adaptés sur le plan culturel, ainsi que les pistes possibles pour mener les recherches nécessaires.

Santé Canada soutiendra également la recherche axée sur les politiques afin de combler les lacunes actuelles en matière de données et de renforcer l'étendue et la qualité de l'information sur la prestation de l'aide médicale à mourir au Canada.

2.0 Méthodologie et limites

2.1 Collecte de données en vertu des règlements fédéraux

Le présent rapport représente la troisième année complète de collecte de données en vertu du [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) entré en vigueur en 2018.

Les données pour l'année 2021 continuent d'être collectées comme pour les deux années précédentes. Les médecins et les infirmiers praticiens sont tenus de déclarer toutes les demandes écrites d'aide médicale à mourir, et les pharmaciens doivent déclarer la délivrance de médicaments destinés à l'aide médicale à mourir. Tous les praticiens et pharmaciens font rapport à Santé Canada de l'une des deux façons suivantes : directement à Santé Canada ou par l'intermédiaire de l'organisme provincial ou territorial désigné. Les praticiens et les pharmaciens de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario (demandes n'aboutissant pas à un décès attribuable à l'aide médicale à mourir, ainsi que les pharmaciens), du Manitoba et du Yukon font tous rapport directement à Santé Canada par le biais d'un portail de données sécurisé. Les praticiens et les pharmaciens du Québec, de l'Ontario (demandes ayant abouti à un décès attribuable à l'aide médicale à mourir), de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut font rapport directement à leur organisme provincial ou territorial, qui transmet ensuite ces données à Santé Canada sur une base trimestrielle. Une procédure stricte de vérification et de validation est en place pour garantir la qualité, l'exactitude et l'exhaustivité des données et des rapports ultérieurs.

Des changements mineurs ont été apportés au processus de collecte de données en 2021, immédiatement après l'adoption de la nouvelle loi. Comme le délai de réflexion de 10 jours a été supprimé pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, ce rapport ne comprendra plus cet élément de données.

Comme indiqué dans la [section 1.0](#), les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible sont devenues admissibles pour la première fois au Canada le 17 mars 2021⁶. Certaines données sur les cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible sont présentées dans la [section 4.5](#). Le règlement modifié permettra d'effectuer des rapports et des analyses beaucoup plus détaillés sur ces cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, à partir de 2024.

⁶ Le 11 septembre 2019, la Cour supérieure du Québec a jugé inconstitutionnelles l'exigence fédérale selon laquelle la mort naturelle d'une personne doit être raisonnablement prévisible et l'exigence provinciale selon laquelle une personne doit être en fin de vie. La Cour du Québec a suspendu l'effet de la déclaration d'invalidité pendant une période de six mois, jusqu'au 11 mars 2020, et elle a accordé une exemption constitutionnelle aux plaignants pendant la période de suspension.

Comme indiqué dans la [section 1.2](#), bien que les dispositions de la nouvelle législation soient entrées en vigueur immédiatement, les changements apportés au cadre de la collecte de données sur l'aide médicale à mourir n'ont pas encore été mis en place. Au cours de l'année 2022, Santé Canada recueillera certaines données provisoires, transmises sur une base volontaire par les provinces et les territoires. Cela pourrait permettre d'établir certains rapports en 2023, pour l'année civile 2022, sur des domaines tels que la renonciation au consentement définitif, les domaines d'expertise requis concernant l'affection à l'origine de la souffrance d'une personne (dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible) et les types de services offerts pour soulager les souffrances (pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible) les plus fréquemment cités. En plus des données que Santé Canada est autorisé à recueillir par le règlement, les administrations ont le pouvoir de recueillir des éléments de données supplémentaires à des fins d'analyse et de surveillance. Ces données ne sont pas communiquées à Santé Canada.

2.2 Notes méthodologiques

La présentation des résultats pour 2021 suit un format semblable à celui du rapport de l'année 2020, ainsi que les changements d'une année sur l'autre, le cas échéant. Le présent rapport contient également des révisions mineures des données des années précédentes, lorsque de nouveaux renseignements ont été reçus ou mis à jour. Un examen plus approfondi des données a permis d'analyser et de présenter de nouvelles données concernant l'affection principale, ainsi que des renseignements préliminaires sur l'administration de l'aide médicale à mourir dans les cas où la mort naturelle de la personne n'était pas raisonnablement prévisible. En outre, trois années complètes de données permettent de procéder à une analyse supplémentaire des tendances dans les domaines des résultats des demandes, du nombre de praticiens administrant l'aide médicale à mourir et de la fréquence de cette prestation, ainsi que du lieu de l'administration de l'aide médicale à mourir.

Les provinces et les territoires ont été consultés pendant la préparation du rapport. L'objectif était de valider les chiffres totaux liés à l'aide médicale à mourir à l'échelle provinciale/territoriale et toute nouvelle information présentée, et de vérifier leur cohérence avec leurs propres rapports. Le cas échéant, des notes de données explicatives et des détails sont présentés sous les graphiques et les tableaux. Pour toutes les années, le nombre de cas d'aide médicale à mourir est comptabilisé dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu. Pour toutes les autres demandes n'ayant pas abouti à un décès attribuable à l'aide médicale à mourir (inadmissibilité, retrait, ou décès du patient avant l'administration de l'aide médicale à mourir), la demande est comptabilisée dans l'année civile au cours de laquelle le praticien l'a reçue.

Les données figurant dans la [section 3.0](#) comprennent des données fournies volontairement par les provinces et les territoires, comptabilisant tous les cas d'aide médicale à mourir, y compris ceux pour lesquels le système de surveillance fédéral n'a pas encore reçu de déclaration officielle, ainsi que les cas dont la date de demande est antérieure au 1^{er} novembre 2018⁷. L'analyse des [sections 4.0 à 7.0](#), ainsi que l'[annexe A](#) sont fondées sur les déclarations réelles que Santé Canada a reçues au 31 janvier 2022. Les différences dans les méthodologies sont décrites dans les notes explicatives figurant sous les graphiques et les tableaux.

⁷ La collecte de données a commencé lorsque le [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) est entré en vigueur le 1^{er} novembre 2018. Les demandes écrites reçues avant cette date ne nécessitent pas la soumission d'un rapport à Santé Canada.

2.3 Limites des données

Jusqu'aux modifications du [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) (décrites précédemment), la surveillance fédérale se fonde uniquement sur les demandes écrites d'aide médicale à mourir. Ce procédé a donné lieu à des lacunes dans les données. Par exemple, cela ne tient pas compte des demandes verbales ou des évaluations préliminaires en l'absence d'une demande écrite. En outre, seules les demandes écrites reçues par les médecins et les infirmières praticiennes doivent être déclarées. Cela ne tient pas compte, par exemple, des demandes écrites initialement reçues par un infirmier travaillant dans un service de coordination des soins, qui n'ont jamais été transmises à un médecin ou à un infirmier praticien en raison de l'inadmissibilité estimée initialement. En raison de ces lacunes, les données relatives au nombre total de demandes, et d'aiguillages, ne constituent pas un indicateur fiable de l'intérêt général porté à l'aide médicale à mourir dans l'ensemble du Canada. Ces lacunes seront comblées grâce aux modifications apportées au règlement, qui devraient entrer en vigueur en janvier 2023, pour une déclaration effective en 2024.

Comme indiqué dans la [section 1.0](#), outre les modifications apportées aux critères d'admissibilité et aux mesures de protection, [la nouvelle législation](#) exige la collecte de renseignements complémentaires relatifs au handicap, à la race et à l'origine ethnique, à l'identité autochtone, en plus des données liées aux nouveaux critères d'admissibilité et aux mesures de protection. Santé Canada rendra compte de ces renseignements plus généraux dans le rapport annuel qui sera publié en 2024, une fois que le règlement modifié sera en vigueur et qu'une année complète de données aura été recueillie pour l'année civile 2023.

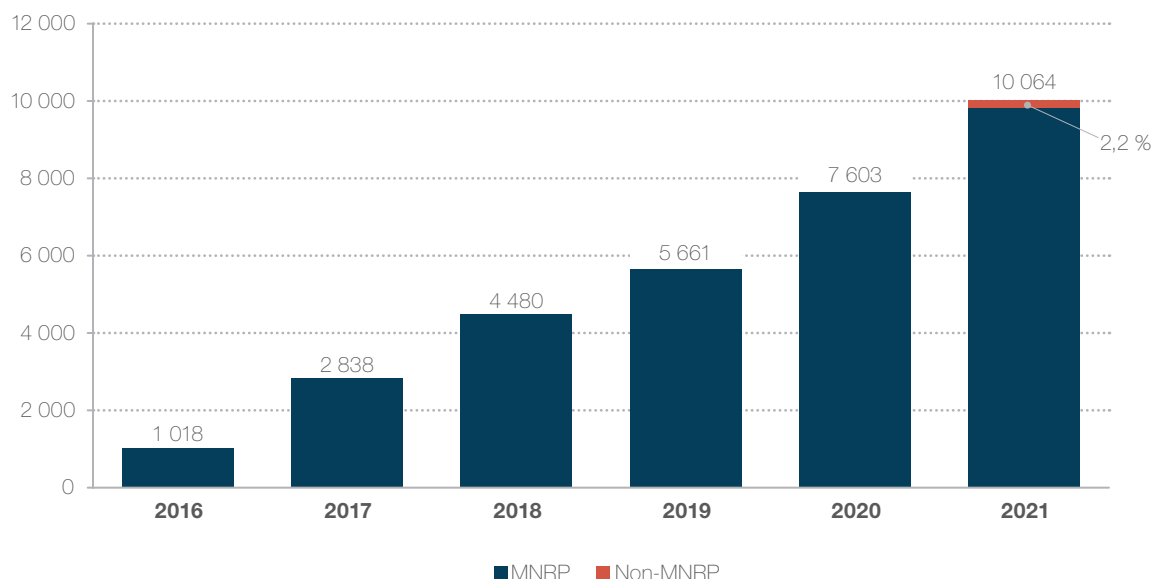
3.0 Administration de l'aide médicale à mourir au Canada

3.1 Nombre de décès par l'aide médicale à mourir déclarés au Canada (2016 à 2021)

L'année 2021 marque cinq années complètes d'accès à l'aide médicale à mourir au Canada. En 2021, 10 064 cas d'aide médicale à mourir ont été recensés au Canada, ce qui porte à 31 664 le nombre total de décès par l'aide médicale à mourir au Canada depuis 2016. L'augmentation annuelle du nombre de cas d'aide médicale à mourir se poursuit de façon régulière. En 2021, le nombre total de cas d'aide médicale à mourir a augmenté de 32,4 % (2021 par rapport à 2020), contre 34,3 % (2020 par rapport à 2019) et 26,4 % (2019 par rapport à 2018).

Au Canada, l'admissibilité des personnes dont le décès n'était pas raisonnablement prévisible a débuté le 17 mars 2021, avec l'adoption de la nouvelle législation. Au Québec, le critère de fin de vie a été invalidé le 12 mars 2020. Après cette date et jusqu'à l'adoption des modifications du cadre juridique fédéral de l'aide médicale à mourir en mars 2021, l'aide médicale à mourir a été autorisée par le biais d'une exemption de la cour pour les personnes au Québec dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Le nombre de cas d'aide médicale à mourir où la mort naturelle de la personne n'était pas raisonnablement prévisible figure dans le [graphique 3.1](#) pour le Canada (219 cas en 2021) et pour le Québec uniquement (15 cas en 2020).

Graphique 3.1 : Nombre total de décès par l'aide médicale à mourir au Canada, 2016 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite.
2. Pour 2016, les données du Québec commencent le 10 décembre 2015, date d'entrée en vigueur de sa Loi concernant les soins de fin de vie à l'échelle provinciale. Les données pour le reste du Canada commencent le 17 juin 2016.
3. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.
4. Ce graphique représente les décès par l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2022 (9 950 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (114 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 10 064 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2021.
5. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.
6. Les cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (15 cas en 2020 au Québec et 219 cas en 2021 au Canada) sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.

L'autoadministration de l'aide médicale à mourir est autorisée dans l'ensemble des provinces et territoires, sauf au Québec. Moins de sept cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir ont été recensés en 2021 dans tout le Canada, une tendance conforme à celle des années précédentes.

L'ensemble des administrations ont connu une augmentation du nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2021. Les plus fortes augmentations d'une année à l'autre ont été enregistrées en Saskatchewan (54,8 %), au Québec (44,2 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (32,7 %), en Ontario (30,4 %) et en Nouvelle-Écosse (30,3 %), tandis que l'Île-du-Prince-Édouard (8,1 %) et l'Alberta (6,5 %) ont connu des taux de croissance plus faibles. Depuis l'adoption de la loi initiale sur l'aide médicale à mourir en 2016, le plus grand nombre de cas d'aide médicale à mourir a été enregistré en Ontario (9 798), au Québec (9 741) et en Colombie-Britannique (6 704). Le [tableau 3.1](#) présente une ventilation du nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir par année et par administration.

Tableau 3.1 : Total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada par administration, 2016 à 2021

Aide médicale à mourir	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	Canada
2016	–	–	24	9	494	191	24	11	63	194	–	–	–	1 018
2017	–	–	62	49	853	839	63	57	205	677	–	–	–	2 838
2018	23	8	126	92	1 236	1 500	138	85	307	951	12	–	–	4 480
2019	18	20	147	141	1 602	1 788	177	97	377	1 280	13	–	–	5 661
2020	49	37	188	160	2 275	2 378	214	157	555	1 572	13	–	–	7 603
2021	65	40	245	204	3 281	3 102	245	243	591	2 030	15	–	–	10 064
Total 2016 à 2021	175	111	792	655	9 741	9 798	861	650	2 098	6 704	67	–	–	31 664

NOTES EXPLICATIVES :

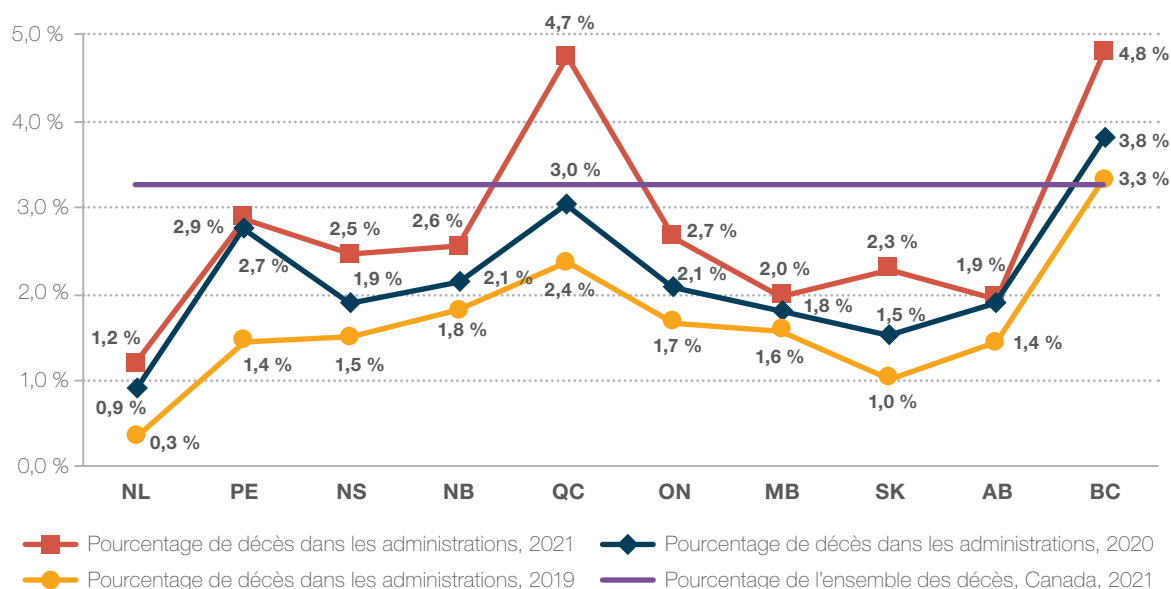
1. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite.
2. Pour 2016, les données du Québec commencent le 10 décembre 2015, date d'entrée en vigueur de sa *Loi concernant les soins de fin de vie* à l'échelle provinciale. Les données pour le reste du Canada commencent le 17 juin 2016.
3. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.
4. Ce graphique représente les décès par l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2022 (9 950 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (114 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 10 064 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2021.
5. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.
6. En raison de leur petit nombre, certaines données ont été supprimées pour protéger la confidentialité (représentées par des tirets).

3.2 Décès par l'aide médicale à mourir par rapport au nombre total de décès au Canada

En 2021, les décès attribuables à l'aide médicale à mourir représentaient 3,3 % de tous les décès au Canada, soit une augmentation par rapport aux 2,5 % de l'année 2020 et aux 2,0 % de 2019. En 2021, toutes les provinces ont continué à connaître une augmentation du nombre de cas d'aide médicale à mourir en pourcentage du nombre total de décès, allant d'un minimum de 1,2 % (Terre-Neuve-et-Labrador) à un maximum de 4,8 % (Colombie-Britannique), à l'exception de l'Alberta, où les chiffres sont stables en 2021 (1,9 %). Le Québec et la Colombie-Britannique ont connu la plus forte augmentation, en pourcentage, du nombre de cas d'aide médicale à mourir par rapport à l'ensemble des décès recensés sur leur territoire en 2021 (4,7 % et 4,8 % respectivement), une tendance constante par rapport à 2019 et 2020, et qui reflète la dynamique sociopolitique de chaque province. La COVID-19 a entraîné une certaine variation du nombre total de décès en 2020⁸. L'augmentation du nombre total de décès liés à la COVID-19 en 2020 n'a pas eu d'incidence sur le pourcentage de décès attribuables à l'aide médicale à mourir par rapport à l'ensemble des décès au Canada, étant donné le nombre relativement faible de cas d'aide médicale à mourir par rapport au nombre total de décès au Canada.

⁸ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220210/dq220210b-fra.htm>

Graphique 3.2 : Pourcentage du total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir par administration, 2019 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

- On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite.
- Ce graphique représente les décès par l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2022 (9 950 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (114 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 10 064 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2021.
- Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir et d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (219 cas) sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.
- Étant donné la petite taille de la population (et, par conséquent, le petit dénominateur), le pourcentage du Yukon est sensible aux petites augmentations du nombre de cas, et n'est donc pas inclus dans ce graphique.
- Source : Statistique Canada. Tableau 17-10-0006-01 Estimations des décès, par âge et sexe, annuelles (2020–2021)
- Statistique Canada. Tableau 13-10-0709-01 Décès, selon le groupe d'âge et le sexe (2019, 2020)

4.0 Profil des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

Comme indiqué dans la [section 3.0](#), si l'on tient compte de toutes les sources de données, 10 064 cas d'aide médicale à mourir ont été recensés en 2021 au Canada. Ce total correspond à la somme de tous les cas d'aide médicale à mourir déclarés par les praticiens et reçus par Santé Canada au 31 janvier 2022 (9 950), plus 114 cas supplémentaires (information fournie par les provinces et les territoires pour les cas n'ayant pas encore été déclarés officiellement à Santé Canada).

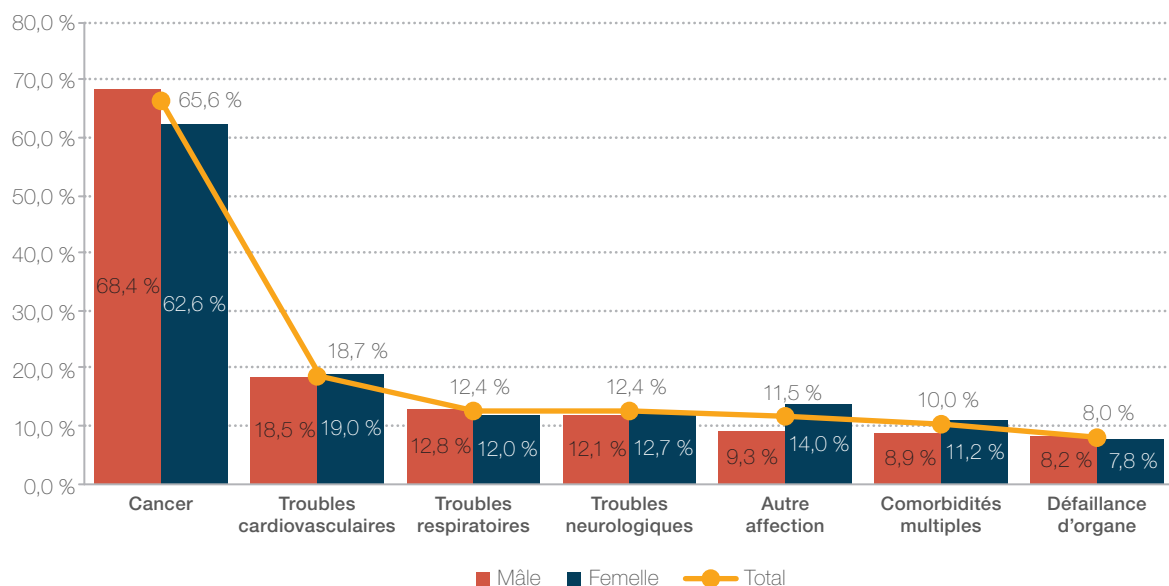
Les [sections 4.0 à 7.0](#), ainsi que l'[annexe A](#) proposent une analyse plus approfondie d'après les 9 950 déclarations officielles de cas d'aide médicale à mourir pour l'année 2021. Ces sections ne comprennent aucun renseignement sur les 114 cas supplémentaires, les déclarations en question n'ayant pas encore été reçues par Santé Canada au moment de la préparation du présent rapport. Pour certains graphiques et tableaux, le cas échéant, trois années de données (2019 à 2021) sont présentées. Les données des années précédentes peuvent également contenir des corrections et des ajustements mineurs, donnant lieu à des totaux légèrement différents par rapport aux chiffres annuels précédents.

4.1 Affections médicales sous-jacentes des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

Pour la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2021, la principale affection médicale sous-jacente était le cancer (65,6 %). Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires (18,7 %), les maladies respiratoires chroniques (12,4 %) et les troubles neurologiques (12,4 %). Ces résultats sont semblables aux chiffres présentés en 2019 et en 2020, et correspondent aux principales causes de décès au Canada (cancer et pathologies cardiaques⁹). Le [graphique 4.1A](#) montre la répartition par sexe des affections médicales sous-jacentes pour l'année 2021. Il met en évidence de légères différences entre les hommes et les femmes, les hommes étant légèrement plus nombreux à avoir un type de cancer comme principale affection (68,4 % contre 62,6 %) et les femmes étant plus nombreuses à avoir à la fois une « autre affection » (14,0 % contre 9,3 %) et des comorbidités multiples (11,2 % contre 8,9 %).

⁹ Statistique Canada, Tableau 13-10-0394-01

Graphique 4.1A : Aide médicale à mourir par affection principale, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'une affection médicale lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.

Le [graphique 4.1B](#) présente les types de cancers les plus fréquemment signalés (il est possible d'en sélectionner plusieurs). C'est le cancer du poumon qui a été sélectionné le plus fréquemment (23,8 %), suivi du cancer du côlon (12,0 %), du cancer hématologique (8,2 %), du cancer du pancréas (8,1 %), du cancer de la prostate (7,5 %) et du cancer du sein (6,4 %). Cette observation est semblable aux résultats de l'année 2020 et confirme que le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada¹⁰.

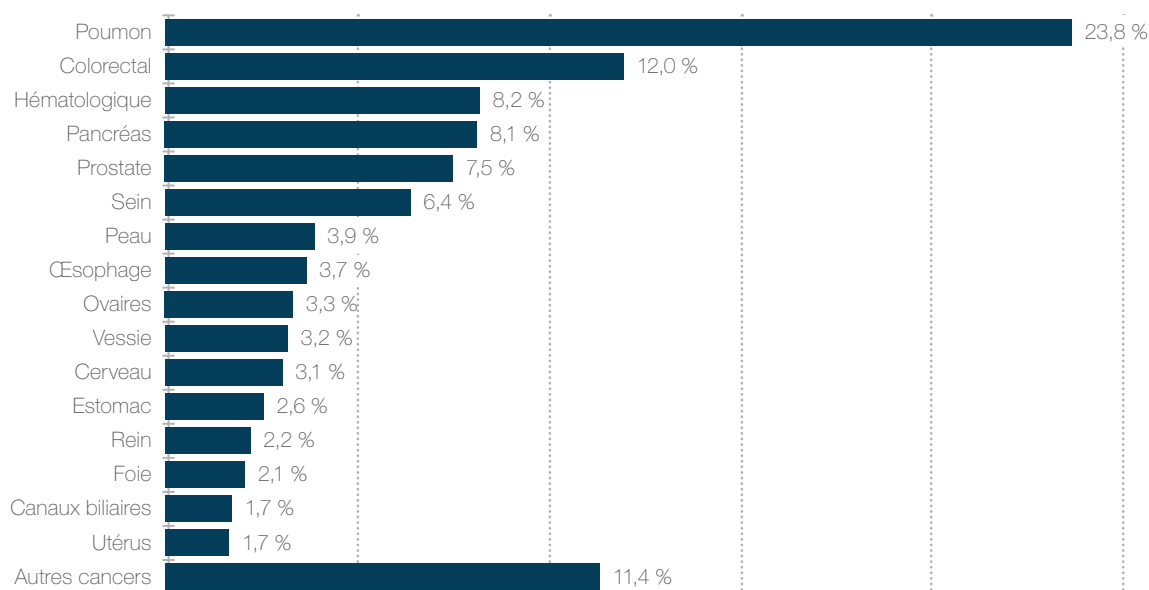
Les troubles cardiovasculaires (18,7 %) constituaient la deuxième affection principale sous-jacente la plus fréquemment citée par les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2021, ce qui représente une hausse significative par rapport aux 13,8 % de l'année 2020¹¹. Aucune différence significative n'a été observée entre les pourcentages d'hommes et de femmes présentant des troubles cardiovasculaires. Les troubles cardiovasculaires les plus fréquemment cités étaient l'insuffisance cardiaque congestive, l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral, la fibrillation auriculaire et la coronaropathie.

Les maladies respiratoires représentaient 12,4 % des affections dont les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir étaient atteints en 2021. Ces résultats sont semblables à ceux de 2020 (11,3 %), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) étant de nouveau citée comme l'affection la plus fréquente.

¹⁰ Statistique Canada, Tableau 13-10-0142-01

¹¹ Voir le Deuxième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir

Graphique 4.1B : Aide médicale à mourir par type de cancer, 2021

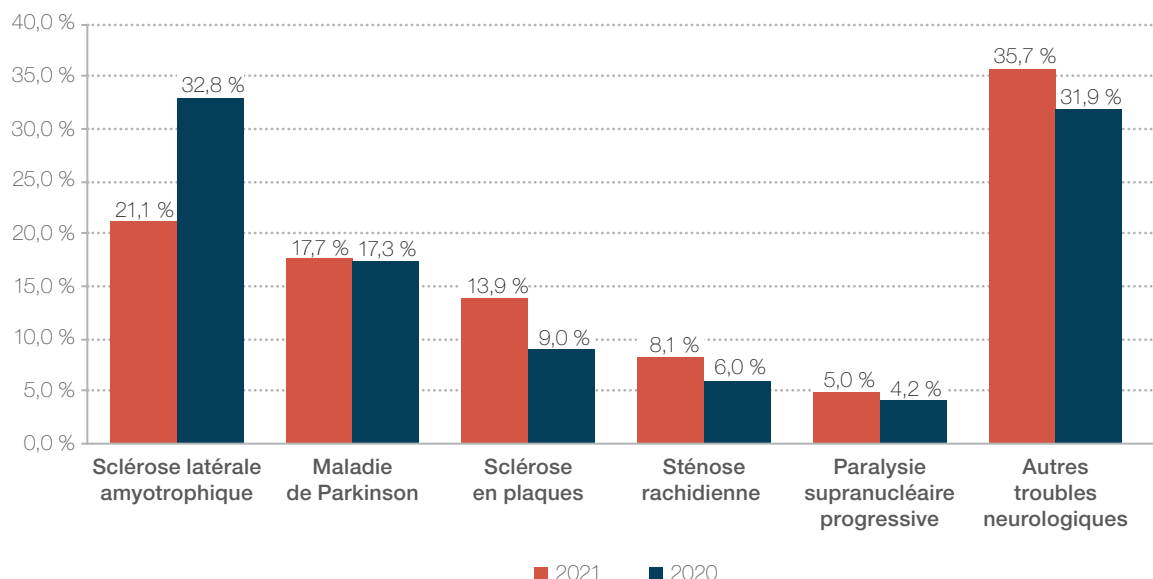


NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'un type de cancer lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %. Sur ce graphique, le dénominateur représente le nombre total de personnes ayant déclaré un cancer comme affection principale (7 594 personnes).

Les troubles neurologiques représentaient 12,4 % des cas d'aide médicale à mourir en 2021, soit un pourcentage légèrement supérieur aux 10,2 % enregistrés en 2020. Les femmes étaient légèrement plus nombreuses que les hommes à présenter des troubles neurologiques (12,7 % contre 12,1 %). Parmi les troubles neurologiques les plus courants, présentés dans le [graphique 4.1C](#), figuraient la sclérose latérale amyotrophique (SLA), également connue sous le nom de maladie de Lou-Gehrig (21,1 %), la maladie de Parkinson (17,7 %), la sclérose en plaques (SEP) (13,9 %), la sténose rachidienne (8,1 %) et la paralysie supranucléaire progressive (5,0 %). Ces résultats sont semblables à ceux de 2020, à l'exception de la SLA (dont le nombre de cas a diminué par rapport aux 32,8 % de 2020) et de la SEP (dont le nombre de cas a augmenté par rapport aux 9,0 % de 2020). Comme en 2020, un faible nombre de personnes présentant des troubles neurologiques (environ 7,5 % ou 0,9 % de l'ensemble des cas d'aide médicale à mourir) ont cité la démence comme l'une des principales affections sous-jacentes. Aux fins du présent rapport, le terme « démence » est utilisé au sens large et inclut les pathologies suivantes : maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy, démence vasculaire, démence mixte ou simplement démence. Comme l'exige la loi, le praticien a vérifié, dans ces cas et dans tous les autres cas d'aide médicale à mourir, que la personne avait donné son consentement éclairé avant l'administration de l'aide médicale à mourir.

Graphique 4.1C : Aide médicale à mourir par affection neurologique, 2020–2021



NOTES EXPLICATIVES :

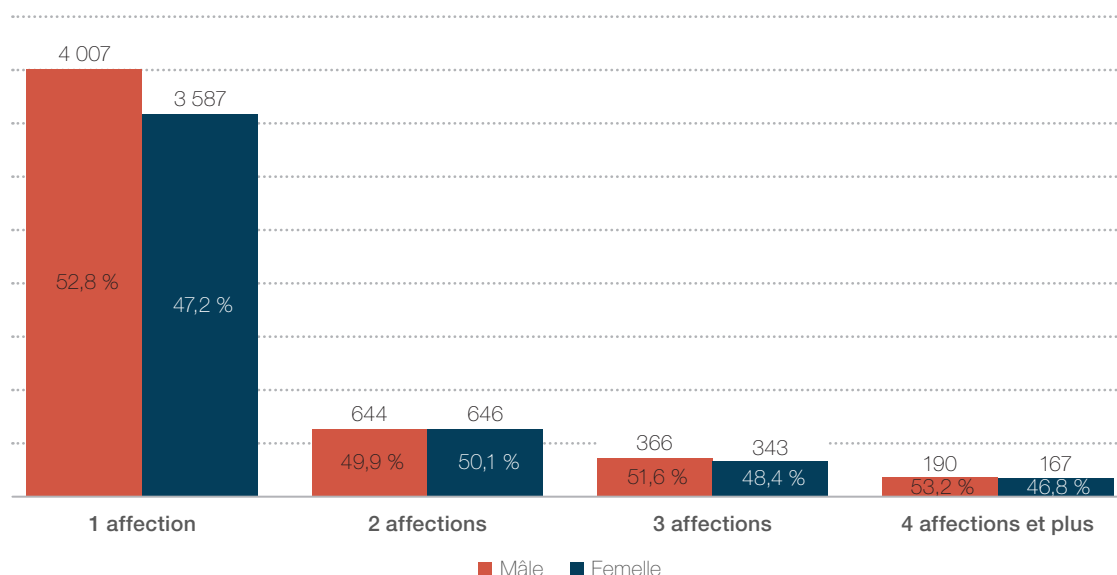
1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'un type de troubles neurologiques lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %. Sur ce graphique, le dénominateur représente le nombre total de personnes ayant déclaré des troubles neurologiques comme affection principale (1 234 personnes).
3. Les ajustements de données ont entraîné la révision des résultats de 2020, qui sont présentés ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

Une défaillance d'organe a été citée chez 8,0 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir. Dans cette catégorie, l'insuffisance rénale était l'affection la plus fréquente (près de 50,0 %). Parmi les autres affections, figuraient l'insuffisance hépatique ou la cirrhose (14,3 %) et l'occlusion intestinale (6,3 %). Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes pour cette catégorie.

Les comorbidités multiples et autres affections englobaient un large éventail de maladies ou d'affections, notamment la fragilité, le diabète, l'arthrite et l'ostéoporose. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à présenter d'« autres affections » (14,0 % contre 9,3 %) et des comorbidités multiples (11,2 % contre 8,9 %).

Il n'est pas rare que les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir aient eu plus d'une affection médicale sous-jacente (les prestataires peuvent sélectionner plusieurs affections médicales lors de la déclaration). Le [graphique 4.1D](#) présente le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2021 selon le nombre d'affections médicales, par catégorie : cancer, troubles cardiovasculaires, respiratoires, neurologiques, défaillance d'organe, comorbidités multiples et « autre affection ». Au total, 76,3 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ont été déclarés comme ayant une seule affection principale, les hommes (52,8 %) étant légèrement plus nombreux que les femmes (47,2 %). En outre, 13,0 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir présentaient deux affections principales; 7,1 % avaient trois affections principales et 3,6 % avaient quatre affections principales sous-jacentes ou plus. Un peu plus d'hommes que de femmes présentaient trois affections principales ou plus.

Graphique 4.1D : Aide médicale à mourir : nombre d'affections principales, par personne, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

4.2 Sexe, âge moyen et tranche d'âge des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir

En 2021, dans l'ensemble du Canada, une plus grande proportion d'hommes (52,3 %) que de femmes (47,7 %) ont bénéficié de l'aide médicale à mourir. Ce résultat est cohérent avec l'année 2020 (51,9 % d'hommes contre 48,1 % de femmes) et l'année 2019 (50,9 % d'hommes contre 49,1 % de femmes). Ce résultat est cohérent dans la plupart des administrations, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Manitoba, où la proportion de femmes bénéficiaires de l'aide médicale à mourir était légèrement plus élevée.

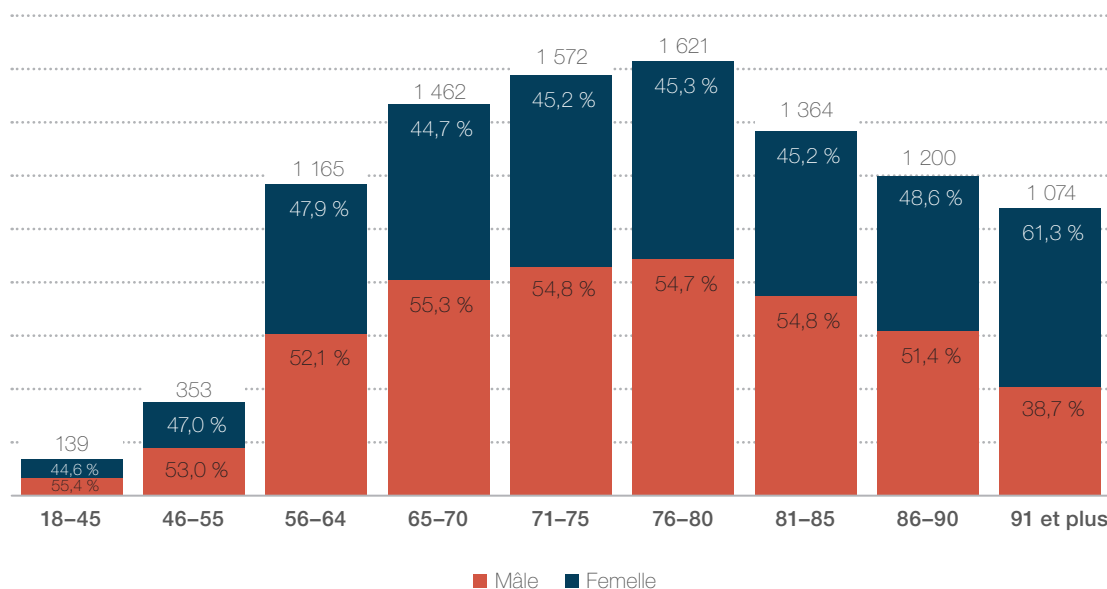
L'âge moyen des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2021 est de 76,3 ans, soit un peu plus que l'âge moyen en 2019 et en 2020 (75,2 et 75,3 respectivement). L'âge moyen était plus élevé pour les femmes en 2021 (77,0 ans) que pour les hommes (75,6 ans). L'âge moyen dans les différentes administrations variait de 73,1 ans en Nouvelle-Écosse à 77,8 ans (au Manitoba et en Colombie-Britannique). L'âge moyen des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir était le plus élevé au Québec (75,8 ans), en Ontario (76,9 ans) et en Colombie-Britannique (77,8 ans). Ces trois provinces ont également enregistré le plus grand nombre total de cas d'aide médicale à mourir et ont donc la plus grande influence sur les tendances générales en matière d'âge.

La plus grande proportion de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir en 2021 se situaient dans la tranche d'âge 76–80 ans (16,3 %), suivie des tranches d'âge 71–75 ans (15,8 %) et 65–70 ans (14,7 %). Il s'agit d'un léger changement par rapport à 2020, où la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir se situaient dans la tranche d'âge 71–75 ans (16,2 %). Comme les années précédentes, en 2021, la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (95,1 %) étaient âgés de 56 ans et plus, et 83,3 % avaient 65 ans et plus. Seuls 4,9 % des bénéficiaires étaient âgés de 18 à 55 ans.

Conformément à la législation, l'admissibilité à l'aide médicale à mourir est limitée aux adultes âgés de 18 ans et plus; on ne compte donc aucun cas d'aide médicale à mourir pour les personnes de moins de 18 ans. Le nombre total de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir est plus faible dans les tranches d'âge plus jeunes; les résultats sont donc sensibles aux petites variations lorsqu'on compare les changements d'une année sur l'autre.

Le [graphique 4.2](#) montre la répartition des cas d'aide médicale à mourir par tranche d'âge et par sexe au sein de chaque groupe d'âge. À l'exception de la tranche d'âge 91 ans et plus, un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes ont bénéficié de l'aide médicale à mourir dans chaque groupe d'âge. Les écarts les plus importants se sont produits dans la tranche d'âge 18–45 ans (55,4 % des hommes contre 44,6 % des femmes) et 65–70 (55,3 % des hommes contre 44,7 % des femmes). Ces tendances sont semblables à celles de l'année 2020, sauf pour la tranche d'âge 18–55 ans, où un nombre légèrement plus important de femmes que d'hommes ont bénéficié de l'aide médicale à mourir en 2020. La plus grande proportion de femmes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir à l'âge de 90 ans et plus est cohérente par rapport aux résultats de l'année 2020. Elle est également cohérente avec la plus longue espérance de vie des femmes, plus nombreuses à dépasser l'âge de 90 ans que les hommes.

Graphique 4.2 : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

4.3 Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

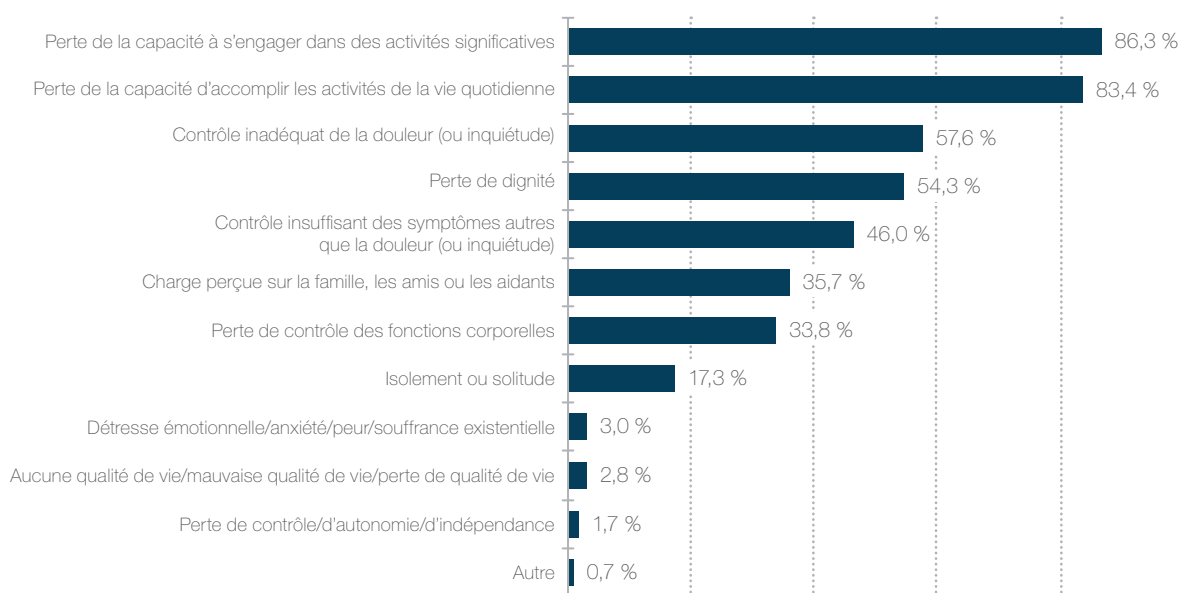
Pour être admissible à l'aide médicale à mourir, une personne doit éprouver une souffrance physique ou psychologique intolérable, causée par une affection médicale ou par son état de déclin, et qui ne peut être soulagée d'une manière qu'elle juge acceptable. En 2021, la source de souffrance la plus souvent citée par les personnes effectuant une demande d'aide médicale à mourir était la perte de la capacité à participer à des activités significatives (86,3 %), suivie de la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (83,4 %) et du contrôle inadéquat de la douleur ou de l'inquiétude au sujet du contrôle de la douleur (57,6 %).

Ces résultats sont très semblables à ceux des années 2019 et 2020, ce qui indique que la nature de la souffrance conduisant une personne à demander une aide médicale à mourir est restée constante au cours des trois dernières années.

En 2019, un cancer invasif a été diagnostiqué à George. Après un an passé à son domicile, il a commencé à présenter une perte d'indépendance, une perte de la capacité à prendre soin de lui-même, une perte de dignité, une perte totale de capacité, ainsi que des douleurs. La maladie était devenue sévère, grave et incurable. Il a refusé tous les traitements, aucun d'entre eux ne pouvant, à ses yeux, lui redonner la capacité à effectuer les activités qu'il appréciait, ni lui rendre sa dignité. Il est admissible à l'aide médicale à mourir.

Rapport du praticien

Graphique 4.3 : Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'un motif lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.

4.4 Services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées

Les soins palliatifs peuvent être proposés tout au long du continuum d'une maladie limitant l'espérance de vie, y compris en fin de vie. Ils comprennent des services tels que la prise en charge de la douleur et des symptômes, répondent aux préoccupations psychologiques et spirituelles, soutiennent la famille et les aidants, et améliorent la qualité de vie des patients. Étant donné que les soins palliatifs répondent aux besoins physiques, psychosociaux, culturels et spirituels des personnes, ils peuvent être prodigués par une grande variété de prestataires de soins, y compris les prestataires de soins de santé primaires, les spécialistes de maladies et les spécialistes des soins palliatifs¹².

Un patient atteint d'un cancer s'est vu proposer d'emblée des soins palliatifs, mais a demandé à bénéficier de l'aide médicale à mourir peu après son admission dans un centre de soins palliatifs. Il souhaitait qu'on soulage ses douleurs et qu'on le place sous sédation, et voulait bénéficier de l'aide médicale à mourir le jour de son anniversaire. Le centre de soins palliatifs a ajusté le traitement du patient de façon à ce qu'il soit sous sédation en permanence et qu'il n'ait pas de douleur, et a respecté sa demande concernant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir. Les membres de la famille présents à son chevet ont respecté les souhaits du patient et la procédure d'aide médicale à mourir s'est très bien déroulée. En présence de son épouse et de ses deux enfants, le patient est décédé le jour de son anniversaire, comme il le souhaitait.

Rapport du praticien

En 2021, les praticiens de l'aide médicale à mourir ont déclaré que la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (80,7 %) avaient reçu des soins palliatifs, comme en 2019 et en 2020 (82,1 % et 82,8 %, respectivement). La majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (52,6 %) ont reçu des services de soins palliatifs pendant un mois ou plus, ce qui est semblable aux résultats des années 2019 et 2020. Grâce aux modifications réglementaires proposées, Santé Canada communiquera plus de renseignements sur le type et le lieu où les services de soins palliatifs sont proposés à partir de 2024.

¹² Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les soins palliatifs, consulter le [Cadre sur les soins palliatifs au Canada](#) et le [Plan d'action sur les soins palliatifs](#).

Tableau 4.4 : Bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant reçu des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées, 2021

Services de soins palliatifs			Services de soutien aux personnes handicapées		
	Number	Percentage		Number	Percentage
Personnes ayant reçu des soins palliatifs	8 031	80,7 %	Personnes ayant nécessité des services de soutien aux personnes handicapées	4 278	43,0 %
Personnes n'ayant pas reçu de soins palliatifs	1 675	16,8 %	Personnes n'ayant pas nécessité de services de soutien aux personnes handicapées	3 704	37,2 %
Inconnu	244	2,5 %	Inconnu	1 968	19,8 %
			Personnes ayant reçu des services de soutien aux personnes handicapées	3 741	87,4 %
Les soins palliatifs étaient acces-sibles en cas de besoin	1 474	88,0 %	Personnes qui avaient besoin de services de soutien aux personnes handicapées, mais n'en ont pas reçus	179	4,2 %
			Les services de soutien aux personnes handicapées étaient accessibles en cas de besoin	131	73,2 %
Soins palliatifs – durée			Soutien aux personnes handicapées – durée		
Moins de deux semaines	1 720	21,4 %	Moins de six mois	1 544	41,3 %
De deux semaines à un mois	1 400	17,4 %	Six mois ou plus	1 325	35,4 %
Un mois ou plus	4 225	52,6 %	Inconnu	872	23,3 %
Inconnu	686	8,5 %			

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui n'ont pas reçu de soins palliatifs (16,8 %), 88,0 % ont eu accès à ces services. Ces résultats sont semblables à ceux des années 2019 et 2020 (où respectivement 89,6 % et 88,5 % ont eu accès aux soins palliatifs). Ce résultat corrobore d'autres constatations selon lesquelles les soins palliatifs restent à la fois disponibles et accessibles pour les personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir¹³. Cependant, ce résultat ne donne pas d'indication sur l'adéquation ou la qualité des services de soins palliatifs disponibles ou dispensés.

Le handicap est un phénomène complexe et multidimensionnel, qui comporte de nombreuses influences biopsychosociales. Dans le cadre de l'évaluation de l'aide médicale à mourir, les praticiens déterminent si une personne a besoin et a accès à des mesures de soutien aux personnes handicapées, si elle en a bénéficié et pendant combien de temps, et en font rapport. Ces renseignements sont recueillis afin de mieux connaître les mesures de soutien dont bénéficient les personnes handicapées et les circonstances dans lesquelles elles sollicitent une aide médicale à mourir. Grâce aux modifications réglementaires proposées, de plus amples renseignements sur le type de services de soutien aux personnes handicapées seront communiqués à partir de 2024, ce qui permettra de dresser un tableau plus complet.

¹³ <https://www.cmaj.ca/content/192/8/E173>

En 2021, 43,0 % des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir ont été signalées par un praticien de l'aide médicale à mourir comme ayant eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées. Parmi ces personnes, la majorité, à savoir 87,4 %, ont bénéficié de services de soutien aux personnes handicapées. Parmi celles-ci, 41,3 % ont bénéficié de ces services pendant 6 mois ou moins, tandis que 35,4 % ont bénéficié de ces services pendant 6 mois ou plus (la durée étant inconnue dans 23,3 % des déclarations). Des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant déclaré avoir besoin de services de soutien aux personnes handicapées (4,2 %) n'en ont pas bénéficié. Ces données sont similaires à celles de 2019 et de 2020. Dans le cadre de la déclaration de l'aide médicale à mourir, actuellement, les praticiens ne sont pas tenus de fournir des détails sur la nature et la durée des services de soutien aux personnes handicapées reçus.

L'utilisation déclarée des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées varie en fonction de l'affection sous-jacente principale de la personne. La différence la plus significative a été constatée chez les personnes pour lesquelles une affection neurologique a été déclarée comme affection sous-jacente principale. Pour cette population, le recours aux services de soins palliatifs a été indiqué dans 56,0 % des déclarations, contre plus de 80 % pour l'ensemble des affections principales. À l'inverse, le recours aux services de soutien aux personnes handicapées pour les personnes atteintes d'une affection neurologique (12,4 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir) a été indiqué dans 66,8 % des déclarations, contre 44,0 % pour toutes les affections confondues.

Je connais Jerry depuis le jour où son diagnostic a été établi, en 2017. Il a toujours exprimé le souhait de bénéficier de l'aide médicale à mourir s'il venait à être trop mal en point ou diminué au point de ne plus pouvoir accomplir ses activités de la vie quotidienne. Il ne voulait pas dépendre de son épouse ou des soins d'étrangers, ni prolonger ses souffrances ou celles de sa famille. Les possibilités, en termes de soins palliatifs, ont été examinées avec lui à plusieurs reprises, mais aucune d'entre elles ne lui convenait. Il a fini par accepter certains soins à domicile en raison d'une certaine difficulté à gérer la douleur, mais a refusé d'autres services de soins à domicile pour les solutions de rechange aux services de développement et les activités de la vie quotidienne, y compris l'hygiène.

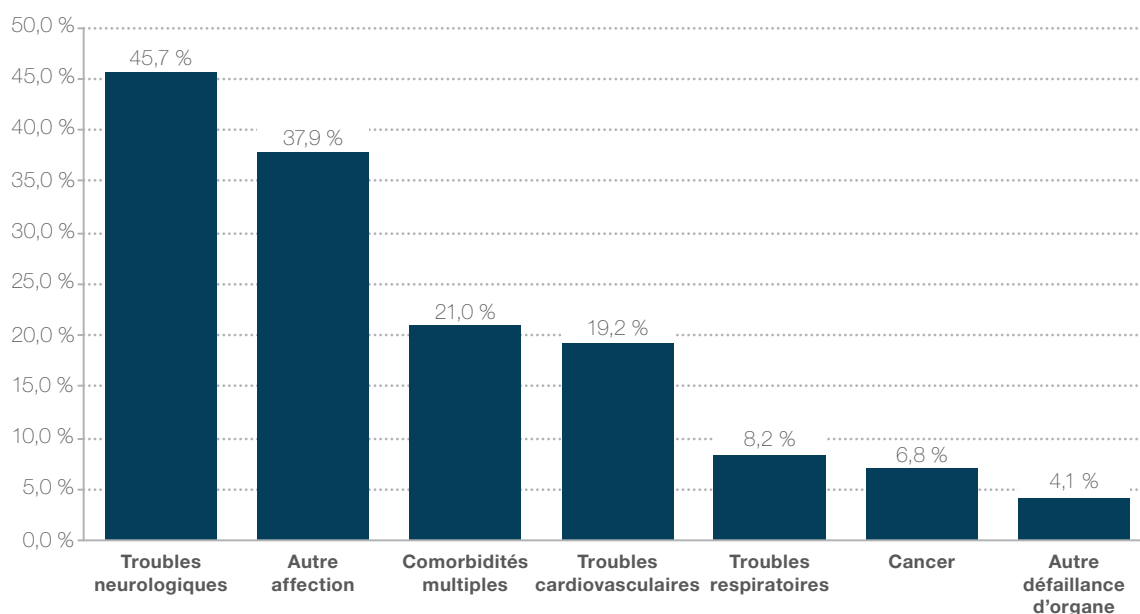
Rapport du praticien

4.5 Profil des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible

Comme indiqué dans la [section 1.0](#), la nouvelle législation supprime l'exigence selon laquelle la mort naturelle d'une personne doit être raisonnablement prévisible pour qu'elle soit admissible à l'aide médicale à mourir. Grâce à la suppression de cette exigence, les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible sont admissibles à l'aide médicale à mourir si elles remplissent tous les autres critères d'admissibilité. La nouvelle législation crée deux séries de mesures de protection pour les personnes dans chacune des situations (personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible). Les nouvelles mesures de protection et les mesures de protection renforcées pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible permettent de faire face à la complexité de l'évaluation des personnes présentant des affections communes à ce groupe (comme le montre le [tableau 1.2](#)). Ces mesures de protection pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible sont entrées en vigueur lors de l'adoption de la nouvelle législation le 17 mars 2021.

En 2021, il a été déterminé que 2,2 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (219 personnes) étaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Les données démographiques et les profils médicaux de ces personnes étaient différents de ceux des personnes dont la mort naturelle était prévisible et qui ont bénéficié de l'aide médicale à mourir. Comme le montre le [graphique 4.5](#), la principale affection médicale sous-jacente signalée dans la population dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était d'ordre neurologique (45,7 %), suivie d'une « autre affection » (37,9 %) et de comorbidités multiples (21,0 %). Cela diffère de la principale affection (présentée dans le [graphique 4.1A](#)) pour tous les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2021, dont la majorité avait un cancer comme principale affection médicale sous-jacente (65,6 %), suivi de troubles cardiovasculaires (18,7 %), de maladies respiratoires chroniques (12,4 %) et de troubles neurologiques (12,4 %). La maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la douleur chronique sont des exemples de certaines des affections citées chez les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

Graphique 4.5 : Affection principale : Aide médicale à mourir, mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 219 cas d'aide médicale à mourir chez des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, du 17 mars 2021 au 31 décembre 2021.

L'âge moyen des 219 bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était de 70,1 ans, contre 76,3 ans dans la population ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir en 2021. Un pourcentage légèrement plus élevé de personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible se situait dans la catégorie d'âge 18–64 ans (37,0 %) par rapport à l'ensemble de la population ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir (16,7 %). Au total, 42,9 % des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible ont bénéficié de services de soins palliatifs (contre 80,7 % dans l'ensemble de la population ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir). En outre, 58,9 % des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible ont eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées (contre 43,0 % dans l'ensemble de la population).

ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir) et 90,7 % ont bénéficié de ces services de soutien aux personnes handicapées (contre 87,4 % dans l'ensemble de la population ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir). Le recours plus important aux services de soutien aux personnes handicapées par rapport aux services de soins palliatifs chez les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible est cohérent avec la nature divergente de la principale affection sous-jacente dans cette sous-population.

Nous avons évalué le patient avec toute la rigueur que la situation exigeait compte tenu de la nature de la maladie et des particularités liées aux modifications de la Loi. La période d'évaluation de 90 jours a été respectée, et on a rappelé au patient, à chaque visite, qu'il pouvait retirer sa demande à tout moment. Le patient a été évalué au préalable et connaissait tous les services disponibles et les a sérieusement envisagés avant d'effectuer une demande d'aide médicale à mourir. Le patient avait consulté des experts pour déterminer son admissibilité à l'aide médicale à mourir, comme l'exige le projet de loi.

Rapport du praticien

La proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible par rapport au nombre total de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir est faible en 2021 en raison de plusieurs facteurs. Avec l'exigence d'une période d'évaluation minimale de 90 jours après l'adoption de la nouvelle législation le 17 mars 2021, l'administration de l'aide médicale à mourir aux personnes se trouvant dans cette situation n'est devenue possible que durant le second semestre de l'année. En outre, comme lors de l'adoption de la législation initiale sur l'aide médicale à mourir en 2016 et de l'autorisation des premiers décès médicalement assistés, l'admissibilité des personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible est nouvelle et, à ce titre, les praticiens et les demandeurs potentiels procèdent avec beaucoup de prudence.

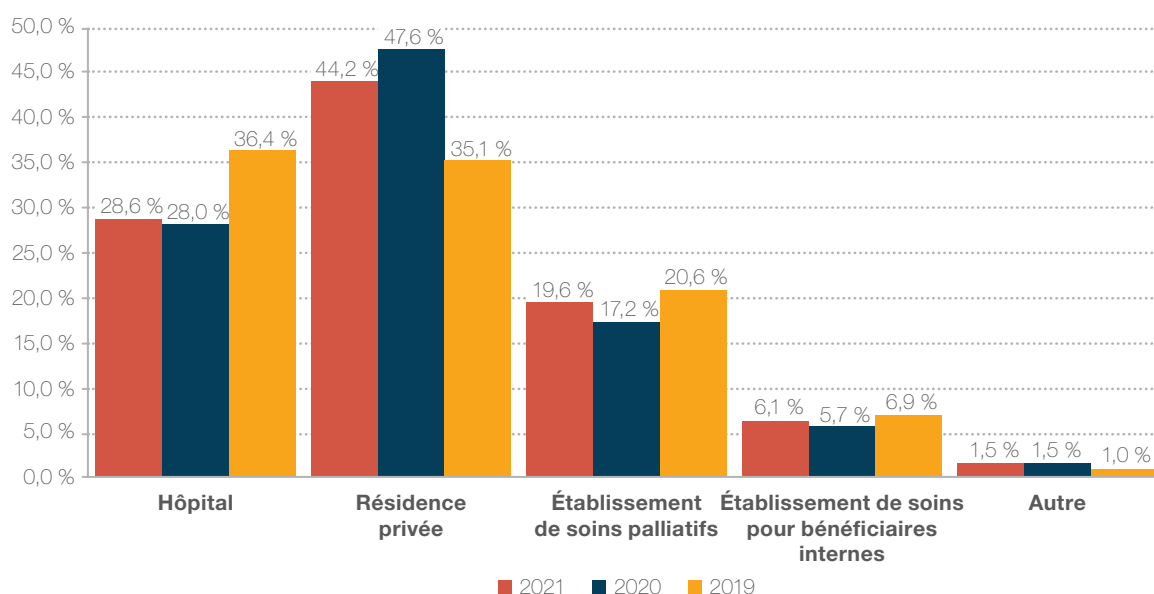
Le processus d'évaluation pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible est souvent plus difficile en raison de la nature et de la complexité associées aux affections médicales de cette population et des circonstances parfois uniques de la personne qui en fait la demande. Ces évaluations nécessitent une analyse clinique encore plus détaillée de chaque élément des critères d'admissibilité qui définissent une affection médicale grave et irrémédiable, ainsi que des consultations et une expertise plus larges nécessaires à l'application de mesures de protection rigoureuses. À titre anecdotique, les évaluateurs ont indiqué qu'ils passent beaucoup plus de temps à recueillir les renseignements nécessaires sur la personne et son état. Le processus implique souvent l'examen de plusieurs années de traitements, d'opérations chirurgicales ou de prise de médicaments, ainsi que la consultation d'un ou de plusieurs experts afin d'exercer une diligence raisonnable en vue de prendre la décision adéquate concernant l'admissibilité de la personne. De plus amples renseignements concernant ce groupe de population seront recueillis en 2023, en vertu du règlement modifié, ce qui permettra de dresser un tableau plus détaillé de la situation des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et des circonstances qui leur sont associées.

5.0 Prestation de l'aide médicale à mourir

5.1 Décès par l'aide médicale à mourir déclarés selon le lieu

En 2021, les résidences privées ont continué d'être le principal lieu d'administration de l'aide médicale à mourir au Canada, 44,2 % des procédures d'aide médicale à mourir s'étant déroulées dans ce cadre. Il ne s'agit que d'une légère baisse par rapport à 2020 (47,6 %) et la tendance de l'administration de l'aide médicale à mourir dans des cadres plus familiers, au détriment de l'hôpital, s'est poursuivie. Le pourcentage de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir dans les hôpitaux en 2021 était de 28,6 %, un chiffre semblable à celui de 2020 (28,0 %) et en forte baisse par rapport à 2019 (36,4 %). Les établissements de soins palliatifs ont accueilli 19,6 % des procédures d'aide médicale à mourir en 2021, un chiffre en hausse par rapport à l'année 2020 (17,2 %) et semblable aux niveaux observés en 2019 (20,6 %). Les établissements de soins pour bénéficiaires internes (6,1 %) et dans d'autres cadres tels que les cabinets médicaux ou les cliniques, ou les maisons funéraires (1,5 %) sont restées stables en 2021.

Graphique 5.1 : Décès par l'aide médicale à mourir selon le lieu, 2019 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. La catégorie Hôpital exclut les lits et unités de soins palliatifs; la catégorie Établissement de soins palliatifs comprend les lits et unités de soins palliatifs ou les maisons de fin de vie; la catégorie Établissement de soins pour bénéficiaires internes comprend les établissements de soins de longue durée; la catégorie Résidence privée comprend les maisons de retraite; la catégorie Autre inclut les établissements ambulatoires ainsi que les cabinets médicaux ou les cliniques. 3. Les données des années 2019 et 2020 sont présentées ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

Un pourcentage plus élevé de procédures d'aide médicale à mourir se sont déroulées dans des résidences privées à Terre-Neuve-et-Labrador (41,9 %), en Nouvelle-Écosse (46,8 %), au Nouveau-Brunswick (38,3 %), en Ontario (54,0 %), au Manitoba (44,9 %), en Alberta (42,6 %) et en Colombie-Britannique (46,6 %), tandis que les procédures réalisées en milieu hospitalier étaient plus fréquentes à l'Île-du-Prince-Édouard (41,0 %), au Québec (37,3 %) et en Saskatchewan (45,6 %). Ces résultats sont semblables à ceux de l'année 2020, à l'exception de la Saskatchewan, où un pourcentage plus élevé de procédures d'aide médicale à mourir se sont déroulées dans des résidences privées en 2020. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

Il s'agissait d'un de mes patients de longue date en oncologie. Il était atteint depuis des années d'un cancer incurable pour lequel il n'existait aucun traitement, hormis des soins de confort et de fin de vie. Le patient souhaitait mourir chez lui, entouré de sa famille, et s'est dit las de souffrir. Il a demandé à bénéficier de l'aide médicale à mourir et tout a été mis en œuvre pour que cela soit possible.

Rapport du praticien

5.2 Situation géographique de l'aide médicale à mourir : milieux urbains et ruraux

L'analyse de la situation géographique utilise le concept de « centre de population » pour différencier les zones urbaines des zones rurales. Statistique Canada définit un centre de population comme une zone ayant une population d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 personnes ou plus par kilomètre carré, selon les chiffres de population du recensement actuel¹⁴. Toutes les régions situées en dehors des centres de population sont classées comme des régions rurales. La zone géographique d'une personne est déterminée en fonction du code postal associé à sa Carte santé provinciale/territoriale et est représentative de son lieu de résidence. Ce n'est pas nécessairement là que l'aide médicale à mourir est administrée, sauf pour les procédures qui se déroulent dans les résidences privées.

Les données montrent que, conformément aux résultats de l'année 2020, en 2021, la répartition des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui vivaient dans des zones urbaines par rapport aux zones rurales est à peu près représentative du schéma général de répartition de la population de leur administration¹⁵. En général, les provinces de l'Atlantique présentaient une proportion plus élevée de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivant en milieu rural, allant de 42,1 % en Nouvelle-Écosse à 46,2 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Le Québec (79,1 %), l'Ontario (81,6 %), le Manitoba (80,7 %), l'Alberta (84,1 %) et la Colombie-Britannique (83,3 %) affichaient la plus forte proportion de personnes vivant dans des régions urbaines. En général, cela correspond à une population urbaine supérieure à 80,0 % dans ces administrations, à l'exception du Manitoba, dont la population urbaine est de 72,0 %¹⁶.

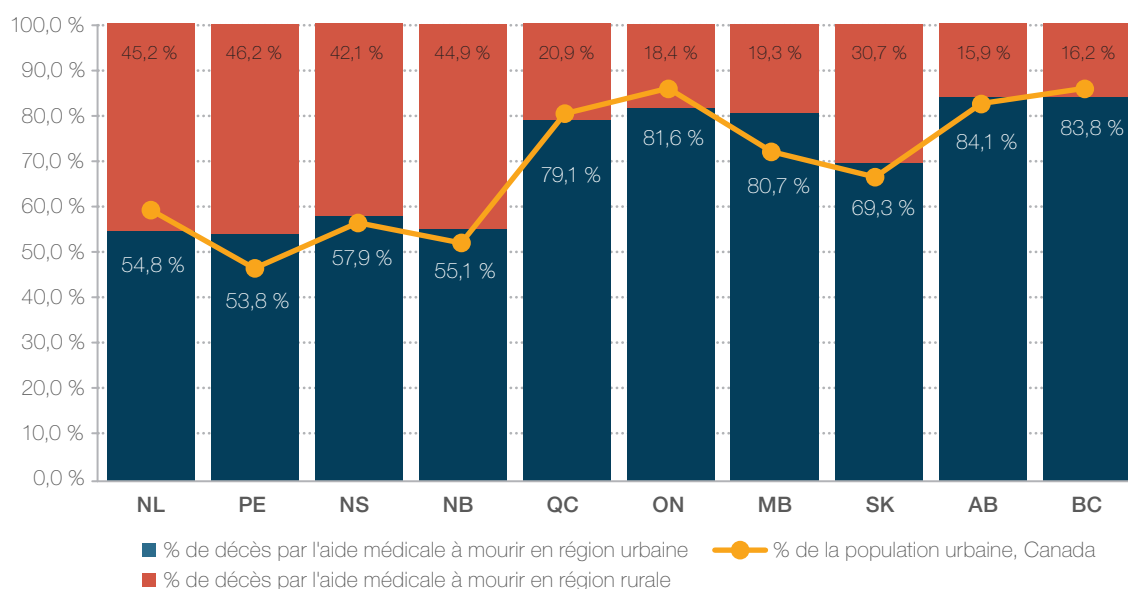
Les données actualisées du recensement de Statistique Canada de 2021 permettront d'éclairer davantage les changements qui se sont produits dans la population canadienne entre 2011 et 2021 entre les zones urbaines et rurales, et de déterminer si la situation est comparable à celle des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, et s'il existe des différences dans l'accès à l'aide médicale à mourir en fonction de l'emplacement géographique. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

¹⁴ Statistique Canada, Classification des centres de population et des régions rurales 2016. Ottawa, 2016. Publiée à l'adresse : <https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets/norme/ccpr/2016/introduction>.

¹⁵ Ce que l'on définit comme un milieu « urbain » englobe les petits, moyens et grands centres de population dont la taille varie de 1 000 à plus de 100 000 personnes.

¹⁶ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-003-x/2014001/section04/60-fra.htm>

Graphique 5.2 : Décès par l'aide médicale à mourir : région urbaine et région rurale, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

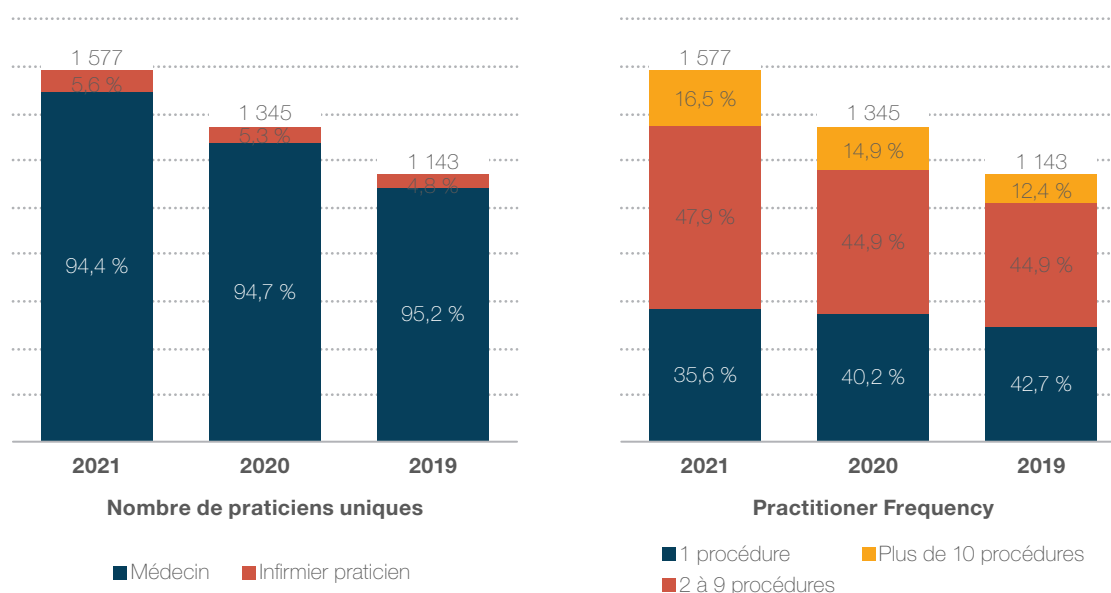
1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Le lieu est déterminé par l'analyse du code postal associé au numéro de Carte santé du patient.
3. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux MO plus (FCCP+) Version 7C, Guide de référence. Février 2020.
4. % de la population urbaine : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-003-x/2014001/section04/60-fra.htm>

5.3 Nombre de praticiens uniques de l'aide médicale à mourir et fréquence de la prestation de cette aide

Le nombre total de praticiens uniques administrant l'aide médicale à mourir est passé à 1 577 en 2021, soit une augmentation de 17,2 % par rapport aux 1 345 praticiens en 2020. Par ailleurs, 94,4 % de tous les praticiens de l'aide médicale à mourir étaient des médecins, tandis que 5,6 % étaient des infirmiers praticiens¹⁷. Le nombre d'infirmiers praticiens administrant l'aide médicale à mourir est passé à 89, contre 71 en 2020 et 55 en 2019. Les médecins ont réalisé 91,6 % des procédures d'aide médicale à mourir en 2021, tandis que les infirmiers praticiens ont effectué 8,4 % des procédures d'aide médicale à mourir, contre 7,2 % en 2020. Au cours de l'année 2021, les infirmiers praticiens ont administré l'aide médicale à mourir à Terre-Neuve et Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

¹⁷ En 2020, 92 173 médecins et 6 661 infirmiers praticiens étaient autorisés à exercer au Canada.

Graphique 5.3 : Praticiens uniques de l'aide médicale à mourir au Canada et fréquence de l'administration, 2019 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir, y compris les cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et les cas d'autoadministration.
2. Les données des années 2019 et 2020 sont présentées ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

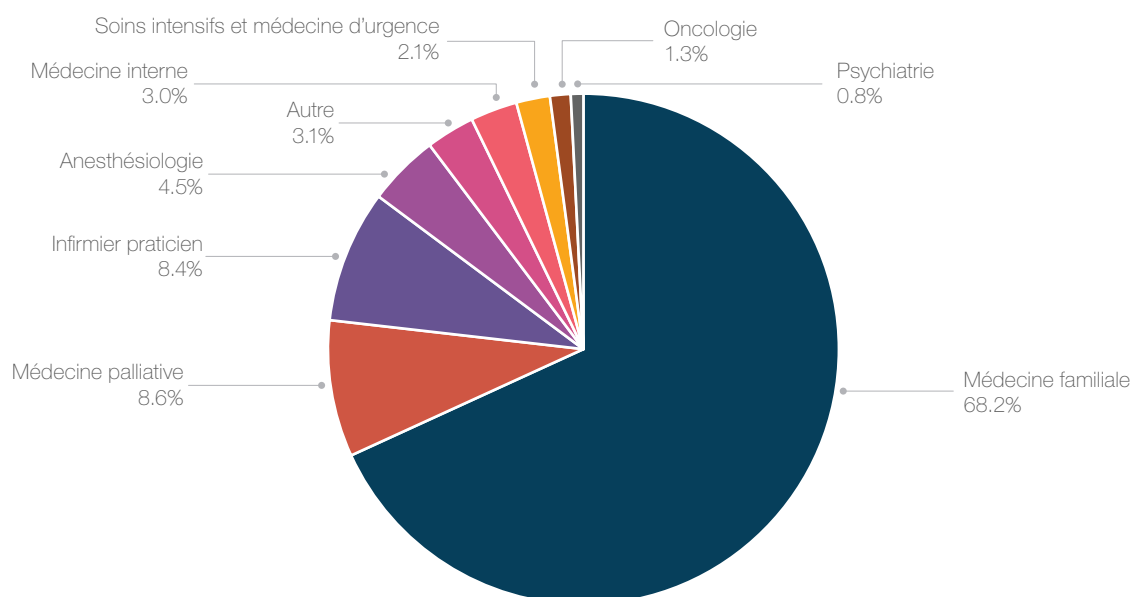
Bien que le nombre total de praticiens administrant l'aide médicale à mourir ait augmenté de 17,2 % (2021 par rapport à 2020) et de 17,7 % (2020 par rapport à 2019), le nombre de cas d'aide médicale à mourir, comme indiqué dans la [section 3.0](#) a augmenté de près du double sur cette même période : 32,4 % (2021 par rapport à 2020), et 34,3 % (2020 par rapport à 2019). Cela signifie que la fréquence des cas d'aide médicale à mourir, par praticien, augmente également. En 2021, 35,6 % des praticiens n'ont effectué qu'une seule procédure, tandis que 47,9 % ont réalisé entre 2 et 9 procédures, et 16,5 % ont effectué 10 procédures ou plus. Le nombre de praticiens réalisant plus d'une procédure par an est passé de 57,3 % en 2019 à 64,4 % en 2021.

5.4 Spécialité des praticiens qui administrent l'aide médicale à mourir

La majorité des praticiens administrant l'aide médicale à mourir travaillent dans les spécialités de la médecine familiale (68,2 % des procédures), de la médecine palliative (8,6 % des procédures), des infirmiers praticiens (8,4 % des procédures) et de l'anesthésiologie (4,5 %), ce qui représente 89,7 % de tous les cas d'aide médicale à mourir. Ces chiffres sont constants par rapport aux résultats des années 2019 et 2020, au cours desquelles ces quatre spécialités ont réalisé, respectivement, 86,2 % et 89,4 % de toutes les procédures.

Alors que les médecins de famille continuent de réaliser la majorité des procédures d'aide médicale à mourir, 10,3 % des procédures sont effectuées par d'autres spécialités médicales, notamment : la médecine interne (3,0 %), les soins intensifs et la médecine d'urgence (2,1 %), l'oncologie (1,3 %) et d'autres spécialités (3,9 %) comme la psychiatrie, les spécialistes de l'aide médicale à mourir¹⁸, la gériatrie, la neurologie et la médecine respiratoire. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 5.4 : Spécialité du praticien ayant administré l'aide médicale à mourir, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Spécialité du prestataire de l'aide médicale à mourir :
Médecine palliative comprend : médecine palliative, et médecine familiale et palliative
La spécialité Médecine interne comprend : médecine interne générale, soins palliatifs et urologie, médecine hospitalière, gastroentérologie et endocrinologie
La spécialité Soins intensifs et médecine d'urgence comprend : médecine d'urgence, soins intensifs, soins intensifs et médecine d'urgence
Psychiatrie comprend : psychiatrie, psychiatrie gériatrique
La catégorie Autre comprend : aide médicale à mourir, neurologie, médecine respiratoire, chirurgie, médecine de réadaptation, néphrologie, cardiologie, gériatrie, obstétrique et oto-rhino-laryngologie

¹⁸ Bien que la spécialité de l'aide médicale à mourir ne soit pas officiellement reconnue par les organismes de certification médicale au Canada, il s'agit d'un type de spécialité signalé par le régime de surveillance. Dans le cadre du présent rapport, elle peut être considérée comme une spécialité fonctionnelle lorsque l'aide médicale à mourir est l'objet principal de la pratique d'un prestataire.

5.5 Type de praticien administrant l'aide médicale à mourir donnant le deuxième avis écrit

Pour chaque cas d'administration de l'aide médicale à mourir, un deuxième praticien doit donner un deuxième avis écrit confirmant que la personne répond à tous les critères d'admissibilité. En 2021, les médecins ont donné 93,0 % des deuxièmes avis, et les infirmiers praticiens, 7,0 %. Ce résultat, semblable aux données de 2019 et de 2020, reflète également la proportion de praticiens administrant l'aide médicale à mourir. Aucune information supplémentaire n'est collectée concernant la spécialité du praticien qui fournit le deuxième avis. Dans le cas des personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, l'un des deux praticiens évaluant leur admissibilité doit avoir une expertise de l'affection médicale à l'origine de leur souffrance et, si ce n'est pas le cas, il doit consulter un autre praticien ayant ces connaissances. La collecte future de données par le biais du règlement modifié permettra à Santé Canada de faire rapport sur les types d'expertise requis.

6.0 Mesures de protection procédurales et données supplémentaires

Comme nous l'avons vu à la [section 1.0](#) et comme l'indique le Code criminel, pour administrer légalement l'aide médicale à mourir, un praticien doit d'abord s'assurer qu'une personne est admissible, en fonction d'une série de critères rigoureux ([tableau 1.1](#)), et vérifier auprès d'un deuxième praticien indépendant qu'il a également déterminé que la personne répond aux critères d'admissibilité. Le praticien doit ensuite s'assurer qu'un certain nombre de mesures de protection procédurales ont été prises et validées ([tableau 1.2](#)) avant que l'administration de l'aide médicale à mourir soit autorisée. Une mort naturelle raisonnablement prévisible n'est plus un critère d'admissibilité. Toutefois, le praticien doit déterminer si la mort naturelle d'une personne est raisonnablement prévisible ou non, afin de déterminer quel ensemble de mesures de protection il doit appliquer avant d'administrer l'aide médicale à mourir.

Toutes les déclarations transmises à Santé Canada, par l'intermédiaire des destinataires provinciaux et territoriaux désignés ou du portail fédéral sécurisé de déclaration en ligne, font l'objet d'une vérification électronique et manuelle de leur exhaustivité. Cela comprend la vérification des critères d'admissibilité et des mesures de protection. Cette section aborde d'autres détails concernant l'admissibilité et les mesures de protection qui sont appliquées dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir au Canada.

6.1 Origine de la demande écrite d'aide médicale à mourir

Lorsqu'ils déclarent des décès par l'aide médicale à mourir à Santé Canada, les praticiens sont tenus de déterminer qui leur a envoyé la demande écrite d'aide médicale à mourir. En 2021, 47,7 % des demandes ont été adressées aux praticiens par l'intermédiaire des services de coordination de l'aide médicale à mourir des autorités sanitaires provinciales ou régionales. Viennent ensuite les demandes adressées directement par la personne concernée (29,8 %), et par l'intermédiaire d'un autre praticien tel qu'un médecin ou un infirmier praticien (19,0 %) et d'un autre tiers (3,4 %). Les autres demandes proviennent d'autres sources telles qu'un infirmier, un travailleur social, un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou un autre service de soins.

L'origine de la demande varie de manière assez significative selon l'administration. Certaines administrations ont mis en place des systèmes de coordination de l'aide médicale à mourir à l'échelle provinciale pour la réception des demandes d'aide médicale à mourir. La majorité des demandes provenaient d'un service de coordination des soins en Alberta (84,9 %), au Manitoba (78,6 %), en Colombie-Britannique (68,3 %), à Terre-Neuve (67,7 %) et en Nouvelle-Écosse (57,5 %). Un plus grand nombre de demandes d'aide médicale à mourir ont été adressées directement par la personne concernée à l'Île-du-Prince-Édouard (82,1 %), en Saskatchewan (75,1 %) et au Nouveau-Brunswick (49,0 %). Comme pour l'année 2020, au Québec et en Ontario, les administrations où le nombre global de cas d'aide médicale à mourir est le plus élevé, un nombre important de demandes a été adressé par les trois sources : les services de coordination de l'aide médicale à mourir, le patient et d'autres praticiens. Ces résultats sont conformes aux tendances de 2019 et de 2020. Une ventilation par administration est présentée à l'[annexe A](#).

Tableau 6.1 : Origine de la demande écrite, 2021

Source de la demande écrite	
Service de coordination des soins	47,8 %
Personne concernée directement	29,8 %
Un autre praticien	19,0 %
Un autre tiers - Précisez	3,4 %

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

6.2 Détermination du caractère volontaire de la demande du patient

La patiente a compris son état clinique. Elle était bien informée concernant les soins palliatifs au moment de sa demande d'aide médicale à mourir, et concernant la possibilité de changer d'avis à tout moment jusqu'à l'administration de l'aide médicale à mourir. Elle n'a jamais montré la moindre hésitation.

Rapport du praticien

La demande d'aide médicale à mourir doit être faite volontairement, et non à la suite d'une quelconque pression extérieure. Dans le cadre de l'évaluation des critères d'admissibilité, les praticiens sont tenus de préciser comment ils ont déterminé que la demande de la personne du patient était volontaire. Les praticiens peuvent se forger une opinion en fonction de plusieurs sources. Dans pratiquement tous les cas où l'aide médicale à mourir a été administrée, les praticiens ont indiqué qu'ils avaient consulté directement le patient pour déterminer

le caractère volontaire de la demande d'aide médicale à mourir. Comme le résume le [tableau 6.2](#), les praticiens ont également consulté des membres de la famille et des amis du patient (61,4 %), procédé à un examen du dossier médical de la personne (47,4 %), consulté d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux (42,9 %) et connaissaient la personne grâce à des consultations antérieures autres que celles organisées dans le cadre de l'aide médicale à mourir (14,3 %). Ces résultats sont semblables à ceux des années 2019 et 2020.

Tableau 6.2 : Détermination du caractère volontaire de la demande du patient, 2021

Le patient a-t-il fait une demande volontaire d'aide médicale à mourir qui ne découle pas d'une pression extérieure? Si oui, indiquez pourquoi vous êtes de cet avis.	
Consultation avec le patient	99,1 %
Consultation des membres de la famille ou des amis	61,4 %
Examen des dossiers médicaux	47,4 %
Consultation d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux	42,9 %
Connaissance du patient à la suite de consultations antérieures (pour d'autres raisons que l'aide médicale à mourir)	14,3 %
Autre	0,2 %

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir, y compris les cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et les cas d'autoadministration.

2. Les praticiens ont pu définir plus d'une méthode qu'ils ont utilisée pour arriver à cette conclusion, les totaux dépassent donc 100 %.

6.3 Consultation d'autres professionnels de la santé

Outre l'obtention d'un deuxième avis écrit obligatoire auprès d'un autre évaluateur de l'aide médicale à mourir, les praticiens peuvent également consulter d'autres professionnels de la santé susceptibles d'apporter des renseignements importants pour éclairer l'évaluation de l'admissibilité de la personne par le praticien. Par exemple, un praticien peut consulter d'autres professionnels de la santé qui connaissent mieux la personne et sa situation, ou qui ont une connaissance unique de l'état à l'origine des souffrances de la personne.

En 2021, les praticiens ont consulté d'autres professionnels de santé dans 41,0 % des cas d'aide médicale à mourir. Il s'agit d'une légère diminution par rapport aux années 2019 (48,3 %) et 2020 (44,9 %). Les infirmiers étaient les professionnels de la santé les plus souvent consultés (41,4 %), suivis des prestataires de soins primaires (33,6 %), des spécialistes des soins palliatifs (24,9 %), des travailleurs sociaux (23,9 %) et des autres médecins, le plus souvent de la spécialité Médecine interne (17,0 %). Le [tableau 6.3](#) présente une liste des professionnels de la santé consultés dans le cadre des évaluations de l'aide médicale à mourir. Ces résultats sont semblables aux résultats des années 2019 et 2020, ce qui témoigne de la cohérence dans les types de professionnels de la santé supplémentaires que les praticiens consultent pour éclairer l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir au fil du temps.

Tableau 6.3 : Consultation d'autres professionnels de la santé, 2021

Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé pour éclairer votre évaluation? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.	
Infirmière	41,4 %
Fournisseur de soins primaires	33,6 %
Spécialiste en soins palliatifs	24,9 %
Travailleur social	23,9 %
Autre médecin	17,0 %
Oncologue	12,4 %
Psychiatre	6,7 %
Autres consultations	5,0 %
Autres – Examen des dossiers	3,4 %

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. La catégorie Autre médecin comprend les consultations d'un large éventail de plus de 30 spécialités médicales, les plus courantes étant les internes, les neurologues, les pneumologues, les médecins traitants et les gériatres.
3. Parmi les exemples d'entrées dans la catégorie « Autres consultations », on trouve les psychologues, les orthophonistes, les accompagnateurs spirituels et les spécialistes de l'éthique biomédicale.

6.4 Information communiquée par les pharmaciens

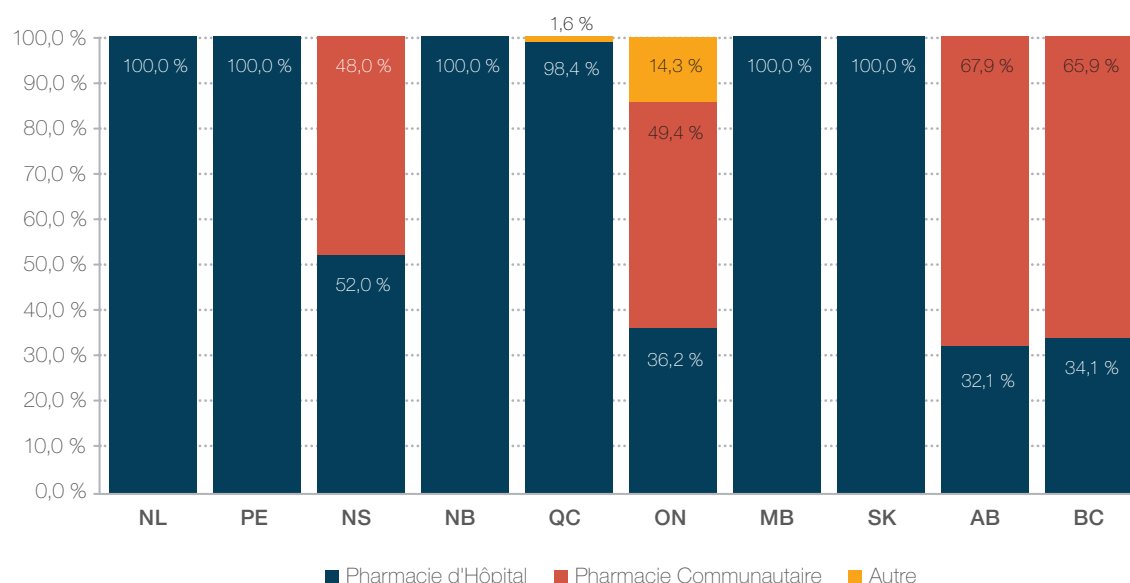
Les pharmaciens sont tenus de déclarer lorsqu'une substance est délivrée en vue de la prestation de l'aide médicale à mourir. La majorité des déclarations effectuées par les pharmaciens concernent des médicaments qui ont été utilisés en dernier ressort dans l'administration de l'aide médicale à mourir. Dans certains cas, il arrive que la déclaration du pharmacien soit reçue lorsqu'une substance a été délivrée, mais que la personne est décédée ou a retiré sa demande avant que l'aide médicale à mourir soit administrée. Les déclarations des pharmaciens sont recoupées avec les déclarations

correspondantes des praticiens, afin de garantir l'exhaustivité des déclarations de cas d'aide médicale à mourir. Les organismes provinciaux et territoriaux désignés qui recueillent les déclarations des cas d'aide médicale à mourir, ainsi que Santé Canada effectuent des suivis si nécessaire¹⁹.

Les rapports des pharmaciens fournissent également des renseignements sur le type de pharmacie qui a délivré les médicaments destinés à l'aide médicale à mourir. Chaque administration a des directives différentes concernant la délivrance de ces types de médicaments. À Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Saskatchewan, les médicaments destinés à l'aide médicale à mourir ont été délivrés exclusivement par les pharmacies des hôpitaux. Au Québec, la majorité des médicaments (98,4 %) ont été délivrés par les pharmacies des hôpitaux, les autres (1,6 %) ayant été délivrés par les pharmacies situées dans les résidences de soins de longue durée.

La Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique autorisent la délivrance de médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir par les pharmacies des hôpitaux et en milieu communautaire. En outre, les praticiens de l'Ontario ont également accès aux médicaments destinés à l'aide médicale à mourir auprès d'un petit nombre de pharmacies spécialisées. La délivrance par les pharmacies est plus probable lorsque l'aide médicale à mourir est administrée dans une résidence privée.

Graphique 6.4 : Délivrance de médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir par type de pharmacie, 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès par l'aide médicale à mourir, y compris les cas d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et les cas d'autoadministration.
2. En raison du petit nombre, les données des territoires ont été supprimées pour protéger la confidentialité.

¹⁹ Cette vérification est décrite en détail dans le deuxième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir sous 2.0 Méthodologie et limites.

7.0 Demandes ne donnant pas lieu à un décès par l'aide médicale à mourir

7.1 Nombre de demandes et résultats

Il y a eu 12 286 demandes écrites d'aide médicale à mourir en 2021. Cela représente une augmentation de 27,7 % par rapport au nombre de demandes écrites en 2020. Le [tableau 7.1](#) présente les demandes et leurs résultats associés. Comme nous l'avons vu à la [section 2.3 Limitations des données](#), actuellement, la collecte des données à l'échelle fédérale est axée uniquement sur les demandes écrites d'aide médicale à mourir, et ne tient pas compte des demandes verbales, ni des demandes adressées par l'intermédiaire d'un autre professionnel de la santé autre qu'un infirmier praticien ou un médecin. Ainsi, le nombre total de demandes déclarées ne reflète pas entièrement l'intérêt porté à l'aide médicale à mourir dans le pays. Le règlement modifié proposé permettra de combler ces lacunes en matière de données en recueillant des renseignements sur toute demande d'aide médicale à mourir (écrite ou verbale) et sera présenté dans les futurs rapports annuels à partir de 2024.

En 2021, la majorité des demandes écrites (9 950 ou 81,0 %) ont abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir. Les 2 336 autres demandes (19,0 %) ont abouti à un autre résultat que l'aide médicale à mourir : 487 personnes ont été jugées non admissibles (4,0 % des demandes écrites); 231 personnes ont retiré leur demande (1,9 % des demandes écrites); et 1 618 personnes sont décédées avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir (13,2 % des demandes écrites). Le [tableau 7.1](#) présente les demandes d'aide médicale à mourir et les résultats associés, par administration, pour 2021. En général, les résultats par administration sont similaires, bien qu'il soit difficile de tirer des conclusions sur les variations entre les administrations en raison des différences dans les approches de réception et de suivi des demandes.

Tableau 7.1 : Demandes et résultats de l'aide médicale à mourir par administration, 2021

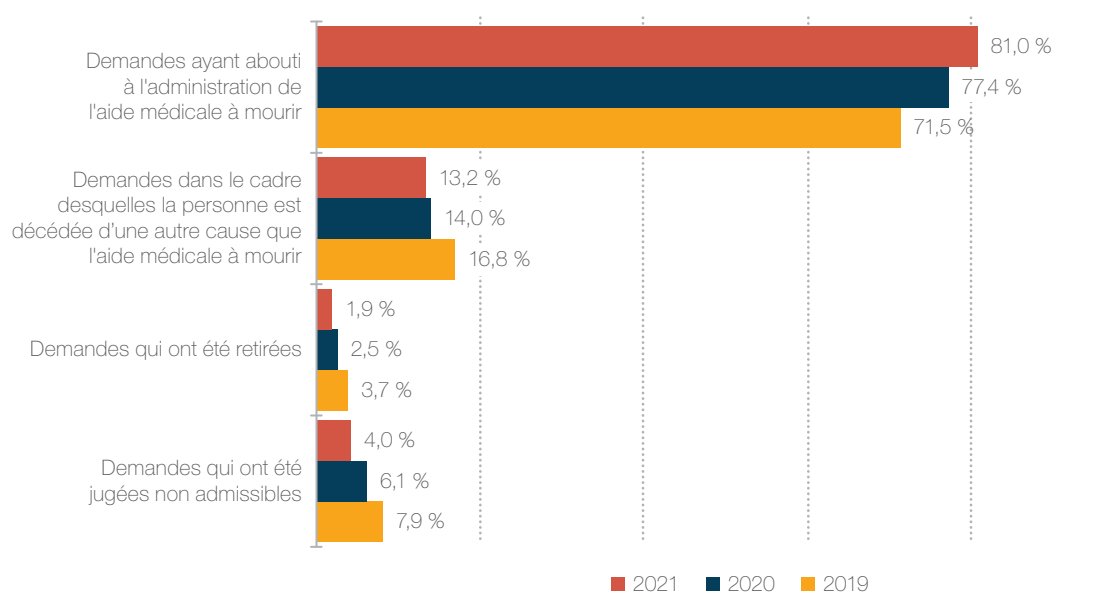
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT	Canada
Demandes d'aide médicale à mourir	76	48	255	230	4 093	3 695	318	258	752	2 544	–	–	–	12 286
Demandes qui ont été jugées non admissibles	–	–	–	2 (0,9 %)	234 (5,7 %)	76 (2,1 %)	–	–	31 (4,1 %)	132 (5,2 %)	–	–	–	487 (4,0 %)
Demandes qui ont été retirées	–	–	–	1 (0,4 %)	133 (3,2 %)	47 (1,3 %)	–	–	11 (1,5 %)	32 (1,3 %)	–	–	–	231 (1,9 %)
Demandes dans le cadre desquelles la personne est décédée d'une autre cause que l'aide médicale à mourir	9 (11,8 %)	8 (16,7 %)	18 (7,1 %)	31 (13,5 %)	505 (12,3 %)	472 (12,8 %)	68 (21,4 %)	15 (5,8 %)	119 (15,8 %)	371 (14,6 %)	–	–	–	1 618 (13,2 %)
Demandes ayant abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir	62 (81,6 %)	39 (81,3 %)	233 (91,4 %)	196 (85,2 %)	3 221 (78,7 %)	3 100 (83,9 %)	243 (76,4 %)	241 (93,4 %)	591 (78,6 %)	2 009 (79,0 %)	12 (-)	–	–	9 950 (81,0 %)

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 12 286 demandes écrites.
2. Il est reconnu que les administrations peuvent faire état de nombres différents pour le total des demandes et de résultats différents pour les divers scénarios (retrait, inadmissibilité ou patient décédé) en fonction de leur propre méthodologie de réception et de comptage des demandes.
3. Veuillez consulter la section Limitations des données ([section 2.3](#)) pour obtenir une explication des raisons pour lesquelles les aiguillages ne sont pas inclus dans ce graphique.
4. En raison de leur petit nombre, certaines données ont été supprimées pour protéger la confidentialité (représentées par des tirets).
5. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite. Toutes les autres demandes sont comptées dans l'année où elles sont reçues.
6. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.
7. Les données des années 2019 et 2020 sont présentées ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

Si l'on considère les demandes et les résultats sur la période de 2019 à 2021, le pourcentage de demandes ayant abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir a augmenté de 71,5 % en 2019 à 81,0 % en 2021. Les demandes n'ayant pas abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir ont connu une tendance inverse, 28,5 % des demandes en 2019 n'ayant pas abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir, contre 19,0 % des demandes en 2021. Il est intéressant de noter que le pourcentage de personnes décédées de causes naturelles avant l'administration de l'aide médicale à mourir n'a pas diminué de manière significative de 2020 à 2021 (de 14,0 % à 13,2 %), malgré l'abrogation du délai de réflexion de 10 jours francs dans la législation. La diminution du pourcentage de retraits (3,7 % en 2019, contre 1,9 % en 2021) et de demandes jugées non admissibles (7,9 % en 2019, contre 4,0 % en 2021) pourrait laisser entendre que les bénéficiaires sont peut-être plus à l'aise avec l'aide médicale à mourir en tant qu'option de fin de vie et connaissent mieux les conditions d'admissibilité à l'aide médicale à mourir avant de procéder à une demande écrite. La diminution des demandes dans le cadre desquelles la personne est décédée d'une autre cause que l'aide médicale à mourir (de 16,8 % en 2019 à 13,2 % en 2021) peut être due à leur soumission plus précoce par rapport aux années précédentes, laissant ainsi plus de temps pour leur évaluation et l'administration de l'aide médicale à mourir.

Graphique 7.1 : Demandes et résultats, 2019 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 12 286 demandes écrites.
2. Il est reconnu que les administrations peuvent faire état de nombres différents pour le total des demandes et de résultats différents pour les divers scénarios (retrait, inadmissibilité ou patient décédé) en fonction de leur propre méthodologie de réception et de comptage des demandes.
3. Veuillez consulter la section Limitations des données (section 2.3) pour obtenir une explication des raisons pour lesquelles les aiguillages ne sont pas inclus dans ce graphique.
4. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite. Toutes les autres demandes sont comptées dans l'année où elles sont reçues.
5. Les données des années 2019 et 2020 sont présentées ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

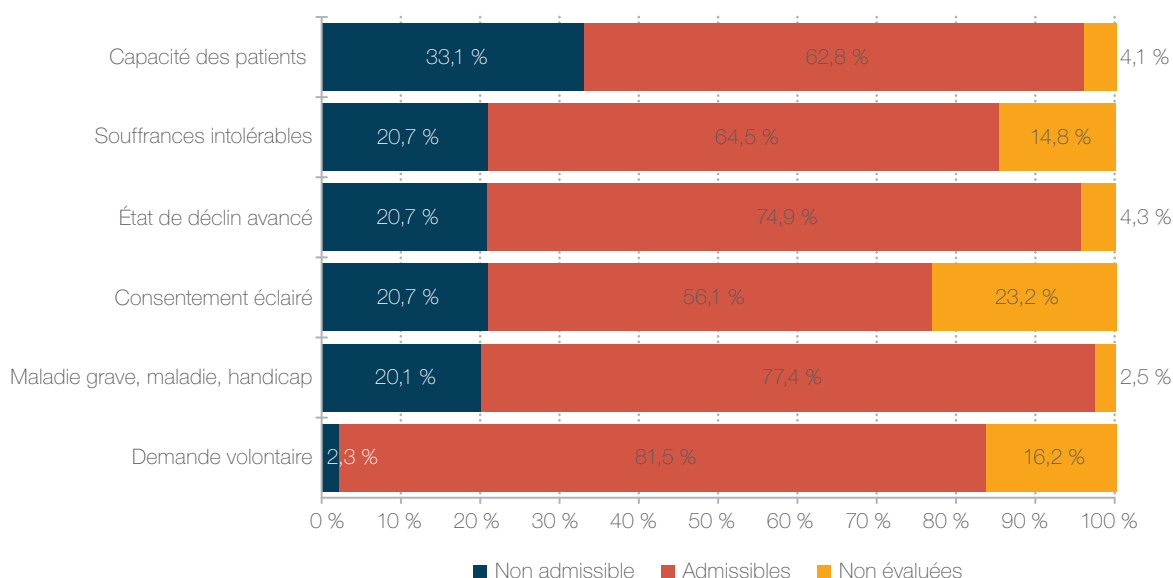
7.2 Inadmissibilité

En 2021, 487 personnes ont été jugées non admissibles à l'aide médicale à mourir, ce qui représente 4,0 % de toutes les demandes écrites. Cela représente une diminution par rapport à 2020 (6,1 % de toutes les demandes écrites) et 2019 (7,9 % de toutes les demandes écrites). Il est probable que le nombre de personnes évaluées et jugées non admissibles s'explique par une sous-déclaration des demandes réelles. Comme indiqué précédemment, les demandeurs peuvent avoir été informés de leur inadmissibilité probable lors d'une évaluation verbale ou par un service de coordination des soins, en l'absence de demande écrite officielle. Ces évaluations de l'inadmissibilité des personnes ne relèvent pas du régime actuel de déclaration et ne sont pas prises en compte dans les totaux déclarés.

Tous les critères d'admissibilité doivent être remplis pour que la personne concernée puisse bénéficier de l'aide médicale à mourir, en tenant compte du fait qu'à partir du 17 mars 2021, la mort naturelle raisonnablement prévisible n'est plus un critère d'admissibilité. Le [graphique 7.2](#) présente les raisons de l'inadmissibilité à l'aide médicale à mourir en 2021. La raison la plus fréquemment évoquée était liée à l'incapacité de la personne à prendre des décisions concernant sa santé (33,1 %). Ce résultat est semblable à celui de l'année 2020, où l'incapacité du demandeur était également la raison la plus courante de son inadmissibilité (37,1 %). Les trois critères suivants ont été présentés comme des raisons significatives d'inadmissibilité : absence de souffrance intolérable pour la personne effectuant la demande d'aide médicale à mourir; la personne ne se trouve pas dans un état avancé de déclin irréversible; et la personne n'est pas en mesure de fournir un consentement éclairé (20,7 %). En 2021, 20,1 % des personnes jugées non admissibles ne présentaient pas une maladie, une affection ou un handicap grave et incurable. Dans seulement 2,3 % des cas, la demande a été jugée non volontaire. Une demande d'aide médicale à mourir est déclarée « non admissible » si l'un des critères d'admissibilité n'est pas rempli, et sans que le respect des autres critères soit nécessairement pris en compte. Dans ce cas, les autres critères sont indiqués comme « non évalués » dans le [graphique 7.2](#).

Une proportion légèrement plus élevée de femmes (54,6 %) ont été jugées non admissibles en 2021, contre 45,4 % d'hommes. L'âge moyen était de 76,5 ans, et 92,8 % des personnes étaient âgées de 56 ans et plus. Ces résultats sont semblables à ceux de l'année 2020. La principale affection, pour 48,3 % des personnes non admissibles, était le cancer (contre 55,6 % en 2020).

Graphique 7.2 : Raisons de l'inadmissibilité à l'aide médicale à mourir, 2021



REMARQUES :

1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 12 286 demandes écrites d'aide médicale à mourir dont 487 personnes qui y ont été jugées non admissibles.
2. Comme les praticiens pouvaient déterminer qu'une personne ne répondait pas à plus d'un de ces critères, le total des réponses « non admissibles » dépasse 100 %.

7.3 Retrait de la demande d'aide médicale à mourir par le patient

Un patient atteint d'un cancer métastatique, présentant une embolie pulmonaire et bénéficiant de soins palliatifs a effectué une demande d'aide médicale à mourir en raison de souffrances continues et impossibles à soulager. Il n'existait aucun traitement curatif possible et son pronostic était défavorable. Il connaissait et comprenait sa maladie, son pronostic et les traitements de substitution, dont l'aide médicale à mourir. Il a été jugé admissible et sa famille soutient sa décision. En quelques jours, son état s'est rapidement détérioré et, pour que ses souffrances soient soulagées plus rapidement, le patient a opté pour une sédation palliative et a retiré sa demande d'aide médicale à mourir.

Rapport du praticien

En 2021, 231 personnes ont retiré leur demande d'aide médicale à mourir, soit 1,9 % du total des demandes écrites. Cela représente une diminution par rapport à 2020 (2,5 % de toutes les demandes écrites) et 2019 (3,7 % de toutes les demandes écrites). Dans l'ensemble, le nombre de personnes qui retirent leur demande est faible par rapport aux autres résultats, ce qui rend ces pourcentages sensibles aux petits changements. Le nombre de demandes retirées par les hommes (55,8 %) était légèrement supérieur au nombre de demandes retirées par les femmes (44,2 %). L'âge moyen des personnes qui ont retiré leur demande était de 75,4 ans, 91,3 % ayant plus de 56 ans. Le cancer était mentionné comme principale affection sous-jacente dans 55,8 % des demandes qui ont été retirées. Ces résultats sont semblables à ceux des années 2019 et 2020.

Les praticiens peuvent choisir plusieurs raisons lorsqu'ils déclarent le retrait de la demande d'aide médicale à mourir d'une personne. Comme le montre le [tableau 7.3](#), 62,3 % des personnes ont changé d'avis et les mesures de soins palliatifs étaient suffisantes dans 38,5 % des cas. Seuls 12,1 %, soit 28 personnes, ont retiré leur demande juste avant la procédure d'aide médicale à mourir.

Tableau 7.3 : Motif du retrait de la demande d'aide médicale à mourir, 2021

Quelles sont les raisons pour lesquelles le patient a retiré sa demande? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.	
Le patient a changé d'avis	62,3 %
Les mesures de soins palliatifs sont suffisantes	38,5 %
Autre	12,1 %
La famille n'est pas favorable à l'aide médicale à mourir	7,4 %
Inconnu	4,3 %
Retrait immédiatement avant l'aide médicale à mourir	12,1 %

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce tableau représente les données liées à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada avant le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 12 286 demandes écrites d'aide médicale à mourir, dont 231 cas où la personne a retiré sa demande.

2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'un motif de retrait; le total dépasse donc 100 %.

7.4 Décès du patient d'une cause autre que l'aide médicale à mourir

En 2021, 1 618 personnes ayant effectué une demande d'aide médicale à mourir sont décédées d'une autre cause. Cela représente 13,3 % du total des demandes écrites reçues. Il s'agit d'une légère baisse par rapport aux années 2020 (14,0 % des demandes écrites) et 2019 (18,8 % des demandes écrites). Les praticiens sont tenus de rendre compte du résultat d'une demande écrite d'aide médicale à mourir dans les 90 jours, lorsque le résultat est connu. Les personnes comptabilisées dans ce scénario peuvent avoir été entièrement évaluées et jugées admissibles à l'aide médicale à mourir, ou peuvent être décédées avant la fin de leur évaluation.

En 2021, 55,1 % des personnes décédées d'une autre cause, avant l'administration de l'aide médicale à mourir, étaient des hommes et 44,9 % des femmes. L'âge moyen était de 73,7 ans, 93,7 % des personnes étant âgées de 56 ans ou plus. Parmi ces personnes, 86,7 % ont bénéficié de soins palliatifs; 35,6 % ont eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées, et parmi elles, 90,0 % ont bénéficié de ces services. Environ 70,0 % des personnes étaient atteintes d'un cancer, 11,1 %, d'un trouble cardiovasculaire, 10,8 %, d'une maladie respiratoire chronique et 5,6 %, d'une affection neurologique (à noter que plusieurs affections pouvaient être indiquées).

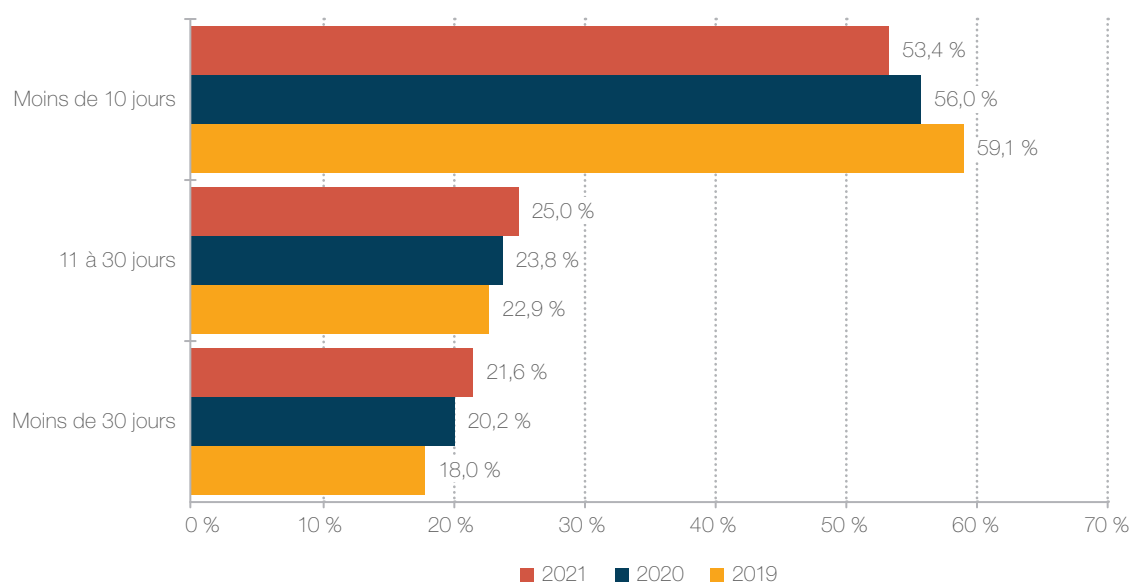
Une patiente atteinte d'un cancer métastatique a demandé à bénéficier de l'aide médicale à mourir en cas de progression de ses douleurs/souffrances. Alors que son état se détériorait, elle a déterminé une date pour bénéficier de l'aide médicale à mourir. La patiente est naturellement décédée à son domicile, le jour même où elle avait décidé de bénéficier de l'aide médicale à mourir. Elle est décédée dans le confort de la maison, en bénéficiant des soins palliatifs adéquats pour soulager sa douleur.

Rapport du praticien

Pour 2021, lorsque la date de décès était connue (chez 89,9 % des personnes décédées d'une autre cause), 53,4 % des personnes sont décédées moins de 10 jours après la réception de leur demande écrite, tandis que 25,0 % sont décédées entre 11 et 30 jours après la réception de leur demande écrite, et 21,6 % sont décédées plus de 30 jours après la date de leur demande écrite d'aide médicale à mourir. Le nombre médian de jours ayant précédé le décès, à partir de la date de la demande écrite, était de neuf jours. Il a été indiqué, à titre anecdotique, que le patient peut tirer des bienfaits, sur le plan thérapeutique, du simple fait d'effectuer une demande et d'être jugé admissible à l'aide médicale à mourir, même s'il ne bénéficie pas de la procédure.

Le [graphique 7.4](#) montre le délai de survenue des décès d'une autre cause après la soumission des demandes écrites pour les années 2019 à 2021. Au cours des trois dernières années, le pourcentage de personnes décédées moins de 10 jours après avoir soumis leur demande d'aide médicale à mourir a diminué, tandis que le pourcentage de personnes décédées en 11 jours ou plus a augmenté au fil du temps. Dans l'ensemble, ces différences ne sont pas significatives.

Graphique 7.4 : Délai de survenue du décès après la soumission d'une demande écrite (patient décédé d'une autre cause), 2019 à 2021



NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce graphique représente les données liées à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada avant le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 12 286 demandes écrites d'aide médicale à mourir dont 1 618 décès antérieurs à l'aide médicale à mourir.
2. Les données des années 2019 et 2020 sont présentées ici à des fins de comparaison avec les données de 2021.

8.0 Conclusion

La [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#) a reçu la sanction royale le 17 mars 2021 et a immédiatement mis en vigueur un certain nombre de modifications importantes dans le cadre juridique canadien de l'aide médicale à mourir. La nouvelle loi prévoit notamment des modifications de l'admissibilité, des mesures de protection procédurales et du cadre du régime de collecte et de déclaration des données du gouvernement fédéral. Cette nouvelle loi continue de façonner l'aide médicale à mourir, susceptible de devenir, à l'avenir, un choix important de soins de fin de vie.

D'autres initiatives importantes contribueront à faire évoluer l'aide médicale à mourir à l'avenir. C'est le cas notamment du [rapport du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#) et des rapports anticipés du [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#). Ces études devraient éclairer la pratique de l'aide médicale à mourir, en particulier dans le contexte des demandes émanant de personnes dont la seule affection médicale sous-jacente est une maladie mentale et qui seront admissibles lorsque la clause d'exclusion sera levée, le 17 mars 2023. D'autres aspects de l'environnement politique de l'aide médicale à mourir feront également l'objet d'une attention particulière, notamment les questions liées à l'accès aux soins palliatifs et aux services de soutien aux personnes handicapées, ainsi que les demandes émanant de mineurs matures et les demandes anticipées.

La prise de décisions fondée sur des éléments probants continuera d'être soutenue par des données de haute qualité et une analyse rigoureuse. Le [Règlement modifié sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) améliorera la collecte de données actuelle et permettra de produire des rapports supplémentaires sur la race, l'identité autochtone et le handicap. La mise en relation des données nous permettra de mieux comprendre la situation socioéconomique des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir et, avec les changements apportés au régime de surveillance, nous aidera à mieux comprendre l'aide médicale à mourir au Canada.

Nora était une femme adorable, très fragile et souffrant de multiples comorbidités. Elle a bien communiqué et a ressenti un immense soulagement lorsqu'elle a appris qu'elle pourrait bénéficier de l'aide médicale à mourir. Sa dernière semaine ne pouvait pas mieux se dérouler. Elle est décédée paisiblement, grâce à l'aide médicale à mourir, entourée de ses deux filles et de son gendre.

Rapport du praticien

Santé Canada continuera de travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les différents intervenants, afin de veiller à la mise en application sécuritaire, sensible et cohérente de la loi dans toutes les administrations du pays.

Annexe A : Profil de l'aide médicale à mourir par administration pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021

Jurisdiction	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT										
Population	520 553	164 318	992 055	789 225	8 604 495	14 826 276	1 383 765	1 179 844	4 442 879	5 214 805	42 986	45 504	39 403										
Nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir	62	39	233	196	3 221	3 100	243	241	591	2 009	12	-	-										
Nombre de décès médicalement assistés par milieu	Hôpital	20	32,3 %	16	41,0 %	91	39,1 %	49	25,0 %	1201	37,3 %	621	20,0 %	60	24,7 %	110	45,6 %	166	28,1 %	510	25,4 %	-	-
	Résidence privée	26	41,9 %	15	38,5 %	109	46,8 %	75	38,3 %	1097	34,1 %	1674	54,0 %	109	44,9 %	97	40,2 %	252	42,6 %	937	46,6 %	-	-
	Établissement de soins palliatifs	10	16,1 %	-	-	23	9,9 %	61	31,1 %	764	23,7 %	606	19,5 %	47	19,3 %	12	5,0 %	71	12,0 %	346	17,2 %	-	-
	Établissement de soins pour bénéficiaires internes/autre	6	9,7 %	-	-	10	4,3 %	11	5,6 %	159	4,9 %	199	6,4 %	27	11,1 %	22	9,1 %	102	17,3 %	216	10,8 %	-	-
	Âge moyen des personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir	75,2	75,2	73,1	73,2	75,8	76,9	77,8	74,6	73,9	77,8	63,0	-	-									
Tranche d'âge des personnes recevant l'aide médicale à mourir	18 à 45 ans	-	-	-	-	38	1,2 %	42	1,4 %	-	-	-	18	3,0 %	20	1,0 %	-	-	-	-	-	-	
	46 à 55 ans	-	-	-	12	6,1 %	90	2,8 %	102	3,3 %	-	-	-	35	5,9 %	69	3,4 %	-	-	-	-		
	56 à 64 ans	-	-	40	17,2 %	27	13,8 %	384	11,9 %	357	11,5 %	29	11,9 %	33	13,7 %	90	15,2 %	195	9,7 %	-	-		
	65 à 70 ans	12	19,4 %	-	44	18,9 %	30	15,3 %	483	15,0 %	437	14,1 %	28	11,5 %	35	14,5 %	106	17,9 %	276	13,7 %	-	-	
	71 à 75 ans	9	14,5 %	-	34	14,6 %	34	17,3 %	592	18,4 %	437	14,1 %	41	16,9 %	44	18,3 %	81	13,7 %	292	14,5 %	-	-	
	76 à 80 ans	11	17,7 %	-	33	14,2 %	38	19,4 %	577	17,9 %	512	16,5 %	33	13,6 %	28	11,6 %	73	12,4 %	309	15,4 %	-	-	
	81 à 85 ans	9	14,5 %	-	19	8,2 %	28	14,3 %	440	13,7 %	443	14,3 %	28	11,5 %	38	15,8 %	61	10,3 %	291	14,5 %	-	-	
	86 à 90 ans	7	11,3 %	-	27	11,6 %	16	8,2 %	381	11,8 %	382	12,3 %	33	13,6 %	17	7,1 %	65	11,0 %	267	13,3 %	-	-	
	Plus de 91 ans	-	-	-	17	7,3 %	-	-	236	7,3 %	388	12,5 %	40	16,5 %	26	10,8 %	62	10,5 %	290	14,4 %	-	-	
	Hommes	38	61,3 %	19	48,7 %	133	57,1 %	103	52,6 %	1755	54,5 %	1581	51,0 %	121	49,8 %	129	53,5 %	314	53,1 %	1006	50,1 %	-	-
Femmes	24	38,7 %	20	51,3 %	100	42,9 %	93	47,4 %	1466	45,5 %	1519	49,0 %	122	50,2 %	112	46,5 %	277	46,9 %	1003	49,9 %	-	-	
En rapport avec le cancer	47	75,8 %	25	64,1 %	165	70,8 %	128	65,3 %	2216	68,8 %	2004	64,6 %	151	62,1 %	168	69,7 %	368	62,3 %	1247	62,1 %	-	-	
Troubles neurologiques	-	-	10	25,6 %	19	8,2 %	22	11,2 %	402	12,5 %	323	10,4 %	32	13,2 %	31	12,9 %	94	15,9 %	291	14,5 %	-	-	
Maladie respiratoire chronique	10	16,1 %	-	-	23	9,9 %	18	9,2 %	408	12,7 %	377	12,2 %	24	9,9 %	37	15,4 %	75	12,7 %	262	13,0 %	-	-	
Troubles cardiovasculaires	-	-	-	-	28	12,0 %	21	10,7 %	508	15,8 %	658	21,2 %	33	13,6 %	47	19,5 %	97	16,4 %	461	22,9 %	-	-	
Autre défaillance d'organe	-	-	-	-	15	6,4 %	16	8,2 %	259	8,0 %	216	7,0 %	12	4,9 %	21	8,7 %	42	7,1 %	208	10,4 %	-	-	
Comorbidités multiples	-	-	7	17,9 %	15	6,4 %	-	-	294	9,1 %	222	7,2 %	30	12,3 %	19	7,9 %	76	12,9 %	324	16,1 %	-	-	
Autre affection	-	-	-	-	0	0,0 %	-	-	223	6,9 %	425	13,7 %	17	7,0 %	22	9,1 %	89	15,1 %	358	17,8 %	-	-	

Jurisdiction	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT
Lieu													
Région urbaine	54,8 %	53,8 %	57,9 %	55,1 %	79,1 %	81,6 %	80,7 %	69,3 %	84,1 %	83,8 %	-	-	-
Région rurale	45,2 %	46,2 %	42,1 %	44,9 %	20,9 %	18,4 %	19,3 %	30,7 %	15,9 %	16,2 %	-	-	-
Médecine familiale	35	29	109	141	2649	1641	192	49	393	1539	76,6 %	-	-
Médecine palliative	10	-	10	55	215	517	0	0	16	29	1,4 %	-	-
Anesthésiologie	-	-	21	-	33	304	0	21	-	71	3,5 %	-	-
Médecine interne	-	-	-	-	113	102	0	0	-	68	3,4 %	-	-
Soins intensifs et médecine d'urgence	-	-	32	-	30	121	0	0	10	19	0,9 %	-	-
Oncologie	-	-	-	-	57	47	0	0	15	-	-	-	-
Psychiatrie	-	-	-	-	0	0	0	58	9	-	-	-	-
Autre	-	-	16	-	124	72	51	6	21	15	0,7 %	-	-
Infirmier praticien	-	-	38	-	0	296	0	107	122	260	12,9 %	-	-
Le patient directement	13	32	50	96	1016	1133	51	181	59	329	16,4 %	-	-
Un autre praticien	-	7	48	78	831	574	0	27	27	291	14,5 %	-	-
Service de coordination des soins	42	0	135	22	1167	1291	192	28	505	1373	68,3 %	-	-
Autre	-	0	0	0	207	102	0	5	0	16	0,8 %	-	-

NOTES EXPLICATIVES :

1. Ce tableau représente les données liées à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada avant le 31 janvier 2022. Pour 2021, cela représente 9 950 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 12 286 demandes écrites.
2. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite.
3. En raison de leur petit nombre, certaines données ont été supprimées pour protéger la confidentialité (représentées par des tirets).
4. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir et d'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (219 cas) sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.
5. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et par sexe
6. Spécialité du prestataire de l'aide médicale à mourir :
 - Médecine palliative, et médecine familiale et palliative
 - La spécialité Médecine interne comprend : médecine interne générale, soins palliatifs et urologie, médecine hospitalière, gastroentérologie et endocrinologie
 - La spécialité Soins intensifs et médecine d'urgence comprend : médecine d'urgence, soins intensifs, soins intensifs et médecine d'urgence
 - Psychiatrie comprend : psychiatrie, psychiatrie gériatrique
 - La catégorie Autre comprend : aide médicale à mourir, neurologie, médecine respiratoire, chirurgie, médecine de réadaptation, néphrologie, cardiologie, gériatrie, obstétrique et oto-rhino-laryngologie
7. Affection médicale sous-jacente : Les prestataires ont pu sélectionner plus d'une affection médicale lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.
8. Aide médicale à mourir selon le cadre : la catégorie Hôpital exclut les lits et unités de soins palliatifs; la catégorie Établissement de soins palliatifs comprend les lits et unités de soins palliatifs; la catégorie Autre inclut les établissements ambulatoires ainsi que les cabinets médicaux ou les cliniques.